



HAL
open science

De la relation de la femme à la contraception

Sophie Michelon

► **To cite this version:**

Sophie Michelon. De la relation de la femme à la contraception. Gynécologie et obstétrique. 2010.
dumas-00556780

HAL Id: dumas-00556780

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00556780>

Submitted on 17 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université d'Angers
UFR des Sciences Médicales
École de Sages-femmes – René ROUCHY

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE - FEMME

DE LA RELATION DE LA FEMME À LA CONTRACEPTION
INTÉGRATION DE L'INFORMATION CONTRACEPTIVE AU COURS DES DIFFÉRENTES
PÉRIODES DE LA VIE GÉNITALE

Étude rétrospective réalisée du 14 avril au 30 juillet 2009

Présenté par MICHELON Sophie

Sous la direction du Docteur MULET François

Mars 2010

Remerciements

MERCI à vous, Docteur Mulet, pour vos encouragements et votre disponibilité en tant que Maître de mémoire.

MERCI à vous, l'équipe enseignante notamment Laurence Sadi et Brigitte Goichon, pour votre encadrement et votre patience.

MERCI à tous ces soignants qui m'ont soutenue pendant ces années de formation, m'ont apporté généreusement leur savoir et leur passion pour les femmes.

MERCI à vous, Centre Flora Tristan pour m'avoir permis de faire grandir en moi cette passion de la contraception et de l'aide aux femmes.

MERCI à tous ces soignants qui respectent, écoutent, prennent du temps auprès des femmes.

MERCI à toutes ces femmes reconnaissantes de notre travail de sage-femme.

MERCI à vous, ma famille, mes amis pour votre soutien.

MERCI tout particulièrement à toi Mamie Lou, petite étoile qui brille, me soutient, et inspire tant ma vie chaque jour.

Sommaire

Glossaire

Introduction.....	9
1. Généralités.....	11
1.1 Chronologie française de l'éducation sexuelle, de la contraception et de l'avortement	12
1.2 Sources "classiques" de l'information contraceptive.....	13
1.2.1 Education nationale	13
1.2.2 Soignants.....	14
1.2.3 Associations.....	14
1.2.4 Politique.....	15
1.3 Paradoxe français	15
1.3.1 En France	15
1.3.2 Aux Pays-Bas	17
2. Méthodologie	18
2.1 Objectifs de l'étude	19
2.2 Populations	19
2.3 Méthodes	19
2.3.1 Questionnaires.....	19
2.3.2 Statistiques	21
2.3.3 Notations.....	21
3. Résultats	22
3.1 Profil socio-économique.....	23
3.2 Vécu gynéco-obstétrical.....	27
3.3 Informations contraceptives reçues.....	30
3.4 Connaissances personnelles	35
3.4.1 Connaissances subjectives.....	35

3.4.2	Connaissances objectives	39
3.5	Grossesse.....	44
3.5.1	Population du post-abortum.....	44
3.5.2	Population du post-partum.....	46
4.	Discussion	48
4.1	Points faibles de l'étude	49
4.2	Points forts de l'étude.....	50
4.3	Analyse	50
4.3.1	Littérature.....	50
4.3.2	Profil des populations.....	51
4.3.3	Echecs de contraception.....	52
4.3.4	Informations contraceptives reçues	53
4.3.5	Connaissances subjectives.....	55
4.3.6	Connaissances objectives	57
4.3.7	Grossesse.....	59
4.3.8	Information contraceptive lors d'une prise en charge spécifique	60
4.3.8.1	Post-abortum	60
4.3.8.2	Post-partum	60
5	Suggestions	61
5.1	Interlocuteurs	62
5.2	Information de la population générale	62
5.2.1	Moyens d'information.....	63
5.2.2	Implication de la population	63
5.2.3	Education sexuelle scolaire	64
5.2.4	Consultations	65
5.3	Situations particulières	66
5.3.1	Informations en post-abortum	66
5.3.2	Information en pré et post-partum.....	66
	Conclusion	68

Bibliographie.....71

Annexes.....75

Annexe 1 : Lettre pour les soignants en post-abortum

Annexe 2 : Lettre pour les généralistes et gynécologues

Annexe 3 : Attestation de consentement

Annexe 4 : Questionnaire

- 1 Tronc commun
- 2 Particularités du post-abortum
- 3 Particularités du post-partum

Glossaire

ANAE : Association Nationale pour l'Etude des Avortements
BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVG : Centre d'Interruptions Volontaires de Grossesse
CNSF : Collège National des Sages-Femmes
COCON : Cohorte sur la CONtraception
CPEF : Centre de Prévention et d'Education Familiale
CSP : Code de Santé Publique
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DREES : Direction de la Recherche et des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
GNIES : Groupe National d'Information et d'Education Sexuelle
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST: Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial
MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception
OMS : Organisation Mondial de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SVT : Sciences de la Vie et de la Terre
USPDA : Union Suisse Pour Décriminaliser l'Avortement

Introduction

La première conséquence d'un rapport hétérosexuel n'est pas le sida mais la grossesse ! Le contrôle des naissances est un droit fondamental des femmes. Cependant elles rencontrent encore des difficultés dans l'exercice de cette liberté : un tiers des grossesses est non prévu, et 41% des femmes auront recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans leur vie.

Malgré un taux de recours à la contraception parmi les plus élevés d'Europe (71% utilisent un moyen de contraception selon le Baromètre Santé 2005), 24 millions de rapports sexuels sont estimés à risque suite à une mauvaise utilisation de la contraception chaque année en France.

Chaque période de la vie est unique tout comme chaque femme. Nous nous sommes alors interrogés sur la prise en charge des femmes afin que la question de la contraception s'inscrive dans une certaine continuité au cours de la vie, et non comme une interrogation posée uniquement à certains moments : celui de la grossesse menée à terme ou interrompue de manière volontaire ou non. Comment informe-t-on les femmes actuellement ? Cette information est-elle réellement efficace ? Qu'en pensent-elles ?

Après quelques généralités sur l'évolution de la société autour du sujet délicat de la sexualité, et de la prise en charge actuelle des femmes, nous aborderons notre recherche et nos résultats confrontés aux maigres chiffres de la littérature. En effet, cette manière d'aborder l'évolution des femmes contraceptées ou non n'a pas été rapportée jusque là. Enfin, nous évoquerons quelques suggestions afin d'accompagner au quotidien les patientes et les couples.

1. Généralités

1.1 Chronologie de l'éducation sexuelle, de la contraception et de l'avortement en France [1, 2]

Depuis le moyen-âge, un débat perdure : à quel âge gestationnel considérer le début de la vie humaine ? Cette notion est primordiale pour qu'une interruption de grossesse ne soit pas synonyme d'ôter la vie? Communément à cette époque, la date des premiers mouvements fœtaux ressentis par la femme est retenue comme représentant le début de la vie. Toutefois, en 1558, l'Eglise condamne formellement l'avortement quel qu'en soit le terme.

En 1810, le code pénal instauré par Napoléon dit : "Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement [...] est puni de prison" (article 137). La loi du 31 juillet 1920 réprime la provocation de l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. En 1923, le code pénal déclare l'avortement tel un délit. En 1942, la justice prononce la peine de mort pour crime contre la sûreté de l'Etat français. Parallèlement, les connaissances en matière de sciences humaines et de droits de l'enfant se développent.

L'interruption médicale de grossesse (IMG) est autorisée en 1955. L'association "la maternité heureuse" (futur mouvement français pour le planning familial (MFPF)) fut fondée en 1956 et permit l'instauration, en 1967, de la loi Neuwirth (n°67 – 1176). Cette dernière, tout en interdisant la publicité, autorise la vente des produits contraceptifs (autorisation parentale nécessaire jusqu'à 21 ans). On assiste dès lors pour la population à un changement de comportement contraceptif : les contraceptifs locaux sont délaissés au profit des moyens médicaux.

La création du groupe national d'information et d'éducation sexuelle (GNIES) permet la formation des conseiller-ère-s animateur-trice-s assurant une information facultative. Dans les années 70, l'association nationale pour l'étude des avortements (ANAE) et le mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) sont créés. La loi Peyret assouplit les conditions de l'avortement thérapeutique. L'éducation sexuelle devient obligatoire avec la création du conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (ministère de la Santé). Un mouvement de femmes pour le droit à l'avortement s'organise avec l'association "Choisir". En 1975, la loi Veil permet la libéralisation de la contraception, la dérogation au délit d'IVG. Les mineures ont le droit à l'anonymat. La sécurité sociale rembourse certaines pilules puis la prise en charge de l'IVG en 1982 (loi Roudy). Le 27 janvier 1993, la loi Neiertz institue le délit

d'entrave à l'IVG c'est-à-dire le fait d'empêcher (ou de tenter d'empêcher) une IVG soit en perturbant l'accès ou la libre circulation des établissements, soit en exerçant tout acte d'intimidation à l'encontre du personnel ou des femmes.

Dans les années 2000, les infirmières des collèges et lycées ainsi que les pharmaciens peuvent délivrer la pilule du lendemain sans prescription notamment aux mineures. L'éducation à la sexualité est encadrée par la loi du 4 juillet 2001 (n°2001 – 588). Cette loi Aubry autorise les IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse notamment sans autorisation parentale obligatoire pour les mineures (accompagnement par un majeur désigné par ses jeunes femmes nécessaire cependant) ainsi qu'à domicile pour les grossesses de moins de 7 semaines d'aménorrhée.

1.2 Sources “classiques” de l'information contraceptive

1.2.1 Education nationale [1, 3, 4]

La loi 01-588 du 4 juillet 2001 (article L. 312-16) a permis l'officialisation de l'éducation sexuelle obligatoire dans l'enseignement national. Ainsi, il est demandé aux écoles primaires, collèges et lycées d'effectuer au moins 3 séances annuelles en petits groupes d'âge homogène pour introduire le sujet de la sexualité de manière progressive et adaptée à l'âge. Elles peuvent être dirigées par du personnel de la mission de santé scolaire (infirmière scolaire ...), des intervenants extérieurs (planning familial ...) ou des élèves formés par des organismes agréés par le ministère de la santé et des sports. La ministre de la santé de l'époque, S. Royal conseille fortement d'aborder les sujets tels que les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses non prévues, le sexisme, l'homophobie, les violences sexuelles et la maltraitance. La circulaire du 17/02/03 énonce l'éducation sexuelle comme une composante essentielle de la construction de la personne (développement sexuel et affectif) et de l'éducation du citoyen. Ceci permettrait d'engendrer un comportement de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Il existe cependant d'importants obstacles à la mise en pratique quantitative et qualitative de cette information : le financement, le manque de personnel adéquat et l'absence de programme clairement établi, mais aussi un frein représenté par la société et les parents. Ces derniers craignent qu'une éducation sexuelle avant la puberté entraîne un âge plus précoce pour le premier rapport sexuel.

1.2.2 Soignants

Différents professionnels de santé sont habilités à transmettre leur savoir sur la contraception auprès des femmes et des hommes en âge de procréer.

Les principaux concernés sont les médecins spécialistes gynécologues, mais pas seulement. En effet, tous les médecins sont en mesure de recommander, de prescrire ou de suivre une contraception grâce à la formation reçue au cours de leur cursus. D'ailleurs, les généralistes, aux premières loges du suivi gynécologique, expliquent quotidiennement la planification d'une naissance à leurs patients.

Les sages-femmes accompagnent les couples depuis le désir de conception jusqu'à la prise en charge post-natale. L'un de leurs rôles est l'information sur les moyens contraceptifs. De plus, elles ont les compétences pour prescrire les contraceptions locales et hormonales (article L5134-1 alinéa 3 du code de santé publique (CSP)).

Les infirmières par leur travail en milieu scolaire ou dans la protection maternelle et infantile (PMI) peuvent être confrontées aux questions sur la sexualité, incluant entre autres le sujet de la contraception.

Enfin, les pharmaciens sont amenés à transmettre des rappels sur l'utilisation de chaque type de contraceptifs lors de la délivrance de la prescription et sont aux premières loges du conseil et de la délivrance de la pilule du lendemain. Ils ont un rôle primordial dans la prévention des IST par le conseil accompagnant la vente libre des contraceptifs locaux. De plus, ils sont notamment habilités à renouveler en première intention un contraceptif hormonal sur présentation d'une ordonnance (même périmée) datant de moins de 6 mois.

1.2.3 Associations

Le MFPPF a pour objectif principal d'agir auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits de la femme à la maîtrise de sa fécondité. Cependant, il a aussi de nombreuses actions telles que la prévention auprès des jeunes et des adultes, la documentation, la formation d'acteurs sociaux, médicaux et éducatifs. Il aborde notamment comme sujets la sexualité, la contraception, les IST, l'IVG et la vie affective. La mise en place d'un accueil informel sans rendez-vous est organisée pour une approche plus facile et anonyme des jeunes.

Depuis La loi Neuwirth de 1967, les centres de prévention et d'éducation familiale (CPEF) permettent la délivrance des contraceptifs sur prescription médicale notamment à titre gratuit aux mineures désirant garder le secret et leur anonymat ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de la prestation maladie. La rapidité d'accessibilité de ces centres est utile, notamment lorsque les femmes se trouvent dépourvues de moyens contraceptifs. Il existe 8 CPEF en Maine-et-Loire (3 à Angers, 2 à Cholet et Saumur, 1 à Segré).

1.2.4 Politique [1, 5, 6]

Par la loi du 4 juillet 2001, le gouvernement français déclare : "mener une politique active en faveur de la contraception est la meilleure manière de prévenir les grossesses non désirées et les IVG qui en sont les conséquences". Pour cela, il s'engage par l'intermédiaire du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ainsi que de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à mettre en place régulièrement des campagnes en matière de contraception, pour permettre aux femmes une meilleure maîtrise de leur fécondité. L'objectif principal est de sensibiliser le grand public et les professionnels de santé afin de favoriser une relative vigilance au cours de la vie. Les moyens sont multiples pour toucher le maximum de populations et ceci de façon répétée : spots au niveau des médias, brochures et posters distribués chez les médecins, associations, pharmacie... Les slogans choc tentent de faire prendre conscience aux citoyens de certains messages tels que : "faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?".

De plus, la journée mondiale de la contraception, mise en place par différentes organisations non gouvernementales (ONG) internationales depuis 2007, est essentielle pour amener régulièrement des actions de sensibilisation sur le terrain. Celles-ci en association à la campagne de prévention contre le Sida de 1987, permit au préservatif d'être la méthode mondiale de protection des premiers rapports sexuels (15,2% en 1986, 86,7% en 2005).

1.3 Paradoxe français

1.3.1 En France [4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]

Malgré le développement des moyens contraceptifs et de leur accessibilité, la France n'observe aucun recul du nombre d'IVG. Selon une étude de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) de 2003, ce chiffre annuel reste stable aux environs de 220 000 depuis 1990 (soit une moyenne de 14,7 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en

2007). On avorte plus qu'aux Pays-Bas (7,4 IVG pour 1000 femmes) mais moins qu'en Estonie (28 IVG pour 1000 femmes).

On aurait pu penser que les efforts d'informations faits à la population auraient permis la diminution du nombre d'IVG dues à un défaut de connaissance. Cet effet a été contrebalancé par d'autres facteurs. L'allongement du délai légal à 14 semaines d'aménorrhée a permis aux femmes ayant une grossesse non prévue de découverte plus tardive de recourir à l'IVG. De plus, la génération actuelle de femmes génitalement actives a plus facilement recours à IVG pour ses grossesses accidentelles que les générations précédentes, notamment chez les mineures (4 sur 10 en 1975, 6 sur 10 actuellement selon enquête cohorte contraception (COCON) de 2004).

Dans un pays développé où le panel des contraceptifs est accessible théoriquement à tous, et où la couverture contraceptive est la plus élevée au monde, où pointer l'origine du problème? Elle est assurément plurifactorielle. Les méthodes naturelles peu efficaces restent encore trop utilisées ou mal appliquées. Les femmes se questionnent trop peu sur leur contraception ou ont peur d'être jugée sur leurs interrogations. Des idées reçues sur la contraception restent ancrées dans la population générale et médicale (nulligeste et dispositif intra-utérin (DIU)). La population féminine éprouve une certaine peur pour le monde médical (examen gynécologique pensé obligatoire avant la pilule, ...). L'inconscient a une place importante dans la reproduction (désir de grossesse et désir d'enfant) tout comme l'instabilité financière, géographique, médicale ou familiale. Les hommes restent encore peu impliqués dans la régulation des naissances. Enfin, l'indisponibilité (psychique ou physique) des soignants et/ou des couples est un obstacle pour une bonne observance quotidienne.

On retrouve statistiquement à l'échelle nationale le chiffre de 5% d'IVG effectués dans les 6 mois du post-partum : problème de disponibilité physique et psychique pour la question de la contraception après l'accouchement mais aussi perte des reflexes de l'utilisation du contraceptif, non respect partiel des règles de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)... Ce pourcentage passerait à 13% à Angers ! Serait-ce dû à un souci de transmission de l'information aux femmes enceintes ou aux accouchées ? À un manque d'intérêt de la part des couples ou des soignants ? Cela n'est pas sans poser la question de la place de chaque soignant et de sa mission à redéfinir.

1.3.2 Aux Pays-Bas [14, 15]

Les Pays-Bas nous montre un taux historiquement bas d'IVG malgré la légalisation de l'avortement jusqu'à 22 semaines d'aménorrhée. De plus, les adolescents hollandais sont considérés comme les plus "responsables" à l'échelle mondiale : les IVG chez les adolescentes sont 2 fois moins fréquentes par rapport à la France (6,5 IVG pour 1000 hollandaises mineures versus 11,6 IVG pour 1000 françaises mineures en 2007). Quel est donc leur "savoir faire" ?

Ce véritable succès est le fruit d'un travail politique mais aussi médical, familial, médiatique... dès le début de la vie sociale. Il s'agit donc d'un travail éducatif. Ainsi, grâce à des actions sur tous les fronts, les adolescents deviennent véritablement experts en matière de contraception. La sexualité, ils ne l'enseignent pas, ils en parlent sans tabou, à dialogue ouvert (à 5 ans, la moitié des enfants en a entendue parler). Des campagnes annuelles se succèdent malgré le taux d'IVG bas, des numéros verts sont à disposition, des "CPEF hollandais" sont ouverts après l'école et les week-ends, des mensuels sont consacrés aux adolescents, et la contraception est entièrement prise en charge par l'assurance-maladie de base. Enfin, ils préconisent le "double dutch" c'est-à-dire une double protection pilule-préservatif aux adolescents.

2. Méthodologie

Objectifs de l'étude

L'étude rétrospective a consisté à évaluer la représentation de l'information contraceptive utile à toutes les femmes au cours de différents évènements de leur vie génitale. Aussi, on souhaitait appréhender quels moments et quels moyens apparaîtraient les plus opportuns pour une information contraceptive présumée utile et efficace.

2.1 Population

Cette étude a été menée sur un large panel de femmes, d'âges compris entre la puberté et la ménopause. Nous avons pris un échantillon représentatif de l'ensemble de la population féminine de 2 départements (44 et 49) aux différentes périodes de leur vie génitale. On a sélectionné 3 groupes : une population du post-abortum, une population du post-partum et une population générale en-dehors de ces 2 contextes.

Les femmes du post-abortum ont été recrutées dans 2 centres de planification familiale : le centre Flora Tristan du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers et le centre Clotilde Vautier de la clinique mutualiste Jules Verne de Nantes.

La population du post-partum a été recrutée au CHU d'Angers.

Enfin, des femmes de la population générale ont été interrogées par recrutement dans des cabinets médicaux privés répartis sur l'ensemble des cabinets de médecins généralistes et médecins gynécologues du département du Maine-et-Loire.

2.2 Méthodes

2.2.1 Questionnaires

Un questionnaire a été réalisé dans le cadre de l'étude. Il est constitué d'une partie commune aux 3 populations, composée de 4 sujets :

- a) le profil socio-économique de la patiente : état civil, niveau d'étude, catégorie professionnelle, convictions religieuses, "histoire" contraceptive et obstétricale.
- b) l'information contraceptive reçue au cours de la vie : âge de la première information, sources et préférences, origines de cette information.
- c) les connaissances que chaque interrogée pense avoir sur les moyens contraceptifs notamment sur sa contraception actuelle.
- d) des questions de culture générale à propos des contraceptifs.

Une seconde partie comportait des questions axées sur les particularités de la grossesse. Elle concernait uniquement les populations du post-abortum et du post-partum.

Après accord du comité d'éthique, l'enquête a pu débuter. Le questionnaire était accompagné d'une attestation de consentement, où étaient expliqués le but de l'étude et l'assurance du respect de l'anonymat des personnes sondées.

Après accord des médecins référents des 2 centres d'orthogénie (Dr P. David et Dr F. Aspee), 60 questionnaires ont concerné les femmes venant en visite de contrôle après une IVG (médicamenteuse ou instrumentale). Elles ont été recrutées par le personnel du service pour participer à l'étude du 14 avril au 20 mai 2009. Au total 57 questionnaires ont été retournés.

Après accord de la sage-femme cadre du service de suites de couches d'Angers (Mme Frisque), j'ai réalisé mon enquête lors des gardes de mon stage (du 14 avril au 3 mai 2009). 60 questionnaires étaient destinés à toute femme à la veille de sa sortie de maternité et acceptant de répondre à l'enquête. Ils ont été remplis en mon absence et retournés à un soignant. Suite à la perte d'une partie des questionnaires (questionnaires non restitués au service ou questionnaires rangés dans les dossiers médicaux à défaut des pochettes prévues), j'ai dû recruter 15 patientes supplémentaires afin d'assurer une soixantaine de réponses. Nous avons ainsi pu récupérer 63 questionnaires.

Pour l'évaluation du groupe des femmes de la population générale, nous avons choisi 12 médecins généralistes et 12 médecins gynécologues. Cette sélection a été effectuée en prenant comme objectifs la parité hommes-femmes des praticiens et leur répartition sur le Maine-et-Loire afin de recueillir un échantillon représentatif des populations du 49 (proportion du rural et de l'urbain). Après accord, j'ai envoyé 5 questionnaires à chaque médecin, accompagnés des attestations de consentement, d'une lettre d'information et d'une enveloppe pré-timbrée pour le retour. Les questionnaires étaient destinés à toutes les femmes ayant dépassé l'âge de la puberté et non ménopausées, venant voir leur médecin, quelque soit le motif de la consultation, entre le 1^{er} juin et le 30 juillet 2009. Au-delà de cette date et jusqu'au 30 septembre, plusieurs relances téléphoniques ont été effectuées auprès des médecins dont les questionnaires ne m'étaient pas parvenus. Au total, 93 questionnaires ont été renvoyés.

Les critères d'exclusion dans ces populations de patientes ont été :

- a) les femmes maîtrisant mal la langue française,
- b) les femmes refusant de remplir le questionnaire,
- c) les femmes étant internées en centre psychiatrique pour dépression puerpérale en relais de leur séjour en suites de couches,
- d) les femmes de plus de 50 ans.

2.2.2 Statistiques

Le masque de saisie et la saisie des données ont été effectués à l'aide du logiciel Excel.

En ce qui concerne la description des populations et les réponses au questionnaire, les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

Par la suite, pour les analyses statistiques, nous avons utilisé le logiciel EPI info. Pour comparer les groupes de femmes entre eux, nous avons utilisé le test du Chi2 et le test exact de Fischer lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5. Le seuil de significativité pris en compte est inférieur à 0,05.

2.2.3 Notations

Afin de comparer les connaissances subjectives et objectives entre les différentes populations, nous avons recouru à une notation de leur savoir.

Ainsi, pour les connaissances subjectives (ce que les femmes pensaient savoir), il y avait 5 niveaux de réponse : parfaitement (P), moyennement (M), vaguement (V), pas du tout (Pa).

Chaque niveau a été pondéré d'une valeur en points : respectivement 3, 2, 1, 0 afin d'obtenir une note sur 20.

Le savoir subjectif était donc évalué par le calcul suivant : $[3x_n(P) + 2x_n(M) + 1x_n(V) + 0x_n(Pa)] \times 20 / [n(\text{population}) - n(\text{non réponses de la population})] / 3$.

Enfin, pour les connaissances objectives (ce que les femmes connaissaient effectivement), sur le principe d'une attribution binaire des points, on avait : bonnes réponses B = 1 point, mauvaise réponse M = 0 point, "je ne sais pas" J = 0 point.

Le savoir objectif était évalué par le calcul suivant : $[1x_n(B) + 0x_n(M + J)] \times 20 / [n(\text{population}) - n(\text{non réponses de la population})]$.

3. Résultats

Concernant les effectifs, nous avons pu recruter 57 patientes en post-abortum, 63 patientes en post-partum et 93 patientes de la population générale.

3.1 Profil socio-économique

Tableau I : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
< 15 ans	1 (1,8)	0	0
15 – 20 ans	6 (10,5)	0	17 (18,3)
21 – 25 ans	17 (29,8)	13 (20,6)	12 (12,9)
26 – 35 ans	21 (36,8)	40 (63,5)	29 (31,2)
36 – 40 ans	9 (15,8)	9 (14,3)	12 (12,9)
41 – 45 ans	3 (5, 3)	1 (1,6)	16 (17,2)
46 – 50 ans	0	0	7 (7,5)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,014$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,0000015$), entre les populations post-abortum et générale ($p=0,009$) étaient significatives.

Tableau II : Quelle est votre nationalité ? (origine géographique)

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Française	54 (94,7)	62 (98,4)	89 (95,7)
Espagnole	1 (1,8)	0	0
Gabonaise	1 (1,8)	0	0
Congolaise	0	1 (1,8)	0
Centrafricaine	0	0	1 (1,1)
Malgache	0	0	1 (1,1)
Algérienne	0	0	1 (1,1)
Non réponses	1 (1,8)	0	1 (1,1)

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les populations.

Tableau III : Combien d'habitants y a-t-il dans la ville où vous vivez ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
< 5000	11 (19,3)	24 (38,1)	44 (47,3)
5000 - 25 000	9 (15,8)	6 (9,5)	10 (10,8)
25 000 - 150 000	3 (5,3)	1 (1,6)	11 (11,8)
150 000 – 200 000	20 (35,1)	29 (46,0)	24 (25,8)
> 200 000	14 (24,6)	0	1 (1,1)
Non réponses	0	3 (4,8)	3 (3,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,00015$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,0000052$) étaient significatives. La population post-partum comparée à celle générale était à la limite de la significativité statistique ($p=0,045$).

Tableau IV : Quel est votre état civil ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Célibataire	19 (33,3)	7 (11,1)	22 (23,7)
En couple	21 (36,8)	22 (34,9)	29 (31,2)
Pacsée	3 (5,3)	7 (11,1)	2 (2,2)
Mariée	13 (22,8)	27 (42,9)	37 (39,8)
Divorcée	1 (1,8)	0	3 (3,2)
Veuve	0	0	0

La différence statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,012$) ainsi qu'entre les populations post-partum et générale ($p=0,03$) étaient significatives.

Aucune différence statistique significative n'était observée entre les populations post-abortum et générale ($p=0,21$).

Tableau V : Quel est votre niveau d'études ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Primaire	0	1 (1,6)	0
Collège	3 (5,3)	3 (4,8)	5 (5,4)
BEP-CAP	12 (21,1)	6 (9,5)	13 (14,0)
Brevet des collèges	3 (5,3)	4 (6,3)	5 (5,4)
Baccalauréat	12 (21,1)	14 (22,2)	30 (32,3)
Etudes supérieures	26 (45,6)	35 (55,6)	39 (41,9)
Non réponses	1 (1,8)	0	1 (1,1)

Aucune significativité statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,5$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,46$), ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,72$) n'était observée.

Tableau VI : Quelle est votre activité actuelle ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Sans profession	6 (10,5)	10 (15,9)	6 (6,5)
Recherche d'emploi	6 (10,5)	5 (7,9)	9 (9,7)
Elève, étudiante	11 (19,3)	0 (0,0)	17 (18,3)
Salariée, ouvrière	29 (50,9)	36 (57,2)	49 (52,7)
Militaire	0	0	1 (1,1)
Cadre, chef d'entreprise	3 (5,3)	6 (9,5)	8 (8,6)
Professionnelle libérale, artisane, commerçante	2 (3,5)	4 (6,4)	3 (3,2)
Non réponses	0	2 (3,2)	0

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,012$); en la population post-partum et générale ($p=0,0067$) étaient significatives.

La différence statistique entre les populations post-abortum et générale ($p=0,92$) était non significative.

Tableau VII : Quelle est l'activité actuelle de votre conjoint ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Sans profession	2 (3,5)	0	2 (2,2)
Recherche d'emploi	5 (8,8)	3 (4,8)	3 (3,2)
Elève, étudiant	3 (5,3)	1 (1,6)	5 (5,4)
Salarié, ouvrier	21 (36,8)	41 (65,1)	39 (41,9)
Militaire	1 (1,8)	3 (4,8)	1 (1,1)
Cadre, chef d'entreprise	9 (15,8)	8 (12,7)	16 (17,2)
Professionnel libéral, artisan, commerçant	3 (5,3)	1 (1,6)	6 (6,5)
Pas de conjoint	13 (22,8)	5 (8,0)	20 (21,5)
Non réponses	0	1 (1,6)	1 (1,1)

La différence statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,038$) était significative.

La différence statistique entre les populations post-partum et générale ($p=0,046$) était à la limite de la significativité.

La différence statistique en la population post-abortum et générale ($p=0,91$) était non significative.

Tableau VIII : Avez-vous des convictions religieuses qui pourraient influencer vos décisions sur ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Pratiques sexuelles	1 (1,8)	1 (1,6)	4 (4,3)
Moyens de contraception	0	1 (1,6)	1 (1,1)
IVG, IMG	0	3 (4,8)	3 (3,2)
Soins médicaux	0	0	0
Non	55 (96,5)	57 (90,5)	85 (91,4)
Non réponses	1 (1,8)	2 (3,2)	3 (3,2)

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les populations.

3.2 Vécu gynéco-obstétrical

Tableau IX : Combien de pilules du lendemain avez-vous éventuellement prises pendant votre vie ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Aucune	40 (70,2)	53 (84,1)	71 (76,3)
1	6 (10,5)	7 (11,1)	13 (14,0)
2	4 (7,0)	3 (4,8)	6 (6,5)
3 ou plus	7 (12,3)	0	3 (3,2)

La différence statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,033$) était significative.

Les différences statistiques entre les populations post-partum et générale ($p=0,43$) et entre les populations post-abortum et générale ($p=0,18$) étaient non significatives.

Tableau X : Si vous avez vécu un(ou des) échec(s) de contraception, était-ce dû à ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Manque d'informations reçues	1 (1,8)	1 (1,6)	3 (3,2)
Mauvaise information donnée	0	0	0
Echec du contraceptif	21 (36,8)	6 (9,5)	11 (11,8)
Erreur dans l'application	27 (47,4)	7 (11,1)	17 (18,3)
Manque de moyen contraceptif	7 (12,3)	2 (3,2)	4 (4,3)

Tableau XI : Différences statistiques (p) et risques relatifs (RR) concernant les résultats des échecs de contraception.

	<i>Populations du post-abortum – post-partum</i>	<i>Populations du post-partum – générale</i>	<i>Populations du post-abortum – générale</i>
	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
	<i>RR</i>	<i>RR</i>	<i>RR</i>
Manque d'informations reçues	0,73	0,47	0,51
Mauvaise information donnée	1,05[0,26-4,27]	0,61[0,11-3,38]	0,65[0,12-3,6]
Echec du contraceptif	/	/	/
Erreur dans l'application	0,00035	0,65	0,00028
Manque de moyen contraceptif	2,01[1,45-2,78]	0,86[0,44-1,69]	2,15[1,49-3,11]
	0,000011	0,22	0,00015
	2,28[1,63-3,18]	0,69[0,36-1,32]	2,17[1,48-3,18]
	0,059	0,39	0,069
	1,73[1,15-2,59]	0,69[0,22-2,18]	1,77[1,07-2,91]

Tableau XII : Combien d'interruptions volontaires de grossesse avez-vous éventuellement vécues ?

	<i>Population du post-abortum</i>	<i>Population du post-partum</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Aucune	/	56 (88,9)	73 (78,5)
1	44 (77,2)	7 (11,1)	15 (16,1)
2	9 (15,8)	0	3 (3,2)
3 ou plus	4 (7,0)	0	2 (2,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum (p=0,00), entre les populations post-abortum et générale (p=0,00) étaient très significatives.

La différence statistique entre les populations post-partum et générale (p=0,21) n'était pas significative.

Tableau XIII : Combien de fausses couches avez-vous éventuellement vécues ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Aucune	47 (82,5)	44 (69,8)	68 (73,1)
1	6 (10,5)	14 (22,2)	21 (22,6)
2	2 (3,5)	3 (4,8)	1 (1,1)
3 ou plus	2 (3,5)	2 (3,2)	3 (3,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,36$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,56$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,23$) étaient non significatives.

Tableau XIV : Combien d'enfants avez-vous ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Aucun	29 (50,9)	/	34 (36,6)
1	9 (15,8)	26 (41,3)	9 (9,7)
2	11 (19,3)	20 (31,7)	29 (31,2)
3 ou plus	8 (14,0)	17 (27,0)	21 (22,6)

La différence statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,00$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,00$) étaient très significatives.

La différence statistique entre les populations post-abortum et générale ($p=0,11$) était non significative.

Tableau XV : Avez-vous déjà reçu une information contraceptive ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Oui	55 (98,2)	57 (93,4)	88 (94,6)
Non réponses	1 (1,8)	2 (3,2)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,39$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,54$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,66$) étaient non significatives.

3.3 Informations contraceptives reçues

Tableau XVI : Vers quel âge avez-vous reçu la première information sur la contraception ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
< 15 ans	23 (40,4)	23 (36,5)	33 (35,5)
15 - 18 ans	29 (50,9)	32 (50,8)	51 (54,8)
19 - 24 ans	4 (7,0)	6 (9,5)	7 (7,5)
25 - 35 ans	0	1 (1,6)	0
36 - 45ans	0	0	1 (1,1)
> 50 ans	0	0	0
Aucune	0	1 (1,1)	0
Non réponses	1 (1,8)	0	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,66$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,59$), entre les populations post-abortum et générale ($p=0,9$) étaient non significatives.

Tableau XVII : Quelles ont été les sources par lesquelles vous avez reçues des informations sur la contraception au cours de votre vie ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Ecole primaire	2 (3,5)	3 (4,8)	1 (1,1)
Collège	29 (50,9)	32 (50,8)	52 (55,9)
Lycée	24 (42,1)	29 (46,0)	33 (35,5)
Infirmière scolaire	10 (17,5)	6 (9,5)	7 (7,5)
Ami(e)s	27 (47,4)	24 (38,1)	33 (35,5)
Parents	36 (63,2)	31 (49,2)	49 (52,7)
Médecin traitant	26 (45,6)	35 (55,6)	44 (47,3)
Gynécologue	30 (52,6)	28 (44,4)	37 (39,8)
Sage-femme	3 (5,3)	11 (17,5)	4 (4,3)
PMI	1 (1,8)	1 (1,6)	0
CPEF	16 (28,1)	5 (7,9)	12 (12,9)
Publicité	8 (14,0)	5 (7,9)	9 (9,7)
Emission TV, radio	19 (33,3)	15 (23,8)	16 (17,2)
Internet	6 (10,5)	3 (4,8)	6 (6,5)
Journaux, revues	12 (21,1)	13 (20,6)	22 (23,7)
Non réponses	1 (1,8)	0	1 (1,1)

Tableau XVIII : Différences statistiques concernant les résultats des sources de l'information contraceptive.

	<i>Populations du post-abortum – post-partum</i>	<i>Populations du post-partum - générale</i>	<i>Populations du post-abortum - générale</i>
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
<i>Ecole primaire</i>	1,00	0,3	0,56
<i>Collège</i>	0,99	0,53	0,55
<i>Lycée</i>	0,67	0,19	0,42
<i>Infirmière scolaire</i>	0,2	0,66	0,06
<i>Ami(e)s</i>	0,3	0,74	0,15
<i>Parents</i>	0,12	0,67	0,21
<i>Médecin traitant</i>	0,28	0,31	0,84
<i>Gynécologue</i>	0,37	0,56	0,12
<i>Sage-femme</i>	0,038	0,0062	1,0
<i>PMI</i>	1,0	0,4	0,38
<i>CPEF</i>	0,037	0,33	0,021
<i>Publicité</i>	0,28	0,71	0,41
<i>Emission TV, radio</i>	0,25	0,31	0,023
<i>Internet</i>	0,31	0,74	0,37
<i>Journaux, revues</i>	0,96	0,66	0,71
<i>Non réponses</i>	0,46	1,0	1,0

Tableau XIX : Quelle est la source vous semblant donner l'information contraceptive la plus utile, adaptée et efficace ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Ecole primaire	2 (3,5)	0	0
Collège	4 (7,0)	4 (6,3)	6 (6,5)
Lycée	0	3 (4,8)	3 (3,2)
Infirmière scolaire	1 (1,8)	1 (1,6)	3 (3,2)
Ami(e)s	0	0	2 (2,2)
Parents	7 (12,3)	3 (4,8)	7 (7,5)
Médecin traitant	10 (17,5)	9 (14,3)	27 (29,0)
Gynécologue	15 (26,3)	29 (46,0)	33 (35,5)
Sage-femme	0	2 (3,2)	0
PMI	1 (1,8)	1 (1,6)	0
CPEF	10 (17,5)	6 (9,5)	6 (6,5)
Publicité	0	0	2 (2,2)
Emission TV, radio	1 (1,8)	0	0
Internet	1 (1,8)	0	0
Journaux, revues	2 (3,5)	0	0
Non réponses	3 (5,3)	5 (7,9)	8 (8,6)

Tableau XX : Différences statistiques concernant les sources préférées des femmes.

	<i>Populations du post-abortum – post-partum</i>	<i>Populations du post-partum - générale</i>	<i>Populations du post-abortum - générale</i>
	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Ecole primaire	0,22	/	0,14
Collège	1,0	1,0	1,0
Lycée	0,25	0,69	0,29
Infirmière scolaire	1,0	0,65	1,0
Ami(e)s	/	0,52	0,53
Parents	0,19	0,74	0,33
Médecin traitant	0,63	0,032	0,11
Gynécologue	0,53	0,19	0,24
Sage-femme	0,5	0,16	/
PMI	1,0	0,4	0,38
CPEF	0,2	0,55	0,033
Publicité	/	0,52	0,53
Emission TV, radio	0,48	/	0,38
Internet	0,48	/	0,38
Journaux, revues	0,22	/	0,14
Non réponses	0,72	0,88	0,53

Tableau XXI : Est-ce vous qui avez fait la démarche de chercher des informations ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Oui	28 (59,1)	27 (42,9)	43 (46,2)
Non réponses	7 (12,3)	5 (7,9)	5 (5,4)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,45$) ; entre les populations post-partum et générale ($p=0,78$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,23$) étaient non significatives.

3.4 Connaissances personnelles

3.4.1 Connaissances subjectives

Tableau XXII: Connaissez-vous les contraceptions au point de pouvoir les expliquer à une amie ? (1)

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Préservatif masculin			
Parfaitement	46 (80,7)	48 (76,2)	61 (65,6)
Moyennement	6 (10,5)	5 (7,9)	22 (23,7)
Vaguement	1 (1,8)	4 (6,3)	2 (2,2)
Pas du tout	1 (1,8)	5 (7,9)	8 (8,6)
Non réponses	3 (5,3)	1 (1,6)	0
Préservatif féminin			
Parfaitement	9 (15,8)	8 (12,7)	16 (17,2)
Moyennement	12 (21,1)	19 (30,2)	24 (25,8)
Vaguement	21 (36,8)	17 (27,0)	27 (29,0)
Pas du tout	10 (17,6)	17 (27,0)	23 (24,7)
Non réponses	5 (8,8)	2 (3,2)	3 (3,2)
Pilule			
Parfaitement	50 (87,7)	49 (77,8)	70 (75,3)
Moyennement	4 (7,0)	12 (19,0)	17 (18,3)
Vaguement	1 (1,8)	0	4 (4,3)
Pas du tout	1 (1,8)	1 (1,6)	0
Non réponses	1 (1,8)	1 (1,6)	2 (2,2)
Anneau vaginal			
Parfaitement	8 (14,0)	3 (4,8)	5 (5,4)
Moyennement	7 (12,3)	12 (19,0)	13 (14,0)
Vaguement	10 (17,5)	16 (25,4)	31 (33,3)
Pas du tout	28 (49,1)	29 (46,0)	42 (45,2)
Non réponses	4 (7,0)	3 (4,8)	2 (2,2)

Tableau XXII: Connaissez-vous les contraceptions au point de pouvoir les expliquer à une amie ? (2)

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Patch			
Parfaitement	8 (14,0)	5 (7,9)	8 (8,6)
Moyennement	12 (21,1)	17 (27,0)	13 (14,0)
Vaguement	14 (24,6)	18 (28,6)	32 (34,4)
Pas du tout	19 (33,3)	19 (30,2)	38 (40,9)
Non réponses	4 (7,0)	4 (6,3)	2 (2,2)
Implant			
Parfaitement	14 (24,6)	15 (23,8)	15 (16,1)
Moyennement	14 (24,6)	23 (36,5)	20 (21,5)
Vaguement	16 (28,1)	10 (15,9)	28 (30,1)
Pas du tout	10 (17,5)	14 (22,2)	25 (26,9)
Non réponses	3 (5,3)	1 (1,6)	5 (5,4)
DIU			
Parfaitement	22 (38,6)	19 (30,2)	37 (39,8)
Moyennement	18 (31,6)	25 (39,7)	25 (26,9)
Vaguement	10 (17,5)	11 (17,5)	21 (22,6)
Pas du tout	3 (5,3)	7 (11,1)	9 (9,7)
Non réponses	4 (7,0)	1 (1,6)	1 (1,1)
Progestatifs injectables			
Parfaitement	3 (5,3)	1 (1,6)	1 (1,1)
Moyennement	1 (1,8)	5 (7,9)	6 (6,5)
Vaguement	10 (17,5)	10 (15,9)	11 (11,8)
Pas du tout	39 (68,4)	43 (68,3)	69 (74,2)
Non réponses	4 (7,0)	4 (6,3)	6 (6,5)
Spermicide			
Parfaitement	5 (8,8)	5 (7,9)	8 (8,6)
Moyennement	3 (5,3)	12 (19,0)	13 (14,0)
Vaguement	15 (26,3)	12 (19,0)	20 (21,5)
Pas du tout	30 (52,6)	30 (47,6)	48 (51,6)
Non réponses	4 (7,0)	4 (6,3)	4 (4,3)

Tableau XXII: Connaissez-vous les contraceptions au point de pouvoir les expliquer à une amie ? (3)

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
<i>Cape, Diaphragme</i>			
Parfaitement	4 (7,0)	4 (6,3)	5 (5,4)
Moyennement	2 (3,5)	6 (9,5)	8 (8,6)
Vaguement	11 (19,3)	17 (27,0)	21 (22,6)
Pas du tout	35 (61,4)	32 (50,8)	54 (58,1)
Non réponses	5 (8,8)	4 (6,3)	5 (5,4)
<i>Méthode Ogino</i>			
Parfaitement	6 (10,5)	8 (12,7)	5 (5,4)
Moyennement	5 (8,8)	13 (20,6)	22 (23,7)
Vaguement	8 (14,0)	16 (25,4)	17 (18,3)
Pas du tout	33 (57,9)	22 (34,9)	44 (47,3)
Non réponses	5 (8,8)	4 (6,3)	5 (5,4)
<i>Calcul du cycle</i>			
Parfaitement	12 (21,1)	20 (31,7)	21 (22,6)
Moyennement	10 (17,5)	23 (36,5)	28 (30,1)
Vaguement	15 (26,3)	8 (12,7)	23 (24,7)
Pas du tout	17 (29,8)	8 (12,7)	17 (18,3)
Non réponses	3 (5,3)	4 (6,3)	4 (4,3)
<i>Ligature tubaire</i>			
Parfaitement	12 (21,1)	23 (36,5)	21 (22,6)
Moyennement	9 (15,8)	16 (25,4)	21 (22,6)
Vaguement	15 (26,3)	11 (17,5)	24 (25,8)
Pas du tout	17 (29,8)	11 (17,5)	23 (24,7)
Non réponses	4 (7,0)	2 (3,2)	4 (4,3)
<i>Vasectomie</i>			
Parfaitement	8 (14,0)	18 (28,6)	16 (17,2)
Moyennement	9 (15,8)	12 (19,0)	13 (14,0)
Vaguement	10 (17,5)	8 (12,7)	19 (20,4)
Pas du tout	26 (45,6)	22 (34,9)	42 (45,2)
Non réponses	4 (7,0)	3 (4,8)	3 (3,2)

Tableau XXIII : Différences statistiques concernant les résultats des connaissances subjectives.

	<i>Populations du post-abortum – post-partum</i> <i>p</i>	<i>Populations du post-partum - générale</i> <i>p</i>	<i>Populations du post-abortum - générale</i> <i>p</i>
Préservatifs masculins	0,26	0,057	0,017
Préservatifs féminins	0,3	0,93	0,42
Pilule	0,32	0,37	0,18
Anneau vaginal	0,3	0,7	0,073
Patch	0,78	0,16	0,22
Implant	0,29	0,059	0,59
DIU	0,34	0,47	0,26
Progestatifs injectables	0,47	0,93	0,29
Spermicide	0,24	0,88	0,5
Cape, Diaphragme	0,52	0,94	0,66
Méthode Ogino	0,074	0,3	0,12
Calcul du cycle	0,015	0,24	0,35
Ligature tubaire	0,1	0,43	0,79
Vasectomie	0,32	0,26	0,82

Tableau XXIV : Pensez-vous bien connaître votre moyen de contraception actuel ?

	<i>Population du post-abortum</i> <i>n (%)</i>	<i>Population du post-partum</i> <i>n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues</i> <i>n (%)</i>
Oui	50 (87,7)	56 (88,9)	89 (95,7)
Aucune contraception	0	1 (1,6)	0
Non réponses	4 (7,0)	2 (3,2)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,62$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,43$); ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,11$) étaient non significatives.

3.4.2 Connaissances objectives

Tableau XXV : Un préservatif masculin est-il lubrifiable avec un gel à base d'eau ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Oui	16 (28,1)	17 (27,0)	26 (28,0)
Je ne sais pas	26 (45,6)	27 (42,9)	47 (50,5)
Non réponses	2 (3,5)	1 (1,6)	2 (2,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,83$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,59$) ; ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,89$) étaient non significatives.

Tableau XXVI : A quel moment au plus tôt placer un préservatif féminin pour qu'il reste efficace ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum N (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Quelques heures avant le rapport	14 (24,6)	15 (23,8)	20 (21,5)
Juste avant les préliminaires	10 (17,5)	12 (19,0)	13 (14,0)
Juste avant la pénétration	5 (8,8)	5 (7,9)	14 (15,1)
Je ne sais pas	24 (42,1)	28 (44,4)	45 (48,4)
Non réponses	4 (7,0)	3 (4,8)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,99$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,36$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,23$) étaient non significatives.

Tableau XXVII : Y a-t-il un risque de grossesse lors de l'arrêt de 7 jours de la prise de pilule entre 2 plaquettes (de 21 comprimés) ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Non	41 (71,9)	42 (66,7)	58 (62,4)
Je ne sais pas	3 (5,3)	4 (6,3)	7 (7,5)
Non réponses	2 (3,5)	1 (1,6)	0

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,77$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,58$); ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,13$) étaient non significatives.

Tableau XXVIII : Quel est le délai possible d'oubli de la pilule (la plus courante) sans perte d'efficacité ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum N (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
3h	3 (5,3)	7 (11,1)	15 (16,1)
6h	13 (22,8)	15 (23,8)	9 (9,7)
10h	2 (3,5)	1 (1,6)	6 (6,5)
12h	36 (63,2)	33 (52,4)	44 (47,3)
24h	1 (1,8)	5 (7,9)	17 (18,3)
Non réponses	2 (3,5)	2 (3,2)	2 (2,2)

La différence statistique entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,47$) était non significative.

La différence statistique entre les populations post-partum et générale ($p=0,057$) était à la limite de la significativité.

La différence statistique entre les populations post-abortum et générale ($p=0,0028$) était significative.

Tableau XXIX : L'anneau vaginal est un moyen contraceptif ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Mécanique	15 (26,3)	20 (31,7)	28 (30,1)
Hormonal	12 (21,1)	14 (22,2)	15 (16,1)
Je ne sais pas	29 (50,9)	27 (42,9)	48 (51,6)
Non réponses	1 (1,8)	2 (3,2)	2 (2,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,81$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,67$) ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,88$) étaient non significatives.

Tableau XXX : L'anneau vaginal peut-il être retiré pour un rapport sexuel ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Surtout pas	13 (22,8)	11 (17,5)	24 (25,8)
Maximum 3h	4 (7,0)	1 (1,6)	4 (4,3)
Maximum 24h	1 (1,8)	0	0
Je ne sais pas	35 (61,4)	49 (77,8)	64 (68,8)
Non réponses	4 (7,0)	2 (3,2)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,22$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,35$), entre les populations post-abortum et générale ($p=0,18$) étaient non significatives.

Tableau XXXI : Le patch contraceptif se change tous les ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum N (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Jours	1 (1,8)	0	3 (3,2)
Semaines	18 (31,6)	14 (22,2)	19 (20,4)
Mois	8 (14,0)	8 (12,7)	11 (11,8)
Je ne sais pas	27 (47,4)	39 (61,9)	59 (63,4)
Non réponses	3 (5,3)	2 (3,2)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,46$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,56$) ; ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,19$) étaient non significatives.

Tableau XXXII : Un implant contraceptif se garde ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
1an	5 (8,8)	5 (7,9)	5 (5,4)
2 à 3ans	25 (43,9)	35 (55,6)	42 (45,2)
5ans	6 (10,5)	4 (6,3)	13 (14,0)
Je ne sais pas	18 (31,6)	17 (27,0)	32 (34,4)
Non réponses	3 (5,3)	2 (3,2)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,74$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,32$) ; ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,5$) étaient non significatives.

Tableau XXXIII : Le spermicide est utilisé efficacement ... ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Seul	6 (10,5)	12 (19,0)	13 (14,0)
Avec un autre contraceptif	16 (28,1)	14 (22,2)	32 (34,4)
Je ne sais pas	31 (54,4)	35 (55,6)	46 (49,5)
Non réponses	4 (7,0)	2 (3,2)	2 (2,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,43$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,4$) ; ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,39$) étaient non significatives.

Tableau XXXIV : A quelle heure doit-on prendre la température pour que cette méthode soit efficace ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Avant le lever	15 (26,3)	33 (52,4)	57 (61,3)
Après le 1^{er} repas	0	1 (1,6)	0
Au coucher	1 (1,8)	1 (1,6)	5 (5,4)
Je ne sais pas	38 (66,7)	24 (38,1)	29 (31,2)
Non réponses	3 (5,3)	4 (6,3)	2 (2,2)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,029$) ; ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,000098$) étaient significatives. La différence statistique entre les populations post-partum et générale ($p=0,23$) était non significative.

Tableau XXXV : Le DIU peut-il être mis chez des femmes n'ayant jamais eu de grossesse ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Oui	34 (59,6)	26 (41,3)	46 (49,5)
Je ne sais pas	9 (15,8)	8 (12,7)	11 (11,8)
Non réponses	3 (5,3)	3 (4,8)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,074$); ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,063$) s'approchaient de la significativité.

La différence statistique entre les populations post-partum et générale ($p=0,44$) était non significative.

Tableau XXXVI : La ligature tubaire protège-t-elle des infections sexuellement transmissibles ?

	<i>Population du post-abortum n (%)</i>	<i>Population du post-partum n (%)</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues n (%)</i>
Non	47 (82,5)	52 (82,5)	78 (83,9)
Je ne sais pas	7 (12,3)	8 (12,7)	13 (14,0)
Non réponses	3 (5,3)	3 (4,8)	1 (1,1)

Les différences statistiques entre les populations post-abortum et post-partum ($p=0,99$), entre les populations post-partum et générale ($p=0,44$); ainsi qu'entre les populations post-abortum et générale ($p=0,39$) étaient non significatives.

3.5 Grossesse

3.5.1 Population du post-abortum

87,7% des femmes (50 sur 57) affirmaient que leur grossesse n'avait jamais été désirée. Nous retrouvons 3,5% non réponses (2 sur 57) à cette question.

Tableau XXXVII : Quelles sont les raisons de votre décision d'IVG ?

	<i>Population du post-abortum</i> <i>n (%)</i>
Défaut d'application	20 (35,1)
Age	14 (24,6)
Problèmes financiers	13 (22,8)
Problèmes de couple, de famille	10 (17,6)
Echec du contraceptif	8 (14,0)
Manque de moyen contraceptif	4 (7,0)
Pas assez d'information reçue	2 (3,5)
Erreur dans l'information reçue	0
Autres	18 (31,6)
Non réponses	2 (3,5)

Autres : 5 (8,8) multipares, 3 (5,3) cause professionnelle, 1 (1,8) changement d'avis du conjoint, 4 (7,0) situation, 1 (1,8) santé déficiente, 1 (1,8) échographie douteuse, 0 religion.

Tableau XXXVIII : Avez-vous reçu une information contraceptive lors de la grossesse ?

	<i>Population du post-abortum</i> <i>n (%)</i>
Oui	45 (78,9)
<i>Donnée de façon systématique</i>	3 (5,3)
<i>Sollicitée par vous</i>	42 (73,7)
Non	5 (8,8)
Non réponses	2 (3,5)
Non concernée (échographie douteuse)	1 (1,8)

Tableau XXXIX : Quand avez-vous eu cette information ?

	<i>Population du post-abortum</i> <i>n (%)</i>
Certificat initial	18 (31,6)
1^{er} accueil par le centre	28 (49,1)
Jour de l'IVG	18 (31,6)
Jour de la visite de contrôle	3 (5,3)
Non réponses	4 (7,0)
Non concernée (échographie douteuse)	1 (1,8)

Tableau XL : A quel moment auriez-vous été la plus réceptive à cette information ?

	Population du post-abortum n (%)
Certificat initial	12 (21,1)
1^{er} accueil par le centre	18 (31,6)
Jour de l'IVG	7 (12,3)
Jour de la visite de contrôle	6 (10,5)
Non réponses	14 (24,6)
Non concernée (échographie douteuse)	1 (1,8)

3.5.2 Grossesse de la population du post-partum

Tableau XLI : Vous venez d'accoucher, quel est au départ le contexte de cette grossesse ?

	Population du post-partum n (%)
Désir de grossesse	54 (85,7)
Erreur d'application	0
Mauvaise information reçue	0
Echec de contraception	3 (4,8)
Arrêt de la contraception sans désir de grossesse	1 (1,6)
Jamais de contraception utilisée	5 (7,9)
Non réponses	2 (3,2)

76,2% des accouchées (48/63) ont affirmés avoir reçu une information contraceptive pendant la grossesse ou pendant leur séjour à la maternité. Nous retrouvons 3,2% non réponses (2/63) à cette question.

Tableau XLII : Quelles ont été les principales sources de cette information sur la contraception ?

Population du post-partum	
	n (%)
Médecin traitant	10 (15,9)
Sage-femme libérale	17 (27,0)
Gynécologue	13 (20,6)
Etudiant en médecine	2 (3,2)
Etudiant sage-femme	13 (20,6)
Sage-femme de suites de couches	28 (44,4)
Sage-femme de consultation	12 (19,0)
Non réponses	2 (3,2)

Tableau XLIII : Quand avez-vous eu cette information contraceptive ?

Population du post-partum	
	n (%)
Avant la grossesse	10 (15,9)
1^{er} trimestre	0
Entretien prénatal	2 (3,2)
Consultations du 4^{ème} au 9^{ème} mois	7 (11,1)
Préparation à la naissance	15 (23,8)
Suites de couches	19 (30,2)
Visite de sortie	26 (41,3)
Non réponses	2 (3,2)

Tableau XLIV : A quel moment auriez-vous été la plus réceptive à cette information ?

Population du post-partum	
	n (%)
Avant la grossesse	7 (11,1)
1^{er} trimestre	0
Entretien prénatal	0
Consultations du 4^{ème} au 9^{ème} mois	3 (4,8)
Préparation à la naissance	11 (17,5)
Suites de couches	12 (19,0)
Visite de sortie	21 (33,3)
Non réponses	10 (15,9)

4.Discussion

4.1 Points faibles de l'étude

- ✓ La population générale a été sélectionnée en respectant la répartition de la population dans les différentes tailles de villes en Maine-et-Loire. A contrario, le recrutement des populations du post-abortum et du post-partum n'a pas respecté leur répartition au sein du département : les femmes interrogées étaient prises en charge aux CIVG F. Tristan d'Angers et C. Vautier de Nantes ainsi qu'en suites de couches au CHU d'Angers. Il aurait peut-être été plus cohérent de recruter les femmes dans les CIVG et dans les suites de couches sur Angers, Saumur et Cholet.
- ✓ La question sur les causes d'échecs de contraception n'a manifestement pas été comprise de façon optimale : 12% des femmes ayant déjà pris la pilule du lendemain ou ayant un antécédent d'IVG n'y répondaient pas.
- ✓ La question sur le nombre d'IVG ou d'enfants a mal été posée : certaines femmes n'incluaient pas la grossesse qu'elle venait d'avoir. Le Chi2 apparaît donc invalidé.
- ✓ Les adolescentes répondant au questionnaire n'avaient pas encore fait tout le parcours scolaire et ne pouvaient donc pas toujours infirmer ou confirmer la présence ou non d'une information contraceptive au cours de leur cursus scolaire.
- ✓ Certaines questions n'avaient pas de réponse obligatoire (questions n° 10 et 24). Il apparaissait alors délicat d'interpréter une non réponse (refus de se positionner, absence de connaissance, réponses non proposées ?).
- ✓ Certaines patientes du post-abortum ont pu réaliser une relative IMG par l'intermédiaire du parcours de l'IVG pour cause d'échographie douteuse lors du suivi de leur grossesse avant les 14 semaines d'aménorrhées. Le questionnaire ne leur était donc pas adapté.
- ✓ Certaines femmes ont pu se dire célibataires alors qu'elles vivaient en couple ; le statut juridique les nommant ainsi.
- ✓ Certaines femmes seules ont pu préciser la situation professionnelle du géniteur de leur grossesse.
- ✓ Le recrutement des femmes par les médecins a éventuellement pu être réalisé de façon non absolument aléatoire.
- ✓ 15 questionnaires distribués notamment en post-partum n'ont pas été retrouvés.
- ✓ Les femmes du post-abortum ont été recrutées lors de la visite de contrôle. Cependant, 25% des femmes ne viennent pas en visite de contrôle après leur IVG sur F. Tristan et 22,5% sur C. Vautier. De plus, nous avons été confrontés à 5 refus de participation à l'enquête (1 en post-abortum, 2 en post-partum, 1 en cabinet médical). Un biais a donc peut-être été rencontré dans le profil des patientes.

4.2 Points forts de l'étude

- ✓ Aucune étude équivalente n'avait encore été réalisée.
- ✓ Les femmes ont été évaluées sur 2 champs : leur savoir présumé (connaissances subjectives) et leur savoir réel (connaissances objectives) afin de mieux cerner la transmission qui leur avait déjà été faite.
- ✓ La prise en compte de critères multiples a permis d'inclure le profil socio-économique des femmes dans notre étude.
- ✓ Le recrutement des patientes dans les cabinets des médecins a respecté la répartition de la population générale du Maine-et-Loire. Les résultats étaient donc extrapolables.
- ✓ La parité des médecins sélectionnés a été au mieux respectée.
- ✓ Peu de refus ont été rencontrés malgré le nombre de patientes et les contextes parfois délicats.
- ✓ Les femmes ont été recrutées de façon aléatoire en post-partum et en post-abortum.

4.3 Analyse

4.3.1 Littérature [1, 16, 17]

Aucune étude proche de la nôtre n'a été trouvée dans la bibliographie française. Cependant, nous avons pu regrouper quelques chiffres comparables dans 3 études.

Pour comparaison du profil de la population du post-abortum avec la littérature, nous avons sélectionné l'étude rétrospective multicentrique descriptive de l'IVG réalisée sur l'année 2007 dans les centres d'interruptions volontaires de grossesse (CIVG) publiques du Maine-et-Loire par S. CHALAIN.

Pour la littérature comparative de la population générale, nous avons utilisé l'étude rétrospective de R. MENIERE. Celle-ci a été réalisée sur 2802 femmes recrutées en médecine générale sur le deuxième semestre de 2003. De plus, J. PRADEL (DECHOUX) nous a apporté certaines renseignements sur les sources de l'information contraceptive par son enquête sur l'impact des séances de prévention sexuelle dans les établissements scolaires auprès de 21 collégiens (dont 9 n'ayant jamais assisté à une séance).

4.3.2 Profil des populations

Dans les 3 populations, la majorité des femmes se situaient entre 26 et 35 ans (43,8%) (tableau I). L'âge des populations apparaissait cependant significativement différent. 98,4% des accouchées avaient de 21 à 40 ans.

La répartition des patientes s'est faite sur l'ensemble des tranches d'âges (15 à 50 ans) pour la population générale. Les femmes les plus âgées de l'étude y sont retrouvées. En effet, ces dernières étaient peu présentes en post-abortum et post-partum ; probablement leur fécondabilité était-elle largement abaissée par le facteur âge. Cependant, il était logique que nous les retrouvions dans la population générale qui regroupait l'ensemble des femmes admises dans l'étude (jusqu'à la limite de la ménopause).

Par opposition, les grossesses interrompues auraient concerné préférentiellement les femmes jeunes : 77,1% avaient de 15 à 35 ans, notamment 40,3% avaient moins de 25 ans et 1/3 moins de 20 ans. Ce pourcentage était confirmé par l'étude de S. CHALAIN : 71,5% des femmes en parcours d'IVG avaient entre 18 et 35 ans. Cette observation aurait pu être justifiée par le fait que le jeune âge aurait pu indiquer un relatif facteur d'insouciance notamment sur la capacité à se représenter la biologie humaine ; et qu'il correspondait généralement au tout début de leur vie professionnelle voire toujours à un cursus de formation.

Les facteurs suivants n'apportaient pas de distinction significative des groupes:

- l'origine ethno géographique (tableau II) : une grande majorité était française (96%, 91% pour S. CHALAIN),
- le bagage scolaire (tableau V) : la majorité a eu au moins le baccalauréat (73%),
- les convictions religieuses (tableau VIII) : elles n'influençaient ni leur sexualité ni leur prise en charge médicale (93%),
- les antécédents d'éventuelles fausses-couches (tableau XIII) : la majorité n'en a jamais vécues (75%).

La population du post-abortum apparaissait venir significativement de plus grandes villes. Cette différence pouvait être due à 2 facteurs : la présence plus marquée d'étudiants dans ces villes (corrélée à une prépondérance des jeunes femmes en post-abortum), la non-distribution des questionnaires dans les CIVG de Saumur et de Cholet (excluant dès lors une fraction peu négligeable de la population). Les questionnaires ont été distribués au CHU d'Angers et à la Clinique Jules Verne de Nantes. Ces centres drainaient une population représentative du département.

Les femmes, de façon général, étaient plutôt en couple : 75% étaient pacsées, mariées ou en concubinage (tableau IV). De plus, ce pourcentage était plus prononcé pour

celles qui ont accouchées (89%) : un projet de conception abouti ne serait-il pas né plus facilement lors d'une relation de couple ? En effet, seulement 11% des accouchées étaient célibataires. A contrario, 33% des femmes du post-abortum (57,6% pour S. CHALAIN) et 24% des femmes de la population générale étaient seules. Cette supériorité significative du post-partum pouvait s'expliquer aussi par la proportion de femmes plus jeunes.

Les patientes et leurs conjoints étaient en majorité salariés (53,6%) (tableaux VI et VII). Cependant, la population du post-partum apparaissait significativement plus active que les autres (81% des femmes). Aucune femme ni homme était en cours de formation. Ceci pouvait se justifier par la présence nécessaire de stabilité familiale et professionnelle (dont la parentalité au foyer) avec la décision de mener à terme une grossesse. A contrario, en post-abortum et dans la population générale, 19% des femmes (corrélés aux 20,5% pour S. CHALAIN) et 5% des hommes poursuivaient un cursus de formation ; ceci ayant pu être expliqué par la proportion plus importante de sujets jeunes.

La majorité des patientes n'avait jamais pris de pilule du lendemain (77%) (tableau IX). On pouvait noter que 23,7% des femmes de la population générale avaient déjà utilisé cette contraception d'urgence versus 13,8% pour R. MENIERE. Cette différence pouvait être due à l'évolution des mentalités depuis 5 ans notamment par les campagnes de prévention des grossesses non prévues réalisées par le gouvernement. Cette explication pouvait aussi être valable pour l'écart significatif entre la population générale et celle du post-abortum. De plus, 12% des femmes en parcours d'IVG l'auraient prise au moins 3 fois dans leur vie versus 3,2% des femmes de la population générale et 0% des accouchées. On observait donc une tendance à l'utilisation répétitive de la pilule du lendemain lors de l'existence d'antécédents d'échecs de contraception. Il apparaîtrait que l'information aurait été plus renforcée chez les femmes ayant vécu une IVG, d'où la possibilité pour elles de recourir plus volontiers à la pilule du lendemain. Se posait parallèlement la question d'une fréquence accrue des rapports à risque de grossesse non prévue, compte tenu de cette relative "aisance" au recours à la pilule du lendemain.

4.3.3 Echecs de contraception

Quelque soit la population, l'échec de contraception serait provenu majoritairement d'un défaut d'application (oubli de pilule,...) (26%) puis en 2^{ème} cause, d'un échec du contraceptif (rupture du préservatif,...) (19%) (tableaux X, XI).

Chez les femmes en post-abortum, ces causes étaient significativement plus présentes : 47% pour l'erreur d'application, 37% pour l'échec du contraceptif, et complétées par l'absence de moyen à 12,3% (non renouvellement de la contraception hormonale sans relais

par un autre contraceptif,...) (tendance statistique). Par comparaison, R. MENIERE retrouvait comme raison invoquée pour l'utilisation de la pilule du lendemain durant les 24 derniers mois, 35% d'oublis de pilule, 38,1% d'accidents de préservatif et 13,1% d'arrêt de la contraception. La légère différence des chiffres qu'il a observés avec ceux de notre étude aurait pu trouver son origine dans la spécificité des moyens de contraception qu'il avait introduite dans ses items.

Quelque soit le problème de contraception, celui-ci aurait conduit plus souvent à une IVG qu'à un accouchement (tableau X). Une femme qui aurait connu l'IVG, y aurait recouru plus facilement pour les grossesses futures (tableau XII) et utiliserait plus souvent la pilule du lendemain (tableau IX).

4.3.4 Information contraceptive reçue

Les facteurs suivants n'amenaient pas de distinction significative des groupes :

- une information contraceptive (tableau XV) avait déjà été transmise à au moins 93% des femmes. On a pu donc constater que le fait de l'avoir reçue ne modulait pas le choix d'une grossesse poursuivie ou d'une IVG.
- son âge de réalisation (tableau XVI) : plus de 87% des femmes interrogées (tous les groupes confondus) avaient reçu leur première information contraceptive avant l'âge de 18 ans conformément aux recommandations.
- les principales sources d'informations sur la contraception (tableau XVII).

49% de l'ensemble des femmes avaient déjà fait une démarche afin d'obtenir une information contraceptive (tableau XXI). Ce pourcentage a permis d'affirmer alors que seulement la moitié des femmes génitalement actives auraient ressenti le besoin de chercher par elles-mêmes des renseignements sur la contraception. Ces femmes étaient en proportion plus importantes dans le post-abortum (59%) ; leurs échecs de contraception et leur vécu du parcours de l'IVG ayant pu en être l'origine.

Concernant les sources qui avaient transmises des renseignements sur la contraception (tableau XVII), 55 % des femmes en ont reçus par les parents (surtout dans le groupe du post-abortum : 63,2%), puis 52,5% par le collège (surtout dans la population générale : 56%), 49,5% par le médecin traitant (surtout dans la population du post-partum : 55,6%), 45,6% par le gynécologue (surtout dans le groupe du post-abortum : 52,6%), 41,2% par le lycée et enfin 40,4% par les ami(e)s.

Les émissions de télévision ou de radio étaient à 24,8% des sources mais étaient significativement moins présentes dans la population générale par rapport aux femmes du

post-abortum. Cette moindre fréquence des sources médiatiques pouvaient être, du fait de l'âge de ces femmes, due à une certaine stabilité contraceptive ou bien à une moindre aisance d'utilisation de ces sources.

Nous avons noté la remarquable absence, dans les référents cités, des infirmières scolaires (11% en moyenne) mais toutefois un peu plus présentes dans la population du post-abortum (17,5%). Ces conductrices de conseils contraceptifs auraient-elles été trop en relation avec les enseignants pour pouvoir être une source sécurisante pour les adolescents qui souhaitent préserver discrétion et anonymat ? L'ensemble des établissements scolaires aurait-il bien employé une infirmière disponible pour les élèves ?

On pouvait donc observer qu'1/3 des sources paraissait plutôt sûr (médecins), qu'1/3 paraissait plutôt fiable (éducation sexuelle scolaire) et qu'1/3 paraissait de qualité et quantité variables (parents, amis). Il semble alors qu'il eut fallu notamment insister sur la nécessité d'impliquer la population (notamment parentale) dans un processus d'information exacte et vérifiée.

Pour l'étude de J. PRADEL (DECHOUX), les sources d'information retrouvées étaient les amis (69,6%), le milieu scolaire (63,5%) (notamment l'infirmière), les médias (61,6%), les émissions de télévision (53,1%), les parents (41,7%), la radio (39,6%), internet (5,4%). Ces références littéraires ne correspondaient pas aux chiffres et à l'ordre des sources de la population générale. Ceci pouvait être expliqué par l'âge de la population interrogée (11 à 15 ans) : les adolescents n'ont pas les mêmes repères d'informations par rapport aux adultes ou aux générations précédentes d'adolescents.

En dehors du post-partum, les sages-femmes apparaissaient peu présentes dans la transmission de l'information contraceptive (5% en moyenne sur les 3 populations) (tableaux XVII et XVIII). Elles étaient une source qui apparaissait significativement plus importante pour les femmes du post-partum (17,5%) ; tout comme les CPEF pour les femmes du post-abortum (28% versus 10,4% pour les 2 autres populations). Les tentatives politiques pour faire connaître ces centres auraient-elles été peu entendues par la population ? Nous ne saurions que conseiller aux personnes demandeuses de renseignements de dépasser leurs craintes éventuelles pour côtoyer ces lieux. En effet, ces centres pouvaient peut-être inspirer aux consultants le sentiment d'être jugés : sexualité active, prises de risque, erreurs de gestion de contraception...

Après avis des femmes, les sources les plus adaptées à transmettre ces informations étaient le gynécologue (36%) puis le médecin traitant (20%) (moins significatif pour les accouchées) (tableaux XIX, XX).

Le CPEF était une source autant citée que le médecin traitant (17,5%) pour les femmes du post-abortum mais était peu présente pour la population générale (6,5%) (aucune significativité retrouvée).

La sage-femme s'est avérée curieusement encore plus exclue de ce rôle qu'elle ne l'était réellement, toutes populations confondues et notamment pour les accouchées (3%) (aucune différence significative avec les autres populations). Ceci n'est pas sans nous interroger. La représentation par les femmes de notre métier ne s'arrêterait-elle pas à l'accompagnement des grossesses poursuivies à leur terme, voire même juste à l'accouchement de leurs enfants ?

De plus, nous avons pu remarquer que, quelque soit le niveau scolaire, les établissements éducatifs ne restaient pas un lieu de conseil privilégié pour les populations. Il semblait alors que les femmes aient été convaincues d'un impact moins efficace de l'information contraceptive lorsqu'elle était divulguée dans ses lieux. On pouvait aussi se questionner sur une représentation de l'éducation scolaire qui ne serait pas dans une volonté de transmission spécifique sur ce sujet, ou bien encore la crainte d'apporter l'idée d'une sexualité précoce à des adolescents.

4.3.5 Connaissances subjectives

La connaissance subjective apparaissait être à peu près la même dans les 3 populations (tableaux XXII et XXIII).

Le préservatif féminin semblait moins bien connu (31% vaguement) contrairement au préservatif masculin (74% parfaitement) ; certainement du fait de son apparition plus récente et de son utilisation moins appréciée.

Le DIU s'est avéré être moyennement ou parfaitement connu par la majorité des femmes (69%) mais de façon moins prononcée que la pilule (95%), moyen de contraception réputé efficace par les 3 populations.

Les progestatifs injectables apparaissaient très méconnus de l'ensemble des populations (70% en moyenne ne les connaissaient pas) tout comme l'anneau vaginal (47%), les spermicides (51%), les capes et diaphragmes (57%).

Le patch s'avérait vaguement connu à 35% ainsi que la méthode Ogino.

Au sujet de l'implant et du calcul du cycle, les connaissances des femmes sont réparties de façon équitable.

A propos de la stérilisation, la vasectomie paraissait moins bien connue chez l'ensemble des femmes par rapport à la ligature tubaire.

Les femmes semblaient donc, selon elles, mieux connaître les moyens contraceptifs les plus utilisés par la population féminine française : pilule, préservatifs masculins, DIU. Elles ressentaient avoir quelques notions sur les contraceptions se développant actuellement de plus en plus telles que le patch, l'implant, le préservatif féminin, la ligature tubaire ; mais aussi sur des moyens anciens réputés peu efficaces que sont les méthodes naturelles. Cependant, les contraceptifs connus pour être moins facilement utilisables étaient délaissés du point de vue de la connaissance (progestatifs injectables, anneau vaginal, capes, diaphragmes, spermicides, vasectomie).

Tableau XLV : Notation des connaissances subjectives sur 20 points.

	<i>Population du post-abortum</i>	<i>Population du post-partum</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues</i>
<i>Préservatif masculin</i>	18,64	16,99	16,42
<i>Préservatif féminin</i>	9,23	8,63	9,11
<i>Pilule</i>	18,93	18,39	18,17
<i>Anneau vaginal</i>	6,08	5,44	5,27
<i>Patch</i>	7,80	7,57	6,01
<i>Implant</i>	10,62	10,86	8,56
<i>DIU</i>	14,09	12,69	13,19
<i>Progestatifs injectables</i>	2,64	2,60	1,99
<i>Spermicide</i>	4,53	5,76	5,24
<i>Cape, Diaphragme</i>	3,46	4,63	3,94
<i>Méthode Ogino</i>	4,62	7,46	5,76
<i>Calcul du cycle</i>	8,77	12,88	10,64
<i>Ligature tubaire</i>	8,68	12,24	9,77
<i>Vasectomie</i>	6,54	9,56	9,89
<i>MOYENNE</i>	9,07	9,69	8,85

Selon le test du Chi2 et cette notation, plusieurs aspects ressortaient. Manifestement, la pilule apparaissait être largement la plus réputée des contraceptions pour l'ensemble des populations.

Les femmes de la population générale ont eu le moins bon score. Serait-ce dû à la proportion de femmes plus âgées n'ayant pas eu accès aux mêmes informations et aux mêmes contraceptifs ? Serait-ce dû à une différence de conception de la régulation des naissances ? Ces dernières pensaient moins bien connaître la contraception locale par les préservatifs masculins (significativement par rapport à la population du post-abortum, tendance par rapport à la population du post-partum).

Le groupe du post-abortum affirmait mieux connaître les DIU (non significatif), les préservatifs masculins mais aussi les contraceptions plus récentes telles que l'anneau vaginal (tendance par rapport à la population générale). Il semblerait alors que les CIVG informeraient plus sur les moyens modernes et ceux dont l'observance serait plus aisée, mais aussi sur la prévention des IST.

Notons que c'est dans le groupe du post-partum que la connaissance subjective en matière de contraception naturelle (calcul du cycle et méthode Ogino) apparaissait la plus importante notamment par rapport au groupe du post-abortum (respectivement significativité et tendance) ainsi que la ligature tubaire (non significatif). Les femmes du post-abortum apparaissaient donc sensibilisées au faible indice de Pearl pour les méthodes naturelles. Une tendance significative à propos de l'implant était notable par rapport à la population générale expliquée peut-être par la proportion de femmes plus mûres dans ce dernier groupe. Globalement, les accouchées ont un meilleur score de connaissance subjective. Est-ce la réalité ou l'optimisme de la naissance ?

L'ensemble des femmes pensait bien connaître sa contraception actuelle (90%) (tableau XXIV). On a observé notamment une légère prépondérance non significative dans la population générale paradoxalement à leur évaluation subjective. Ceci pourrait être expliqué par l'utilisation d'une même contraception à long terme.

4.3.6 Connaissances objectives

Les connaissances en matière de contraceptions locales par les préservatifs masculins et féminins sont les mêmes pour les 3 populations : 25% de bonnes réponses en moyenne et 45% de "je ne sais pas" (tableaux XXV et XXVI).

Le bon fonctionnement de la prise de la pilule est bien connu dans le groupe du post-partum (tableaux XXVII, XXVIII) (tendance) et de façon plus prononcée dans le groupe du post-abortum (significatif). Encore 44% des femmes se questionnent sur le risque de grossesse lors de l'arrêt de la prise de comprimé entre 2 plaquettes. Et seules 55% des femmes connaissent le délai exact d'oubli sans risque. Toutefois, 88% des femmes mettent

ce délai à 12 heures ou moins : cette méconnaissance relative est donc moins à risque de grossesse non prévue si la conduite à tenir en cas d'oubli est bien réalisée.

L'anneau vaginal et le patch sont méconnus par l'ensemble des populations (19% de bonnes réponses en moyenne pour l'ensemble des populations). Cependant, les connaissances objectives du patch sont meilleures que celle de l'anneau, plus que ne le laissait suggérer l'évaluation subjective (tableaux XXIX, XXX et XXXI).

L'implant est plutôt bien connu de l'ensemble des groupes (48% de bonnes réponses avec un pourcentage légèrement meilleur pour les femmes accouchées) (tableau XXXII), contrairement aux spermicides (53% de "je ne sais pas") (tableau XXXIII).

La méthode des températures est résolument mieux maîtrisée par les accouchées et la population générale que la population du post-abortum (significatif) (tableau XXXIV) ce que laissait déjà entendre l'évaluation subjective.

Le DIU est relativement bien connu par la population féminine (50% de bonnes réponses) avec une tendance à la significativité pour les femmes du post-abortum (60% de bonnes réponses) (tableau XXXV) tout comme la stérilisation féminine (83% de bonnes réponses) (tableau XXXVI).

On pourrait donc conclure que les connaissances subjectives de l'ensemble de la population féminine seraient plutôt réalistes. Cependant, ces femmes resteraient optimistes pour la contraception orale et surtout pour les contraceptions locales masculines. A contrario, elles sembleraient pessimistes sur leur savoir de l'implant et de la stérilisation.

Tableau XLVI : Notation des connaissances objectives sur 20 points.

	<i>Population du post-abortum</i>	<i>Population du post-partum</i>	<i>Population des généralistes / gynécologues</i>
Préservatif masculin + lubrifiant	5,82	5,48	5,71
Préservatif féminin	5,28	9,38	4,35
Pilule + risque de grossesse	14,91	13,55	12,47
Délai d'oubli de la pilule	13,09	10,82	9,67
Anneau vaginal	4,29	4,59	3,30
Anneau vaginal + sexualité	1,51	0,33	0,87
Changement de patch	6,67	4,59	4,13
Durée de l'implant	9,26	11,48	9,13
Spermicide	6,04	4,59	7,03
Méthode Ogino	5,56	5,56	12,53
DIU + nulligeste	12,59	8,67	10,00
Ligature tubaire + MST	17,41	17,33	16,96
MOYENNE	8,54	8,03	8,01

La notation des connaissances objectives a permis de confirmer la moins bonne connaissance réelle de la population générale. La population générale étant plus âgée aurait-elle eu accès à la même qualité et la même quantité d'informations contraceptive ? De plus, contrairement à la notation subjective, elle nous a démontré que le parcours de l'IVG apportait une meilleure connaissance sur la contraception que les 2 autres populations. Les femmes du post-abortum ayant vécu des échecs de contraception et une prise en charge importante autour de l'information contraceptive, ne seraient-elles pas plus alarmistes sur leurs connaissances ?

4.3.7 Grossesse

8,8% des femmes avortant exprimaient un désir de grossesse (versus 1,9% pour S. CHALAIN) et 17,5% des femmes accouchant exprimaient un non désir de grossesse. L'ambivalence gestationnelle inconsciente ou consciente paraît donc des 2 parties.

Les raisons conduisant à l'IVG sont apparues multiples (tableau XXXVII). 1/3 trouvaient leur origine dans l'oubli de contraception tel que l'omission de la prise de la pilule. C'était une étiologie plus fréquente que l'échec du contraceptif (14% des femmes) et que l'absence de moyen (7%). De plus, on pourrait observer qu'aucune femme ne pensait avoir

reçu d'information inexacte, quelque soit la source. Néanmoins, nous pourrions noter qu'un faible pourcentage de femmes reconnaissait une carence en matière d'information (3,5%) (tableau XXXVII) et 8,8% exprimaient n'avoir reçu aucune information pendant leur parcours d'IVG (tableau XXXVIII). Le défaut de transmission et d'observance pourrait être expliqué par un manque de disponibilité psychique ou physique des soignants et/ou des femmes.

Dans la prise de décision de l'IVG, les paramètres de l'âge, les soucis familiaux, conjugaux et financiers rentrent en compte pour 21,7% des femmes mais surtout pour 4 grossesses désirées sur 5 (la cinquième étant une IVG pour échographie douteuse). On a pu donc observer que la demande d'IVG concerne parfois aussi des femmes désireuses de grossesse et d'enfant.

4.3.8 Information contraceptive lors d'une prise en charge spécifique

4.3.8.1 Post-abortionum

Cette information apparaissait assez présente lors du parcours de l'IVG (79% des femmes) et était sollicitée par les 3/4 des femmes (tableau XXXVIII). Le défaut de réceptivité de la femme lors des entretiens systématiques avec les soignants pourrait expliquer la déclaration d'absence de transmission d'information contraceptive. Dans 49% des cas, l'information contraceptive a été réalisée lors du premier accueil au centre. Seulement 5% des femmes déclaraient avoir reçu une information lors de la visite de contrôle (tableau XXXIX). Les femmes exprimaient manifestement plus d'attente d'une information au moment de la visite de contrôle (réalité 5%, souhait 10%) plutôt qu'au premier accueil (réalité 49%, souhait 31%) ou le jour de l'IVG (réalité 31%, souhait 12%) : comme si les moments les plus techniques apparaissaient les moins opportuns (tableau XL).

4.3.8.2 Post-partum

Le parcours de la grossesse menée jusqu'à l'accouchement était aussi très concerné par l'information contraceptive (76,2%). Le post-partum a été le lieu privilégié, tant pour l'intervenant (sage-femme 44,4%) que pour le moment (suites de couches et visite de sortie 71,5%) (tableaux XLII, XLIII). Cette disponibilité offerte pour l'information apparaissait être en accord avec la demande des femmes par rapport aux autres moments : 52,3% des accouchées apparaissaient être demandeuses d'une information préférentiellement en suites de couches (tableau XLIV).

5. Suggestions

Après notre enquête, il me semble utile de proposer quelques suggestions afin de tenter de prendre en charge les couples de manière plus optimale.

5.1 Interlocuteurs [18, 19]

Le but principal de l'information contraceptive est de transmettre à la population des informations fiables et immédiatement utilisables. Il est primordial que l'ensemble des personnes susceptibles d'être des interlocuteurs soit cohérent. Pour cela, il semble nécessaire d'envisager la mise en place d'une politique de formations initiales et régulières. Elle devrait être ouverte non seulement à l'ensemble du personnel soignant (médical et paramédical) mais aussi au personnel des établissements scolaires (notamment aux professeurs des sciences de la vie et de la terre (SVT)) et au personnel des services sociaux.

Il ne faut pas perdre de vue qu'une information transmise avec redondance par un intervenant choisi et impliqué est mieux reçue par la personne. D'après notre enquête, il faudrait donc privilégier le gynécologue et le médecin traitant comme interlocuteur de la contraception. Pour un grand nombre, cela pose aussi la question de leur formation initiale et de leurs formations médicales continues qui restent assez limitées sur ce sujet. Il semblerait nécessaire de faire connaître les CPEF qu'ils puissent aussi assurer ce même rôle mais de façon plus anonyme (situation indispensable dans certains cas) ainsi que de prendre le relais.

Pour précision, l'article L4151-1 du CSP, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, prévoit que "l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique". Ainsi, la sage-femme peut prescrire une primo-contraception hormonale ou locale et peut procéder avant celle-ci aux examens complémentaires ainsi qu'elle peut la renouveler dans le court terme, dès lorsqu'il n'est pas nécessaire d'effectuer annuellement de bilan biologique lorsque le premier examen est normal (ANAES « *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* » décembre 2004). En revanche, pour la surveillance spécifique à long terme de la contraception et pour son suivi biologique tous les 5 ans, la consultation d'un médecin reste obligatoire (article L5134-1 alinéa 3 du CSP). Ce rôle de "substitut provisoire" des gynécologues dans la prise en charge des femmes non gestantes serait-il, selon les sages-femmes elles-mêmes, encore dans le champ d'action de leur métier ?

5.2 Information de la population générale

5.2.1 Moyens d'information [21]

Chaque individu a un moyen mnémotechnique prédominant (auditif, kinesthésique, ou visuel). Une question posée est celle d'optimiser la communication par l'usage de moyens plus "sensitifs" : échantillon, affiche, information orale... Cependant, il paraît indispensable que les conseils contraceptifs soient adressés de façon claire et accessible à une population intéressée. Le temps que l'on consacre à l'écoute et aux conseils, est le plus indispensable.

La reformulation par chaque femme de l'information transmise reste un bon moyen de savoir si elle a retenu et compris le principal. Afin que cette information reste présente à long terme pour la femme, des prospectus sur chaque moyen contraceptif pourraient être distribués dès la première prescription. Ils pourraient aussi être disponibles dans les lieux publics (salles d'attente, écoles...). La multitude de sources tels que les sites internet, est en un sens très utile à l'information contraceptive. Elle est d'accès aisé et à la disposition de la population à tout moment de la vie quotidienne. Cependant, il reste nécessaire que ces sources soient contrôlées afin d'être fiables. Enfin, les campagnes nationales sur la prévention des IST et des grossesses non désirées permettent de toucher un grand public malgré ses impacts limités.

5.2.2 Implication de la population

Pour que le message soit efficace et durable, il paraît nécessaire de faire prendre conscience à la population de son propre rôle essentiel dans la contraception pour eux-mêmes mais aussi pour leur entourage. Cependant, lever les tabous autour de la sexualité pour arrêter les idées reçues et faire prendre conscience du risque de grossesse pour toute femme, est une étape primordiale. De plus, l'observance d'un moyen de contraception est d'autant plus importante si chaque partenaire y adhère et est conscient de ses responsabilités. La nouvelle campagne de sensibilisation depuis le 14 septembre 2009 par l'INPES incite ainsi les femmes et les hommes à s'impliquer davantage dans la démarche et le choix de la contraception.

Les parents, premiers éducateurs et formateurs de leur enfant dès la petite enfance, restent des interlocuteurs privilégiés pour la contraception. Il pourrait peut-être être envisageable de les informer et de les éduquer par l'intermédiaire de la caisse d'allocations familiales (CAF) afin de favoriser un dialogue parents-enfant ouvert et fiable du point de vue de la sexualité et notamment de la contraception.

Ainsi, on pourrait espérer une banalisation de l'information contraceptive efficace afin d'observer un certain réflexe contraceptif adapté dans la population française.

5.2.3 Education sexuelle scolaire [3, 12]

L'établissement scolaire est le deuxième repère éducatif des mineurs. Elle a une mission éducative notamment à propos de la responsabilité de la santé et la préparation de l'avenir. Ainsi, depuis 2001, 3 séances annuelles sont prévues du primaire à la fin du secondaire. Cependant, la question du financement est un frein auquel le gouvernement et les établissements sont confrontés. Cette mission éducative pour être plus efficace, devrait être guidée par un programme (ministère de l'éducation nationale en collaboration avec celui de la santé, de la jeunesse et des sports) et être inscrite dans le projet de santé de l'établissement (implication).

Cette éducation à la sexualité est préférablement introduite en cours de SVT puis en séances par groupes unisexes (informations, sensibilisation) puis mixtes (maturité, échanges). Elle pourra être réalisée plus systématiquement sous forme de débats par des intervenants extérieurs (mixité des sexes et des professions). Elles permettront de transmettre des messages concrets, adaptés à l'âge (adresses des CPEF, association pilule-préservatif...).

C'est un temps spécifique afin d'inciter au comportement de responsabilité individuelle, familiale et sociale ainsi qu'à l'autonomie, avant l'apparition des prises de risques (amener à la réflexion par la prévention). Il donne des données essentielles pour le développement intellectuel, affectif et sexuel de ses jeunes très demandeurs (notamment à 10-14 ans). Et contrairement à ce que pourraient craindre quelques réticents, une éducation dès le plus jeune âge n'incite pas les jeunes à passer à l'acte du rapport sexuel (exemple : Pays-Bas) ; mais plutôt dans le bon sens du passage à l'acte, en poussant la porte de l'information.

La disponibilité des outils ludiques permettrait une approche plus aisée des jeunes tels que la mallette pédagogique "bonheur d'aimer" (ministère de l'éducation nationale 2001), la vidéo "temps d'amour", les jeux de rôle et de société, l'expression libre à partir d'un support, les questions anonymes.

Enfin, la région Poitou-Charentes est pilote pour l'action "PASS contraception" de S. Royal depuis novembre 2009. Ce sont des carnets de bons distribués aux lycéens afin d'acquérir gratuitement des consultations de généralistes et gynécologues, des contraceptifs. C'est un outil supplémentaire pour aborder ces questions et pour lutter contre les grossesses précoces et non désirées dans des situations ponctuelles.

5.2.4 Consultations [4, 10, 20, 21]

Pour les acteurs de prescription et de délivrance des moyens contraceptifs (médecins, sages-femmes, pharmaciens), un temps d'écoute et de conseils pratiques favorisera l'expression des questions et des opinions personnelles des patients afin de prendre en charge leur contraception de façon personnalisée. Le respect du choix individuel après une information neutre, éclairée et accessible permettra une meilleure observance. Enfin, on recommandera une certaine attention à porter aux périodes à risque d'échec de la contraception : post-partum, fenêtre thérapeutique, délai avant le commencement, délai avant l'efficacité de la contraception, adolescence.

Les consultations de prescription de contraceptifs pourront être menées selon la méthode BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : le Counseling. Il pose les bases théoriques à un accompagnement de la femme (ou du couple) : informer de façon objective, claire et complète afin d'inciter au choix contraceptif de façon autonome et adaptée aux conditions de vies (sociales, affectives et sexuelles), à l'âge et à l'observance. "Utiliser une contraception, c'est un choix de vie" (M. Winckler). Il vaut mieux éviter toute surcharge de l'information qui serait nuisible à sa qualité. Cependant, il ne faudrait pas omettre la prévention contre les IST.

Une nouvelle méthode, "Quick Start", permet le démarrage de la première utilisation de la pilule dans le cabinet médical du prescripteur sans attendre le premier jour des menstruations. Celle-ci permet l'application immédiate des conseils, d'éviter l'absence de démarrage de la prescription ainsi que de diminuer le risque de grossesse pendant le délai d'attente des menstruations. Il faut cependant prévenir du caractère non immédiat de l'efficacité contraceptive : nécessité d'une deuxième protection ou d'une abstinence pendant 7 jours.

Quelques astuces à conseiller permettent d'éviter au mieux tout risque d'apparition d'une grossesse non désirée : le conseil des rituels (réveil, pilule près de la brosse à dents,...), prescription systématique de la contraception d'urgence, remise de documents...

5.3 Situations particulières

5.3.1 Information en post-abortum [22, 23]

La loi prévoit que lors d'une demande d'IVG, le médecin délivre à la femme une information complète sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles. D'après notre étude, les femmes du post-abortum préfèrent parler de la contraception lors de la visite de contrôle puisque, selon elles, c'est un temps pendant lequel elles semblent être plus réceptives à cette information.

Cependant, celle-ci peut se faire tout le long du parcours de l'IVG. En effet, un message transmis de façon répétée est plus facilement intégré et a plus de chance d'être reçu par un plus grand nombre de personnes. Et ceci d'autant plus qu'un quart des femmes ne viennent pas faire de consultation de contrôle.

Cependant, la prévention restera toujours limitée par la place d'une certaine subjectivité malgré tous les efforts fournis. Pour diminuer ce risque de récurrence de grossesse non désirée, la prise en charge pluridisciplinaire psycho-médico-sociale (acte manqué, angoisse existentielle, accès à la contraception...) est un élément non négligeable. On sera d'autant plus vigilant à bien transmettre une information contraceptive de qualité et à prescrire une contraception adaptée et choisie lorsque la femme sera jeune ou aura de nombreux antécédents d'échecs de contraception. En effet, le risque de récurrence est alors plus important.

Les conseils pourront être accompagnés de prospectus récapitulatifs et des numéros de permanences téléphoniques utiles en cas de futurs échecs contraceptifs.

5.3.2 Information en pré et post-partum

A peine les femmes ont-elles pu commencer à entreprendre le deuil de leur grossesse et l'investissement du nouveau membre de la famille, que nous leur demandons déjà si elles ont pensé à leur contraception ! Cependant, une ovulation pouvant se faire assez rapidement, il semble indispensable qu'elles sortent de la maternité avec une prescription de leur contraception mûrement réfléchie et des conseils utiles. D'après notre étude, elles se disent plus réceptives à cette information lors du séjour en suites de couches ou à l'examen de sortie de la maternité. Cependant, tout comme la prise en charge du parcours de l'IVG, un message redondant, simple tout le long de la grossesse permet une meilleure qualité de transmission.

Afin de répondre plus spécifiquement à leur besoin, un projet est en cours de discussion à la maternité d'Angers. Un groupe de parole collectif serait proposé à toute femme hospitalisée et leur conjoint, notamment en suites de couches. Les interlocuteurs auraient une formation afin d'uniformiser l'information utile à échanger avec elles (médecin, sage-femme, étudiant, conseillère conjugale et familiale). Ce temps que s'accorderaient les femmes, pourrait permettre entre autre de prévenir des règles strictes nécessaires à la relative efficacité de la méthode MAMA.

Cette information collective serait à associer à des conseils individuels selon les besoin et la demande de chaque couple, avec remise de guide d'utilisation de la contraception choisie. On pourra alors également proposer des consultations de contraception ou de rencontre de conseillère conjugale et familiale à distance du séjour en maternité.

Il semble nécessaire d'informer les femmes du caractère indispensable du suivi régulier de la contraception à long terme notamment en prenant rendez-vous pour la visite post-natale.

Conclusion

L'indice de Pearl théorique exprime le taux d'efficacité d'un moyen contraceptif, mais ne prend pas en compte les facteurs individuels qui influencent l'observance. La prise en charge des rapports sexuels à risque et de grossesses non prévues est un problème de santé publique. Quelle place réserve-t-on à l'information contraceptive ?

La question de l'ambivalence existe, qu'il y ait non désir de grossesse, que la grossesse soit menée à terme ou interrompue volontairement.

Nous avons mené une étude portant sur le sujet de l'évaluation des représentations autour de la contraception, au sein de 3 groupes de femmes, représentant différentes périodes de la vie génitale : le post-abortum, les suites de couches et un groupe de femmes "tout venant".

L'échec de contraception prenait une large place dans le déclenchement de la grossesse. Il s'agissait le plus souvent d'une erreur humaine dans la mise en application ; l'échec du contraceptif intervenait manifestement moins souvent.

L'IVG amenait à une plus grande prévention des grossesses non prévues (utilisation plus fréquente de la pilule du lendemain, connaissances accrues du préservatif masculin). Parallèlement, les femmes du post-abortum sont aussi celles qui avaient la plus importante fréquence d'échec de contraception par défaut de recours à la contraception, ainsi que le plus fort taux d'IVG par la suite.

Reprenant le comparatif d'une évaluation subjective (ce que les femmes pensent savoir) versus une évaluation objective (notation des connaissances réelles), l'ensemble des femmes apparaissait globalement réaliste concernant le savoir au sujet de la contraception. Les femmes sondées possédaient à l'évidence de sérieux acquis, notamment concernant les moyens les plus couramment utilisés (préservatif masculin, pilule, DIU). La grossesse, plus particulièrement quand elle est interrompue volontairement, apportait de meilleures connaissances sur les moyens contraceptifs notamment ceux dont l'observance est la plus élevée et ceux s'inscrivant aussi dans la prévention des IST.

Les femmes avaient quasiment toutes déjà eu une information contraceptive, remontant notamment à l'époque où elles étaient mineures. Leurs sources d'information au sujet de la contraception paraissaient sûres pour 1/3 d'entre-elles (médecins traitants, gynécologues), fiables pour 1/3 (éducation scolaire), mitigées pour 1/3 (parents, amis). La source qui leur apparaissait la plus utile et la plus efficace reste le monde médical. La sage-femme et le CPEF étaient énoncés de façon très minoritaire dans ce rôle et totalement exclus du discours quant à la source privilégiée.

Dans le groupe des femmes demandeuses d'une IVG, les raisons justifiant leur demande d'interruption de grossesse excluaient totalement l'erreur éventuelle d'information reçue, et

semblaient faiblement incriminer une information reçue de façon incomplète (exemple du vomissement après ingestion de la pilule).

Quelque soit le devenir de la grossesse, les femmes souhaitaient préférentiellement une information contraceptive à la fin de leur prise en charge. Comme si les moments les plus techniques ne paraissaient pas être les plus opportuns. Dans son rôle d'informatrice sur le sujet de la contraception, la sage-femme aurait alors une place au moment du séjour des accouchées.

Il paraît donc important d'apporter à l'ensemble de la population féminine une information contraceptive claire, vérifiée et répétée associée à un temps d'écoute adapté ; la qualité n'est pas sans passer par le temps que l'on y consacre. Dans le cadre proposé d'une démarche d'accompagnement individuel et de recherche de qualité, une contraception adaptée et librement choisie favoriserait une meilleure observance pour une planification mieux vécue, en tout cas non subie.

Pour aller plus loin dans la réflexion d'une meilleure prévention, nous ne saurions que suggérer aussi de repenser la place de l'homme dans la planification parentale en générale, et la mise en place de la contraception en particulier. L'affaire de la contraception n'est pas histoire que des femmes, en tout cas ne devrait pas le rester !

Bibliographie

1 - PRADEL J.

Appréhension de la sexualité par les adolescents. Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group.

Thèse : Médecine générale : Université d'Angers. 2008.

2 – Mouvement Français pour le Planning Familial.

La législation de l'avortement. Chronologie historique. [consulté le 24/09/2009].

Disponible à partir de : UFR : < <http://www.planning-familial.org/themes/theme14-histoireFemmes/fiche01Precision01bis.php> >.

3 - VERDURE F.

Connaissances, attentes et besoins des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès de 96 adolescents de troisième du Maine-et-Loire.

Thèse : Médecine générale : Université d'Angers. 2008.

4 – WINCKLER M.

Contraceptions, mode d'emploi. 2^{ème} édition.

Vauvert : Au diable vauvert ; 2003.

5 - MILLARA E.

Contraception : une méthode pour chacune.

Avenirs de femmes, 2009 ; 17.

6 - Ministère de la santé et des sports

Campagne d'information 2002 sur la contraception. "La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider pour votre place". [consulté le 24/09/2009].

Disponible à partir de : UFR : < http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_020109.htm >.

7 – NISAND I.

Comment diminuer le nombre des IVG en France ?

Gynecol Obstet Fertil, 2003 ; volume 31, numéro 6 : 499-503.

8 – ALVIN P.

Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe.

Arch Pediatr, 2006; volume 13, numéro 4: 329-332.

9 – Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Contraception : que savent les français ?

Dossier de presse ; 2007.

10 – ANAES

Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. [consulté le 04/01/2010].

Recommandations pour la pratique clinique – Décembre 2004

Disponible à partir de : UFR : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf >.

11 – BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M.

Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t'il pas baissé en France depuis 30 ans ?

Population & Sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques, 2004 ; numéro 407.

12 – Collège National des Sages-Femmes

Idées reçues sur la contraception IN La contraception, la connaître et la comprendre pour mieux la conseiller.

Dossier 2010 : 22.

13 – Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

Les interruptions volontaires de grossesse en 2007.

Etudes & Résultats, Décembre 2009 ; numéro 713.

14 – DAUNOIS J.

L'éducation sexuelle en milieu scolaire.

Mémoire : Sage-femme : Université d'Angers. 2004.

15 – Union Suisse Pour Décriminaliser l'Avortement

La meilleure "protection de la vie".

Courrier USPDA, 1998 ; numéro 45.

16 – CHALAIN S.

Etude épidémiologique de l'interruption volontaire de grossesse en Maine-et-Loire en 2007.

Thèse : Médecine générale : Université d'Angers. 2009.

17 – R. MENIERE

De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale.

Thèse : Médecine générale : Université de Nancy 1 : 2004.

18 – CHI-LAN D., ALLUIN F.

L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège. [consulté le 17/12/2009].

Rapport 2001 du Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche.

Disponible à partir de : UFR : < <http://media.education.gouv.fr/file/64/2/4642.pdf> >.

19 – Collège National des Sages-Femmes

Quel champ de compétences de la sage-femme en matière de contraception ? IN La contraception, la connaître et la comprendre pour mieux la conseiller.

Dossier 2010 : 10.

20 - VERDIER C.

Les méthodes naturelles de régulation des naissances.

Mémoire : Sage-femme : Université d'Angers. 2008.

21 - BARON A-S.

Prise en charge de la contraception du post-partum à Angers.

Mémoire : Sage-femme : Université d'Angers. 2007.

22 - PONS JC, VENDITTELLI F, LACHCAR P.

L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Collection pratique en gynécologie-obstétrique.

Paris: Masson; 2004.

23 – Collège National des Sages-Femmes

Contraception post-IVG IN La contraception, la connaître et la comprendre pour mieux la conseiller.

Dossier 2010 : 20.

Annexes

Annexe 1 : Lettre pour les soignants en post-abortum

Sophie MICHELON
15 rue *****
49100 Angers
Portable : 06 ** ** ** **
@ : *****@yahoo.fr

Directeur de mémoire :
Docteur Mulet
Médecine Générale
Angers

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme à Angers, je prépare mon mémoire de fin d'étude :

« De la relation de la femme à la contraception : intégration de l'information contraceptive au cours des différentes périodes de la vie génitale ».

Il est principalement basé sur le recueil d'un questionnaire s'adressant aux femmes et concernant la transmission de l'information contraceptive.

Ainsi, je me tourne vers vous et vous serais grandement reconnaissante si vous acceptiez de le proposer aux femmes au cours de la visite de contrôle post-IVG.

Après passage devant le comité d'éthique, je suis tenue de joindre au questionnaire une attestation de consentement.

De plus, il me faudrait en annexe le nombre de refus rencontrés.

Je passerai recueillir les questionnaires et les attestations de consentement.

Si vous souhaitez prendre connaissance des résultats de cette enquête, veuillez me transmettre votre adresse électronique et je me ferai un plaisir de vous les faire parvenir.

Veuillez accepter, Madame, Monsieur, mes remerciements les plus sincères.

S. MICHELON

Annexe 2 : Lettre pour les généralistes et gynécologues

Sophie MICHELON
15 rue *****
49100 Angers
Portable : 06 ** ** ** **
@ : *****@yahoo.fr

Directeur de mémoire :
Docteur Mulet
Médecine Générale
Angers

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme à Angers, je prépare mon mémoire de fin d'étude :

« De la relation de la femme à la contraception : intégration de l'information contraceptive au cours des différentes périodes de la vie génitale ».

Il est principalement basé sur le recueil d'un questionnaire s'adressant aux femmes et concernant la transmission de l'information contraceptive.

Ainsi, je me tourne vers vous et vous serais grandement reconnaissante si vous acceptiez de le proposer à vos patientes non ménopausées quelque soit le motif de leur consultation.

Après passage devant le comité d'éthique, je suis tenue de joindre au questionnaire une attestation de consentement.

De plus, il me faudrait en annexe le nombre de refus rencontrés.

Vous trouverez ci-joint de quoi renvoyer les questionnaires et les attestations de consentement à mon adresse personnelle avant la fin du mois de juin.

Si vous souhaitez prendre connaissance des résultats de cette enquête, vous pouvez me transmettre votre adresse électronique et je me ferai un plaisir de vous les faire parvenir.

Veuillez accepter, Madame, Monsieur, mes remerciements les plus sincères.

S. MICHELON

Annexe 3 : Attestation de consentement

"ENQUETE SUR L'INFORMATION CONTRACEPTIVE"

Attestation de Consentement

Madame,

Je suis Sophie Michelon, étudiante sage-femme. Je prépare un mémoire intitulé :
« De la relation de la femme à la contraception : intégration de l'information contraceptive au cours des différentes périodes de la vie génitale »

Ce questionnaire auquel vous êtes conviée à répondre s'adresse à toutes les femmes non ménopausées

- consultant leur généraliste ou leur gynécologue
- hospitalisées dans le service des suites de couches après leur accouchement
- ayant demandé une interruption volontaire de grossesse.

Votre anonymat sera respecté, cette attestation de consentement nominative étant conservée séparément du questionnaire.

Je vous remercie pour vos réponses qui me permettront d'amener une réflexion sur l'information contraceptive faite aux femmes.

Si vous souhaitez prendre connaissance des résultats de cette enquête, veuillez me laisser votre adresse électronique personnelle :, je me ferai un plaisir de vous les transmettre.

Je soussignée, Madame certifie avoir été informée de la nature de ce travail et de son but. J'ai été informée du caractère strictement anonyme du recueil des données et de leur utilisation.

Fait à,

Le.....

Signature :

Annexe 4 : Questionnaire

1 Tronc commun

"ENQUETE SUR L'INFORMATION CONTRACEPTIVE"



Généralités

- 1) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
 <15ans 21-25ans 36-40ans 46-50ans 15-20ans
 26-35ans 41-45ans >50ans
- 2) Quelle est votre nationalité ?
.....
- 3) Combien d'habitants y a-t-il dans la ville où vous vivez ?
 <5000 25 000-150 000 (Le Mans) 150 000-200 000 (Angers)
 5000-25 000 (Ancenis, Segré) >200 000 (Nantes)
- 4) Quel est votre état civil ?
 célibataire en couple pacsée mariée divorcée veuve
- 5) Quel est votre niveau d'études ?
 primaire BEP-CAP baccalauréat
 collège brevet des collèges études supérieures
- 6) Quelle est votre activité actuelle ?
 sans profession ouvrière cadre, chef d'entreprise
 recherche d'emploi salariée artisan, commerçante
 élève, étudiante militaire professionnelle libérale
- 7) Quelle est l'activité actuelle de votre conjoint ?
 sans profession ouvrier cadre, chef d'entreprise
 recherche d'emploi salarié artisan, commerçant
 élève, étudiant militaire professionnel libéral
- 8) Avez-vous des convictions religieuses qui pourraient influencer vos décisions sur ... ?
 pratiques sexuelles (polygamie, bisexualité, rapport avant le mariage ...) moyens de contraception
 interruption de grossesse soins médicaux non
- 9) Combien de pilules du lendemain avez-vous éventuellement prises pendant votre vie ?
 aucune 1 2 3 ou plus
- 10) Si vous avez vécu un (ou des) échec(s) de contraception, était-ce dû à ... ?
 manque d'informations reçues erreur dans l'application (oubli pilule...)
 mauvaise information donnée manque de moyen contraceptif échec du contraceptif (préservatif craqué, stérilet, pilule bien prise ...)
- 11) Combien d'Interruptions Volontaires de Grossesse avez-vous éventuellement vécues?

aucune 1 2 3 ou plus

12) Combien de fausses couches avez-vous éventuellement vécues ?

aucune 1 2 3 ou plus

13) Combien d'enfants avez-vous ?

aucun 1 2 3 ou plus

14) Avez-vous déjà reçu une information contraceptive ?

oui non

15) Vers quel âge avez-vous reçu la première information sur la contraception ?

<15 ans 19-24 ans 36-45ans 15-18 ans
 25-35 ans >50 ans

16) Quelles ont été les sources par lesquelles vous avez reçu des informations sur la contraception au cours de votre vie ?

1-école primaire 6-parents 11-planning familial 2-collège
 7-médecin traitant 12-publicité 3-lycée
 8-gynécologue 13-émission TV, radio 4-infirmière scolaire
 9-sage-femme 14-internet 5-ami(e)s 10-PMI
 15-journaux, revues

Quelle est la source vous semblant donner l'information contraceptive la plus utile, adaptée et efficace ? (notez le numéro)

17) Est-ce vous qui avez fait la démarche de chercher des informations ? oui non

18) Connaissez-vous les contraceptions au point de pouvoir les expliquer à une amie ?

Parfaitement – Moyennement – Vaguement – Pas du tout

A) préservatif masculin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) préservatif féminin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) anneau vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) patch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) implant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) progestatifs injectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) spermicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) cape, diaphragme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) température (Ogino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) calcul du cycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ligature des trompes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) vasectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Pensez-vous bien connaître votre moyen de contraception actuel ?

oui non

20) Comment pensez-vous qu'il faille agir pour améliorer l'information contraceptive ?

.....
.....

35) Avez-vous reçu une information contraceptive lors de la grossesse ?

oui

non

Si oui, elle a été

donnée de façon systématique

sollicitée par vous

36) Quand avez-vous eu cette information ?

1-lors du certificat initial (médecin)

2-

au cours du 1^{er} accueil par le centre (conseillère conjugale, médecin)

3-le jour de l'IVG

(infirmière, sage-femme, médecin)

4-le jour de la visite de contrôle

(médecin)

Actuellement, à quel moment auriez-vous été la plus réceptive à cette information ?
(notez le numéro)

3 Particularités du post-partum

Votre Grossesse

33) Vous venez d'accoucher, quel est au départ le contexte de cette grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

désir de grossesse

échec de contraception (préservatif craqué...)

erreur d'application

arrêt de la contraception sans désir de grossesse

mauvaise information reçue jamais de contraception utilisée

34) Avez-vous eu une information contraceptive pendant la grossesse ou pendant votre séjour à la maternité ?

oui

non

35) Quelles ont été les principales sources de cette information sur la contraception ?

médecin traitant

étudiant sage-femme

sage-

femme libérale

sage-femme de suites de couches

gynécologue

sage-femme de consultation

étudiant en médecine

36) Quand avez-vous eu cette information contraceptive ?

1-avant la grossesse

4-aux consultations du 4^{ème} au 9^{ème} mois

2-

au 1^{er} trimestre

5-aux cours de préparation à la naissance

3-à l'entretien prénatal

6-en suites de couches

7-à la visite de sortie

Actuellement, à quel moment auriez-vous été la plus réceptive à cette information ?
(notez le numéro)



Je vous remercie du temps que vous avez consacré à ce questionnaire et vous prie de bien vouloir le retourner auprès d'un soignant.

S. MICHELON

ABSTRACT

Objectives : Evaluate the representation of useful contraceptive information for all women during the various events of their genital life, and apprehend which ways and what moments are the more appropriate to deliver them all useful and effective contraceptive information which are considered relevant.

Methods : We carried out a retrospective survey from the 14th of April to the 30th of July 2009 using a questionnaire. The women were recruited following 3 groups: a post-abortion population (centre of family planning from the teaching hospital at Angers and Clotilde Vautier from the mutualist clinic Jules Verne at Nantes), a post-childbirth population (department of post-childbirth from the teaching hospital at Angers) and a more global population (within practice of 24 general practitioners or gynaecologist). Proved to be excluded from the scope of the study the impuberal female teenagers and the women over 50 years old.

Results : We recruited 57 patient in the post-abortion group, 63 patients in the post-childbirth group and 93 patients of the global population. The use of a 1/3 sure sources (general practitioners or gynaecologist) and a 1/3 reliable ones (school sex education) allowed the women to acquire knowledge about the contraception. However, the question of desire and the ambivalence which associate with it, the women history and the recurrent possibility of human mistakes could partially lead to a possible unplanned pregnancy. In fact, their request around the most adapted moment for the contraceptive information concerned the post-pregnancy, which it is interrupted behaviour deliberate or by the delivery.

Conclusion : A personalized care provided when the women receptivity appears to be optimal (especially at the end of pregnancy trip, once the technical steps are over), allows manifestly a reliable, complete and thought more useful contraceptive information. The unplanned pregnancies last, and the wrong paradox between the contraceptive panel and the stable rate of abortion will continue to question the sociologist.

Keys Words : Prevent conception, Information, Representations, Women, Post-abortion , After childbirth, Pregnancy, Intentional abortion, Sex education, French paradox.

RÉSUMÉ

Objectifs : Evaluer la représentation de l'information contraceptive utile à toutes les femmes au cours de différents événements de leur vie génitale, et appréhender quels moments et quels moyens apparaîtraient les plus opportuns pour délivrer une information contraceptive présumée utile et efficace.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective du 14 avril au 30 juillet 2009 à l'aide d'un questionnaire. Les femmes étaient recrutées selon 3 groupes : une population du post-abortum (centres d'orthogénie Flora Tristan au CHU d'Angers et Clotilde Vautier de la clinique mutualiste Jules Verne de Nantes), une population du post-partum (service des suites de couches du CHU d'Angers) et une population plus générale (au sein de la patientèle de 24 médecins généralistes ou gynécologues). S'avéraient exclues les adolescentes non pubères et les femmes de plus de 50 ans.

Résultats : Nous avons recruté 57 patientes en post-abortum, 63 patientes en post-partum et 93 patientes de la population générale. L'utilisation de sources pour 1/3 sûres (médecins traitants et gynécologues) et 1/3 fiables (éducation sexuelle scolaire) ont permis aux femmes d'acquérir d'assez bonnes connaissances sur la contraception. Cependant, la question du désir et l'ambivalence qui s'y attache, l'histoire des femmes et la possibilité récurrente d'erreurs humaines pouvaient influencer partiellement une éventuelle grossesse non prévue. En effet, leur demande autour du moment le plus adapté pour l'information contraceptive concernait l'après-grossesse, qu'elle soit interrompue de manière volontaire ou par l'accouchement.

Conclusion : Une prise en charge personnalisée au moment où la réceptivité des femmes apparaît optimale (notamment en fin de parcours de la grossesse, une fois les moments techniques révolus), permet manifestement une information contraceptive fiable, complète et pensée plus opportune. Les grossesses non prévues perdurent, et le faux paradoxe entre l'accessit contraceptif et le taux stable d'IVG continuera à interroger le sociologue.

Mots Clés : Contraception, Information, Représentations, Femmes, Post-abortum, Post-partum, Grossesse, IVG, Education à la sexualité, Paradoxe français.