

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE



Année 2010

Thèse N° 3102 ^{1A}

**CONTRACEPTION : QUE CROIENT
SAVOIR ET QUE SAVENT REELLEMENT
LES FEMMES ?**

**Enquête prospective auprès de 91 femmes en Médecine
Générale dans le département de la Haute-Vienne en 2009**

THÈSE

Pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 26 Février 2010

Par

Blandine GAILLARD

Née le 15 Juillet 1981 à SAINT MARTIN D'HERES (Isère)

Directeur de Thèse

Madame le Docteur Nathalie DUMOITIER



Membres du Jury

- M. le Professeur Y. AUBARD..... Président
Me le Professeur F. ARCHAMBEAUD- MOUVEROUX..... Juge
M. le Professeur J-G BUISSON..... Juge
Me le Docteur N. DUMOITIER..... Juge
M. le Docteur P. MIGLIORINI..... Membre invité

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur **VALLEIX** Denis

ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur **LASKAR** Marc
Monsieur le Professeur **MOREAU** Jean-Jacques
Monsieur le Professeur **PREUX** Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTAMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NÉPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MÉDECINE INTERNE
ARNAUD Jean Paul (C. S)	CHIRURGIE ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE
AUBARD Yves(C.S)	GYNECOLOGIE OBSTERTIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe(C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THÉRAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VÉNÉROLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHÉRAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNÉ Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PÉDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES BERNARD (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPOIT Jean Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (Sur 31/08/2012)	MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HÉMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PÉDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	RÉANIMATION MÉDICALE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HÉMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François (C.S)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S)
MABIT Christian
MAGY Laurent
MARQUET Pierre
MATHONNET Muriel
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MERLE Louis (C.S)
MONTEIL Jacques (C.S)
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)
PARAF François
PLOY Marie-Cécile (C.S)
PREUX Pierre-Marie

RIGAUD Michel (Sur 31/08/2010)
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)
STURTZ Franck (C.S)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)
VERGNENEGRE Alain (C.S)

VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 MÉDECINE VASCULAIRE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 PÉDIATRIE
 ANATOMIE
 NEUROLOGIE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDECIALE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET
 PRÉVENTION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
 OPHTALMOLOGIE
 MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION
 GASTRO-ENTÉROLOGIE, HÉPATOLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES
 MÉTABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCÉROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE-CHIRURGIE GÉNÉRALE
 BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
 ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTE ET
 PRÉVENTION
 MÉDECINE INTERNE
 RÉANIMATION MÉDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)
BOURTHOMIEU Sylvie
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Héliène
DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise
FUNALOT Benoît
HANTZ Sébastien
LAROCHE Marie-Laure
LE GUYADER Alexandre
MOUNIER Marcelle
PICARD Nicolas
QUELVEN-BERTIN Isabelle
TERRO Faraj
VERGNE-SALLE Pascale
VINCENT François
WEINBRECK Nicolas

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
 PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
 ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE
 BIOLOGIE CELLULAIRE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIÈNE HOSPITALIERE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 BIOPHYSIQUE ET MÉDECINENUCLÉAIRE
 BIOLOGIE CELLULAIRE
 THÉRAPEUTIQUE
 PHYSIOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

PHYSIOLOGIE

P.R.A.G :

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel

MÉDECINE GÉNÉRALE

BUISSON Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

DUMOITIER Nathalie

MÉDECINE GÉNÉRALE

PREVOST Martine

MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

A notre Président du Jury

Monsieur Yves AUBARD
Professeur des Universités de Gynécologie Obstétrique
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de Service

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse et de juger de la qualité de ce travail.

Vous avez su m'enthousiasmer pour votre discipline au cours de vos enseignements théoriques.

C'est au sein de votre Service qu'est né mon intérêt pour la Gynécologie, et ma pratique actuelle repose sur le savoir que j'y ai acquis.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma considération.

A nos Juges

Madame Françoise ARCHAMBEAUD
Professeur des Universités de Médecine Interne
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger de la qualité de ce travail.

Vous m'avez transmis avec sagesse votre savoir en Médecine Interne et en Endocrinologie sur les bancs de la Faculté de Médecine et auprès des malades, lors de mon parcours d'externe.

Vous vous êtes toujours rendue disponible.

Soyez assurée de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur Jean-Gabriel BUISSON
Professeur Associé de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger de la qualité de ce travail.

Vous m'avez guidée avec intérêt et richesse dans la découverte de la Médecine Générale par votre enseignement.

L'intérêt que vous avez porté à ce travail m'a poussée à faire appel à vous pour participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et ma considération.

Madame Nathalie DUMOITIER
Maître de Conférences Associée de Médecine Générale

Vous m'avez fait le privilège d'accepter de diriger ce travail de thèse.

La disponibilité, l'enthousiasme et l'énergie que vous m'avez consacrés tout au long de ce travail ont été d'un soutien précieux.

Votre expérience dans la direction de ce travail a été d'une aide capitale.

Vos enseignements passionnés en Médecine Générale, notamment sur la contraception, m'ont poussée à vous solliciter pour cette thèse.

Sur le plan personnel, votre bonne humeur et votre humanité sont exemplaires.

Soyez assurée de mon plus profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur Patrice MIGLIORINI
Docteur en Médecine
Médecin Généraliste Maître de Stage

Vous m'avez fait le grand plaisir d'accepter de juger ce travail, je vous en remercie.

Je vous dois le premier contact avec la Médecine Générale du quotidien et c'est à vos côtés, que l'intérêt et l'engouement que j'y porte aujourd'hui est né.

Votre savoir, votre conscience professionnelle, votre sympathie auprès des patients sont aujourd'hui un modèle pour moi.

Sur le plan personnel, vous m'accordez régulièrement votre confiance en laissant vos patients à mes soins.
J'espère en être digne.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de l'estime que je vous porte.

A ma famille,

A mes parents,
Vous m'avez permis d'en arriver là, je vous dois énormément. Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel.

A mes frères et sœurs,
Florence, Jean-Baptiste et Tiphaine. Je vous adore, merci de votre patience et de tous ces bons moments partagés.

A François, qui m'a donné avec Florence la chance d'être l'heureuse marraine de Simon.

A Guillaume,
Mon coach, mon énergie, mon amour...

A mes grands-parents,
Papi, Mamie et Manou.

A mes tantines,
Agnès pour la passion de la Médecine que tu as su me transmettre dès le début, Marie-Cécile pour ton soutien de marraine !
Sans oublier les tontons...

A René, mon parrain.

A Anne-Marie, pour ses relectures attentives et son œil de lynx.

A Anne-Caroline pour les conseils techniques.

A mes amis,

Elodie, Géraldine, Laure,
11 ans d'amitié et pas même l'éloignement ni les plannings chargés n'arrivent à nous éloigner ! Merci d'être là, aujourd'hui et tous les autres jours.

A Gaëlle et Cécile,
Merci pour votre amitié, votre soutien au quotidien et tous ces bons moments partagés depuis Guéret.
Aux creusois d'adoption : Paulo, Arnaud, Jérôme, Raviolle, Cidou... Et on croit qu'la vie est facile !

A mes amis des bancs de la fac de Limoges,
Anne-Valérie, Sylvain, Valérie, Flore, Dorian, Manu, Nicolas, Marie-B, Audrey, Jonathan.

Aux Esquiroliens,
Lucie, Fabien, Sophie, Aline, Emna, Bertrand, Mathilde, Cristina.
A Eva et Yohan.

A Monsieur François Dalmay,

Merci pour votre engagement dans la tâche statistique de cette thèse. Et merci de votre patience et votre réactivité face à mes (nombreuses) requêtes !

A Madame Christine Fayette,

Merci pour votre gentillesse et pour l'aide que vous apportez à la réalisation de ce travail.

A toutes les équipes médicales auprès desquelles j'ai appris l'exercice de la Médecine,

Service de Médecine de Suite d'Aigu du Centre Hospitalier Rebeyrol,
Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren,
notamment les consultations, le Planning familial, et les internes de spécialité pour leur patience face à nos questions incessantes !
Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Saint Junien,
Services de Cardiologie et d'Hématologie-Médecine Interne du Centre Hospitalier de Guéret,
pour la richesse des connaissances que j'y ai reçues et la bonne humeur générale des équipes.

A tous ceux qui seront présents.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	12
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	19
TABLE DES ABREVIATIONS.....	22
INTRODUCTION.....	23
CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION	25
1. DEFINITIONS	26
2. ETYMOLOGIE.....	26
3. HISTORIQUE.....	26
3.1 EVOLUTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE.....	26
3.2 QUELQUES METHODES ANCESTRALES	27
3.3 CONTRACEPTION EN FRANCE.....	28
3.4 ETAPES DE LA MISE AU POINT DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE MONDE.....	28
3.5 ENJEUX ET POLEMIQUES.....	30
4. EPIDEMIOLOGIE	30
4.1 INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....	30
4.2 CONTRACEPTION.....	31
5. DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	32
5.1 CONTRACEPTION HORMONALE	32
5.1.1 Contraception Œstroprogestative (OP)	32
5.1.1.1 Mode d'action.....	32
5.1.1.2 Différentes formes galéniques	33
5.1.1.2.1 La contraception OP orale classique	33
5.1.1.2.2 La contraception OP transdermique par patch (Evra®)	35
5.1.1.2.3 La contraception OP vaginale : l'anneau vaginal (Nuvaring®)	36
5.1.1.3 Indications des OP	36
5.1.1.4 Contre-indications des OP	36
5.1.1.5 Effets secondaires des OP.....	37
5.1.1.5.1 Classiques et bénins.....	37
5.1.1.5.2 Complication graves des OP	38
5.1.1.5.3 Effets bénéfiques des OP.....	41
5.1.2 Contraception Progestative	43
5.1.2.1 Indications.....	43
5.1.2.2 Différents formes galéniques	43
5.1.2.2.1 Pilule micro-progestative pure par voie orale en continu.....	43
5.1.2.2.2 Pilule macro-progestative par voie orale en discontinu.....	44
5.1.2.2.3 Implant contraceptif à l'Etonogestrel : Implanon®.....	45
5.1.2.2.4 Progestatifs administrés par injection.....	46
5.1.2.2.5 DIU au Lévonorgestrel.....	46
5.1.2.3 Contre-indications.....	46
5.1.2.3.1 Pour les pilules micro-progestatives pures	46
5.1.2.3.2 Pour les pilules macro-progestatives	47
5.1.2.3.3 Pour l'implant contraceptif.....	47
5.1.2.4 Effets secondaires	47
5.1.2.4.1 Métrorragies ou aménorrhée.....	47

5. 1. 2. 4. 2 Effets sur le métabolisme osseux	47
5. 1. 2. 4. 3. Prise de poids.....	47
5. 1. 2. 4. 4 Autres effets indésirables	47
5. 2 DISPOSITIFS INTRA UTERINS.....	48
5. 2. 1 DIU au cuivre.....	48
5. 2. 1. 1 Mode d'action.....	48
5. 2. 1. 2 Efficacité.....	49
5. 2. 1. 3 Contre-indications.....	49
5. 2. 1. 4 Effets indésirables.....	50
5. 2. 1. 4. 1 Augmentation du flux menstruel.....	50
5. 2. 1. 4. 2 Ménorragies ou spotting.....	50
5. 2. 1. 4. 3 Leucorrhées	50
5. 2. 1. 4. 4 Douleurs et dysménorrhées	50
5. 2. 1. 5 Complications	50
5. 2. 1. 5. 1 Grossesse intra-utérine	50
5. 2. 1. 5. 2 Grossesse extra-utérine.....	50
5. 2. 1. 5. 3 Expulsion.....	51
5. 2. 1. 5. 4 Perforation utérine.....	51
5. 2. 1. 5. 5 Infections.....	51
5. 2. 2 DIU au Lévonorgestrel.....	52
5. 2. 2. 1 Mode d'action.....	52
5. 2. 2. 2 Efficacité.....	52
5. 2. 2. 3 Contre-indications.....	52
5. 2. 2. 4 Effets indésirables.....	53
5. 2. 2. 5 Effets thérapeutiques	53
5. 3 CONTRACEPTION VAGINALE ET LOCALE	54
5. 3. 1 Diaphragme.....	54
5. 3. 1. 1 Généralités	54
5. 3. 1. 2 Mode d'action.....	54
5. 3. 1. 3 Efficacité.....	55
5. 3. 1. 4 Indications et contre-indications.....	55
5. 3. 1. 5 Intérêt pratique.....	55
5. 3. 2 Spermicides.....	55
5. 3. 2. 1 Mode d'action.....	55
5. 3. 2. 2 Efficacité.....	56
5. 3. 2. 3 Indications et contre-indications.....	57
5. 3. 3 Eponges vaginales.....	57
5. 3. 3. 1 Mode d'action.....	57
5. 3. 3. 2 Efficacité.....	58
5. 3. 3. 3 Indications et contre-indications.....	58
5. 3. 4 Préservatif masculin.....	58
5. 3. 4. 1 Mode d'action.....	58
5. 3. 4. 2 Efficacité.....	59
5. 3. 4. 3 Indications.....	59
5. 3. 4. 4 Intérêt pratique.....	59
5. 4 CONTRACEPTION NATURELLE	60
5. 4. 1 Abstinence périodique.....	60
5. 4. 1. 1 Principe.....	60
5. 4. 1. 2 Différentes techniques	60
5. 4. 1. 2. 1 Méthode du calendrier ou méthode Ogino-Knaus.....	60
5. 4. 1. 2. 2 Méthode des températures.....	60
5. 4. 1. 2. 3 Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billings	61
5. 4. 1. 2. 4 Méthode symptothermique.....	61
5. 4. 1. 3 Efficacité.....	61
5. 4. 1. 4 Intérêt pratique.....	62

5. 4. 2 Retrait.....	62
5. 5 STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE.....	63
5. 5. 1 Stérilisation masculine.....	63
5. 5. 2 Stérilisation féminine.....	63
6. CONTRACEPTION D'URGENCE.....	65
6. 1 CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE OU « PILULE DU LENDEMAIN ».....	65
6. 1. 1 Principe et mode d'action.....	65
6. 1. 2 Efficacité.....	66
6. 1. 3 Indications.....	66
6. 1. 4 Contre-indications.....	67
6. 1. 5 Effets indésirables.....	67
6. 1. 6 Cadre législatif : loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000.....	67
6. 2 CONTRACEPTION D'URGENCE PAR DISPOSITIF INTRA UTERIN.....	68
6. 2. 1 Principe et mode d'action.....	68
6. 2. 2 Efficacité.....	68
7. EVOLUTION ET ACTUALITES.....	69
7. 1 EVOLUTION RECENTE DES MENTALITES.....	69
7. 3 ACTUALITES EN CONTRACEPTION.....	70
CHAPITRE 2 :	73
ENQUETE PROSPECTIVE SUR 91 PATIENTES.....	73
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	74
2. MATERIEL ET METHODES.....	74
2. 1 CHOIX DE LA METHODE.....	74
2. 2 CHAMP D'INVESTIGATION.....	74
2. 3 POPULATION ETUDIEE.....	75
2. 3. 1 Définition de la population.....	75
2. 3. 2 Taille de l'échantillon.....	75
2. 4 QUESTIONNAIRE.....	76
2. 4. 1 Description du questionnaire.....	76
2. 4. 2 Modalités de répartition des 400 questionnaires.....	77
2. 4. 3 Modalités de remplissage du questionnaire.....	79
2. 5 DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	80
2. 5. 1 Envoi initial.....	80
2. 5. 2 Relance.....	80
2. 6 OUTIL STATISTIQUE.....	81
3. RESULTATS.....	81
3. 1 Taux de réponse.....	81
3. 2 Description de la population.....	82
3. 2. 1 Age : (QUESTION 1).....	82
3. 2. 2 Niveau d'études : (QUESTION 2).....	83
3. 2. 3 Catégorie socioprofessionnelle : (QUESTION 3).....	83
3. 2. 4 Situation familiale : (QUESTION 4).....	84
3. 2. 5 Lieu d'habitation : (QUESTION 5).....	84
3. 3 Vie génitale et contraceptive.....	85
3. 3. 1 Première contraception : (QUESTION 6).....	85
3. 3. 2 Age de la première grossesse : (QUESTION 7).....	86
3. 3. 3 Nombre d'enfants : (QUESTION 8).....	86

3. 3. 4 Méthode de contraception actuelle : (QUESTION 9).....	87
3. 3. 5 Médecin prescripteur : (QUESTION 10).....	88
3. 3. 6 Durée d'utilisation : (QUESTION 11).....	88
3. 3. 7 Satisfaction : (QUESTION 12).....	88
3. 3. 8 Contraception d'urgence : (QUESTION 13).....	88
3. 3. 9 Grossesse non désirée : (QUESTION 14).....	88
3. 4 Evaluation des connaissances.....	89
3. 4. 1 Autoévaluation : (QUESTION 15).....	89
3. 4. 2 Sources d'informations : (QUESTION 17).....	90
3. 5 QUIZZ.....	91
3. 5. 1 Pilule du lendemain : (SERIE N°1).....	91
3. 5. 2 Pilule : (SERIE N°2).....	92
3. 5. 3 Stérilet : (SERIE N°3).....	93
3. 5. 4 Implant : (SERIE N°4).....	94
3. 5. 5 Patch contraceptif : (SERIE N°5).....	95
3. 5. 6 Anneau vaginal : (SERIE N°6).....	96
3. 5. 7 Contraception locale ou méthode naturelle de contraception : (SERIE N°7).....	96
4. ANALYSE.....	98
4. 1 COMPARAISON ENTRE PARTIE I ET PARTIE II DU QUESTIONNAIRE.....	98
4. 1. 1 Relation entre âge et impression de savoir.....	98
4. 1. 2 Relation entre niveau d'études et impression de savoir.....	98
4. 1. 3 Relation entre catégorie socioprofessionnelle (CSP) et impression de savoir.....	100
4. 1. 4 Relation entre situation familiale et impression de savoir.....	100
4. 1. 5 Relation entre lieu d'habitation et impression de savoir.....	101
4. 1. 6 Relation entre âge de la première contraception et impression de savoir.....	102
4. 1. 7 Relation entre âge de la première grossesse et impression de savoir.....	102
4. 1. 8 Relation entre nombre d'enfants et impression de savoir.....	103
4. 1. 9 Relation entre type de contraception et impression de savoir.....	103
4. 1. 10 Relation entre médecin prescripteur et impression de savoir.....	103
4. 1. 11 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et impression de savoir.....	103
4. 2 COMPARAISON ENTRE PARTIE I ET PARTIE III DU QUESTIONNAIRE.....	104
4. 2. 1 Age.....	104
4. 2. 1. 1 Relation entre âge et connaissances sur la contraception d'urgence.....	104
4. 2. 1. 2 Relation entre âge et connaissances sur la pilule.....	105
4. 2. 1. 3 Relation entre âge et connaissances sur le stérilet.....	106
4. 2. 2 Niveau d'études.....	106
4. 2. 2. 1 Relation entre niveau d'études et connaissances sur la contraception d'urgence....	106
4. 2. 2. 2 Relation entre niveau d'études et connaissances sur la pilule.....	107
4. 2. 2. 3 Relation entre niveau d'études et connaissances sur le stérilet.....	107
4. 2. 3 Catégorie Socioprofessionnelle (CSP).....	108
4. 2. 3. 1 Relation entre CSP et connaissances sur la contraception d'urgence.....	108
4. 2. 3. 2 Relation entre CSP et connaissances sur la pilule.....	108
4. 2. 3. 3 Relation entre CSP et connaissances sur le stérilet.....	108
4. 2. 4 Situation familiale.....	108
4. 2. 4. 1 Relation entre situation familiale et connaissances sur la contraception d'urgence	108
4. 2. 4. 2 Relation entre situation familiale et connaissances sur la pilule.....	108
4. 2. 4. 3 Relation entre situation familiale et connaissances sur le stérilet.....	109
4. 2. 5 Lieu d'habitation.....	109
4. 2. 5. 1 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur la contraception d'urgence...	109
4. 2. 5. 2 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur la pilule.....	109
4. 2. 5. 3 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur le stérilet.....	110
4. 2. 6 Age de la première contraception.....	110
4. 2. 6. 1 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur la contraception d'urgence.....	110

4. 2. 6. 2 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur la pilule	111
4. 2. 6. 3 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur le stérilet.....	111
4. 2. 7 Age de la première grossesse	112
4. 2. 7. 1 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur la contraception d'urgence	112
4. 2. 7. 2 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur la pilule	112
4. 2. 7. 3 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur le stérilet	113
4. 2. 8 Nombre d'enfants.....	113
4. 2. 8. 1 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur la contraception d'urgence.	113
4. 2. 8. 2 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur la pilule	113
4. 2. 8. 3 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur le stérilet.....	113
4. 2. 9 Type de contraception.....	113
4. 2. 10 Médecin prescripteur.....	113
4. 2. 10. 1 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur la contraception d'urgence	113
4. 2. 10. 2 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur la pilule.....	114
4. 2. 10. 3 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur le stérilet	115
4. 2. 11 Durée d'utilisation de la contraception	115
4. 2. 11. 1 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur la contraception d'urgence.....	115
4. 2. 11. 2 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur la pilule	115
4. 2. 11. 3 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur le stérilet	116
4. 3 COMPARAISON ENTRE PARTIE II ET PARTIE III DU QUESTIONNAIRE.....	116
4. 3. 1 Contraception d'urgence (série n°1)	117
4. 3. 1. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III.....	117
4. 3. 1. 2 Relation entre antécédents contraceptifs (utilisation d'une CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur la contraception d'urgence.....	117
4. 3. 1. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur la contraception d'urgence	117
4. 3. 2 Pilule (série n°2).....	118
4. 3. 2. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III.....	118
4. 3. 2. 2 Relation entre antécédents contraceptifs (utilisation d'une CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur la pilule	119
4. 3. 2. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur la pilule	119
4. 3. 3 Stérilet (série n°3)	122
4. 3. 3. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III.....	122
4. 3. 3. 2 Relation entre antécédents contraceptifs (utilisation d'un CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur le stérilet.....	123
4. 3. 3. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur le stérilet	123

CHAPITRE 3 : DISCUSSION..... 124

1. DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE..... 125

1. 1 Définition de l'objectif de l'étude	125
1. 2 Conception du questionnaire	125
1. 3 Recueil de données.....	125
1. 4 Population de notre échantillon	126
1. 5 Analyse statistique.....	127

2. FORCES DE NOTRE ETUDE..... 128

2. 1 Champ d'investigation	128
2. 2 Questionnaire (Annexe 2).....	128

2. 3 Résultats	129
3. QUE SAVENT VRAIMENT LES FEMMES SUR LEUR CONTRACEPTION ? ET IMPLICATIONS.....	130
3. 1 Impression générale.....	130
3. 2 Ce qu'elles savent et ne savent pas.....	130
3. 2. 1 Sur la contraception d'urgence (CU)	130
3. 2. 2 Sur la contraception orale.....	131
3. 2. 3 Sur le DIU	132
3. 2. 4 Sur le patch contraceptif.....	133
3. 2. 5 Sur l'anneau vaginal.....	134
3. 2. 6 Sur le préservatif et les contraceptions locales.....	134
3. 4 Implications	135
4. HYPOTHESES.....	136
4. 1 Idées reçues, mythes et impression de savoir	136
4. 2 Solitude des femmes dans la gestion de la contraception.....	137
4. 3 Problème de transmission des informations par les professionnels de santé.....	138
5. PERSPECTIVES D'AMELIORATION.....	141
5. 1 Nouvelles stratégies d'information.....	141
5. 2 Développement de nouvelles méthodes contraceptives masculines.....	142
5. 3 Renforcement de la formation des professionnels de santé.....	143
CONCLUSION.....	145
BIBLIOGRAPHIE	147
ANNEXES.....	152
ANNEXE 1: COURRIER D'INTRODUCTION DU QUESTIONNAIRE.....	153
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CONTRACEPTION	155
ANNEXE 3 :	162
COURRIER DE RELANCE.....	162
ANNEXE 4 :	164
CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI DE PILULE-.....	164
RECOMMANDATIONS 2004 DE L'AFSSAPS, L'ANAES ET L'INPES	164

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Une plaquette de pilule œstroprogestative contenant 21 comprimés	33
Figure 2 : Patch contraceptif Evra®.....	35
Figure 3 : Anneau vaginal Nuvaring®	36
Figure 4 : Implant contraceptif Implanon®, site et mode d'insertion.....	45
Figure 5 : Un DIU au cuivre et sa localisation intra utérine.....	49
Figure 6 : Le DIU Mirena® au LNG	52
Figure 7 : Diaphragme.....	55
Figure 8 : Spermicides.....	56
Figure 9 : Eponges vaginales.....	57
Figure 10 : Préservatif masculin.....	59
Figure 11 : Exemple de courbe de température.....	61
Figure 12 : Le micro-implant Essure®.....	64
Figure 13 : Norlevo®, la « Pilule du lendemain »	65
Figure 14 : Effet du délai coït/traitement sur l'efficacité du Norlevo®	66
Figure 15 : Répartition territoriale des 40 cabinets médicaux sélectionnés	79
Figure 16 : Répartition de la population par classes d'âge	82
Figure 17 : Répartition du niveau d'études	83
Figure 18 : Répartition des CSP	83
Figure 19 : Répartition de la situation maritale.....	84
Figure 20 : Répartition territoriale de la population.....	84
Figure 21 : Age de la première contraception	85
Figure 22 : Première contraception utilisée.....	85
Figure 23 : Age de la première grossesse.....	86
Figure 24 : Nombre d'enfants par femme	86
Figure 25 : Mode actuel et principal de contraception utilisé.....	87
Figure 26 : Médecin prescripteur de la contraception.....	88
Figure 27 : Autoévaluation des connaissances sur la contraception	89
Figure 28 : Autoévaluation des connaissances générales sur la contraception	90
Figure 29 : Sources d'information sur la contraception citées par l'échantillon.....	90
Figure 30 : Résultats du quizz sur la contraception d'urgence	91
Figure 31 : Résultats du quizz sur la pilule	92
Figure 32 : Résultats du quizz sur le DIU	93
Figure 33 : Résultats du quizz sur le patch contraceptif	95
Figure 34 : Résultats du quizz sur la contraception locale et naturelle	97

Figure 35 : Corrélation entre niveau d'études et sentiment d'être bien informée sur l'efficacité de sa contraception	99
Figure 36 : Corrélation entre niveau d'études et appréciation de ses connaissances globales sur la contraception	100
Figure 37 : Corrélation entre statut marital et sensation d'être bien informée sur l'efficacité de sa contraception.....	101
Figure 38 : Corrélation entre lieu d'habitation et appréciation de ses connaissances globales sur la contraception	102
Figure 39 : Taux de bonnes réponses à la série sur la contraception d'urgence en fonction de l'âge.....	105
Figure 40 : Taux de bonnes réponses à la série sur la pilule en fonction de l'âge	106
Figure 41 : Corrélation entre niveau d'études et connaissances sur la contraception d'urgence	107
Figure 42 : Corrélation entre statut marital et connaissances sur la pilule.....	109
Figure 43 : Corrélation entre lieu d'habitation et connaissances sur la pilule	110
Figure 44 : Corrélation entre âge de la première contraception et taux de bonnes réponses aux questions sur le stérilet	111
Figure 45 : Corrélation entre âge de la première grossesse et taux de bonnes réponses aux questions sur la pilule.....	112
Figure 46 : Corrélation entre médecin prescripteur et connaissances sur la contraception d'urgence	114
Figure 47 : Corrélation entre médecin prescripteur et connaissances sur la pilule	115
Figure 48 : Corrélation entre sentiment d'être bien informée sur la contraception d'urgence et connaissances réelles sur le sujet	118
Figure 49 : Corrélation entre antécédents d'utilisation d'une contraception d'urgence et connaissances réelles sur la pilule.....	119
Figure 50 : Corrélation entre connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli et taux de bonnes réponses aux questions sur la pilule.....	120
Figure 51 : Corrélation entre sensation d'être bien informée sur la contraception d'urgence et connaissances réelles sur la pilule	121
Figure 52 : Corrélation entre évaluation de ses connaissances globales sur la contraception et connaissances réelles sur la pilule.....	122

TABLE DES ABREVIATIONS

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CL	: Contraception Locale
CO	: Contraception Orale
CSP	: Catégorie Socioprofessionnelle
CU	: Contraception d'Urgence
DIU	: Dispositif Intra Utérin
EE	: Ethinylestradiol
FMC	: Formation Médicale Continue
GEU	: Grossesse Extra Utérine
HTA	: Hypertension Artérielle
HPV	: Human Papillomavirus
IP	: Indice de Pearl
IDM	: Infarctus du Myocarde
IGAS	: Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OP	: ŒstroProgestatif/ve
RR	: Risque Relatif
SPM	: Syndrome Prémenstruel
THS	: Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis la légalisation de la contraception en France en 1967, la recherche médicale n'a eu de cesse de faire progresser l'offre dans le domaine anticonceptionnel. L'efficacité des contraceptifs s'accroît, les effets secondaires et les complications graves se réduisent, l'offre s'élargit pour s'adapter toujours plus à la demande des utilisatrices.

Pour autant, on constate une stagnation du nombre des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) depuis trois décennies, autour de 200 000 par an en France.

Et pour cause, un tiers de l'ensemble des grossesses survenues seraient non programmées et parmi ces grossesses, une sur deux se termine par une IVG.

Mais parallèlement, l'utilisation des méthodes contraceptives reste importante, puisqu'en 2004, près de trois quarts des personnes qui ont eu des rapports sexuels déclarent avoir utilisé un contraceptif. Et **deux tiers des grossesses non désirées sont survenues chez des femmes utilisatrices d'une contraception.**

On peut donc légitimement s'interroger sur l'origine de ces échecs contraceptifs. Plusieurs hypothèses ont été avancées : l'accident, l'échec de la méthode, les lacunes d'information ou d'usage par la patiente, le désir inconscient de grossesse...

Nous avons choisi de nous intéresser à **l'état actuel des connaissances des femmes sur leur contraception.** Pour cela, nous avons réalisé une étude prospective, au moyen d'un auto-questionnaire visant à explorer les impressions de savoir des femmes sur leur contraception et leurs connaissances réelles sur le sujet.

Nous nous attacherons à apprécier les facteurs pouvant influencer d'une part, **l'impression de savoir** et d'autre part, **la réalité des connaissances** sur la contraception d'urgence et sur leur propre contraception.

Nous tenterons **d'apprécier les savoirs et les lacunes** sur l'usage contraceptif et chercherons à en définir les causes.

Enfin, nous proposerons des axes d'amélioration concernant les **connaissances et l'utilisation des contraceptifs** chez les femmes en âge de procréer.

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION

1. DEFINITIONS

La contraception est l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures, visant à diminuer la probabilité de conception ou visant à l'éviter (1). Elle désigne des procédés temporaires et réversibles et s'oppose donc à la stérilisation (castration, vasectomie, ligature de trompes).

On peut distinguer quatre grandes catégories de contraceptifs, selon le mode d'action qu'ils utilisent : ceux qui bloquent l'ovulation, ceux qui font obstacle à la fécondation, ceux qui font obstacle à la nidation, et enfin ceux qui bloquent la spermatogénèse, encore au stade expérimental.

L'efficacité contraceptive des différents modes de contraception est exprimée par l'Indice de Pearl (IP) qui correspond au rapport du nombre de grossesses, sur le nombre total de cycles observés pour l'ensemble des femmes étudiées, rapporté à 1 an.

Le calcul de l'IP se fait selon la formule suivante :

$$IP = n \text{ grossesses} \times 1200/n \text{ mois d'étude}$$

Le résultat est exprimé en grossesses pour 100 femmes par an ou Année Femme (AF).

2. ETYMOLOGIE

Le terme contraception a pour origine : (2)

→ *contra* qui signifie contre

→ (con)ception, du latin *conceptio*, de *concupere* qui signifie concevoir ou former un nouvel être.

3. HISTORIQUE

3.1 EVOLUTION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE (3)

La limitation des naissances est présente depuis les époques reculées et est probablement née avec la Préhistoire. Historiquement, les moyens d'action utilisés par les thérapeutes et l'ensemble de la population permettaient d'agir :

→ soit *après* la naissance : **infanticides et abandons** ont été retrouvés dans l'histoire de la quasi-totalité des sociétés et étaient largement pratiqués depuis l'Antiquité pour des raisons démographiques, de malformation ou de sexe de l'enfant. Ils relèvent d'un groupe

social organisé. Au Moyen Age, le changement de mentalité conduira à remplacer l'infanticide par l'**abandon** aux églises et monastères.

→ soit *pendant* la grossesse : l'**avortement** est retrouvé dans toutes les sociétés, quelle que soit l'époque considérée ; il se pratique par absorption orale de substances diverses, par introduction vaginale d'objets variés, ou par manœuvres intra utérines. Contrairement à l'infanticide, il a été laissé par les sociétés à la sphère du privé.

Au XIX^{ème} siècle, l'émergence de mouvements de revendication féminine conduit les sociétés occidentales, dont le pouvoir économique et politique est détenu par les hommes, à réglementer l'avortement et à le considérer comme un crime aux yeux de la loi civile.

→ soit *avant* la grossesse : c'est **la contraception**.

Elle peut être **locale** et féminine par introduction vaginale d'obstacles divers ou par toilette vaginale chimique. Chez l'homme, on retrouve le « fourreau pour verge », ancêtre du préservatif, décrit dans des papyrus égyptiens datant de 2000 ans avant notre ère.

La contraception **orale** a, elle aussi, toujours existé, sous forme de breuvages à base de plantes ou de produits suffisamment toxiques pour être efficaces contre la grossesse, mais également souvent dangereux pour les femmes.

Enfin, la technique du **retrait** a été également largement utilisée par les civilisations où la responsabilité de la contraception n'était pas laissée qu'aux femmes.

3. 2 QUELQUES METHODES ANCESTRALES (3)

Sur le plan de la **contraception locale**, chimique ou mécanique, des tampons vaginaux imbibés de colle, de miel et de déjections de crocodiles étaient employés en Egypte, en 2000 avant JC.

Les Grecs utilisaient des ovules vaginaux à base de menthe poivrée et de miel, ou de décoction de testicule de mule, cet animal symbolisant pour eux la stérilité (4).

L'ancêtre du diaphragme aurait été employé par Casanova sous la forme d'un demi-citron à l'action chimique et mécanique.

Les douches vaginales au bicarbonate de soude, au vinaigre, au formol ou à l'eau de mer ont été largement pratiquées à toutes les époques, notamment par la Marquise de Sévigné.

Les **dispositifs intra utérins** ont eux aussi leurs ancêtres, notamment un anneau recouvert de fil de soie ou d'argent introduit dans l'utérus à visée anticonceptionnelle (1910).

La **contraception orale** a, elle aussi été largement éprouvée, notamment par divers breuvages à base de plantes et par certaines infusions pouvant être responsables d'une réelle infertilité.

Enfin, **la pensée magique** avait également sa place en contraception par le biais de talismans, notamment à base de foie de belette, de cœur de chevreau ou de matrice de mule portés autour du cou et sensés réduire la fécondité (4).

3. 3 CONTRACEPTION EN FRANCE (5)

Dès le III^{ème} siècle, à l'arrivée du christianisme, l'Eglise catholique prône l'abstinence comme seul moyen de contraception.

Au XIX^{ème} siècle, le pré-malthusianisme permet l'éclosion en Grande Bretagne d'une politique contraceptive pour des raisons économiques mais la France, qui veut accroître sa population décimée dans l'après guerre, interdit le 31 juillet 1920 la propagande anticonceptionnelle.

Le **28 décembre 1967**, la **loi Neuwirth** vient abroger la loi de 1920 autorisant ainsi la contraception mais ses décrets d'application, échelonnés jusqu'en 1972, réduiront son impact. Finalement, la **loi Veil** du **17 janvier 1975** autorise légalement l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

3. 4 ETAPES DE LA MISE AU POINT DES CONTRACEPTIFS ORAUX DANS LE MONDE

La pilule représente probablement le premier médicament dont l'objectif n'a pas été de soulager les malades mais plutôt d'améliorer la qualité de vie en permettant aux femmes de maîtriser leur fécondité. Mais sa mise au point a requis plusieurs étapes et de nombreuses difficultés (6).

En 1927, Ludwig HABERLANDT (1885-1932) découvre que l'administration d'extraits ovariens à des lapines entraîne une stérilité temporaire. Mais il n'est pas soutenu dans son expérimentation car l'Europe, ruinée par la Première Guerre Mondiale est avant tout préoccupée par le repeuplement.

En 1929, les Américains Willard ALLEN et George CORNER extraient une hormone provenant du corps jaune de la truie et en 1934, l'hormone est finalement isolée. Ils la baptisent « Progestérone ».

En 1941, le chercheur Russel MARKER découvre que des tribus primitives indiennes du Nevada utilisent depuis des siècles des tisanes contraceptives ; il met en évidence que l'extraction chimique de la plante servant de base à ces tisanes permet d'obtenir de la progestérone à l'état pur.

En 1953, John ROCK, Gynécologue à l'Université d'Harvard démontre que l'administration de doses élevées de progestérone bloque l'ovulation des lapines. Il soulève l'idée d'une méthode contraceptive appliquée aux femmes sur cette base.

En 1956, Gregory PINCUS (1903-1967) met au point aux Etats-Unis la première pilule anticonceptionnelle à base de progestérone et découvre la réversibilité de la contraception. Ce progestatif est approuvé comme contraceptif aux USA par la Food & Drug Administration en 1960.

En France en Décembre 1967, au moment de la promulgation de la loi Neuwirth, le Général de Gaulle alors Président de la République n'est pas favorable à la légalisation de la pilule : « Vous avez songé à l'enjeu ? (...) Les naissances qui assurent le maintien de notre population (...) sont dues à des grossesses non désirées. (...) C'est bien joli de favoriser l'émancipation des femmes, mais il ne faut pas pousser à leur dissipation. Nous n'allons pas sacrifier la France à la bagatelle ! ».

A partir de 1970, les pilules mises sur le marché contiennent moins de 50 microgrammes (μg) d'œstrogènes, notamment de l'Ethinylestradiol. Au début des années 1980, les pilules minidosées à moins de $30\mu\text{g}$ d'œstrogènes apparaissent. Les pilules triphasiques sont commercialisées à partir de 1984.

3. 5 ENJEUX ET POLEMIQUES

La contraception est historiquement sujette à polémique et ses enjeux sont d'ordre politique, économique, religieux voire philosophique ou moral.

Elle a longtemps été considérée comme indésirable, souvent interdite dans les religions prônant le respect de la vie et l'incitation à la procréation.

Le développement économique, le travail des femmes, les problèmes démographiques comme en Chine ou en Inde, ont permis le déploiement de la contraception en Occident comme en Orient.

Quelles que soient les implications, la contraception reste idéalement une préoccupation du domaine privé.

4. EPIDEMIOLOGIE

4. 1 INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (7)

L'IVG est autorisée en France depuis la loi Veil en 1975, elle est remboursée par l'Assurance Maladie depuis 2001.

Depuis 1990, on constate une stabilité du nombre d'IVG en France autour de 200 000 par an environ, soit une grossesse sur 4 environ (750 000 accouchements annuels).

Le taux d'IVG chez les femmes de 15 à 49 ans est de 14,6 pour mille en 2004.

65% des femmes subissant une IVG ont entre 20 et 34 ans, seulement 5,5% sont mineures, même si on constate plus de 30 % d'augmentation des IVG chez les mineures entre 1990 et 2004.

Deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes ayant déjà une contraception : 23% d'entre elles utilisent une Contraception Orale (CO), 7% sont porteuses d'un stérilet, 19% utilisent le préservatif masculin et 19% des méthodes naturelles de contraception.

La stabilité du nombre des IVG en France ne semble pas s'expliquer par une moindre utilisation de la contraception conventionnelle ou d'urgence. En effet, selon la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) en 2004, 71% des femmes âgées de 15 à 54 ans sexuellement actives durant les 12 mois précédents, ont eu recours à un moyen de contraception (8).

4. 2 CONTRACEPTION (9) (10)

D'après l'Afssaps, l'ANAES et l'INPES en 2004, le profil contraceptif de la femme française de 18 à 44 ans est le suivant :

La pilule œstroprogestative est utilisée par 45,8% des femmes, le Dispositif Intra Utérin (DIU) arrive en seconde position, bien loin derrière avec 16,1% d'utilisatrices. Le préservatif masculin est le troisième mode de contraception des femmes françaises, utilisé par 7,5% d'entre elles. La stérilisation féminine reste limitée, seules 4,5% des femmes y ont recours.

Les méthodes de contraception dites « naturelles » sont également peu représentées, le retrait étant utilisé par 2,1% des femmes, l'abstinence périodique par 1,3% d'entre elles. La contraception vaginale locale, assez marginale, est utilisée par seulement 0,4% des femmes. Enfin, de façon non négligeable, 22% des femmes déclarent n'utiliser aucune contraception pour différentes raisons : pas de relation en cours, grossesse en cours, tentative de conception en cours ou stérilité.

La pilule œstroprogestative est de loin la première méthode contraceptive utilisée en France, avec un maximum d'utilisation chez les 20-24 ans où 68,3% des jeunes femmes adoptent ce mode de contraception.

Selon les tranches d'âge, on constate que la pilule et le préservatif sont majoritaires chez les moins de 30 ans, que le DIU est le premier mode de contraception des femmes de plus de 40 ans (29,6% d'entre elles) et que moins de 3% des femmes de 18 à 44 ans à risque de grossesse non désirée n'utilisent aucun moyen contraceptif.

5. DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES

Malgré le développement des méthodes contraceptives, on assiste à une stabilité du nombre d'IVG en France. Une partie de ces interruptions volontaires de grossesse est liée à une faible compliance des patientes aux moyens de contraception classiques. Ainsi, le taux d'arrêt des contraceptifs oraux combinés au cours de la première année d'utilisation est de l'ordre de 30 à 50 %. Ce taux important est aussi bien lié aux effets indésirables de la contraception orale qu'à la nécessité quotidienne de prise de la pilule.

Il y a souvent une inadéquation entre les solutions contraceptives proposées et le quotidien des femmes à certaines périodes de leur vie.

Les développements récents en matière de contraception vont dans le sens d'une meilleure maîtrise des risques de la contraception hormonale et offrent également la possibilité d'améliorer significativement l'observance par le biais de nouvelles galéniques.

5.1 CONTRACEPTION HORMONALE

5.1.1 Contraception Œstroprogestative (OP) (5) (10)

5.1.1.1 Mode d'action

Depuis l'avènement de la contraception orale qui remonte aux années 1960, la contraception orale œstroprogestative (OP), communément appelé « la pilule », est de loin la première méthode contraceptive en France, deuxième derrière le DIU à l'échelon mondial.

Ce mode de contraception est basé sur l'administration conjointe d'un œstrogène et d'un progestatif de synthèse qui exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire : les sécrétions de FSH et LH sont ainsi inhibées, empêchant la croissance folliculaire et l'ovulation.

C'est essentiellement l'Ethinylestradiol (EE) qui est utilisé comme œstrogène dans les contraceptifs oraux combinés. Le radical 17- α ajouté à la molécule d'œstradiol empêche sa dégradation intestinale mais lui confère également une plus forte affinité pour le foie, ce qui le rend responsable des effets secondaires métaboliques et vasculaires.

Pour le progestatif, onze molécules entrent dans la composition des pilules OP disponibles en France. Selon le moment de sa conception, le progestatif est dit de première, deuxième ou troisième génération.

La pilule est une des méthodes contraceptives les plus efficaces. En effet, son Indice de Pearl (IP) est compris entre 0,1% en utilisation optimale et 6 à 8% en pratique courante (9).

Cette remarquable efficacité est liée au « triple verrou contraceptif » des OP :

- inhibition de l'ovulation par suppression de la sécrétion des gonadotrophines (FSH et LH)
- modification du mucus cervical empêchant les spermatozoïdes de franchir le col utérin
- atrophie de l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

5. 1. 1. 2 Différentes formes galéniques

La différence d'IP entre utilisation optimale et courante traduit des problèmes de tolérance et d'observance, d'où un taux moyen de continuation à un an de 68% (11).

C'est dans cette logique que les progrès récents en matière de contraception ont permis de développer des galéniques différentes visant à réduire cette différence.

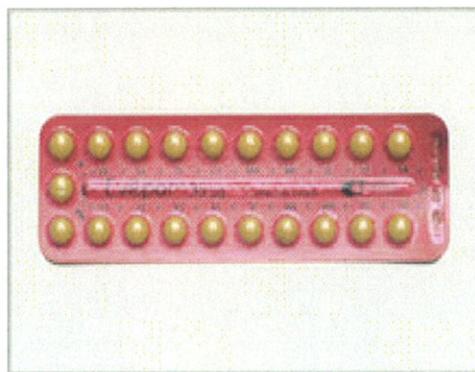
On distingue :

5. 1. 1. 2. 1 La contraception OP orale classique :

Il existe en tout 31 pilules combinées disponibles en France en 2009 (12), délivrant simultanément l'œstrogène et le progestatif.

Certaines les délivrent pendant 21 jours, suivis d'une interruption de 7 jours ou de la prise de 7 comprimés inactifs. D'autres sont composées de 24 comprimés actifs, suivis de 4 jours d'interruption ou de la prise de 4 comprimés inactifs.

Figure 1 : Une plaquette de pilule œstroprogestative contenant 21 comprimés



Selon l'évolution du dosage en stéroïdes au cours de la plaquette, on parle de pilule monophasique (un seul dosage d'EE et de progestatif), biphasique (deux paliers d'EE et de progestatif) ou triphasique (trois dosages de stéroïdes en paliers).

Selon la nature du progestatif, on parle de pilule de première, deuxième ou troisième génération.

Ce tableau décrit les principales pilules disponibles en France en 2009, d'après le Dictionnaire Vidal (12) :

Type de pilule	Nom commercial	Œstrogène(µg/j)	Progestatif	Remboursement
Normodosée	STEDIRIL®	EE 50 µg	Norgestrel	OUI
Minidosées : 1) monophasiques	CILEST®	EE 35	Norgestimate	NON
	BELARA®	EE 30	Chlormadinone	NON
	MINIDRIL®	EE 30	Lévonorgestrel	OUI
	LUDEAL Gé®	EE 30	Lévonorgestrel	OUI
	MONEVA®	EE 30	Gestodène	
	MINULET®	EE 30	Gestodène	NON
	VARNOLINE®	EE 30	Désogestrel	NON
	VARNOLINE continu®	EE 30	Désogestrel	NON
	JASMINE®	EE 30	Drospirénone	NON
	CARLIN®	EE 20	Gestodène	NON
	FELIXITA®	EE 20	Gestodène	
	MELIANE®	EE 20	Gestodène	NON
	HARMONET®	EE 20	Gestodène	NON
	EFEZIAL®	EE 20	Gestodène	
	CYCLEANE®	EE 20	Désogestrel	NON
	MERCILON®	EE 20	Désogestrel	NON
	JASMINELLE®	EE 20	Drospirénone	NON
	JAMINELLE continu®	EE 20	Drospirénone	NON
	YAZ®	EE 20	Drospirénone	NON
	MELODIA®	EE 15	Gestodène	NON
	MINESSE®	EE 15	Gestodène	NON
2) biphasiques	ADEPAL®	EE 30-40	Lévonorgestrel	OUI
	MINIPHASE®	EE 30-40	Noréthistérone	OUI
3) triphasiques	TRINORDIOL®	EE 30-40-30	Lévonorgestrel	OUI
	DAILY Gé®	EE 30-40-30	Lévonorgestrel	OUI
	PHAEVA®	EE 30-40-30	Gestodène	
	TRICILEST®	EE 35	Norgestimate	NON
	TRIAFEMI®	EE 35	Norgestimate	NON
	TRIELLA®	EE 35	Noréthistérone	OUI
4) multiphasiques	QLAIRA®	Valérate d'Œstradiol	Diénogest	NON

EE=Ethinylestradiol

La tendance est à la réduction du dosage d'EE rendue possible par les progestatifs de troisième génération, plus fortement anti-gonadotropes, qui, sans altérer l'efficacité contraceptive de la pilule ont permis l'amélioration de la tolérance et la réduction des complications.

5. 1. 1. 2. 2 La contraception OP transdermique par patch (Evra®) (5)

Il s'agit d'un dispositif transdermique hebdomadaire que l'on applique trois semaines de suite, puis on observe une semaine sans patch.

C'est un système de type matriciel qui délivre une dose quotidienne de 20µg d'EE et de 150µg de Norelgestromine pendant une semaine.

Figure 2 : Patch contraceptif Evra®



La voie transdermique minimise les pics de concentration hormonale observés avec l'administration orale et assure une **sécurité contraceptive de 48 heures** en cas d'oubli de changement du patch. Cette voie permet également d'éviter le premier passage hépatique.

Si l'efficacité est la même que la pilule OP orale avec un Indice de Pearl à 0,3% en utilisation optimale et 8% en pratique courante, il faut noter une diminution de l'efficacité chez les femmes de plus de 90 kilos (13).

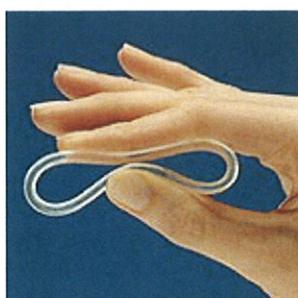
En revanche, **l'observance semble meilleure** avec ce nouveau schéma contraceptif hebdomadaire qu'avec la contraception orale quotidienne. Ceci a été montré dans tous les groupes d'âges, mais surtout chez les jeunes (14).

5. 1. 1. 2. 3 La contraception OP vaginale : l'anneau vaginal

(Nuvaring®) (5)

Il s'agit d'un anneau vaginal contraceptif souple et transparent, mis sur le marché en 2004, qui libère une moyenne de 15µg d'EE et 120µg d'Etonogestrel par jour pendant 3 semaines consécutives avec une action systémique permettant une inhibition de l'ovulation. L'anneau est mis en place dans le vagin par la femme elle-même pour une durée de 21 jours puis retiré pendant 7 jours au cours desquels survient l'hémorragie de privation.

Figure 3 : Anneau vaginal Nuvaring®



La voie vaginale permet, comme la voie transdermique une plus grande stabilité des taux plasmatiques de stéroïdes, contrairement à la voie orale. Elle permet de plus, l'utilisation de plus faibles doses de stéroïdes et n'est pas tributaire d'éventuels troubles digestifs pouvant affecter son efficacité.

L'Indice de Pearl de l'anneau vaginal est comparable aux contraceptifs oraux OP minidosés : de 0,6% en utilisation optimale à 8% en pratique courante.

L'efficacité, la tolérance et l'acceptabilité de l'anneau vaginal ont été bien démontrées (15) ; ils sont comparables aux OP avec l'avantage d'un schéma contraceptif hebdomadaire inédit qui laisse entrevoir une amélioration de l'adhésion de la patiente à sa contraception (16).

5. 1. 1. 3 Indications des OP

En l'absence de contre-indication, l'utilisation d'un contraceptif oral combiné peut être envisagée par toutes les femmes qui recherchent un moyen de contraception fiable, réversible et indépendant du coût.

5. 1. 1. 4 Contre-indications des OP

La liste des contre indications absolues ou relatives concernant la contraception OP a été établie par l'Afssaps, l'ANAES et l'INPES en 2004 (9), puis complétée par l'OMS.

Parmi les contre-indications *absolues*, on liste: le **post-partum** de moins de 21 jours, l'allaitement (6 semaines dans le post-partum), le **tabagisme** chez les plus de 35 ans (supérieur à 15 cigarettes par jour), une **Hypertension Artérielle (HTA)** sévère ou mal équilibrée avec systolique supérieure à 160 mmHg ou diastolique supérieure à 100 mmHg, un antécédent **d'HTA gravidique**, même avec une tension équilibrée, un antécédent **thromboembolique** artério-veineux, une **cardiopathie ischémique**, un antécédent **d'accident vasculaire cérébral**, une **cardiopathie valvulaire** compliquée, une **insuffisance cardiaque**, une **thrombophilie** connue, l'existence de **migraines accompagnées** de symptômes neurologiques, une **dyslipidémie sévère** (LDL > 1,6 g/l et/ou triglycérides > 2,5g/l), une **tumeur maligne** connue ou suspecte, *a fortiori* cancer du sein (en cours), un **diabète compliqué** de rétinopathie, de néphropathie, de neuropathie ou évoluant depuis plus de 20 ans, une **affection hépatique** de type insuffisance hépatocellulaire, hépatite virale en cours, cirrhose biliaire primitive, hépatocarcinome ou antécédent de cholestase gravidique, la présence d'une **tumeur hypophysaire**, une **hémorragie génitale** inexplicée, les **porphyries** et les **connectivites**.

Parmi les contre-indications *relatives*, on note: l'âge supérieur à 40 ans, le **tabagisme** chez les plus de 35 ans (même à moins de 15 cigarettes par jour), une **HTA** équilibrée, un **diabète** mal équilibré sans vasculopathie, la présence de **varices** des membres inférieurs, l'existence de **migraines** même non accompagnées après 35 ans, une **dyslipidémie** modérée, une **obésité** et l'utilisation de **médicaments** pouvant entraver le métabolisme des OP.

5. 1. 1. 5 Effets secondaires des OP(5) (10)

Les effets secondaires possibles des OP sont multiples, mais les plus fréquents sont heureusement les moins sévères.

5. 1. 1. 5. 1 Classiques et bénins

Ils se manifestent le plus souvent au cours des trois premiers cycles d'utilisation et nécessitent écoute et conseils de la part du praticien pour éviter l'abandon prématuré de la contraception.

Les **métrorragies** (ou spotting) sont fréquentes surtout avec les pilules faiblement dosées en œstrogènes, elles sont banales dans les premiers cycles mais doivent faire reconsidérer la prescription en cas de persistance.

Une **prise de poids** modérée est possible, liée à la rétention hydrosodée favorisée par les œstrogènes ou à l'effet anabolisant du progestatif. Mais avec les OP récents à faible dose, elle semble bien moins fréquente voire absente.

Les **mastodynies et nausées** sont fréquentes dans les premiers cycles et témoignent souvent d'un état d'hyperœstrogénie relative.

Des **céphalées** peuvent entrer dans le cadre d'un Syndrome Prémenstruel (SPM). Il faut se méfier de migraines installées sous OP, pouvant être le signe précurseur d'un événement vasculaire cérébral, surtout chez les patientes à haut risque vasculaire personnel ou familial.

Des **troubles veineux des membres inférieurs**, notamment lourdeur de jambes, apparaissent le plus souvent chez les femmes prédisposées et nécessitent l'emploi de pilules faiblement dosées en œstrogènes. Les varices constituent une précaution d'emploi à l'usage des OP (cf. CI relatives) et la sclérose de varices sous OP est fortement déconseillée.

Les **troubles de l'humeur** et la **baisse de la libido** sont des plaintes retrouvées le plus souvent chez des femmes prédisposées à des variations prémenstruelles de l'humeur ou à des troubles sexuels préexistant à la mise sous pilule.

5. 1. 1. 5. 2 Complication graves des OP

→ Accidents thromboemboliques (5)

Le Risque Relatif (RR) est estimé entre 4 et 5. Ce sont des thromboses aiguës dont la survenue n'est pas corrélée à la durée d'utilisation.

Plusieurs facteurs aggravants sont fréquemment associés :

- le **tabagisme**
- l'**âge** supérieur à 35 ans (car souvent associé à d'autres facteurs de risque et à des altérations mineures de la paroi artérielle)
- une **anomalie** préexistante **de l'hémostase** (thrombophilie) ou une situation ponctuelle à risque (alitement, immobilisation plâtrée, intervention chirurgicale).

On distingue les **événements veineux** (thromboses veineuses cérébrales et thromboses veineuses profondes périphériques, compliquées ou non d'embolie pulmonaire) et les **événements artériels** (infarctus du myocarde et Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ischémiques) :

□ *les événements veineux* sont souvent indépendants de l'âge et du tabagisme mais corrélés à un trouble préexistant de l'hémostase :

Le risque absolu de thrombo-embolie veineuse est de 10 à 20 pour 100 000 utilisatrices par année d'utilisation. Ce risque semble plus élevé la première année mais reste plus faible que le taux observé lors d'une grossesse (60/100 000).

Le risque est corrélé à la dose d'EE contenue dans les pilules, la réduction des doses montrant parallèlement une réduction du risque relatif. Le risque semble également lié à l'âge des patientes mais cette augmentation du RR avec l'âge est également observée chez les non-utilisatrices de pilules (17).

20% des patientes présentant un épisode thromboembolique sous pilule sont porteuses d'une pathologie de l'hémostase dont la plus caractéristique est la mutation héréditaire du facteur V de Leiden.

Il faut noter la controverse ayant accompagné l'introduction de progestatifs de troisième génération : plusieurs études anglo-saxonnes ont rapporté une majoration du risque thromboembolique veineux avec ces nouveaux progestatifs en comparaison avec ceux de seconde génération.

□ *les événements artériels* touchent le plus souvent des fumeuses de plus de 35 ans sans trouble de la coagulation.

Pour l'Infarctus du Myocarde (IDM), on ne constate pas de hausse très significative du risque chez les non-fumeuses qui n'ont par ailleurs pas de facteur de risque vasculaire, pour les associations contenant moins de 50 µg d'EE, et ceci quel que soit l'âge.

En revanche, **les antécédents cardiovasculaires majorent le risque d'IDM** puisque le RR est de 10 en cas d'antécédent d'HTA ou d'hypertension gravidique.

Et **le tabac accroit** lui aussi **considérablement le risque d'IDM**, puisque le RR est de à 20 chez les fumeuses de plus de 10 cigarettes par jour (18).

Il s'agit d'une équation à trois variables - nombre de cigarettes fumées, âge et dosage en EE - à mettre en balance avec le risque de grossesse.

Pour les AVC ischémiques, le RR est de 2,75 sous contraception OP, le risque étant moindre avec les pilules faiblement dosées en EE. De même que pour l'IDM, les études montrent que la plupart des AVC concernent des **femmes porteuses d'autres facteurs de risques** : tabac, HTA, diabète, obésité.

→ Effets métaboliques

□ sur le métabolisme lipidique

L'EE tend à élever le taux plasmatique des triglycérides et du LDL-cholestérol tout en diminuant celui du HDL-cholestérol. Les progestatifs de synthèse ont l'effet inverse (et ce, d'autant plus que le progestatif est androgénique). L'effet global dépend des doses respectives

de stéroïdes et de la nature du progestatif, même si pour les OP minidosés, les conséquences sur le profil lipidique sont le plus souvent absentes ou minimales.

□ sur le métabolisme glucidique

Les OP induisent une insulino-résistance avec **élévation des glycémies**. Cet effet est lié au progestatif mais reste modéré, surtout en l'absence de facteur de risque ou d'antécédent personnel ou familial. Une exploration du métabolisme glucidique comprenant au moins une glycémie à jeun doit être réalisée à la prescription initiale puis une à deux fois par an selon le terrain.

□ sur la tension artérielle

L'EE augmente la synthèse hépatique de l'Angiotensinogène et active le système Rénine-Angiotensine-Aldostérone. D'où une **augmentation** le plus souvent **mineure** de la tension artérielle, de l'ordre de 5 à 7 mmHg.

Cependant, une HTA franche apparaît chez 0,6 à 2,8% des utilisatrices de pilule OP.

→ Effets carcinogènes

□ sur le sein

Malgré de nombreuses études sur le sujet, **l'augmentation du risque de cancer du sein** sous contraception OP reste **controversée**.

Une méta-analyse publiée en 1996 donnait un RR de 1,24 chez les femmes sous contraception OP avec un risque se prolongeant en décroissant jusqu'à 10 ans après l'arrêt (19) ; et l'Afssaps, l'ANAES et l'INPES évoquent une augmentation du risque de 25% dans leurs recommandations de 2004 (9).

Mais dans une étude récente portant sur plus de 9 000 femmes âgées de 35 à 64 ans, il n'a pas été observé d'association significative entre l'utilisation d'OP et le cancer du sein (20).

Ces résultats nécessitent la poursuite des investigations car à l'heure actuelle, ils ne paraissent pas de nature à modifier les habitudes de prescription en matière de contraception orale.

□ sur le col utérin

L'augmentation du risque de cancer cervical liée à l'utilisation d'une pilule OP serait de l'ordre de 50% après 5 à 10 ans d'utilisation (9).

Selon certaines études, l'utilisation à long terme d'une contraception OP peut entraîner une **hausse du risque de cancer du col** chez les femmes porteuses du Papillomavirus Humain (HPV) alors que cela ne serait pas le cas chez les femmes qui n'en sont pas porteuses. Rappelons que l'infection à HPV étant liée au comportement sexuel, il est probable que les femmes qui utilisent une contraception OP bénéficient d'une meilleure surveillance et utilisent peut-être moins le préservatif.

Il semblerait cependant que les œstrogènes agissent au niveau de la transcription du génome de l'HPV et accentuent le risque relatif de cancer du col de l'utérus (RR = 1,6 entre 5 et 10 ans d'utilisation et 2,2 après 10 ans d'utilisation), ce risque retrouvant son niveau de départ lorsque la contraception orale a été abandonnée pendant plus de 8 ans (21).

Rappelons également que depuis mars 2007 la vaccination contre le papillomavirus 6, 11, 16 et 18 est proposée pour les jeunes filles de 14 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels, ou au plus tard dans l'année qui suit le début de l'activité sexuelle.

Cependant un frottis cervico-vaginal de dépistage doit être régulièrement réalisé chez toutes les femmes, qu'elles soient vaccinées contre HPV ou non, qu'elles soient sous OP ou non.

□ sur le foie

Il existerait une augmentation du risque de cancer hépatique sous OP, ce risque étant multiplié par 2 après 5 ans d'utilisation (9), mais ce cancer étant rare dans les pays dits développés, peu de femmes en seront affectées.

5. 1. 1. 5. 3 Effets bénéfiques des OP (5)

La longue liste des effets indésirables ne doit pas faire oublier leurs effets bénéfiques, souvent moins médiatisés.

→ Liés à leur effet antigonadotrope :

On note une nette diminution des grossesses extra utérines et des grossesses non désirées, une diminution des dysménorrhées et du syndrome prémenstruel (SPM), ainsi que des irrégularités menstruelles.

Le risque de kystes fonctionnels de l'ovaire est diminué, de même que **le risque de cancer ovarien**, avec une **réduction de 40%** par rapport aux femmes qui ne sont pas sous OP (22). Cette réduction du risque persiste même après l'arrêt des œstroprogestatifs et est probablement due à l'anovulation créée par la CO qui diminue les remaniements au niveau de l'épithélium ovarien.

→ Liés à l'effet anti-oestrogénique du progestatif :

□ sur l'endomètre

On note une diminution de l'abondance et de la durée des règles, une réduction des métrorragies et par conséquent moins d'anémie ferriprive sous OP.

Il en résulte une atrophie endométriale et une **diminution de 50% du risque de cancer de l'endomètre**, même quinze ans après l'arrêt de la pilule (23).

□ sur la glande mammaire :

Sous OP, on retrouve une diminution de l'incidence des mastopathies bénignes ainsi que de la maladie fibro-kystique.

□ sur le mucus cervical :

La diminution de la perméabilité de la glaire cervicale explique la **réduction du risque d'infection utéro-annexielle** des femmes sous pilule OP.

→ Liés à l'oestrogène :

On constate un effet favorable sur la densité minérale osseuse en cas d'utilisation prolongée ainsi qu'un effet préventif sur l'ostéopénie post-ménopausique.

→ Liés aux OP eux-mêmes :

Le **risque relatif de cancer colorectal diminue de 40%** chez les femmes utilisatrices d'OP, la diminution de l'excrétion des acides biliaires et leur moindre concentration au niveau colique pourraient en être l'une des explications (24).

A noter qu'une diminution de la fréquence de la sclérose en plaque et de la polyarthrite rhumatoïde sous OP a été évoquée, mais mérite encore confirmation face à des discordances entre les différentes études.

Les améliorations portées sur les contraceptifs, associées à une rigoureuse sélection des patientes et à un strict respect des contre-indications ont rendu minimales les risques de la contraception orale œstroprogestative.

Il convient d'améliorer l'information des patientes sur les risques encourus mais également d'insister sur les effets bénéfiques des OP, trop souvent méconnus et nettement

moins médiatisés que leurs effets néfastes. L'adhésion et l'observance de la patiente à sa contraception pourraient ainsi s'améliorer par le biais de cette revalorisation.

Il est important de souligner que **la balance bénéfices/risques de la contraception œstroprogestative**, convenablement choisie et surveillée **penche toujours nettement en faveur des bénéfices**.

5. 1. 2 Contraception Progestative (CP)

5. 1. 2. 1 Indications

L'intérêt principal de la contraception progestative en contraception orale est son indication chez :

- les femmes porteuses de contre-indications aux œstrogènes ou
- les femmes à haut risque cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire ou cancéreux ou
- les femmes dans le post partum.

En revanche, en l'absence de ces conditions pour une femme désirant une contraception orale, il semble préférable de prescrire en première intention une contraception OP.

5. 1. 2. 2 Différents formes galéniques (5) :

5. 1. 2. 2.1 Pilule micro-progestative pure par voie orale en continu :

Il existe trois micro-progestatifs seuls ayant une AMM en contraception en France :

- le Désogestrel (DSG) dosé à 75 µg : Cérazette®
- le Lévonorgestrel (LNG) dosé à 30 µg : Microval®
- l'acétate de Noréthistérone dosé à 600µg : Milligynon®

Seul le LNG à 30µg est remboursé par la Sécurité Sociale.

Ils assurent une contraception grâce à leurs effets périphériques que sont la modification de l'endomètre et l'épaississement de la glaire cervicale.

En effet, l'inhibition de la fonction ovarienne n'est pas complète sous contraceptif micro-progestatif car il exerce une inhibition gonadotrope seulement *partielle*. D'où une suppression du pic ovulatoire mais une persistance de la sécrétion basale de FSH et LH, permettant une maturation folliculaire partielle. Sous DSG 75, il existe 97% d'anovulation à 12 mois, mais sous LNG 30, on retrouve seulement 30 à 50% d'anovulation à 12 mois (25).

L'Indice de Pearl des pilules micro-progestatives varie entre 1 pour le LNG 30 et 0,52 pour le DSG 75.

L'utilisation optimale de ce type de pilule signifie une prise continue, quotidienne à la même heure, avec une tolérance à l'oubli de seulement 3 heures pour le LNG 30 et de 12 heures pour le DSG 75 (ceci grâce à l'effet sur l'anovulation cité plus haut). D'où une efficacité imparfaite en usage courant.

Les pilules micro-progestatives sont donc classées par l'OMS parmi les méthodes contraceptives « très efficaces » en utilisation optimale mais seulement « efficaces » en pratique courante.

La CP demeure la contraception orale des femmes cardiaques, diabétiques, hyperlipidémiques, hypertendues, fumeuses (surtout après 35 ans) ou d'une manière générale, à haut risque cardio-vasculaire.

5. 1. 2. 2. 2 Pilule macro-progestative par voie orale en discontinu :

La contraception des femmes de plus de 40 ans, chez qui les OP s'accompagnent d'un risque vasculaire et cancéreux accru, et en présence de contre-indications aux micro-progestatifs (induction enzymatique, interaction avec d'autres thérapeutiques, non respect des horaires de prise, risque de grossesse extra-utérine,...), peut être assurée par des progestatifs non androgéniques dérivés de la 19-norprogestérone ou de la 17-OH-progestérone.

Les plus utilisées sont au nombre de quatre :

- l'acétate de Nomégestrol (Lutényl®)
- la Promégestone (Surgestone®)
- l'acétate de Chlormadinone (Lutéran®)
- l'acétate de Cyprotérone (Androcur®)

Cependant, cette méthode contraceptive utilisant les propriétés anti-gonadotropes de certains progestatifs n'est pas reconnue par les autorités de santé, ce qui ne lui confère pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en contraception. En effet, son efficacité contraceptive réelle n'a pas été suffisamment documentée par les études cliniques et son Indice de Pearl n'a pas pu être établi. C'est pourquoi elle ne figure pas parmi les méthodes contraceptives recommandées par l'OMS (11).

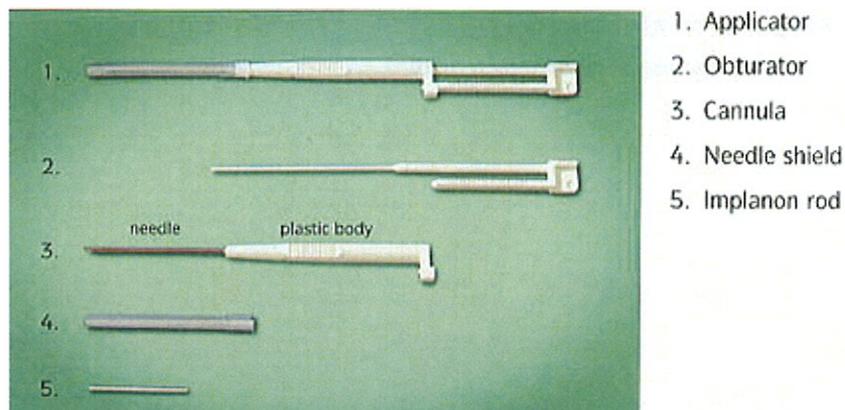
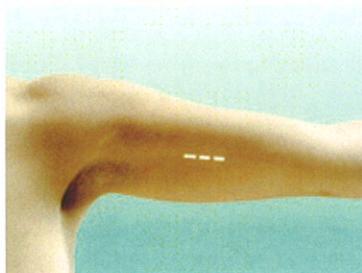
En pratique pourtant, les macro-progestatifs sont utilisés en contraception dans la tranche des 40-50 ans, en cas de pathologie gynécologique de type fibrome ou mastose, mais également en cas de maladie plus générale comme le lupus ou l'insuffisance rénale.

5. 1. 2. 2. 3 Implant contraceptif à l'Etonogestrel : Implanon®

Il se présente sous la forme d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre qui libère de l'Etonogestrel, métabolite actif du Désogestrel présent dans la pilule progestative Cérazette®.

L'implant est inséré en sous cutané dans le sillon entre biceps et triceps du bras non dominant, 6 à 8 cm au dessus du pli du coude, sous anesthésie locale.

Figure 4 : Implant contraceptif Implanon®, site et mode d'insertion



Le taux de libération de l'Etonogestrel reste supérieur au taux seuil d'inhibition de l'ovulation pendant toute sa durée d'utilisation prévue, son efficacité étant renforcée par des modifications du mucus cervical s'opposant au passage des spermatozoïdes.

Sa durée d'utilisation recommandée par l'AMM est de 3 ans, mais il est recommandé, par prudence, de le remplacer au bout de 2 ans chez les femmes de poids supérieur à 70 kg, les concentrations d'Etonogestrel étant plus basses chez ces femmes.

Ce dispositif fait preuve d'une efficacité contraceptive très élevée comme l'atteste son **Indice de Pearl égal à 0**, calculé en utilisant les données de treize études regroupant 1716 femmes âgées de 18 à 40 ans et suivies pendant 3 ans (26).

En pratique, des grossesses sont possibles en cas de mauvaise insertion de l'implant, d'induction enzymatique ou de dépassement de la durée d'utilisation conseillée.

5. 1. 2. 2. 4 Progestatifs administrés par injection :

Trois avantages majeurs sont à l'origine de la très grande diffusion de ce mode de contraception dans le monde : sa simplicité d'administration (une seule injection), sa durée d'action prolongée (trois mois d'efficacité) et l'absence théorique de risques vasculaires.

En revanche, les inconvénients ne sont pas nuls puisqu'ils entraînent des modifications du métabolisme lipidique, une aménorrhée, un retour à la fertilité retardé après arrêt, une ostéopénie...

En France, ce mode de contraception est très peu utilisé alors qu'il représente la troisième méthode de contraception réversible aux Etats-Unis après la pilule et le préservatif, et bien avant le DIU.

5. 1. 2. 2. 5 DIU au Lévonorgestrel :

Le DIU au Lévonorgestrel sera décrit dans le chapitre dédié aux DIU.

5. 1. 2. 3 Contre-indications :

5. 1. 2. 3. 1 Pour les pilules micro-progestatives pures (11) :

Les contre-indications sont les suivantes pour l'OMS :

- le post-partum de moins de 6 semaines avec allaitement (principe de précaution)
- un accident thrombo-embolique veineux *évolutif*
- une cardiopathie ischémique
- un accident vasculaire cérébral
- des migraines avec aura quel que soit l'âge
- un cancer du sein
- un ou des traitements inducteurs enzymatiques associés
- une atteinte hépatique (hépatite virale évolutive, cirrhose décompensée, adénome hépatique, hépatocarcinome...).

Il faut noter également les *non contre-indications* citées par l'OMS : antécédent de grossesse extra-utérine, multiples facteurs de risques cardio-vasculaires, fibromes utérins, mastopathie bénigne, thrombophilie, tumeur bénigne et kystes ovariens.

5. 1. 2. 3. 2 Pour les pilules macro-progestatives :

Il n'existe pas de réelle contre-indication à ce mode de contraception en dehors de l'absence d'AMM en contraception et d'un contrôle imparfait du cycle.

5. 1. 2. 3. 3 Pour l'implant contraceptif :

Les contre-indications sont les mêmes que pour les pilules micro-progestatives (voir plus haut) sauf le cancer du sein qui figure uniquement dans les mises en garde et précaution d'emploi du Vidal 2009.

5. 1. 2. 4 Effets secondaires :

5. 1. 2. 4. 1 Métrorragies ou aménorrhée :

C'est le reproche principal fait à la contraception progestative et le premier motif invoqué d'arrêt prématuré du traitement.

Seulement 40 % des utilisatrices à long terme de progestatifs seuls ont des cycles menstruels réguliers, ceci à cause d'une maturation folliculaire partielle (certains micro-progestatifs) ou d'une atrophie endométriale (micro et macro-progestatifs).

Le degré d'acceptabilité du profil des saignements dépend d'une bonne information préalable des utilisatrices.

5. 1. 2. 4. 2 Effets sur le métabolisme osseux (27) :

Selon l'OMS les pilules *micro-progestatives* pures, l'implant et le DIU au Lévonorgestrel ne semblent pas avoir d'effet sur la densité osseuse.

Par contre, l'hypoestrogénie secondaire à l'action anti-gonadotrope des *macroprogestatifs* est responsable d'une diminution de la densité minérale osseuse. Mais toujours selon l'OMS, la balance penche en faveur du bénéfice chez les femmes éligibles pour la méthode.

5. 1. 2. 4. 3. Prise de poids :

Les micro-progestatifs oraux ne sont en théorie pas responsables de prise de poids, pourtant parfois observée. Une discrète augmentation progressive du poids corporel de l'ordre de 1,5 à 2% du poids corporel par an a été observée avec l'Implanon®.

5. 1. 2. 4. 4 Autres effets indésirables :

Céphalées, mastodynies, acné, baisse de la libido ont été rapportées de façon variable selon le type de progestatif utilisé.

5. 2 DISPOSITIFS INTRA UTERINS (5)

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont la première méthode de contraception réversible dans le monde, utilisés par environ 14% des femmes en âge de procréer.

En France, ils arrivent en **seconde position des moyens contraceptifs** (16,1% des femmes de 18 à 44 ans) après la pilule (45,8%) et devant le préservatif (7,5%). Le taux d'utilisation est maximal chez les 35-44 ans (9).

Les DIU représentent une des méthodes contraceptives **les plus efficaces**, pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'a été établi (9). Ils présentent l'avantage d'une **longue durée d'action**, d'un **faible coût** et réclament **peu d'observance**.

En l'absence de contre-indications, le DIU peut être utilisé chez toutes les femmes désirant un moyen de contraception fiable et réversible, moins exigeant sur le plan de l'observance. C'est une bonne indication chez les femmes ayant des contre-indications aux OP ou les femmes qui allaitent.

Le DIU peut être également utilisé en contraception d'urgence s'il est inséré dans les 5 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé. (cf. Contraception d'urgence)

5. 2. 1 DIU au cuivre

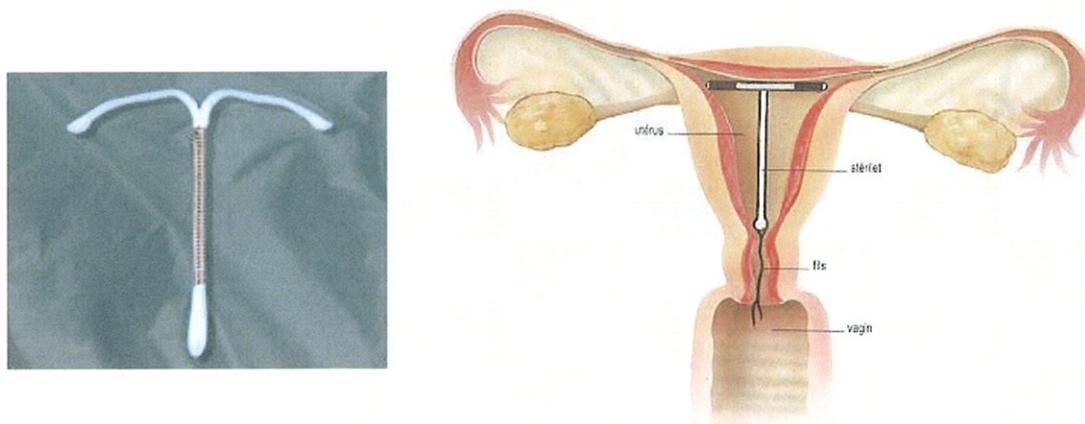
5. 2. 1. 1 Mode d'action :

Il possède une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre avec une lame d'argent. Les ions cuivre ont un effet délétère sur la mobilité des spermatozoïdes, affectant leur capacité de pénétrer la glaire cervicale.

De plus, la présence de ce corps étranger dans la cavité utérine entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre, nuisant au transport des spermatozoïdes jusqu'aux trompes de Fallope et empêchant l'implantation de l'œuf fécondé au niveau de l'endomètre. Ceci lui confère une **efficacité contraceptive et anti-nidatoire**, mais **pas abortive**.

Il n'a pas d'effet sur l'ovulation.

Figure 5 : Un DIU au cuivre et sa localisation intra utérine



5. 2. 1. 2 Efficacité :

L'Indice de Pearl du DIU au cuivre est de 0,6% en utilisation optimale et de 0,8% en pratique courante, avec un taux de grossesse ectopique de 0,3% après 4 ans d'utilisation. L'acceptabilité est bonne puisque le taux de continuation à 1 an est de 78% (11).

5. 2. 1. 3 Contre-indications (5) (9) :

Parmi les contre-indications *absolues*, on note : un antécédent ou la présence de **pathologie** (ou anomalie) **utérine ou trophoblastique** (fibromes utérins, polypes endo-utérins), une **pathologie vaginale** récente ou en cours, des **saignements** vaginaux ou génitaux **inexpliqués**, une **grossesse** suspectée ou avérée, une Infection Sexuellement Transmissible (**IST**) en cours ou datant de moins de 3 mois ou récurrente, une **infection puerpérale** en post-partum, un **avortement septique**, une **valvulopathie** à risque d'endocardite, un **cancer du col** utérin ou de l'**endomètre**, un antécédent de grossesse extra-utérine (pas de consensus).

Parmi les contre-indications *relatives* on liste : l'intervalle entre 48 heures et 4 semaines **post-partum**, les **maladies trophoblastiques** gestationnelles bénignes, le **cancer de l'ovaire**, un **risque accru d'IST et d'infection à VIH**, une sérologie VIH positive ou **SIDA**, une **corticothérapie** ou un traitement **anti-inflammatoire au long cours** (risques infectieux ou hémorragiques potentiels, non étayés par la littérature), une **dysménorrhée** sévère, l'existence de **ménorragies** ou d'une **anémie**, une **coagulopathie** ou un traitement **anticoagulant**, un antécédent de **salpingite** (pas de consensus).

Il faut noter que la nulliparité n'est pas une contre-indication à l'usage d'un DIU au cuivre dès lors qu'il a été tenu compte du risque potentiellement plus élevé d'IST chez les femmes jeunes, des difficultés possibles d'insertion, du risque supérieur d'expulsion et de la fragilité cervicale liés à la nulliparité.

Globalement d'après les recommandations (9), **les bénéfices du DIU l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés chez les nullipares** ayant une sexualité à risque réduit et qui ne peuvent pas utiliser une autre méthode contraceptive.

5. 2. 1. 4 Effets indésirables :

5. 2. 1. 4. 1 Augmentation du flux menstruel

Elle peut aller jusqu'à 65% par rapport aux femmes non utilisatrices de DIU au cuivre, responsable d'un taux d'abandon qui peut atteindre 20% à 5 ans.

5. 2. 1. 4. 2 Métrorragies ou spotting

Ils sont liés à une vasodilatation et à une augmentation de la perméabilité capillaire ainsi qu'aux microtraumatismes endométriaux.

5. 2. 1. 4. 3 Leucorrhées

Elles peuvent être provoquées par l'irritation du canal cervical ou de la muqueuse endométriale liée à la présence du DIU.

5. 2. 1. 4. 4 Douleurs et dysménorrhées

Lorsqu'elles sont présentes, elles sont liées à des contractions utérines en réponse à la présence du DIU.

5. 2. 1. 5 Complications :

5. 2. 1. 5. 1 Grossesse intra-utérine :

L'incidence est inférieure à 1% par an avec les DIU à forte teneur en cuivre, mais sa survenue impose le retrait du DIU tant que les fils sont encore accessibles, car le risque infectieux pelvien est réel en cas de grossesse maintenue.

5. 2. 1. 5. 2 Grossesse extra-utérine (GEU) (9)

Etant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de GEU est extrêmement faible (environ 0,02% par an) et dix fois inférieur au risque de GEU chez les femmes n'utilisant aucune contraception (0,3 à 0,5% par an).

Pour en éviter les risques, il convient :

- de rechercher les facteurs de risque de GEU chez toute femme avant de poser une indication de DIU : grossesse ectopique antérieure, antécédent de plastie tubaire ou de salpingite, endométriose,...

- d'informer systématiquement les utilisatrices de ce risque potentiel,

- de penser constamment à ce risque chez les femmes porteuses d'un DIU, et notamment en cas de grossesse, de métrorragies ou de douleurs pelviennes.

5. 2. 1. 5. 3 Expulsion :

Le risque d'expulsion surviendrait chez une femme sur 20, surtout pendant la première année et tout particulièrement pendant les trois premiers mois.

Il faut en informer les utilisatrices et surveiller plus spécialement les femmes qui seraient plus à risque d'expulsion : DIU insérés dans le post-partum immédiat, nullipares et antécédents d'expulsion antérieure de DIU.

5. 2. 1. 5. 4 Perforation utérine :

Elle est très rare, environ une pour mille insertions, et peut survenir pendant l'insertion, immédiatement après ou secondairement, par migration transpariétale utérine du DIU.

Elle peut être favorisée par une sténose cervicale, des déviations utérines marquées, un utérus fragile (post-partum, césarienne, hypoplasie, myomectomie) et l'inexpérience ou la maladresse de l'opérateur.

Pour l'éviter, il faut choisir le DIU au cas par cas, respecter la technique de pose qui doit se faire en douceur, sans jamais forcer, ni à l'hystérométrie, ni à l'insertion du DIU.

5. 2. 1. 5. 5 Infections :

Le DIU reste le mode de contraception au risque infectieux pelvien le plus élevé. Il peut s'agir d'endométrite, de salpingite, de pelvipéritonite, voire exceptionnellement d'endocardite.

Ce risque n'est pas plus élevé chez les nullipares et semble davantage lié au mode de vie sexuelle de l'utilisatrice (voir contre-indications).

Le respect des contre- indications, d'une asepsie rigoureuse au moment de la pose et la surveillance et l'information des utilisatrices de DIU permettent de limiter le risque infectieux.

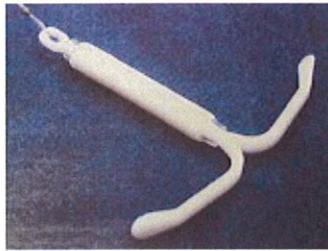
5. 2. 2 DIU au Lévonorgestrel

5. 2. 2. 1 Mode d'action :

Un seul DIU diffusant des hormones est commercialisé en France, le Mirena® diffusant du Lévonorgestrel (LNG). Il s'agit d'un support en plastique en forme de T dont la tige centrale est entourée d'un réservoir stéroïdien cylindrique libérant 20µg par jour de LNG. Cette libération intra-utérine de LNG inhibe la croissance endométriale par atrophie glandulaire (fort taux de LNG au niveau des récepteurs œstrogéniques de l'endomètre) et épaisit la glaire cervicale.

L'ovulation peut être inhibée ou perturbée chez certaines femmes.

Figure 6 : Le DIU Mirena® au LNG



5. 2. 2. 2 Efficacité (5) :

L'Indice de Pearl du DIU au LNG est de 0 à 0,2% par an. Le gain d'efficacité de ce DIU est statistiquement significatif lorsqu'il est comparé aux stérilets au cuivre dits de première génération, c'est-à-dire avec une surface de cuivre basse inférieure à 250 mm².

Son taux de continuation à un an, parmi les plus élevés des méthodes contraceptives (86%) et sa fréquence d'utilisation en France parmi les autres DIU (48%) traduisent une bonne acceptabilité globale et un intérêt du corps médical et des utilisatrices pour ce DIU.

5. 2. 2. 3 Contre-indications :

Les contre-indications absolues et relatives du DIU au LNG sont les mêmes que celles du DIU au cuivre (cf. plus haut) auxquelles il faut rajouter des contre-indications propres à la présence de Lévonorgestrel. Il s'agit de la **thrombose veineuse profonde** ou de l'**embolie pulmonaire en cours**, des **migraines avec symptômes neurologiques**, d'une **hépatite virale active**, des **tumeurs hépatiques** ou d'un **cancer du sein** en cours ou en rémission depuis moins de cinq ans.

Il faut noter que le DIU au LNG n'est pas indiqué dans la contraception d'urgence, où seul le DIU au cuivre a sa place.

5. 2. 2. 4 Effets indésirables (28) :

Les **spotting et métrorragies** sont non négligeables, surtout dans les premiers mois suivant l'insertion ; ils s'espacent progressivement jusqu'à une aménorrhée dans 16 à 35% des cas après un an d'utilisation. Cependant, le taux d'abandon pour des problèmes de saignements à 5 ans d'utilisation atteint 14%.

Globalement, on observe une **diminution du volume menstruel** de 70 à 90% avec le DIU au LNG.

Des effets hormonaux systémiques peuvent survenir, même si la dose quotidienne de LNG résorbée par voie systémique est très faible : **mastodynies, acné, céphalées, dépression, kystes ovariens fonctionnels**, peuvent survenir surtout dans les premiers mois d'utilisation.

Des **douleurs pelviennes**, comme pour les DIU au cuivre, liées à des contractions « réflexe » de l'utérus, sont rapportées essentiellement dans les premiers mois (10,5% à 3 mois contre 2,1% à 5 ans).

La tolérance pondérale, métabolique, tensionnelle et osseuse avec un DIU au LNG est satisfaisante.

Les effets secondaires potentiels du DIU au LNG nécessitent une information préalable de la patiente (« counseling ») avant toute insertion afin d'en éviter l'abandon prématuré, notamment l'aménorrhée et les irrégularités menstruelles seront d'autant mieux acceptées qu'elles auront été bien expliquées auparavant.

Il faut insister sur le fait que les effets secondaires se manifestent principalement dans les **six premiers mois d'utilisation et qu'ils s'amenuisent** au fur et à mesure de l'utilisation.

Les complications graves du DIU au LNG sont les mêmes que celles du DIU au cuivre citées plus haut.

5. 2. 2. 5 Effets thérapeutiques :

En France, le Mirena® possède, outre son indication en contraception, une indication dans les ménorragies fonctionnelles, en l'absence de cause organique décelable.

Grâce à l'atrophie et à la réduction progressive de la vascularisation de l'endomètre sous l'effet du LNG, le flux menstruel est réduit chez la plupart des femmes.

D'où son intérêt en thérapeutique chez des femmes ménorragiques (c'est-à-dire ayant un flux menstruel supérieur à 80 ml) : on note une diminution du flux menstruel de 86% à 3 mois et de 97% à un an d'utilisation du DIU au LNG chez ces femmes (29).

Le Mirena® apparaît donc comme une alternative possible aux traitements médicaux et surtout chirurgicaux (résection hystéroscopique de l'endomètre voire hystérectomie) des ménorragies. Il est désormais **recommandé avant tout geste chirurgical chez les femmes ménorragiques jeunes** et son indication dans le traitement des ménorragies fonctionnelles a été approuvée par 102 pays, dont la France.

Le DIU au LNG peut être également utilisé en association avec une œstrogénothérapie dans le Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause (THS) chez les femmes ayant des problèmes d'observance de leur THS.

D'autres indications telles que l'endométriose et l'adénomyose sont tout à fait envisageables dans un avenir proche.

5. 3 CONTRACEPTION VAGINALE ET LOCALE (5)

5. 3. 1 Diaphragme

5. 3. 1. 1 Généralités :

Historiquement, le diaphragme a été la première méthode contraceptive fiable. Il est beaucoup moins utilisé aujourd'hui (0,4% des méthodes contraceptives en France) depuis l'apparition de méthodes modernes de contraception.

5. 3. 1. 2 Mode d'action :

Il s'agit d'une coupole souple en latex qui vient obstruer le col utérin afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes. Il est mis en place dans le vagin par la femme elle-même avant le rapport sexuel, de façon à recouvrir le col (le médecin aura au préalable évalué la distance entre pubis et cul-de-sac vaginal postérieur par un examen gynécologique, afin de choisir la taille du diaphragme).

Figure 7 : Diaphragme



Il doit être maintenu en place pendant 4 à 6 heures après le dernier rapport sexuel. L'adjonction d'un spermicide sur chaque face du diaphragme et sur le pourtour est vivement recommandée. Il se nettoie après usage et peut être conservé pendant un an avant d'être changé.

5. 3. 1. 3 Efficacité :

Son efficacité est imparfaite et dépend de la constance d'utilisation, de l'implication de l'utilisatrice, de sa formation à l'insertion et de sa fertilité. L'Indice de Pearl du diaphragme varie de 6% en utilisation optimale à 16% en pratique courante.

5. 3. 1. 4 Indications et contre-indications :

Le diaphragme peut être indiqué chez les femmes qui recherchent une contraception vaginale peu onéreuse et relativement fiable. Les seules contre-indications sont anatomiques (prolapsus génital, fibrome postérieur, périnée déficient, infections urinaires à répétition...).

5. 3. 1. 5 Intérêt pratique :

Le diaphragme peut avoir un intérêt dans la protection contre les IST car il diminue le risque de cervicite gonococcique, de salpingite et de dysplasie cervicale par action barrière des agents infectieux sur le col. Néanmoins, il ne protège pas le vagin contre les IST.

5. 3. 2 Spermicides :

5. 3. 2. 1 Mode d'action :

Il s'agit d'une contraception locale chimique conditionnée sous forme de crème, gelée, mousse, ovule, éponge ou comprimés vaginaux. Le principe actif le plus répandu est le

chlorure de Benzalkonium. Le spermicide se place dans le vagin juste avant le rapport sexuel et il a une action de barrière chimique associant 2 composants :

- un agent chimique qui tue les spermatozoïdes ou les rend inactifs et détruit les microorganismes associés aux IST,
- un agent transporteur qui obstrue le col utérin et empêche la sortie du vagin des spermatozoïdes.

Les spermicides détruisent les gonocoques et les chlamydiae mais pas le VIH (l'action anti-VIH n'a pour l'instant été démontrée qu'*in vitro*).

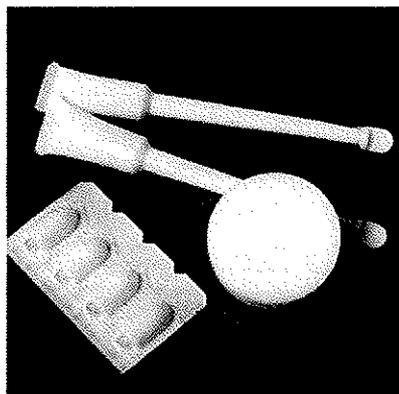
Leur durée d'action est de 60 minutes pour les ovules, 8 heures pour les crèmes et 24 heures pour les éponges, quel que soit le nombre de rapports.

L'utilisation de savon est déconseillée dans les 6 à 8 heures qui suivent le rapport sexuel en raison d'un risque d'inactivation.

Ils sont délivrés en pharmacie sans ordonnance.

Ils peuvent être utilisés seuls ou associés au préservatif masculin, au diaphragme ou à l'éponge vaginale.

Figure 8 : Spermicides



5. 3. 2. 2 Efficacité :

Leur efficacité est aléatoire : l'Indice de Pearl varie de 18% en utilisation optimale à 29% en pratique courante. Leur efficacité est identique à celle des méthodes naturelles de contraception en pratique courante. Cette efficacité dépend beaucoup de la qualité d'utilisation mais également de la fertilité et donc de l'âge des utilisatrices. Leur fiabilité est ainsi considérée comme imparfaite.

5. 3. 2. 3 Indications et contre-indications :

Les **indications** des spermicides sont les suivantes : après 45 ans ou en péri-ménopause, en association au préservatif masculin pour augmenter son efficacité, en cas d'oubli de pilule récent, en cas d'activité sexuelle peu fréquente, dans le post-partum jusqu'au retour de couches ou en cas d'allaitement maternel, en cas de contre-indications à la pilule ou au DIU (en association avec une méthode barrière), chez les couples désireux d'espacer les naissances.

Ils n'y a pas de **contre-indications** réelles aux spermicides mais ils sont peu recommandés en cas de lésion cervicale en attente de traitement, de plaie vaginale, de mycoses vaginales ou d'infections urinaires à répétition, d'IST en cours ou récente, de rapport sexuel à risque élevé de contamination par le VIH et chez la femme jeune, sexuellement active et normalement fertile ne désirant pas de grossesse.

5. 3. 3 Eponges vaginales

5. 3. 3. 1 Mode d'action :

Il est triple : libération d'un agent spermicide, absorption du sperme et occlusion de l'orifice cervical. Son efficacité est, d'une part, immédiate puisqu'elle débute dès sa mise en place dans le vagin et d'autre part, différée puisqu'elle se prolonge durant vingt-quatre heures, quel que soit le nombre de rapports sexuels. Un délai de deux heures doit être respecté entre le dernier rapport sexuel et le retrait de l'éponge.

Comme les autres contraceptions vaginales, l'éponge vaginale est peu utilisée en France, puisque seules 0,4% des femmes de 18 à 44 ans l'utilisent.

En France, seul le tampon vaginal Pharmatex® au chlorure de Benzalkonium est commercialisé

Figure 9 : Eponges vaginales



5. 3. 3. 2 Efficacité :

Son efficacité dépend de la qualité d'utilisation et de la parité.

En effet, l'Indice de Pearl varie de 9% (utilisation optimale) à 16% (pratique courante) chez les nullipares alors qu'il varie de 26% (utilisation optimale) à 32% (pratique courante) chez les uni ou multipares.

L'efficacité est semblable à celle des autres méthodes « barrière » et l'acceptabilité est satisfaisante. Elle est la moins contraignante des méthodes vaginales mais son coût est élevé et elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale.

5. 3. 3. 3 Indications et contre-indications :

Les **indications** de l'éponge vaginale sont les suivantes : rapports sexuels peu fréquents ou irréguliers, post-partum, femmes de plus de 40 ans, contraception d'attente (d'une contraception définitive ou d'une grossesse désirée), adeptes d'une contraception vaginale peu astreignante.

Les **contre-indications** sont les suivantes : cause anatomique avec prolapsus génital important ou déficience périnéale pouvant provoquer une expulsion spontanée de l'éponge, femme jeune, sexuellement active et normalement fertile ne désirant pas de grossesse, allergie ou intolérance au chlorure de Benzalkonium.

5. 3. 4 Préservatif masculin

5. 3. 4. 1 Mode d'action :

Il s'agit d'une gaine cylindrique flexible, fermée à une extrémité, en latex de caoutchouc ou en polyuréthane. La partie ouverte se termine par un fin bourrelet qui rend son maintien sur la verge plus aisé. Il doit être porté sur le pénis en érection ; il est destiné à recueillir le sperme au moment de l'éjaculation et à protéger des IST.

En France, il est utilisé par 7,5% des femmes en âge de procréer comme méthode principale de contraception.

Il faut noter qu'il est aussi souvent utilisé comme méthode associée (à la pilule, au DIU, à une abstinence périodique, etc.), soit pour accroître leur efficacité contraceptive, soit comme protection contre les IST et notamment le VIH.

Figure 10 : Préservatif masculin



5. 3. 4. 2 Efficacité :

L'efficacité contraceptive du préservatif masculin est très variable et dépend de l'âge des utilisateurs, de la fréquence d'utilisation et bien entendu de la qualité d'utilisation. L'Indice de Pearl varie de 2% en utilisation optimale à 15% en pratique courante.

L'efficacité dépend également de la qualité de fabrication, d'où l'obligation légale de marquage NF EN 4074 (norme européenne) pour leur libre circulation.

Il est admis que le préservatif masculin :

- est moins **efficace que les OP, le DIU, les implants et les progestatifs injectables,**
- est nettement **plus efficace que les méthodes naturelles de contraception** (retrait, abstinence périodique) **et les spermicides,**
- est probablement **plus efficace que le diaphragme.**

5. 3. 4. 3 Indications :

Les **indications** du préservatif masculin peuvent être les suivantes : post-partum, rapports sexuels occasionnels ou imprévus, contre-indications absolues ou relatives, définitives ou temporaires à la pilule ou au DIU, contraception *et* nécessité de se protéger contre les IST, notamment le VIH, désir du couple de laisser la maîtrise de la contraception à l'homme.

Il n'existe **pas de contre-indication** à l'utilisation du préservatif masculin, les allergiques au latex pouvant utiliser les formes en polyuréthane.

5. 3. 4. 4 Intérêt pratique :

Le préservatif masculin correctement utilisé associé à de bonnes habitudes sexuelles constitue la **meilleure méthode de prévention individuelle contre les IST et le VIH.**

Il est recommandé en prévention des infections à VIH/SIDA, gonococcie, hépatite B, syphilis, trichomonas, chlamydiae.

De plus, son utilisation constante **réduit le risque d'infection cervicale et vulvo-vaginale à HPV** chez les femmes jeunes débutant leur activité sexuelle (30).

Les taux d'infection à herpès simplex virus-2 (HSV-2) seraient également inférieurs à ceux des non utilisatrices (31).

Enfin, comme les autres méthodes de contraception dites « barrière », le préservatif **protège significativement contre le cancer** invasif, le cancer intra-épithélial et les dysplasies **du col utérin**, grâce à l'obstacle qu'ils représentent pour les virus sexuellement transmissibles et plus généralement contre les carcinogènes potentiels.

Il permet donc une **double sécurité : contraceptive et anti-infectieuse**.

5. 4 CONTRACEPTION NATURELLE (5)

5. 4. 1 Abstinence périodique

5. 4. 1. 1 Principe :

Le nombre de couple pratiquant l'abstinence périodique dans le monde est estimé à environ 10 à 15 millions. En France, 1,3% des femmes de 18 à 44 ans l'utilisent comme principale méthode contraceptive.

Elle repose sur la détermination exacte de la phase fertile du cycle menstruel et de l'abstention de tout rapport sexuel pendant cette période.

La détermination de cette phase fertile peut se faire selon plusieurs procédés que l'on appelle techniques prévisionnelles ou d'auto-observation.

5. 4. 1. 2 Différentes techniques

:

5. 4. 1. 2. 1 Méthode du calendrier ou méthode Ogino-Knaus

Elle repose sur le calcul numérique de la durée des cycles précédents pour prédire le premier et le dernier jour de la phase fertile des cycles à venir. Elle repose sur des informations rétrospectives dont la précision est limitée.

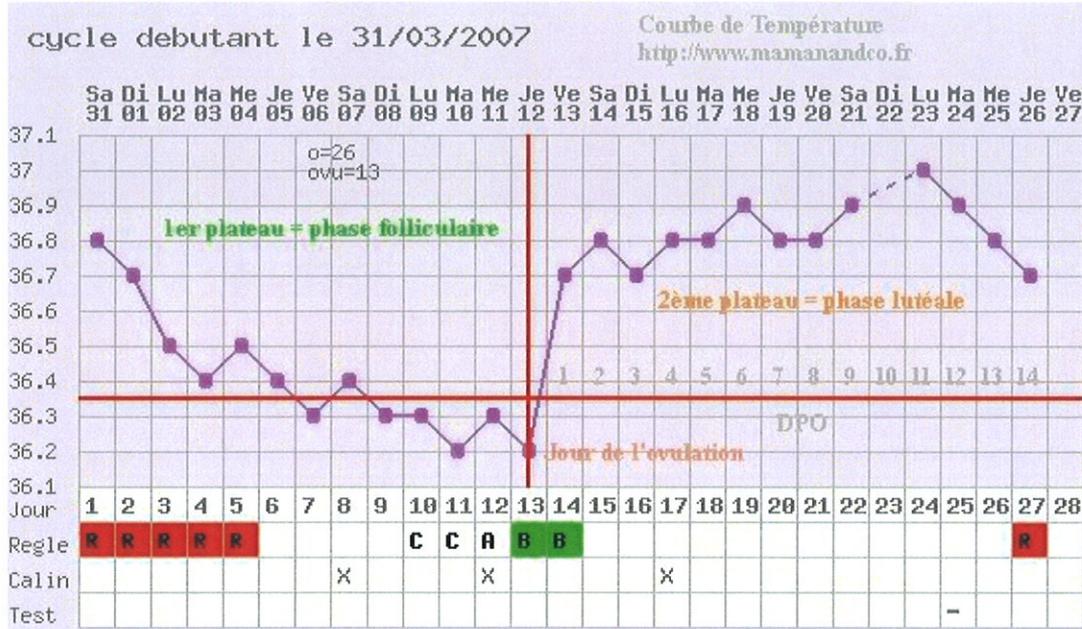
C'est la moins efficace des techniques prévisionnelles.

5. 4. 1. 2. 2 Méthode des températures

Après l'ovulation, la température basale du corps s'élève de 0,5°C et le reste jusqu'à la menstruation suivante. Le couple doit donc observer de façon quotidienne la température de la femme et s'abstenir de tout rapport sexuel du premier jour des règles jusqu'au troisième jour

consécutif d'élévation de température (par rapport à la température moyenne de la phase pré-ovulatoire), signant que l'ovulation s'est produite.

Figure 11 : Exemple de courbe de température



5. 4. 1. 2. 3 Méthode de la glaire cervicale ou méthode Billings

Elle se base sur l'observation et l'interprétation des changements de consistance de la glaire cervicale au cours du cycle menstruel.

Le couple doit s'abstenir de tout rapport sexuel en présence de glaire fertile (œstrogénique) jusqu'au troisième jour après sa disparition. Il est recommandé de s'abstenir de rapports sexuels pendant plusieurs jours consécutifs dans la phase pré-ovulatoire afin de détecter correctement l'apparition de cette glaire.

5. 4. 1. 2. 4 Méthode symptothermique

Elle combine deux ou plusieurs des techniques précédemment citées afin d'augmenter la fiabilité dans la détermination de la période fertile.

5. 4. 1. 3 Efficacité :

Elle dépend fortement de la formation aux différentes techniques, de la connaissance de son corps, de la motivation du couple et de la rigueur à l'abstinence dans la phase fertile.

L'Indice de Pearl de l'abstinence périodique est très variable selon que l'utilisation a été correcte ou non et selon les techniques. Il varie de 9% pour la technique du calendrier à 2% pour la méthode symptothermique.

Cette méthode de contraception gratuite et sans effet secondaire peut être efficace lorsque la femme maîtrise sa sexualité, que le couple est stable, engagé dans la méthode et coopérant et que la formation et les explications initiales ont été correctement apportées.

Cette méthode n'est pas indiquée en cas de cycles irréguliers, en cas d'allaitement car les signes de la phase fertile sont perturbés et variables, en cas de grossesse hautement indésirable ou contre-indiquée sur le plan médical, en cas de risque d'IST ou de VIH où il faut toujours recommander l'usage du préservatif.

5. 4. 1. 4 Intérêt pratique :

Les techniques prévisionnelles peuvent être couplées aux méthodes barrières pendant la phase fertile du cycle ou pour en améliorer l'efficacité.

A l'inverse, ces techniques peuvent améliorer les chances de concevoir chez les femmes qui désirent une grossesse grâce à la détection de la phase fertile du cycle. Elles sont régulièrement utilisées dans le diagnostic et le traitement de l'infécondité.

5. 4. 2 Retrait

Il est utilisé par 2,1% des femmes françaises en âge de procréer. Son indice de Pearl varie de 4% en utilisation optimale à 27% en pratique courante.

Cette technique **n'est pas recommandée en contraception** en raison du risque très élevé de fécondation. En effet, la sécrétion de gouttelettes de liquide séminal bien avant l'éjaculation peut suffire à la fécondation puisqu'elles peuvent déjà contenir des spermatozoïdes.

5. 5 STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE (5) (10)

Elle se distingue fondamentalement des méthodes de contraception citées plus haut par son caractère définitif et irréversible. Elle n'est légalisée en France que depuis 2001.

Elle peut être masculine ou féminine et impose, de par le geste qu'elle nécessite et par son caractère irréversible, une grande rigueur dans ses indications.

5. 5. 1 Stérilisation masculine :

La vasectomie ou section des canaux déférents est simple et pratiquée sous anesthésie locale dans de nombreux pays. Elle consiste à réséquer un petit fragment du canal déférent ascendant entre deux ligatures après avoir incisé la peau de la partie haute du scrotum.

L'azoospermie n'est observée qu'après 6 à 7 mois, temps nécessaire à la « vidange » des voies basses, et doit être confirmée par un spermogramme.

L'Indice de Pearl est de 0,15%.

Les suites peuvent être marquées par l'apparition d'un granulome spermatique (10 à 40% des cas), une légère diminution du volume du sperme, voire un risque accru de cancer de la prostate suggéré par certaines études.

Elle est exceptionnelle et encore mal évaluée chez les hommes en France.

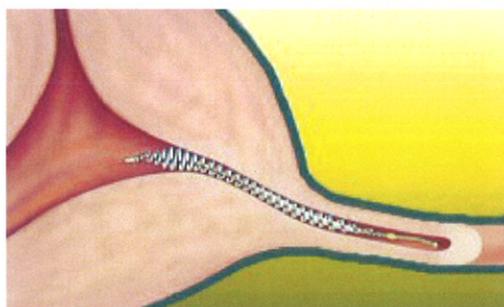
5. 5. 2 Stérilisation féminine :

Elle est utilisée par 4,5% des femmes françaises de 18 à 44 ans, mais quasi-inexistante avant 30 ans.

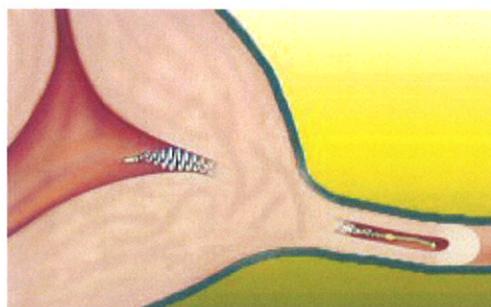
Les méthodes les plus utilisées jusqu'à ces dernières années étaient coelioscopiques.

Mais l'essor de la méthode est la voie trans-utérine, longtemps attendue et concrétisée avec l'apparition du micro-implant Essure® dont la mise en place se fait par voie hystéroscopique, possiblement sous anesthésie locale. Ce micro-implant souple, en alliage de nickel, titane, acier et fibres de polyester, assure une occlusion tubaire en environ trois mois grâce à la réaction tissulaire qu'il entraîne au niveau de la trompe.

Figure 12 : Le micro-implant Essure®



Implantation dans la trompe



Réaction tissulaire à 12 semaines

L'Indice de Pearl de la stérilisation féminine est de 0,5%. Avec la méthode Essure®, on avance le chiffre de 0% de grossesses après 25 000 cycles d'exposition.

Les indications peuvent être médicales (tous les états pathologiques pouvant être aggravés par la survenue d'une grossesse : cardiopathies, pneumopathies et endocrinopathies sévères, affections obstétricales, psychiatriques ou génétiques) ou « de convenance » quand tout autre mode contraceptif traditionnel est contre-indiqué ou impossible à appliquer.

Quatre conditions obligatoires doivent être respectées pour recourir à une stérilisation, qu'elle soit masculine ou féminine :

- motif sérieux et indication clairement établie,
- signature d'un consentement dûment éclairé de l'intéressée et de son conjoint,
- délai de réflexion de 2 mois (méthode coelioscopique) à 4 mois (méthode Essure®) à respecter selon la technique employée, la méthode devant laisser la possibilité d'une intervention réparatrice
- clause de conscience du médecin, qui conserve la liberté d'apprécier si l'intervention peut être réalisée ou non.

6. CONTRACEPTION D'URGENCE

La Contraception d'Urgence (CU) ou post-coïtale ou contraception du lendemain représente l'ensemble des moyens contraceptifs utilisables après un rapport sexuel non protégé et potentiellement fécondant.

Correctement utilisée, elle pourrait éviter plus de trois grossesses non désirées sur quatre.

Elle repose sur :

- une méthode hormonale : œstrogènes seuls, progestatifs seuls ou œstroprogestatifs
- ou une méthode mécanique : le DIU au cuivre.

6. 1 CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE OU « PILULE DU LENDEMAIN » :

6. 1. 1 Principe et mode d'action :

En France, la CU hormonale se résume désormais à un seul produit : l'utilisation d'un progestatif seul, le Levonorgestrel (LNG) commercialisé sous le nom de Norlevo 1,5mg®.

La méthode œstroprogestative Yuzpe n'est plus recommandée car elle présente des contre-indications, elle est moins efficace et responsable de plus d'effets secondaires (9).

Cette contraception hormonale d'urgence repose sur un comprimé unique de 1,5 mg de LNG à prendre dès que possible après un rapport sexuel non ou mal protégé et au plus tard, dans les soixante-douze heures suivant le rapport sexuel en cause.

Le mécanisme d'action du LNG en urgence est incertain, mais on sait que le Norlevo® administré avant l'ovulation inhibe celle-ci pendant cinq à sept jours, temps nécessaire à la perte du pouvoir fécondant des spermatozoïdes pouvant être présents dans le tractus génital féminin.

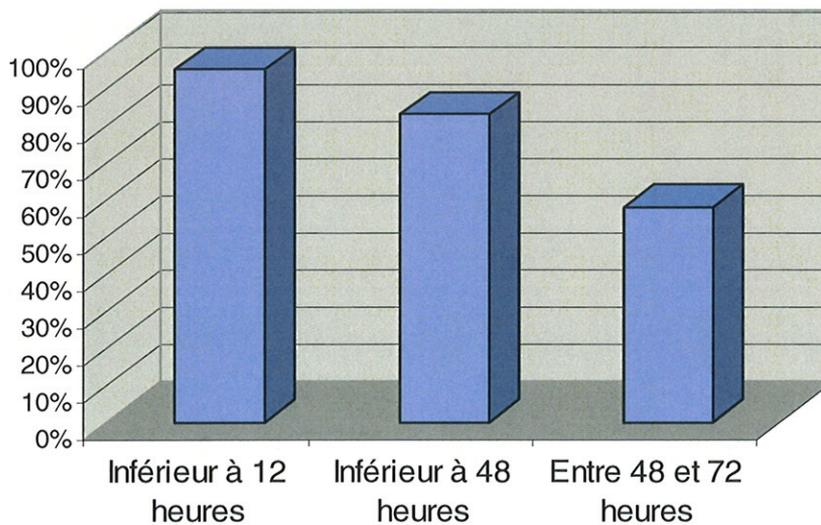
Figure 13 : Norlevo®, la « Pilule du lendemain »



6. 1. 2 Efficacité (9) :

Cette CU hormonale est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée tôt après le rapport à risque. En effet, le taux de grossesses évitées avec un délai coït/traitement inférieur à 24 heures est de 95% alors qu'il tombe à 58% pour un délai coït/traitement entre 48 et 72 heures. Globalement, **l'efficacité diminue de 50% toutes les douze heures, et ce, même au cours des 72 premières heures.**

Figure 14 : Effet du délai coït/traitement sur l'efficacité du Norlevo®



La CU hormonale n'entraîne pas l'interruption d'une éventuelle grossesse déjà existante et ne semble pas avoir d'effets adverses sur le fœtus en cas d'échec. Son efficacité réelle globale serait de 85%.

6. 1. 3 Indications :

Tous les cas de rapports sexuels non ou mal protégés en l'absence de désir de grossesse nécessitent l'utilisation du Norlevo® : absence de contraception, viol, déchirure, glissement ou fuite d'un préservatif, oubli de pilule supérieur au délai de tolérance (3 heures avec Microval®, 12 heures avec Cérazette® et les OP classiques) *et* rapport sexuel dans les cinq jours précédents, ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés (cf. Annexe 4).

Après la prise du Norlevo®, il doit être recommandé à la patiente une méthode contraceptive efficace (type préservatif) jusqu'à la fin du cycle en cours.

Elle doit être prévenue des effets indésirables potentiels et du risque de survenue de métrorragies. En cas de retard de règles de plus de 5 jours, la réalisation d'un test de grossesse est fortement recommandée.

6. 1. 4 Contre-indications :

Il n'existe pas de réelles contre-indications au Norlevo® mais des mises en garde et des précautions d'emploi. Il est déconseillé en cas de haut risque de grossesse extra-utérine (GEU) notamment un antécédent de salpingite ou de GEU, d'atteinte hépatique sévère, ou de malabsorption sévère comme la maladie de Crohn.

6. 1. 5 Effets indésirables (9) :

Il est important de préciser le caractère modéré des effets indésirables potentiels. On retrouve des métrorragies, des nausées (20%), des douleurs pelviennes (15 à 20%), des céphalées (15 à 20%), une fatigue (20%), des vertiges (10 à 15%), une tension mammaire (10 à 15%), des vomissements (5%).

6. 1. 6 Cadre législatif : loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000

Cette loi très innovante et son décret de mars 2001 stipulent que la contraception d'urgence au Lévonorgestrel peut être **délivrée sans ordonnance** dans n'importe quelle pharmacie, auprès des Services d'Urgences ou de Planification Familiale, qu'elle est **gratuite pour les mineures** et qu'elle peut être délivrée dans les lycées par l'infirmière scolaire si la situation le justifie et dans des conditions particulières.

Elle est remboursée par l'Assurance Maladie lorsqu'elle fait l'objet d'une prescription médicale.

Le but de cette loi est de **faciliter l'accessibilité à la contraception d'urgence**, notamment chez les plus jeunes, afin de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

6. 2 CONTRACEPTION D'URGENCE PAR DISPOSITIF INTRA UTERIN

6. 2. 1 Principe et mode d'action :

Le principe du DIU en contraception d'urgence repose sur son insertion dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non ou mal protégé.

Il agit essentiellement par des effets toxiques directs « pré-fertilisation », mais a également une action « post-fertilisation » en provoquant une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre, d'où une **action anti-implantatoire**.

On utilise toujours un DIU au cuivre fortement chargé en cuivre et qui s'expulse peu. Le DIU au Lévonorgestrel (Mirena®) n'a pas sa place en contraception d'urgence.

6. 2. 2 Efficacité :

Le DIU au cuivre est **la plus efficace des méthodes actuelles de contraception d'urgence** : le taux de grossesses évitées, s'il est inséré dans les cinq jours après le rapport à risque, est de 99%.

Il est cependant beaucoup moins utilisé que le Norlevo® dans cette indication car en majorité, les candidates à la contraception d'urgence sont des adolescentes ou des jeunes, donc *a priori* plus à risque d'IST et notamment à *Chlamydia trachomatis*. Le contexte est donc à haut risque infectieux pelvien, rendant les opérateurs réticents à une insertion de DIU en urgence. Une antibiothérapie préventive par Azithromycine en monodose *per os* peut être délivrée le jour de l'insertion du DIU en cas de situation à risque.

CONCLUSIONS SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE :

La contraception conventionnelle ne peut être efficace à 100% en raison de l'intervention du facteur humain. Mais le nombre de grossesses non désirées peut être réduit grâce à :

- une **meilleure information** des utilisatrices sur leur mode de contraception propre, son efficacité, ses limites et sur la conduite à tenir en cas de risque de grossesse, qui doit être clairement explicitée, rappelée et évaluée,
- une **information préventive systématique sur la contraception d'urgence, sur l'urgence du délai, voire la délivrance anticipée de Norlevo®** à toutes les femmes, dans l'hypothèse qu'elles aient un jour à s'en servir,

- la **sensibilisation** plus particulière **des adolescentes** et des femmes jeunes à la contraception d'urgence et à ses possibilités d'obtention.

Dans tous les cas, la contraception d'urgence doit être intégrée dans une **pédagogie globale de contraception**.

7. EVOLUTION ET ACTUALITES

7. 1 EVOLUTION RECENTE DES MENTALITES

Avec l'évolution des mentalités et le progrès économique, les femmes occupent dans leur vie près de trois décennies à essayer d'éviter une grossesse pour seulement quelques années à tenter d'être enceinte.

Malgré les progrès constants en matière de contraception, on assiste à une stabilité du nombre d'IVG depuis 30 ans.

De façon plus récente, l'évolution de la contraception a permis l'éclosion de nouvelles formes contraceptives, essentiellement hormonales, dont le but principal est l'amélioration de l'observance et de l'acceptabilité : anneau vaginal, patch, implant contraceptif, voire contraception injectable.

Le message actuel est *d'adapter* le mode de contraception prescrit à chaque patiente, selon les critères médicaux admis, les attentes de la patiente, sa motivation dans le projet contraceptif, ses croyances individuelles, le support social dont elle bénéficiera (9).

La consultation peut être menée selon la méthode du counseling ou celle de la démarche éducative, la décision finale revenant à la patiente guidée par les informations du soignant. Le **mode de contraception doit être choisi par la patiente**, sous réserve que les critères médicaux le permettent.

L'amélioration de l'information semble primordiale et concerne le grand public et les professionnels de santé.

L'évolution de la législation en témoigne.

En effet, **la loi du 4 juillet 2001** relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, confère à l'Education Nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène ».

Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue un des axes prioritaires du partenariat en Santé Publique entre les Ministères chargés de la Santé et de l'Education Nationale. Son développement permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique : prévention du SIDA, des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées, des violences sexuelles, le tout dans une démarche pédagogique.

Ces sessions sont réalisées par des professionnels de l'Education Nationale formés à cet effet. Ils sont amenés à travailler avec des professionnels de Centres de Planification ou avec des professionnels de santé hospitaliers ou libéraux qui ont la possibilité d'intervenir lors de ces séances.

7.3 ACTUALITES EN CONTRACEPTION

Face aux grossesses non désirées et à la stabilité du nombre des IVG, on assiste à l'éclosion récente de **campagnes de communication** sur la contraception. Ces campagnes visent aussi bien le grand public que les professionnels de la santé.

→ Janvier 2002 :

La campagne est menée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et le Ministère délégué à la Santé. Le message est le suivant : « La contraception : ne laissez pas l'imprévu décider à votre place. »

→ Octobre 2007 :

Le dispositif qui se déploie à partir du 15 septembre 2007 a pour objectif d'expliquer qu'une contraception efficace est une contraception choisie et adaptée à sa situation personnelle et affective. L'ensemble des supports porte une signature claire, simple et directe : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».

→ Avril 2008 :

La communication développée par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) vise à favoriser le dialogue comme condition du bon usage de la contraception chez les jeunes, à promouvoir la diversité de l'offre contraceptive auprès du grand public, et à mobiliser et accompagner les professionnels de santé et les relais de terrain agissant auprès des publics en situation de vulnérabilité.

Le message est le suivant : « Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous » et renvoie vers le numéro de téléphone Fil santé jeunes (0 800

235 236, numéro anonyme et gratuit depuis un poste fixe, 7j/7 de huit heures à minuit) et les professionnels de santé pour inciter les adolescents à s'informer et à poser leurs questions.

→ Septembre 2009 :

« Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous?... Plus d'infos sur choisirmacontraception.com ». La campagne est menée par l'INPES et le Ministère de la Santé pour remobiliser les 18-30 ans autour de la contraception.

L'objectif de cette campagne décalée est à la fois de favoriser le dialogue au sein du couple, de poursuivre la lutte contre les idées reçues et de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive. L'accent est donc mis sur l'implication des hommes autour de cet enjeu qui concerne le couple et pas uniquement la femme.

Le 2 Février 2010, le Ministère de la Santé a reçu un **rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)** sur l' « Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse ». L'IGAS constate que la diffusion massive de la contraception en France n'a pas fait diminuer le nombre d'IVG et que le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la volonté affichée de donner la priorité à la prévention. Les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus.

L'IGAS insiste sur la **nécessité de renforcer la prévention** et l'éducation sexuelle, et recommande un **accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil, à la prescription et à la délivrance des contraceptifs**. Il préconise les méthodes contraceptives moins sujettes aux problèmes d'observance, de plus longue durée, comme le stérilet, et encourage une **prescription et une délivrance anticipée de la contraception d'urgence**.

Il met en avant le nécessaire **développement de la formation initiale et continue des professionnels de santé**, en particulier dans le cadre de la valorisation de la filière Médecine Générale.

En effet, selon l'IGAS, tous les médecins, généralistes ou gynécologues, même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, seront un jour confrontés à cette question et doivent donc être en mesure d'intervenir et d'orienter leurs patientes en demande.

En réponse à ce rapport, la Ministre de la Santé, Me Roselyne Bachelot a confirmé que **les médecins généralistes volontaires pourront proposer un accès anonyme et gratuit à la contraception pour les mineurs**, en particulier dans les territoires ruraux où l'accès aux centres de planification est difficile. En outre, le gouvernement veut renforcer les centres de

planification sur tout le territoire, et revaloriser d'au moins 10% en 2010 la tarification des IVG chirurgicales, activité souvent jugée peu rentable et délaissée par les établissements.

CHAPITRE 2 :
ENQUETE PROSPECTIVE
SUR 91 PATIENTES

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Malgré le développement des méthodes contraceptives en France, on assiste depuis trente ans à une stabilité du nombre des IVG. De plus, les deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes utilisant déjà un moyen de contraception.

Une méconnaissance des principes généraux de la fécondation et de la contraception ainsi qu'un mésusage des méthodes contraceptives par les utilisatrices ont été constatés à de nombreuses reprises au cours de notre formation, tant au niveau hospitalier qu'en ambulatoire.

On peut légitimement s'interroger sur le lien entre le manque d'information des patientes, leur mésusage de la méthode et l'échec de celle-ci.

Cette étude a donc pour objectif **d'évaluer le niveau de connaissances des femmes concernant leur propre contraception.**

Nous nous attacherons à **rechercher les idées reçues, démasquer les « impressions de savoir »**, puis nous tenterons **d'expliquer les lacunes**, et enfin nous chercherons à **apporter des pistes d'amélioration.**

2. MATERIEL ET METHODES

2. 1 CHOIX DE LA METHODE

Afin de répondre aux objectifs initialement établis, nous avons choisi de réaliser une **enquête descriptive longitudinale prospective.**

En effet, ce type d'étude nous a semblé le plus à même de répondre à l'objectif principal que nous nous sommes fixé.

2. 2 CHAMP D'INVESTIGATION

Nous avons choisi pour cette étude, de ne pas nous limiter aux femmes sous contraception orale, même si ce mode contraceptif est actuellement le plus utilisé en France. Nous avons donc décidé d'évaluer les connaissances des femmes sur leur propre contraception, et ceci **quel qu'en soit le mode.**

Pour ce travail, nous avons choisi de limiter notre champ d'investigation aux **patientes de Médecine Générale.** Nous avons donc délibérément exclu la patientèle des cabinets

libéraux de Gynécologie et Obstétrique, des services hospitaliers de Gynécologie et Obstétrique ainsi que celle du Planning Familial.

En effet, ce choix nous a permis d'avoir accès à une population plus variée, toutes les femmes ayant recours un jour ou l'autre à un médecin généraliste pour des soins primaires, alors qu'elles n'ont pas systématiquement recours à un gynécologue.

D'autre part, le fait d'interroger une patientèle de Médecine Générale nous a permis d'évaluer indirectement le rôle du généraliste dans la transmission des informations et dans le suivi de la contraception.

Enfin, nous avons choisi de nous intéresser à la patientèle de Médecine Générale du **département de la Haute-Vienne.**

2. 3 POPULATION ETUDIEE

2. 3. 1 Définition de la population

Nous avons choisi d'évaluer les connaissances sur la contraception des femmes en âge de procréer, c'est-à-dire de **18 à 44 ans**. En effet, c'est cette tranche d'âge qui a été utilisée lors du travail conjoint de l'ANAES, de l'Afssaps et de l'INPES en Décembre 2004 pour élaborer leurs « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (9).

Dans notre population, les femmes devaient utiliser une méthode contraceptive au moment de l'étude.

L'inclusion concernait **toute femme en âge de procréer venant consulter en cabinet de Médecine Générale pour elle-même ou un membre de sa famille, quel que soit le motif de consultation, qu'il soit gynécologique ou non.**

2. 3. 2 Taille de l'échantillon

Elle a été déterminée avec l'aide du laboratoire de Bio-statistiques de la Faculté de Médecine de Limoges.

Le nombre minimum de patientes à inclure pour obtenir une significativité statistique satisfaisante a été recherché. Ce nombre a été évalué à environ 100 patientes.

Etant donné que le taux moyen de réponse à une enquête est d'environ 25%, nous avons choisi de cibler 400 patientes pour obtenir une centaine de réponses.

2. 4 QUESTIONNAIRE

2. 4. 1 Description du questionnaire

L'outil utilisé pour l'étude est un **auto-questionnaire anonyme original**, créé pour les besoins de l'enquête. Il est disponible en Annexe 2.

Le questionnaire comporte 6 pages au format A4 imprimées en recto simple.

Il porte un titre : « Ma contraception et moi... », suivi d'une petite phrase d'introduction invitant à son remplissage.

Le questionnaire est constitué de trois grandes parties.

La première partie, intitulée « A propos de moi : renseignements personnels » est constituée de 12 questions numérotées de 1 à 12 de type questions à choix multiples (QCM). Cette première partie concerne des **données à caractère épidémiologique** (âge, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle, situation familiale, lieu d'habitation) ainsi que des **éléments de la vie contraceptive de la patiente** (âge et type de première contraception, âge de la première grossesse, nombre d'enfants, type de contraception utilisée, médecin prescripteur, durée d'utilisation et satisfaction quant à cette contraception).

La deuxième partie du questionnaire est intitulée « A propos de ma contraception : état des lieux ». Elle est constituée de 5 questions de type QCM numérotées de 13 à 17 et s'intéresse à la **relation de la patiente à sa contraception**. Les questions 13 et 14 recherchent les conséquences d'un mésusage contraceptif (utilisation d'une contraception d'urgence, grossesse non désirée). Les questions 15, 16 et 17 s'intéressent à « l'impression de savoir » et aux sources d'information accessibles concernant la contraception.

Enfin, **la troisième partie** du questionnaire intitulée « Petit quizz : ce que je sais de ma contraception » est un **test** auquel les patientes doivent répondre.

Le quizz est constitué de **sept séries de QCM** (VRAI, FAUX ou NE SAIT PAS) numérotées « Série n°1, Série n°2, Série n°3... ».

Cependant, **la patiente ne répond qu'à deux séries de questions : la série numéro 1** constituée de 7 questions **sur la pilule du lendemain** auquel elles répondent toutes ; puis la patiente ne répond qu'à **une seule série de questions parmi les six autres séries, en choisissant la série correspondant à son propre mode de contraception**.

En effet, les séries de questions numéro 2 à 7 sont constituées de 5 à 8 QCM et concernent :

- les femmes utilisant la pilule œstroprogestative pour la série numéro 2 (8 questions)
- les femmes utilisant un stérilet pour la série numéro 3 (6 questions)
- les femmes utilisant un implant progestatif pour la série numéro 4 (5 questions)
- les femmes utilisant un patch contraceptif pour la série numéro 5 (7 questions)
- les femmes utilisant l'anneau vaginal pour la série numéro 6 (6 questions)
- les femmes utilisant une contraception locale ou naturelle pour la série numéro 7 (6 questions).

Ce questionnaire est constitué principalement de questions « fermées », la réponse consistant à cocher une case parmi plusieurs propositions. Lorsque l'item le permet, une case « autre » permet d'élargir le champ des réponses (questions 10 et 17).

Quelques questions sont « ouvertes », notamment celles réclamant une réponse chiffrée (âge, nombre d'enfants, durée d'utilisation).

Enfin à la question numéro 12 concernant la satisfaction de la patiente sur sa contraception, la réponse NON est suivie d'un complément de question « Pourquoi ? » invitant, là aussi, à une réponse ouverte.

La liste des Professions et Catégories socioprofessionnelles (CSP) de la question numéro 3 est tirée de celle définie par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) à l'exception de « profession intermédiaire », catégorie un peu floue qui a été supprimée pour les besoins du questionnaire, de même que « retraité » pour des raisons évidentes de tranche d'âge.

Enfin, les zones d'habitation (question 5) ont été regroupées en trois sous catégories : une catégorie « urbaine » pour les villes de plus de 20 000 habitants, une catégorie « semi-rurale » pour les villes de 2000 à 20 000 habitants, et enfin une catégorie « rurale » pour les villes de moins de 2000 habitants.

2. 4. 2 Modalités de répartition des 400 questionnaires :

Nous sommes procurés auprès de l'Union Régionale de Médecins Libéraux (URML) la liste exhaustive des médecins généralistes installés exerçant en Haute-Vienne. En Novembre 2008, ils étaient au nombre de 475.

Notre auto-questionnaire devait être rempli par la patiente elle-même, sans intervention médicale extérieure. C'est pourquoi, plutôt que d'adresser *un* questionnaire à *chaque* médecin du département, nous avons choisi d'adresser *plusieurs* questionnaires à *quelques* groupes médicaux de la Haute-Vienne pour les raisons suivantes :

- éviter de sélectionner *LA* patiente à qui l'on va remettre *SON* questionnaire, afin de limiter les biais de sélection
- sélectionner une patientèle tant urbaine que rurale au sein d'un cabinet de groupe
- éviter l'effet de « groupe » d'une patientèle issue d'un seul médecin
- éviter de perturber le déroulement de la consultation et de retarder le médecin, en faisant remettre le questionnaire par les secrétaires et en demandant aux patientes de le remplir en salle d'attente, les groupes médicaux bénéficiant toujours de la présence d'une secrétaire.

C'est pourquoi nous avons choisi **d'adresser 10 exemplaires de notre questionnaire à 40 groupes médicaux du département** de la Haute-Vienne, soit 400 questionnaires à remplir.

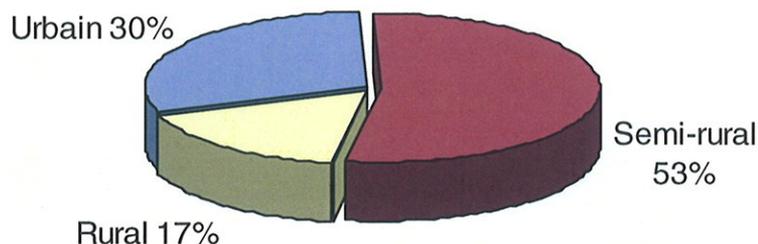
Le choix des 40 groupes médicaux a été réalisé avec l'aide du service de Bio-statistiques de la Faculté de Médecine de Limoges, dans le respect d'une répartition équitable entre les zones urbaines, rurales et semi-rurales sur le territoire.

Les 40 cabinets médicaux que nous avons inclus sont les suivants :

Aixe-sur-Vienne, Ambazac, Bellac (les deux groupes médicaux ont été choisis), Bessines-sur-Gartempe, Bosmie l'Aiguille, Chalus, Condat-sur-Vienne, Couzeix (les deux groupes médicaux ont été choisis), Le Dorat, Isle, Limoges (douze groupes médicaux ont été sélectionnés), Magnac-Bourg, Nantiat, Nexon, Nieul, Oradour-sur-Glane, Panazol, Rochechouart, Saint-Junien (deux groupes médicaux), Saint-Laurent-sur-Gorre, Saint-Léonard-de-Noblat (deux groupes médicaux), Saint-Victournien, Saint-Yrieix-la-Perche, Verneuil-sur-Vienne et Le Vigen.

La répartition territoriale des 40 groupes médicaux sélectionnés est la suivante : 12 d'entre eux sont situés en zone urbaine (commune de plus de 20 000 habitants) soit 30%, 21 sont situés en zone semi-rurale (commune de 2000 à 20 000 habitants) soit 53% et 7 sont situés en zone rurale (commune de moins de 2000 habitants) soit 17%.

Figure 15 : Répartition territoriale des 40 cabinets médicaux sélectionnés



2. 4. 3 Modalités de remplissage du questionnaire

La faisabilité, la reproductibilité et le temps remplissage du questionnaire ont été testés au préalable en Novembre 2008 auprès d'un échantillon de 4 patientes consultantes au sein du groupe médical François Perrin à Limoges.

Selon notre échantillon, le remplissage du questionnaire s'est fait sans difficulté de compréhension et facilement sur la forme ; le temps nécessaire à son remplissage a été estimé à environ 7 minutes par l'échantillon.

Les 10 questionnaires, accompagnés d'une lettre introductive et explicative ont été adressés dans une enveloppe unique à chacun des 40 groupes médicaux sélectionnés.

Le courrier d'introduction est disponible en Annexe 1.

Sur l'enveloppe figurait le nom de chaque médecin du groupe de façon manuscrite.

Chacun des 10 questionnaires devait être remis à toute femme de 18 à 44 ans, utilisant une contraception, se présentant au cabinet médical pour elle-même ou un membre de sa famille, quel que soit le motif de consultation. Idéalement, ils devaient être remis aux 10 premières femmes correspondant à ces critères.

Le questionnaire pouvait être remis par la secrétaire et rempli par la patiente en salle d'attente ou remis par le médecin lui-même, sans qu'il intervienne cependant dans son remplissage. La patiente avait la possibilité de terminer le remplissage du questionnaire chez elle et de le ramener au cabinet médical ultérieurement, dans le cas où elle n'aurait pas eu le temps de terminer.

Une fois les 10 questionnaires collectés, ils devaient être adressés par voie postale à l'investigateur grâce à une enveloppe adaptée, préaffranchie et libellée au nom de celui-ci ; cette enveloppe-retour était fournie avec les 10 questionnaires et la lettre introductive dans l'envoi initial.

2. 5 DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée de Janvier à Mars 2009 sur l'ensemble du département de la Haute-Vienne.

2. 5. 1 Envoi initial

Il a été réalisé le 5 Janvier 2009 par voie postale en affranchissement prioritaire pour 22 groupes médicaux et par dépôt auprès du secrétariat pour les 18 autres, selon leur éloignement géographique de Limoges.

La préparation des plis a été réalisée par l'investigateur, chacun des 40 plis contenant :

- un courrier introductif et explicatif avec les coordonnées de l'investigateur en cas de besoin (Annexe 1).
- 10 exemplaires agrafés de notre auto-questionnaire (Annexe 2).
- une enveloppe-retour préaffranchie et libellée au nom de l'investigateur.

La date limite de réponse, fixée au 13 Mars 2009, soit dix semaines après réception, a été clairement notifiée dans le courrier explicatif.

2. 5. 2 Relance

Elle a été déclenchée le 09 Mars 2009, soit une semaine avant la date limite de réponse, par le biais d'un courrier de relance sous enveloppe affranchie, posté aux groupes médicaux qui n'avaient pas encore répondu. Ce courrier est disponible en Annexe 3.

L'enquête a été arrêtée le 24 Avril 2009, à la réception du dernier pli, soit quatre mois après l'envoi des questionnaires.

3. 2 Description de la population

3. 2. 1 Age : (QUESTION 1)

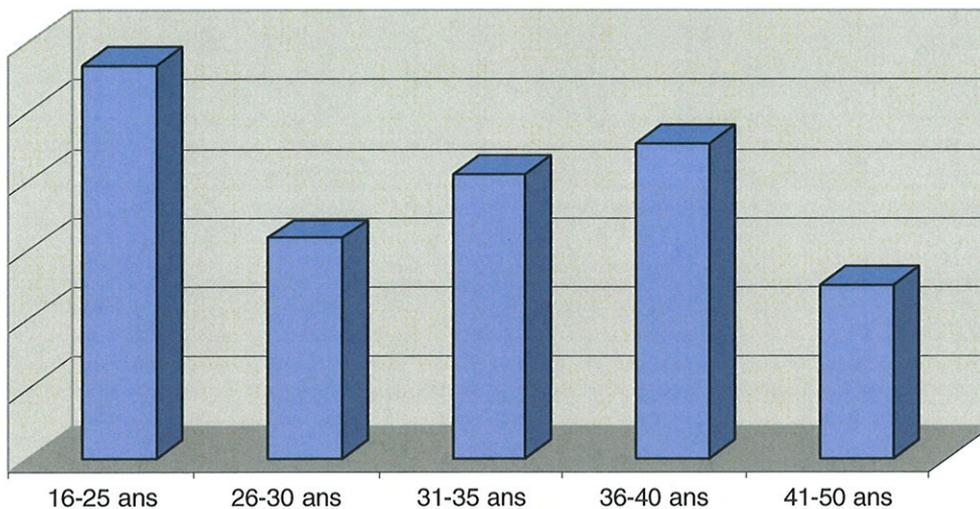
L'âge moyen de notre échantillon est de 31,6 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 50 ans.

Nous avons initialement fixé une tranche d'âge de 18 à 44 ans, cependant nous avons choisi de ne pas exclure 5 patientes ayant répondu entièrement au questionnaire âgées de 16 ans, 17 ans (pour deux d'entre elles), 49 et 50 ans.

Notre échantillon est jeune puisque **les moins de 35 ans représentent presque les deux tiers de notre population**. Celle-ci est répartie de la façon suivante :

Les 16-25 ans représentent 28,4% (n=25), les 26-30 ans 15,9% (n=14), les 31-35 ans 20,5% (n=18), les 36-40 ans 22,7% (n=20) et enfin les 41-50 ans constituent 12,5% de notre échantillon (n=11).

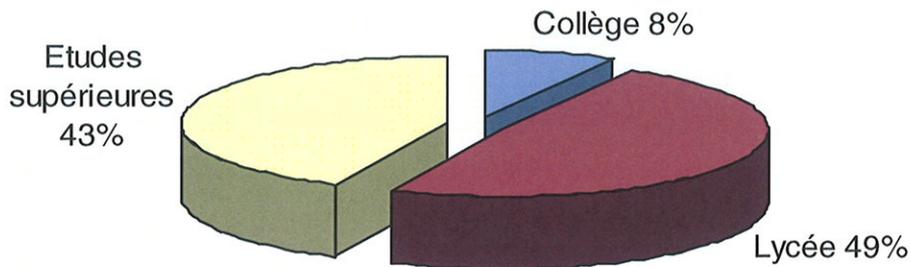
Figure 16 : Répartition de la population par classes d'âge



3. 2. 2 Niveau d'études : (QUESTION 2)

Le niveau d'études de notre population est supérieur ou égal au niveau collège.

Figure 17 : Répartition du niveau d'études



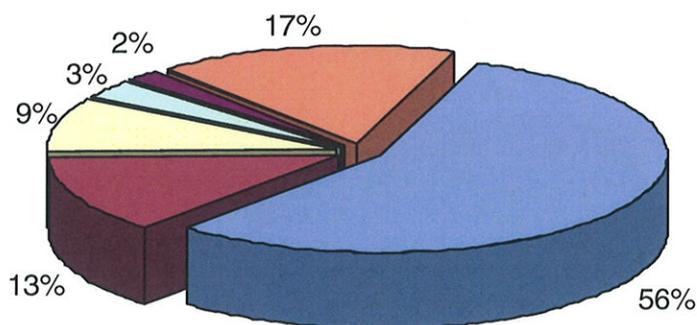
3. 2. 3 Catégorie socioprofessionnelle : (QUESTION 3)

Toutes les catégories socioprofessionnelles décrites par l'INSEE sont représentées dans notre population, en dehors des catégories « Agriculteur exploitant » et « Retraité ».

On retrouve une majorité d'employés et de femmes sans activité professionnelle.

Leur répartition dans notre échantillon est la suivante :

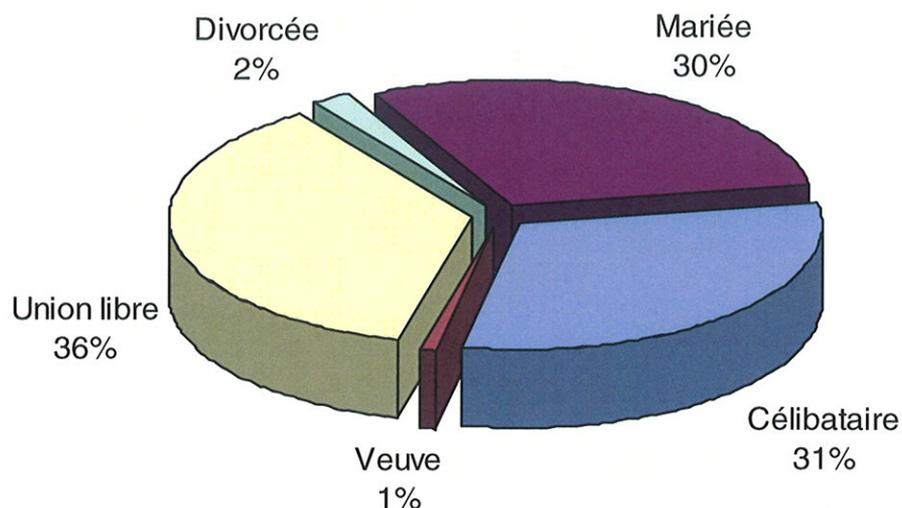
Figure 18 : Répartition des CSP



3. 2. 4 Situation familiale : (QUESTION 4)

La répartition de la situation familiale au sein de notre population est la suivante :

Figure 19 : Répartition de la situation maritale



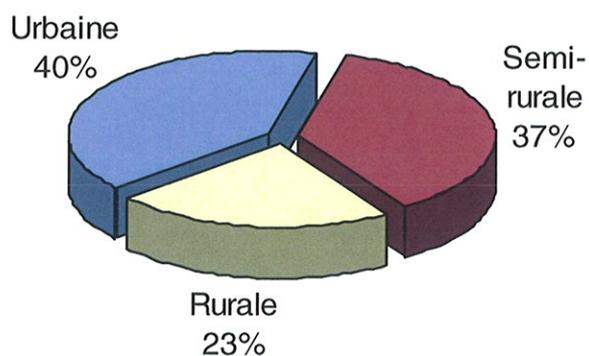
3. 2. 5 Lieu d'habitation : (QUESTION 5)

Nous nous sommes intéressés à la répartition territoriale de notre population de patientes plutôt qu'à la répartition territoriale des groupes médicaux, qui sont eux, plus souvent regroupés dans des zones de densité de population supérieure.

Notre population est répartie de la façon suivante :

40% de notre échantillon réside en zone urbaine, 37% en zone semi-rurale et 23% en zone rurale.

Figure 20 : Répartition territoriale de la population



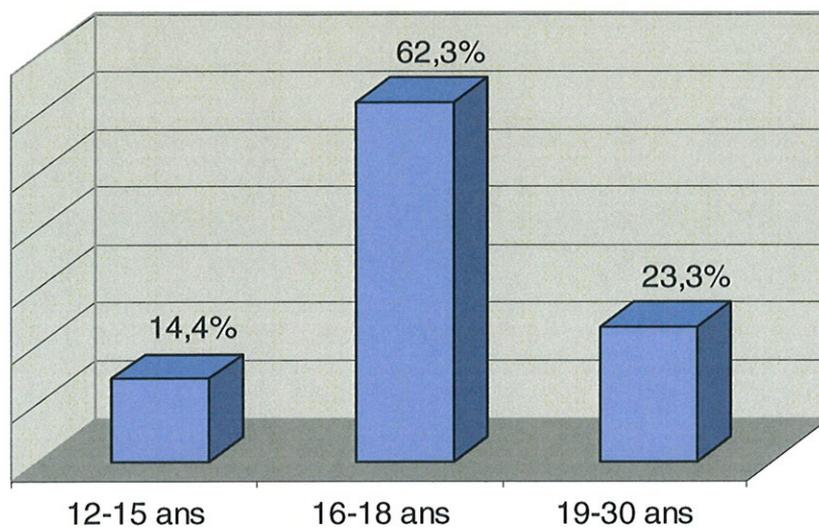
Rappelons que la définition du lieu d'habitation a été déterminée *a priori* et a été précisée aux patientes sur le questionnaire : l'habitat est urbain pour une commune de plus de 20 000 habitants, l'habitat est semi-rural pour une commune de 2000 à 20 000 habitants et enfin l'habitat est rural pour une commune de moins de 2000 habitants.

3. 3 Vie génitale et contraceptive

3. 3. 1 Première contraception : (QUESTION 6)

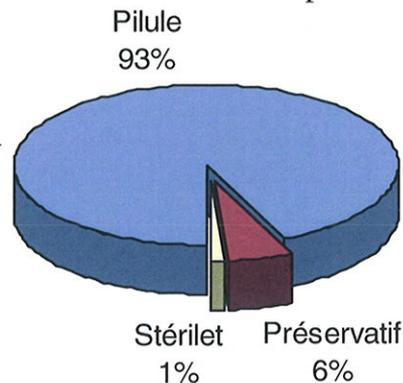
L'âge moyen de la première contraception est de 17,4 ans (n=90) avec des valeurs allant de 12 à 30 ans.

Figure 21 : Age de la première contraception



La première contraception utilisée est la pilule œstroprogestative pour 93,2% des patientes, le préservatif pour 5,7% d'entre elles, et enfin le stérilet pour 1,1% de notre population.

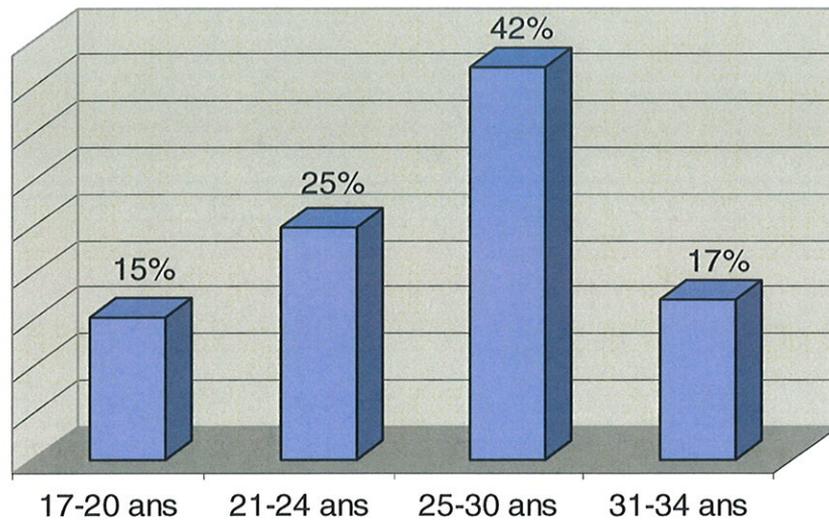
Figure 22 : Première contraception utilisée



3. 3. 2 Age de la première grossesse : (QUESTION 7)

L'âge moyen de la première grossesse est de 25,7 ans (n=52), avec un minimum à 17 ans et un maximum à 34 ans.

Figure 23 : Age de la première grossesse

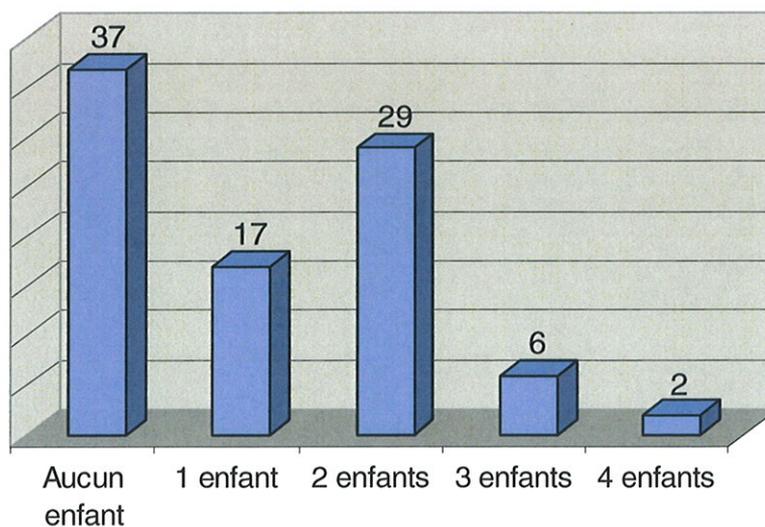


3. 3. 3 Nombre d'enfants : (QUESTION 8)

Le nombre d'enfants moyen de notre population est de 1,11 enfant par femme, les résultats donnés allant de 0 à 4 enfants par femme.

La majorité des femmes n'avait pas d'enfants, ce qui s'explique par le jeune âge de notre échantillon.

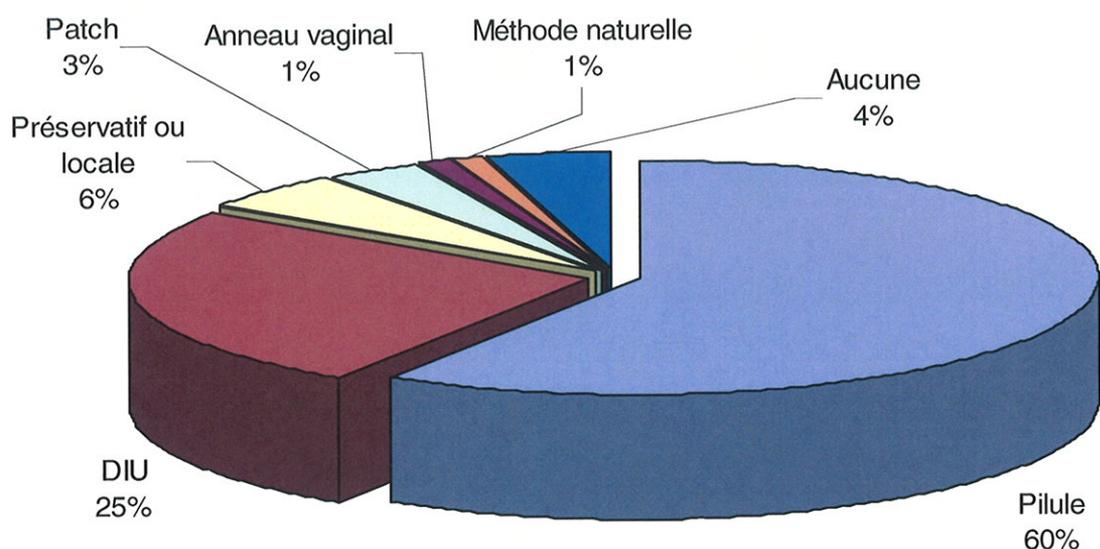
Figure 24 : Nombre d'enfants par femme



3. 3. 4 Méthode de contraception actuelle : (QUESTION 9)

La méthode principale de contraception utilisée par notre échantillon au moment de l'enquête est répartie de la façon suivante :

Figure 25 : Mode actuel et principal de contraception utilisé

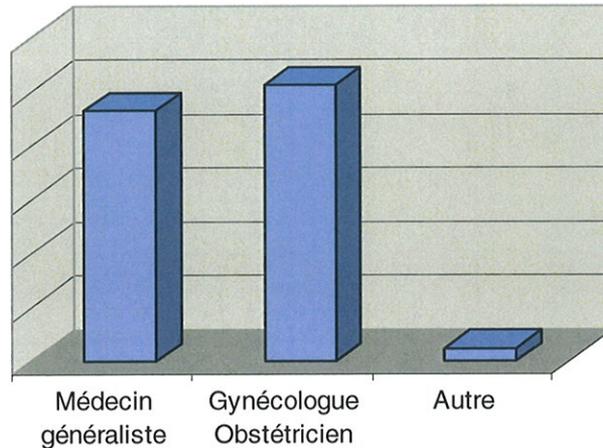


Sur notre échantillon de 91 femmes, la pilule est utilisée par 59,3% d'entre elles, le DIU arrive en seconde position, utilisé par 25,3% des femmes, puis le préservatif ou la contraception locale pour 5,5% d'entre elles, le patch contraceptif pour 3,3% de notre échantillon, l'anneau vaginal et les méthodes naturelles de contraception chacun pour 1,1% des femmes. Enfin, 4,4% d'entre elles déclarent ne pas utiliser de contraception au moment de l'enquête.

A noter qu'aucune femme de notre échantillon n'utilise l'implant contraceptif.

3. 3. 5 Médecin prescripteur : (QUESTION 10)

Figure 26 : Médecin prescripteur de la contraception



Pour 46,4% des femmes de notre population, la contraception a été prescrite par leur médecin traitant, 51,2% ont bénéficié d'une prescription de leur gynécologue, et dans 2,4% des cas le prescripteur est autre, sans précision.

3. 3. 6 Durée d'utilisation : (QUESTION 11)

La durée moyenne d'utilisation de la contraception est de 73 mois, soit environ 6 ans d'utilisation ; à noter des extrêmes allant de 0 à 300 mois (25 ans).

3. 3. 7 Satisfaction : (QUESTION 12)

97,6% des femmes de notre population se disent satisfaites de leur contraception. Les deux femmes interrogées qui ne se disent pas satisfaites de leur contraception ont pu préciser leur réponse grâce au champ de réponse ouverte prévu à cet effet : « Saignements trop abondants lors des règles » pour l'une sous DIU, et « Mal de ventre, règles pas régulières » pour l'autre sous contraception orale œstroprogestative.

3. 3. 8 Contraception d'urgence : (QUESTION 13)

76,9% de notre échantillon déclare n'avoir jamais utilisé la « pilule du lendemain ».

3. 3. 9 Grossesse non désirée : (QUESTION 14)

85,7% des femmes ayant répondu à notre questionnaire n'ont jamais eu de grossesse non désirée, qu'elle ait été poursuivie ou non.

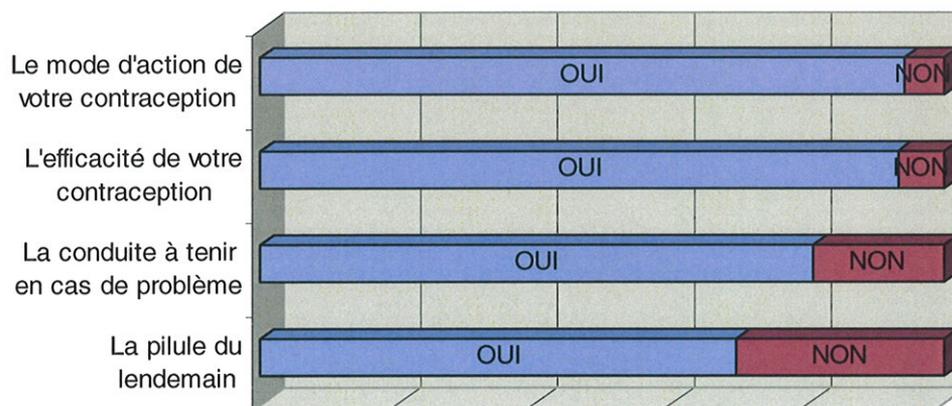
3. 4 Evaluation des connaissances

3. 4. 1 Autoévaluation : (QUESTION 15)

Les femmes ont été interrogées sur différents aspects de leur contraception afin d'évaluer ce qu'elles pensent en savoir.

Figure 27 : Autoévaluation des connaissances sur la contraception

Pensez-vous être suffisamment informée sur :



Comme le montre le schéma ci-dessus :

94,3% des femmes se sentent suffisamment informées sur le mode d'action de leur contraception.

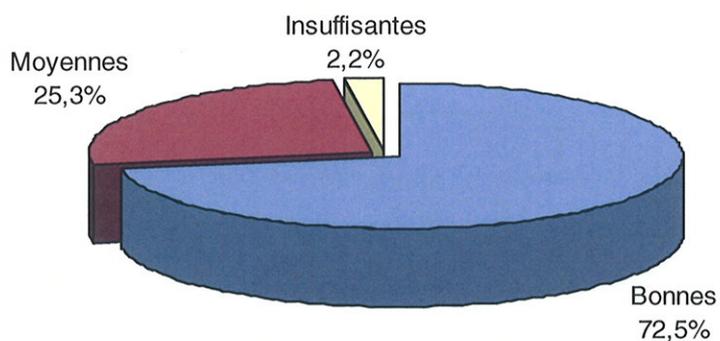
93,2% d'entre elles estiment bien connaître l'efficacité de leur contraceptif.

80,9% des femmes interrogées pensent connaître la conduite à tenir en cas de problème avec leur contraception.

69,6% des femmes se disent bien informées sur la pilule du lendemain.

Plus globalement, **72,5% des femmes pensent que leurs connaissances sur la contraception sont bonnes**, 25,3% les trouvent moyennes, et 2,2% estiment leurs connaissances insuffisantes sur le sujet. (QUESTION 16)

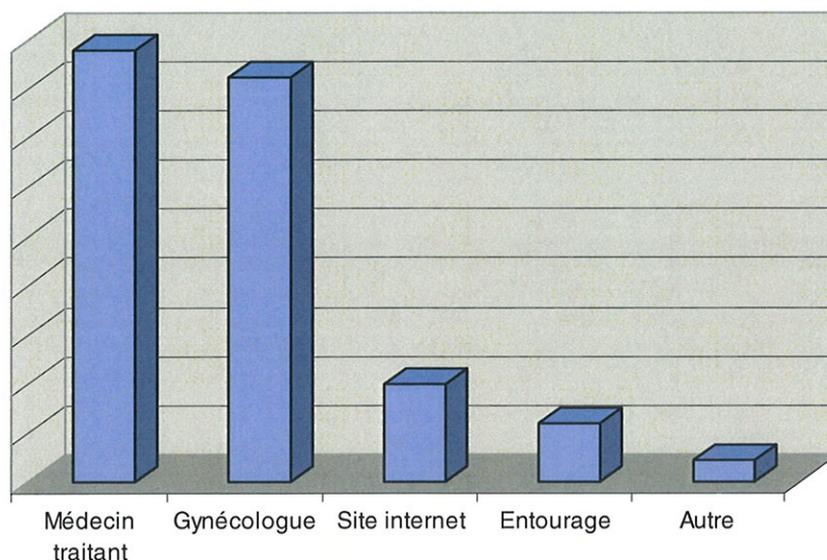
Figure 28 : Autoévaluation des connaissances générales sur la contraception



3. 4. 2 Sources d'informations : (QUESTION 17)

Nous avons souhaité connaître les sources d'informations utilisées par les femmes dans leur questionnaire sur la contraception. Plusieurs réponses étaient possibles.

Figure 29 : Sources d'information sur la contraception citées par l'échantillon



Le médecin généraliste (cité dans 87,9% des cas) et le gynécologue (cité dans 82,4% des cas) sont les principaux interlocuteurs sur le sujet, devant Internet ou un service téléphonique national, cités par 19,8% des femmes, et l'entourage mentionné par 12,1% d'entre elles.

4,4% des femmes évoquent une autre source d'information en réponse ouverte : le « Pharmacien » est cité à 3 reprises, le « Planning Familial » et les « Associations » sont

également évoqués par l'une des femmes interrogées, enfin une femme mentionne sa « fille » comme source d'information.

Toutes les femmes de notre population ont cité au moins une source d'information, aucune d'entre elles n'ayant utilisé la réponse « Personne ».

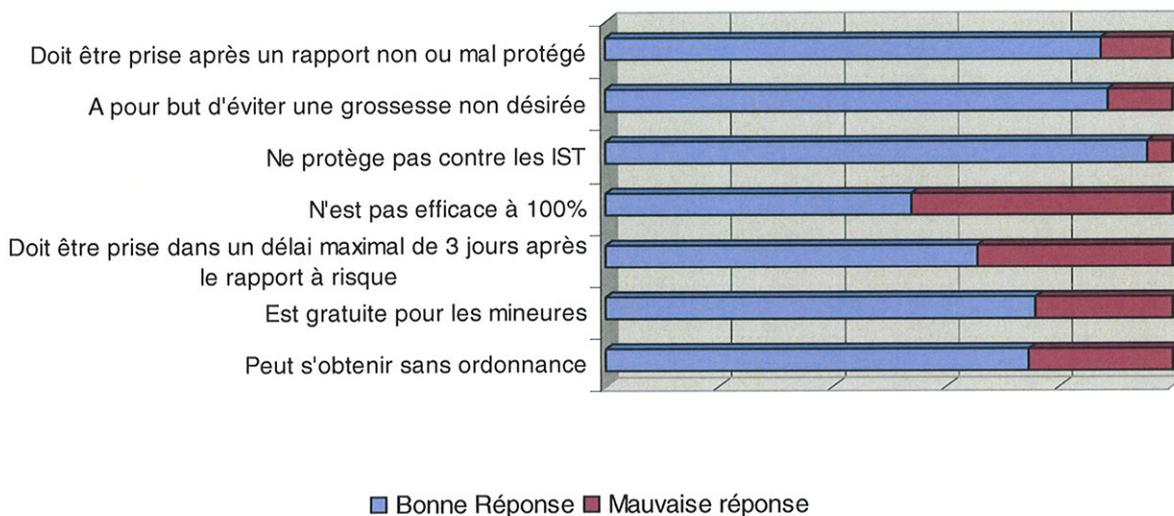
3. 5 QUIZZ

3. 5. 1 Pilule du lendemain : (SERIE N°1)

Le taux moyen de bonnes réponses à cette première série de 7 questions (qui devait être remplie par toutes les femmes) est de 77,34% (n=87).

Figure 30 : Résultats du quizz sur la contraception d'urgence

La contraception d'urgence...



Comme le montre le schéma ci-dessus :

87,4% des femmes savent que la contraception d'urgence (CU) doit être prise après un rapport sexuel non ou mal protégé. (Question a)

88,5% savent que la CU a pour but d'éviter une grossesse non désirée. (Question b)

95,4% savent qu'elle ne protège pas contre les IST. (Question c)

54% savent qu'elle n'est pas efficace à 100%. (Question d)

65,5% connaissent le délai maximum de 3 jours après le rapport à risque pour prendre une CU. (Question e)

75,9% savent que la CU est gratuite pour les mineures. (Question f)

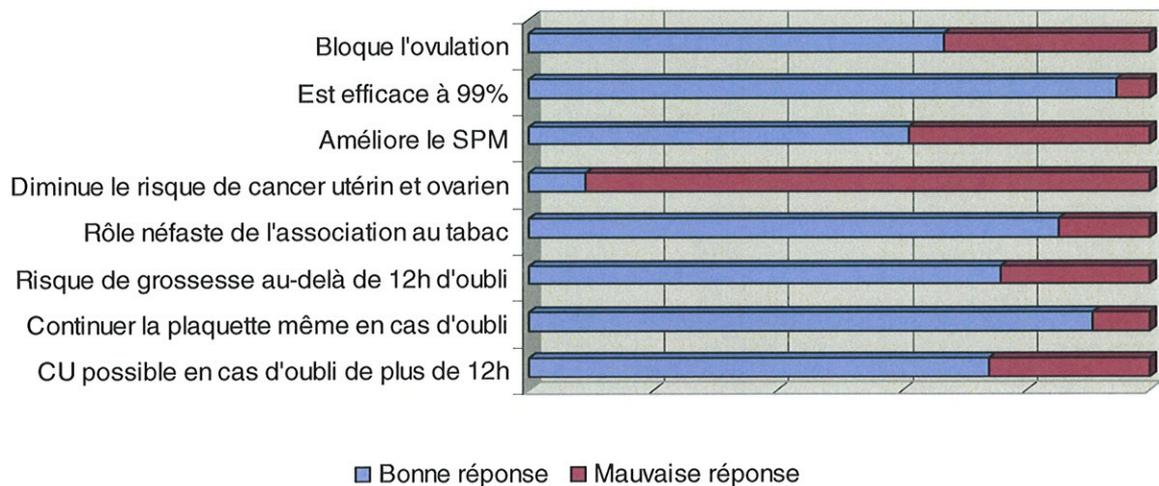
Enfin, 74,7% savent que l'on peut obtenir une CU sans ordonnance. (Question g)

3. 5. 2 Pilule : (SERIE N°2)

Le taux moyen de bonnes réponses à cette série de 8 questions concernant uniquement les femmes utilisatrices d'une contraception orale est de 69,7% (n=54).

Figure 31 : Résultats du quizz sur la pilule

La pilule...



D'après le schéma ci-dessus :

66,7% des femmes utilisant une contraception orale connaissent le mécanisme d'action de la pilule sur l'ovulation et la muqueuse utérine. (Question a)

94,4% d'entre elles savent que la pilule est efficace à 99% lorsqu'elle est correctement utilisée. (Question b)

61,1% savent que la pilule diminue le syndrome prémenstruel (SPM). (Question c)

9,3% savent que la pilule diminue le risque de cancer de l'ovaire et de l'utérus. (Question d)

85,2% connaissent les risques de l'association pilule-tabac. (Question e)

75,9% connaissent le risque de grossesse lorsque l'oubli de pilule dépasse un délai 12 heures. (Question f)

90,7% savent qu'il faut poursuivre sa plaquette jusqu'à la fin, même en cas d'oubli d'un ou plusieurs comprimés. (Question g)

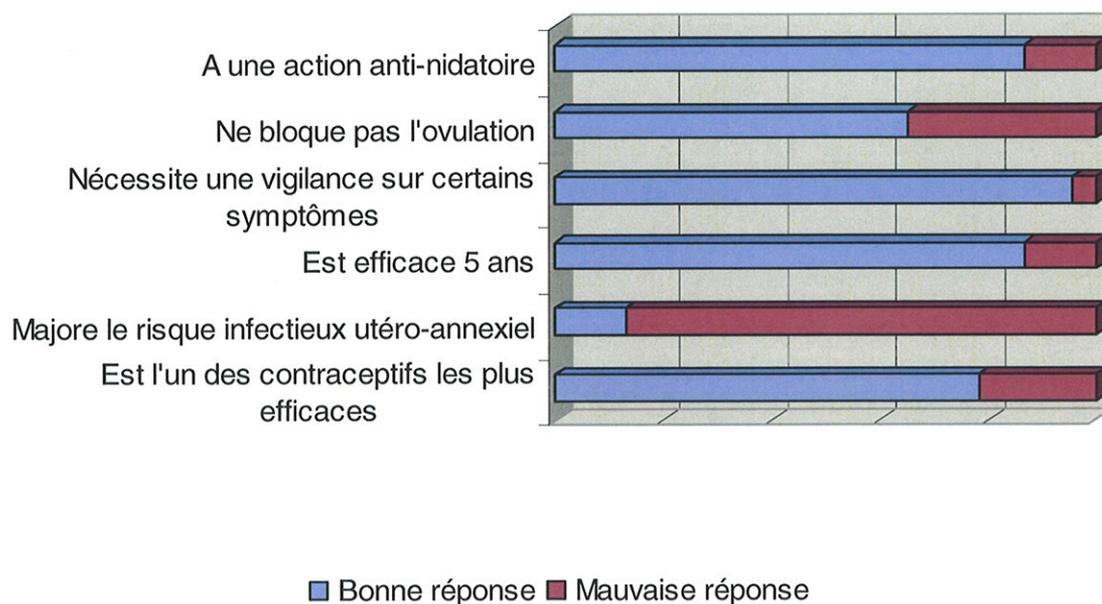
Enfin, 74,1% savent qu'il n'est pas trop tard pour utiliser une CU en cas d'oubli de plus de 12 heures de la contraception orale. (Question h)

3. 5. 3 Stérilet : (SERIE N°3)

Le taux moyen de bonnes réponses à cette série de 6 questions qui s'adresse uniquement aux femmes porteuses d'un DIU est de 71% (n=23).

Figure 32 : Résultats du quizz sur le DIU

Le DIU...



D'après la figure ci-dessus :

86,9% des femmes porteuses d'un DIU savent qu'il empêche l'implantation intra-utérine de l'œuf. (Question a)

65,2% savent qu'il ne bloque pas l'ovulation. (Question b)

95,7% connaissent les effets secondaires possibles et les symptômes devant conduire à une consultation médicale. (Question c)

86,9% connaissent la durée d'efficacité de 5 ans d'un DIU. (Question d)

13% savent que le DIU majore les risques infectieux utéro-annexiels. (Question e)

Enfin, 78,3% des femmes utilisatrices d'un DIU savent qu'il est l'un des modes de contraception les plus efficaces. (Question f)

3. 5. 4 Implant : (SERIE N°4)

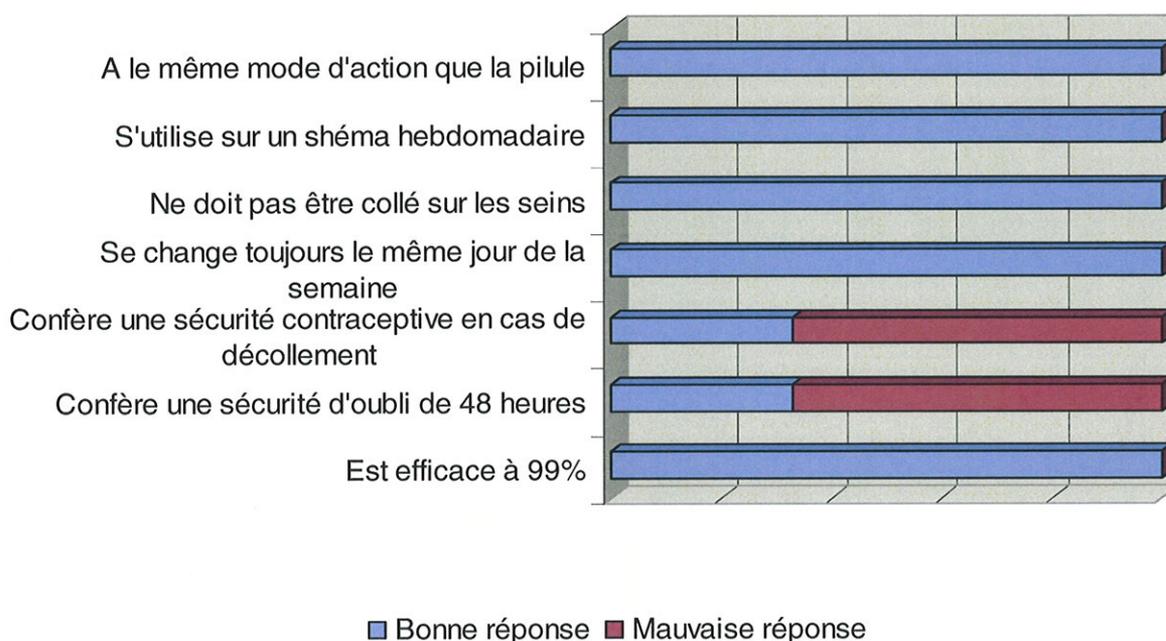
Aucune femme de notre échantillon n'étant porteuse d'un Implanon®, cette série de question n'a pas été remplie.

3. 5. 5 Patch contraceptif : (SERIE N°5)

Le taux moyen de bonnes réponses à cette série de 7 questions concernant les femmes utilisatrices du patch contraceptif EVRA® est de 80,9% (n=3).

Figure 33 : Résultats du quizz sur le patch contraceptif

Le Patch contraceptif...



Comme nous le voyons sur la figure ci-dessus :

100% des femmes utilisatrices du patch contraceptif savent que son mode d'action est identique à celui de la pilule (Question a), connaissent le schéma contraceptif hebdomadaire sur 3 semaines (Question b), savent que le patch ne doit pas être collé sur les seins (Question c) et qu'il se change toujours le même jour de la semaine. (Question d)

33,3% savent qu'il existe une sécurité contraceptive en cas de décollement du patch. (Question e)

33,3% savent qu'il existe une sécurité d'oubli supérieure aux douze heures de la contraception orale. (Question f)

Enfin, 100% des femmes utilisatrices du patch savent que son taux d'efficacité est de 99% et identique à celui de la contraception orale. (Question g)

3. 5. 6 Anneau vaginal : (SERIE N°6)

Le taux moyen de bonnes réponses à cette série de 6 questions s'adressant aux femmes utilisatrices de NUVARING® est de 100% (n=1).

Une seule patiente de notre population est utilisatrice de l'anneau vaginal.

Elle a correctement répondu à l'ensemble des questions sur le sujet : elle sait que son mode d'action est identique à celui de la pilule (Question a), elle connaît son effet contraceptif de 3 semaines et le schéma de changement d'anneau (Question b), elle sait qu'une fois bien inséré il n'est pas gênant ni pour la femme, ni pour son partenaire (Question c) et que l'insertion d'un nouvel anneau se fait toujours le même jour de la semaine (Question d), elle connaît le délai de 3 heures pour réinsérer l'anneau sans risque en cas d'expulsion accidentelle (Question e), enfin, elle connaît son taux d'efficacité est de 99% et identique à celui de la pilule. (Question f)

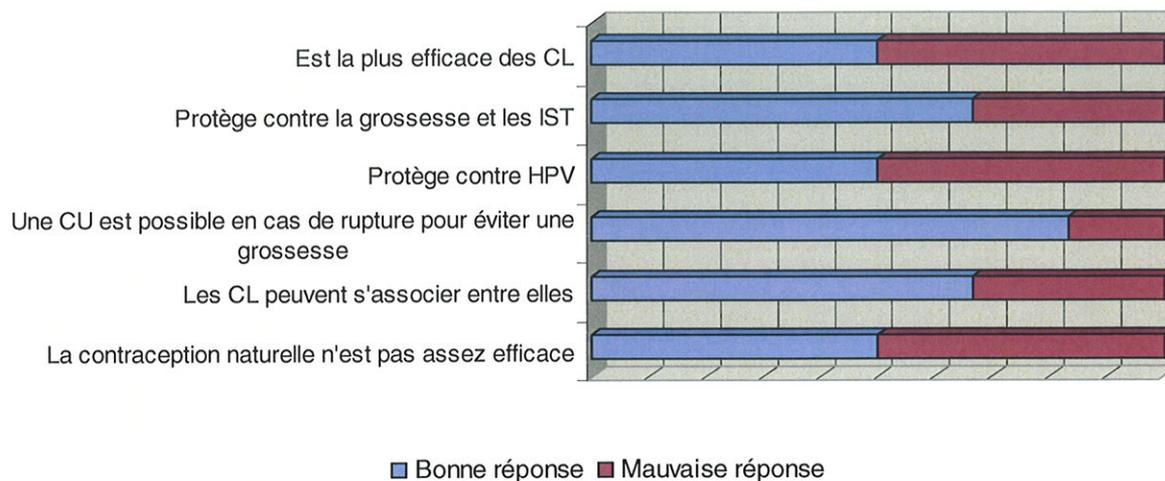
3. 5. 7 Contraception locale ou méthode naturelle de contraception : (SERIE N°7)

Cette série de 6 questions s'adresse aux femmes utilisatrices d'une contraception locale (préservatif masculin, préservatif féminin, diaphragme, cape cervicale, spermicide, éponge vaginale) ou d'une méthode naturelle de contraception.

Le taux moyen de bonnes réponses à cette série est de 61,1% (n=6).

Figure 34 : Résultats du quizz sur la contraception locale et naturelle

Le préservatif masculin...



NB : CL= Contraception Locale

CU= Contraception d'Urgence

D'après le schéma ci-dessus :

50% des femmes utilisatrices d'une contraception locale ou d'une méthode naturelle de contraception savent que le préservatif masculin est le plus efficace des contraceptifs locaux. (Question a)

66,7% d'entre elles connaissent la possibilité d'associer les contraceptifs locaux entre eux. (Question b)

50% savent que les méthodes naturelles de contraception n'ont pas prouvé leur efficacité. (Question c)

66,7% savent que le préservatif masculin est le seul moyen de protection concomitante contre la grossesse et les IST. (Question d)

50% d'entre elles savent que le préservatif masculin protège contre les infections à Papillomavirus. (Question e)

Enfin, 83,3% des femmes utilisatrices d'une contraception locale ou d'une méthode naturelle de contraception savent qu'il y a un risque de grossesse en cas d'« accident de préservatif », mais que l'utilisation d'une CU est possible. (Question f)

4. ANALYSE

L'analyse statistique de notre enquête a reposé sur deux questions : Existe-il un lien, au sein de notre échantillon, entre le niveau socio-économique, la vie génitale et contraceptive et les connaissances concernant la contraception ? Et existe-il une concordance entre ce que les femmes pensent savoir de leur contraception et ce qu'elles en savent effectivement ?

Nous avons pour cela, comparé les résultats donnés à chacune des trois parties du questionnaire entre elles.

4. 1 COMPARAISON ENTRE PARTIE I ET PARTIE II DU QUESTIONNAIRE

La première partie du questionnaire était composée de 12 questions concernant des données épidémiologiques et des informations sur la vie génitale et contraceptive de la patiente.

La deuxième partie du questionnaire comportait 5 questions sur la relation de la femme à sa propre contraception, ses échecs contraceptifs, son impression de savoir.

Nous avons comparé les réponses données aux 12 questions de la partie I avec les réponses données aux questions 15a, 15b, 15c, 15d et 16 (interrogeant sur ce qu'elles pensent savoir de la contraception) de la partie II du questionnaire.

4. 1. 1 Relation entre âge et impression de savoir

On ne constate pas d'influence particulière de l'âge sur l'impression d'être bien informée sur sa contraception, que ce soit pour son mode d'action ($p=0,73$), son efficacité ($p=0,88$), la conduite à tenir en cas de problème ($p=0,78$) ou sur la contraception d'urgence ($p=0,71$).

Par contre il semble que les femmes plus âgées doutent plus de leurs connaissances globales sur la contraception, puisqu'elles sont 13% des 36-50 ans à déclarer que leurs connaissances sont insuffisantes sur le sujet alors qu'aucune des 16-35 ans ne donne cette réponse ($p=0,2$).

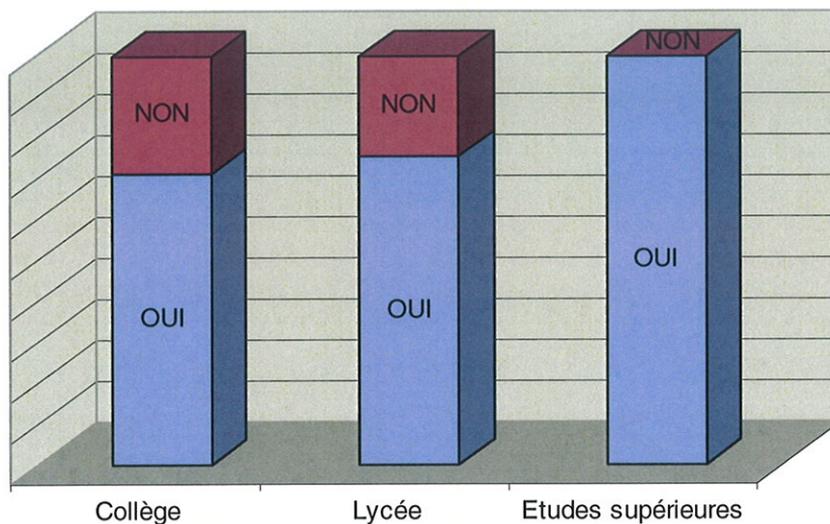
4. 1. 2 Relation entre niveau d'études et impression de savoir

Il existe un lien mais peu significatif, entre le niveau d'études et l'impression d'être bien informée sur sa contraception. En effet, concernant l'*efficacité* de leur contraception, 100% des femmes ayant poursuivi des études supérieures se sentent bien informées sur le

sujet (réponse « OUI » à la question n°15a), alors que seulement 85,7% des femmes scolarisées jusqu'au collège déclarent la même chose (p=0,08).

Figure 35 : Corrélation entre niveau d'études et sentiment d'être bien informée sur l'efficacité de sa contraception

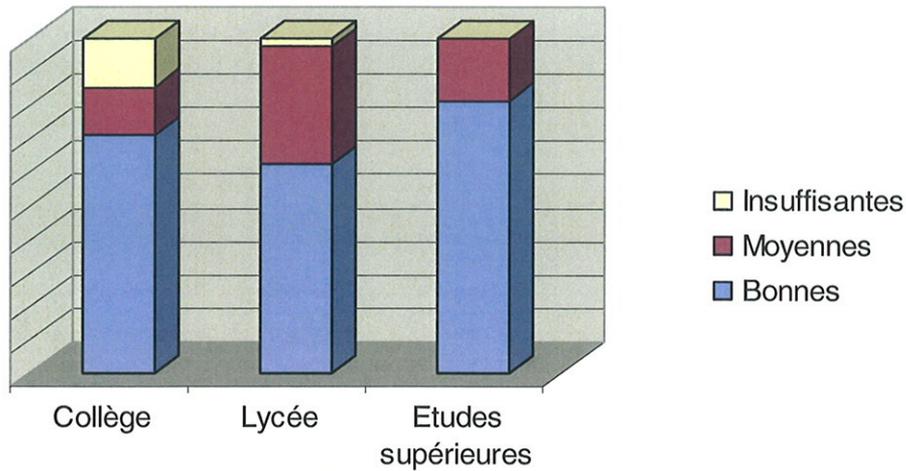
Pensez-vous être suffisamment informée sur l'efficacité de votre contraception ?



De même, parmi les femmes qui ont poursuivi des études supérieures, 81,58% estiment leurs connaissances globales sur la contraception *bonnes*, alors qu'aucune d'entre elles ne les jugent *insuffisantes*. Au contraire, l'auto-appréciation est moins bonne chez les femmes qui ont le niveau collège puisqu'elles ne sont plus que 71,43% à juger leurs connaissances sur le sujet *bonnes*, contre 14,29% qui les estiment *insuffisantes* (p=0,06).

Figure 36 : Corrélation entre niveau d'études et appréciation de ses connaissances globales sur la contraception

Vous diriez que vos connaissances globales sur la contraception sont plutôt...



4. 1. 3 Relation entre catégorie socioprofessionnelle (CSP) et impression de savoir

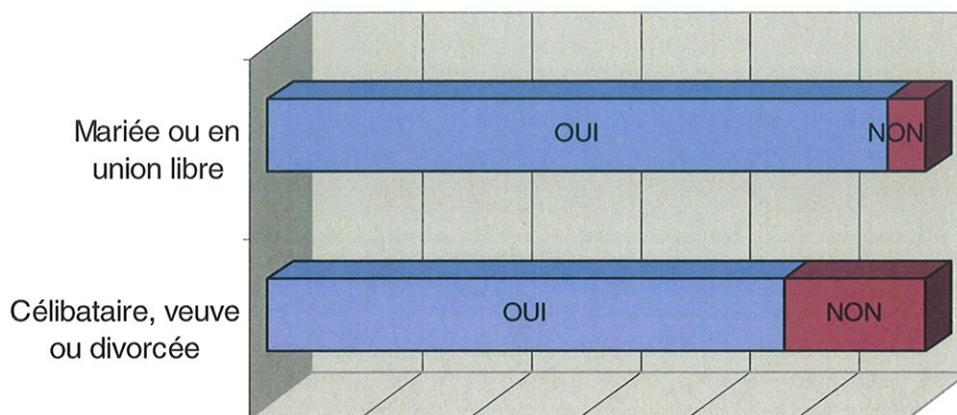
Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la CSP des femmes et leur sensation d'être bien informées sur leur contraception ($p=0,7$). Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, les cadres, les professions libérales, les artisans, les commerçants, les chefs d'entreprise, les ouvriers, les chômeurs et les femmes sans activité professionnelle se sentent aussi bien informées les unes que les autres sur le mode d'action de leur contraception ($p=0,8$).

4. 1. 4 Relation entre situation familiale et impression de savoir

Nous avons regroupé les patientes selon deux groupes : celles qui sont en couple (mariée ou union libre) et celles qui ne sont pas en couple (célibataire, veuve ou divorcée). Il existe une relation, mais peu significative, entre situation familiale et impression de savoir. En effet, 96,5% des femmes qui sont en couple se déclarent bien informées sur l'efficacité de leur contraception alors que seulement 87,1% des femmes non en couple déclarent la même chose ($p=0,09$).

Figure 37 : Corrélation entre statut marital et sensation d'être bien informée sur l'efficacité de sa contraception

Pensez-vous être suffisamment informée sur l'efficacité de votre contraception ?



De plus, les femmes qui pensent que leurs connaissances globales sur la contraception sont bonnes sont en couple pour 69,7% d'entre elles et seules pour 30,3%. Et toutes les femmes qui jugent leurs connaissances globales insuffisantes sont seules ($p=0,1$).

4. 1. 5 Relation entre lieu d'habitation et impression de savoir

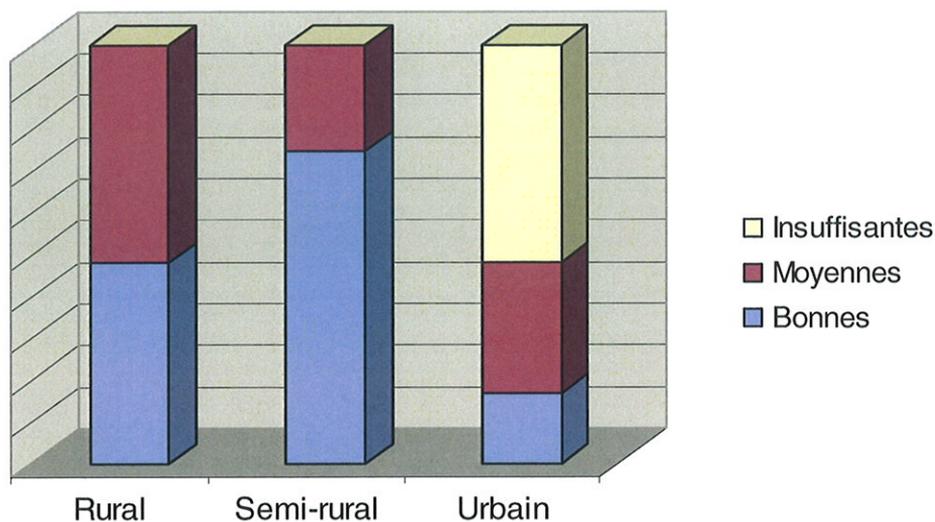
Il apparaît une différence, mais non significative, entre l'habitat semi-rural et une meilleure impression de connaissance.

En effet, concernant le mode d'action de leur contraception, les femmes qui se sentent bien informées sur le sujet vivent en zone semi-rurale pour 39,2% d'entre elles, en zone urbaine pour 36,7% et en zone rurale pour 24,05% ($p=0,12$). De même, celles qui se sentent bien informées sur la contraception d'urgence vivent à 42,6% en zone semi-rurale, à 36,1% en zone urbaine et seulement à 21,3% en zone rurale ($p=0,17$).

Enfin, au sein de notre échantillon, il existe une relation statistiquement significative entre l'estimation de ses connaissances globales sur la contraception et le lieu d'habitation, puisque parmi les femmes qui déclarent que leurs connaissances globales sur le sujet sont bonnes, 44,6% habitent en zone semi-rurale, 32,3% en zone urbaine et 23,08% en zone rurale. Et toutes les réponses « insuffisantes » ont été données par des femmes habitant en zone urbaine ($p=0,04$). **Donc l'habitat rural favorise le sentiment d'être bien informée au sein de notre échantillon.**

Figure 38 : Corrélation entre lieu d'habitation et appréciation de ses connaissances globales sur la contraception

Vous diriez que vos connaissances globales sur la contraception sont plutôt...



4. 1. 6 Relation entre âge de la première contraception et impression de savoir

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'âge de la première contraception et la sensation d'être suffisamment informée sur la contraception.

Cependant, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, il apparaît qu'une première contraception précoce favorise, dans notre échantillon, l'impression de manquer d'information sur le sujet. En effet, chez les femmes qui pensent que leurs connaissances globales sur la contraception sont bonnes ou moyennes, la première contraception a été prescrite autour de 17 ans, alors que celles qui estiment que leurs connaissances sur le sujet sont insuffisantes ont utilisé une première contraception autour de 14 ans ($p=0,12$).

4. 1. 7 Relation entre âge de la première grossesse et impression de savoir

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'âge de la première grossesse et l'impression d'avoir de bonnes connaissances sur la contraception, que ce soit pour son mode d'action ($p=0,83$), son efficacité ($p=0,59$), la conduite à tenir en cas de problème ($p=0,41$), la contraception d'urgence ($p=0,51$) ou l'évaluation de ses connaissances globales sur la contraception ($p=0,24$).

4. 1. 8 Relation entre nombre d'enfants et impression de savoir

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre le nombre d'enfant par femme et la sensation d'être suffisamment informée sur la contraception au sein de notre échantillon ($p=0,7$).

4. 1. 9 Relation entre type de contraception et impression de savoir

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre le mode de contraception au moment du questionnaire et l'impression d'être bien informée sur la contraception ($p=0,23$).

4. 1. 10 Relation entre médecin prescripteur et impression de savoir

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre la spécialité du médecin prescripteur de la contraception et la sensation d'être bien informée sur le mode d'action de la contraception ($p=0,94$), sur son efficacité ($p=0,79$) et sur la conduite à tenir en cas de problème avec son contraceptif ($p=0,76$).

On peut cependant noter que 76,7% des femmes dont la contraception a été prescrite par un gynécologue se sentent bien informées sur la contraception d'urgence, alors qu'elles ne sont plus que 64,1% à déclarer la même chose lorsque la contraception a été prescrite par un médecin généraliste ($p=0,29$).

4. 1. 11 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et impression de savoir

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la durée d'utilisation de la contraception actuelle chez les femmes de notre échantillon et une meilleure impression de connaissance concernant le mode d'action de la contraception ($p=0,25$), son efficacité ($p=0,35$), la conduite à tenir en cas de problème avec le contraceptif ($p=0,38$) ou la contraception d'urgence ($p=0,96$).

On note simplement que les femmes qui se sentent bien informées sur la contraception ont globalement une durée d'utilisation de leur contraceptif supérieure à celles qui estiment leurs connaissances insuffisantes sur le sujet. Il y existe certainement là une relation de cause à effet.

4. 2 COMPARAISON ENTRE PARTIE I ET PARTIE III DU QUESTIONNAIRE

La première partie du questionnaire, nous l'avons vu, comportait 12 questions concernant des données épidémiologiques et des informations de la vie génitale et contraceptive de la patiente.

La troisième partie du questionnaire était un quizz avec des questions à choix multiples ; les femmes devaient toutes répondre à la première série de questions concernant la pilule du lendemain, puis chacune répondait à une série supplémentaire de questions concernant son propre mode de contraception.

Nous avons comparé les réponses données aux 12 questions de la partie I du questionnaire avec le taux de bonnes réponses des différentes séries du quizz (partie III du questionnaire).

Pour des raisons numériques, certains échantillons trop petits n'ont pas pu être pris en considération dans cette analyse comparative, c'est le cas pour les patientes utilisant un autre mode de contraception que la pilule ou le stérilet (n inférieur ou égal à 5). Nous avons donc uniquement analysé les connaissances des femmes concernant la CU, la pilule et le DIU.

Nous avons admis la valeur de 60% de bonnes réponses à chaque série (c'est-à-dire une note de 6 sur 10) **comme le seuil au-delà duquel les connaissances sur le sujet sont considérées comme bonnes.** Lorsqu'une femme a **obtenu ou dépassé le taux de 60%** de bonnes réponses à une série, nous lui avons attribué la mention « **VRAI** » et au contraire, une série dont le taux de bonne réponse est **inférieur à 60%** acquière la mention « **FAUX** », ceci pour plus de facilité dans la lecture des résultats.

4. 2. 1 Age

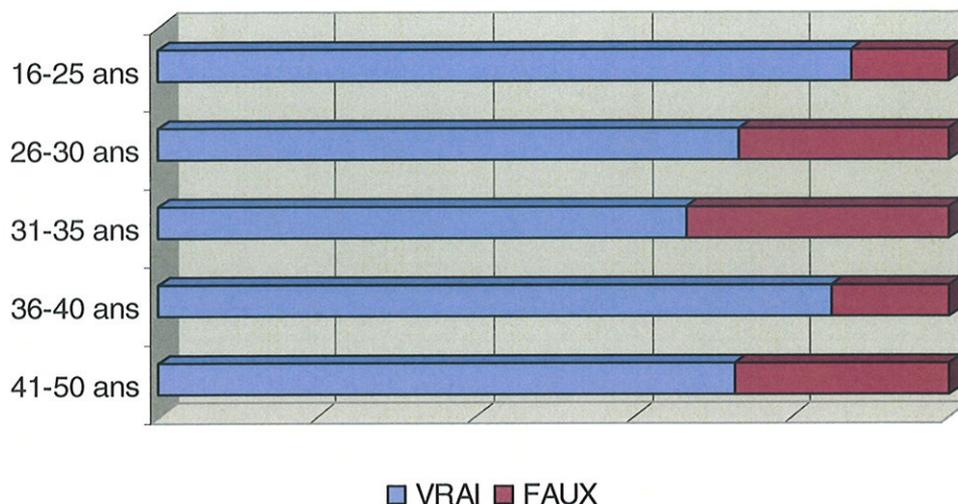
4. 2. 1. 1 Relation entre âge et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'âge et les connaissances sur la pilule du lendemain (série n°1) ($p=0,46$).

On note toutefois que les femmes qui ont le mieux répondu à cette série sont les plus jeunes, âgées de 16 à 25 ans (87,5% d'entre elles ont au moins 6 bonnes réponses sur 10) suivies par les femmes de 36 à 40 ans (dont 85% ont au moins 6 bonnes réponses sur 10).

Les résultats les plus faibles concernent les femmes de 31 à 35 ans avec seulement 66,7% de notes supérieures ou égales à 6 sur 10 pour cette tranche d'âge.

Figure 39 : Taux de bonnes réponses à la série sur la contraception d'urgence en fonction de l'âge



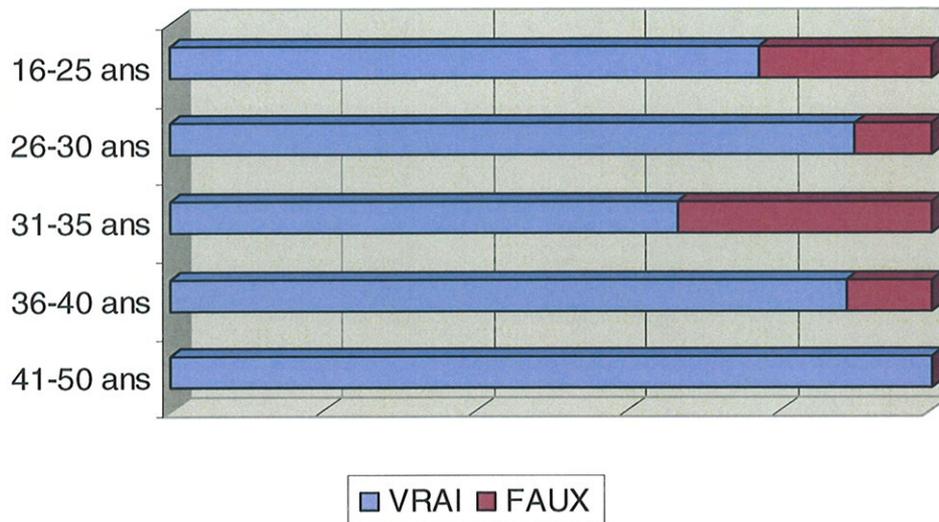
VRAI= 60% de bonnes réponses ou plus
FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 1. 2 Relation entre âge et connaissances sur la pilule

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre l'âge des utilisatrices et les connaissances sur la contraception orale (série n°2) ($p=0,51$).

Cependant, il est intéressant de noter que le taux de bonnes réponses à la série n°2 va croissant avec l'âge des utilisatrices. En effet, alors que les 16-25 ans ne sont que 77,3% à obtenir au moins la note de 6 sur 10, elles sont 88,9% dans la tranche 36-40 ans et 100% dans la tranche 41-50 ans.

Figure 40 : Taux de bonnes réponses à la série sur la pilule en fonction de l'âge



VRAI= 60% de bonnes réponses ou plus
 FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 1. 3 Relation entre âge et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre l'âge des utilisatrices et les connaissances concernant le stérilet (série n°3) ($p=0,58$).

4. 2. 2 Niveau d'études

4. 2. 2. 1 Relation entre niveau d'études et connaissances sur la contraception d'urgence

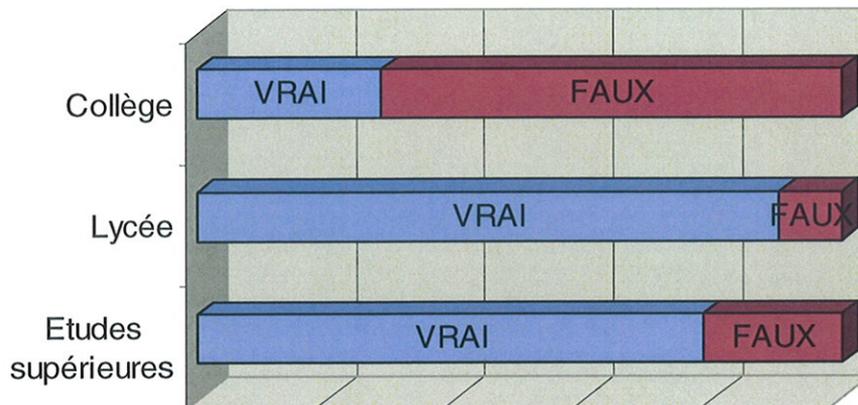
Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d'études et les connaissances concernant la pilule du lendemain, mais de façon surprenante cette relation s'exprime en faveur du niveau lycée.

En effet, plus de 90% des femmes ayant le niveau lycée ont au moins 6 sur 10 à la série n°1, alors que seulement 28,6% de celles qui ont le niveau collège atteignent cette note ($p=0,0008$).

Les femmes ayant poursuivi des études supérieures sont 78,4% à atteindre notre seuil.

Globalement, **un niveau d'études supérieur ou égal au niveau lycée est lié à un bon niveau de connaissances sur la contraception d'urgence.**

Figure 41 : Corrélation entre niveau d'études et connaissances sur la contraception d'urgence



VRAI=60% de bonnes réponses ou plus
 FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 2. 2 Relation entre niveau d'études et connaissances sur la pilule

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre le niveau d'études des utilisatrices et leurs connaissances sur la contraception orale ($p=0,34$).

En revanche, il est clair qu'avec l'élévation du niveau d'études, on voit s'accroître le taux de bonnes réponses à la série n°2. En effet, si le niveau collège est corrélé à 75% de notes supérieures ou égales à 6 sur 10, et le niveau lycée quasiment identique avec 76% de « bonnes notes », on atteint 91,3% de notes supérieures ou égales à 6 sur 10 chez les femmes ayant poursuivi des études supérieures.

4. 2. 2. 3 Relation entre niveau d'études et connaissances sur le stérilet

Il existe un lien, mais peu significatif, entre le niveau d'études et les connaissances des femmes sur leur stérilet ($p=0,09$).

De façon inattendue, *toutes les femmes* dont le niveau d'études est inférieur ou égal au niveau lycée atteignent notre seuil de 60% de bonnes réponses à la série de questions sur le stérilet, alors que les femmes qui ont poursuivi des études supérieures ne sont que 66,7% à l'atteindre.

4. 2. 3 Catégorie Socioprofessionnelle (CSP)

4. 2. 3. 1 Relation entre CSP et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la CSP des femmes et leur connaissance de la pilule du lendemain ($p=0,93$).

4. 2. 3. 2 Relation entre CSP et connaissances sur la pilule

On n'a pas mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre la CSP des utilisatrices et leurs connaissances sur la contraception orale ($p=0,28$).

4. 2. 3. 3 Relation entre CSP et connaissances sur le stérilet

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la CSP et les connaissances des femmes concernant leur stérilet ($p=0,34$).

4. 2. 4 Situation familiale

4. 2. 4. 1 Relation entre situation familiale et connaissances sur la contraception d'urgence

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les connaissances sur la contraception d'urgence des femmes en couple (mariée ou union libre) par rapport à celles des femmes non en couple (célibataire, veuve ou divorcée) ($p=0,79$).

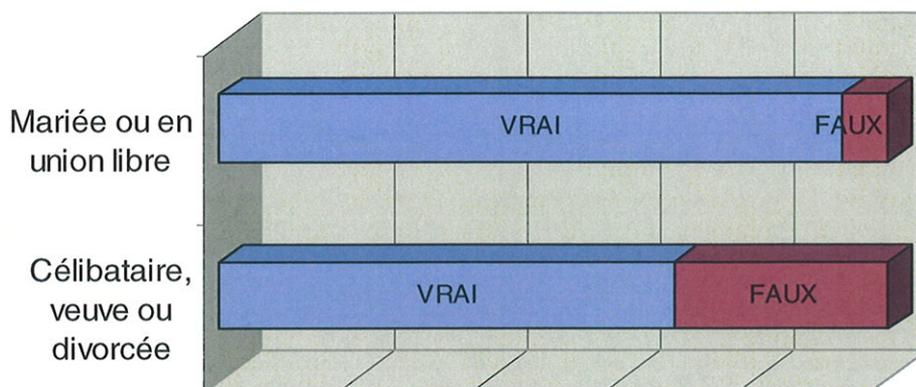
Mais les valeurs sont intéressantes puisque 80% des femmes non en couple ont au moins 6 bonnes réponses sur 10 contre 77,6% des femmes en couple.

4. 2. 4. 2 Relation entre situation familiale et connaissances sur la pilule

Il existe une relation statistiquement significative entre la situation familiale des utilisatrices et leurs connaissances sur la contraception orale ($p=0,01$).

En effet, alors que les femmes non en couple sous pilule (célibataires, veuves ou divorcées) ne sont que 68% à atteindre notre seuil de bonnes réponses à la série n°2, **les femmes en couple** (mariées ou en union libre) **répondent mieux** à la série et l'atteignent à plus de 93%.

Figure 42 : Corrélacion entre statut marital et connaissances sur la pilule



VRAI=60% de bonnes réponses ou plus
FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 4. 3 Relation entre situation familiale et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la situation familiale au moment du remplissage du questionnaire et les connaissances des femmes concernant leur stérilet ($p=0,48$).

4. 2. 5 Lieu d'habitation

4. 2. 5. 1 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la zone de résidence et les connaissances sur la pilule du lendemain ($p=0,94$).

4. 2. 5. 2 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur la pilule

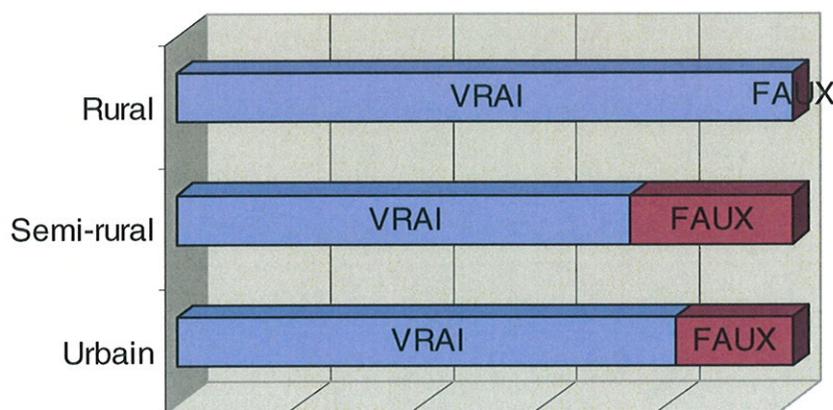
On a mis en évidence une différence, mais non significative, entre la zone de résidence et les connaissances des femmes concernant leur contraception orale ($p=0,16$).

Il est intéressant sur ce point de rappeler que le *sentiment* d'avoir de bonnes connaissances globales sur la contraception (formulée en partie II du questionnaire) était réparti de façon statistiquement significative ($p=0,04$) en majorité chez les femmes habitant en zone semi-

rurale, devant celles habitant en zone urbaine, puis minoritairement chez celles habitant en zone rurale.

Contrairement à ce ressenti, *toutes les femmes sous pilule habitant en zone rurale atteignent notre seuil* de 60% de bonnes réponses à la série n°2, devant celles vivant en zone urbaine qui l'atteignent à 80,9% ; et finalement celles qui se sentaient le mieux informées sur le sujet, c'est-à-dire celles résidant en zone semi-rurale, ne sont que 73,7% à donner au moins 6 bonnes réponses sur 10 à la série de questions sur la pilule.

Figure 43 : Corrélation entre lieu d'habitation et connaissances sur la pilule



VRAI=60% de bonnes réponses ou plus
 FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 5. 3 Relation entre lieu d'habitation et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la zone de résidence et les connaissances des femmes concernant leur stérilet ($p=0,37$).

4. 2. 6 Age de la première contraception

4. 2. 6. 1 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur la contraception d'urgence

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la première contraception (qui peut être rapproché de l'âge des premiers rapports sexuels) et les connaissances sur la contraception d'urgence ($p=0,97$).

4. 2. 6. 2 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur la pilule

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la première contraception et les connaissances des femmes sur leur contraception orale ($p=0,17$).

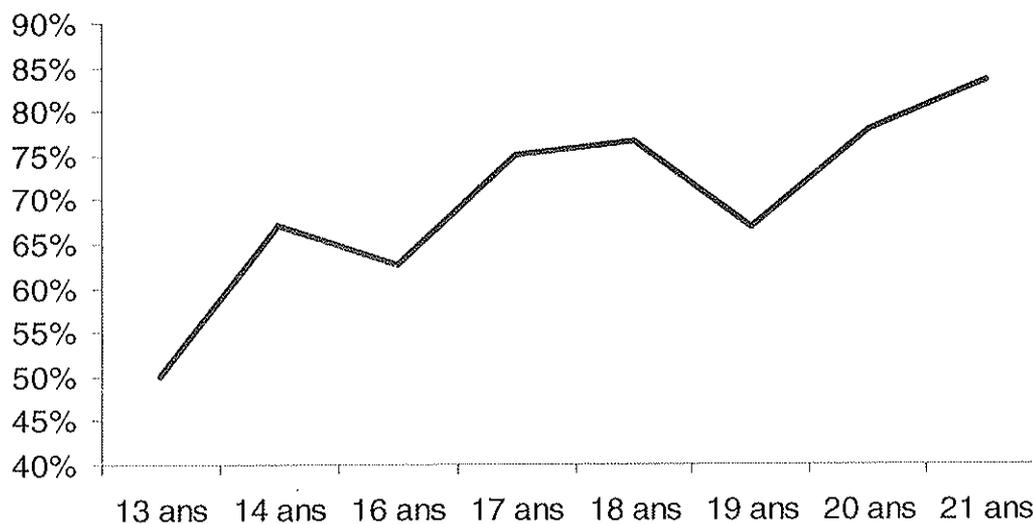
4. 2. 6. 3 Relation entre âge de la première contraception et connaissances sur le stérilet

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge de la première contraception et les connaissances des utilisatrices concernant leur stérilet ($p=0,05$).

Chez les femmes porteuses d'un DIU, plus l'âge de la première contraception est jeune (ce qui laisse supposer des premiers rapports sexuels précoces), moins le niveau de connaissance est bon.

En effet, parmi les femmes utilisatrices d'un stérilet, la moyenne d'âge de la première contraception est de $17,6 \pm 2$ ans chez celles qui atteignent notre seuil de 60% de bonnes réponses à la série n°3, alors que cet âge moyen n'est que $15,5 \pm 1,7$ ans chez celles qui n'atteignent pas ce seuil.

Figure 44 : Corrélation entre âge de la première contraception et taux de bonnes réponses aux questions sur le stérilet



4. 2. 7 Age de la première grossesse

4. 2. 7. 1 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur la contraception d'urgence

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la première grossesse et les connaissances sur la pilule du lendemain ($p=0,42$).

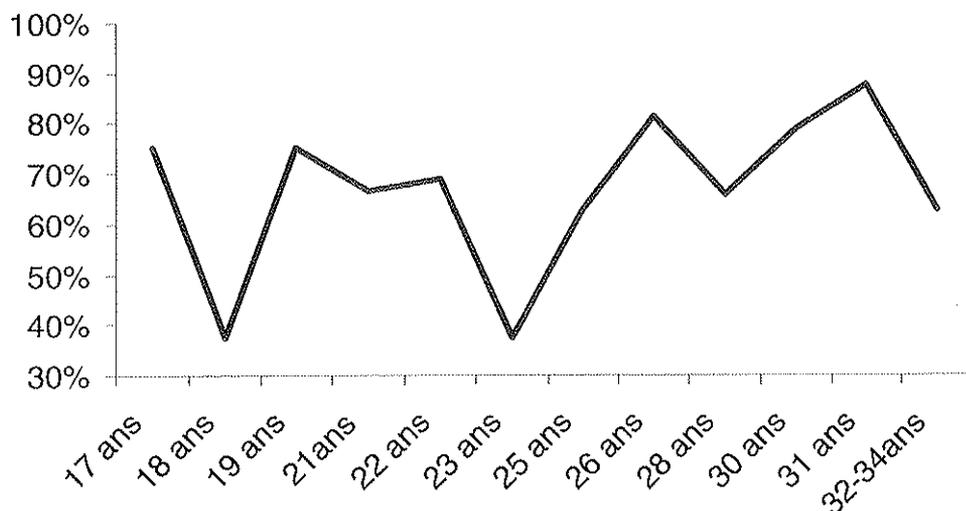
4. 2. 7. 2 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur la pilule

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la première grossesse et les connaissances des utilisatrices concernant leur contraception orale ($p=0,29$). En revanche, les valeurs sont intéressantes puisqu'on aperçoit que les femmes dont la première grossesse a été plus tardive semblent globalement mieux informées sur leur contraception.

En effet, parmi les femmes sous pilule, celles qui répondent bien à la série n°2 ont une première grossesse en moyenne à l'âge de $26,3\pm 5$ ans, alors que celles qui répondent moins bien ont une première grossesse plus jeune, en moyenne à $23,2\pm 5$ ans.

On peut supposer qu'une première grossesse tardive est liée à une durée d'utilisation prolongée de la contraception orale et par conséquent à un meilleur niveau de connaissances.

Figure 45 : Corrélation entre âge de la première grossesse et taux de bonnes réponses aux questions sur la pilule



4. 2. 7. 3 Relation entre âge de la première grossesse et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'âge de la première grossesse et les connaissances des femmes sur leur stérilet ($p=0,57$).

4. 2. 8 Nombre d'enfants

4. 2. 8. 1 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre le nombre d'enfant dans notre échantillon et les connaissances sur la pilule du lendemain ($p=0,26$).

4. 2. 8. 2 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur la pilule

On n'a pas mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le nombre d'enfants et les connaissances des femmes utilisatrices d'une contraception orale ($p=0,6$).

4. 2. 8. 3 Relation entre nombre d'enfants et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été retrouvée de corrélation statistiquement significative entre le nombre d'enfants et les connaissances des utilisatrices concernant leur DIU ($p=0,19$).

4. 2. 9 Type de contraception

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre le type de contraception au moment du remplissage du questionnaire et le niveau de connaissances sur la contraception d'urgence ($p=0,90$).

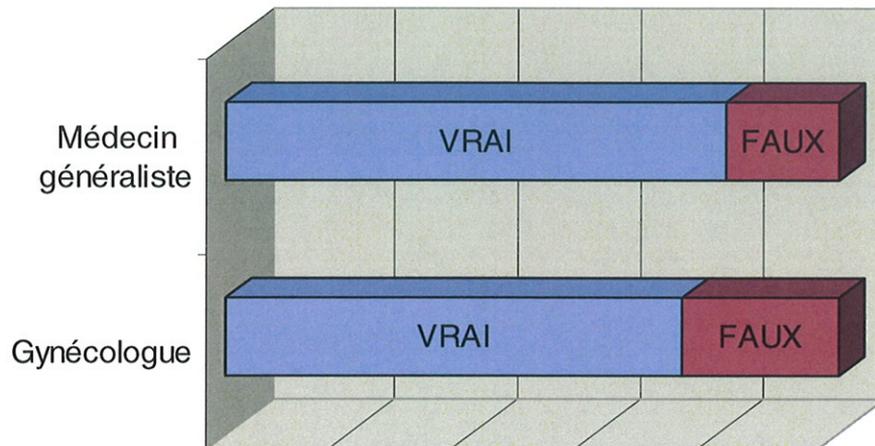
4. 2. 10 Médecin prescripteur

4. 2. 10. 1 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur la contraception d'urgence

On ne retrouve pas de relation statistiquement significative entre la spécialité du médecin prescripteur de la contraception et les connaissances des femmes sur la contraception d'urgence ($p=0,55$). En effet, les taux de bonnes réponses sont peu différents selon le médecin prescripteur : les femmes dont la contraception est prescrite par un médecin généraliste sont

81,6% à obtenir une note supérieure ou égale à 6 sur 10 à la série n°1 et elles sont 74,4% à atteindre cette note lorsque c'est un gynécologue qui est le prescripteur de la contraception.

Figure 46 : Corrélation entre médecin prescripteur et connaissances sur la contraception d'urgence



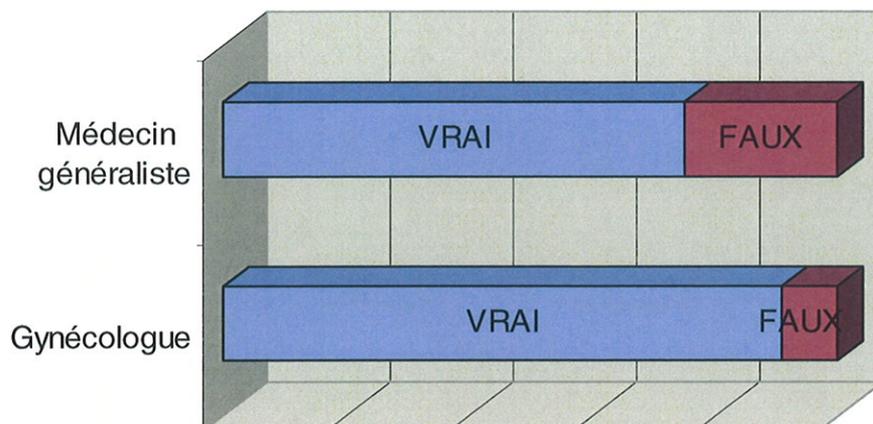
VRAI=60% de bonnes réponses ou plus
FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 10. 2 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur la pilule

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre la spécialité du médecin prescripteur de la contraception et les connaissances des femmes sur leur pilule ($p=0,26$).

Cependant, on peut noter que ce sont les femmes utilisatrices d'une pilule prescrite par leur gynécologue qui répondent le mieux à la série n°2 (90,9% atteignent notre seuil de bonnes réponses), devant celles qui ont bénéficié d'une prescription par leur médecin généraliste (seulement 75% atteignent le seuil de 6 bonnes réponses sur 10).

Figure 47 : Corrélation entre médecin prescripteur et connaissances sur la pilule



VRAI=60% de bonnes réponses ou plus
FAUX=moins de 60% de bonnes réponses

4. 2. 10. 3 Relation entre médecin prescripteur et connaissances sur le stérilet

Le stérilet étant majoritairement prescrit par un gynécologue au sein de notre échantillon, il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la spécialité du médecin prescripteur du DIU et les connaissances des femmes sur le sujet ($p=0,58$).

4. 2. 11 Durée d'utilisation de la contraception

4. 2. 11. 1 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre la durée d'utilisation de la contraception et le niveau de connaissances sur la contraception d'urgence ($p=0,26$). On peut simplement remarquer qu'un taux de bonnes réponses supérieur ou égal à 60% est corrélé à une durée moyenne d'utilisation du mode contraceptif plus longue.

4. 2. 11. 2 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur la pilule

Aucune relation statistiquement significative n'a été mise en évidence entre la durée d'utilisation de la pilule et les connaissances des utilisatrices ($p=0,61$).

Il est cependant intéressant de noter que les femmes qui atteignent notre seuil de 60% de bonnes réponses ont une médiane d'utilisation de leur pilule de 72 mois (6 ans), alors que cette médiane n'est que de 48 mois (4 ans) chez celles qui n'atteignent pas ce seuil.

Une utilisation prolongée de la contraception orale améliore donc les connaissances sur le sujet.

4. 2. 11. 3 Relation entre durée d'utilisation de la contraception et connaissances sur le stérilet

On n'a pas retrouvé de relation statistiquement significative entre la durée d'utilisation du DIU et le niveau de connaissance des utilisatrices ($p=0,41$).

4. 3 COMPARAISON ENTRE PARTIE II ET PARTIE III DU QUESTIONNAIRE

La deuxième partie du questionnaire, nous l'avons vu, contenait 5 questions concernant la relation de la femme à sa propre contraception, ses échecs contraceptifs, son impression de savoir.

La troisième partie du questionnaire était un quizz avec des QCM ; les femmes répondaient toutes à la première série de questions concernant la pilule du lendemain, puis chacune répondait à une série supplémentaire de questions concernant son propre mode de contraception.

Nous avons souhaité **comparer ce que les femmes pensent savoir de leur contraception et ce qu'elles en savent réellement.**

Pour cela, nous avons comparé les réponses données aux questions 13, 14 et 15d de la seconde partie du questionnaire (concernant ce qu'elles pensent savoir de la pilule du lendemain) avec le taux de bonnes réponses à la série n°1 (quizz sur la contraception d'urgence).

Puis nous avons comparé les réponses données aux questions 13, 14, 15a, 15b, 15c, 15d et 16 de la partie II du questionnaire (concernant ce qu'elles pensent savoir en général de leur contraception) avec le taux de bonnes réponses à la série sur leur propre contraception.

4. 3. 1 Contraception d'urgence (série n°1)

4. 3. 1. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III

Alors que seulement 69,6% des femmes se disent suffisamment informées sur la contraception d'urgence (question 15d), le taux de bonnes réponses à la série sur la pilule du lendemain (série n°1) est de 77,34%.

Les connaissances des femmes sur la contraception d'urgence sont donc meilleures que l'estimation qu'elles en font.

4. 3. 1. 2 Relation entre antécédents contraceptifs (utilisation d'une CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur la contraception d'urgence

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre le fait d'avoir déjà utilisé une contraception d'urgence et les connaissances sur le sujet ($p=0,35$).

De même, les femmes qui ont déjà eu une grossesse non désirée ne répondent pas mieux aux questions sur la pilule du lendemain que celles qui n'en ont jamais eu ($p=0,65$).

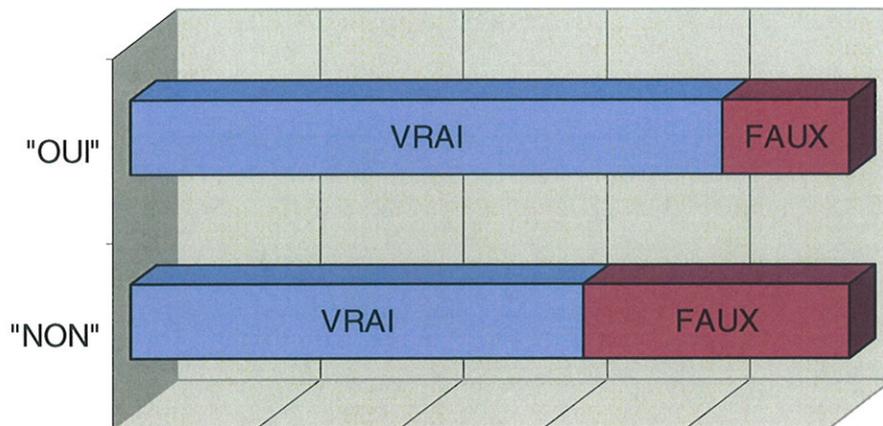
4. 3. 1. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur la contraception d'urgence

Il a été mis en évidence une différence, mais non significative, entre la sensation d'être bien informée sur la pilule du lendemain (réponse « OUI » à la question n°15d) et un taux élevé de bonnes réponses à la série de questions sur le sujet ($p=0,14$).

En effet, 82,2% des femmes qui se disent bien informées sur la pilule du lendemain atteignent le seuil minimum de bonnes réponses à la série n°1, contre seulement 62,9% de celles qui se déclarent insuffisamment informées sur le sujet.

Il semble donc exister une cohérence entre la sensation de savoir et les connaissances réelles des femmes de notre échantillon en ce qui concerne la contraception d'urgence.

Figure 48 : Corrélation entre sentiment d'être bien informée sur la contraception d'urgence et connaissances réelles sur le sujet



« OUI » / « NON » = réponse donnée à la question 15d

VRAI/FAUX= atteinte/ou non du seuil de 60% de bonnes réponses à la série n°1

4. 3. 2 Pilule (série n°2)

4. 3. 2. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III

Alors que 96,3% des utilisatrices d'une contraception orale se disent bien informées sur le *mode d'action* de leur contraception, le taux moyen de bonnes réponses aux items sur ce sujet au sein de la série n°2 n'est que 66,7%. Et seules 9,3% des femmes savent que leur pilule les protège des cancers de l'ovaire et de l'utérus.

De même sur la *conduite à tenir en cas de problème avec la pilule*, 94,4% des femmes sous pilule déclarent savoir quoi faire en cas de problème avec leur contraceptif, mais uniquement 75,9% savent qu'il existe un risque de grossesse pour un oubli de pilule supérieur à 12 heures et seulement 74,1% connaissent la possibilité d'utiliser une contraception d'urgence dans cette situation.

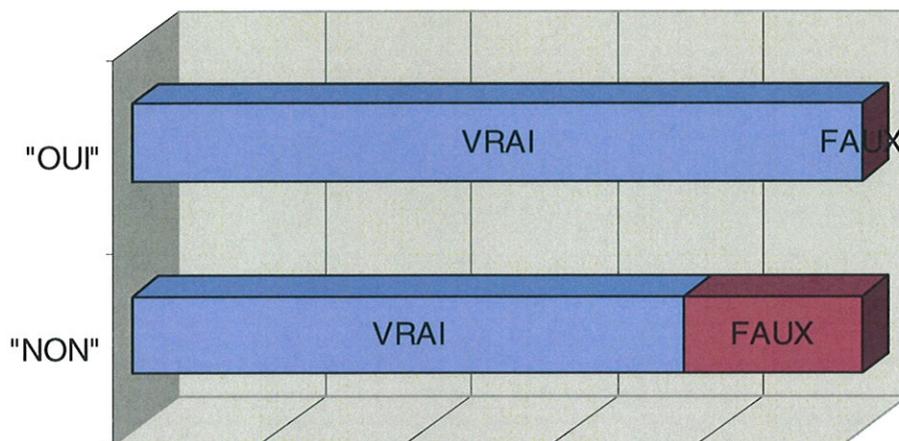
Enfin, sur l'*efficacité* de la contraception orale, 81,5% des utilisatrices se disent bien informées sur le sujet et elles semblent effectivement l'être, puisque le taux moyen de bonnes réponses aux items sur l'efficacité contraceptive est de 94,4%.

4. 3. 2. 2 Relation entre antécédent contraceptifs (utilisation d'une CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur la pilule

Il existe une relation statistiquement significative entre le fait d'avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence (réponse « OUI » à la question n°13) et celui d'être bien informée sur sa pilule chez les utilisatrices d'une contraception orale ($p=0,04$).

En effet, parmi nos utilisatrices de pilule, 100% de celles qui ont déjà eu recours à la pilule du lendemain atteignent notre seuil de 6 bonnes réponses sur 10 à la série n°2, alors qu'elles ne sont que 75,6% à atteindre ce seuil lorsqu'elles n'ont jamais utilisé de contraception d'urgence.

Figure 49 : Corrélation entre antécédents d'utilisation d'une contraception d'urgence et connaissances réelles sur la pilule



« OUI »/ « NON »= réponse donnée à la question n°13

VRAI/FAUX= atteinte/ou non du seuil de 60% de bonnes réponses à la série n°2

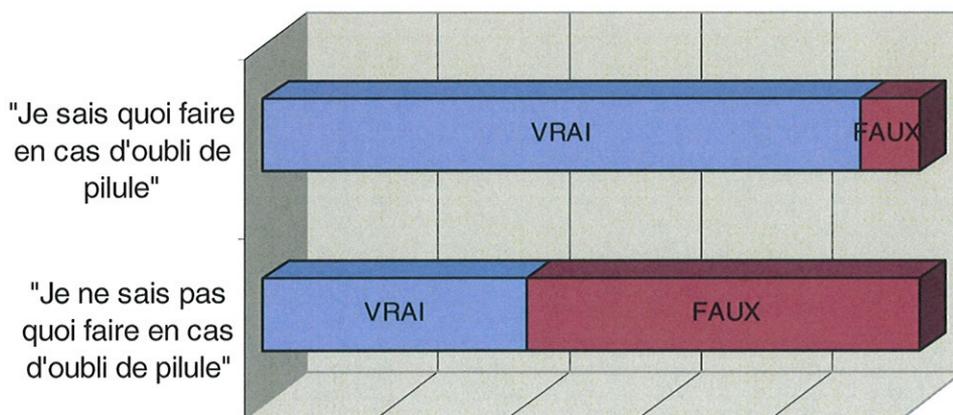
En revanche, on n'a pas retrouvé de relation statistiquement significative entre un antécédent de grossesse non désirée (question 14) et le niveau de connaissances des utilisatrices sur la pilule ($p=0,26$).

4. 3. 2. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur la pilule

On n'a pas retrouvé de relation statistiquement significative entre la sensation d'être bien informée sur le mode d'action ($p=0,49$) ou l'efficacité ($p=0,49$) de sa propre contraception (questions 15a et 15b) et le niveau de connaissances réelles sur la pilule.

Cependant, il existe une relation statistiquement significative entre un taux élevé de bonnes réponses à la série de questions sur la pilule et la connaissance de la conduite à tenir en cas de problème avec son contraceptif (réponse « OUI » à la question 15c) ($p=0,0002$). En effet, **les femmes utilisatrices de pilule qui déclarent savoir quoi faire en cas d'oubli de leur contraceptif répondent bien à 90,9% au questionnaire sur la pilule**, alors que celles qui déclarent ne pas savoir quoi faire en cas d'oubli ne sont que 40% à y répondre correctement.

Figure 50 : Corrélation entre connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli et taux de bonnes réponses aux questions sur la pilule

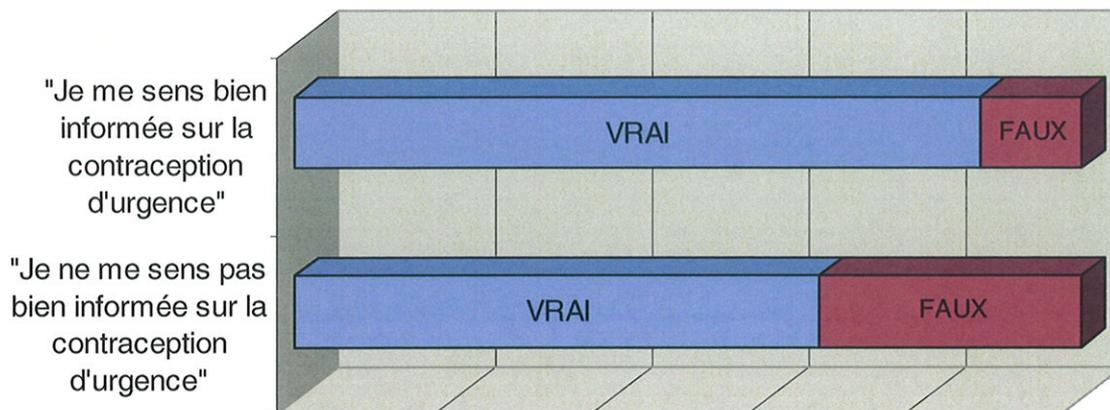


« Je (ne) sais... »= réponse donnée à la question 15c
 VRAI/FAUX=atteinte/ou non du seuil de 60% de bonnes réponses à la série n°2

En ce qui concerne la pilule du lendemain, il existe un lien, mais peu significatif, entre se sentir bien informée sur le sujet (réponse « OUI » à la question n°15d) et avoir de bonnes connaissances sur sa pilule ($p=0,08$).

On note ainsi que, concernant la série n°2 sur la pilule, **87,2% des femmes qui se déclarent bien informées sur la pilule du lendemain répondent correctement aux questions sur leur contraception orale**, alors que seulement 66,6% des femmes qui se sentent insuffisamment informées sur la CU atteignent notre seuil de 6 bonnes réponses sur 10.

Figure 51 : Corrélation entre sensation d'être bien informée sur la contraception d'urgence et connaissances réelles sur la pilule



« Je (ne) me sens... »= réponse donnée à la question n°15d

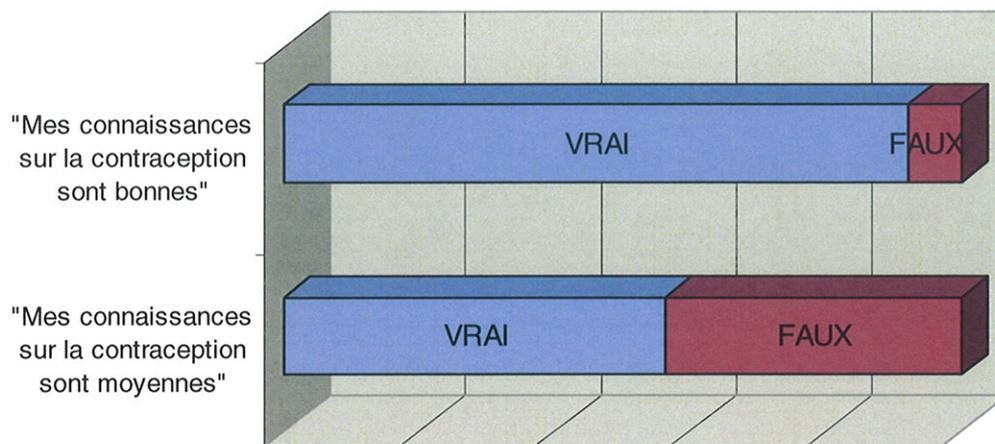
VRAI/FAUX=atteinte/ou non du seuil de 60% de bonnes réponse à la série n°2

Enfin, en ce qui concerne les connaissances globales sur la contraception, il existe une relation statistiquement significative entre l'évaluation de ses connaissances globales sur la sujet et le niveau réel de connaissances sur la pilule chez les utilisatrices ($p=0,002$).

Ainsi, **les femmes utilisatrices de pilule qui évaluent leurs connaissances globales sur la contraception comme « bonnes » (question 16) sont 92,1% à répondre correctement à la série sur la pilule**, alors qu'elles ne sont plus que 56,3% lorsqu'elles ont auparavant jugé leurs connaissances globales comme « moyennes ».

A noter **qu'aucune utilisatrice de pilule n'a jugé ses connaissances globales comme « insuffisantes ».**

Figure 52 : Corrélation entre évaluation de ses connaissances globales sur la contraception et connaissances réelles sur la pilule



« Mes connaissances... »= réponse donnée à la question n°16
 VRAI/FAUX=atteinte/ou non du seuil de 60% de bonnes réponses à la série n°2

4. 3. 3 Stérilet (série n°3)

4. 3. 3. 1 Comparaison générale entre partie II et partie III

Alors que 95,6% des femmes de notre échantillon porteuses d'un DIU se disent bien informées sur son *mode d'action*, elles ne sont que 65,2% à savoir qu'il ne bloque (généralement pas) l'ovulation. Par contre 86,9% des utilisatrices d'un DIU connaissent son action anti-nidatoire.

De même, concernant l'*efficacité* du stérilet, 95,6% des utilisatrices déclarent être bien informées sur le sujet, alors que seules 78,3% d'entre elles savent qu'il est l'un des modes de contraception les plus efficaces.

Enfin, à l'inverse, si seulement 78,3% des femmes sous stérilet se disent bien informées de la *conduite à tenir en cas de problème* ou de douleurs liées au DIU, elles sont 95,7% à connaître les symptômes inquiétants qui doivent conduire à demander un avis médical.

4. 3. 3. 2 Relation entre antécédents contraceptifs (utilisation d'un CU ou grossesse non désirée) et connaissances sur le stérilet

Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre les connaissances des femmes sur leur stérilet et les antécédents d'échecs contraceptifs, que ce soit pour un antécédent de recours à la pilule du lendemain ($p=0,48$) ou pour un antécédent de grossesse non désirée ($p=0,91$).

4. 3. 3. 3 Relation entre impression de savoir et connaissances réelles sur le stérilet

On n'a pas retrouvé de relation statistiquement significative entre l'impression d'être bien informée sur la contraception et le niveau de connaissances des utilisatrices sur leur stérilet, que ce soit pour son mode d'action ($p=0,62$), son efficacité ($p=0,62$), la conduite à tenir en cas de problème ($p=0,15$), la contraception d'urgence ($p=0,53$) ou les connaissances globales sur la contraception ($p=0,58$).

CHAPITRE 3 :

DISCUSSION

1. DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

1. 1 Définition de l'objectif de l'étude

Nous avons choisi, en nous intéressant à la question de l'information des femmes sur leur propre contraception, de ne pas nous attacher uniquement à la contraception orale, même si elle reste le principal mode de contraception des femmes françaises.

Cela nous a permis d'élargir notre champ d'investigation mais nous a également et surtout contraints à concevoir un outil de recueil de données qui puisse s'adapter à tous les modes de contraception utilisés en France.

1. 2 Conception du questionnaire

Même si les femmes n'ont répondu qu'à une trentaine de questions simples et pour la plupart fermées, le support papier du questionnaire a pu sembler long (6 pages recto). En effet, la dernière partie du questionnaire était constituée d'un quizz de sept séries de questions, alors que chaque femme ne répondait qu'à deux séries de questions (une pour la contraception d'urgence et une autre pour sa propre contraception).

En outre, même si le principe de ne répondre qu'à deux séries de questions sur sept était clairement expliqué dans le questionnaire, cela a pu engendrer des difficultés de réalisation pour certaines femmes. En effet, certaines n'ont répondu qu'aux généralités du questionnaire, d'autres n'ont répondu qu'à la série sur la contraception d'urgence. A noter qu'une femme a même répondu à toutes les séries de questions !

Enfin, le fait de s'intéresser aux connaissances des femmes sur leur contraception a impliqué de poser des questions quelques peu techniques, d'aborder des notions parfois complexes ou inconnues pour elles, même si nous nous sommes appliqués à simplifier au maximum la formulation des questions, notamment dans le quizz.

1. 3 Recueil de données

L'envoi des questionnaires a eu lieu le 5 Janvier 2009, avec une date limite de réponse initialement fixée au 13 Mars 2009. Le recueil de données s'est donc déroulé au cours d'une période de forte activité épidémique, ce qui a probablement limité l'implication des médecins et des secrétaires dans la distribution des questionnaires aux patientes, par manque évident de temps.

Il était précisé dans le courrier d'introduction que les femmes pouvaient finir de remplir le questionnaire chez elles et le rapporter ultérieurement au cabinet dans le cas où elles n'auraient pas eu le temps de terminer en salle d'attente. Cependant, cette façon de procéder a occasionné beaucoup de « pertes » de questionnaires qui n'ont jamais été remis. En effet, de nombreux groupes médicaux nous ont réexpédié une enveloppe incomplète, ne contenant pas les dix questionnaires, en nous précisant que certains n'avaient jamais été rendus.

De plus, l'envoi groupé de dix exemplaires du questionnaire à chaque groupe médical, bien qu'apparaissant initialement comme la formule idéale, a conduit au non-retour d'un grand nombre de questionnaires. En effet, pour chaque groupe qui ne souhaitait pas participer à notre étude, nous perdions dix réponses.

Enfin, devant la nécessité de recueillir le maximum de questionnaires, nous avons inclus un groupe de questionnaires retourné bien après la date limite de réponse, c'est-à-dire plus d'un mois après celle-ci.

1. 4 Population de notre échantillon

Il faut noter tout d'abord, malgré un taux de réponse satisfaisant, la petite taille de notre échantillon : seulement 91 femmes ont pu être incluses dans notre étude, l'échantillon étant encore fragmenté en plus petits groupes lorsque l'on s'attache aux différents modes de contraception.

Nous avons initialement choisi de cibler les femmes de 18 à 44 ans, puisque cette tranche d'âge est utilisée dans la plupart des études sur la contraception. Cependant parmi les questionnaires qui nous ont été retournés, nous avons décidé de ne pas exclure 5 femmes qui n'entraient pas dans cette tranche d'âge mais qui avaient répondu à l'intégralité du questionnaire : elles étaient âgées de 16 ans, 17 ans pour deux d'entre elles, 49 ans et 50 ans. Elles n'ont pas été exclues puisqu'elles étaient sous contraceptif et (*a priori*) en âge de procréer.

Bien qu'un des critères d'inclusion reposait sur l'utilisation d'une contraception au moment de l'étude, 4 femmes ont rempli le questionnaire en spécifiant n'en utiliser aucune. En effet, la distribution des questionnaires a dû être déléguée par l'investigateur à une tierce personne (secrétaire ou médecin) et la difficulté a pu résider dans le manque de temps nécessaire pour cibler la patiente correspondant aux critères d'inclusion.

Pour autant, les réponses données par ces femmes ont été exploitées pour nos statistiques, notamment les informations sociodémographiques, les antécédents contraceptifs et l'auto-appréciation des connaissances.

De plus, malgré un objectif de représentativité par rapport à la population générale, la petite taille de notre échantillon est probablement responsable du fait qu'aucune des femmes interrogées n'utilisait l'implant contraceptif. L'évaluation des connaissances des femmes sur ce mode contraceptif n'a donc pas pu être réalisée.

Enfin, comme précisé plus haut, certaines femmes n'ont répondu qu'aux questions générales du questionnaire sans répondre au quizz, certaines dans le quizz n'ont répondu qu'à la série sur la contraception d'urgence, sans répondre à la série sur leur contraception. Pour ces questionnaires incomplets, toutes les données exploitables ont tout de même été utilisées afin de ne pas amoindrir encore notre échantillon, au risque de perdre en puissance statistique.

1. 5 Analyse statistique

Pour faciliter l'analyse statistique, nous avons effectué des regroupements catégoriels concernant la situation maritale. En effet, parmi les catégories proposées, nous avons distingué les femmes se déclarant « en couple », c'est-à-dire mariées ou vivant en union libre, de celles « non en couple », c'est-à-dire célibataires, veuves ou divorcées.

Il s'agit là d'un biais de mesure, puisque nous avons volontairement occulté le fait que certaines femmes se déclarant célibataires, veuves ou divorcées puissent vivre en couple. Le déclaratif a donc été privilégié.

De plus, du fait de la petite taille de notre échantillon, certains éléments sociodémographiques qui auraient pu avoir du poids sur le savoir contraceptif n'ont pas été à la hauteur de nos espérances. C'est le cas pour l'âge de la première grossesse, un peu plus de la moitié de notre échantillon seulement ayant déjà des enfants. Il en va de même pour le nombre d'enfants, notre moyenne étant de 1,11 enfant par femme, soit inférieure à la moyenne nationale. Ces éléments n'ont donc pas pesé assez lourd statistiquement pour être rattachés aux connaissances des femmes sur la contraception.

Toujours du fait de la faible taille de notre échantillon, encore fragmenté entre les différents modes contraceptifs utilisés, l'analyse statistique des réponses données au quizz n'a pu être réalisée que pour la contraception d'urgence, la pilule et le stérilet. Les autres méthodes contraceptives (patch, anneau vaginal, préservatif, contraception locale, méthode naturelle) formaient des sous-groupes trop petits et non exploitables statistiquement (n inférieur ou égal à 5).

Enfin, les réponses données dans le questionnaire étant pour moitié celles du quizz, il nous a fallu choisir un système de notation afin de juger des connaissances de chaque femme. Nous avons pour cela décidé d'un pourcentage-seuil de bonnes réponses au-delà duquel les connaissances pouvaient être considérées comme bonnes, et en deçà duquel elles étaient insuffisantes.

Le seuil de 60% de bonnes réponses a été choisi *a posteriori*, après analyse des réponses, ce taux paraissant acceptable, abordable et permettant de limiter « l'effet seuil ».

Même si la définition de ce seuil était nécessaire pour l'analyse statistique, elle a nécessairement biaisé les résultats en répartissant de façon binaire les multiples notes obtenues aux différents quizz.

2. FORCES DE NOTRE ETUDE

2. 1 Champ d'investigation

Comme nous l'avons déjà précisé, notre étude prospective cherche à évaluer les connaissances des femmes sur leur contraception en s'intéressant à tous les modes contraceptifs. Ainsi, toute femme peut répondre à notre questionnaire, qu'elle utilise une pilule œstroprogestative ou une méthode naturelle de contraception.

De plus, nous avons réalisé cette enquête au sein d'une patientèle de médecine générale de la Haute-Vienne, avec une répartition territoriale assez homogène entre les différents secteurs d'habitation du département (urbain, semi-rural et rural). Grâce à la proximité géographique de l'étude et à sa répartition territoriale, l'ensemble des médecins généralistes et gynécologues du département peuvent se sentir concernés par les résultats.

2. 2 Questionnaire (Annexe 2)

Sa faisabilité et sa reproductibilité ont été au préalable testées sur un échantillon de quelques patientes qui l'ont jugé simple à comprendre et facile à remplir.

L'anonymat du questionnaire assure à la femme une liberté de réponse, sans crainte d'être jugée, ni par le médecin ou la secrétaire qui collige les questionnaires, ni par l'investigateur.

Sur la forme, le questionnaire se veut attractif et ludique et vise à impliquer la femme dans ses réponses en utilisant des pronoms personnels : « Ma contraception et moi », « A

propos de moi », « A propos de ma contraception », « Ce que je sais de ma contraception ». Les différentes parties du questionnaire s'articulent ainsi plus facilement.

2. 3 Résultats

Le **taux de réponse** des cabinets médicaux est très **satisfaisant**, car même si l'on ne recueille que 91 questionnaires, 27,5% des groupes médicaux sollicités ont répondu à notre enquête, soit plus d'un quart d'entre eux. Ceci témoigne d'une implication certaine sur le sujet.

La **population étudiée est jeune**, puisque les moins de 35 ans représentent presque deux tiers de notre échantillon, ce qui nous a permis d'évaluer les informations sur la contraception reçues par les plus jeunes. Ceci est particulièrement intéressant, car les femmes jeunes sont considérées, peut être à tort, comme plus à risque de grossesse non désirée par manque d'information, négligence ou mode de vie difficilement compatible avec une contraception suivie.

Pour les femmes sous contraceptif oral, il était demandé dans le questionnaire de préciser le nom de sa pilule. Il est important et satisfaisant de noter que sur les 54 femmes prenant une contraception orale, seules 2 femmes n'ont pas précisé le nom de leur contraceptif. **Toutes les autres savaient le nom de leur pilule** et l'ont noté.

Concernant les sources d'information, il est positif de constater que **toutes les femmes ont cité au moins une source d'information** qui pourrait répondre de façon satisfaisante à des questions qu'elles se poseraient sur la contraception. Aucune femme n'a coché la question « Personne » et le médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue arrive largement en tête de ces sources d'informations devant Internet.

Enfin, il est intéressant de constater qu'il n'existe pas de différence significative entre les patientes informées par leur médecin traitant et celles par leur gynécologue. La qualité de l'information délivrée par les médecins généralistes et les gynécologues semble donc équivalente.

3. QUE SAVENT VRAIMENT LES FEMMES SUR LEUR CONTRACEPTION ? ET IMPLICATIONS

3. 1 Impression générale

Globalement, les femmes se sentent bien informées sur leur contraception, elles en ont une vision largement positive puisque 97,6% d'entre elles s'en disent satisfaites. Elles sont fidèles à leur contraceptif et favorisent, pour majorité d'entre elles, une utilisation prolongée.

Cette **attitude positive** vis-à-vis de la contraception est retrouvée dans une enquête française réalisée en 2001 par sondage de 3609 femmes de 15 à 45 ans (32). Cette étude montre que l'opinion des femmes sur la contraception orale reste très positive en France et que la plupart des femmes sont convaincues de son efficacité. Elles sont fidèles à la même spécialité de pilule et l'utilisent de façon prolongée.

Dans notre étude, **la poursuite d'études supérieures, la longue durée d'utilisation et la vie en couple majorent la sensation d'être bien informée** sur sa contraception.

3. 2 Ce qu'elles savent et ne savent pas

3. 2. 1 Sur la contraception d'urgence (CU)

Les connaissances des femmes sur la CU sont globalement **meilleures que ce qu'elles pensent**. Et elles semblent aussi bien informées sur le sujet, que leur contraceptif soit prescrit par un médecin généraliste ou par un gynécologue.

Les femmes les plus jeunes de notre échantillon (16-25 ans) répondent le mieux aux questions sur le sujet, de même que celles ayant un niveau d'études supérieur ou égal au lycée.

On note cependant que **seules deux tiers des femmes interrogées connaissent le délai maximal de 72 heures** pour utiliser une CU.

Et celles qui ont déjà utilisé une CU ne répondent pas mieux aux questions sur le sujet.

Cette meilleure information des femmes jeunes et le rôle des études ont également été constatés dans une étude sur les connaissances des femmes de 18 à 44 ans sur la CU en Californie (33).

Dans cette étude, des lacunes sur le sujet apparaissent également puisque seules 38% des femmes interrogées pouvaient identifier un moyen d'éviter une grossesse non désirée dans les

72 heures suivant un rapport sexuel à risque. Cependant, **les femmes qui avaient consulté au Planning Familial dans l'année précédente avaient de meilleures connaissances sur la CU**, ce qui indique que les professionnels de santé informent et éduquent de façon efficace les femmes à risque de grossesse non désirée.

3. 2. 2 Sur la contraception orale

Globalement, parmi les utilisatrices d'une pilule, **les femmes les plus âgées, celles ayant poursuivi des études supérieures, celles ayant eu une première grossesse plus tardive et celles utilisant leur pilule depuis plus longtemps, répondent mieux aux questions sur la contraception orale.**

On note également qu'au sein de notre échantillon, les femmes résidant en zone rurale répondent mieux aux questions sur la pilule.

Presque toutes les utilisatrices d'une contraception orale connaissent son efficacité en utilisation optimale. Elles **semblent également bien informées sur les risques de l'association pilule-tabac.**

De façon encourageante, une large majorité de femmes sait qu'il faut poursuivre sa plaquette en cas d'oubli de pilule. Et les femmes ayant déjà utilisé une contraception d'urgence ont de meilleures connaissances sur leur pilule que celles qui n'y ont jamais eu recours.

De façon plus inquiétante, alors que la quasi-totalité des femmes déclarent savoir quoi faire en cas d'oubli de pilule, **un quart d'entre elles pense qu'il est trop tard pour utiliser une CU si l'oubli dépasse douze heures, et trois quart seulement des femmes sous pilule connaissent le risque de grossesse pour un oubli supérieur ou égal à douze heures.**

Et bien qu'elles se disent suffisamment informées sur le sujet, seulement deux tiers savent que la pilule bloque l'ovulation et seules **9,3% savent qu'elle diminue le risque de cancer de l'ovaire et de l'utérus.**

Ces connaissances sont globalement superposables à celles retrouvées dans une étude en 2004 en France sur une population de médecine générale (34) : l'efficacité de la méthode contraceptive est connue, les connaissances s'accroissent avec le niveau d'études, l'utilisation prolongée de la pilule améliore le niveau de connaissances.

Cependant, cette étude rapporte une meilleure connaissance du risque de grossesse en cas d'oubli supérieur à douze heures, puisque 93,9% des femmes de leur enquête connaissent ce délai contre 75,9% dans notre échantillon.

Et l'ignorance concernant la réduction du risque de certains cancers n'est pas propre à notre échantillon : en 2008, une étude américaine (35) s'intéresse aux connaissances des femmes sur les différents modes contraceptifs et constate que seules 41% des femmes interrogées connaissent ce bénéfice de la pilule.

Ce manque d'information des femmes sur la réduction du risque de cancer de l'ovaire et de l'utérus sous pilule semble généralisé : une étude américaine similaire (36) réalisée sur une patientèle féminine de salle d'attente montre que moins de 15% d'entre elles connaissent le bénéfice sur le cancer de l'utérus et 28% connaissent celui sur le cancer de l'ovaire.

Et le niveau d'études ne semble pas jouer un rôle dans cette méconnaissance : une étude (37) réalisée par le Service de Santé de l'Université de Yale auprès de femmes adultes montre que 80 à 95% d'entre elles ignorent également ce bénéfice de la contraception orale.

3. 2. 3 Sur le DIU

Presque toutes les femmes porteuses d'un DIU **connaissent les effets secondaires possibles et les symptômes devant conduire à une consultation médicale.**

De façon inattendue, les femmes de notre échantillon sous DIU qui ont un niveau d'études inférieur ou égal au niveau lycée, semblent mieux informées sur le sujet que celles ayant poursuivi des études supérieures.

Cependant, **la précocité de la première contraception**, qui semble corrélée à une précocité des premiers rapports sexuels, est liée à une **moins bonne connaissance de sa contraception** chez nos utilisatrices de DIU.

De plus, seulement **13% des utilisatrices d'un DIU savent qu'il peut majorer les risques infectieux utéro-annexiels.**

Et alors que la quasi-totalité d'entre elles se dit bien informée sur l'efficacité et le mode d'action de sa contraception, **trois quarts d'entre elles seulement savent qu'il est l'un des contraceptifs les plus efficaces**, et deux tiers seulement savent qu'il ne bloque généralement pas l'ovulation.

Les connaissances sur le DIU sont médiocres, même parmi les utilisatrices, comme le montre une étude américaine récente (38) dans laquelle deux tiers des femmes interrogées sous-estiment l'efficacité du DIU, d'autant plus qu'elles en utilisent un ou en ont utilisé un par le passé.

Plus de la moitié des 1665 femmes interrogées dans cette étude n'ont pas répondu correctement aux questions sur l'utilisation et la sûreté du DIU, qu'elles soient utilisatrices actuelles, anciennes utilisatrices ou non utilisatrices.

Une forte inquiétude concernant les complications associées au DIU a également été mise en évidence : 36% craignent des douleurs pelviennes, 30% une infertilité, 14% un cancer et 11% une IST.

Et pourtant, dans les recommandations officielles de 2004 (9) sur le DIU il est bien précisé que :

- si le **risque de maladie inflammatoire pelvienne** lié à la pose est avéré, il est essentiellement **limité aux trois semaines qui suivent son insertion**,
- **aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares**,
- **le risque de grossesse extra utérine est extrêmement faible** au regard de l'efficacité du DIU.

Le groupe de travail recommande même, afin que l'accès au DIU soit facilité, que son utilisation soit mieux connue et que ses bonnes pratiques de pose fassent l'objet d'un enseignement, notamment dans le cadre des organisations professionnelles de Formation Médicale Continue.

3. 2. 4 Sur le patch contraceptif

Les connaissances sur le fonctionnement du patch contraceptif, son efficacité et son schéma hebdomadaire sont très bonnes, probablement grâce au caractère récent de ce mode de contraception.

Par contre, **seul un tiers des utilisatrices sait qu'il confère une sécurité contraceptive en cas de décollement**, et **un tiers également connaît le délai de sécurité de 48 heures en cas d'oubli de changement**.

Devant l'option contraceptive nouvelle et importante qu'offre le patch contraceptif, une étude américaine de 2008 (39) s'est attachée à comprendre les perceptions des femmes jeunes et des adolescentes sur ce mode contraceptif.

Bien qu'elles expriment un doute sur son efficacité et une appréhension sur l'utilisation de cette nouvelle méthode contraceptive, la plupart ont une vision positive du patch.

Elles notent la facilité d'observance mais sont gênées par la visibilité du patch et avancent un sentiment de risque pour la santé.

3. 2. 5 Sur l'anneau vaginal

Une seule femme de notre échantillon utilisait l'anneau vaginal, mais les réponses données sont très encourageantes car elle obtient un sans faute pour l'ensemble des questions sur le sujet. **L'information sur ce mode contraceptif récent semble avoir été intégrée**, d'autant qu'il s'adresse surtout à des femmes qui connaissent leur corps et leur contraception.

La même étude que précédemment (39) qui s'intéressait au patch contraceptif, s'est également penchée sur l'anneau vaginal contraceptif afin d'en comprendre les perceptions, les attentes et les craintes des adolescentes et des femmes jeunes.

Si les doutes sur l'efficacité de la méthode sont les mêmes que pour le patch, en revanche l'image de l'anneau vaginal auprès des femmes jeunes est moins bonne.

Elles rapportent deux éléments dissuasifs principaux : le premier est le problème de l'auto-insertion vaginale qui soulève la crainte de ne pas connaître suffisamment son corps ainsi que le tabou lié à la masturbation ; le second est la peur que le partenaire sexuel ressente l'anneau vaginal au moment du rapport sexuel.

3. 2. 6 Sur le préservatif et les contraceptions locales

Plus de **80% des femmes utilisatrices d'un préservatif savent qu'il existe un risque de grossesse en cas d'accident de préservatif**. Elles savent également qu'elles peuvent utiliser une CU dans ce contexte afin d'éviter une grossesse non désirée.

En revanche, **seules deux tiers des utilisatrices savent que le préservatif est le seul mode de contraception qui confère une double protection, à la fois contre la grossesse et les IST** ; deux tiers seulement que les contraceptions locales peuvent s'associer entre elles pour plus d'efficacité ; enfin, la moitié uniquement sait que le préservatif est la plus efficace des contraceptions locales, qu'il protège contre les infections à HPV et que les méthodes naturelles de contraception sont considérées comme peu fiables.

Les études réalisées sur l'évaluation des connaissances des femmes sur le préservatif ne vont pas toutes dans le même sens.

Une étude américaine (40) réalisée auprès de 539 patientes en Services d'Urgences montre de très bonnes connaissances sur l'usage du préservatif avec un taux de bonnes réponses supérieur à 91%. Cependant, les questions sur le sujet sont peu approfondies (Qui peut l'utiliser ? Pourquoi l'utiliser ? Quand l'utiliser ?) et ne recherchent pas un mésusage.

Au contraire, l'étude américaine (35) s'intéressant aux connaissances des femmes sur les modes contraceptifs met en évidence que les questions auxquelles les femmes ont le moins bien répondu sont celles concernant l'efficacité du préservatif masculin. 42% des femmes interrogées pensent qu'il est aussi efficace que la pilule, plus de la moitié d'entre elles (51%) pensent qu'il est efficace à 99%.

Ce manque d'information et cette **surestimation de l'efficacité contraceptive du préservatif masculin** expliquent que les utilisatrices qui se sentent pleinement protégées n'envisagent pas d'utiliser une méthode contraceptive plus fiable.

Rappelons que, d'après les recommandations de 2004 (9), le préservatif masculin a un **indice de Pearl de 14%** en utilisation courante et qu'il est classé parmi les méthodes contraceptives « ayant une **certaine efficacité** dans son emploi courant ».

3. 4 Implications

On constate globalement un **décalage entre ce que les femmes croient savoir et ce qu'elles savent réellement** sur leur contraception. L'impression de savoir est forte, et d'autant plus dangereuse qu'elle ne coïncide pas (ou en tout cas pas toujours) avec les connaissances réelles sur le sujet.

Il existe un écart non négligeable entre les explications reçues, les informations retenues et la mise en pratique au quotidien des connaissances sur la contraception.

On discerne un **manque d'information évident sur le mode d'action et l'efficacité du contraceptif utilisé, ainsi qu'une attitude souvent erronée en cas d'oubli de pilule.**

Ce manque d'information conduit à un mésusage contraceptif, responsable d'une moindre efficacité contraceptive voire d'un échec de la méthode, exposant ainsi la femme au risque de grossesse non désirée.

On estime qu'en France en 2003, **un tiers des grossesses survenues n'étaient pas planifiées** et se terminaient dans un cas sur deux par une IVG.

Dans deux tiers des cas, ces grossesses non désirées survenaient chez des femmes qui utilisaient déjà une contraception (41).

4. HYPOTHESES

Alors que les moyens de contraception se diversifient pour répondre aux attentes des femmes, se modernisent pour réduire les effets secondaires et les risques pour la santé, et s'améliorent en proposant une efficacité contraceptive croissante, le nombre de grossesses non désirées ne diminue pas, pas plus que le nombre d'IVG depuis 30 ans.

Etant donné que deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes utilisant déjà une contraception, on peut légitimement soulever l'hypothèse d'un mésusage contraceptif.

On peut incriminer le **manque global d'information** des femmes sur leur contraception ainsi qu'une **fausse et dangereuse « impression de savoir »** assez généralisée.

Mais d'où viennent ces carences ? Même si certains facteurs démographiques et socioculturels peuvent être avancés, ils sont loin d'expliquer en intégralité l'état des connaissances des femmes sur leur contraception.

Nous avons soulevé quelques pistes pour tenter d'expliquer ce défaut d'information.

4. 1 Idées reçues, mythes et impression de savoir

La **désinformation**, les **rumeurs** et les **mythes** ont toujours entouré la contraception à travers les âges. Ils sont très bien véhiculés et difficiles à dissiper.

Toni BELFIELD, spécialiste en information sur la sexualité en Grande Bretagne, appelle vivement à dissiper ces « mythes contraceptifs » (42) pour le tort qu'ils font à l'usage contraceptif. Mais pour les dissiper, il faut les rechercher et donc les connaître.

Parmi les mythes et idées reçues les plus répandus, on retrouve **pour la pilule**, une crainte de la stérilité, d'un retard du retour à la fécondité après l'arrêt, d'un défaut de croissance chez les adolescentes, d'une prise hormonale quotidienne dangereuse pour la santé. Certaines femmes préconisent entre elles l'usage de la pilule sur de courtes périodes, voire son interruption sur quelques cycles à intervalles réguliers pour éviter des problèmes de santé et relancer l'ovulation (« fenêtre thérapeutique »).

Concernant le stérilet, on entend souvent parler de contre-indication chez les nullipares (même parmi les professionnels de santé), de risques infectieux, même systémiques, et enfin certaines femmes croient que le stérilet fonctionne en provoquant un avortement par mois.

Les **méthodes barrières** sont mal connues, les spermicides sont réputés comme dangereux pour la santé, le préservatif féminin comme trop « bruyant », l'usage d'une contraception vaginale soulève, quant à lui, le tabou de la masturbation.

Enfin, concernant la **contraception d'urgence**, le terme de « pilule du lendemain » peut suggérer qu'elle ne s'utilise que dans les vingt quatre heures suivant un rapport à risque. Un effet tératogène est souvent craint en cas d'échec de la pilule du lendemain et certaines femmes pensent que l'on ne peut pas la réutiliser si l'on en a déjà eu l'usage au cours du même cycle.

Ces idées reçues ne peuvent généralement pas être détectées si elles ne sont pas recherchées, tout comme les « **impressions de savoir** ».

En effet, on a constaté un vrai décalage entre l'impression de savoir et le savoir réel chez de nombreuses femmes. Il ne s'agit pas là de surestimation de soi ni de mensonge, mais sans avoir pris conscience de ses lacunes, la femme ne perçoit pas son manque d'information et ne s'inquiète pas de ses décisions puisqu'elles les considèrent comme justes.

Et lorsque l'on demande à une femme si elle sait **quoi faire en cas d'oubli de sa pilule**, elle répond presque toujours par l'affirmative, tout simplement parce qu'elle est persuadée de savoir quoi faire. Si l'on ne vérifie pas l'information, on restera sur cette idée que la conduite à tenir est connue. Mais lorsqu'on lui fait préciser son attitude, on s'aperçoit alors que bien souvent **les connaissances sont approximatives** et que **la conduite à tenir est généralement compliquée et obscure dans son esprit**.

4. 2 Solitude des femmes dans la gestion de la contraception

La contraception est avant tout une question de couple qui implique nécessairement une **communication entre partenaires sexuels** ainsi qu'**avec les professionnels de santé**.

Jane OGDEN dans son article sur la psychologie de la contraception (43) explique que toutes les interactions nécessaires pour aboutir à une contraception efficace peuvent être une barrière à son accès.

En effet, l'usage contraceptif résulte de la sexualité du couple, et parler de contraception peut parfois être source d'anxiété, de gêne et d'embarras au sein du couple. Cette situation peut conduire au « non usage » contraceptif si l'un des deux partenaires n'est pas impliqué ou déterminé.

Et le contact nécessaire avec les professionnels de santé (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue, pharmacien) peut constituer un obstacle supplémentaire à la demande de contraception.

Le rapport de l'IGAS remis au Ministère de la Santé le 2 Février 2010 confirme en effet que **les problèmes d'accès à la contraception ne sont pas résolus** : coût des contraceptifs, non remboursement de la plupart d'entre eux, consentement parental nécessaire pour les mineurs ayant recours à la couverture sociale de leurs parents,...

Par ailleurs, alors que **les hommes** ont connu au fil de l'Histoire une longue expérience d'usage contraceptif, ils **ont progressivement été exclus de la sphère anticonceptionnelle** avec le développement de méthodes contraceptives féminines efficaces.

Et il a été démontré dans une étude mondiale (44) réalisée en 2002 et portant sur 9342 hommes de 18 à 50 ans dans neuf pays (Allemagne, France, Espagne, Suède, Etats-Unis, Mexique, Brésil, Argentine et Indonésie) que **les hommes français ne sont que 55% à participer au choix contraceptif avec leur partenaire**, ce qui représente le taux le plus bas de ces neufs pays (78% y participent en Argentine).

Et 83% des hommes français n'envisagent pas du tout pour eux-mêmes une contraception irréversible (vasectomie), contre seulement 31% des hommes mexicains.

L'implication des hommes sur la question de la contraception n'est effectivement pas bonne en France. Elle est pourtant nécessaire afin d'éviter un **sentiment de solitude des femmes** dans la gestion du contrôle des naissances, qui pourrait expliquer en partie un manque d'intérêt, un désinvestissement, voire un abandon de la contraception.

4. 3 Problème de transmission des informations par les professionnels de santé

Il existe en communication, on le sait, un fossé entre le message délivré, les informations retenues et la mise en pratique au quotidien de ce qui a été compris.

Il faut donc s'interroger sur la transmission des informations par les professionnels de santé.

Sur la forme, tout d'abord, Toni BELFIELD (45) insiste sur **l'importance du langage**. Des abus de langage et des approximations peuvent favoriser les malentendus et les incompréhensions. La « contraception », le « contrôle des naissances », l' « orthogénie », le « Planning Familial »... Tous ces termes sont-ils synonymes, sont-ils interchangeables, sont-ils clairs pour les utilisatrices ?

Le terme de « Pilule du lendemain » sous-entend-il qu'elle ne peut s'utiliser que le lendemain d'un rapport sexuel non protégé ?

Lorsque l'on évoque la « sécurité » de la contraception, parle-t-on de son efficacité ou de son innocuité pour la santé ?

Le langage utilisé peut être également trop technique ou inadapté au niveau de compréhension de la patiente. Et les incompréhensions qui en découlent sont trop souvent négligées par les femmes et les professionnels de santé eux-mêmes.

Sur le fond, enfin, le manque d'information des femmes sur leur contraception peut être en partie imputé à des **manquements des professionnels de santé sur le sujet**.

Le manque de temps et de rigueur dans la conduite de la consultation peuvent induire des omissions, comme rappeler la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, évoquer voire prescrire un CU en cas de besoin, rechercher ce qui est compris et ce qui ne l'est pas.

D'après MENIERE R. en 2004 (46), seul **un tiers des médecins interrogés** (généralistes et gynécologues) **rappelle systématiquement la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule à l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance**, 51,4% disent le faire de temps en temps et 14,6% avoue le faire rarement.

Ceci est d'autant plus important que cette même étude a montré que les oublis de pilule étaient liés entre autre au dernier prescripteur de la contraception, et notamment s'il ne s'agissait pas du médecin traitant ou du gynécologue traitant habituel.

Toujours dans cette étude, 48,1% des médecins déclarent s'informer systématiquement des oublis de pilule de leur patiente au cours des cycles précédents lors d'un renouvellement d'ordonnance.

Et lors d'une première prescription de pilule, 60,4% des médecins déclarent délivrer des explications uniquement orales, 20% utilisent un support visuel et 19,6% une brochure explicative.

Dans une étude américaine de 2008 (47), 3% des femmes rapportent qu'un médecin a parlé avec elles de la contraception d'urgence au cours de l'année précédente, et seulement 4% de celles qui ont consulté un gynécologue dans l'année précédente ont reçu des conseils sur le sujet.

Le message diffuse mal du prescripteur à l'utilisatrice. Et le manque de connaissances des professionnels de santé eux-mêmes sur le sujet contraceptif n'améliore pas cette transmission des informations.

Force est de constater que les connaissances théoriques et pratiques des médecins, notamment généralistes, ne sont pas toujours remises à jour dans le domaine contraceptif. Ceci peut largement affecter leur capacité de prescription, les explications qu'ils peuvent procurer, leurs réponses aux questions des utilisatrices et l'offre de soins qu'ils fournissent (prescription d'une contraception adaptée à chaque patiente, pose de DIU, voire d'implants).

Une très récente étude (48) réalisée auprès de 524 professionnels de santé américains (deux tiers de gynécologues et un tiers de généralistes) montre que **les professionnels de santé manquent réellement d'informations sur la contraception, principalement les médecins les plus âgés de l'échantillon et les généralistes.**

Les jeunes médecins, les médecins femmes, les gynécologues et les médecins qui pratiquent plus souvent des actes en lien avec la contraception et posent des DIU sont mieux informés que les autres.

Et ces lacunes peuvent dramatiquement affecter leur capacité à offrir des soins de qualité à leurs patientes puisque les médecins qui n'étaient pas bien informés sur les conditions d'accès à la CU étaient également ceux qui, de façon inappropriée, limitaient plus volontiers son utilisation par leurs patientes. Et 30% des médecins pensaient que la contraception hormonale n'était pas contre-indiquée en cas de migraine accompagnée.

Ces quelques hypothèses que nous soulevons pour tenter d'expliquer pourquoi le nombre de grossesses non désirées ne diminue pas, ne sont pas exhaustives.

En effet, on doit tenir compte, d'une part du taux d'échec des différentes méthodes contraceptives (49), et d'autre part du facteur humain qui fait qu'en pratique, on se réfère à l'efficacité contraceptive en usage *courant* plutôt qu'en usage optimal.

5. PERSPECTIVES D'AMELIORATION

5.1 Nouvelles stratégies d'information

Devant les nombreuses idées reçues et fausses impressions de savoir des femmes sur la contraception, il faut s'appliquer, au cours d'une consultation de première prescription ou de renouvellement de contraception :

- à explorer les non-dits, rechercher mythes et fausses croyances afin de les dissiper et de fournir en échange la juste information
- à vérifier ce qui est su ou pas, ce qui est compris ou pas, notamment par la reformulation
- à démasquer les « impressions de savoir » par des questions simples
- à écouter et à être clair dans la réponse.

Il faut s'efforcer de délivrer des informations claires et accessibles. **Ce que l'on dit et comment on le dit, les mots que l'on utilise sont capitaux** (45). C'est une responsabilité importante et il convient de s'y appliquer.

Dans ce but, des techniques permettant d'améliorer la transmission des informations au cours d'une consultation ont été proposées.

Plusieurs revues de la littérature se sont intéressées à ces méthodes. En 2008, LOPEZ LM (50) compare plusieurs études sur le sujet et met en évidence **qu'un gain significatif a pu être obtenu en utilisant un support audiovisuel** (diapositives) **par rapport à une simple présentation orale**. Par ailleurs, les explications données par catégories semblent plus efficaces que les approches numériques.

Enfin, une autre revue de la littérature de 2008 (51) s'intéresse à l'emploi de théories comportementales bien définies dans l'amélioration de l'usage contraceptif.

Ces théories comportementales servent à expliquer comment les gens réagissent et changent, en fonction des interactions avec l'environnement et avec eux-mêmes.

Plusieurs études mettent en évidence des résultats favorables sur l'usage d'un contraceptif, sur l'utilisation du préservatif et sur la réduction du nombre de grossesses non désirées dans les groupes ayant bénéficié d'une intervention de ces théories.

Les adolescentes sont la cible privilégiée de ces techniques avec le recours à l'entretien motivationnel et à des sessions répétées.

Ces théories quelques peu complexes sont intéressantes à connaître mais peu utilisables en pratique quotidienne.

Plus concrètement, rappelons que les recommandations de 2004 (9) décrivent comment mener idéalement une consultation de contraception : les **informations** données à la patiente sont **personnalisées, hiérarchisées, compréhensibles** et **adaptées** à chaque femme. Il est possible de **fournir un document écrit** complétant l'information orale. Une démonstration, voire un apprentissage par **manipulation** du contraceptif est souhaitable, enfin les possibilités de rattrapage en cas de problème sont abordées voire écrites, et la contraception d'urgence est expliquée.

Il semble évident que la délivrance d'un document écrit permet de faire fonctionner la mémoire visuelle et peut constituer une source d'information rassurante pour la patiente en cas de doute ou de questionnement ultérieur.

Mais les médecins ayant rarement à leur disposition un tel document, il faudrait qu'ils prennent l'habitude **d'utiliser le support de l'ordonnance** à ces fins **pour y préciser**, en quelques lignes **les informations capitales à retenir pour un bon usage contraceptif**.

Ceci semble d'autant plus facile à envisager avec le développement de l'informatisation des prescriptions au sein des cabinets médicaux (formule préalablement établie et insérée automatiquement sur l'ordonnance ?...).

5. 2 Développement de nouvelles méthodes contraceptives masculines (5)

Nous avons constaté précédemment le manque d'implication des hommes dans la contraception et notamment en France. De spectateurs, ils pourraient devenir acteurs de la contraception, et notamment par le biais de nouvelles options contraceptives masculines.

De nombreuses études se sont intéressées au sujet, notamment (42) et (44), qui relatent chez les hommes les **mêmes attentes et les mêmes craintes que les femmes** : recherche d'une efficacité contraceptive, absence de nocivité pour la santé, limitation des effets secondaires et facilité d'observance.

Le but de la contraception masculine existante est d'inhiber la production de spermatozoïdes par inhibition de la FSH et de la LH, tout en maintenant un taux d'androgènes

physiologique, pour assurer une fonction sexuelle et des caractères sexuels secondaires normaux. Plusieurs possibilités contraceptives hormonales existent :

- les androgènes seuls à forte dose
- les agonistes de la GnRH
- les antagonistes de la GnRH associés à des androgènes
- les androgènes associés à un progestatif.

En théorie, ces méthodes existent mais présentent plusieurs inconvénients : délai d'action de 74 jours pour inhiber la spermatogénèse, délai de réversibilité de 3 mois, effets secondaires à long terme des androgènes et des progestatifs à forte dose encore peu connus, modes d'administration complexes, suppression inconstante de la spermatogénèse...

Malgré de nombreuses recherches depuis plus de trente ans, il n'existe pas à l'heure actuelle de contraceptif masculin hormonal couramment disponible.

En pratique, le préservatif reste actuellement le contraceptif masculin le plus facile à utiliser.

Pour l'avenir, les nouvelles associations de progestatifs et d'androgènes, en particulier l'association du Désogestrel per os et de l'Undécanoate de Testostérone sont encourageantes. Cependant leurs effets à long terme sur l'hémostase, la prostate et le risque cardiovasculaire nécessitent d'être encore évalués.

Les hommes comme les femmes attendent en tout cas une contraception masculine efficace, non astreignante et bien tolérée. La majorité d'entre eux souhaitent une « pilule pour hommes » (52). La recherche s'emploie actuellement à répondre à ces attentes.

5. 3 Renforcement de la formation des professionnels de santé

On n'explique bien que ce que l'on sait, on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Nous l'avons vu, le manque d'information et de formation des professionnels de santé sur les questions contraceptives participe à la méconnaissance et au mésusage des patientes. Une part des grossesses non désirées peut donc également y être attribuée.

Certains médecins généralistes, notamment les plus âgés, se sont désinvestis du sujet parce qu'il était jusque là couramment géré par leurs confrères spécialistes. Mais avec l'évolution de la démographie médicale, le recours à un gynécologue « de ville » devient difficile et les délais de rendez-vous s'allongent, notamment par défaut de renouvellement de la spécialité et par l'arrêt de la filière de gynécologie médicale.

Les médecins généralistes doivent donc répondre efficacement à la demande contraceptive de leurs patientes et patients. Et la féminisation de la population médicale en médecine générale pourrait encore accroître les sollicitations.

Pour cela, ils doivent **mettre à jour régulièrement leur savoir et leur savoir faire** dans le domaine contraceptif. L'offre évolue vite, propose régulièrement de nouvelles combinaisons de pilules, de nouveaux dispositifs, et rend la tâche complexe pour qui ne se tiendrait pas informé. La formation médicale initiale et continue est capitale, de même qu'une pratique régulière d'actes liés à la contraception.

Pour cela, l'accent doit être mis sur les **Diplômes Universitaires, la Formation Médicale Continue (FMC), les groupes d'échanges de pratiques, l'évaluation des pratiques professionnelles...**

Heureusement, de plus en plus de médecins généralistes s'impliquent aujourd'hui dans la contraception, le succès du Diplôme Inter Universitaire de Formation Complémentaire en Gynécologie et Obstétrique pour les Généralistes en témoigne.

Cet attrait est encourageant puisqu'il va permettre, notamment sur le sujet contraceptif, d'**élargir le champ des connaissances des médecins, d'améliorer l'accès à la contraception, de diversifier et d'adapter l'offre contraceptive** qu'ils délivrent, d'**améliorer la communication** avec les utilisatrices, afin d'**accroître l'implication et l'observance**.

Et c'est précisément ce que recommande l'IGAS dans son rapport sur l'« Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées » remis le 2 Février 2010 au Ministère de la Santé. Il y est précisé que **le développement de la formation initiale et continue des professionnels de santé est une condition essentielle** de la lutte contre les grossesses non désirées, et tout particulièrement dans le cadre de la revalorisation de la filière Médecine Générale.

En réponse à ce rapport, Madame la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot attribue aux médecins généralistes un rôle central en prévention et en contraception, puisque les **généralistes volontaires pourront proposer un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineurs** afin de favoriser le **conseil, la prescription et la délivrance de la contraception** chez les plus jeunes.

L'implication des médecins généralistes sur le sujet est donc essentielle.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les femmes d'aujourd'hui voient dans la contraception une opportunité, elles se sentent majoritairement bien informées sur la question et en ont une vision largement positive. Elles font confiance à leur médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue, pour leur procurer des informations sur le sujet.

Cependant, les idées reçues occupent une place encore très importante, l'« impression de savoir » est forte, d'autant plus inquiétante qu'elle ne correspond pas toujours aux connaissances réelles. On constate en effet un **décalage marqué entre ce qu'elles pensent savoir et ce qu'elles savent réellement de leur contraception** et les utilisatrices expriment une pleine confiance dans leurs connaissances sur le sujet, sans en percevoir les lacunes.

Il existe pourtant un **déficit global d'information** des femmes **sur l'efficacité et le mode d'action** de leur contraceptif, une **attitude souvent erronée en cas d'oubli de pilule**, et des **connaissances approximatives sur la contraception d'urgence**, notamment chez les **plus âgées**.

Ce manque d'information des femmes sur des aspects aussi importants de la contraception conduit à un mésusage souvent inconscient de la méthode qui peut expliquer une partie des échecs contraceptifs et des grossesses non désirées.

Et si les femmes ne savent pas tout sur le sujet, leurs médecins non plus ! En effet, les carences des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes sur la question, sont une barrière à l'accès par les femmes à des soins et des informations de qualité dans le domaine contraceptif.

L'accent doit impérativement être mis sur la **communication entre médecins et patientes**, ainsi que sur la **formation des professionnels de santé**.

L'amélioration de l'offre de soins en contraception en dépend.

Mais l'objectif principal réside avant tout dans la réduction des grossesses non désirées, et notamment celles liées à un manque d'information ou à un mésusage de la contraception. C'est ce qui ressort du rapport de l'IGAS rendu à Madame la Ministre de la Santé, préconisant de faire appel aux médecins généralistes pour favoriser le conseil, l'accès, la prescription et la délivrance des contraceptifs.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Définition de l'OMS
- (2) GAFFIOT F. Dictionnaire Latin-Français : le Grand Gaffiot, 2^{ème} édition revue et augmentée. Paris : Hachette, 2000, 1766 p.
- (3) FERROUL Y., DRIZENKO A., BOURY D. Régulation des naissances. In : Médecin et médecine. Manuel d'introduction à l'étude de l'histoire de la médecine. Paris : Honoré Champion, 2005, 184 p.
- (4) BERTHET R. Histoire de la contraception. In : Petite histoire de la médecine. Paris : L'Harmattan, 2005, 262 p.
- (5) SERFATY D. Contraception. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 2007, 530 p.
- (6) HALIOUA B. Médecine du XX^{ème} siècle. In : Histoire de la médecine. Paris : Masson, 2001, 242 p.
- (7) LELONG N., MOREAU C., KAMINSKI M., et l'équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005, 34, 1-C1, p. 53-61
- (8) VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, 2006, numéro 522, 8 p.
- (9) ANAES-Afssaps-Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, 2004, 46 p.
- (10) GRAESSLIN O., QUEREUX C. Mise au point sur la contraception. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2005, 34, 6, p. 529-556
- (11) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4^{ème} édition, Genève, 2009, 129 p.
- (12) Vidal 2009 : Le Dictionnaire. 85^{ème} édition. Paris : Ed du Vidal, 2009, 3024 p.
- (13) BURKMAN RT. Transdermal hormonal contraception : benefits and risks. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007, 197, 2, p. 134e1-6
- (14) URDL W., APTER D., ALPERSTEIN A., et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond : factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2005, 121, 2, p.202-210
- (15) DIEBEN T., ROUMEN FJ., APTER FD. Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. Obstetrics and Gynecology, 2002, 100, p 583-593

- (16) ODDSON K., LEIFELS-FISCHER B., ROBERTO DE MELO N., et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (Nuvaring®) compared with a combined oral contraceptive pill: a one year-randomized trial. *Contraception*, 2005, 71, 3, p.176-182
- (17) BURKMAN R., SCHLESSELMAN J., ZIEMAN M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190, p. S5-S22
- (18) WHO collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives : results of an international multicentre case-control study. *Lancet*, 1997, 349, p. 1202-1209
- (19) COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and hormonal contraceptives : collaborative analysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996, 347, p. 1713-1727
- (20) MARCHBANKS PA., MCDONALD JA., WILSON HG., et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2002, 346, p. 2025-2032
- (21) SMITH JS., GREN J., BERRINGTON DE GONZALEZ A., et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives : a systematic review. *Lancet*, 2003, 361, 1159-1167
- (22) LURIE G., THOMPSON P., MCDUFFIE KE., CARNEY ME., et al. Association of estrogen and progestin potency of oral contraceptives with ovarian carcinoma risk. *Obstetrics and Gynecology*, 2007, 109, 3, p. 597-607
- (23) SCHLESSELMAN JJ. Risk of endometrial cancer in relation to use of combined oral contraceptives : a practitioner's guide to meta-analysis. *Human Reproduction*, 1997, 12, p. 1851-1863
- (24) FERNANDEZ E., LA VECCHIA C., BALDUCCI A. Oral contraceptives and colorectal cancer risk : a meta-analysis ; *British Journal of Cancer*, 2001, 84, p. 722,727
- (25) RICE CF., KILLICK SR., DIEBEN T. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75µg and levonorgestrel 30µg daily. *Human Reproduction*, 1999, 14, p. 982-985
- (26) CROXATTO HB., MÄKÄRÄINEN L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon® ; an overview of the data. *Contraception Supplement*, 1998, 58, p. S91-S97
- (27) D'ARCANGUES C. WHO statement on hormonal contraception and bone health. *Contraception*, 2006, 73, p. 443-444
- (28) LÄHTEENMÄKI P., RAURAMO I., BACKMAN T. The Levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Steroids*, 2000, 65, 10-11, p. 693-697

- (29) ANDERSSON JK., RYBO G. Levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990, 97, p. 690-694
- (30) WINER RL., HUGUES JP., FENG Q., et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*, 2006, 354, p. 2645-2654
- (31) WALD A., LANGENBERG AG., KRANTZ E., et al. The relationship between condom use and herpes simplex virus acquisition. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143, p. 707-713
- (32) LAVEISSIERE MN., PELISSIER C., LE MG. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003, 31, 3, p. 220-229
- (33) FOSTER DG., HARPER CC., BLEY JJ., et al. Knowledge of emergency contraception among women aged 18 to 44 in California. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 191, 1, p. 150-156
- (34) FIGON S., FERRE G., MOREAU A. Contraception : que savent les femmes ? *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2007, 21, p.179-181
- (35) SCHRAGER S., HOFFMANN S. Women's knowledge of commonly used contraceptive methods. *Wisconsin Medical Journal*, 2008, 107, 7, p. 327-330
- (36) PICARDO CM., NICHOLS M., EDELMAN A., et al. Women's knowledge and sources of information on the risks and benefits of oral contraception. *The Journal of The American Medical Association*, 2003, 58, p. 112-116
- (37) PEIPERT JF., GUTMANN J. Oral contraceptive risk assessment : a survey of 247 educated women. *Obstetrics and Gynecology*, 1993, 82, p. 112-117
- (38) HLADKY K., ALLSWORTH J., MADDEN T., et al. Knowledge of intrauterine contraception : a survey of women in the St Louis region. *Contraception*, 2009, 80, 2, p.215-216
- (39) RAINE TR., EPSTEIN LB., HARPER CC., et al. Attitudes towards the vaginal ring and transdermal patch among adolescents and young women. *Journal of Adolescent Health*, 2009, 45, 3, p. 262-267
- (40) MERCHANT RC., DAMERGIS JA., GEE EM., et al. Contraceptive usage, knowledge and correlates of usage among female emergency department patients. *Contraception*, 2006, 74, 3, p. 201-207
- (41) BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., et al. Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*, 2003, 18, p.994-998
- (42) BELFIELD T. Principles of contraceptive care : choice, acceptability and access. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2009, 23, 2, p. 177-185

- (43) OGDEN J. The psychology of contraception. *Women's Health Medicine*, 2005, 2, 5, p. 31-32
- (44) SAAD F., HEINEMANN K. What do men think about male fertility control? *American Journal of Men's Health*, 2009, 6, 3, p. 258
- (45) BELFIELD T. What we say and how we say it... *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2004, 30, 1, p. 11
- (46) MENIERE B., BASTIEN P. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine. Nancy : Université Henri Poincaré-Nancy 1, 2004, 97 p.
- (47) KAVANAUGH ML., SCHWARZ EB. Counseling about and use of emergency contraception in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2008, 40, 2, p. 81-86
- (48) DEHLENDORF C., LEVY K., RUSKIN R., et al. Health care providers' knowledge about contraceptive evidence : a barrier to quality family planning care? *Contraception* (2009), DOI : 10.1016/j.contraception.2009.11.006
- (49) MOREAU C., TRUSSELL J., RODRIGUEZ G., et al. Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey. *Human Reproduction*, 2007, 22, 9, p. 2422-2427
- (50) LOPEZ LM., STEINER MJ., GRIMES DA., et al. Strategies for communicating contraceptive effectiveness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (online), 2008, 16, 2
- (51) LOPEZ LM., TOLLEY EE., GRIMES DA., et al. Theory-based strategies for improving contraceptive use : a systematic review. *Contraception*, 2008, 79, 6, p. 411-417
- (52) ANDERSON RA. New approaches to contraception for men : do men and women want them? *European Journal of Contraception & Reproductive Care*, 2006, 11 (Suppl), p. 15-16

ANNEXES

ANNEXE 1: COURRIER D'INTRODUCTION DU QUESTIONNAIRE

Blandine GAILLARD
06 70 09 63 00

Limoges, le 5 Janvier 2009

Chers confrères,

VOS PATIENTES M'INTERESSENT !!!...

Actuellement en fin d'internat en médecine générale, j'effectue un travail de thèse sur la contraception, et notamment sur l'évaluation de **CE QUE LES FEMMES SAVENT DE LEUR PROPRE CONTRACEPTION**.

Mon but est de m'adresser directement aux patientes pour appréhender leurs inquiétudes, leurs idées préconçues et évaluer leur niveau de connaissance sur le sujet.

Pour cela, j'ai réalisé un **auto-questionnaire anonyme** qui leur est destiné, constitué d'une **partie générale commune**, puis d'un **petit quizz** auquel elles répondent selon leur mode de contraception. Au total, elles répondent à une trentaine de questions, en environ 5 minutes.

Le « mode d'emploi » est relativement simple :

- vous trouverez ci-joint 10 auto-questionnaires de 6 pages
- à distribuer aux **10 premières femmes de 18 à 44 ans**
- utilisant un **moyen de contraception**, venant consulter au sein de votre cabinet pour elles-mêmes ou un membre de leur famille, **quelque soit le motif de consultation** (même hors contraception)
 - il est possible de faire distribuer le questionnaire par votre secrétaire (si vous le pouvez) pour que **les patientes le remplissent en salle d'attente** (5 minutes suffisent), mais vous pouvez également le leur distribuer vous-même si vous le souhaitez, sans toutefois intervenir dans le remplissage.
 - les patientes peuvent terminer de le remplir chez elles et le rapporter ultérieurement si elles n'ont pas eu le temps de finir
 - les questionnaires remplis, quelque soit le nombre, sont à me renvoyer via l'enveloppe pré-timbrée ci jointe, **au plus tard le 13 Mars 2009**.

Ce travail est réalisé sous la direction du Dr Nathalie Dumoitier, médecin généraliste à Limoges.

Je vous remercie de votre participation et de l'aide précieuse que vous apportez, par ce biais, à la recherche en Médecine Générale.

Blandine Gaillard
Interne en médecine générale

**ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE
CONTRACEPTION**

MA CONTRACEPTION ET MOI ...

JE VOUS REMERCIE POUR LES QUELQUES MINUTES QUE VOUS VOUDREZ BIEN CONSACRER AU REMPLISSAGE DE CE QUESTIONNAIRE !...

A PROPOS DE MOI : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Age : _____
2. Niveau d'étude :
 - École primaire
 - Collège
 - Lycée (enseignement général ou professionnel)
 - Études supérieures
3. Catégorie professionnelle actuelle :
 - Agriculteur exploitant
 - Employé
 - Cadre ou profession libérale
 - Demandeur d'emploi
 - Artisan, commerçant, ou chef d'entreprise
 - Ouvrier
 - Retraité
 - Sans activité professionnelle
4. Situation familiale :
 - Célibataire
 - En union libre
 - Veuve
 - Mariée
 - Divorcée
5. Lieu d'habitation :
 - Urbaine (ville de plus de 20 000 habitants)
 - Semi-rurale (ville de 2000 à 20 000 habitants)
 - Rurale (moins de 2000 habitants)
6. Votre première contraception : A quel âge ? _____
Type de contraception à cet âge ? _____
7. Age de la première grossesse : _____
8. Nombre d'enfants : _____
9. Quelle est votre contraception principale actuelle? (1 seule réponse)
 - Pilule. Quel est son nom ? _____
 - Stérilet
 - Implant (IMPLANON®)
 - Patch (EVRA®)
 - Anneau vaginal (NUVARING®)
 - Préservatif ou contraception locale (spermicides, diaphragme, cape, éponge)
 - Méthode naturelle
 - Aucune

10. Qui vous l'a prescrite ?

- Votre médecin généraliste
- Votre gynécologue
- Un médecin de centre de planification ou une sage-femme
- Autre : _____

11. Depuis combien de temps l'utilisez-vous ? _____

12. Vous convient-elle ?

- Oui
 - Non. Pourquoi : _____
-

A PROPOS DE MA CONTRACEPTION : ETAT DES LIEUX

13. Avez-vous déjà utilisé une contraception d'urgence ? (« Pilule du lendemain »)

- Oui
- Non

14. Avez-vous déjà eu une (ou plusieurs) grossesse(s) non désirée(s), qu'elle(s) ai(en)t été poursuivie(s) ou non ?

- Oui
- Non

15. Pensez-vous être suffisamment informée sur :

- le mode d'action de votre contraception ?
 - Oui
 - Non
- l'efficacité de votre contraception ?
 - Oui
 - Non
- la conduite à tenir en cas de problème avec votre contraceptif (par exemple : oubli de pilule, douleurs sous stérilet, décollement du patch, expulsion de l'anneau, rupture du préservatif, etc...) ?
 - Oui
 - Non
- la « pilule du lendemain » ?
 - Oui
 - Non

16. Diriez-vous que vos connaissances globales sur la contraception sont plutôt :

- bonnes ?
- moyennes ?
- insuffisantes ?

17. Qui, selon vous, pourrait répondre de façon satisfaisante à des questions que vous vous posez sur la contraception ? (plusieurs réponses possibles)

- Votre médecin généraliste
- Votre gynécologue
- Un site internet ou service téléphonique national d'information
- Votre entourage
- Autre : _____
- Personne

PETIT QUIZZ : CE QUE JE SAIS DE MA CONTRACEPTION

Répondez par **VRAI**, **FAUX** ou **NSP** (ne sait pas) aux questions de la série n°1, puis répondez **uniquement** aux questions de LA série correspondant à votre mode de contraception :

si vous prenez la pilule : répondez aux séries n°1 et n°2

si vous avez un stérilet : répondez aux séries n°1 et n°3

si vous avez un implant : répondez aux séries n°1 et n°4, etc...

• **Série n°1 (pour toutes) : La « pilule du lendemain » :**

a - doit être prise après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé

VRAI FAUX NSP

b - a pour but d'éviter une grossesse non désirée

VRAI FAUX NSP

c - a pour but d'éviter une infection sexuellement transmissible (SIDA, hépatites, chlamydiae, syphilis, herpès...)

VRAI FAUX NSP

d - est efficace à 100 %

VRAI FAUX NSP

e - doit être prise au maximum dans les 3 jours suivant le rapport sexuel en cause pour être efficace

VRAI FAUX NSP

f - est gratuite pour les mineures

VRAI FAUX NSP

g - ne se délivre que sur ordonnance

VRAI FAUX NSP

• **Série n°2 : Ne répondez que si vous prenez la pilule :**

a - la pilule bloque l'ovulation et amincit la muqueuse de l'utérus en libérant des hormones dans tout l'organisme

VRAI FAUX NSP

b - lorsqu'elle est bien utilisée, la pilule est efficace à 99%

VRAI FAUX NSP

c - la pilule augmente les symptômes gênants avant et pendant les règles (tension mammaire, maux de tête, irritabilité, règles douloureuse...)

VRAI FAUX NSP

d - la pilule diminue le risque de cancer de l'ovaire et de l'utérus

VRAI FAUX NSP

e - l'association pilule-tabac peut provoquer des troubles circulatoires graves

VRAI FAUX NSP

f - un oubli de pilule supérieur à 12 heures expose à un risque de grossesse

VRAI FAUX NSP

g - en cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures, il faut continuer sa plaquette jusqu' à la fin

VRAI FAUX NSP

h - en cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures, il est trop tard pour utiliser la pilule du lendemain

VRAI FAUX NSP

• **Série n°3 : Ne répondez que si vous êtes porteuse d'un stérilet :**

a - le stérilet empêche l'implantation de l'œuf dans l'utérus

VRAI FAUX NSP

b - le stérilet bloque complètement l'ovulation, comme la pilule

VRAI FAUX NSP

c - des saignements irréguliers et abondants, des pertes sales, de fortes douleurs abdominales sont des effets secondaires qui doivent amener à demander un avis médical

VRAI FAUX NSP

d - un stérilet est efficace en moyenne 5 ans

VRAI FAUX NSP

e - le stérilet augmente le risque d'infection de l'utérus ou des trompes

VRAI FAUX NSP

f - le stérilet est un des modes de contraception les plus efficaces

VRAI FAUX NSP

• **Série n°4 : Ne répondez que si vous êtes porteuse d'un implant (IMPLANON ®) :**

a - l'implant bloque l'ovulation en libérant de façon continue de la progestérone

VRAI FAUX NSP

b - sa durée maximum d'efficacité est de 1 an

VRAI FAUX NSP

c - des saignements ponctuels peu abondants sont fréquents au début de son utilisation

VRAI FAUX NSP

d - l'absence totale de règles est possible
 VRAI FAUX NSP

e - c'est un des contraceptifs les plus efficaces
 VRAI FAUX NSP

• **Série n°5 : Ne répondez que si vous utilisez le patch contraceptif**

(EVRA ®) :

a - le patch bloque l'ovulation en délivrant des hormones dans le sang, exactement comme la pilule

VRAI FAUX NSP

b - il faut appliquer 1 patch par semaine pendant 3 semaines puis rester 1 semaine sans patch

VRAI FAUX NSP

c- le patch peut être collé sur les seins

VRAI FAUX NSP

d - le changement du patch se fait toujours le même jour de la semaine

VRAI FAUX NSP

e - en cas de décollement du patch (partiel ou complet), il y a un risque de grossesse immédiat

VRAI FAUX NSP

f - en cas d'oubli de changement du patch comme prévu, il y a un risque de grossesse si l'oubli dépasse 12 heures

VRAI FAUX NSP

g - comme la pilule, le patch est efficace à 99%

VRAI FAUX NSP

• **Série n° 6 : Ne répondez que si vous utilisez l'anneau vaginal**

(NUVARING ®) :

a - l'anneau vaginal bloque l'ovulation en délivrant des hormones dans le sang, comme la pilule

VRAI FAUX NSP

b - l'anneau est introduit dans le vagin pour 3 semaines puis retiré pendant 7 jours

VRAI FAUX NSP

c - il n'est pas normal que vous ou votre partenaire ressentiez l'anneau dans le vagin

VRAI FAUX NSP

d - l'insertion d'un nouvel anneau se fait toujours le même jour de la semaine

VRAI FAUX NSP

e - en cas d'expulsion accidentelle de l'anneau, il n'y a pas de risque de grossesse si le délai passé hors du vagin est inférieur à 3 heures

VRAI FAUX NSP

f - comme la pilule, l'anneau vaginal est efficace à 99%

VRAI FAUX NSP

• **Série n° 7 : Ne répondez que si vous utilisez une contraception**

locale (préservatif masculin ou féminin, diaphragme, cape cervicale, spermicide, éponge vaginale...) **ou une méthode naturelle de contraception** :

a - le préservatif masculin est la plus efficace des contraceptions locales (liste ci-dessus)

VRAI FAUX NSP

b - on peut associer différents contraceptifs locaux (par exemple préservatif + spermicide)

VRAI FAUX NSP

c - les méthodes de contraception naturelles (abstinence périodique, retrait,...) ont prouvé leur efficacité

VRAI FAUX NSP

d - le préservatif masculin est le seul moyen de se protéger contre la grossesse ET les infections sexuellement transmissibles (SIDA, hépatites, herpès, chlamydiae, syphilis...) en même temps

VRAI FAUX NSP

e - le préservatif masculin protège contre les infections à Papillomavirus responsables du cancer du col de l'utérus

VRAI FAUX NSP

f - en cas de déchirure partielle ou de rupture du préservatif, il y a un risque de grossesse mais on peut utiliser la pilule du lendemain

VRAI FAUX NSP

ANNEXE 3 :
COURRIER DE RELANCE

Limoges, le 09 Mars 2009

Chers confrères,

Vous avez reçu il y a deux mois environ 10 exemplaires d'un questionnaire portant sur la contraception, destiné à être rempli par vos patientes.

Ce questionnaire, visant à évaluer ce que les femmes savent de leur propre contraception constitue la base de mon travail de thèse en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale.

Mais pour être représentative, cette étude nécessite absolument **vos** échantillon de patientes...

Je sollicite donc à nouveau votre collaboration dans le recueil de ces questionnaires **qui sont destinés à être remplis en salle d'attente par vos patientes afin de ne pas gêner ni retarder le déroulement de la consultation.**

Les 10 questionnaires doivent être remis aux **10 PREMIERES FEMMES AGEES DE 18 A 44 ANS, AYANT UNE CONTRACEPTION, VENANT CONSULTER POUR ELLE-MEME OU UN MEMBRE DE LEUR FAMILLE, QUELQUE SOIT LE MOTIF DE CONSULTATION.**

Ils peuvent être distribués par vos secrétaires ou par n'importe quel médecin du groupe.

5 minutes suffisent pour le remplir et elles peuvent le terminer chez elles et le rapporter ultérieurement si elles n'ont pas eu le temps de finir. **Une semaine peut suffire** à collecter les 10 questionnaires.

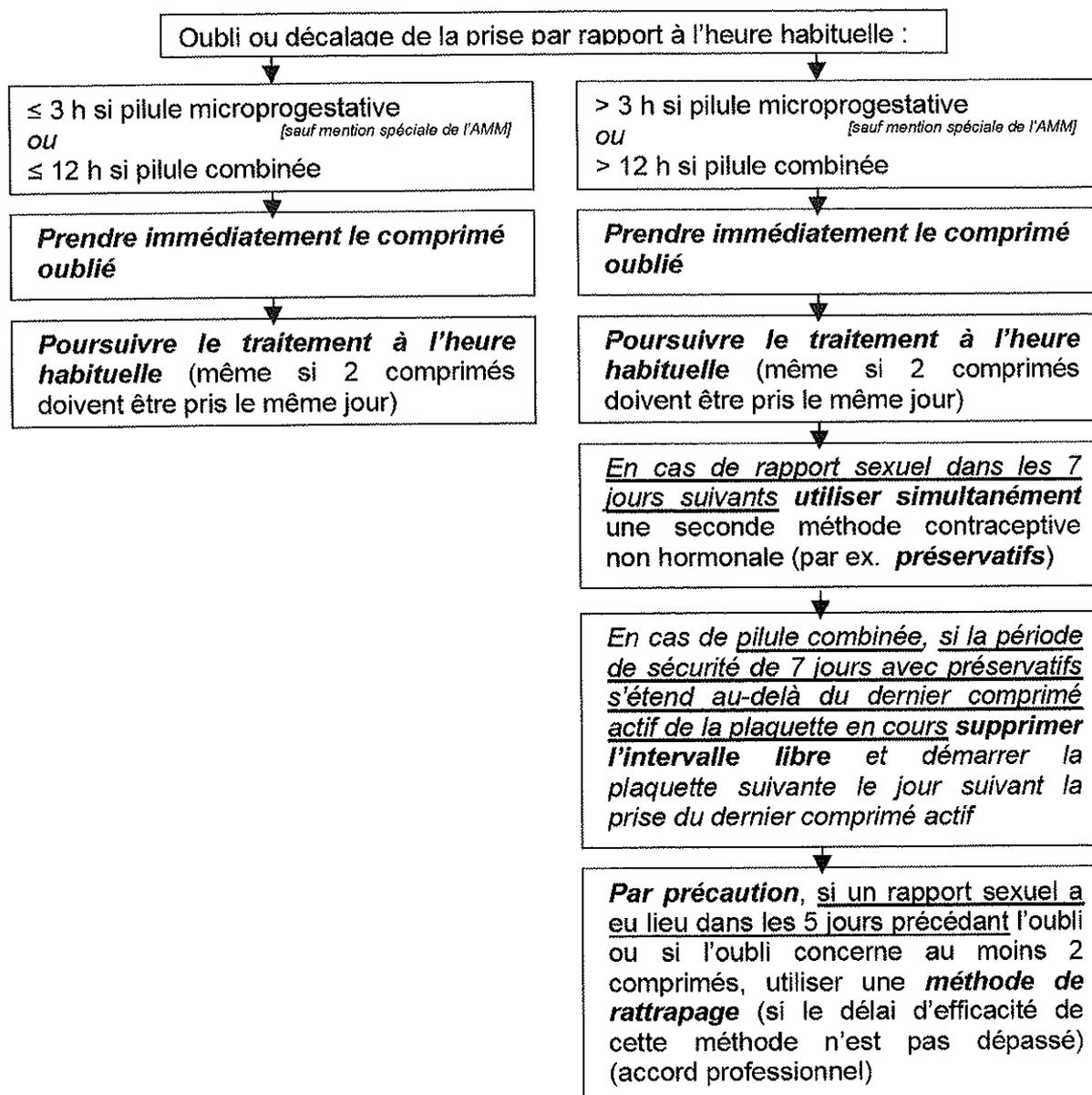
Une **enveloppe pré-timbrée** à été mise à votre disposition pour me faire parvenir les questionnaires au plus vite par retour de courrier.

Je vous remercie de l'attention que vous aurez bien voulu porter à ce courrier et compte vivement sur votre participation à ce projet.

Blandine Gaillard
Interne de Médecine Générale

ANNEXE 4 :
CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI DE
PILULE-
RECOMMANDATIONS 2004 DE L'AFSSAPS,
L'ANAES ET L'INPES

Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3102

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Alors que l'utilisation et l'efficacité des méthodes contraceptives s'accroissent et que l'offre s'élargit dans le domaine anticonceptionnel, on constate une stagnation du nombre des IVG en France depuis 30 ans. Et deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes sous contraceptif. Aussi nous sommes nous interrogés sur les connaissances des femmes concernant leur propre contraception. Pour cela, nous avons réalisé une enquête prospective au moyen d'un auto-questionnaire anonyme auprès de 91 femmes consultant en Médecine Générale en Haute Vienne de Janvier à Avril 2009.

Il apparaît un décalage entre ce que les femmes croient savoir et ce qu'elles savent réellement de leur contraception. L'impression de savoir est forte ; cela est d'autant plus dangereux qu'il existe une discordance avec les connaissances réelles sur le sujet. On retrouve un manque d'information évident sur le mode d'action et l'efficacité des contraceptifs utilisés, une attitude souvent erronée en cas d'oubli de pilule et des connaissances approximatives sur la contraception d'urgence, notamment chez les plus âgées.

Ces lacunes conduisent à un mésusage et à un échec de la méthode contraceptive. Pour y remédier, il convient d'améliorer la communication entre médecins et patientes afin de favoriser la transmission des informations. La formation des professionnels de santé en contraception et en communication doit également être accentuée, car leurs carences sur le sujet constituent une perte de chance pour les utilisatrices.

TITLE

Contraception : what do women believe to know, and actually know about it? A prospective study on 91 women consulting a general practitioner in Haute-Vienne in 2009.

SUMMARY

While use and efficiency of contraceptive methods grow, and in spite of increasing offer of birth control techniques, abortion's rate has been remaining stable in France for about 30 years. Furthermore, two third of unintended pregnancies occur among women using a contraceptive method. The question to discern what women know about their own contraception arises. In order to answer that question, we realised a prospective study by handing out an anonymous auto-questionnaire to 91 women who were consulting a general practitioner in Haute-Vienne in 2009. It appears a real gap between what women believe to know and what they actually know about their contraception. The "feeling to know" is strong and is not linked with the reality of knowledge, which is quite dangerous. We noted an evident lack of information about how the method works and its efficiency, a frequent incorrect attitude if a pill is forgotten and an approximate knowledge about emergency contraception, especially among the elder women. This gap causes a misuse and a failure of the method. A change would occur with improving communication between practitioners and patients, so as to make the transmission of information better. Professionals need to be up-to-date about contraception and communication, because their insufficiencies represent a real loss of chance for users.

DISCIPLINE

Médecine Générale

MOTS-CLES

Contraception, Connaissance, Impression de savoir, Mésusage, Grossesses non désirées, Médecine Générale

Département de Médecine Générale. Faculté de Médecine de Limoges
2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX