

h e d s

Haute école de santé
Genève

Filière Sage-femme

RENFORCER LA PRISE D'UNE CONTRACEPTION POSTPARTUM EN AMÉLIORANT L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

Mémoire de fin d'étude

Travail de Bachelor - Filière sage-femme

Brosy Anaïs

Matricule : 16871659

Perdichizzi Julie Maéva

Matricule : 16871428

Schlaeppi Fanny

Matricule : 16872087

Directrice de mémoire

Franzen Jessica, psychologue, PhD, Adjointe scientifique HES, Genève

Experte de terrain

Aeby-Renaud Martine, Conseillère en santé sexuelle, sage-femme et sexologue, Hôpitaux
Universitaires Genève HUG, Genève

Experte enseignante

Elmaleh Maud, Sage-femme indépendante et Chargée d'enseignement HES filière
sage-femme, Genève

Haute École de Santé de Genève (HEdS), le 21 août 2019



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

Genève, le 21 août 2019

Anaïs Brosy, Julie Perdichizzi & Fanny Schlaeppli

TABLE DES MATIÈRES

I.	QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....	- 9 -
II.	CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE	- 13 -
	a. La contraception.....	- 13 -
	b. Postpartum et contraception.....	- 17 -
	c. L'adhésion thérapeutique.....	- 19 -
	d. Problématique.....	- 23 -
III.	DIMENSION ÉTHIQUE.....	- 24 -
IV.	MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	- 26 -
	a. Banques de données.....	- 26 -
	b. Le modèle PICO et la recherche de mots clés.....	- 26 -
	c. Critères de sélection des articles.....	- 28 -
	d. Recherche d'articles.....	- 29 -
	e. Limites et contraintes des articles.....	- 31 -
V.	TABLEAUX DE PRÉSENTATION DES ARTICLES	- 33 -
VI.	ANALYSE CRITIQUE.....	- 38 -
	a. Analyse critiques des articles	- 38 -
	b. Analyse transversale des résultats par thématiques.....	- 43 -
	i. Thématique 1 : Temporalité et fréquence	- 43 -
	ii. Thématique 2 : Le contenu.....	- 45 -
	iii. Thématique 3 : Facteurs démographiques et socio-économiques.....	- 46 -
	iv. Thématique 4 : Facteurs liés au système de soins et à l'équipe soignante	- 47 -
	v. Thématique 5 : Facteurs liés au traitement.....	- 48 -
	vi. Thématique 6 : Les facteurs liés aux patientes	- 49 -
VII.	DISCUSSION.....	- 51 -
	a. Temporalité du conseil contraceptif.....	- 51 -
	b. Contenu du conseil.....	- 51 -
	c. L'impact des facteurs socio-économiques.....	- 52 -
	d. Qualité relation patient-soignant.....	- 53 -
	e. Facteurs liés au patient.....	- 53 -
	f. Les effets secondaires	- 54 -
	g. L'accès aux soins	- 54 -
VIII.	FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	- 56 -
IX.	LES PERSPECTIVES DE RETOUR DANS LA PRATIQUE	- 58 -

<i>a. Bref état des lieux de la pratique actuelle</i>	- 58 -
<i>b. L'intégration de la thématique en tant que routine en prénatal</i>	- 60 -
<i>c. Les différents moyens d'aborder la thématique</i>	- 61 -
<i>d. La nécessité d'une prise en soins claire et établie</i>	- 62 -
<i>e. Accessibilité de la contraception</i>	- 62 -
<i>f. Un protocole pilote pour une homogénéisation du conseil contraceptif</i>	- 63 -
<i>g. Perspectives de nouvelles recherches</i>	- 69 -
X. CONCLUSION	- 69 -
XI. BIBLIOGRAPHIE	- 71 -

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2014, de nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] sollicitent les professionnels de la santé, en particulier les sages-femmes, pour œuvrer en faveur de l'espacement des naissances. Cependant, le taux de grossesses rapprochées reste présent et le conseil contraceptif en matière de contraception postpartum se révèle insuffisant.

Objectif : Rechercher de quelle manière améliorer le conseil contraceptif afin de renforcer l'adhésion thérapeutique à la contraception postpartum.

Méthode : Ce travail est une revue de la littérature scientifique. Cinq articles ont été sélectionnés dans les bases de données suivantes : Medline, CINAHL, PsycINFO et MIDIRS, grâce à certains mots-clés tels que « Counseling contraception », « adherence and compliance » et « postpartum period ». Le choix des cinq articles est basé sur certains critères de sélection et sur la pertinence desdits articles. Ils ont été analysés et discutés en regard du concept d'adhésion thérapeutique.

Résultats : Selon les études, pour améliorer l'adhésion thérapeutique, il semblerait nécessaire de commencer le conseil contraceptif en période prénatale, afin de laisser du temps pour le choix de la contraception, de manière à la fournir rapidement au postpartum. Il est également ressorti l'importance du conseil individualisé et du respect du choix de la femme. De plus, certains thèmes importants à aborder avec les femmes lors du conseil ont été mis en avant, tels que les connaissances préalables des femmes, leurs expériences antérieures, leurs croyances concernant l'allaitement, la fertilité, l'efficacité des contraceptifs, ainsi que leur besoin d'informations à propos de tous les types de contraception possibles. Finalement, la façon d'évoquer tous ces thèmes s'avère déterminante et une approche multimodale est recommandée.

Conclusion : Ces résultats dévoilent plusieurs pistes d'amélioration possibles de la pratique actuelle quant au conseil contraceptif. Celui-ci faisant partie intégrante des compétences sages-femmes, il en va de notre devoir de l'intégrer à notre travail quotidien, afin de prévenir les grossesses rapprochées et non-désirées dans la période postpartum. Instaurer un suivi individualisé et multimodal pour les femmes, en intégrant les thématiques ressorties de cette revue de littérature, est une approche à favoriser pour améliorer l'adhésion thérapeutique à la contraception postpartum.

Mots-clés : Contraception postpartum, conseil contraceptif, adhésion thérapeutique, période périnatale.

ABSTRACT

Introduction: Since 2014, the World Health Organisation (WHO) have been encouraging health professionals, especially midwives, to promote longer spaces between births. However, interpregnancy intervals remain short suggesting a lack in advice pertaining to postpartum contraception.

Aim: To research how to improve contraceptive advice so as to increase the rate of therapeutic adhesion regarding postpartum contraception.

Method: The following paper is a scientific review comprising of five articles selected from the following data bases: Medline, CINAHL, PsycINFO and MIDIRS. These were selected using key words including « Counselling contraception », « adherence and compliance » and « postpartum period ». The articles were selected based on certain criteria and their relevance to the aim. They were analysed and discussed particularly in regard to therapeutic adhesion.

Results: These studies show that, to improve therapeutic adhesion and according to pregnant women, it is necessary to begin contraceptive advice during the prenatal period in order to provide time to choose appropriate contraception; this way it can be provided rapidly in a post natal context. Other factors discovered include the importance of personalized advice and respect of women's choices. Themes to be discussed when providing contraceptive advice were found to include the women's prior knowledge and experiences regarding contraceptive methods, their opinions concerning breast feeding, fertility, the efficiency of different contraceptives along with their need for any information regarding these. Thus, in order to cover the variety of these themes, a multimodal approach is recommended.

Conclusion: These results reveal several ways to improve the practice of providing contraceptive advice. As this is an integral part of the knowledge of midwives, it is our duty to incorporate these in our daily practice so as to prevent short interpregnancy intervals and unwanted pregnancies during the postpartum period. Ensuring an individualized and multimodal follow-up encompassing the themes discussed in this review is a favorable approach to increasing therapeutic adhesion to postpartum contraception.

Key words: Postpartum contraception, contraceptive advice, therapeutic adhesion, perinatal period.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnées de près ou de loin dans l'élaboration et la réalisation de ce travail de Bachelor.

Jessica Franzen, notre directrice de mémoire, pour sa bienveillance, ses scrupuleuses relectures, ses conseils avisés et ses encouragements qui nous ont aidées à mener à bien ce projet.

Martine Aeby-Renaud, notre experte de terrain, pour son expérience et ses recommandations qui nous ont éclairées sur le retour à la pratique et le rôle sage-femme.

Adeline Paignon, professeure en éducation interprofessionnelle et Docteure en Psychologie à la Heds de Genève, pour sa disponibilité et sa lecture critique de nos chiffres qui nous ont permis de clarifier l'analyse de nos résultats.

Mais aussi, les bibliothécaires pour leur patience et le temps qu'elles nous ont accordé, nos relectrices et relecteurs pour leur méticuleux travail et leurs précieux conseils.

Ainsi que les étudiantes sages-femmes précédentes dont les travaux ont guidé le nôtre, les chercheurs ayant mis les femmes au centre de leurs recherches sur le conseil contraceptif, et enfin nos familles et nos amis pour leur patience et leur soutien sans faille durant toutes ces années de formation.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM : Allaitement Maternel

CMU : Centre Médical Universitaire

COC : Contraception Orale Combinée

CPN : Consultation Périnatale

CRIP : Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FSRH: The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare

GFASAS : Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HEDS : Haute École de Santé de Genève

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

ICM : Confédération Internationale des Sages-femmes

IP : Indice de Pearl

IPSHEP : Interactive Postpartum Sexual Health Education Program

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JC : Jésus-Christ

LARC : Long-Acting Reversible Contraception

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSP : Orientation Scolaire et Professionnelle

PANP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RCOG: Royal College of Obstetricians & Gynecologists

SA : Semaine d'Aménorrhée

SCT : Théorie Cognitivo-Sociale

SMS : Short Message Service

TTM : Modèle TransThéorique

UNFPA: Fonds des Nations Unies pour la Population

USSPF : Unité de Santé Sexuel et Planning Familial

UVMaF : Université Virtuelle de Maïeutique Francophone

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Le postpartum est une période marquée par de nombreux bouleversements, qu'ils soient anatomiques, physiologiques ou psychiques (Danneels, 2014). C'est une période charnière dans la vie d'une femme qui est, de plus, considérée à risque pour les grossesses non-désirées (Aubin, Jourdain Menninger, & Chambaud, 2009, cités par Danneels, 2014). De cela découle un enjeu de santé publique autour de la contraception et plus principalement du conseil contraceptif.

La contraception et l'histoire

De tout temps, les femmes ont pris des contraceptifs. Les premières preuves d'utilisation de contraception datent de 1850 av. JC (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018). Jusqu'au XX^{ème} siècle, la contraception était surtout affaire de concoctions et était peu étudiée par les scientifiques (Lansac, 2007). L'intérêt occidental pour la santé sexuelle s'est éveillé surtout grâce à plusieurs pionniers tels que Sigmund Freud et a amené à la naissance de la sexologie avec les travaux de Masters et Johnson. Ainsi, la santé sexuelle obtient une première définition par l'OMS en 1975, puis est mise à jour en 2002 pour être décrite comme étant un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Il est important d'ajouter qu'elle n'est pas réduite à l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité et que pour la réaliser et la maintenir, il est nécessaire de protéger les droits sexuels de chacun (S. Galley, document non publié [Support de cours], 10 avril 2018).

La reconnaissance de la santé sexuelle devient une partie intégrante du bien-être, de la santé et des droits humains. Le concept de santé sexuelle apparaît donc comme un enjeu de santé publique et il devient en 1994 un des trois objectifs principaux des Nations Unies présenté lors de la conférence internationale sur la population et le développement (Fonds des Nations Unies pour la population [UNFPA], 2014). Cette conférence décrit le programme d'action à réaliser sur vingt ans et recommande de rendre la planification familiale accessible partout dans le monde d'ici à 2015 (UNFPA, 2014). Elle affirme également l'importance de la santé sexuelle et reproductive, y compris de la planification familiale, comme condition préalable à l'autonomisation des femmes (UNFPA, 2014).

L'arrivée des contraceptifs modernes

Avec les mouvements en faveur du contrôle des naissances, arrive la création de la pilule en 1960 (Van de Walle, 2005). Le préservatif sera davantage utilisé dans les années 1980 avec l'arrivée du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018). Mais ce n'est que dans les années 2000 que les contraceptifs hormonaux apparaissent sous d'autres formes et offrent plus de choix en matière de contraception (Serfaty,

2016). Ces contraceptifs sont donc relativement récents et l'on peut facilement imaginer que le conseil contraceptif a dû ou doit à nouveau s'adapter.

Différenciation entre sexualité et reproduction

Depuis les années 1960, il est donc possible pour les couples/femmes de dissocier leur vie sexuelle de la reproduction. Ils peuvent choisir le moment adapté pour avoir un enfant, choisir l'écart entre deux grossesses et la maternité n'est plus autant subie ou crainte, comme elle a pu l'être auparavant. Les comportements sexuels changent et la sexualité est plus épanouie (ma RTS, 1965).

Apparition du planning familial

Une réelle demande existe bel et bien en matière de contrôle des naissances (Van de Walle, 2005). Les premiers centres de planning familial se développent dans les années 1960 et c'est en 1965 que le premier centre de Genève est créé : le Centre d'information familiale et de régulation des naissances [CIFERN] (Hôpitaux Universitaire de Genève [HUG], 2015). Ainsi, dans sa conférence internationale sur la population et le développement, la planification familiale est définie comme ayant le : « but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et avec discernement du nombre et de l'espacement de leurs enfants [...] de faire des choix éclairés et de mettre à leur disposition toute une gamme de méthodes sûres et efficaces » (UNFPA, 2014, pp. 71).

En Suisse, les centres évoluent et le CIFERN devient l'Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial [USSPF] (HUG, 2015) et s'adapte donc en intégrant le concept de santé sexuelle, qui s'est développé et a pris une grande importance, comme expliqué précédemment.

Grossesses non désirées et grossesses rapprochées

Le développement de la planification familiale a donc déjà eu un impact à grande échelle et, selon l'OMS (2018a), l'utilisation des contraceptifs au niveau mondial a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Pourtant, l'organisation parle de besoins de contraception insatisfaits à l'échelle mondiale et estime à 214 millions, dans les pays en voie de développement, le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception (OMS, 2018a).

Les pays dits «développés» sont également concernés par cette problématique car malgré l'accès occidental aux soins en matière de santé sexuelle, on continue d'observer un nombre important de grossesses non-désirées ainsi que plusieurs grossesses d'affilées survenant dans un court intervalle. En effet, aux Etats-Unis, les statistiques concernant les grossesses montrent que 49% d'entre elles sont inattendues et 33% sont rapprochées (Finer & Zolna, 2006 cités par Singh et

al., 2014). Plus précisément 33,1% des grossesses sont conçues dans les dix-huit mois suivants une précédente grossesse (Healthy People, 2015, cité par Sundstrom, Szabo, & Dempsey, 2018). Concernant les données françaises, le taux de grossesses non prévues reste d'actualité et est représenté par environ un tiers des grossesses (Bajos, Moreau, Leridon, & Ferrand, 2004). Pour ce qui est de la période du postpartum, force est de constater qu'environ 2% des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse [IVG] ont eu une naissance vivante dans les six mois la précédant et 4% ont eu un enfant six à douze mois auparavant (Racah-Tebeka & Plu-Bureau, 2015). Ces conclusions sont les mêmes pour le Royaume-Uni, dont les chiffres démontrent que 7,7% des femmes se présentant pour un avortement ou un accouchement sont tombées enceintes moins d'un an après leur précédente grossesse (The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare [FSRH], 2017). Ces chiffres témoignent d'une imperfection en matière de conseil contraceptif et principalement lorsqu'il vise la période postpartum. Ils sont préoccupants pour les professionnels de la santé, qui devraient œuvrer pour la prévention des grossesses rapprochées afin d'éviter les risques qu'elles engendrent.

Les risques des grossesses rapprochées

Selon l'OMS (2018a), les grossesses rapprochées sont associées à un risque élevé de problèmes de santé et de décès. Les complications principales liées aux grossesses rapprochées (moins de douze mois d'intervalle) sont les suivantes : un accouchement prématuré, un petit poids de naissance et un retard de croissance intra-utérin (Alves & Lopes, 2010 citées par Sundstrom et al., 2018 ; Safety, 2016), ainsi que la mort néonatale (FSRH, 2017).

Par conséquent, l'intérêt de l'espacement des grossesses relève d'un enjeu de santé materno-fœtale et est soutenu par les recommandations actuelles de l'OMS afin de renforcer l'éducation et de diminuer, entre autres, la morbidité materno-fœtale et la mortalité infantile (2014). L'OMS a donc mis en place un document traitant des stratégies de programmation pour la planification familiale du postpartum, visant la prévention des grossesses non désirées et des grossesses rapprochées durant les douze premiers mois qui suivent l'accouchement (2014). Cependant, malgré des recommandations existant depuis plusieurs décennies maintenant, comme le programme d'action présenté au Caire en 1994, republié par l'UNFPA en 2014, les professionnels de la santé ont encore des progrès à faire dans le cadre de la prévention des grossesses rapprochées, comme illustré avec les chiffres ci-dessus. De plus, les programmes d'actions ont des objectifs généraux, mondiaux, et peu concrets à propos de notre société occidentale et le fonctionnement de notre système de santé. Il s'avère donc nécessaire d'effectuer un travail supplémentaire en lien avec leurs recommandations pour les adapter au mieux à la population occidentale.

Cependant, il est nécessaire de partir des objectifs principaux. Celui décrit par l'OMS en 2014 est le suivant : « L'objectif [...] est d'aider les femmes à décider du moyen contraceptif qu'elles

souhaitent utiliser, à en démarrer l'utilisation et à la poursuivre » (p.3). La problématique de l'adhésion thérapeutique apparaît de ce fait de manière centrale dans cet objectif principal.

L'adhésion thérapeutique

Concept complexe, l'adhésion thérapeutique peut être définie brièvement comme étant l'adéquation entre le comportement d'un patient et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de la santé (le cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique [CRIP], 2014). Malheureusement, l'adhésion thérapeutique en matière de contraception postpartum ne semble pas optimale. En effet, lorsque 75% des femmes rapportent avoir reçu des informations contraceptives au postpartum, il s'avère que 29% de ces femmes n'utilisent pas de méthode de contraception à 6 mois postpartum, suggérant donc une inefficacité à long terme du conseil contraceptif (Glazer, Wolf, & Gorby, 2011 citées par Sundstrom et al., 2018). De plus, certaines informations reçues au postpartum sont considérées comme pauvres et inadéquates (Day, Raker, & Boardman, 2008, citées par Sundstrom et al., 2018). Ainsi, il est intéressant de se questionner sur la manière dont ce conseil pourrait être abordé, afin de réduire le pourcentage de femmes sans contraception postpartum. Certaines pistes sont à étudier, comme les composants de l'adhésion thérapeutique, tels que le sentiment d'auto-efficacité. En effet, il a été démontré dans une étude qu'en augmentant le sentiment de compétence du patient, la compliance face à un traitement en est également améliorée (Gillibrand & Stevenson, 2006). Par ailleurs, l'instauration d'un moyen de contraception dans le courant de l'hospitalisation postpartum aurait un impact positif plus important sur la réduction du nombre de grossesses rapprochées non-désirées, qu'en cas d'instauration durant le rendez-vous gynécologique à six semaines postpartum (Racah-Tebeka & Plu-Bureau, 2015). Mais qu'en est-il du rôle sage-femme comme intervenant dans cette problématique de grossesses rapprochées ?

Les sages-femmes comme ressource

Dans un cadre hospitalier, les unités de santé sexuelle proposent des consultations incluant entre autres les conseils contraceptifs (HUG, 2019a). Gérées par des équipes pluridisciplinaires, la sage-femme est un membre à part entière de ces unités (HUG, 2019b). L'information contraceptive fait partie intégrante de son cahier des charges, comme le stipule la confédération internationale des sages-femmes [ICM] dans son document : « Compétences essentielles pour la pratique du métier sage-femme » (2019). Mais pas seulement dans le contexte d'unités de santé sexuelle. En effet, les sages-femmes sont des professionnelles de la santé au plus proche des femmes/couples lors de la grossesse, l'accouchement et la période postpartum (ICM, 2017). Ainsi, elles peuvent agir pour la prévention des grossesses rapprochées et non-désirées tout au long de la prise en soins des femmes. L'OMS recommande aux dispensateurs de soins prénataux de prendre le temps de demander aux femmes si elles souhaitent avoir recours à la planification

familiale pour éviter une nouvelle grossesse trop rapprochée. La fenêtre critique de la maternité est parfois la seule chance de proposer aux femmes l'information dont elles ont besoin pour vivre leur maternité en bonne santé et en toute sécurité (OMS, 2018a). Ainsi, la sage-femme, prenant en soins les femmes dans leur globalité, est un maillon majeur de la chaîne dans la prévention des grossesses rapprochées. Malheureusement, cette prévention ne fait sans doute pas assez partie intégrante de la pratique actuelle, même si elle fait partie des compétences sages-femmes (ICM, 2019). Durant nos périodes de formation pratique, le peu ou l'absence de conseil contraceptif aux accouchées nous a questionnées. De plus, la thématique de ce travail est également une demande des sages-femmes des HUG, mettant en avant un éventuel manque de recommandations pratiques ou de moyens dans les hôpitaux pour aborder cette problématique.

II. CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

a. La contraception

Comme précédemment vu, la contraception est un enjeu de santé publique car elle concerne toutes les femmes en âge de procréer. La période du postpartum se révélant être à risque de grossesses rapprochées, il est nécessaire d'aborder son historique et les différentes méthodes à disposition des femmes afin de mieux les comprendre.

Définition

La contraception peut être définie selon différents aspects. Tout d'abord, le terme contraception signifie contre la conception (Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales [CNRTL], 2012). Selon la définition technique, la contraception est l'ensemble des procédés mis en place pour empêcher volontairement la conception, de manière réversible et temporaire, autant chez la femme que chez l'homme (CNRTL, 2012). L'angle comportemental met en avant le fait que la contraception touche à des domaines et vécus personnels en influençant le vécu de la sexualité, le désir d'enfant et la maternité, où interfèrent également des normes culturelles, morales, religieuses et personnelles (Bajos et Ferrand, 2002).

La contraception relève donc du domaine de la santé publique car elle implique potentiellement toute femme en âge de procréer. Elle peut avoir un objectif démographique bien que le but premier soit d'éviter une grossesse non désirée (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018).

Historique

En tout temps, les femmes ont utilisé des moyens contraceptifs. Les premières preuves d'utilisation de la contraception datent de 1850 av. JC. C'est un document écrit, le Kahun Papyrus

(document Égyptien), qui décrit l'utilisation à base de levain, épines d'acacia, miel, fiente de crocodile ou éléphant imprégnés dans des éponges à mettre dans le vagin (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018). De plus, des boules de cuivre ont été retrouvées dans l'utérus de momies égyptiennes. Aristote (384-322 av. JC) quant à lui, proposait des irrigations à base d'huile d'olive ou de cèdre (Lansac, 2007). Des preuves d'utilisation de préservatifs ont été retrouvées en Angleterre en 1700, fabriqué en peau de mouton, par exemple (Van de Walle, 2005).

Dans la bible, une description du coït interrompu, encore utilisé aujourd'hui par certains couples, a été mise en évidence (Lansac, 2007). Considérées comme une transgression à la pratique religieuse, toutes autres méthodes de contraception étaient défendues par l'Église catholique (et le sont parfois encore aujourd'hui) (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018). Cette interdiction est rappelée régulièrement par certains Papes, comme Benoît XVI l'a fait lors du quarantième anniversaire de l'Humanae Vitae selon le texte écrit par Paul VI, qui ferme toute possibilité d'évolution sur ce sujet (L'Express, 2008).

Puis, dans les années 1950, des mouvements en faveur du contrôle des naissances par la contraception apparaissent. La pilule contraceptive est inventée en 1954 par le Dr Pincus qui sera commercialisé pour la première fois aux Etats-Unis en 1960 puis en France en 1963 (Université Virtuelle de Maïeutique Francophone [UVMaF], 2012). Enfin, dans les années 1980, l'arrivée du VIH encourage l'utilisation du préservatif. On peut donc voir que, durant ces années, les représentations et comportements en rapport à la contraception évoluent sans cesse, avec l'apparition de nouvelles contraceptions ou maladies. Ils se modifient encore dans les années 2000, avec l'arrivée de contraceptions hormonales sous d'autres formes galéniques (Dispositif intra-utérin [DIU], anneau vaginal, implant sous-cutané, etc.) (Serfaty, 2016).

Choix de la contraception

Le choix de la contraception relève de plusieurs facteurs : l'efficacité, l'innocuité, la réversibilité, la facilité d'application, le prix et l'acceptabilité. Ceux-ci étant liés à des facteurs socio-économiques, culturels, sociaux, religieux, familiaux, personnels, individuels, psychiques et relationnels (S. Galley, communication personnelle [Support de cours], 23 avril 2018).

Le choix de la méthode contraceptive en fonction de son efficacité dépend du risque de grossesse non-désirée que la femme est prête à prendre (Haute autorité de santé [HAS], 2014). L'efficacité peut se définir selon l'indice de Pearl [IP] qui indique le taux d'échec d'une méthode de contraception (UVMaF, 2012). Ainsi, si l'IP est égal à un, cela signifie que, sur un an, une femme

sur cent utilisant la méthode contraceptive est tombée enceinte. Il existe une efficacité pratique (utilisation habituelle) et une efficacité théorique (utilisation parfaite) (HAS, 2017a).

Il est important de relever que la contraception dépend également de la santé de la femme, de sorte que la méthode choisie varie selon les contre-indications de chaque contraceptif. De plus, la facilité d'utilisation est différente selon chaque individu. Elle varie selon le mode de vie et la personnalité (la prise quotidienne peut être difficile pour certaines personnes ou au contraire la plus facile pour d'autres) et représente un aspect important du choix contraceptif.

Il est également nécessaire de prendre en compte le coût de la contraception, l'envie d'une grossesse et dans quel délai si cette envie est présente (réversibilité de la contraception). Il est donc primordial que l'arrêt de la contraception puisse être effectué de manière quasi-immédiate avec un retour à un cycle menstruel et une fertilité non altérée afin de répondre à un désir de grossesse.

Enfin, il faut s'assurer de l'acceptabilité de la méthode par l'utilisatrice, par conséquent choisir en collaboration avec la patiente est très important (HAS, 2014).

Contraceptifs et leur fonctionnement

Les contraceptifs ont plusieurs modes d'action : ils peuvent empêcher la rencontre ovule/spermatozoïde de manière mécanique (préservatifs, diaphragme ou action sur la glaire cervicale par les progestatifs). Dans cette catégorie se trouvent également les moyens d'auto-observation, la méthode du retrait et la stérilisation. D'autre part, les contraceptifs peuvent également rendre les spermatozoïdes inactifs, comme les spermicides ou le DIU au cuivre. Finalement, certains agissent en bloquant l'ovulation (oestroprogestatifs, certains progestatifs) et/ou empêchent la nidation en agissant sur l'endomètre (DIU hormonal et au cuivre, contraception d'urgence, progestatifs) (S. Galley, communication personnelle [Support de cours], 23 avril 2018). Les différents types de contraception sont cités ci-dessous.

Les contraceptions oestroprogestatives

Dans cette catégorie, il existe la contraception orale combinée [COC], plus connue sous le terme de « pilule », ainsi que le patch contraceptif et l'anneau vaginal. La progestérone et l'œstrogène présents dans ces contraceptifs agissent sur trois plans : ils bloquent l'ovulation, modifient la glaire cervicale empêchant donc la montée des spermatozoïdes et finalement, modifient l'endomètre rendant la nidation (implantation de l'œuf) impossible (HAS, 2017a; Serfaty, 2016). L'indice de Pearl de ces méthodes est de 0.3 (OMS, 2011, cité par la HAS, 2017a).

La COC est prise par voie orale pendant généralement trois semaines avant d'effectuer une semaine de pause, au cours de laquelle les menstruations arrivent (Sexual health info, 2018a).

Le patch est un timbre transdermique à coller sur soi, à l'exception de la poitrine, sur une peau saine et propre (HAS, 2017a). Il faut utiliser un patch de manière hebdomadaire pendant trois semaines et effectuer une semaine de pause (Sexual health info, 2018b).

L'anneau vaginal est souple, la femme l'insère au fond de son vagin où il reste en place pendant trois semaines avant qu'elle ne le retire pour une pause d'une semaine (Sexual health info, 2018c).

Les contraceptions progestatives

Les modes d'action de la progestérone sont les suivants : modification de la glaire cervicale (qui s'épaissit et devient une barrière pour les spermatozoïdes), de l'endomètre (qui devient impropre à la nidation), ralentissement de la motilité tubaire et inhibition de l'ovulation par certains progestatifs (Serfaty, 2016, p.109).

Ainsi, il existe plusieurs formes de contraceptifs à la progestérone, qui possèdent toutes un IP de 0.3 (OMS, 2011 cité par HAS, 2013). Tout d'abord, on peut utiliser la pilule minidosée qui doit être prise en continu ou sur une durée variable (21, 24 ou 26 jours), suivi d'une pause qui complète le cycle de vingt-huit jours (Serfaty, 2016).

Une autre forme galénique est l'implant sous-cutané, qui délivre une hormone de synthèse à faible dose pendant trois ans . Il est en forme de bâtonnet de quatre centimètres de long et se place sous la peau, généralement à l'intérieur du bras (HAS, 2017a).

L'injection trimestrielle est également une possibilité. Il s'agit de l'injection d'une hormone progestative de synthèse, qui est efficace pendant trois mois, et qui doit donc être réitérée à cette fréquence. À noter que la reprise de la fécondité après cette méthode peut varier de quelques semaines à un an (Sexual health info, 2018d).

Finalement, il reste le DIU hormonal. C'est un objet de forme variable, mais généralement en forme de «T», qui se place dans l'utérus et qui possède un réservoir diffusant un progestatif de synthèse. Il a une durée d'efficacité de trois ou cinq ans, selon le modèle (Serfaty, 2016).

Les contraceptifs non-hormonaux

Il existe le DIU au cuivre, qui peut être en forme de «T» ou de boule contenant du cuivre. Ce matériau s'avère toxique à la fois pour les spermatozoïdes et les ovule et produit également une inflammation locale qui prévient la nidation. Ce contraceptif dure de trois à dix ans selon le dispositif utilisé. (Serfaty, 2016). L'IP de cette méthode est de 0.6 (OMS 2011, cité par HAS, 2013). Il existe également dans cette catégorie le préservatif masculin, fourreau en latex, de différentes tailles. Il prévient par ailleurs les infections sexuellement transmissibles [IST] et son IP est de 2. Son équivalent féminin protège également contre les IST, il est en matière synthétique et se place dans le vagin, il n'est donc pas dépendant d'une érection. Il a un IP de 5 (OMS 2011, cité par HAS, 2013).

Le spermicide et le diaphragme sont d'autres procédés, que l'on conseille d'utiliser ensemble pour d'avantage d'efficacité (IP de 6) (OMS 2011, cité par HAS, 2013). Les spermicides se présentent sous formes d'éponge, ovule, gel, tampon, à mettre en place dans le vagin avant la pénétration (Sexual Health info, 2018e). Le diaphragme est une demi-sphère en caoutchouc, à positionner également avant la pénétration sur le col de l'utérus (Sexual Health info, 2018f).

Les méthodes naturelles sont aussi une possibilité. Il en existe plusieurs types, toutes basées sur l'auto-observation afin de déterminer la période d'ovulation et donc de s'abstenir de rapport sexuel à ce moment-là ou d'utiliser un préservatif (Sexual Health info, 2018g). Leur IP varie entre 3 et 5 (HAS, 2017a).

Enfin, le retrait, ou coït interrompu, est décrit comme méthode contraceptive qui consiste à stopper la pénétration avant l'éjaculation. Cette méthode est peu sûre car, avant l'éjaculation, la lubrification du pénis se fait par une goutte de liquide pré-éjaculatoire qui contient déjà des spermatozoïdes (S. Galley, communication personnelle [Support de cours], 23 avril 2018).

b. Postpartum et contraception

Les grossesses rapprochées non désirées relèvent d'une problématique de contraception postpartum. De ce fait, il est intéressant de comprendre les enjeux liés à la contraception durant cette période charnière.

Définition et modifications physiologiques au postpartum

Définition

Le postpartum est une période d'environ six semaines qui commence juste après l'accouchement et se termine avec les premières menstruations, plus communément appelées le retour de couches (Coad & Dunstall, 2011). Cette période est composée de trois parties distinctes. Les premières heures du postpartum sont appelées le postpartum immédiat. Il commence après l'accouchement et dure environ deux heures selon certains auteurs, mais cette durée n'est pas communément acceptée (Barlow et al. 2016). S'en suit le postpartum précoce, représentant la première semaine de vie du nouveau-né, dont une partie se déroule généralement durant l'hospitalisation de la mère et du bébé suite à la naissance. Finalement, le postpartum tardif, du septième jour jusqu'au retour de couches, intervient à domicile (C. Nunno, communication personnelle [Support de cours], 3 octobre 2016).

Changements physiques, biologiques et psychiques

La période du postpartum dans sa globalité est empreinte de changements physiques, biologiques et psychiques (de Gasquet, Codaccioni, Roux-Sitruk, Pourchez & d'Olier, 2005). Physiquement, l'utérus reprend petit à petit sa place, les muscles pelviens, relâchés à cause de la grossesse et

de l'accouchement, retrouvent leurs tonicités et de petites lésions, généralement présentes dans le vagin, cicatrisent (Lansac, Magnin, & Sentilhes, 2013). Il y a parfois des déchirures périnéales qui sont alors suturées et qui cicatrisent également, mais elles peuvent être source de douleurs. Biologiquement, de nombreuses modifications dues à la grossesse vont petit à petit revenir dans la norme, comme entre autres, la tolérance aux glucides, le stockage des lipides, l'hypercoagulabilité (encore présente pendant minimum deux mois). Psychiquement, la jeune mère doit réussir à redéfinir son rôle, ce qui n'est pas évident. Elle doit se reconstruire une identité entre la mère et la conjointe et également accepter son nouveau corps, changé par la grossesse et l'accouchement. En effet, la silhouette s'est modifiée, l'abdomen est distendu, la peau peut avoir des vergetures, la vulve est plus béante et le vagin plus large (Toumier, 2003). Enfin, les nouveaux parents doivent passer de la représentation de leur bébé in utero (le bébé imaginaire) au bébé réel, rencontré lors de la naissance. Ce procédé n'est pas toujours simple (Bégoïn, 2004).

Retour à la fertilité

Après l'accouchement, la première ovulation est difficile à prévoir. Généralement, lorsque les premières menstruations reviennent, l'ovulation a déjà eu lieu. Pour les femmes qui n'allaitent pas, elle peut survenir au plus tôt dès le vingt-cinquième jour et en moyenne à quarante-cinq jours après l'accouchement (Serfaty, 2016). Si la femme allaite, l'ovulation ne se produit généralement pas avant cinq à six mois. Cependant, bien que les menstruations soient la conséquence hormonale de l'ovulation, lorsqu'une femme allaite, le retour des ménorrhées n'est pas forcément consécutif à une ovulation (Lansac, Magnin et Sentilhes, 2013). La première ovulation étant difficilement prévisible, il est conseillé d'utiliser une méthode contraceptive dès la reprise des rapports sexuels. De plus, les méthodes naturelles basées sur l'auto-observation sont contre-indiquées à cette période très fluctuante (Sexual Health info, 2018g).

Contraceptifs au postpartum

La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée [MAMA] est, selon l'OMS (2011), un moyen contraceptif efficace si les conditions suivantes sont remplies : l'accouchement a eu lieu il y a moins de six mois, l'allaitement est exclusif et à la demande, les tétées sont espacées de moins de quatre heures la journée et de moins de six heures la nuit et l'aménorrhée est persistante. L'indice de Pearl de cette méthode est de 0.9.

Concernant les autres méthodes contraceptives, les progestatifs sont utilisables dès vingt-et-un jours après l'accouchement, en cas d'allaitement ou non. Cependant, ils sont parfois utilisés en postpartum immédiat (HAS, 2017b). Dans ce cas, il a été mis en avant que son utilisation diminue la quantité de lait maternel si elle est commencée moins de septante-deux heures après

l'accouchement (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018). Les contraceptions progestatives sont les suivantes : l'implant sous-cutané, le DIU hormonal, l'injection trimestrielle et la pilule progestative (HAS, 2017b).

Le DIU au cuivre peut être posé directement après l'accouchement, selon la nécessité, dans les pays en voie de développement. Cependant, la pose est recommandée six à dix semaines après l'accouchement de manière générale, pour réduire le risque d'expulsion (HAS, 2017b)

Les préservatifs masculins et féminins ne possèdent aucune contre-indication en lien avec le postpartum. Il est également possible d'utiliser le diaphragme dès trois mois après l'accouchement (HAS, 2017b). En ce qui concerne les spermicides, il est nécessaire d'utiliser les préparations contenant du chlorure de benzalkonium, les autres étant contre-indiquées à cette période (S. Galley, document non publié [Support de cours], 23 avril 2018).

La stérilisation est possible lors d'une césarienne programmée si elle a été discutée à l'avance et qu'il y a un consentement éclairé. Par contre, dans le postpartum, cette intervention est possible mais à discuter, car c'est une période peu favorable à une telle prise de décision (HAS, 2017b).

Il ne faut pas utiliser les œstroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique) dans la période du postpartum car ils augmentent le risque thromboembolique qui est déjà accru par la période du postpartum en elle-même. Lors d'une alimentation artificielle du nouveau-né, la prise d'œstroprogestatifs peut commencer dès six semaines post-accouchement. Ce délai peut être raccourci à vingt-et-un jours si aucun facteur de risques thromboemboliques et autre contre-indication à ce moyen contraceptif ne sont présents (HAS, 2017b). L'anneau contraceptif est déconseillé durant minimum deux mois après l'accouchement car il requiert la reprise de la tonicité périnéale. En cas d'allaitement, les œstroprogestatifs sont contre-indiqués, car ils diminuent la quantité de lait, plus particulièrement pendant les six premiers mois (HAS, 2017b).

Toutes ces contraceptions sont bien sûr à choisir également selon les contre-indications propres à leur forme galénique et selon l'envie des femmes/couples.

c. L'adhésion thérapeutique

Le souhait d'espacer deux grossesses ou d'avoir une maîtrise sur sa fertilité implique de prendre une contraception. Afin qu'elle corresponde aux attentes et qu'elle soit prise de manière efficace dans un contexte de collaboration active de la part de la femme, il est nécessaire de comprendre le concept d'adhésion thérapeutique.

Définition

L'adhésion thérapeutique a été, dans un premier temps, définie par la capacité d'un patient à prendre un traitement de manière efficace en suivant les instructions médicales. Cependant, il a été mis en évidence que cette définition ne permettait pas de faire ressortir l'aspect actif du patient

dans le processus de traitement, ni le partenariat essentiel entre le soignant et le patient comme le recommande la littérature scientifique (OMS, 2003). Ainsi l'OMS, dans son rapport datant de 2003, explique la nécessité de soutenir le patient et non de le blâmer. De ce fait, une différence significative entre l'adhésion et la compliance dans la définition de l'adhésion thérapeutique a été établie, résidant dans le fait que l'adhésion s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active et dépend de l'acceptation des recommandations médicales (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005). Une bonne communication et relation entre le patient et le soignant sont donc indispensables afin de permettre l'acceptation par un choix éclairé.

Néanmoins, l'adhésion semble être influencée par plusieurs facteurs. De ce fait, la prise en considération de chacun de ceux-ci doit être faite afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique. Selon le CRIP (2014a), cette dernière est définie comme le niveau d'adéquation entre le comportement d'un patient (prise de médicament ou adoption d'un régime alimentaire et/ou habitude de vie) et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de la santé. C'est un processus complexe et dynamique qui évolue en fonction des circonstances de la vie (p.3). Il est influencé par cinq déterminants présentés ci-dessous (CRIP, 2014b) :

- Facteurs démographiques et socio-économiques (ressources matérielles, précarité sociale, coûts liés à la prise en charge, âge, instabilité familiale, appartenance ethnique, culturelle).
- Facteurs liés au système de soins (accès aux soins, disponibilité des soignants, continuité des soins, qualité de la relation patient-soignant, système de remboursement des soins).
- Facteurs liés à la pathologie (absence de symptôme, pronostic et sévérité de la maladie).
- Facteurs liés au traitement (efficacité, bénéfices perçus, effets secondaires, complexité du traitement, modalité d'administration)
- Facteurs liés au patient (sentiment d'efficacité personnelle, connaissance et compréhension des risques de la maladie, attentes et croyances par rapport au traitement, expériences antérieures et acceptation du traitement). (p.2-3)

Le sentiment de compétence au service de l'adhésion thérapeutique à la contraception postpartum

Bien que le sentiment de compétence ne soit pas toujours abordé de manière explicite par la suite dans cette revue de littérature, il a été choisi de tout de même évoquer sa notion théorique. En effet, le sentiment d'auto-efficacité permet d'aborder des thèmes pertinents à l'adhésion thérapeutique tels que la relation patient-soignant, l'individualisation des soins et le choix éclairé. Le sentiment de compétence, aussi appelé sentiment d'auto-efficacité est un concept psychologique élaboré par Albert Bandura, psychologue canadien. Cette théorie a été décrite pour

la première fois en 1977 et fait référence aux capacités perçues par un individu face à une tâche déterminée (Guerrin, B. 2003).

Selon Razurel (2015), le concept d'auto-efficacité est instable et change tout au long de la vie. Lorsque des situations nécessitent le développement de compétences nouvelles, le sentiment de compétence se construit autour des expériences et est donc à réévaluer. L'auto-efficacité perçue dépend également des objectifs visés et des attentes du sujet. Si ceux-ci sont surévalués, le risque d'insatisfaction peut être augmenté. Il existe donc quatre facteurs influençant la perception de l'auto-efficacité et il est intéressant de citer brièvement des exemples en lien avec le choix de contraception postpartum.

L'expérience de vie

C'est l'un des facteurs les plus influents sur le sentiment d'auto-efficacité car il est fondé sur la maîtrise personnelle (L'orientation scolaire et professionnelle [OSP], 2004). Selon l'OSP (2004), plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé. Le succès, lorsqu'il n'est pas trop facile, renforce la croyance en l'efficacité personnelle alors que les échecs réduisent ce sentiment (p. 2). De ce fait, un choix en matière de contraception déjà effectué en période préconceptionnelle ainsi que son utilisation satisfaisante ou non en est un exemple. Il peut aussi s'agir de conseils et d'accompagnement reçus dans le passé jugés comme une expérience positive ou négative. Si les expériences vécues ont été désagréables, cela peut diminuer le sentiment de compétence perçu par la femme (Razurel, 2014).

Les modèles de références personnelles

C'est un apprentissage qui repose sur le concept de comparaison sociale. Le fait d'observer des pairs vivre une situation jugée préalablement conflictuelle peut influencer et renforcer la propre croyance des observateurs en leurs capacités à réussir. Au contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité (OSP, 2004). Il s'agit donc de situations dans lesquelles des femmes ont pu en observer d'autres réaliser avec succès la même conduite qu'elles, soit l'utilisation d'un contraceptif. Malheureusement, la contraception faisant référence à l'intimité de la personne, il s'agit d'un sujet peu abordé publiquement. Ce facteur est difficilement présent dans l'augmentation du sentiment de compétence face au choix de contraception postpartum (Razurel, 2014).

L'état émotionnel et psychologique de l'individu

Selon l'OSP (2004), lorsqu'une personne associe un état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement demandé, cela peut l'amener à douter de ses compétences personnelles pour accomplir ce comportement et ainsi conduire à l'échec. Par

contre, les individus seront plus enclins à croire au succès s'ils ne sont pas gênés par un état aversif (p. 2). Ainsi, la fatigue, la douleur et la fragilité psychique ont un effet réducteur sur le sentiment de compétence. Il est ainsi possible d'imaginer que la prise rigoureuse et efficace d'un moyen de contraception durant cette période sensible est une épreuve mettant à mal le sentiment de compétence (Razurel, 2015).

Le feed-back des personnes significatives

C'est un apprentissage qui s'effectue par des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations amenant la personne à la croyance qu'elle possède le potentiel pour effectuer avec succès un comportement (OSP, 2004). Au sujet du choix contraceptif, les conseils donnés par les soignants participent potentiellement à l'augmentation ou la diminution du sentiment de compétence. En effet, une méta-analyse a démontré que la compliance thérapeutique était augmentée de 60% chez des patients suivis par des médecins qui avaient effectué une formation spécifique en communication (Zolnierek & DiMatteo, 2009 cités par Scheen & Giet, 2010). Selon Scheen et Giet (2010), il est nécessaire, en tant que professionnel de la santé, de privilégier l'information et l'éducation auprès des patients. Le manque d'information aurait un effet négatif sur la perception du sentiment d'auto-efficacité. Un choix éclairé est donc essentiel afin d'accroître la perception positive de ce facteur.

Comme vu précédemment, le partenariat entre le patient et le soignant joue un rôle primordial dans l'adhésion thérapeutique (OMS, 2003). Néanmoins, selon l'OSP (2004), chacun de ces quatre facteurs peut être complémentaire aux autres et ils dépendent entre autres de l'individu, du moment et du contexte en question. De ce fait, l'individualisation semble également être un aspect non négligeable du sentiment d'auto-efficacité et par conséquent de l'adhésion thérapeutique. Ces facteurs semblent donc importants à mettre en exergue car, lorsqu'ils sont connus et valorisés par le personnel médical, ils peuvent être utiles à mobiliser afin d'augmenter le sentiment de compétence du patient et ainsi l'aider à développer des comportements de santé positifs.

Le choix éclairé

Le choix éclairé est un des facteurs qui différencie la compliance de l'adhésion thérapeutique. Il comprend à la fois les facteurs liés au système de soins, au traitement et au patient. À ce sujet, la loi genevoise sur la santé stipule que : « Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur les traitements et interventions possibles, leurs bienfaits et leurs risques éventuels ; les moyens de prévention des maladies et de conservation de la santé ». Cet article de loi informe également que : « Dans les limites de ses compétences, tout professionnel de la santé s'assure que le patient qui s'adresse à lui a reçu les informations nécessaires afin de décider en toute

connaissance de cause. ». La femme possède donc le droit de connaître toutes les alternatives afin de choisir l'option qui lui correspond le mieux lui permettant de renforcer la confiance personnelle en ses capacités et d'augmenter son adhésion thérapeutique.

d. Problématique

Les grossesses rapprochées ont été identifiées comme un problème de santé publique. Elles sont la cause de multiples complications materno-fœtales telles que la prématurité, un retard de croissance intra-utérin, un petit poids de naissance et des pathologies maternelles liées à l'âge avancé et aux grossesses multiples (Alves & Lopes, 2010 citées par Sundstrom et al., 2018 ; FSRH, 2017 ; Safety, 2016). De ce fait, il est recommandé d'établir une pause d'environ dix-huit à vingt-trois mois entre deux grossesses (Dedecker, Graesslin, Demiaux, & Gabriel, 2006). Pourtant, malgré des recommandations mondiales, pour améliorer la santé maternelle et infantile, datant de plus de dix ans déjà (OMS, 2007), on répertorie encore un grand nombre de grossesses non désirées et de grossesses rapprochées. On parle d'environ un tiers pour les données française et américaines (Finer & Zolna, 2006 cités par Singh et al., 2014). Ce taux est surprenant, d'autant plus que le choix en matière de contraception sur le marché est vaste. Il comporte une vingtaine de moyens contraceptifs différents (OMS, 2011). Comme vu précédemment, ces moyens peuvent être choisis en fonction de différents critères chers aux femmes tels que : l'efficacité, l'innocuité, la réversibilité, la facilité d'application, le prix et l'acceptabilité (S. Galley, communication personnelle [Support de cours], 23 avril 2018). De plus, l'indice de pearl permet aux femmes et aux professionnels de la santé de différencier les méthodes contraceptives selon leur efficacité. Ainsi, les méthodes les plus efficaces, dont l'IP est inférieur à 0,9, sont des contraceptifs dont la durée de prise ou de pose peut perdurer de plusieurs mois à plusieurs années (OMS, 2011).

Par ailleurs, il est prouvé que la période du postpartum fragilise l'état psychique des femmes, pouvant de ce fait diminuer la perception du sentiment de compétence (C. Razurel, communication personnelle [Support de cours], 5 mai 2017). Ainsi il relève du rôle soignant de travailler sur le sentiment maternel d'auto-efficacité et sur la manière de donner le conseil contraceptif adéquat afin de favoriser le choix éclairé. Pourtant, ce dernier et le sentiment de compétence n'apparaissent pas comme les uniques déterminants d'une prise de contraception efficace. Bien qu'ils permettent aux femmes de faire un choix en matière de contraception qui leur corresponde, il n'assure pas à eux seuls une adhésion thérapeutique. En effet, afin de favoriser cette dernière, il est nécessaire que la femme accepte les recommandations médicales. Pour ce faire, un conseil contraceptif approprié est indispensable afin de limiter le risque de grossesse rapprochée. Pourtant, la situation actuelle indique qu'il existe encore des améliorations à fournir du côté du conseil contraceptif.

De cette problématique émerge la question de recherche suivante : « Comment augmenter l'adhésion thérapeutique maternelle en matière de choix de contraception postpartum ? »

De plus, un certain nombre de sous-questions a émergé à la suite de questionnement :

- Le conseil contraceptif doit-il être adapté aux populations minoritaires ?
- Existe-t-il des thèmes collectifs que les femmes souhaitent aborder durant le conseil contraceptif ?
- Existe-il une fourchette temporelle universelle pour aborder le conseil contraceptif afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique à la contraception postpartum ?
- L'attitude soignante a-t-elle un impact sur l'adhésion thérapeutique à la contraception postpartum ?

Cette problématique et ces sous-questions sont confrontées aux résultats de la revue de la littérature ainsi qu'au reste de la littérature scientifique sur le sujet, tout en gardant en tête une réflexion éthique.

III. DIMENSION ÉTHIQUE

L'éthique est définie comme « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un » (Larousse, s.d.a). Le concept d'éthique médicale est quant à lui défini par « l'ensemble des règles de conduite des professionnels de la santé vis-à-vis de leurs patients » (Larousse, s.d.a).

Dans le cadre de ce travail de recherche, les notions de principes et de positionnement éthiques ont accompagné chaque étape de celui-ci. Ce mémoire adhère aux quatre principes fondamentaux de Beauchamps et Childress (2001), cités ci-dessous :

- **La bienfaisance** fait référence à l'idée de vouloir faire du bien à autrui. Celle-ci a donc pour but d'influencer le soignant à se préoccuper du bien des patients. Dans le cadre de ce travail, l'objectif d'améliorer la prise d'une contraception au postpartum vise à améliorer le bien-être psychologique et la sécurité physique des femmes et de leurs bébés par le maintien d'un écart minimum entre deux grossesses.
- **La bienveillance / non-malfaisance** vise à l'inverse à ne pas vouloir nuire à l'individu. A la lecture de l'article de Cameron, et al. (2017), il a été possible de se questionner sur l'importance d'une standardisation du conseil contraceptif, à l'aide d'une formation à ce sujet, afin d'apporter une information objective et uniforme, sans jugement de valeur, aux femmes. Le fait que les professionnels véhiculent une même information permet de ne pas causer du tort aux femmes et de renforcer la notion de partenariat patient-soignant.

- **La justice** correspond à l'idée que chaque personne a droit à un traitement équitable d'un point de vue comportemental de la part de l'équipe soignante mais également d'un point de vue ressource physique et/ou matérielle. Ce principe s'inscrit au sein de notre travail notamment grâce à l'intérêt d'inclure dans nos recherches les populations minoritaires qui sont plus à risque de développer un comportement de santé à risque. A la lecture de l'article de Yee et Simon (2011), il a été intéressant de se demander si le contexte psycho-socio-économique des femmes avait un impact sur la prise d'une contraception postpartum. Est-ce que l'accès à la contraception et à son conseil est identique pour toutes les femmes ? Y a-t-il une catégorie de femmes discriminées à ce sujet ? Est-ce que les femmes issues des minorités ont des besoins différents ? Offrir un soin adapté à chaque femme en prenant en compte son contexte de vie rentre tout à fait dans l'idée du principe de justice.
- **L'autonomie**, quant à elle, fait référence au droit qu'a chaque patient de prendre ses propres décisions, avec l'aide du soignant qui apporte un conseil adapté dans le but de favoriser un choix éclairé. Ce concept a une place primordiale dans ce travail par le fait que le principe de choix éclairé fait partie intégrante du processus d'adhésion thérapeutique. Dans les articles de Sundstrom et al. (2018) ainsi que de Yee et Simon (2011), les femmes expriment clairement l'intérêt porté à la manière d'apporter le conseil contraceptif ainsi que la valorisation des compétences des femmes et le respect de leur choix de la part de l'équipe médicale.

En plus de ces quatre fondements éthiques primordiaux, il est important de relever que l'entièreté de notre mémoire valorise le travail d'autrui par le respect des citations selon les normes établies par l'Association Américaine de Psychologie (style APA) (Haute école de santé, Centre de documentation, 2018) au regard de l'art. 25 de la Loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins du 9 octobre 1992 (LDA ; RS 231.1). Enfin, et de manière générale, la réflexion éthique de ces recherches a été faite en considérant la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen (date), le Code de déontologie des sages-femmes (ICM, 2014), ainsi que le droit cantonal et fédéral aux travers de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan, 2016) et de la Loi sur la santé (Grand conseil de la république et canton de Genève, 2006).

IV. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

a. Banques de données

Afin d'effectuer des recherches de qualité et dans le but de sélectionner des articles pertinents dans la littérature scientifique, il a été nécessaire d'utiliser plusieurs banques de données reconnues, présentées dans le tableau 1. Celles-ci ayant des champs d'activité spécifiques, il était intéressant d'alterner leur utilisation selon l'avancée de notre questionnement en lien avec notre problématique. Bien que le moteur de recherche Google Scholar ne soit pas une base de données scientifique, il a également été emprunté à plusieurs reprises afin d'obtenir plus rapidement la littérature scientifique souhaitée dans un format téléchargeable. Les démarches ont, en grande partie, été effectuées au sein du Centre de Documentation de la HEDS et du Centre Médical Universitaire [CMU]. Ces recherches approfondies nous ont permis de faire ressortir des articles pertinents.

Tableau n°1 : Les outils de recherche documentaire (P. Carquillat, communication personnelle [Support de cours], 12 décembre 2016)

Banques de données	Champs d'activité
PubMed (Medline)	Base de données scientifiques biomédicales
CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	Base de données en science de la santé, soins infirmiers et santé publique
PsycINFO (base de données en psychologie, science du comportement et psychiatrie)	Base de données médicales et infirmières en psychologie et sciences sociales
MIDIRS (Midwives Information and Resource Service)	Base de données spécialisée en science sage-femme, obstétrique, néonatalogie et périnatologie

b. Le modèle PICO et la recherche de mots clés

Le modèle du PICO est une méthode permettant de traduire un problématique clinique en un questionnement clair et précis. Il permet d'établir une recherche plus efficiente de la littérature scientifique. L'acronyme permet de mettre en évidence les caractéristiques des patientes ou du problème, l'intervention souhaitée, la comparaison avec une autre intervention et les résultats auxquels on s'intéresse (P. Carquillat, communication personnelle [Support de cours], 12 décembre 2016).

Selon ce modèle, un PICO a été élaboré sur la question de recherche : « *Comment augmenter l'adhésion thérapeutique maternelle en matière de choix de contraception postpartum ?* » Les concepts ont été retranscrits sous les formes suivantes lors des recherches :

- **P** : les femmes durant la période du postpartum.
- **I** : le conseil contraceptif.
- **C** : cette variable n'a pas été mise en évidence car ce travail ne cherche pas à comparer deux types de population mais à mettre en avant les aspects permettant de transmettre un conseil contraceptif optimal.
- **O** : l'adhésion thérapeutique.

Afin de débiter la recherche de littérature scientifique, il a tout d'abord fallu traduire les concepts énoncés en français en MeSH Terms à l'aide du portail terminologique de santé. Il a été nécessaire d'utiliser l'outil de traduction « HeTOP » traduisant les mots-clés de la liste de vocabulaire du Tésaurus MeSH permettant d'analyser le contenu d'un document. Le MeSH Terms correspond à un vocabulaire médical nommé Medical Subject Headings et attribué à la recherche de littérature scientifique sur Medline via PubMed (Haute école de santé, Centre de documentation, 2017). Les tésaurus des banques de données CINALH, MIDIRS et PsycINFO ont également été utilisés.

Les associations de mots clés ont été variées et nombreuses (à l'aide des opérateurs booléens AND et/ou OR), de ce fait il a été décidé de proposer un tableau PICO récapitulant uniquement les concepts et mots clés ayant abouti à la sélection de nos 5 articles finaux.

Tableau n°2 : Le PICO de la revue de littérature

	Concepts en français	HeTop Traduction	MeSH terms	Cinahl Headings	Midirs via Ovid	PsychINFO
P	Femme dans la période du postpartum	Femme Postpartum	Women Postpartum period	Women Postnatal period	Women Postpartum period	Women Postpartum period
I	Conseil contraceptif	Assistance contraception	Counseling contraception	Counseling contraception	Contraception	Counseling contraception
C	-	-	-	-	-	-
O	Adhésion thérapeutique	Auto efficacité Adhésion thérapeutique	Self efficacy Autonomy Treatment adherence and compliance Patient compliance	Patient compliance	Treatment adherence and compliance Patient compliance	Patient compliance

c. Critères de sélection des articles

Pour sélectionner les cinq articles à analyser, des critères d'exclusion et d'inclusion ont été mis en place au fur et à mesure des recherches en fonction notamment de la lecture de titre et d'abstract d'article.

Tableau n°3 : Les critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Parution entre 2010 et 2019. - Conseil contraceptif effectué en péripartum. - Évaluation de l'adhésion thérapeutique effectuée jusqu'à un an postpartum. - Étude qualitative. - Étude quantitative. - Étude rédigée en anglais ou en français. 	<ul style="list-style-type: none"> - Population étudiée n'étant que d'âge extrême (adolescence <18 ans ou >40 ans). - Population/culture non transposable à la population occidentale. - Étude ne répondant pas à la question de recherche.

d. Recherche d'articles

La recherche d'articles a été effectuée sur les bases de données décrites précédemment. Des recherches ont été réalisées dans la base de données CINHALL, mais tous les articles pertinents trouvés, avec la combinaison des mots-clés du tableau n°2, étaient les mêmes que ceux trouvés grâce à Pubmed.

Concernant les recherches sur la base de données Midirs, les MeSH Terms ont été associés entre eux à l'aide de l'opérateur boolean AND. Le terme *treatment adherence and compliance* ne donnant aucun résultat, il lui a ainsi été préféré le terme *patient compliance*. Sont ressortis quatre articles par association de *contraception AND postpartum* ainsi que *contraception AND patient compliance*. Aucun d'eux ne correspondait à nos critères d'inclusion. De ce fait, le moteur de recherche Midirs a été écarté. La même procédure a été effectuée sur PsycINFO, cette base de données a donc également été écartée.

Les recherches les plus concluantes ont donc été tirées de la base de données Pubmed. Ainsi les combinaisons de mots-clés décrites ci-dessous se réfèrent à cette banque de donnée, selon le PICO de la revue de littérature (tableau n°2).

Après avoir pu établir la liste de nos mots-clés et effectuer les premières recherches, il a été constaté qu'une grande partie des études avait été réalisée dans des pays éloignés de notre mode de vie et de notre culture. De ce fait, ces études, pourtant intéressantes, n'étaient pas applicables à notre population et plusieurs d'entre elles ont donc été écartées pour ce motif.

Ainsi, le tri dans les études a été effectué avant tout grâce à la lecture des titres et des abstracts. Si ces derniers semblaient prometteurs, un approfondissement a été fait par la lecture des résultats ou de la méthode.

Tableau n°4 : Combinaison des mots-clés et articles trouvés (recherches effectuées entre les mois de septembre 2018 et mars 2019).

	Association de MeSH Terms et opérateurs booléens	Filtre(s)	Nombres d'articles trouvés	Articles retenus
1	women AND postpartum period AND contraceptive method AND decision making	published in the last 5 years	53	My Body. My Choice : A Qualitative Study of the Influence of Trust and Locus of Control on Postpartum Contraceptive Choice. Sundstrom, B., Szabo, C. & Dempsey, A. (2018).
2	postpartum period AND contraception AND self efficacy	published in the last 10 years	2	Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use : a randomized controlled trial Lee, J. T., Tsai, J. L., Tsou, T. S. & Chen, M. C. (2010).
3	women AND postpartum period AND contraception AND autonomy		7	Perceptions of Coercion, Discrimination and Other Negative Experiences in Postpartum Contraceptive Counseling for Low-income Minority Women Yee, L. M. & Simon, M. A. (2011). La lecture de cet article a permis de trouver celui-ci (cité dans l'article et fait par les même auteurs) : Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. Yee, L. & Simon, M. (2011).
4	women AND contraception AND prenatal care	published in the last 5 years	131	Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery : the APPLES pilot evaluation Cameron, S.T., Craig, A., Sim, J., Gallimore, A., Cowan, S., Dundas, K., ... & Lakh, F. (2017).
5	postpartum period AND counseling AND contraception AND Treatment Adherence and Compliance		9	Is Effective Contraceptive Use Conceived Prenatally in Florida? The Association Between Prenatal Contraceptive Counseling and Postpartum Contraceptive Use Hernandez L. H., Sappenfield M. W., Goodman D. & Pooler J. (2011).

Tableau n°5 : Les 5 articles retenus

1	Sundstrom, B., Szabo, C. & Dempsey, A. (2018). "My Body. My Choice" : A qualitative study of the influence of trust and locus of control on postpartum contraceptive choice. <i>Journal of health communication</i> , 23, 162-169. doi: 10.1080/10810730.2017.1421728
2	Lee, J. T., Tsai, J. L., Tsou, T. S. & Chen, M. C. (2011). Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use : a randomized controlled trial. <i>An international reproductive health journal contraception</i> , 84(1), 48-56. doi: 10.1016/j.contraception.2010.11.008
3	Cameron, S., Craig, A., Sim, J., Gallimore, A., Cowan, S., Dundas, K., ... & Lakha, F. (2017). Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery : the APPLES pilot evaluation. <i>BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , 124(13), 2009-2015. doi:10.1111/1471-0528.14674
4	Yee, L. & Simon, M. (2011). Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. <i>Journal of midwifery & women's health</i> , 56 (13), 54-60. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00012.x
5	Hernandez, L., Sappenfield, W., Goodman, D. & Pooler, J. (2011). Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. <i>Maternal and child health journal</i> , 16(2), 423-429. doi: 10.1007/s10995-010-0738-9

e. Limites et contraintes des articles

Plusieurs contraintes ont été rencontrées dès le début de nos recherches scientifiques. En effet, après avoir trouvé une problématique de recherche et déterminé les différents concepts de celle-ci, il a fallu trouver les MeSH Terms affiliés. Cependant, certains termes tels que *sentiment de compétence* ou *conseil contraceptif* n'ont pas de traduction exacte. Il a été nécessaire de les remplacer par des synonymes ou de décortiquer les concepts pour utiliser plusieurs mots-clés se rapprochant de l'idée de base. Pour ce faire, du temps a dû être accordé à la consultation des mots-clés figurant dans les caractéristiques de plusieurs articles. Ainsi, les mots *autonomy*, *patient acceptance of health care*, *decision-making*, *shared decision-making*, *counseling* et *contraception* ont remplacés les deux concepts cités précédemment. Beaucoup de temps a été investi du fait de cet obstacle.

Par la suite, il est très vite apparu que certains critères allaient devoir être revus afin de permettre la sélection d'articles pertinents. Par conséquent, la population et la période ciblée a été élargie. En dépit de ces ajustements, une certaine quantité d'études ne répondaient pas à notre question de recherche malgré un abstract plutôt prometteur. Ainsi, la décision de modifier la question de recherche a été indispensable. Certaines démarches de recherches ont donc été revues depuis le début. Enfin, il a été nécessaire de prévoir du temps pour les trajets afin d'obtenir les droits d'accès à certains articles disponibles uniquement depuis le CMU et la HEdS et pour collaborer malgré la distance entre nos domiciles respectifs. Toutes ces contraintes ont eu un impact sur le temps passé aux recherches d'articles et de manière générale sur l'avancée du travail et la tenue des délais.

V. TABLEAUX DE PRÉSENTATION DES ARTICLES

Tableau n°6 : Description de l'article de Lee et al., 2011.

<p>Titre : <i>Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial</i> Auteurs: Lee T.J., Tsai L.J., Tsung S.T., Chen M.C., (2011).</p>		
<p>Objectif : Évaluer l'efficacité d'une théorie affinée basée sur un programme d'éducation en santé sexuelle au postpartum pour améliorer le comportement contraceptif efficace.</p>		
Méthode	Procédure	Résultats principaux
<p>Design : Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Population : 250 femmes .</p> <p>Inclusion : Au postpartum; hospitalisées <3j, sans complications périnatales ou maladies majeures chroniques, mariées et vivant avec leur conjoint, âgées entre 20-39 ans, parlant et écrivant chinois, ayant accouché d'un bébé, entre 38-42SA, pesant >2500gr, Apgar de >8.</p> <p>Outils : Utilisation de 4 échelles pour évaluer les SHK; SHA; CSE et ECB.</p>	<p>Femmes séparées aléatoirement en 3 groupes: A (qui recevront le programme des auteurs) B (qui recevront une brochure) C (qui recevront l'éducation de routine).</p> <p>Etape 1 : Pré -test (avant intervention), pour évaluer les connaissances et attitudes en santé sexuelle, et le comportement contraceptif.</p> <p>Etape 2 : Intervention spécifique à chaque groupe.</p> <p>Etape 3: Premier test pour évaluer les effets de l'intervention, à 3 jours post-partum (SHK-SHA-CSE).</p> <p>Etape 3 : deuxième test, à 2 mois postpartum (évaluation de SHK-SHA-CSE-ECB).</p> <p>Etape 3 : troisième test, à 3 mois postpartum (évaluation de ECB).</p> <p>Période – lieu Un grand centre médical et un hôpital local, tous deux au nord de Taïwan. Période des interventions dans la durée du séjour post-partum et jusqu'à 3 mois post-partum.</p>	<p>1. Connaissances en santé sexuelle au post-partum Meilleurs scores dans les trois groupes au fil des tests. Groupe A obtient un score significativement plus élevé que le groupe B au test à 2 mois post-partum. Pas de différences significatives mise en avant entre les groupes A et B.</p> <p>2. Attitudes en santé sexuelle Augmentation des scores dans les trois groupes de l'étude. Pas de différences significatives entre eux. Maintien des améliorations de score jusqu'aux 3 mois postpartum.</p> <p>3. Comportement contraceptif efficace Cet outcome a été mesuré par le taux d'utilisation d'un moyen contraceptif et la nature de celui-ci. Avant l'intervention, c'était le préservatif. Après l'intervention également, mais avec un taux d'utilisation plus élevé. Le groupe A a une efficacité plus haute significative que le groupe B, mais pas de différence significative avec le groupe C.</p> <p>4. Auto-efficacité contraceptive Une différence significative en faveur du groupe A comparé au groupe B et au groupe C a pu être mise en avant.</p> <p>De ces différences entre les groupes est ressortie l'importance d'un entretien individuel pour chaque thème.</p>
<p>Notes : SHK = connaissances en santé sexuelle ; SHA = attitudes en santé sexuelle ; CSE = auto-efficacité en contraception ; ECB = comportement contraceptif efficace</p>		
<p>Forces et limites</p> <p>Forces : Non citées dans l'étude</p> <p>Limites : Population étudiée ne venant que du nord de Taïwan. Pertes des femmes au fur et à mesure de l'étude car étude longitudinale : peut compromettre la généralisation de l'étude. La CSE n'a pas été étudiée à chaque période de l'étude.</p>		

Titre : Feasibility and acceptability of introducing routine contraceptive counselling and provision of contraception after delivery: the APPLIES pilot evaluation

Auteurs : Cameron, S., Craig, A., Sim, J., Gallimore, A., Cowan, S., Dundas, K., ... Lakha, F. (2017)

Objectifs : Déterminer la faisabilité et l'acceptabilité du service de conseil contraceptif anténatal de routine incluant les méthodes LARC.

Méthode	Procédure	Résultats principaux		Forces et limites
<p>Design : Etude quantitative et qualitative longitudinale de type cohorte.</p> <p>Population : 1369 femmes prévues pour des soins prénataux.</p> <p>Inclusion : Population de femmes venant de milieux sociaux mixtes (défavorisés ou non).</p> <p>Outils : -Questionnaire anonyme auto-rempli (2 pages) sur le point de vue du conseil contraceptif prénatal. -Groupe Focus de discussion (6-8 membres représentés par des professionnels de grades différents). - Excel. - QRS NVivo 10.</p>	<p>Etape 1 : Entretien à 22 SA: - Avec une sage-femme (échange verbal, distribution de brochures sur la contraception postpartum, site Web de santé sexuelle amenant à des liens audiovisuels). Des informations sur tous les types de contraceptions ont été abordées et l'accent a été mis sur les LARC. - Distribution d'un questionnaire.</p> <p>Etape 2 : Entretien à 32-34 SA: - Les sages-femmes notent dans le dossier la méthode contraceptive choisie pour le postpartum par la patiente. - Collecte du questionnaire.</p> <p>Etape 3 : Focus Group Discussion - Mise en place de groupes de discussion de 40 minutes entre un chercheur en santé publique et des professionnels de la santé afin de déterminer les obstacles et de mettre en place une routine.</p>	<p>Questionnaire : 1064 distribués ; 794 remplis</p> <p>Rôle soignant - discussion anténatale avec un professionnel de santé : oui 78% (n=621) ; non 18% (n=144) ; ne se souvient pas 3% (n=21). - Identité du professionnel de santé : sage-femme 78% (n=340) ; infirmière 25% (n=110) ; médecin hôpital 7% (n=29) ; pharmacien 3% (n=13).</p> <p>Contenu conseil contraceptif - Avoir reçu l'accès aux supports audiovisuels : oui 37% (n=294 de 794) dont 44% (n=128) dit les avoir visionnés. - Avoir reçu une brochure écrite : oui 85% (n=673). - Femmes jugeant utiles les différents formats d'info sur la contraception : 74% discussion ; 85% info écrite ; 73% info audiovisuelle sur site web.</p> <p>Projet contraception postpartum - Pense qu'il faut améliorer l'accès à la contraception postpartum : oui 54% (n=297 de 552), incertaines 31% (n=172), non 10% (n=54), pas répondu 4% (n=22). - Souhait de recevoir une méthode contraceptive avant la sortie de l'hôpital : oui 64%(n=353 de 552), non 21% (n=116), incertaines 9% (n=47), pas répondu 5% (n=29). - Projet de contraception future: LARC 44% (n=341 de 777), incertaine 15% (n=115 de 794). - Intention de future grossesse : Indécise 43%(n=343 de 794), attendre au moins 1 an 28% (n=225), non 23% (182), dans l'année suivante 4% (n=28); pas de réponse 2% (n=16).</p> <p>La temporalité - La temporalité du conseil contraceptif : bon moment 60% (n= 330 de 552), trop tôt 13% (n=71), trop tard 1%(=4), incertaines 11% (n=58).</p>	<p>Thèmes FGD</p> <p>- Les sages-femmes s'accordent sur le fait que le conseil contraceptif est maintenant intégré dans leur routine de soins prénataux. - Les sages-femmes remarquent que les femmes réfléchissent davantage à l'avance à la CPP ce qui enlève les anciennes difficultés qu'il y avait à en parler. - L'infrastructure pour offrir un conseil contraceptif de CPP n'est pas encore complètement établie.</p> <p>- Les sages-femmes s'accordent sur le fait que l'information écrite est une aide afin d'entrer en matière avec la patiente. - Les professionnels pensent que l'information audiovisuelle est plus accessible aux femmes aisées.</p> <p>- Les professionnels observent une augmentation du taux de femmes certaines dans leur choix de méthode CPP.</p>	<p>Forces : - Le large nombre de femmes. - L'utilisation de différentes méthodes pour fournir des détails sur le contexte et les raisons des résultats.</p> <p>Limites - Résultats relatifs au Royaume-Uni. - Toutes les femmes n'ont pas complété le sondage. - Formation du personnel d'obstétrique en cours pendant l'étude.</p>
<p>Notes : LARC = long acting reversible contraception ; FGC = Focus Group Discussion ; CPP = contraception postpartum ; RAD= retour à domicile.</p>				

Tableau n°8 : Description de l'article de Yee et Simon, 2011.

<p>Titre : Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling Auteurs : Yee, L. & Simon, M. (2011).</p>		
<p>Objectif : Comprendre le rôle du conseil contraceptif dans le processus décisionnel complexe en matière de contraception postpartum d'une population à risque</p>		
Méthode	Procédure	Résultats principaux
<p>Design : Etude qualitative transversale.</p> <p>Population : 30 femmes à faible revenu hospitalisées au service postpartum.</p> <p>Inclusion : anglophone, > 18 ans, avoir consulté le centre de soin ambulatoire de l'hôpital, être hospitalisée en postpartum, primipare, multipare.</p> <p>Outils : Questionnaires de données socio-démographiques (8 questions) et sur les méthodes contraceptives précédentes (6 questions) ; entretiens semi-structurés en face à face ; analyse thématique selon technique décrite par Uliri, Robinson & Tolley, 2005 ; logiciel SPSS et NVivo.</p>	<p>Etape 1 : Questionnaires. Pour le rapport sur le conseil contraceptif, seuls ont été utilisés : les données démographiques et 3 questions sur les contraceptifs précédemment utilisés (contraception au moment de la conception, la réception du conseil contraceptif et la grossesse envisagée).</p> <p>Etape 2 : Entretiens de 30-45 minutes conduits par un membre de l'équipe formé en entretien individuel. Interrogation sur les attitudes et expériences des femmes concernant le conseil contraceptif.</p> <p>Période – lieu Un grand centre médical universitaire de Chicago, département d'obstétrique et gynécologie. Période des entretiens dans la durée du séjour postpartum entre décembre 2007 et février 2008.</p>	<p>1. La majorité des femmes estiment avoir reçu un conseil contraceptif adéquat durant leur grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> - 23 femmes (76, 7%) se rappellent avoir reçu un conseil contraceptif avant l'accouchement et estiment avoir reçu suffisamment d'informations pour faire un choix contraceptif. - 19 femmes (63, 4%) ne souhaitent pas d'avantage de conseil contraceptif. - 29 femmes (96, 7%) déclarent avoir choisi leur méthode de contraception postpartum. - Corrélation avec les femmes ayant eu recours à l'IVG disent ne pas se souvenir avoir bénéficié d'un conseil contraceptif et être revenues à une méthode de contraception inefficace. <p>2. Les femmes estiment que le conseil contraceptif reçu était de haute qualité. Description des qualités d'un « bon conseil » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se familiariser avec différentes méthodes contraceptives ; être autorisée à faire un choix indépendant ; bénéficier de soins individualisés, obtenir des informations sur les risques et effets secondaires ; obtenir des informations supplémentaires écrites ; attitude du soignant (prendre le temps, initier la conversation, répondre aux questions, soucieux, empathique, congruent, intéressé) ; avoir un sentiment de soutien et être rassurée. <p>3. Concernant la fréquence, la temporalité et le contenu du conseil, les femmes décrivent une préférence pour un conseil prénatal fréquent utilisant de multiples modalités d'apprentissage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 femmes décrivent souhaiter un conseil contraceptif régulier à plusieurs reprises pendant la grossesse et renforcer les instructions lors de leur séjour au postpartum. A contrario, certaines femmes décrivent un souhait de ne pas revenir sur le conseil contraceptif une fois leur choix effectué (respect de leur décision). - La durée devrait dépendre des connaissances préalables de la femme. - 27 femmes souhaitent un contenu d'apprentissage varié : support écrit, conférence, question-réponse, site web, modèles ou démonstration.
		<p>Forces et limites</p> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Récolte des données jusqu'à saturation des thèmes mis en évidence. - Conception optimale du conseil contraceptif d'avantage exploré que précédemment. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La généralisation des résultats est difficile car les femmes étaient principalement latino- ou afro-américaines et car l'étude se base sur les données d'un seul hôpital. - Données quantitatives moins puissantes dû à la petite taille de l'échantillon. - Pas de moyen d'évaluer les résultats à long terme ou la causalité car le design de l'étude est transversal. - Impossibilité de savoir si le respect des directives affecterait les taux de grossesses non désirées répétées. - Possibilité que la période choisie pour les entretiens ne soit pas le moment adéquat pour les femmes (fatigue, malaise physique) et que leur attitude ou attention ait été affectée.

<p>Titre: Is Effective Contraceptive Use Conceived Prenatally in Florida? The Association Between Prenatal Contraceptive Counseling and Postpartum Contraceptive Use</p> <p>Auteurs: Hernandez L.H., Sappenfield M.W., Goodman D. & Pooler J. (2011). Journal: Maternal and child health journal</p>		
<p>Objectif : Décrire la prévalence de l'utilisation de contraceptifs après l'accouchement chez les femmes ayant eu une naissance vivante et examiner le lien entre le conseil en planification familiale lors des visites de soins prénatals et l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces chez les femmes au postpartum en Floride entre 2004 et 2005.</p>		
Méthode	Procédure	Résultats principaux
<p>Design Étude quantitative.</p> <p>Population 4036 femmes contactées par téléphone.</p> <p>Inclusion Femmes entre 2 et 9 mois postpartum, non-enceinte et n'ayant pas pour projet de tomber enceinte durant l'étude, n'ayant pas eu une hystérectomie.</p> <p>Utilisation d'une contraception reconnue comme axant une efficacité de plus 80%.</p> <p>Variables Ethnie, éducation, statut civil, parité (naissance vivante), bébé en bonne santé, conseil contraceptif prénatal, stress avant ou pendant la grossesse, utilisation antérieure d'une contraception, pauvreté.</p> <p>Outils PRAMS, base de données des certificats de naissance, STATA.</p>	<p>1ère phase Questionnaire postal et téléphonique dans les 2 à 9 mois suivant la naissance.</p> <p>Période & lieu Années 2004-2005 en Floride.</p>	<p>Variables significatives :</p> <p>Le conseil contraceptif prénatal Les femmes ayant reçu un conseil prénatal utilisent statistiquement plus un moyen de contraception que les femmes n'en ayant pas reçu. (79,5% contre 72,5%) (AOR : 1,47 / 95% IC: 1,10 à 1,96)</p> <p>Le statut marital Les femmes mariées utilisent statistiquement plus un moyen de contraception que les femmes célibataires. (79,7% contre 75,4%). (AOR : 1,31 / 95% IC : 0,97-1,77)</p> <p>Stress avant ou pendant la grossesse Les femmes ayant vécu un stress utilisent statistiquement moins un moyen de contraception que celles qui n'en ayant pas vécu. (64,6% contre 78,6%). (AOR: 2,04 / 95% IC: 1,24 à 3,36)</p> <p>L'utilisation antérieure d'un moyen de contraception Les femmes ayant utilisé un moyen de contraception avant la grossesse utilisent statistiquement plus un moyen de contraception que celles n'ayant jamais utilisé un moyen de contraception. (85,3% contre 71,9%). (AOR : 2,32 / 95% IC: 1,69-3,19)</p>
<p>Notes : PRAMS = Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; AOR = Adjusted Odds Ratios; IC = Interval de Confiance</p>		<p>Forces et limites</p> <p>Forces 1) Les résultats de l'étude sont congruents avec les études antérieures sur le sujet. 2) Liaison entre le niveau d'éducation maternel et l'utilisation d'un moyen de contraception.</p> <p>Limites 1) Données qualitatives limitées (catégories des types de stress) afin de l'adapter à une analyse bivariable. 2) Biais de réponse au questionnaire. 3) Les données sur l'utilisation d'un contraceptif sont subjectives car uniquement basées sur la parole des participantes. 4) Le design du questionnaire ne permettrait pas aux femmes de citer plusieurs moyens de contraception utilisé dans la période de 2 à 9 mois postpartum.</p>

Titre: "My Body. My Choice": A Qualitative Study of the Influence of Trust and Locus of Control on Postpartum Contraceptive Choice
Auteurs: Sundstrom B., Szabo C., Dempsey A., (2018). **Journal:** Journal of Health Communication

Objectif: Comment les patientes en période de postpartum prennent une décision concernant la contraception postpartum dans le contexte de locus de contrôle et confiance dans le personnel soignant.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design Étude qualitative.</p>	<p>1ère phase Entretien pour recrutement et signature d'un consentement.</p>	<p>Facteurs de décision au sujet de l'utilisation de LARC <i>Commodité:</i> LARC décrit comme méthode ne nécessitant pas d'effort.</p>	<p>Forces Les données qualitatives permettent de comprendre les perceptions des patientes plus précisément.</p>
<p>Population 47 femmes au total réparties dans 6 groupes différents.</p>	<p>2ème phase Groupes de paroles (env. 2h) où les participantes partageaient leurs connaissances, expériences et perceptions des choix de contraception et où elles recevaient des conseils. Trames pour orienter les sujets de discussions. Discussions enregistrées et retranscrites + questionnaire démographique remplis par les participantes.</p>	<p><i>Fertilité:</i> les aprioris négatifs quant à l'impact sur la fertilité et sur le bien-être d'un futur enfant influence la décision en matière de contraception.</p> <p><i>Locus de contrôle:</i> les femmes ont considéré que la contraception était un moyen de contrôle de leur santé.</p> <p><i>Effets secondaires:</i> le contrôle de leur poids, l'altération des cycles menstruels et le cancer ont un impact sur la décision.</p>	<p>Limites L'échantillon n'est pas représentatif de la population par sa faible diversité ethnique, par le fait que la majorité des femmes étaient mariées.</p>
<p>Inclusion Femmes âgées entre 18-39 ans, AVB ou césarienne, parlant anglais.</p> <p>Outils HyperRESEARCH 3.5.2.</p>	<p>3ème phase Vérification et interprétation des résultats en 3 réunions.</p> <p>Période & lieu Pas de période énoncée, dans un centre médical dans le Sud-Est des Etats-Unis.</p>	<p>Confiance dans la relation de soins <i>Confiance:</i> la confiance que les femmes ont envers le soignant impacte leur décision mais elles tiennent plus compte de leurs expériences personnelles.</p> <p><i>Écoute:</i> un personnel soignant à l'écoute et ayant une approche individualisée et amenant à une décision partagée influence la décision.</p> <p><i>Contraintes perçues:</i> la sensation de pression de la part des soignants influence négativement la décision.</p>	
		<p><i>Timing et fréquence de consultation:</i> Les femmes apprécieraient que les soignants soient capables de respecter leur capacité à prendre des décisions sans que cela ne corresponde forcément à leurs recommandations.</p>	

VI. ANALYSE CRITIQUE

a. Analyse critiques des articles

Après plusieurs recherches, il a été décidé d'utiliser le Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques [GFASAS] (Tétreault et al, 2013). En effet, cet outil permet d'apporter de la structure à l'analyse critique et de rendre celle-ci pertinente pour plusieurs raisons. Premièrement, il s'agit d'un outil rédigé en français, ce qui offre une compréhension totale de chacun des items de ce document. Deuxièmement, ce guide regroupe non seulement l'analyse des articles quantitatifs mais également qualitatifs et, de ce fait, s'adapte totalement à chacune des cinq études de cette revue de littérature. Finalement, sa structure sous forme de tableau facilite sa compréhension et son utilisation.

Titres, auteurs, lieux

En ce qui concerne les titres des études, seul un article est apparu comme ne reflétant pas complètement son contenu (Sundstrom et al., 2018). En effet, malgré son titre explicitant les thématiques comme étant la confiance et le locus de contrôle, de nombreuses autres thématiques intéressantes sont présentées dans l'étude, telles que la convenance, l'autonomie, la fertilité, l'efficacité, les effets secondaires ou encore la temporalité et la fréquence du conseil contraceptif. Lors de recherches sur la fonction des auteurs des différentes études et leur thématiques habituelles de recherche, il est apparu que leur fonction reste très floue. Certains sont gynécologues-obstétriciens, d'autres sont infirmiers/infirmières mais dans beaucoup d'articles la fonction des auteurs n'est pas précisée. En effet, n'ayant pas d'informations claires à ce sujet dans les études, il a été nécessaire d'effectuer des recherches sur internet. Malgré cela, un bon nombre des investigations n'ont abouti qu'à des réponses approximatives. Sur les cinq articles, la fonction de douze auteurs reste peu claire, tous ont l'habitude de travailler dans le domaine de la santé publique ou de la santé reproductive mais leur poste n'est pas précisé. Impossible de savoir s'il s'agit de statisticiens, de gynécologues, de psychologues ou autres. Ceci représente plus de la moitié des auteurs de cette revue de littérature. Il paraît donc compliqué de pouvoir critiquer de manière constructive leur pertinence dans ces recherches. Cependant, le travail dans les départements de santé et leurs précédentes recherches rendent celles-ci cohérentes.

Finalement, les différents lieux de publications des études indiquent un intérêt international à propos de cette thématique (trois études ont eu lieu aux États-Unis, une au Royaume-Uni et la dernière en République de Chine). Cependant, peu d'études ont été effectuées en Europe et aucune ne traite d'une population ayant des habitudes de vie, des coutumes et un système de

santé semblables à ceux présents en Suisse. Par conséquent, l'application des résultats de ces études doit rester prudente.

Design

Les cinq articles sélectionnés regroupent une grande diversité de design qui permet d'analyser la question selon différents points de vue. En effet, l'éventail comprend deux études qualitatives qui mettent en lumière l'avis des femmes (Sundstrom et al., 2018 ; Yee et al., 2011), deux études quantitatives (Hernandez et al., 2011 ; Lee et al., 2011) ainsi qu'une étude mixte (Cameron et al., 2017) qui, de surcroît, interroge les professionnels de la santé, notamment les sages-femmes sur le sujet du conseil contraceptif. Il est aussi intéressant de relever que cette revue de la littérature compte principalement des études prospectives, qui permettent d'obtenir l'avis des femmes sur le sujet au moment où elles sont réellement concernées par cette problématique, à la différence de l'étude rétrospective (Hernandez et al., 2011) qui questionne les femmes plusieurs mois après l'accouchement. Avec ce temps entre l'intervention et le questionnaire, il est possible de se demander si les participantes se souviennent réellement de ce qui leur a été expliqué. Nonobstant, le fait que cette étude soit de type descriptif, sans intervention pour modifier le comportement de santé des femmes, a permis de prendre conscience des facteurs de vulnérabilité ainsi que des lacunes qui existent à ce sujet. Aussi, l'étude de Lee et al. 2011, a mis en place un groupe contrôle qui a permis de confronter les résultats de ce groupe à celui qui a reçu l'intervention des auteurs. Ceci permet d'avoir un avis plus objectif sur l'analyse des résultats et ainsi de se rendre compte de l'impact réel de leur intervention. Après lecture de ces cinq études, il est possible d'avoir une idée plus précise des avis des femmes et des intervenants, d'obtenir des résultats prenant en considération une grande quantité de facteurs influents et ainsi faire émerger de nombreuses ouvertures autour du sujet de la contraception au postpartum.

Procédure

De manière générale, les procédures sont clairement explicitées dans le texte. Cependant, elles manquent souvent de précisions et laissent dans l'incertitude sur certains critères. Par exemple, il est souvent difficile de connaître exactement de quelle manière les femmes ont été recrutées. Et lorsqu'un questionnaire a été utilisé, il est rare que le contenu précis de ces questionnaires soit divulgué. Les auteurs (Sundstrom et al., 2018 ; Hernandez et al., 2011), ayant utilisé un questionnaire pour récolter les informations, ne sont pas explicites sur le contenu de ceux-ci. Il est difficile d'imaginer à quel genre de questions les femmes ont été confrontées : étaient-elles claires ? neutres ? Il en est de même dans l'étude de Lee et al., (2011) qui explique avoir utilisé un pré-test ainsi que des post-tests pour récolter les données étudiées, mais il n'y a pas de précision sur le contenu des tests. De plus, au sujet du pré-test, aucune information temporelle

n'est donnée ce qui ne permet pas de comprendre à quel moment les femmes ont dû le remplir. Un bon nombre de questions au sujet du contenu et de la forme demeurent car les études ne précisent pas si les questionnaires ont été validés par un comité d'éthique. Il est donc difficile pour le lecteur de pouvoir interpréter la valeur de ces formulaires sans avoir accès à leur contenu.

En ce qui concerne l'article de Cameron et al. (2017), deux questions se sont rapidement posées. Premièrement, l'absence d'un groupe contrôle interpelle sur la possibilité de s'assurer de l'impact positif des résultats énoncés. Deuxièmement, les sages-femmes ayant donné un conseil contraceptif n'ont pas reçu de formation afin d'homogénéiser les notions apportées par chaque intervenant. De plus, les outils mobilisés (site web, brochure, démonstration, etc.) étaient utilisés selon les préférences des soignants. Il est donc difficile de corrélérer avec assurance les résultats de chaque participante car il n'y a aucune certitude au fait que l'information était la même pour chacune.

Au sujet de l'étude de Hernandez et al. (2011), plusieurs points ont soulevé des interrogations. De manière générale, le texte est peu clair et mal organisé, les informations ne sont pas évidentes à trouver. Plus spécifiquement au sujet de la procédure, deux critères nous ont interpellées. Pour commencer, les auteurs ont choisi de calculer un nombre pondéré de participantes dans les tableaux n°3 et n°4 de leur étude. Cependant, ils n'ont jamais mentionné comment ils avaient obtenu ce chiffre et l'intérêt de cette information. Ensuite, pour déterminer les méthodes contraceptives étudiées, ils ont déterminé comme efficace toute contraception fiable à plus de 80%. Pourtant, ils n'ont pas évoqué l'implant sous cutané qui, dans le document cité dans leur bibliographie, est noté comme étant efficace à plus de 99%. Pourquoi avoir fait le choix de l'écartier ? Était-ce volontaire ou s'agissait-il d'une erreur ?

Pour conclure, les multiples questions qui peuvent découler de ces lacunes restent en suspens et rendent les résultats des articles difficilement interprétables.

Échantillonnage

Dans l'étude de Cameron et al. (2017), la méthode de sélection de l'échantillon n'est pas vraiment détaillée. Ceci ne permet pas une critique complète de leur méthode. Cependant, ils mentionnent avoir sélectionné les femmes ayant un rendez-vous en période anténatale dans les lieux où se déroule l'étude, sans préciser sur quelle période, ni s'il existait des critères d'inclusion ou d'exclusion, mis à part les femmes enceintes de 22 semaines d'aménorrhées [SA] (puisque le conseil commençait à la consultation de 22 SA). Ils ont interrogé, dans leur étude, des femmes venant de plusieurs maternités. Cela pourrait offrir un échantillon plus représentatif de la région, mais il n'est pas précisé si les maternités sont choisies au hasard ou par convenance. Finalement, cette étude, tout comme les autres articles quantitatifs choisis (Hernandez et al., 2011 ; Lee et al., 2011) possède un échantillon suffisamment grand pour obtenir des résultats significatifs.

En ce qui concerne Hernandez et al. (2011), ils ne mentionnent pas non plus leurs critères d'inclusion ou d'exclusion. Ils utilisent une base de données propre à l'État qui récolte des informations sur les femmes enceintes ou accouchées. Bien que l'étude soit parue en 2011, les données datent de 2004-2005. Il serait préférable de les mettre à jour car il est possible qu'elles aient déjà changé dans cet intervalle de temps. Au vu de l'utilisation de cette base de données, il n'est pas précisé d'où viennent les informations (quelles maternités), de ce fait, il n'est pas possible de savoir si l'échantillon sélectionné est représentatif de la population.

Lee et al. (2011) sont, quant à eux, les seuls à avoir testé leur intervention. Ils ont sélectionné les femmes au sein d'une même maternité sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion très sélectifs (femmes ayant accouché à terme, âgée de 20 à 39 ans, mariées et vivant avec leur mari, bébé en bonne santé, etc.). Le nombre nécessaire de participantes, en comptant une marge de non-réponse et abandon, a été évalué pour que leur étude ait suffisamment de puissance statistique. Par la suite, les participantes ont été réparties de manière aléatoire dans différents groupes homogènes. Malgré l'effort effectué pour s'assurer un nombre de participantes nécessaire, l'échantillon sélectionné ne semble pas représentatif de la population.

Concernant les études qualitatives (Sundstrom et al., 2018 et Yee et al., 2011), elles ont toutes deux explicités leurs critères d'inclusion et d'exclusion, et se déroulent chacune dans une seule maternité. Cependant, seul Yee et al. (2011), utilisent l'objectif de saturation afin de collecter un maximum de variabilité de réponses. L'étude de Yee et al. (2011) a sélectionné une population particulière (minoritaire) et donc moins représentative de la population. Pourtant, il est intéressant de la mettre en parallèle avec les autres afin de compléter et discuter leurs résultats. En effet, les autres études ne sélectionnent pas forcément cette population, qui se trouve être importante également pour notre thématique qui touche toutes les femmes ayant accouché.

L'échantillonnage des différentes études présente donc plusieurs limitations qui invitent les lecteurs à ne pas généraliser les résultats et à les étudier avec pondération.

Éthique

Les considérations éthiques présentes dans les cinq articles sont répertoriées à l'aide du tableau ci-dessous. Cinq critères ont été utilisés afin d'analyser chaque étude : La notion d'approbation d'un comité d'éthique ainsi que son identité, le critère du respect de l'anonymat et de la confidentialité envers les participantes, le principe de consentement éclairé au sujet de la participation à l'étude ainsi qu'une indication au sujet des diverses informations que les participantes auraient reçues au préalable au sujet de l'étude.

Tableau n°11 : analyse du respect de l'éthique pour chaque article

Cameron et al. (2017)	
<p>Le responsable du comité d'éthique du <i>NHS Lothian</i> a confirmé la non-nécessité de l'approbation du comité d'éthique. Anonymat et confidentialité garantis. <i>Pas d'information transmise au sujet du consentement éclairé.</i> <i>Pas de notion transmise sur les informations données aux femmes.</i></p>	+/- respectée
Sundstrom et al. (2018)	
<p>Approuvé par le comité d'éthique. Référence du comité d'éthique non-précisée. Anonymat et confidentialité garantis. Consentement éclairé. <i>Pas de notion transmise sur les informations données aux femmes.</i></p>	+/- respectée
Hernandez et al. (2011)	
<p>Aucune information au sujet de l'éthique.</p>	Impossible de savoir si l'éthique est respectée.
Lee et al. (2011)	
<p>Approuvé par le comité d'éthique <i>Human Subjects Committees</i>. Consentement éclairé. Informations sur l'étude données durant une discussion avec les femmes.</p>	Complètement respectée
Yee et Simon (2011)	
<p>Approuvé par le comité d'éthique. Référence du comité d'éthique précisée. Anonymat et confidentialité respectés. Consentement éclairé. Informations sur l'étude données durant une discussion avec les femmes.</p>	Complètement respectée

b. Analyse transversale des résultats par thématiques

Afin de structurer les résultats de cette revue de littérature, les cinq articles la composant sont présentés par thématiques et par facteurs influençant l'adhésion thérapeutique. Cette dernière est rappelée ci-dessous et tirée de la définition du CRIP (2014a) : c'est le niveau d'adéquation entre le comportement d'un patient (prise de médicament ou adoption d'un régime alimentaire et/ou habitude de vie) et les recommandations sur lesquelles il s'est entendu avec un professionnel de la santé. C'est un processus complexe et dynamique qui évolue en fonction des circonstances de la vie du patient (p.3) et qui est influencé par un certain nombre de facteurs (CRIP, 2014b) :

- Facteurs démographiques et socio-économiques (ressources matérielles, précarité sociale, coûts liés à la prise en charge, âge, instabilité familiale, appartenance ethnique, culturelle).
- Facteurs liés au système de soins (accès aux soins, disponibilité des soignants, continuité des soins, qualité de la relation patient-soignant, système de remboursement des soins).
- Facteurs liés à la pathologie (absence de symptôme, pronostic et sévérité de la maladie).
- Facteurs liés au traitement (efficacité, bénéfices perçus, effets secondaires, complexité du traitement, modalité d'administration).
- Facteurs liés au patient (sentiment d'efficacité personnelle, connaissance et compréhension des risques de la maladie, attentes et croyances par rapport au traitement, expériences antérieures et acceptation du traitement) (pp. 2-3).

Le facteur lié à la maladie ne sera pas abordé car la fertilité, la grossesse et la maternité ont la particularité de ne pas être à caractère pathologique. En outre, la thématique de la fréquence et de la temporalité du conseil contraceptif est également une particularité de la grossesse qui revient de manière récurrente comme questionnement dans les articles. Ce thème n'apparaît pas dans la définition mais se révèle être un questionnement récurrent paraissant important à discuter.

i. Thématique 1 : Temporalité et fréquence

Hormis les articles de Hernandez et al. (2011) et Lee et al. (2011), toutes les études analysées tentent de déterminer le moment adéquat d'introduction du conseil contraceptif auprès d'une femme enceinte. De plus, les études investiguent également la fréquence appropriée du conseil contraceptif. Ces deux composantes sont présentées ci-dessous.

Le conseil en période prénatale

Les femmes témoignent une préférence pour recevoir un conseil contraceptif dans la période prénatale, comme le montre l'étude de Sundstrom et al. (2018), la plupart des participantes souhaite avoir une discussion au sujet des options contraceptives durant le deuxième et troisième trimestre de la grossesse.

Concernant le moment dans la période prénatale, l'étude de Cameron et al. (2017) montre que 60% des femmes trouve que donner un conseil contraceptif autour de 20-22 SA est un bon timing et seulement 13% trouvent que c'est trop tôt.

On retrouve cette idée dans l'étude de Hernandez et al. (2011), qui indique que des différences significatives en contraception postpartum ont été identifiées par, entre autre, le conseil contraceptif prénatal. Parmi les femmes qui ont rapporté avoir reçu un conseil contraceptif, 80% d'entre elles utilisent une contraception efficace comparé aux femmes rapportant ne pas avoir reçu de conseil contraceptif dont 72% utilisent une contraception efficace ($p=0.005$). Les femmes ayant reçu un conseil prénatal étaient presque deux fois plus susceptibles d'utiliser une contraception postpartum efficace que celles qui n'ont pas eu ce conseil. Ces chiffres significatifs montrent que de recevoir un conseil en période prénatale augmente les chances de prendre une contraception postpartum de manière efficace. Cependant, certaines femmes témoignent une préférence quant à la prise de décision d'une méthode contraceptive lors du rendez-vous de contrôle à six semaines postpartum (Sundstrom et al., 2018).

Du point de vue des professionnels de la santé, l'étude de Cameron et al. (2017) montre que les sages-femmes indépendantes trouvent également que l'introduction du conseil contraceptif en période prénatale est un moment adéquat. Elles ne s'accordent pourtant pas encore sur la date précise, certaines pensent que la visite prénatale de 22 SA est un bon moment pour introduire le sujet de la contraception. D'autres trouvent que la consultation prénatale de 32 SA est un moment plus logique dans la grossesse pour que les femmes commencent à penser à la contraception postpartum.

Le conseil en période postpartum

Les études, telle que celle de Cameron et al. (2017), montrent qu'après l'accouchement, l'attente pour une contraception postpartum n'est pas la priorité des femmes, elles préfèrent rentrer à domicile avec leur enfant dès que possible. Cependant, elles sont 64% à indiquer leur désir de recevoir la méthode de contraception choisie avant leur sortie de l'hôpital. Ces chiffres sont soutenus par Sundstrom et al. (2018), qui indique que les participantes apprécient recevoir la méthode de contraception choisie immédiatement après la naissance de l'enfant ou bien pendant leur séjour postpartum. De plus, selon Yee et al. (2011), les femmes souhaitent que leur décision concernant la contraception soit réévaluée et renforcée dans la période postpartum. Ainsi, si elles n'ont pas eu l'occasion d'en discuter en prénatal et de faire un choix, elles ont des risques de quitter la maternité sans ordonnance, d'autant plus que les séjours hospitaliers postpartum ont

tendance à se raccourcir de plus en plus. De ce fait, on peut observer que le conseil contraceptif peut se faire en période postpartum à la condition qu'il vienne soutenir les informations données et les réflexions faites par les femmes lors de la période prénatale.

Fréquence

Selon l'étude menée par Cameron et al. (2017), à 32 SA, encore 15% des femmes sont incertaines sur leur choix de contraception postpartum. Ce chiffre montre qu'il reste encore des femmes à conseiller à propos de la contraception. Ainsi, ce chiffre peut être mis en lien avec ceux de l'étude de Yee et al. (2011). En effet, vingt-sept des trente participantes recommandent comme préférence des épisodes de conseils contraceptifs courts mais fréquents durant la période de la grossesse, et comme expliqué ci-dessus; souhaitent que cette décision soit réévaluée et renforcée dans la période postpartum.

Les femmes témoignent également de leur besoin de planification et de traitement de l'information afin d'avoir la possibilité tout au long de leur grossesse de changer d'avis. Ainsi, elles souhaitent examiner les options contraceptives, être rassurées dans leurs décisions et renforcer les instructions dans la période du postpartum précoce et lors du rendez-vous de contrôle postpartum (Yee et al., 2011).

ii. Thématique 2 : Le contenu

La thématique du contenu du conseil contraceptif semble être transversale aux facteurs de l'adhésion thérapeutique. Le contenu peut être relié au système de soins et à l'équipe soignante (formation de soignants à l'éducation à la santé et à l'adhésion thérapeutique, qualité de la relation patient-soignant), au traitement (durée, modalité d'administration, éducation au bon usage du traitement) ou encore au patient (les connaissances, les croyances, les attentes). De cette façon, si le contenu du conseil contraceptif correspond aux demandes et préférences maternelles, cela permet de favoriser le lien de confiance et de partenariat avec le soignant, d'apporter aux femmes les connaissances requises et de ce fait d'augmenter leur sentiment de considération.

Cependant, le thème du contenu du conseil contraceptif est abordé ci-dessous d'une manière individuelle afin de mieux faire ressortir ces éléments.

Une approche multimodale

Les études se rejoignent quant au fait que les femmes souhaitent avoir des supports d'information multimodaux, qu'elles considèrent comme aidants (Sundstrom et al., 2018 ; Cameron et al., 2017 ; Yee et al., 2011). Il existe donc deux manières d'amener un conseil contraceptif: verbale et écrite. Ainsi, pour le contenu du conseil écrit, on peut mettre en évidence les supports suivants: site web, brochure, questionnaires avec questions-réponses, modèles et démonstrations (Yee et al., 2011).

Concernant le support informatique du site web, il a été mis en évidence par Cameron et al. (2017) que seulement 37% des femmes de l'étude rapportent avoir été redirigées sur un site de santé sexuelle. Ce chiffre indique que ce support ne semble pas encore être un outils d'utilisation courante chez les sages-femmes. De plus, seulement 44% de ces femmes indiquent l'avoir utilisé. On peut donc se questionner quant à la qualité, l'attraction et l'aide offertes par ce support. Il est intéressant de faire ressortir qu'un conseil contraceptif écrit ne semble pas être dissociable d'un conseil verbal. En effet, comme l'étude de Lee et al. (2011) l'a démontré, le groupe B ayant reçu uniquement une brochure comme conseil contraceptif a un résultat de prise de contraception efficace moins élevé par rapport au groupe contrôle ($p= 0.009$), ainsi qu'un résultat moins élevé par rapport au groupe A ($p= 0.011$). Le groupe contrôle et le groupe A avaient respectivement à disposition une brochure associée à un conseil verbal.

Facteurs influençant le choix

Selon Sundstrom et al. (2018), il existe différents facteurs influençant le choix de la contraception, tels que : la convenance, la fertilité, l'efficacité, les effets secondaires, l'allaitement, les informations erronées et les idées préconçues. Ces différents facteurs peuvent être vécus comme des obstacles à la prise d'un contraceptif. Ainsi, il semble important d'aborder ces thèmes lors du conseil contraceptif.

iii. Thématique 3 : Facteurs démographiques et socio-économiques

Selon la revue de littérature, des facteurs de vulnérabilité ont pu être mis en avant. Il existe donc un certain type de population qui est plus à risque de ne pas prendre de contraception efficace dans la période du postpartum. Notamment les femmes non mariées, celles qui ne prenaient pas de contraception avant leur grossesse, les familles ayant un salaire bas et les femmes venant d'une minorité (Hernandez et al., 2011). Cependant, aucune différence significative n'a pu être démontrée en ce qui concerne l'ethnie, le statut d'origine, le niveau d'éducation et la parité (Hernandez et al., 2011).

Finalement, il a été mis en avant que le conseil contraceptif a plus d'impact sur les femmes avec un niveau d'éducation plus bas que le lycée par rapport aux femmes qui ont une éducation plus élevée, sur qui le conseil contraceptif n'augmente pas de manière significative l'utilisation des contraceptions (Hernandez et al., 2011).

Concernant les populations vulnérables financièrement, Hernandez et al. (2011) énonce que la pauvreté est un facteur significatif dans la prise de contraception ($p= 0.046$) tandis que Sundstrom

et al. (2018) déclare que ce n'est pas un obstacle, pour la majorité des femmes, dans la prise de contraception.

iv. Thématique 4 : Facteurs liés au système de soins et à l'équipe soignante

Qualité de la relation patient-soignant

Dans l'étude de Yee et al. (2011), les femmes veulent un soignant qui prend le temps, initie la conversation, répond aux questions, est soucieux, empathique, congruent, intéressé. Elles doivent également pouvoir faire un choix indépendant et se sentir soutenues et rassurées (Yee et al., 2011). Le professionnel doit pouvoir adapter son vocabulaire en fonction des femmes (Sundstrom et al., 2018). La plupart désire pouvoir construire une forte relation avec lui et pouvoir bénéficier d'une approche individualisée afin de favoriser une décision partagée (Sundstrom et al., 2018). Selon Lee et al. (2011), les femmes qui ont reçu un conseil individuel ont adopté des méthodes plus efficaces que les femmes qui ont eu seulement un support écrit ($p=0.011$). Le conseil individuel est donc généralement plus efficace. De plus, les femmes ayant pu poser des questions par mail ou message à leur fournisseur de soins étaient les plus satisfaites (Sundstrom et al., 2018).

Les femmes expriment le désir que leur choix soit respecté même s'il ne correspond pas aux recommandations du soignant et qu'il soit noté dans le dossier dans le but de ne pas toujours revenir dessus une fois qu'il est fait (Sundstrom et al., 2018). Elles disent avoir confiance en leur soignant, ce qui est important pour elles, mais priorisent les expériences personnelles et leur autonomie dans le choix de la contraception (Sundstrom et al., 2018). De plus, les recommandations et le soutien de l'entourage s'avèrent être déterminants dans le choix contraceptif (Hernandez et al., 2011; Sundstrom et al., 2018). En effet, les femmes mariées se révèlent être plus susceptibles de prendre une contraception que les femmes non mariées ($p=0.04$) (Hernandez et al. 2011).

Accès aux soins

Selon les sages-femmes, recevoir la contraception lors du séjour au postpartum est un défi. En effet, une sage-femme évoque la difficulté de la sortie rapide et les nombreuses actions à faire durant cette période. De plus, les médecins ne sont pas toujours disponibles pour venir poser un implant, par exemple. Un autre problème est évoqué par les sages-femmes : l'infrastructure n'est pas encore assez établie pour permettre de délivrer correctement la contraception au postpartum. L'incertitude de la disponibilité des médecins afin d'offrir un soin ou de donner une prescription, l'impossibilité pour les sages-femmes de se charger de cela et le manque de matériel dans les stocks posent un problème d'accès à la contraception désirée par les femmes (Cameron et al., 2017). Néanmoins, les obstétriciens de l'étude de Cameron et al. (2017) sont favorables à ce que

les sages-femmes soient formées à la pose d'implants. Ces dernières quant à elles, estiment que ces problèmes liés au système de soins sont faciles à dépasser avec un peu plus de pratique et ainsi la remise de la contraception avant le retour à domicile entrerait dans la routine du postpartum. Pour ce qui est du type de soignants auxquels les femmes étaient confrontées lors du conseil en contraception, ce sont majoritairement des sages-femmes (78%), mais également des infirmières (25%), des médecins (7%), et des pharmaciens (3%) (Cameron et al., 2017).

Impact de l'attitude du soignant

Des informations et comportements contradictoires de la part des professionnels de la santé peuvent perturber les femmes quant au choix de contraceptif. De plus, les informations contradictoires ne viennent pas uniquement du personnel soignant mais également de différents organismes avec des recommandations différentes et certains groupes d'experts ne sont pas non plus d'accord entre eux, rendant la situation confuse pour tout le monde (Sundstrom et al., 2018).

v. Thématique 5 : Facteurs liés au traitement

Les facteurs suivants peuvent être vécus comme une contrainte à la prise d'une contraception postpartum.

Modalités d'utilisation

Pour certaines femmes, une contraception de type Long-Acting Reversible Contraception [LARC] permettant de ne pas penser à prendre un contraceptif tous les jours est vécu comme quelque chose de positif tandis que d'autres vivent la prise d'une contraception orale journalière comme une forme de contrôle (Sundstrom et al., 2018).

Effets secondaires

L'utilisation à long terme des contraceptifs apparaît comme une inquiétude commune en lien aux risques d'effets secondaires, notamment le cancer et le contrôle du poids. De plus, l'altération des menstruations se révèle comme un facteur de prise de décision important pour les participantes (Sundstrom et al., 2018).

vi. Thématique 6 : Les facteurs liés aux patientes

Les connaissances sur la contraception

Comme explicité précédemment¹, les femmes ont le souhait de pouvoir réfléchir à une contraception postpartum durant la période prénatale. Ainsi, en plus d'un contenu varié en terme de supports, elles souhaitent également aborder différentes méthodes de contraception (Sundstrom et al., 2018). Ces connaissances acquises durant la grossesse sont considérées comme un avantage par les sages-femmes hospitalières. En effet, ces dernières constatent en postpartum que beaucoup de femmes ont pu faire un choix de contraception et cela permet de faciliter la discussion à ce sujet après l'accouchement (Cameron et al., 2017).

Les expériences antérieures

Celles-ci peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la prise d'une contraception au postpartum. Selon Yee et al. (2011), les femmes ayant un antécédent d'interruption de grossesse électif ou spontané et se souvenant n'avoir reçu que peu ou pas de conseil contraceptif au moment de leur avortement déclarent être retournées à leur méthode de contraception précédemment inefficace. Selon Hernandez et al. (2011), une différence significative a été mise en évidence entre les femmes qui utilisaient une contraception avant leur grossesse et celles qui n'en utilisaient pas ($p= 0.0001$). En conclusion, il y a plus de chance qu'une femme ayant adopté une contraception avant la grossesse en utilise une en postpartum.

Les croyances liées à la contraception

Il semble essentiel d'aborder certaines thématiques récurrentes lors du conseil contraceptif afin de déconstruire les représentations et les fausses-croyances personnelles des femmes et/ou des soignants. Selon l'étude menée par Sundstrom et al. (2018), ces thèmes sont les suivants :

L'infertilité

Certaines femmes ont exprimé leur croyance vis-à-vis de l'utilisation d'un contraceptif à long terme et de l'idée que cela pourrait limiter leur fertilité ou causer une stérilité. D'autres associent l'utilisation d'un DIU Mirena® au fait d'avoir déjà eu des enfants. Elles ont donc l'idée que cela impacte négativement leur fertilité. De plus, il existe également les croyances des intervenants de la santé, lorsque les femmes décrivent avoir reçu de fausses informations sur l'implant qui pourrait interférer avec leur allaitement.

¹ c.f. Thématique 1: temporalité et fréquence

L'efficacité

Certaines femmes expliquent penser que le DIU est plus efficace de par sa localisation dans le corps. D'autres femmes quant à elles, soulignent le rôle du «hasard» dans la prise de décision d'une contraception après l'accouchement, ainsi une femme relève qu'il existe un risque de tomber enceinte peu importe le type de contraception choisi.

L'allaitement

Les participantes souhaitent une contraception compatible avec l'allaitement maternel et expriment des inquiétudes vis-à-vis de leur production de lait.

Le sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité apparaît peu de manière spécifique dans les articles de la revue de littérature. En effet, le seul à traiter de manière explicite le sujet dans l'analyse de ses résultats s'avère être Sundstrom et al. (2018). Il existe quatre facteurs influençant le sentiment d'auto-efficacité, lui-même ayant un impact sur l'adhésion thérapeutique. C'est pourquoi les différents résultats des articles sont articulés dans les parties suivantes:

L'expérience de vie

Comme explicité précédemment, selon Sundstrom et al. (2018), les femmes priorisent les expériences personnelles dans leur choix contraceptif. Ainsi, Yee et al. (2011) mettent en évidence que les femmes déclarant avoir reçu un conseil contraceptif insuffisant ou inexistant sont retournées à l'usage de leur précédente méthode, alors inefficace.

Les modèles de références personnelles

Selon Sundstrom et al. (2018) et Hernandez et al. (2011), les recommandations et le soutien de l'entourage s'avèrent être déterminants dans le choix contraceptif. Le mari jouant un rôle important durant la période du postpartum comme le montre Hernandez et al. (2011): les femmes mariées se révèlent être plus susceptibles de prendre une contraception que les femmes non mariées.

Le feedback des personnes significatives

Concernant ce facteur, cette revue de littérature met en évidence que la confiance engagée par les femmes envers le personnel soignant impacte leur décision. Cependant, elles précisent que ce n'est pas le facteur déterminant leur choix et qu'elles donnent plus d'importance à leur autonomie et leur expérience personnelle (Sundstrom et al., 2018).

L'état émotionnel et psychologique de l'individu

Selon Hernandez et al. (2011), les femmes n'ayant pas expérimenté de stress pendant la grossesse significativement plus une contraception efficace au postpartum, comparé aux femmes qui expriment avoir ressenti du stress.

VII. DISCUSSION

Dans le but de mettre en perspective les résultats de notre revue de la littérature, une nouvelle recherche plus large a été effectuée et les résultats principaux sont confrontés ci-dessous.

a. Temporalité du conseil contraceptif

La question de la temporalité reste primordiale mais complexe lorsque l'on aborde les conseils en matière de contraception au postpartum. Lors de l'analyse de notre revue de la littérature, l'importance de commencer le conseil contraceptif en prénatal est ressortie (Cameron et al., 2017 ; Hernandez et al., 2011 ; Sundstrom et al., 2018). Cette importance est également soulignée par le Royal College of Obstetrician & Gynecologist [RCOG] dans son Best Practice Paper (2015). En effet, ils affirment la nécessité d'aborder la contraception dès que possible, et de laisser la possibilité à la femme de poser des questions à chaque consultation. Le but est que la femme ait déjà fait son choix quand elle est en période postpartum et donc de fournir rapidement la contraception après l'accouchement. Cependant, selon une récente étude (Williams et al., 2019), bien que la majorité des femmes trouve important de discuter de la contraception au prénatal, celles-ci affirment également se sentir plus en confiance et prêtes à discuter et planifier la contraception dans la période du postpartum. Ceci démontre que les buts du système de soins pour la promotion de la santé en matière de contraception postpartum ne coïncident pas toujours avec les besoins des femmes. Nous nous devons donc d'adapter le conseil et de trouver un moyen d'encourager les femmes à effectuer leur choix en prénatal.

La question s'est posée entre nous d'aborder la contraception au postpartum dans la période prénatale, ceci lors des cours de préparation à la naissance, en plus des consultations. Cependant, cette solution n'est pas apparue dans les articles étudiés dans ce travail, bien qu'elle ressorte dans les recommandations professionnelles de la HAS (2005) dans son rapport sur les cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

b. Contenu du conseil

Selon notre revue de la littérature, l'approche multimodale est à privilégier car elle est préférée par les femmes (Cameron et al., 2017 ; Sundstrom et al., 2018 ; Yee et al., 2011). On entend, par approche multimodale, le fait de donner des informations orales et écrites, par le biais de différents supports. Toutefois, certaines méthodes sont encore peu étudiées, par exemple l'utilisation du

téléphone portable est peu mentionnée dans notre revue de littérature (à une seule reprise par Sundstrom et al., 2018). Cependant, cette utilisation peut être intéressante. En effet, selon Dev et al. (2019), l'utilisation d'une application mobile comme aide dans le conseil contraceptif s'est avérée utile. Ceci n'est pas étonnant au vu de notre société actuelle ultra connectée.

L'utilisation de données contraceptives écrites et orales ressort également dans les recommandations de la HAS (2005) et par la RCOG dans son Best Practice Paper (2015). La HAS (2005) précise même que ce thème est abordé dans l'objectif d'améliorer les connaissances et les capacités à résoudre un problème, en utilisant les méthodes d'exposé interactif et de table ronde, techniques qui permettraient de faire ressortir les expériences de contraceptions, importantes à aborder selon Sundstrom et al. (2018).

Enfin, il est nécessaire de relever que peu de littérature énonce clairement les thèmes à aborder lorsqu'on veut améliorer l'adhésion thérapeutique en matière de contraception postpartum. Notre revue de littérature a pu mettre en avant certains thèmes mais il est compliqué de trouver des recommandations ou d'autres articles scientifiques pour confirmer ou infirmer ces résultats. Seul l'OMS, dans son rapport de 2003 sur l'adhésion thérapeutique, évoque l'importance d'aborder tous les traitements possibles (dans notre cas, tous les moyens contraceptifs) pour permettre une bonne relation thérapeutique. De même, dans les recommandations de la FSRH (2017), il est précisé que les femmes devraient être informées pendant la grossesse de l'efficacité des différents moyens contraceptifs.

c. L'impact des facteurs socio-économiques

Certains facteurs de vulnérabilités ont été mis en avant avec notre revue de littérature, notamment un revenu familial bas, les femmes célibataires, ou encore les femmes issues d'une minorité ethnique (Hernandez et al., 2011). Le facteur économique notamment ressort dans d'autres contextes de traitement médical comme un frein à l'adhérence thérapeutique. En matière de traitement par radiation, par exemple, les contraintes financières sont une barrière pour un tiers des patients. Pour un tiers des patients de cette étude également, le manque de support familial est un frein à l'adhésion thérapeutique (Rangarajan & Jayaraman, 2018). Cette barrière n'a pas été mentionnée tel quelle dans notre revue de littérature. Cependant, Hernandez et al. (2011) et Sundstrom et al. (2018), relèvent l'importance de l'entourage dans le choix contraceptif, une thématique intéressante qui mériterait un approfondissement.

De surcroît, d'après Yeaman et al. (2018), la couverture d'assurance est également un frein dans l'adhésion thérapeutique concernant le traitement pour l'ostéoporose, par exemple. Tout ceci démontre, malgré des contextes de traitement différents, que des facteurs de vulnérabilité peuvent exister en matière d'adhésion thérapeutique. Il paraît donc nécessaire, sans stigmatisation, de les prendre en compte et d'agir en conséquence.

d. Qualité relation patient-soignant

Le plus important qui se dégage de notre revue de littérature concernant cette thématique est la relation centrée sur la patiente, le respect de ses choix et l'approche individualisée (Lee et al. 2011 ; Sundstrom et al. 2018 ; Yee et al. 2011). Ces résultats sont corroborés par la FSRH (2017), dans ses recommandations sur la contraception après la grossesse. En effet, ils mettent en avant l'importance de donner un conseil individualisé prenant en compte notamment les croyances et les préférences des femmes.

En plus de la relation centrée sur le patient, dans le contexte de traitement préventif contre l'hypertension oculaire, Hahn (2009) ressort l'importance d'évaluer à quel stade de préparation en est le patient. Ceci corrobore la théorie utilisée par Lee et al. (2011) dans leur étude et qui a pu améliorer le comportement contraceptif en se basant sur le modèle transthéorique [TTM]. Malheureusement, aucune autre étude portant sur la contraception postpartum et l'utilisation de la TTM n'a été trouvée. Il est donc complexe de mettre ces résultats en perspective.

Toujours selon Hahn (2009), il est possible que le patient dissimule sa non-observance car il veut être perçu comme un bon patient auprès des professionnels soignants. Une communication centrée sur le patient et une prise de décision partagée permettraient de rendre l'image du bon patient comme celui qui collabore avec les soignants. Le patient ne dissimulerait donc plus sa non-observance et cela favoriserait l'adhésion thérapeutique. Cette perspective n'a pas été mise en avant dans notre revue de littérature mais elle paraît importante pour le soignant de la garder à l'esprit afin de favoriser la collaboration patient-soignant.

e. Facteurs liés au patient

Plusieurs éléments se dégagent de ce facteur. Tout d'abord, les croyances des femmes se sont avérées importantes pour l'adhésion thérapeutique (Sundstrom et al., 2018), tout comme dans le contexte de maladies chroniques (Shahin, Kennedy, & Stupans, 2019) ou d'hormonothérapie après un cancer du sein (Brier, Chambless, Gross, Chen, & Mao, 2017). Ensuite, le sentiment d'auto-efficacité personnel, comme mentionné dans le cadre théorique, n'est pas ressorti de manière spécifique mais peut être mis en lien avec plusieurs résultats obtenus dans notre revue de littérature. Pourtant, selon Shahin et al. (2019), un lien positivement significatif a été établi entre le sentiment d'auto-efficacité et l'adhésion thérapeutique. Cette perspective pourrait apporter de nouveaux éléments à utiliser lors du conseil contraceptif et mériterait d'être plus étudiée dans le contexte de contraception postpartum.

Finalement, l'amélioration des connaissances en santé pourrait augmenter l'adhésion thérapeutique. De manière générale, plusieurs études, traitant d'adhésion thérapeutique en lien à la médication de maladies chroniques ou à la prévention de celles-ci, ont démontré un lien entre

l'adhésion et les connaissances (Budenz, 2009 ; Shahin et al., 2019). Cependant, ce lien n'a pas ou peu été étudié dans notre revue de littérature, en dépit du fait que les femmes demandent des informations sur tous les types de contraception (Sundstrom et al., 2018), démontrant ainsi un intérêt à améliorer leurs connaissances. En outre, selon les recommandations actuelles, il est nécessaire d'améliorer les connaissances des femmes à ce niveau-là (FSRH, 2017 ; HAS, 2005). Il semble donc intéressant d'étudier cette perspective afin de savoir si ces résultats sont applicables au contexte de contraception postpartum.

En revanche, les connaissances des femmes à propos de la contraception se sont révélées utiles pour les sages-femmes quand elles abordent la contraception dans la période du postpartum (Cameron et al., 2017). Ce résultat démontre une perspective différente dans le but de favoriser les connaissances des femmes : en plus d'améliorer possiblement l'adhésion thérapeutique, cela pourrait faciliter le travail des sages-femmes dans la période du postpartum.

f. Les effets secondaires

Une des études a mis en avant les effets secondaires comme étant une barrière à la prise de médicaments, ou même la peur du risque de subir certains effets (Sundstrom et al., 2018). De plus, cette barrière est très personnelle car certains effets sont mis en avant autant comme des bénéfices par certaines femmes que des inconvénients par d'autres. Par exemple, l'aménorrhée est vécue autant comme non sain et non naturel, que comme un avantage à ne pas subir les règles (Sundstrom et al., 2018). En outre, le caractère très personnel de certains effets secondaires consolide le principe du conseil individualisé expliqué plus haut.

Le fait que les effets secondaires soient vécus comme étant une barrière à l'adhésion thérapeutique n'est pas limité à la contraception. En effet, cette barrière est mise en avant dans la prise d'autres médicaments, comme les traitements contre le cancer, ou la tuberculose, par exemple (Liu, Birch, Newbold, & Essue, 2018 ; Shingler et al., 2014). Ceci démontre que ce facteur est déterminant pour un certain nombre de patients et qu'il est nécessaire de l'aborder dans le conseil contraceptif.

g. L'accès aux soins

Dans ce chapitre, plusieurs thématiques peuvent être abordées plus précisément. Tout d'abord, le coût n'est pas ressorti comme étant un facteur déterminant pour la majorité des femmes dans la prise de contraceptif (Sundstrom et al., 2018). Ce qui peut poser question car un des facteurs de vulnérabilité exprimé par Hernandez et al. (2011) est un revenu familial bas. Il serait nécessaire de comprendre donc pourquoi le revenu est un facteur de vulnérabilité dans la situation, afin de savoir éventuellement s'il est possible d'agir en conséquence. De plus, le coût est mis en avant par l'OMS (2003) comme un facteur influençant l'adhésion thérapeutique. Ainsi, dans certaines

études, le coût semble un déterminant dans la prise de médicaments contre l'épilepsie ou le glaucome, par exemple (Budenz, 2009 ; Honnekeri, Rane, Vast, & Khadilkar, 2018). Ce facteur, dans la prise de contraceptif, est donc à étudier d'avantage et pourrait être abordé, sans être la priorité du conseil contraceptif.

L'accessibilité dépend également de la possibilité de donner un conseil contraceptif et de fournir ledit contraceptif. Le conseil contraceptif devrait s'effectuer par tout le personnel soignant prenant en soins des femmes enceintes (FSRH, 2017). Cette recommandation n'est pas ressortie dans notre revue de littérature. Il serait donc intéressant d'étudier plus en profondeur cette perspective pour améliorer l'accessibilité. En ce qui concerne la fourniture des contraceptifs lors de l'hospitalisation postpartum, notre revue de littérature a mis en avant la difficulté de l'effectuer et la nécessité de trouver une solution (Cameron et al., 2017). Deux problématiques se dégagent alors de cette situation. Premièrement, la contraception demandée n'est pas toujours disponible dans la maternité, par manque de stock. Deuxièmement, les médecins sont peu disponibles dans la période d'hospitalisation, souvent courte, des femmes après l'accouchement. Former les sages-femmes, notamment à la pose d'implants, est une proposition pour améliorer l'accès à la contraception (Cameron et al., 2017). Proposition qui ressort également dans les recommandations de l'OMS (2018b), qui va plus loin en proposant que les sages-femmes et infirmiers puissent poser des implants mais également des DIU.

Dans notre revue de littérature (Cameron et al., 2017), ainsi que selon la FSRH (2017), il a été mis en avant l'importance et l'envie des femmes d'obtenir leur contraception avant la sortie de la maternité. Cependant, pour l'instant, il n'a pas été possible de satisfaire la majorité des femmes souhaitant une contraception avant leur sortie (Cameron et al., 2018). De plus, selon Croan, Craig, Scott, Cameron et Lakha (2018), qui étudient la pose d'implants à domicile par des sages-femmes, la majorité des femmes souhaitent une pose d'implant à domicile. Ces résultats sont contradictoires. Il semble donc profitable d'avoir également des sages-femmes indépendantes formées à la pose d'implants contraceptifs, afin d'améliorer au mieux l'accès à la contraception. En outre, selon Croan et al. (2018), parmi les femmes qui préféreraient la pose d'implant dans une clinique, comparé aux femmes qui avaient choisi la pose d'implant à domicile, un pourcentage plus élevé n'allait finalement pas à leur rendez-vous et n'avait donc pas d'implant. Par conséquent, si les femmes ne peuvent pas avoir l'implant avant leur sortie de la maternité, la meilleure alternative semble être de former les sage-femmes indépendantes à les poser à domicile, dans le but de donner accès au mieux à la contraception. Cependant, nous pensons que la meilleure solution est d'aménager les services postpartum pour dispenser la contraception au plus grand nombre de femmes possible avant leur sortie et d'avoir des sages-femmes indépendantes formées pour proposer un accès optimal à la contraception postpartum.

VIII. FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Cette revue de littérature comprend de nombreuses forces et limites. La distinction entre les deux n'est pas toujours évidente et l'esprit critique se veut de voir des avantages et des inconvénients à chaque action. On pourrait d'ailleurs associer cela au « tempérament enclin à l'optimisme » défini par le Larousse (s.d.b) comme «la disposition d'esprit qui incline à prendre les choses du bon côté». Ainsi les forces et limites de cet ouvrage ne pouvant être totalement dissociées, elles seront abordées dans un même ensemble.

L'originalité du sujet

L'originalité de ce sujet est l'une des forces de ce travail. Bien que la littérature scientifique contienne beaucoup de données sur la contraception, ces dernières se regroupent en grande partie sur la méthode tandis que peu traitent du conseil contraceptif et de son contenu. Pourtant, toutes les femmes ayant eu ou ayant un projet de maternité sont concernées par ce sujet. Et bien qu'à l'heure actuelle il n'existe aucune étude associant l'adhésion thérapeutique et la contraception postpartum, cette revue de littérature permet de faire ressortir des éléments pertinents et de rassembler ces deux sujets pour la première fois. Ainsi cela permet de se questionner sur le rôle de la sage-femme et de proposer des améliorations dans la pratique professionnelle.

La dynamique de groupe

Notre réflexion sur le thème de cette revue de littérature a beaucoup évolué au cours du travail. Cela est certainement dû au changement dans la dynamique du travail d'équipe, car pour des raisons de restructuration des groupes, nous sommes passées de deux étudiantes à trois en cours de rédaction de travail. Ce changement a permis de faire émerger de nouveaux questionnements. Être trois étudiantes dans le groupe, arrivées à des moments différents dans l'élaboration de la revue de littérature n'a pas toujours été chose facile. En effet, abandonner un sujet sur lequel on a travaillé de longues heures n'est jamais évident. L'étudiante arrivée en cours de rédaction du travail a donc dû fournir un effort supplémentaire afin de se mettre à jour sur les données d'un sujet très différent de celui sur lequel elle travaillait à la base. De plus, habitant toutes dans des régions différentes, il a été nécessaire de revoir notre organisation afin de pouvoir aménager des temps de travail commun. De nouvelles stratégies ont donc été mises en place afin d'améliorer la collaboration (groupe Whatsapp, conférence Skype, plateforme de travail commune via Google Drive, etc.). Et bien que trouver de nouvelles stratégies organisationnelles ait pris du temps tout au long du travail, cela nous a permis de mettre en pratique des compétences propres à notre métier (organisation, adaptation, management, communication, etc.).

Cette dynamique de groupe a donc fait évoluer le sujet de manière radicale entre autres dans sa méthodologie et dans la question de recherche.

Évolution de la méthodologie et de la question de recherche

Cette nouvelle réflexion à trois a influencé la recherche des articles. Le sujet principal est passé du sentiment d'auto-efficacité, à ce dernier comme composant de l'adhésion thérapeutique, ce qui a entraîné la reformulation de la question de recherche. En effet, bien que cette notion de sentiment de compétence soit pertinente, elle semblait trop spécifique. La quantité de littérature scientifique à ce sujet n'était pas suffisante à l'élaboration d'un travail de bachelor sur cet unique sujet. La question de recherche initiale a donc été remaniée, tandis qu'un nouveau PICO a été élaboré, dans le but d'élargir le sujet sur l'adhésion thérapeutique.

Concernant le choix des cinq articles retenus, il semble important de spécifier que certains d'entre eux ont été retenus alors qu'ils étaient issus du premier PICO. Cela s'explique par le fait qu'ils correspondaient également aux critères d'inclusion qu'offrait la question de recherche définitive.

Autre difficulté, les critères d'inclusion et d'exclusion de cette revue de littérature ont amené à la mise en retrait de grand nombre d'articles, notamment ceux dont la population n'était pas transposable à la nôtre. En effet, les thèmes de santé sexuelle et de contraception questionnent beaucoup les chercheurs dans les régions du globe où la régulation des naissances et les risques maternels et infantiles sont plus importants. Malheureusement, ces populations ne sont pas toujours applicables à la nôtre. De ce fait, cette sélection intentionnelle des articles se trouve être à la fois une force et une limite.

Néanmoins, cette évolution a mené à la sélection des cinq articles étudiés, tout en nous limitant sur les données relevant du sentiment d'auto-efficacité. En effet, ce dernier fait partie des facteurs influençant l'adhésion thérapeutique mais il n'apparaît pas de manière spécifique dans les études sélectionnées. Il a donc fallu faire ressortir divers éléments présents dans les études et relevant du sentiment de compétence mais n'étant pas mis en évidence par l'étude elle-même.

Concernant le concept de l'adhésion thérapeutique, il a nécessité une profonde réflexion afin de le mettre en lien avec la contraception postpartum alors qu'aucune étude ne met en relation ces deux idées. La sélection des articles de la revue de littérature a été soigneusement travaillée et des liens ont été effectués en mettant en relation les résultats des articles et les facteurs déterminants de l'adhésion thérapeutique. Néanmoins, l'analyse comparative de leurs résultats s'est montrée compliquée car chaque article amène des résultats divers et traite le thème du conseil contraceptif sous un angle différent. De plus, nous avons décidé de sélectionner des études dont les designs différaient, ainsi, l'analyse comparative et la diversité des designs nous ont permis d'aborder la problématique sous diverses facettes. Les études qualitatives avec des

groupes de discussion ont permis de faire ressortir l'avis des femmes comme celui des soignants, dont notamment les sages-femmes. Cela soutient la pertinence des articles au vu de la pratique professionnelle sage-femme. Ainsi, le fait que chaque article se questionne sur le conseil contraceptif d'une manière différente permet de regrouper les résultats et de les mettre en lien avec le concept d'adhésion thérapeutique afin de répondre à la question de recherche de ce travail.

Prudence vis-à-vis de la prise de position

Il est important de mettre en lumière le fait que ces démarches ne sont pas exhaustives. En effet, ce travail traite du sujet avec une vision générale sans pouvoir aborder la totalité des connaissances et de la théorie sur cette thématique. Comme expliqué ci-dessus, le nombre d'articles trouvés pour cette revue de littérature était limité et les thèmes abordés par chacun pouvaient représenter un frein dans l'interprétation des résultats. De plus, certains articles mettent en avant des résultats contradictoires, ce qui demande de les confronter à d'autres recherches. L'article d'Hernandez et al. (2011) s'est révélé être difficilement interprétable. Dans l'échantillon des études choisies, une seule seulement se déroule en Europe, on ne peut donc pas extrapoler les résultats à la population suisse, mais seulement émettre des hypothèses. De ce fait, les résultats mis en évidence dans cette revue de littérature ne peuvent pas se prétendre exhaustifs et doivent être interprétés avec prudence.

IX. LES PERSPECTIVES DE RETOUR DANS LA PRATIQUE

Cette revue de littérature a permis d'ouvrir les portes à diverses propositions de retour dans la pratique mentionnée dans le chapitre suivant.

a. Bref état des lieux de la pratique actuelle

Lorsque l'on met en lien le taux de grossesses rapprochées (33,1% en 2015 selon Sundstrom et al. 2018) et le taux de femmes ne disposant pas d'une méthode contraceptive lors de leur retour à domicile malgré leur demande (84% selon Cameron et al. 2018), il semble important de s'inquiéter de l'état actuel du conseil contraceptif dans nos régions de Suisse Romande. D'autant plus lorsqu'on prend en considération le manque certain d'homogénéité dans le conseil contraceptif prodigué. Ainsi la question suivante s'est imposée : Existe-il actuellement un conseil contraceptif en période prénatale ? Les diverses recherches ont donné les résultats suivants.

Concernant les consultations prénatales, le conseil contraceptif ne semble pas être abordé de manière systématique. Il ne semble pas exister de recommandations communes décrites par

l'OMS ou la HAS, de même qu'au point de vue national. En effet, aux HUG, il n'existe pas de fiche attitude à l'attention des professionnels de la santé sur le sujet du conseil contraceptif. La fiche attitude concernant les consultations prénatales indique uniquement la nécessité de relever le type de contraception précédemment utilisé par la femme lors de l'anamnèse complète de la première consultation. De plus, bien que les HUG bénéficient d'une fiche attitude énonçant les différentes méthodes contraceptives possibles au postpartum et abordant la sexualité, celle-ci ne donne pas d'information sur la temporalité et le contenu du conseil (HUG, document non publié, 2016).

Au sujet des cours de préparation à la naissance et à la parentalité [PANP], il ne semble pas exister de consensus international sur le thème du conseil contraceptif qui relève de ce fait de la volonté du personnel soignant (sages-femmes). En effet, aucune donnée à ce sujet n'a été trouvée dans la banque de données de l'OMS. Cependant, la HAS a mis en évidence quelques éléments concernant les cours de PANP dans un document datant de novembre 2005. Les directives énoncent l'intérêt du conseil contraceptif, cependant il est recommandé de le fournir lors de la séance postnatale dans les six à huit semaines suivant la naissance (HAS, 2005a). Par ailleurs, le document synthétisant ces recommandations n'aborde pas le thème de la contraception (HAS, 2005b). Ainsi, il est intéressant de relever que selon cette institution française, le conseil contraceptif n'est pas un thème essentiel à aborder dans le cadre des cours de PANP. Il est tout de même important de préciser que ces données datent d'il y a bientôt quinze ans et que de nouvelles mises à jour sont peut-être en cours de rédaction.

Néanmoins, les HUG (2018a) ont actuellement à disposition un cours de PANP intitulé « Après la naissance, une nouvelle vie commence » consacré aux femmes enceinte de 35 à 39 SA. Ce cours propose d'aborder, entre autres, le sujet de la contraception. Cependant, en consultant le site internet, il n'est pas possible d'accéder au contenu complet du cours afin d'en avoir une idée plus concrète. De plus, il est intéressant de relever qu'il propose d'aborder ce sujet assez tardivement en période prénatale (HUG, 2018a).

Il en va de même pour les conseils de retour à domicile. Comme vu précédemment, il est important d'aborder le sujet de la contraception en période postnatale précoce afin de soutenir un processus de décision fait durant la période prénatale. Cependant, il n'existe pas de recommandations internationales, ni même nationales, sur le sujet de la contraception postpartum. Les conseils de sortie n'abordent pas systématiquement le conseil contraceptif. L'absence de protocole à ce sujet peut entraîner certains professionnels de la santé, entre autres les sages-femmes, à ne pas se sentir concernés par ce rôle et estimer qu'il doit plutôt être abordé au rendez-vous de contrôle gynécologique à six semaines postpartum. Aux HUG, il existe depuis quelques années le « Guide à l'usage des sages-femmes pour la prise en charge post-partum : séjour et sortie physiologique »

(HUG, document non publié, 2016). Ce dernier recense les informations données par les sages-femmes lors des conseils de sortie, notamment concernant les rapports sexuels et la contraception. Ainsi, le conseil contraceptif se résume à la promotion du préservatif et à la distribution de l'ordonnance pour la micro-pilule progestative (Cerazette®). Ces deux méthodes sont décrites comme une bonne alternative en attendant le rendez-vous de contrôle à six semaines postpartum chez le gynécologue traitant.

Par ailleurs, les HUG (2018b) disposent d'une brochure intitulée « Vous avez accouché : guide de la naissance et du retour à domicile » mise à la disposition des patientes. Dans celle-ci, il est proposé à la femme de parler, avant sa sortie de la maternité, avec son gynécologue ou sa sage-femme, de contraception si elle ne désire pas de nouvelle grossesse. Il est également recommandé d'employer un contraceptif dès les premiers rapports sexuels (HUG, 2018b). Cependant, cela ne répond pas vraiment aux attentes maternelles mises en évidence dans la revue de littérature.

Ces données actuelles permettent de conclure qu'il n'existe aujourd'hui pas de conseil contraceptif protocolé et systématique en période prénatale. Certaines femmes en bénéficient tandis que d'autres non. Cela dépend de leur sage-femme, de l'institution où se déroule leur suivi de grossesse et du contenu de leur cours de préparation à la naissance et à la parentalité (à condition qu'elles en suivent un). Ainsi, il est possible de proposer de nouvelles perspectives propres à la pratique sage-femme.

b. L'intégration de la thématique en tant que routine en prénatal

Comme vu dans l'analyse précédente, l'idéal serait de parler de la contraception en premier lieu en période prénatale. Afin d'aller plus loin que la proposition de la fiche attitude des HUG, il serait pertinent d'intégrer la question de l'antécédent contraceptif à part entière dans le recueil de données, lors de l'exploration de la survenue de la grossesse (surprise, sous contraception, désirée). Ceci serait la fenêtre d'ouverture à l'investigation de la satisfaction maternelle des facteurs du choix contraceptif (efficacité, innocuité, réversibilité, facilité d'application, prix et acceptabilité). Il serait, par la suite, intéressant de pouvoir faire ressortir ces données sur une page du dossier informatique consacrée à cet effet. Ainsi, il serait plus aisé de relever si la femme présente des facteurs de risque de ne pas prendre une contraception postpartum.

Lors des consultations prénatales, il faudrait également évaluer si la femme présente des facteurs de risque de grossesses rapprochées ou si elle témoigne le besoin d'approfondir le sujet. Puis, de manière systématique pour toutes les femmes, il s'agirait de leur donner les informations de base en partant de leurs connaissances (importance d'un suivi individualisé selon Sundstrom et al., 2018), puis de les rediriger si besoin vers une prise en soins plus spécialisée, au planning

familial par exemple. De plus, la formation des sages-femmes à l'entretien psycho-éducatif serait un atout utile à mettre en place en présence de femmes manifestant de fausses représentations quant à la contraception. Cet entretien a été décrit par Razurel (2015) et permet aux professionnels de la santé d'investiguer les représentations maternelles, les croyances et les connaissances afin de déconstruire les représentations et d'en reconstruire de nouvelles, dans notre cas, vis-à-vis de la contraception. Le processus de cet entretien est complexe et demande une formation nécessaire à sa bonne utilisation (Razurel, 2015).

On peut être confiant quant à la possibilité d'incorporer le sujet de la contraception postpartum en routine prénatale et que cela fasse partie du rôle sage-femme (Cameron et al., 2017).

c. Les différents moyens d'aborder la thématique

Il existe déjà certains flyers et sites internet que l'on peut conseiller aux femmes. Cependant, les informations ne sont pas regroupées, il est donc difficile d'avoir accès à toutes les sources d'information. Il serait donc utile d'avoir une liste de sources existantes. Cette dernière pourrait être disponible pour les sages-femmes en consultation, leur offrant ainsi l'opportunité de proposer aux femmes ces ressources.

Il pourrait être intéressant d'avoir un contenu multimédia sur les sites des maternités un peu plus détaillé, avec un onglet où l'on retrouve directement la thématique de la contraception au postpartum. Actuellement, il n'existe pas d'onglet spécifique sur le site des HUG, il faut fouiller dans les thèmes du postpartum pour pouvoir trouver les deux paragraphes d'information à ce sujet. L'idée d'une application mobile sur ce thème peut également être intéressante. Cela permettrait d'augmenter le sentiment de contrôle des femmes qui le désirent.

Une discussion avec une sage-femme confrontée à cette thématique dans la pratique a soulevé un questionnement sur l'avantage d'un conseil contraceptif individuel, groupé, ou la combinaison des deux. De ce fait, un cours de préparation à la naissance abordant comme thématique principale la contraception peut également être aidant. En effet, ce moment où les participants sont regroupés apporte d'autres avantages que le conseil individualisé. Par exemple, cela permet l'échange d'expériences, ce qui peut avoir parfois plus d'impact que les conseils des professionnels (Sundstrom et al., 2018).

De plus, il a été mis en évidence par Sundstrom et al. (2018) que les participantes de l'étude qui pouvaient poser leur questions par e-mail ou par SMS à leur soignant se révélaient plus satisfaites de leurs soins. Ceci montre que les questions des patientes peuvent intervenir en dehors des moments de rencontre avec le soignant et qu'il faut mettre à disposition un moyen de communication supplémentaire. Ainsi, la création d'un forum de discussion entre patients et soignants pourraient être proposée par chaque maternité.

Le but étant de pouvoir proposer différents moyens aux femmes sans qu'ils conviennent tous à toutes mais que chaque femme puisse y trouver son compte.

d. La nécessité d'une prise en soins claire et établie

Il serait utile d'avoir un protocole au sein de l'hôpital, indiquant les méthodes utilisables et leur période d'application (pas de consensus existant sur le timing de la pose de DIU ou implants, par exemple) et qui s'aligne si possible avec les recommandations de différents organismes (OMS, ACOG, HAS, etc). Il devrait également indiquer la période de discussion avec les femmes et les thématiques à aborder, pour que les professionnels de la santé, au sein d'un même établissement, puissent suivre la même ligne directrice. Ceci permettrait plus de cohérence face aux mères/couples et serait également plus simple pour les professionnels de la santé (Sundstrom et al., 2018).

Plus haut, il a été mentionné l'importance d'un conseil individualisé et maintenant l'importance d'un protocole pour favoriser la clarté à l'attention de tous. Ceci peut paraître paradoxal. C'est pourquoi ce que nous proposons serait un compromis entre les deux : à la fois un modèle protocolaire mais qui pourrait s'adapter en fonction des femmes et de l'étape où elles sont dans le choix de la contraception postpartum.

e. Accessibilité de la contraception

Sachant que l'accessibilité est un des facteurs influençant la prise de contraception, il faudrait permettre une contraception abordable dans les prix tout d'abord, voire une gratuité ou un remboursement par les assurances (de certains contraceptifs) comme c'est le cas en France (Île de France, 2018).

De plus, une accessibilité concrète, dans la période du postpartum, est demandée par les femmes (Sundstrom et al., 2018). Cependant, nous pouvons observer un manque de temps évident chez les médecins pour la réalisation de gestes médicaux au postpartum, qui devient de plus en plus compliqué avec les temps de séjour de plus en plus courts. Pour pallier à ceci, former les sages-femmes à la pose d'implants peut être une bonne alternative. Donner aux sages-femmes plus d'autonomie en lien avec la contraception (ordonnance, pose de contraceptifs) permettrait une meilleure accessibilité de celle-ci pour les femmes. D'autant plus que, selon Cameron et al. (2018), 64% des femmes ont indiqué vouloir recevoir leur contraception avant la sortie de l'hôpital, mais malheureusement, 84% sont sorties de l'hôpital sans contraception. En outre, en Suisse, les sages-femmes ont les connaissances contraceptives théoriques mais ne sont pas habilitées à la prescrire, ni à l'administrer. Cela semble faisable, tout comme chez nos voisins français, pour qui la contraception fait entièrement partie du rôle sage-femme. Finalement,

Lee et al. (2011), a mis en évidence que plus les sages-femmes ont de responsabilités, plus les actions de prévention en matière de santé sexuelle deviennent ancrées dans la routine des soins. L'accessibilité de la contraception est aussi liée à l'accessibilité du conseil contraceptif. Notamment pour la population migrante présente en Suisse, il paraît important de pouvoir lui proposer un conseil avec un/une traducteur/trice si nécessaire, ce qui n'est malheureusement pas possible partout. À savoir que les sages-femmes peuvent avoir accès à des documents explicatifs (Sexual Health info, s.d.) sur la contraception du postpartum dans beaucoup de langues différentes. Encore une fois, il faut connaître cette ressource pour être à même de l'utiliser.

f. Un protocole pilote pour une homogénéisation du conseil contraceptif

La rédaction et la conception de ce protocole pilote ont été motivées par la littérature scientifique et se sont inspirées des résultats de la revue de littérature décrite dans ce travail (Cameron et al., 2017 ; Hernandez et al., 2011 ; Lee et al., 2011 ; Yee et Simon, 2011 ; Sundstrom et al., 2018). Bien que cette dernière ne puisse se prétendre exhaustive, les résultats qui en ressortent permettent de former des idées plus précises sur le conseil contraceptif souhaité par la majorité des femmes. Actuellement, il n'existe pas de protocole de conseil contraceptif postpartum à l'attention du personnel soignant. Cette lacune entraîne les soignants à le dispenser de manière variée, créant parfois une désorientation chez les patientes.

Ce protocole émerge donc de l'idée d'offrir aux intervenants de la santé une base à laquelle se référer pour dispenser le conseil contraceptif postpartum afin de l'intégrer dans leur pratique et routine de soins, ainsi que d'offrir aux femmes une information homogène.

TTM et IPSHEP comme modèles d'inspiration

Ce protocole aborde deux aspects pouvant s'opposer : le besoin d'homogénéité et d'individualisation. Ainsi, nous nous sommes inspirées du modèle Interactive Postpartum Sexual Health Education Program [IPSHEP] (Lee et al., 2011 ; Lee & Yen, 2007), lui-même inspiré de la TTM (Prochaska & Velicer, 1997).

Le diagramme issu de l'article de Lee et al. (2011) a été choisi comme base du protocole pilote car il permet de mettre en exergue les stratégies d'apprentissage à adopter en fonction du stade de préparation auxquels sont les patientes. Nous nous sommes également inspirées de l'étude de Lee & Yen (2007). De plus, la TTM et l'IPSHEP se sont révélés être des sources fiables ayant déjà fait leur preuve. En effet, depuis 1997, la TTM est à l'origine de diverses interventions dont celle de l'arrêt de la consommation de tabac. (Prochaska & DiClemente, 1997 cité par HAS, 2014b). Les résultats montrent que la meilleure stratégie afin de promouvoir la conservation du changement de comportement de santé est d'adapter l'intervention aux stades de changement

de l'individu (Prochaska & Velicer, 1997). Les principaux concepts de ces deux méthodes sont rappelés ci-dessous :

La TTM (Prochaska & Velicer, 1997) se caractérise par six stades de préparation à l'adoption d'un nouveau comportement (la précontemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance et la rechute) dont seulement quatre sont utilisés dans le protocole pilote :

- **Stade de précontemplation** : la personne n'a pas l'intention d'adopter un changement dans un avenir proche (six mois) car elle est peu ou pas informée sur les conséquences de son comportement. Cette dernière peut avoir essayé d'adopter des changements et se sent démoralisée à propos de ses capacités d'évolution.
- **Stade de contemplation** : La personne a l'intention de changer de comportement dans les six prochains mois. Elle est informée des coûts et bénéfices du changement. Cela entraîne une ambivalence qui peut bloquer l'individu à ce stade durant une longue période.
- **Stade de préparation** : La personne a l'intention d'adopter un changement dans un futur proche (un mois). Elle a souvent déjà fait des interventions significatives dans la dernière année et a un plan d'action pour le changement à adopter.
- **Stade d'action** : La personne a fait divers changements dans les six derniers mois. Depuis qu'elle a mis en place des actions, son comportement s'est modifié.

La TTM comprends également des modulateurs de changement de comportement tels que la balance décisionnelle et l'auto-efficacité.

L'IPSHEP est un programme basé sur la TTM et la théorie cognitivo-sociale [SCT] de Bandura (Lee & Yen, 2007) permettant de faire ressortir les indicateurs des effets de la stratégie qui sont l'auto-efficacité sexuelle (important dans le changement sexuel) et le comportement d'auto-efficacité (important dans le comportement contraceptif et safersex).

Apports supplémentaires au protocole IPSHEP

Des modifications ont été apportées au protocole IPSHEP de base, selon les résultats de la revue de littérature. Elles se basent, comme toute l'analyse des résultats de cette revue, sur les facteurs influençant l'adhésion thérapeutique (temporalité et fréquence, facteurs démographiques et socio-économique, la relation patient-soignant).

Description du protocole pilote

Dans une optique de compréhension optimale, les notions abordées dans le protocole pilote sont décrites ci-dessous et se basent, entre autres, sur les articles issus de la revue de littérature et l'étude de Prochaska et Velicer (1997).

Formation initiale

Afin que le conseil contraceptif soit donné dans des conditions optimales, il est nécessaire que les professionnels de santé soient sensibilisés à différentes notions, telles que :

- L'attitude soignante (bienveillance, empathie, congruence, témoignage d'intérêt, initiation de la conversation contraceptive, adaptation du langage, respect du choix, valorisation et disponibilité).
- Le rôle soignant (réponse aux questions, déconstruction des idées préconçues sur l'infertilité, l'efficacité et l'allaitement maternel).
- Les indications à l'utilisation de l'entretien motivationnel (résistance active ou passive, difficulté à reconnaître la gravité d'un problème, ambivalence et changement attendu laborieux) (S. Racine, communication personnelle [Support de cours], 17 octobre 2018).
- Les barrières à la contraception (convenance, fertilité, efficacité, effets secondaires, et allaitement).
- Les stades de préparation au changement de comportement selon Prochaska et Velicer (1997).

Le questionnaire

Le questionnaire comprend trois parties. La première contient quatre questions permettant de déterminer les stades de préparation de Prochaska et Velicer (1997).

1. **Phase de précontemplation** : «Je n'ai jamais pensé que les grossesses rapprochées comportaient des risques et je n'ai jamais pensé qu'il était nécessaire de recevoir des recommandations professionnelles.»
2. **Phase de contemplation** : «Je me soucie de ma vie sexuelle après l'accouchement, mais je ne sais pas de quelle information j'ai besoin ni les problèmes que je pourrais rencontrer.»
3. **Phase de préparation** : «Je crois que la vie sexuelle après l'accouchement est très importante, je sais que j'ai besoin de conseils et je m'apprête à entreprendre un changement.»
4. **Phase d'action** : « Je pense que la vie sexuelle après l'accouchement est très importante. Je connais les conseils dont j'ai besoin et j'ai commencé à rechercher activement des informations et une éducation en matière de santé.»

La deuxième partie concerne les données de base de la patiente relevées lors du recueil de données. De plus, cette partie contient un dépistage des facteurs de risques à la mauvaise prise de contraception. La troisième partie concerne le relevé des antécédents de grossesses et d'accouchements.

La brochure «Ma contraception postpartum»

Elle est proposée dans différentes langues identiques à celles utilisées sur le site Sexual Health info (Sexual Health info, s.d.) et mise à disposition des patientes par les intervenants de la santé. Elle comporte le côté interactif recommandé dans la revue de littérature (texte théorique, illustrations, questionnaires «le saviez-vous?» et «vrai-faux», liens vers des sites internet (Sexual Health info, s.d.) et un forum de discussion². Les sujets abordés dans la partie théorique comprennent les différents types de contraception (compatibles avec l'allaitement maternel), les facteurs influençant le choix contraceptif, la fertilité et le retour de couche, la reprise des rapports sexuels et les risques concernant les grossesses rapprochées.

Les stratégies du changement

La personne en processus de changement va évoluer de stade en stade grâce à des stratégies qui l'aident à créer et à maintenir un changement.

- **L'éveil de la conscience** : sensibiliser la personne au comportement sain à adopter (causes, conséquences et traitement). Certains outils peuvent être utilisés pour l'éveil de la conscience : le feedback (répondre aux éventuelles questions au sujet de la brochure et/ou au sujet du questionnaire), la confrontation (revenir sur la partie « Le saviez-vous » de la brochure et explorer les sentiments survenus vis-à-vis de ces faits) et l'éducation (parler des conséquences de ne pas prendre de contraception postpartum).
- **L'auto-libération** : s'engager à changer de comportement en partant de la conviction qu'il est possible de parvenir à un comportement sain.
- **Le contre-conditionnement** : apprendre les comportements et les pensées saines qui peuvent remplacer les comportements et pensées malsaines.
- **La gestion des renforts** : récompenser le comportement positif et réduire les avantages découlant d'un comportement négatif (passer par la récompense et non par la punition).
- **Le contrôle des stimuli** : utiliser l'environnement du patient pour créer des rappels et des indices qui soutiennent et encouragent le comportement sain et suppriment ceux qui encouragent le comportement malsain.
- **L'auto-efficacité** : c'est la confiance qu'ont les gens en leur capacité à faire face à des situations à risque élevé de «rechute». Cette confiance peut être travaillée en améliorant les attentes, anticipant les obstacles et en parlant d'exemples de réussite.

² selon la proposition mentionnée dans la partie «le retour à la pratique»

- **Auto-évaluation** : permet de réaliser que le comportement sain fait partie de ce que le patient veut être. Une intervention augmentant ce processus est la clarification des valeurs.

Certaines stratégies semblent plus adéquates selon le stade de préparation au changement (Prochaska & Velicer, 1997). L'éveil de la conscience est plus approprié en stade de précontemplation tandis que l'auto-efficacité en stade de contemplation et préparation/action. Les stratégies non recommandées sous peine de prendre le risque de créer une résistance chez la patiente sont : le contre conditionnement, le contrôle des stimuli et la gestion des renforts. A contrario, ces dernières semblent plus appropriées à mettre en place en stade de préparation et d'action, ajoutées à la stratégie d'auto-libération.

La balance décisionnelle

Cela reflète la balance individuelle pesant le pour ou le contre du changement et qui varie selon le stade de préparation auquel se trouve un individu. Ainsi, lorsqu'un sujet est évalué comme étant au stade de précontemplation, la balance décisionnelle est un outil à mettre en place pour l'aider à passer au stade de contemplation. Dans cette transition, il est nécessaire de mettre en avant les aspects positifs du changement et de cibler les interventions sur ce point (augmenter les aspects positifs).

Lorsque le sujet est évalué comme en stade de contemplation, alors la balance décisionnelle est également un outil pour passer au stade de préparation/action. Cependant, dans cette transition, il est nécessaire de s'assurer, auprès du sujet, qu'il considère davantage d'aspects positifs que négatifs au changement de comportement (diminuer les aspects négatifs). Cette vérification est indispensable avant de fournir des stratégies pour minimiser les obstacles du changement de comportement de santé.

Questionnaire

A évaluer le stade de connaissance
 B Données de base (FR): mère célibataire / Pas d'antécédent de contraception / revenu familiale bas / minorité
 C Données Grossesses et accouchement précédent

Distribution brochure « Ma contraception postpartum » et demander d'en prendre connaissance pour la 1ère intervention

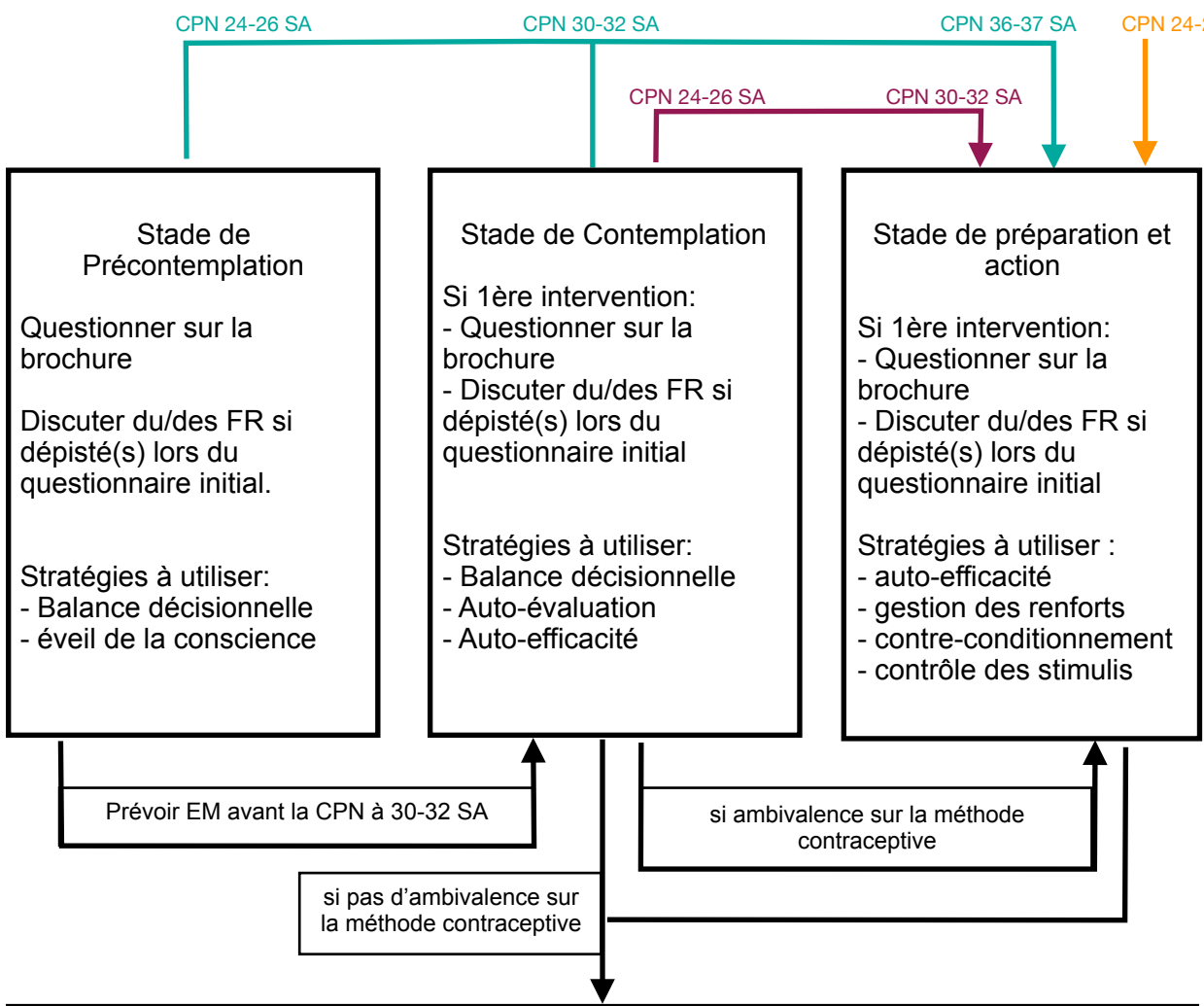
Déterminer le stade actuel de la femme

Première intervention quelque soit le stade initial de la femme : 24-26 SA

Les sujets à investiguer quelque soit le stade de connaissance

Tous les moyens de contraception possibles
 Leurs effets secondaires
 Expériences antérieures
 Connaissances préalables de la femme

Croyances :
 - AM
 - infertilité
 - efficacité



- Investiguer le choix de contraception
 - S'assurer du choix éclairé
 - Noter/répertorier le choix dans le dossier

Lorsque les 3 points ci-dessus sont validés, ne plus ré-investiguer le choix de la patiente avant le postpartum

Postpartum précoce : Réévaluer / renforcer

Confirmer le choix de contraception post-partum
 S'assurer du choix éclairé
 Répondre aux questions
 Recevoir la contraception / l'ordonnance correspondant à la demande



Légendes :

AM : Allaitement Maternel

CPN : Consultation Périnatale

EM : Entretien Motivationnel

FR : Facteur de Risque

PP : Postpartum

SA : Semaine d'Aménorrhée

Les flèches bleues à droite et à gauche de la page indiquent des actions s'appliquant tout au long du processus.

g. Perspectives de nouvelles recherches

La réalisation de ce travail ouvre des perspectives de nouvelles recherches. La limite sur le rôle sage-femme mise le plus en évidence est l'impossibilité de prescription et d'administration de contraception par les sages-femmes. L'intérêt de former les sages-femmes a été expliqué précédemment. Une future étude pourrait donc évaluer le nombre de femmes ayant une prise de contraception postpartum efficace suite aux interventions des sages-femmes formées, vérifiant ainsi l'hypothèse selon laquelle si les sages-femmes étaient davantage formées à la contraception cela permettrait d'augmenter le nombre de femmes quittant la maternité avec une méthode de contraception. Il serait également intéressant d'évaluer l'impact de cette formation sur les représentations des sages-femmes, permettant ainsi de vérifier les résultats concernant la relation entre l'augmentation de responsabilité des sages-femmes et leur investissement dans le conseil contraceptif. De plus, peu d'études traitent du contenu du conseil contraceptif. Il serait nécessaire d'approfondir ce sujet dans le but de mettre en place un protocole d'informations types à fournir. Par ailleurs, un travail de master pourrait évaluer l'efficacité d'un protocole de conseil contraceptif adapté à l'étape d'apprentissage de la mère. Finalement, des recherches quant à la préférence d'un conseil contraceptif groupé (cours de PANP), individuel (consultation périnatale [CPN]) ou les deux seraient utiles afin d'améliorer la prise en charge offerte par les sages-femmes.

X. CONCLUSION

Au fil des années, la contraception a beaucoup évolué et le comportement sexuel des Hommes également. Notre société est donc passée de grossesses inévitables, si les femmes ont une vie sexuelle active, à des grossesses contrôlées grâce au développement de la contraception et avec l'aide de la planification familiale. Malgré l'arrivée des contraceptifs modernes, le taux de grossesses non désirées reste important, de même que le taux de grossesses rapprochées malgré les risques que cela implique. De plus, le taux d'IVG dans les douze mois suivant l'accouchement ainsi que les grossesses non-désirées témoignent d'un défaut dans le conseil à propos de la contraception dans la période postpartum. Sans parler des grossesses rapprochées

désirées, choix des femmes qui n'est pas forcément pris en toute connaissance des risques. Pourtant, les recommandations actuelles préconisent un espacement des grossesses de minimum douze mois, voire plus selon les organismes. Ainsi l'OMS a même proposé un programme pour prévenir les grossesses rapprochées (OMS, 2014). La période périnatale est charnière pour de multiples actes de prévention qui font partie des compétences sages-femmes, professionnelles au plus proches des femmes pendant cette étape. La contraception au postpartum en fait partie. Nos objectifs dans ce travail étaient donc de rechercher quel conseil contraceptif en matière de contraception postpartum était le plus adapté, afin d'espacer les naissances, d'éviter les grossesses non-désirées et de favoriser le choix éclairé. Ainsi, selon cette revue de littérature (Cameron et al., 2017 ; Hernandez et al., 2011 ; Lee et al., 2011 ; Sundstrom et al., 2018 ; Yee et al., 2011), il est apparu que le conseil contraceptif devrait commencer en période prénatale, même si les femmes avouent y être moins réceptives à ce moment. Il en résulte donc un défi pour les professionnels de santé. Concernant le contenu, l'individualisation du conseil est ressortie comme primordiale. Cependant, certains thèmes généraux sont ressortis tels que l'importance d'aborder tous les types de contraceptifs possibles, les connaissances préalables, les expériences, les effets secondaires et les croyances. Parmi lesquelles figurent l'allaitement, l'infertilité et l'efficacité. De plus, l'accès à la contraception se révèle un facteur à prendre en compte. Un moyen proposé pour améliorer l'accès à la contraception au postpartum serait par exemple, la formation des sages-femmes à la pose d'implants. En outre, un protocole pour aborder la contraception en période prénatale est proposé dans ce travail, dans le but de favoriser la prise de décision d'une méthode contraceptive par les femmes avant l'accouchement en prenant en considération leurs connaissances préalables et en uniformisant les recommandations entre chaque professionnel avec l'intention de créer une routine de soins de prévention autour du sujet de la contraception postpartum. Il met en avant les résultats de cette revue de littérature et l'utilisation de multiples moyens pour autonomiser les femmes. L'emploi de brochures, de conseils oraux, le suivi individualisé et l'utilisation de sites internet ou de forums y participent. La prévention en lien avec la contraception postpartum fait partie intégrante des compétences sages-femmes et il s'avère nécessaire d'adapter nos pratiques afin d'intégrer cette prévention dans notre travail quotidien. En effet, s'investir pour la santé des femmes revient à soutenir la famille, les enfants et notre société de demain.

XI. BIBLIOGRAPHIE

- Bajos, N. & Ferrand, M. (2002). *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Inserm.
- Bajos, N., Moreau, C., Leridon, H. & Ferrand, M. (2004). *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* Accès https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwic1fPf_pDkAhWEp4sKHQOXDAwQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ined.fr%2Ffichier%2Fs_rubrique%2F18727%2Fpop.et.soc.francais.407.fr.pdf&usg=AOvVaw3fTK_we0jtSz_GQgKrdVp1
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck Université.
- Barlow, P., Ceysens, G., Emonts, P., Gilbert, L., Haumont, D., Hernandez, A.,... Watkins-Masters, L. (2016). *Guide du post-partum*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford et New York: Oxford University Press.
- Bégoïn, J. (2004). *Du bébé imaginaire et du bébé imaginé au bébé réel : la Parentalité : une Découverte et un Devenir*. Accès www.jeanbegoin.fr/index.php/publications?download=4:dbiedbi
- Brier, M. J., Chambless, D. L., Gross, R., Chen, J. & Mao, J. J. (2017). Perceived barriers to treatment predict adherence to aromatase inhibitors among breast cancer survivors. *Cancer*, 123(1), 169-176. <http://doi.org/10.1002/cncr.30318>
- Budenz, D. L. (2009). A Clinician's Guide to the Assessment and Management of Nonadherence in Glaucoma. *Ophthalmology*, 116(11), 543-547. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.06.022>
- Cameron, S., Craig, A., Sim, J., Gallimore, A., Cowan, S., Dundas, K., ... Lakha, F. (2017). Feasibility and acceptability of introducing routine antenatal contraceptive counselling and provision of contraception after delivery: the APPLES pilot evaluation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 2009-2015. doi:10.1111/1471-0528.14674
- Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales. (2012). *Contraception*. Accès <http://www.cnrtl.fr/definition/contraception>
- Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. (2014a). *Adhésion thérapeutique: concepts et définitions*. Accès <https://lecrip.org/2014/05/21/adhesion-therapeutique-concepts-et-definition/>
- Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. (2014b). *Adhésion thérapeutique : attention aux clichés simplificateurs*. Accès <https://lecrip.org/wp-content/uploads/2015/10/2--Facteurs-explicatifs1.pdf>
- Coad, J. & Dunstall, M. (2011). *Anatomy and Physiology for Midwives*. Dunfermline: Churchill Livingstone.
- Confédération internationale des sages-femmes. (2019). *Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme*. Accès

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/03/icm-competencies-fr-screens-1.pdf>

Confédération internationale des sages-femmes. (2017). *ICM définitions*. Accès: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2019/07/cd2011_001-v2017-fre-definition-de-la-sage-femme.pdf

Confédérations internationale des sages-femmes. (2014). *Code de déontologie international pour les sages-femmes*. Accès <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf>

Croan, L., Craig, A., Scott, L., Cameron, S. T. & Lakha, F. (2018). Increasing access to contraceptive implants in the postnatal period via a home insertion service by community midwives. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 44(1), 61-64. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101749>

Danneels, J. (2014). *La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes*. Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01002540/document>

Dedecker, F., Graesslin, O., Derniaux, E. & Gabriel, R. (2006). Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales, 35(7), 28-34. doi : JGYN-01-2006-35-1-0368-2315-101019-200509361

Dev, R., Woods, N.F., Unger, J.A., Kinuthia, J., Matemo, D., Farid, S., ... Drake, A. L. (2019). Acceptability, feasibility and utility of a Mobile health family planning decision aid for postpartum women in Kenya. *Reproductive Health*, 16(1), 97. <http://doi.org/10.1186/s12978-019-0767-9>

L'express. (2008). *Le pape condamne à nouveau la contraception*. Accès https://www.lexpress.fr/actualite/societe/religion/le-pape-condamne-a-nouveau-la-contraception_581713.html

Fonds des Nations Unies pour la population. (2014). *Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*. Accès <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>

de Gasquet, B., Codaccioni, X., Roux-Sitruk, D., Pourchez, L. & d'Olier, F. (2005). *Bébé est là, vive maman: les suites de couches*. Paris: R. Jauze.

Gillibrand, R. & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 155-169. <https://doi.org/10.1348/135910705X39485>

Grand conseil de la république et canton de Genève (2006) *K 1 03 - Loi sur la santé*. Accès https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k1_03.html

Guerrin, B. (2012). Albert Bandura et son œuvre. *Recherche en soins infirmier*, 1(108), 106-116. <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0106>

Hahn, S. R. (2009). Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. *Ophthalmology*, 116(11), 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.06.023>

Haute Autorité de Santé. (2017a). *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*. Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf.

- Haute Autorité de Santé. (2017b). *Contraception chez la femme en post-partum*. Accès https://www.google.com/url?q=https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf&sa=D&ust=1566034238007000&usg=AFQjCNGDa5DejX0p_V6JFQmxlUXeuV6psA
- Haute Autorité de Santé. (2014a). Aide à la décision médicale partagée. Accès https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1758987
- Haute autorité de Santé. (2014b). *Modèle de Prochaska et DiClemente*. Accès https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2005). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- Haute école de santé, Centre de documentation. (2018). *Guide de présentation des citations et références bibliographiques (style APA)* [Brochure]. Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/citation-ref-biblio/apa_guidecitationsreferences.pdf
- Haute école de santé, Centre de documentation. (2017). *Medline via Pubmed: Aide mémoire* [Brochure]. Accès https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/Outils-documentaires/flyer_pubmed_2015.pdf
- Hernandez, L., Sappenfield, W., Goodman, D. & Pooler, J. (2011). Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Maternal and child health journal*, 16(2), 423-429. doi: 10.1007/s10995-010-0738-9
- Honnekeri, B., Rane, S., Vast, R. & Khadilkar, S. V. (2018). Between the Person and the Pill: Factors Affecting Medication Adherence in Epilepsy Patients. *Journal of the Association of Physicians of India*, 66(7), 24-26. Accès http://www.japi.org/july_2018/04_OA_Between%20the%20Person%20and%20the%20Pill.pdf
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2019a). *Motifs de consultation*. Accès <https://www.hug-ge.ch/sante-sexuelle-planning-familial/motifs-de-consultation>
- Hôpitaux Universitaire de Genève. (2019b). *L'équipe de l'unité de santé sexuelle et planning familial*. Accès <https://www.hug-ge.ch/equipe-unite-sante-sexuelle-planning-familial>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018a). *Après la naissance une nouvelle vie commence*. Accès <https://www.hug-ge.ch/apres-naissance-nouvelle-vie-commence-8eme-mois>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018b). *Vous avez accouché : Guide de la naissance et du retour à domicile* [Brochure]. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/vous_avez_accouche.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2015). *Le planning familial genevois fête ses 50 ans*. Accès https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjc472Lg_vjAhW0mFwKHcG9DswQFjABegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.hug-

- ge.ch%2Fsites%2Finterhug%2Ffiles%2Fpresse%2F2015_05_cdp_50_ans_planning_familial.pdf&usg=AOvVaw0ke5ebRUCguARiDUIN-1se
- Île de France. (2018). *Le droit et l'accès à la contraception*. Accès <https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/sexualite-loi/loi-acces-contraception.htm>
- Lansac, J., Magnin, G. & Sentilhes, L. (2013). *Obstétrique pour le praticien*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Lansac, J. (2007). *Histoire de la contraception*. Accès <http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/diaporamas/conf2007/conf2007/030/Media/index.htm>
- Larousse. (s.d.a). *Éthique*. Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9thique/31389?q=%c3%a9thique#31324>
- Larousse. (s.d.b). *Optimisme*. Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/optimisme/56255>
- Lee, J. T. & Yen W. H. (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 389-401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04395.x>
- Lee, J. T., Tsai, J. L., Tsou, T. S. & Chen, M. C. (2011). Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial. *An international reproductive health journal contraception*, 84(1), 48-56. doi: [10.1016/j.contraception.2010.11.008](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.008)
- Loi sur la santé du 7 avril 2006* (LS ; RSG K 1 03).
- Loi fédérale sur les professions de la santé du 30 septembre 2016* (LPSan ; RS 811.21).
- Liu, Y., Birch, S., Newbold, K. B. & Essue, B. M. (2018). Barriers to treatment adherence for individuals with latent tuberculosis infection: A systematic search and narrative synthesis of the literature. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), 416-433. <https://doi.org/10.1002/hpm.2495>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action*. Accès <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né*. Accès <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275725/WHO-RHR-17.20-fre.pdf?ua=1>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*. Accès https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97943/9780978856304_fre.pdf?sequence=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum*. Accès http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856304_fre.pdf?ua=1
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018a). *Planification familiale / Contraception*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2018b). *Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception*. Accès https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/who_mps_0705/fr/
- OSP. (2004). O.S.P. L'orientation scolaire et professionnelle. Accès <https://journals.openedition.org/osp/741#text>
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. Accès: <https://pdfs.semanticscholar.org/d8d1/915aa556ec4ff962efe2a99295dd2e8bda89.pdf>
- Raccah-Tebeka, B. & Plu-Bureau, G. (2015). Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 44(10), 1127-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.021>
- Rangarajan, R. & Jayaraman, K. (2018). Barriers affecting adherence to radiation treatment and strategies to overcome those barriers. *Indian Journal of Cancer*, 54(2), 458-460. http://doi.org/10.4103/ijc.IJC_260_17
- Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère : L'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg : Editions Médecine et Hygiène.
- Razurel, C. (2014). *Le sentiment de compétence des mères: une évidence ?* Saarbrücken : Éditions universitaires européennes.
- Royal College of Obstetricians & Gynecologists. (2015). *Best practice in postpartum family planning : Best Practice Paper No. 1*. Accès <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-1---postpartum-family-planning.pdf>
- Ma RTS. (1965). *Le planning familial*. Accès <https://www.rts.ch/archives/tv/information/continents-sans-visa/3436690-le-planning-familial.html>
- Scheen, A. J., & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 239-245. Accès https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf
- Serfaty, D. (2016). *La contraception*. Paris: Editions ESKA.
- Sexual Health info. (s.d.). *La contraception*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/>
- Sexual Health info. (2018a). *La pilule oestroprogestative*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/la-pilule/>
- Sexual Health info. (2018b). *Le patch transdermique*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/le-patch-transdermique/>
- Sexual Health info. (2018c). *L'anneau vaginal*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/lanneau-vaginal/>
- Sexual Health info. (2018d). *L'injection trimestrielle*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/linjection-trimestrielle/>

- Sexual Health info. (2018e). *Le spermicide au benzalkonium*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/le-spermicide-au-benzalkonium/>
- Sexual Health info. (2018f). *Le diaphragme*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/le-diaphragme/>
- Sexual Health info (2018g). *Les méthodes naturelles*. Accès <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/les-methodes-naturelles/>
- Shahin, W., Kennedy, G. A. & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses : a systematic review. *Patient Prefer Adherence*, 13, 1019–1035. <http://doi.org/10.2147/PPA.S212046>
- Shingler, S. L., Bennet, B. M., Cramer, J. A., Towse, A., Twelves, C. & Lloyd, A. J. (2014). Treatment preference, adherence and outcomes in patients with cancer: literature review and development of a theoretical model. *Current Medical Research and Opinion*, 30(11), 2329-2341. <https://doi.org/10.1185/03007995.2014.952715>
- Singh, R. H., Rogers, R. G., Leeman, L., Borders, N., Highfill, J. & Espey, E. (2014). Postpartum contraceptive choices among ethnically diverse women in New Mexico. *Contraception*, 89(6), 512-515. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.017>
- Sundstrom, B., Szabo, C., & Dempsey, A. (2018). "My Body. My Choice": A qualitative study of the influence of trust and locus of control on postpartum contraceptive choice. *Journal of health communication*, 23, 162-169. doi: 10.1080/10810730.2017.1421728
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques*. Accès <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=2ahUKEwjA4-eWyonkAhUJLFAKHQqyBPwQFjAKegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ergo-carafe.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F01%2FGFASAS1.pdf&usg=AOvVaw1Twly0wYklxoRDENRdv4cb>
- The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2017). *FSRH Guideline : contraception after pregnancy*. Accès <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>
- Tournier, C. (2003). Réflexion sur la « crise » du postpartum. *Spirale*, 2(26), 109-115. https://doi.org/10.3917/spi.026.0109#xd_co_f=ZTRiOWRIZWUtMjiiOS00YzAzLWI1ZTUtYzZkOGNjYWE2MmY2~
- Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. (2012). *Régulation des naissances*. Accès http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
- Van de Walle, E. (2005). *Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ?*. Accès https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18730/pop_et_soc_francais_418.fr.pdf
- Williams, H. R., Goad, L., Treloar, M., Ryken, K., Mejia, R., Zimmerman, M. B., ... Hardy-Fairbanks, A. (2019). Confidence and readiness to discuss, plan and implement postpartum contraception during prenatal care versus after delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 13, 1-7. <http://doi.org/10.1080/01443615.2019.1586853>
- Yeam, C. T., Chia, S., Tan, H. C. C., Kwan, Y. H., Fong, W. & Seng, J. J. B. (2018). A systematic review of factors affecting medication adherence among patients with

osteoporosis. *Osteoporosis International*, 29(12), 2623-2637.
<https://doi.org/10.1007/s00198-018-4759-3>

Yee, L. & Simon, M. (2011). Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. *Journal of midwifery & women's health*, 56 (13), 54-60. doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00012.x