



HAL
open science

Évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Évreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation

Émilie Garay

► **To cite this version:**

Émilie Garay. Évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Évreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00704392

HAL Id: dumas-00704392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00704392v1>

Submitted on 5 Jun 2012

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

DES Médecine Générale

PAR

GARAY Emilie

Née le 16 décembre 1983 à Villeneuve saint Georges

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02 AVRIL 2012

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PATIENTES CONSULTANT
DANS LE CENTRE D'ORTHOGENIE D'EVREUX SUR LES DIFFERENTES
METHODES CONTRACEPTIVES ET LEURS MODES D'UTILISATION**

PRESIDENT DU JURY : Mr le PR VERSPYCK

DIRECTEUR DE THESE : Mr le DR LONGUEVILLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - L.BENOZIO-**

J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF.doc

M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (<i>Surnombre</i>)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dével. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012.DEF.doc

M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF.doc

M. Thierry **LEQUERRE**

HB Rhumatologie

M. Fabien **DOGUET**

HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**

UFR Anglais

Mme Michèle **GUIGOT**

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEUIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF.doc

Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINCILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**

M. Thierry **BESSON**

M. Roland **CAPRON**

M Jean **CHASTANG**

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Mle Elisabeth **CHOSSON**

M. Jean **COSTENTIN**

Mme Isabelle **DUBUS**

M. Loïc **FAVENNEC**

M. Michel **GUERBET**

M. Olivier **LAFONT**

Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**

M. Jean-Louis **PONS**

Mme Elisabeth **SEGUIN**

M. Mohamed **SKIBA**

M. Marc **VASSE**

M. Philippe **VERITE**

Chimie Générale et Minérale

Chimie thérapeutique

Biophysique

Mathématiques

Législation, Economie de la Santé

Botanique

Pharmacodynamie

Biochimie

Parasitologie

Toxicologie

Chimie organique

Physiologie

Microbiologie

Pharmacognosie

Pharmacie Galénique

Hématologie

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

AU PRESIDENT DU JURY

Mr le Pr VERSPYCK

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Mr le Pr VEBER

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Mr le Pr JOLY

Merci pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

Me le Dr FERAY

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez accepter ici, mes sincères remerciements.

A MON DIRECTEUR DE THESE

Mr le Dr LONGUEVILLE

Merci de m'avoir permis de finaliser, non sans difficulté ce travail.

Vous m'avez fait découvrir avec intérêt la médecine générale et j'ai pu compter sur vous dans des moments difficiles.

Veillez trouver ici, l'expression de ma vive reconnaissance.

A MA FAMILLE,

Mes parents, Jean-Louis et Marie-Christine qui ont toujours été présents à mes côtés durant toutes ces années. Je vous le dis rarement mais je vous aime.

Binos, mon petit frère adoré. Je serai toujours présente pour toi même avec la distance. Et c'est promis je garderai tes enfants quand j'aurai ma maison avec piscine et ma Ferrari.

Ma grand-mère, mon grand-père, ma cousine Marie et son homme Alex et son deuxième homme Louis, les tantes Véronique, Michelle, Annick, les oncles Flavio, Philippe, Christian, les petits cousins Pablo, Chloé, Maël et Mattéo. On ne peut pas choisir sa famille mais si je pouvais c'est vous que je choisirais.

A Edouard,

Tu m'as redonné le sourire, fait retrouver ma joie de vivre, merci pour ces merveilleux moments déjà passés ensemble, et surtout merci de m'avoir supporté ces dernières semaines, ça n'a pas été facile.

Pour moi c'est une évidence, tu es l'homme de ma vie,

Je t'aime

A MES AMIS,

Les « parisiens », Arnaud et Florence et leur petite Melody. Merci pour votre soutien inconditionnel, et surtout pour vos délicieuses bananes-chocolat, elles m'ont remonté le moral plus d'une fois.

Vous me manquez énormément et je vous adore.

Les « Rouennais » : Emilie, Myriam, Maeva, Marie et Guillaume, Agnès et Vincent, Mathilde, Cathia, Bertrand. Le destin m'a mis sur votre chemin il y a environ 3 ans (enfin surtout l'ECN) et une réelle amitié s'est créée avec vous. Vous m'avez toujours soutenu quand j'en avais besoin. Merci aux filles pour les séances karaoké surtout toi Agnès et aux garçons pour les multiples déménagements que je vous ai fait faire. Je vous adore tous

La dream team des urgences adultes : Françoise, Mehdi, Julie, Sophie, Johanns. Ce fut un premier semestre difficile mais on a survécu tous ensemble en se serrant les coudes. Ça reste un excellent souvenir.

Aux fêtards du DESC : Sergio, Clément, Karina, Rémy. Mickael Kael, le red and white. J'ai jamais autant aimé aller en cours.

Merci au personnel des urgences d'Evreux pour leur participation.

Merci aux patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Merci à l'équipe des urgences pédiatriques de m'avoir si chaleureusement accueillie.

Un remerciement tout particulier à Paul S. pour avoir eu un intérêt majeur pour mon travail.

Et un autre pour le frère de Mathilde et son Kit à P. , c'est grâce à lui si j'ai trouvé ma moitié.

Et merci à tous les autres, que j'ai un jour croisé au hasard d'un chemin et qui m'ont permis d'arriver jusque-là.

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	22
PARTIE I : ETAT DES LIEUX SUR LA CONTRACEPTION.....	23
I. HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS.....	24
II. METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES : GENERALITES.....	27
1. Définition.....	27
2. Efficacité.....	27
3. Répartition des différentes méthodes contraceptives.....	28
4. Stratégie de choix des différentes méthodes contraceptives.....	29
III. QUELQUES RAPPELS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.....	30
1. Rappels anatomiques.....	30
2. La régulation hormonale.....	32
3. Rôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire.....	33
IV. CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE.....	35
1. Contraception oestro-progestative orale.....	35
2. Dispositif hormonal transdermique.....	38
3. Anneau vaginal.....	39
V. CONTRACEPTION PROGESTATIVE.....	40
1. Contraception micro-progestative orale.....	40
2. Cas particulier de Cerazette®.....	41
3. Implant sous-cutané.....	42
4. Progestatifs macro-dosés.....	44
5. DIU au lévonorgestrel.....	44
VI. DISPOSITIF INTRA-UTERIN.....	44
VII. METHODES DITES « BARRIERES ».....	46
1. Le préservatif.....	47
2. Les spermicides.....	48
3. Le diaphragme.....	48
VIII. METHODES « NATURELLES ».....	49
1. Méthode Billings ou méthode de la glaire cervicale.....	49
2. Méthode Ogino-Knauss.....	49
3. Méthodes des températures.....	49
4. Retrait.....	49
5. Aménorrhée lactationnelle.....	50

IX.	CONTRACEPTION D'URGENCE.....	50
	1. Contraception hormonale ou « pilule du lendemain ».....	51
	2. DIU au cuivre.....	51
PARTIE II : ETUDE PERSONNELLE.....		52
I.	OBJECTIFS.....	53
II.	MATERIELS ET METHODES.....	53
	1. Lieux et période de recueil.....	53
	2. Critères d'inclusion.....	53
	3. Outils.....	54
	4. Recueil de données.....	54
	5. Analyse des données.....	54
III.	RESULTATS.....	55
	1. Caractéristiques de la population.....	55
	a. Age.....	55
	b. Niveau d'étude.....	56
	c. Mode de vie.....	56
	d. Première contraception.....	57
	e. Contraception actuelle.....	58
	f. Antécédent de grossesse non désirée.....	60
	g. Oubli de pilule.....	60
	h. Ressenti sur l'information.....	60
	2. Connaissances des patientes.....	62
	a. Contraception oestro-progestative.....	62
	b. Pilule progestative.....	68
	c. Contraception d'urgence.....	70
	d. Dispositif intra-utérin.....	73
	e. Implant sous-cutané.....	75
	f. Anneau vaginal.....	76
	g. Patch transdermique.....	77
	h. Autres contraception.....	78

PARTIE III : DISCUSSION.....	79
I. DISCUSSION SUR LA METHODE.....	80
1. Choix de la population cible.....	80
2. Rédaction du questionnaire.....	80
3. Analyse des résultats.....	81
II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.....	81
1. Caractéristiques de la population.....	81
a. Peu d'hétérogénéité.....	81
b. Première contraception.....	81
c. Contraception actuelle.....	82
d. Connaissances des patientes sur les différentes méthodes contraceptives.....	82
e. Degré de satisfaction.....	83
f. Ressenti sur l'information.....	83
g. Grossesse non désirée.....	84
h. Sources d'informations des patientes.....	84
2. Connaissances des différentes méthodes contraceptives.....	85
a. Réponses des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli.....	85
b. La contraception d'urgence.....	85
c. Le Dispositif intra-utérin.....	86
d. L'implant, le patch et l'anneau.....	87
e. Autres méthodes.....	87
ET APRES ?.....	88
CONCLUSION.....	91
ANNEXES.....	92
BIBLIOGRAPHIES.....	105
LISTE DES ABREVIATIONS.....	108
RESUME	

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Préservatif en intestin de cochon.....	26
Figure 2. Etui pénien.....	26
Figure 3. Contraception : principales méthodes selon les âges.....	29
Figure 4. Anatomie des organes génitaux féminins.....	31
Figure 5. Les différentes phases du cycle menstruel.....	33
Figure 6. Phénomènes de rétrocontrôle des hormones sexuelles sur l'axe hypothalamo-hypophysaire.....	34
Figure 7. Modèle de contraception orale.....	37
Figure 8. Modèle de patch transdermique.....	38
Figure 9. Exemple d'anneau vaginal.....	39
Figure 10. Exemple d'implant sous cutané.....	42
Figure 11. Exemple de Stérilet.....	46
Figure 12. Les différentes méthodes barrières.....	46
Figure 13. Répartition des patientes par tranche d'âge.....	55
Figure 14. Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	56
Figure 15. Répartition des femmes selon leur mode d'habitation.....	57
Figure 16. Répartition des moyens contraceptifs utilisés en fonction de l'âge.....	58
Figure 17. Réponse des patientes à la question : la pilule est efficace à plus de 99% ?.....	63
Figure 18. Evaluation du délai maximal d'efficacité de la contraception d'urgence.....	71
Figure 19. Estimation du niveau d'information sur la contraception d'urgence en fonction de l'âge.....	72
Figure 20. Connaissances du mécanisme d'action du stérilet.....	73

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Efficacité théorique des différentes méthodes contraceptives.....	28
Tableau 2. Taux de connaissances de chaque méthode.....	61
Tableau 3. Estimation du délai d'oubli exposant à un risque de grossesse.....	65
Tableau 4. Conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 12h.....	66
Tableau 5. Mécanismes d'action de la pilule microprogestative selon les patientes.....	68
Tableau 6. Délai d'oubli exposant à un risque de grossesse de la contraception microprogestative.....	70
Tableau 7. Taux de connaissance de la durée d'efficacité du DIU.....	74
Tableau 8. Taux de connaissance de la durée d'efficacité du de l'implant sous cutané.....	75
Tableau 9. Taux de connaissance de la durée d'efficacité de l'anneau vaginal.....	76
Tableau 10. Taux de connaissance de la durée d'efficacité du patch transdermique.....	77

INTRODUCTION

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes, dont l'efficacité est à priori élevée, est très répandue en France.

Environ trois quarts des femmes âgées de 15 à 54 ans utilisent un moyen contraceptif, ce qui représente un taux de diffusion parmi les plus élevés au monde. ¹

Au cours de la dernière décennie, on a pu voir l'émergence de nouvelles méthodes contraceptives comme l'implant sous-cutané, le patch transdermique ou encore l'anneau vaginal.

Si les femmes disposent désormais d'un large choix de contraception moins contraignantes que la pilule mais tout aussi efficaces, on a cependant pu constater que le nombre de grossesses non désirées donnant lieu à une IVG est stable depuis 1975, soit environ 200.000 par an en France. ²

D'après l'étude COCON réalisée en 2000, au moment où est survenue une grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, un quart des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive, un quart une méthode naturelle, un quart des préservatifs et un quart prenaient la pilule. ³

Les raisons évoquées à l'origine de ces échecs sont variées : problème d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes, ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse, choix de la méthode utilisée plus ou moins adaptée aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle des femmes, mais aussi mésusage de la pilule en particulier. ³

La question à laquelle cette thèse va tenter de répondre, est de savoir quel est le niveau de connaissance des femmes, consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux, sur les différentes méthodes contraceptives et leur mode d'utilisation afin de permettre une information plus ciblée.

PARTIE I

ETAT DES LIEUX SUR LA CONTRACEPTION

I. Histoire de la contraception de l'antiquité à nos jours

La contraception existe depuis des milliers d'années.

De tout temps, les Hommes ont imaginé diverses recettes assez originales pour essayer de parer aux conséquences indésirées des rapports amoureux.

Dans l'Égypte antique, le papyrus de Kahum qui traite de gynécologie et date de -1900, prescrit du natron (c'est-à-dire du carbonate de sodium liquide ou des cristaux de soude), associé à des larmes de crocodiles comme spermicide.

Le Papyrus Ebers recommande des compresses contenant de la gomme d'acacia, des tampons de miel, du crottin de crocodile, ainsi que de nombreux breuvages issus de plantes, censées contenir des éléments stérilisants comme l'aubépine, le lierre, le saule ou encore le peuplier.

Ils utilisaient aussi des huiles (safran, acacia, racines de mandragore) mélangées à la pulpe de grenade ou de figue pour éviter que le sperme ne pénètre dans le vagin.

Chez les Mésopotamiens (1600 av. J.-C.), les femmes utilisaient des pierres pour ne pas concevoir : elles choisissaient des pierres ovales ou arrondies qu'elles introduisaient dans le vagin, le plus loin possible, c'est la méthode intra-utérine.

De leur côté, les Araméennes de confession hébraïque utilisent, sur le conseil du rabbin (IIe siècle ap.J.C), le moukh, une éponge placée dans le vagin qui empêche le sperme d'atteindre l'utérus.

Chez les romains, l'eau froide était utilisée pour tuer le sperme. Chez les nobles, un esclave accourait après chaque rapport sexuel pour effectuer une douche vaginale.

Sceptique vis-à-vis de la magie et des amulettes, le plus grand gynécologue de l'antiquité, Soranos d'Éphèse, préconise une série de méthodes contraceptives si possible à combiner pour plus de sécurité.

Afin d'empêcher la semence masculine de pénétrer dans la matrice de la femme, il préconisait l'utilisation de différents produits astringents introduits par suppositoires vaginaux pour resserrer le col de l'utérus, ainsi que le retrait partiel pendant l'acte et de vigoureux mouvements tout de suite après (éternuer, se lever, marcher).

Pour évacuer la semence qui a commencé à se développer durant le mois suivant la fécondation, il recommandait les sauts, les mouvements brusques, les secousses. Mais la principale méthode d'avortement précoce est la saignée.

Entre le XIe et le XVe siècle, les hommes utilisaient d'autres sortes de méthodes tout aussi farfelues.

Par exemple, il suffisait d'enflammer un trognon de chou et l'éteindre dans le sang des règles.

Pour ne pas être enceinte pendant une année, il suffisait aux femmes de cracher trois fois dans la bouche d'une grenouille ou d'attacher un œil de cerf qui louche avec une racine de marjolaine et l'arroser le soir avec de l'urine d'un taureau roux.

Elles faisaient une ceinture avec les poils des oreilles de mulet, animal stérile, buvaient son urine, ou encore fabriquaient des talismans avec ses oreilles ou ses testicules.

Les excréments d'éléphant mélangés au lait de jument étaient portés en talisman et placés sur la vulve.

On dit que les premiers préservatifs masculins seraient égyptiens, confectionnés avec des intestins de petits animaux (chats...).

Ainsi le préservatif serait né il y a -4000 ans, les soldats égyptiens souhaitant se protéger contre les maladies vénériennes, utilisaient des boyaux de moutons ou des vessies de porcs.

Il aura fallu attendre le XVIe siècle pour voir apparaître le premier préservatif à base d'herbes, inventé par Gabriele Falloppio. Il s'agissait d'un fourreau de lin « à la mesure du gland », imbibé de décoctions d'herbes astringentes.

En Asie, les chinois le fabriquaient en papier de soie huilée, les japonais en écaille de tortue ou en cuir.

L'utilisation des entrailles animales fut abandonnée au XVIIIème siècle lorsque Charles Goodyear découvrit le latex.

Figure 1. Préservatif en intestins de cochon



Figure 2. Etui pénien



II. Méthodes contraceptives modernes : généralités

1. Définition

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme : « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». ⁴

Elle est autorisée depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, qui ne sera appliquée qu'à partir de 1972. ⁵

Il faudra attendre le 5 décembre 1974 pour que la contraception soit véritablement libéralisée et remboursée par la Sécurité Sociale.

Aujourd'hui, en France, la contraception est règlementée par les articles L5134, R5134 et R2311-13 du Code de la Santé Publique.

2. Efficacité

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl (IP).

Il est calculé en divisant le nombre moyen de grossesses non planifiées par le nombre de mois d'utilisation d'une méthode de contraception particulière dont on veut mesurer l'efficacité et en multipliant le résultat par 1200.

Cela correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant 1 an. ⁶

Le tableau ci-dessous indique les indices de Pearl de chaque méthode contraceptive.

Tableau 1. Indice de Pearl des différentes méthodes contraceptives.

Méthode	Indice de Pearl (IP)
Contraception oestro progestative orale	0,1
Microprogestatifs	0,5
Dispositif intra-utérin	0,1 à 0,6
Anneau vaginal	0,3
Patch transdermique	0,3
Implant sous-cutané	0,1
Préservatifs	3
Spermicide	6
Diaphragme	6
Méthodes naturelles	4 à 9

3. Répartition des différentes méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode contraceptive est souvent conditionné par l'âge de la patiente.

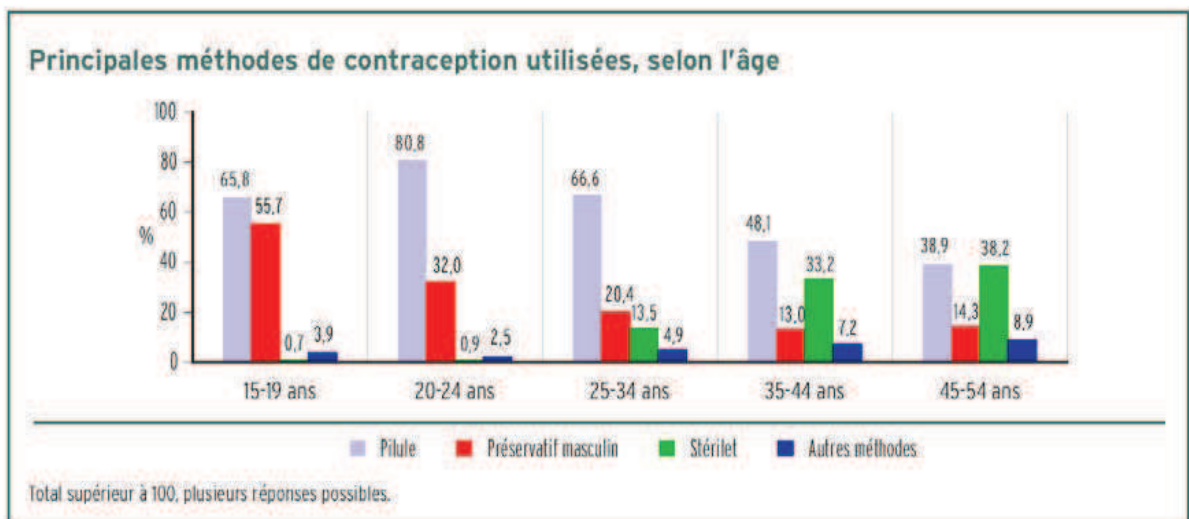
En France, 75% des femmes de 15 à 50 ans utilisent un moyen contraceptif. La contraception orale est la plus utilisée, elle représente 60% des patientes, le dispositif intra-utérin se classe en second, 24% des patientes, le préservatif est utilisé en majorité lors des premiers rapports. ⁷

La contraception orale est utilisée à tous âges mais les 20-24 ans en sont les plus grosses consommatrices.

Le DIU reste toujours plutôt réservé aux femmes plus âgées ou ayant déjà eu des enfants.

L'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives est encore peu répandue.

Figure 3. Contraception : principales méthodes selon les âges



4. Stratégie de choix des méthodes contraceptives

La question de la contraception est délicate, et lorsqu'elle est abordée, cela doit idéalement se faire au cours d'une consultation qui lui est spécialement dédiée.

Le rôle du médecin est primordial dans la stratégie de choix d'une méthode contraceptive. Il doit éliminer les contre-indications éventuelles et proposer le produit le plus adapté à la patiente et l'informer sur les avantages, les inconvénients et les échecs de la méthode retenue.

Chaque femme, par ses croyances, ses caractéristiques sociales, son rapport à la sexualité, son âge, est différente. C'est pourquoi son implication dans le choix de sa contraception est associée à une meilleure satisfaction des personnes ainsi qu'à une meilleure observance.

L'OMS conseille un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes selon la Méthode BERGER : ¹⁰

- Bienvenue : temps d'accueil de la consultante
- Entretien : recueil d'information et d'expression de la femme
- Renseignements : information claire, hiérarchisée et sur mesure
- Choix : la décision finale appartient à la patiente
- Explications : discussion autour de la méthode choisie
- Retour : réévaluation de la méthode, de son utilisation et vérification qu'elle est adaptée

III. Quelques rappels anatomiques et physiologiques

Pour comprendre les mécanismes d'action des différentes méthodes contraceptives auxquelles nous allons nous intéresser, il est important de faire quelques rappels anatomiques et physiologiques.

À chaque mois, de la puberté à la ménopause, le corps féminin se prépare à l'éventualité d'une grossesse. Ainsi, les variations des taux d'hormones préparent la libération d'un ovule et modifient l'endomètre afin d'y recevoir un ovule fécondé. Lorsqu'il n'y a pas de fécondation, il y a écoulement de sang qu'on appelle les menstruations. L'ensemble de ces phénomènes constitue le cycle menstruel.

1. Rappels anatomiques

Le système reproducteur féminin est constitué d'organes ainsi que d'hormones qui régissent le cycle menstruel et influent sur le corps.

Les organes reproducteurs de la femme sont logés à l'intérieur du bassin ou de la cavité pelvienne et sont protégés par des os et des muscles. Il s'agit de l'utérus, des trompes de Fallope, des ovaires et du vagin.

L'utérus est un organe musculaire en forme de poire destiné à accueillir et à nourrir l'ovule fécondé. Il mesure environ 8 cm de long et 5 cm de large et il est généralement fléchi vers l'avant. Le col de l'utérus, situé à l'extrémité du vagin, contient des glandes cervicales qui sécrètent la glaire cervicale (aussi appelé mucus) qui empêche les bactéries présentes dans le vagin de monter jusqu'à l'utérus. La glaire cervicale bloque également l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus, sauf au moment de l'ovulation où sa consistance devient plus visqueuse, glissante et claire afin de faciliter le passage des spermatozoïdes.

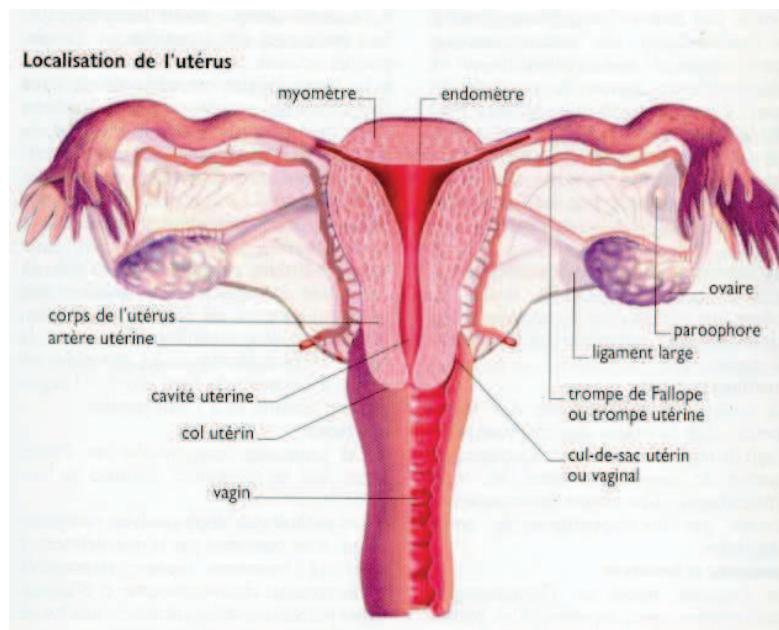
L'endomètre est une muqueuse qui recouvre la paroi interne de l'utérus. À chaque cycle menstruel, il subit des modifications en réponse aux hormones. L'endomètre s'épaissit afin d'assurer un milieu riche et nourrissant pour l'ovule fécondé qui viendra s'y implanter. S'il n'y a pas de fécondation, l'endomètre se détache de l'utérus, ce qui constitue les menstruations.

Les trompes de Fallope, situées de chaque côté de l'utérus, mesurent environ 10 cm de long et relient les ovaires à l'utérus. Leur fonction est de capter l'ovule libéré par l'ovaire lors de l'ovulation et de le pousser, grâce aux cils qui recouvrent l'intérieur des trompes, vers l'utérus. Les trompes de Fallope constituent le siège de la fécondation, c'est là où le spermatozoïde rencontrera l'ovule et pourra le féconder.

Les ovaires sont deux glandes en forme d'amande situés à l'extrémité des trompes de Fallope dont les deux fonctions sont la production d'ovules et la sécrétion des hormones sexuelles, les œstrogènes et la progestérone. Dès la naissance, chaque ovaire possède des milliers d'ovules immatures, les ovocytes, qui sont contenus dans de petites structures appelées les follicules. À la puberté, les ovaires entrent en action et se mettent à produire de l'œstrogène et de la progestérone. À chaque mois, un des follicules parvenu à maturité libère un ovule et l'éjecte de l'ovaire : c'est l'ovulation.

Le vagin est un canal à paroi mince de 8 à 10 cm de long qui va du col de l'utérus jusqu'à l'extérieur du corps, au niveau de la vulve. Il est formé de replis élastiques délicats. Lors de la stimulation sexuelle, le vagin s'élargit et sa muqueuse se lubrifie.

Figure 4. Anatomie des organes génitaux féminins.



2. La régulation hormonale

Les cycles ovarien et menstruel sont régulés par les hormones sexuelles (progestérone et œstrogènes) et hypothalamo-hypophysaires (Gn-RH, FSH, LH) à l'aide de systèmes de rétro-activation ou de rétro-inhibition.

La Gn-RH est la gonadolibérine. Elle est sécrétée par l'hypothalamus et stimule la production de FSH et de LH par l'adénohypophyse.

La FSH est l'hormone folliculostimulante. Elle est sécrétée par l'adénohypophyse et stimule la croissance et la maturation d'un follicule ovarien (et donc la production d'œstrogènes).

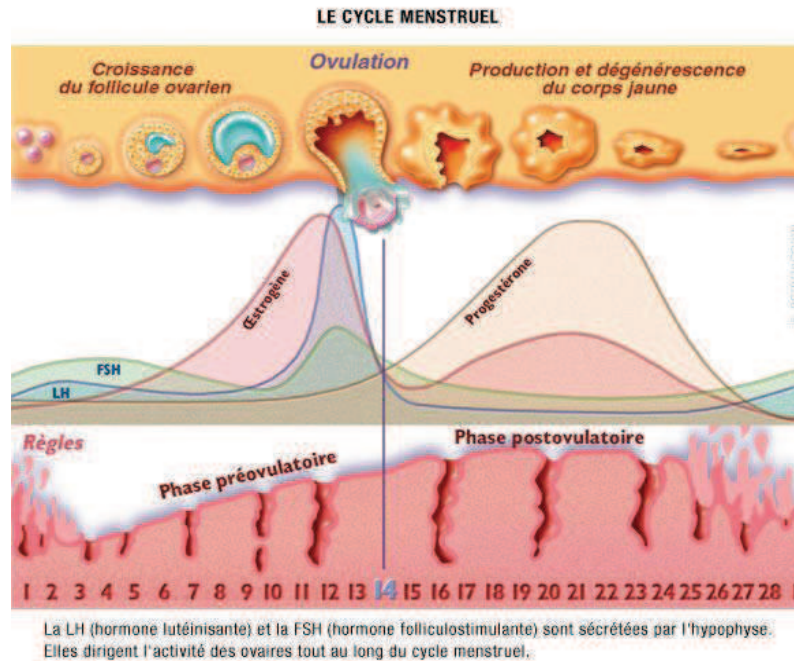
La LH est l'hormone lutéinisante. Elle est sécrétée par l'adénohypophyse et stimule la croissance et la maturation d'un follicule ovarien (et donc la production d'œstrogènes) et la production de progestérone par le corps jaune. À forte concentration, elle provoque l'ovulation.

Les œstrogènes sont sécrétés par les follicules secondaires et le follicule de de Graaf dans l'ovaire. Selon leur concentration, ils stimulent ou inhibent l'adénohypophyse. A la phase pré-ovulatoire, sous l'influence du taux accru d'œstrogènes, la couche basale de l'endomètre génère une nouvelle couche fonctionnelle, épaisse et vascularisée. Par ailleurs, le mucus du col utérin devient plus fluide, pour laisser le passage aux spermatozoïdes.

La Progestérone est sécrétée par le corps jaune dans l'ovaire ou par le placenta pendant la grossesse. Elle stimule le développement de la couche fonctionnelle de l'endomètre qui se prépare à la nidation.

En l'absence de fécondation, le taux d'hormones sexuelles chute et un nouveau cycle recommence.

Figure 5. Les différentes phases du cycle menstruel



3. Rôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire

Au cours de la première phase du cycle, l'hypophyse, avec la FSH provoque la croissance du follicule ovarien. Ce follicule, en grossissant, sécrète de plus en plus d'œstrogènes qui vont alors agir en retour sur l'hypophyse et ainsi freiner la synthèse de FSH et de LH : c'est le rétrocontrôle négatif des œstrogènes sur le complexe hypothalamo/hypophysaire.

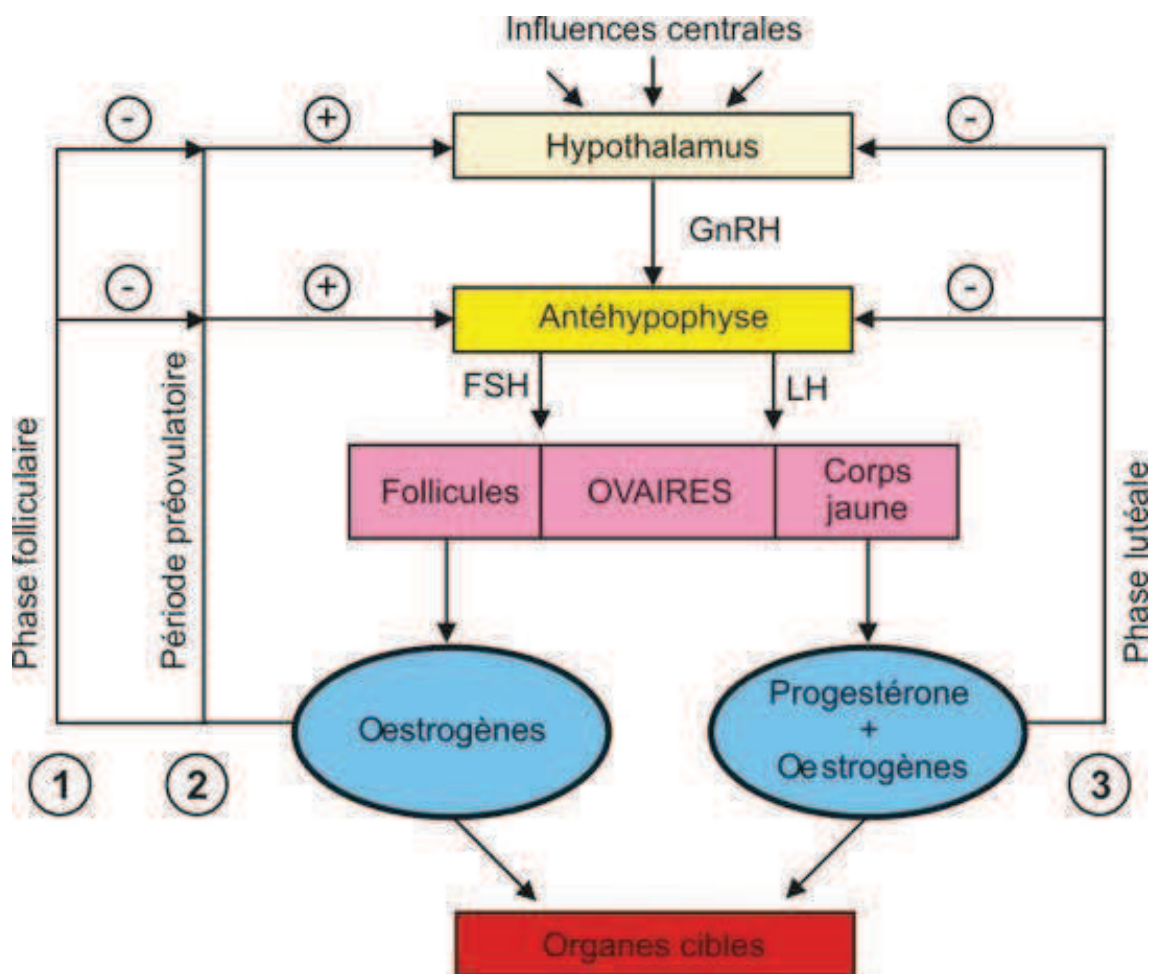
Vers le 13ème jour du cycle, le follicule est mûr et libère donc une grande quantité d'œstrogènes. Or, à forte concentration, les œstrogènes inversent leur effet sur l'hypophyse et la stimulent : c'est le rétrocontrôle positif des œstrogènes qui provoque alors le pic de LH du 14ème jour qui lui-même est responsable de l'ovulation

Après l'ovulation, le follicule n'existe plus et donc la production d'œstrogènes diminue. Mais le corps jaune est alors stimulé par la LH et se met à produire de la progesterone. Cette seconde hormone ovarienne agit elle aussi en rétrocontrôle négatif sur l'hypophyse et permet de maintenir les taux de FSH et de LH assez bas au cours de la deuxième phase du cycle : c'est le rétrocontrôle négatif par la progesterone.

Faute de LH pour le stimuler, le corps jaune dégénère en corpus albicans et cesse de produire des hormones sexuelles.

La rétro-inhibition sur l'hypothalamus par les hormones sexuelles n'est plus possible et un nouveau cycle peut alors recommencer.

Figure 6. Phénomènes de rétrocontrôle des hormones sexuelles sur l'axe hypothalamo-hypophysaire



Aujourd'hui, la femme dispose d'un vaste choix de méthodes contraceptives avec l'apparition au cours de la dernière décennie de nouveaux produits comme l'implant sous cutané, le patch transdermique, l'anneau vaginal.

On distingue les méthodes contraceptives médicales des méthodes dites « naturelles »

La plupart des données suivantes sont extraites des recommandations de l'ANAES sur « la stratégie de choix des méthodes contraceptives », rédigées en décembre 2004. ¹¹

IV. La contraception oestro-progestative

1. La contraception oestroprogestative orale

Actuellement en France, chez une femme ne présentant aucun facteur de risque particulier, la contraception oestroprogestative est prescrite en première intention.

La pilule était déjà en 1978 la méthode la plus utilisée et elle continue à se diffuser passant de 40% à 60% de l'ensemble des utilisatrices en 22 ans. ¹

Il existe une grande diversité de pilule. On peut les classer en fonction du dosage en éthinylestradiol (normo ou minidosée), en fonction du type de progestatif utilisé (1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} génération) et en fonction du changement de composition au cours de la plaquette (mono bi ou tri-phasique).

Aucune donnée ne permet, en termes d'efficacité contraceptive et de contrôle du cycle, de privilégier la prescription d'un type particulier de pilule oestroprogestative.

Son efficacité théorique est grande, avec un IP proche de 0 si celle-ci est bien utilisée.

Elle fonctionne grâce à :

- L'inhibition de la croissance folliculaire c'est-à-dire blocage de l'ovulation.
- La modification de la glaire cervicale, épaissie et peu abondante, sous la dépendance du progestatif, empêchant le passage des spermatozoïdes.
- L'atrophie de l'endomètre, inapte à la nidation, sous la dépendance du progestatif.

La pilule oestroprogestative a des bénéfices en termes de santé :

- Elle diminue le risque de cancer de l'ovaire et du cancer du corps de l'utérus. ¹²
- Elle réduit les risques de kyste fonctionnel de l'ovaire.
- Elle protège de l'apparition de kyste mammaire.
- Elle diminue l'abondance des règles.
- Elle diminue les risques d'infection de l'utérus et des trompes dues à certaines MST, en coagulant la glaire sécrétée par le col de l'utérus.
- En bloquant l'ovulation, elle protège aussi bien des grossesses situées dans l'utérus que des grossesses anormalement développées dans la trompe.

Elle possède aussi des bénéfices en termes de confort : diminution des douleurs menstruelles, traitement des irrégularités des cycles et des règles hémorragiques, fréquentes chez la jeune fille.

Les risques encourus sont principalement d'ordre vasculaire (accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, phlébite, diabète, hyperlipidémie, ictère).

Les effets secondaires sans gravité sont des céphalées, des nausées, une prise de poids, une lourdeur des jambes.

Les contre-indications sont nombreuses, les unes sont absolues, les autres relatives.

Les contre-indications absolues sont :

- Antécédents thrombo-emboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer, HTA, lupus.
- Antécédents d'ictère choléstatique dont l'équivalent est le prurit gravidique.
- La prise concomitante de tuberculostatiques (rifampicine), d'anticonvulsivants inducteurs enzymatiques (Gardéna, tégrétol...), de millepertuis, du fait d'un risque d'inefficacité.
- Tabac chez la femme de plus de 35 ans.

Les autres sont relatives, toutefois, au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule augmente le risque d'accidents cardio-vasculaires et doit donc figurer dans les contre-indications.

Aussi la prise d'hormones oestro-progestatives doit-elle s'accompagner obligatoirement d'un contrôle médical sérieux associant un bilan clinique initial, une surveillance régulière du poids, de la tension artérielle, du métabolisme lipidique et glucidique et d'un examen périodique des seins et des organes génitaux.

Au décours de l'examen clinique initial et après avoir éliminé les contre-indications, le médecin peut donc prescrire une contraception oestro-progestative selon un schéma bien défini.

La première fois, la patiente doit prendre le premier comprimé le premier jour du cycle (au plus tard le troisième jour), puis prendre un comprimé par jour pendant 21 jours dans l'ordre du pilulier. A la fin d'une plaquette elle doit l'arrêter pendant 7 jours puis reprendre 21 jours et ainsi de suite sans tenir compte de l'arrivée des règles qui surviendront pendant cette phase d'arrêt. Avec les pilules à 15 microgrammes d'éthinylestradiol, la prise est continue 28 jours sur 28 sans phase d'arrêt.

Une visite de contrôle est nécessaire au bout de 3 à 6 mois afin d'évaluer la tolérance générale et prendre connaissance du premier bilan biologique (glycémie et bilan lipidique). Si les examens sont normaux, le médecin peut prolonger la prescription pour 1 an.

Ensuite, une visite annuelle suffit avec contrôle de la tension artérielle et du poids.

Le bilan biologique peut être conseillé tous les 5 ans en l'absence de fait nouveau. ¹³

Lors de la prescription d'une contraception orale, le médecin a aussi un rôle de prévention des grossesses non désirées et doit donc expliquer à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, responsable de 5 à 10% des IVG.

Si l'oubli est inférieur à 12h, la patiente doit prendre immédiatement le comprimé oublié, puis continuer la plaquette comme prévu tous les jours et à la même heure.

Si l'oubli est supérieur à 12h, la patiente doit prendre immédiatement le comprimé oublié, continuer la plaquette comme prévu et utiliser en plus des préservatifs jusqu'à la fin de la plaquette. S'il y a eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, elle doit prendre une contraception d'urgence le plus tôt possible. Si l'oubli a eu lieu dans les 7 derniers jours du cycle, il est aussi préférable qu'elle enchaîne 2 plaquettes sans phase d'arrêt. En effet le risque est maximal en début et en fin de plaquette.

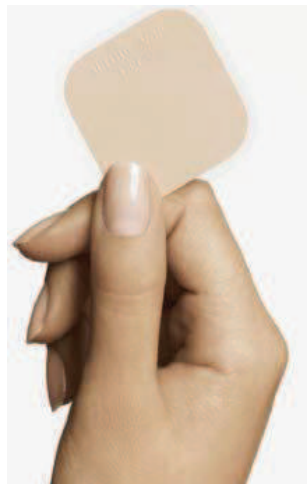
Figure 7. Modèles de contraception orale



2. Le dispositif hormonal transdermique

Il s'agit d'un timbre de 20 cm², de couleur chair, que l'on colle sur la peau et qui délivre une association oestroprogestative de troisième génération, comme une pilule à 20 microgrammes.

Figure 8. Modèle de patch transdermique.



Il est commercialisé depuis son AMM en septembre 2003.

Son efficacité, tout comme la pilule, est proche de 100% à condition qu'il soit bien utilisé.

IL fonctionne de la même manière que la contraception oestroprogestative orale en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Ses contre- indications sont donc les mêmes que celles situées ci-dessus.

Lors de la première utilisation, il s'applique sur la peau le premier jour des règles. Un timbre est posé chaque semaine pendant 3 semaines consécutives, suivies d'une semaine d'arrêt.

En pratique, la pose d'un timbre s'effectue toujours le même jour de la semaine (par exemple, si la patiente pose le premier timbre le lundi, elle posera et enlèvera les suivants le lundi).

Les règles surviennent pendant les 7 jours durant lesquels la patiente n'a pas de timbre.

Les principaux effets indésirables spécifiques au patch sont : réaction locale du site d'application, nausées, irritabilité, céphalées.¹⁴

En cas de décollement, le patch est encore efficace 24H, au-delà, il faut suivre les recommandations des oublis de pilule.

Il n'a pas d'avantage réel par rapport à la contraception orale si ce n'est une meilleure observance pour certaines femmes pour qui le changement de timbre hebdomadaire semble moins contraignant que la prise journalière d'une pilule. ¹⁴

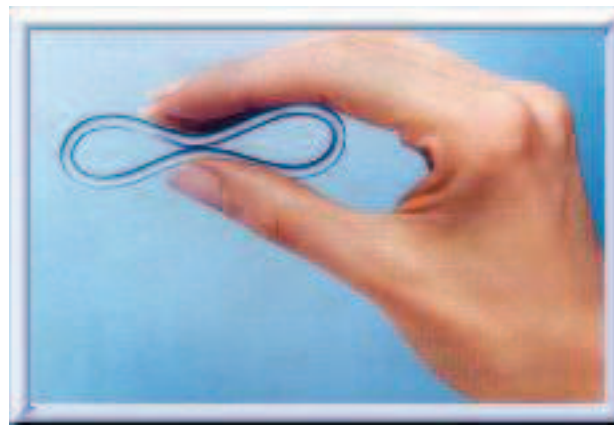
Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et coûte entre 10 et 16 euro pour un cycle de 28 jours (son tarif étant libre, il peut varier d'une pharmacie à l'autre).

3. L'anneau vaginal

Il s'agit d'un anneau en plastique, flexible de 54 mm de diamètre, qui délivre une association oestroprogestative de troisième génération, comme une pilule à 15 microgrammes.

Il est commercialisé depuis son AMM en 2004.

Figure 9. Exemple d'anneau vaginal.



Sa mise en place est simple, la femme l'introduit elle-même jusqu'au fond du vagin, il reste ensuite en place 3 semaines exactement (on le retire le même jour de la semaine que celui de la pose). Après 7 jours d'arrêt durant lesquels la surviennent les règles, la femme replace un nouvel anneau.

En pratique, si l'anneau a été posé un lundi, il sera retiré 3 semaines après, un lundi, et un nouvel anneau sera posé 7 jours après, toujours un lundi.

Son mécanisme d'action, ses contre-indications et ses effets indésirables sont les mêmes que la contraception orale.

Plus spécifiquement, on a surtout pu constater des effets locaux¹⁵ :

- Gêne lors des rapports sexuels (17%, 7 hommes sur 10 ne le sentent pas)
- Sécheresse vaginale (4%)
- Erosions vaginales (2.5%)

Tout comme avec le patch transdermique, il existe une meilleure observance qu'avec la pilule.

Son insertion et son retrait sont simples et fait par la patiente elle-même, et il est efficace quelle que soit sa position dans le vagin.

Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et coûte environ 15 euros par mois.

V. La contraception progestative

1. Contraception micro progestative orale

Il s'agit généralement de la méthode choisie en cas de contre-indication vasculaire et/ou métabolique aux oestroprogestatifs classique, car elle n'a aucun retentissement sur ces métabolismes, et de ce fait, aucune surveillance biologique n'est nécessaire.

Elles sont donc composées d'un progestatif seul, pas d'œstrogène.

Elle se prend tous les jours, à heure fixe, 28 jours sur 28, sans arrêt entre 2 plaquettes.

Son efficacité est grande, avec un IP à 0.5, toutefois elle dépend de la qualité de l'observance puisqu'elle impose des délais de prise journalière très restreints (prise à heure fixe tous les jours même pendant les règles, sans dépasser 3 heures de retard).

Son principal mécanisme d'action repose principalement sur les modifications de la glaire cervicale, mais aussi sur les modifications endométriales.

Sa tolérance est considérée comme moins bonne que celle des méthodes oestroprogestatives et variable d'une femme à l'autre. Ses principaux effets secondaires retrouvés sont surtout liés à un mauvais contrôle du cycle, ainsi on constatera fréquemment soit une aménorrhée soit des spotting continuel mais aussi, mastodynie, douleurs pelviennes ou encore kystes fonctionnels de l'ovaire.

Il n'existe pas de réelles contre-indications à ce type de contraception, toutefois, elle est déconseillée en cas d'antécédent de grossesse extra-utérine ou de pathologie tubaire. En effet elle ralentit le transit tubaire mais ne bloque pas l'ovulation.

Tout comme pour la prescription d'une pilule oestroprogestative, le médecin doit expliquer à la patiente les modalités d'utilisation de la pilule progestative et la conduite à tenir en cas d'oubli.

Comme indiqué ci-dessus, elle nécessite une prise journalière rigoureuse, à heure fixe, 28 jours sur 28, sans arrêt entre 2 plaquettes, le retard de prise ne devant pas dépasser 3 heures.

Si l'oubli est inférieur à 3h, la patiente doit prendre immédiatement le comprimé oublié, puis continuer la plaquette comme prévu tous les jours à l'heure habituelle.

Si l'oubli est supérieur à 3h, la patiente doit prendre immédiatement le comprimé oublié, continuer la plaquette comme prévu et utiliser en plus des préservatifs pendant 14 jours. S'il y a eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, elle doit prendre une contraception d'urgence le plus tôt possible.

Microval® est la seule remboursée par la sécurité sociale.

2. Cas particulier de Cérazette®

Depuis 1999, a été mis sur le marché une pilule contraceptive uniquement progestative contenant un progestatif de 3^{ème} génération, le DESOGESTREL, qui n'entre ni dans le groupe des microprogestatifs, ni dans celui des macroprogestatifs.

Cette pilule a un effet anti-gonadotrope permettant un blocage de l'ovulation, en plus des effets sur la glaire cervicale.

Tout comme les micro-progestatifs, elle n'a pas de contre-indication.

Le délai en cas d'oubli est allongé à 12 heures.

Il s'agit de la méthode de choix dans le post-partum.

3. Implant sous cutané à l'étonogestrel

Commercialisé en France depuis début mai 2001, et plus communément appelé « Implanon » et plus récemment « Nexplanon », l'implant se présente sous la forme d'un bâtonnet plus petit qu'une allumette.

Figure 10. Exemple d'implant sous-cutané



Il libère en continu un progestatif (étonogestrel) qui agit :

- En bloquant l'ovulation (il supprime le pic de LH)
- En rendant la paroi interne de l'utérus impropre à la nidation
- En épaississant la glaire cervicale qui gêne le passage des spermatozoïdes

Le médecin place l'implant progestatif sous la peau, à la face interne du bras non dominant, à l'aide d'un applicateur, quelques centimètres au-dessus du coude, après avoir réalisé une anesthésie locale. Sa présence doit être vérifiée immédiatement après la pose par palpation.

Le moment choisi pour l'insertion dépend de la situation contraceptive récente de la femme comme suit :

- Entre le 1^{er} jour et le 5^{ème} jour du cycle menstruel en l'absence préalable de contraception hormonale au cours du mois précédent.
- De préférence le lendemain de la prise du dernier comprimé actif (le dernier comprimé contenant les substances actives) si la patiente utilisait une pilule et au plus tard, le lendemain de l'intervalle habituel sans comprimé ou de prise de comprimés placebo. En cas d'utilisation d'un anneau vaginal ou d'un patch transdermique, l'implant doit être inséré de préférence le jour du retrait et au plus tard, le jour prévu pour la prochaine insertion/application

- Le jour du retrait du précédent implant ou du DIU.
- la femme peut passer de la pilule progestative à NEXPLANON à tout moment. L'implant doit être inséré le lendemain de l'arrêt de la pilule progestative.
- Avec allaitement : l'implant doit être inséré après la 4ème semaine suivant l'accouchement
- Sans allaitement : l'implant doit être inséré entre le 21ème et le 28ème jour après l'accouchement.

Son efficacité est très élevée, avec un IP à 0.05, pour une durée de 3 ans.

Il n'existe pas de contre-indication, mais une grossesse doit être éliminée avant sa pose par le médecin.

Les effets indésirables, dont il faut avoir informé la patiente au préalable, sont fréquents :

- Aménorrhée
- Irrégularité des cycles
- Risque accru de saignements

Il possède de nombreux avantages :

- Pas d'oubli possible, il présente donc une alternative intéressante pour la patiente peu observante
- Peut être laissé en place pendant 3 ans, ce qui est intéressant pour une patiente qui n'exprime pas de désir de grossesse à court terme
- Peut être enlevé à n'importe quel moment, sans attendre le délai de 3 ans, en cas de mauvaise tolérance ou de désir de grossesse
- Compatible avec l'allaitement
- Remboursé à 65% par la sécurité sociale

Les principaux échecs contraceptifs sont dus soit à une erreur dans la technique de pose, soit à un non-respect des recommandations du résumé des caractéristiques du produit (existence d'une interaction médicamenteuse, pose à une date inadéquate), soit exceptionnellement à un échec du principe actif. ¹⁶

4. Progestatifs macrodosés

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

Ils sont administrés du 5^{ème} au 25^{ème} jour du cycle soit 20 jours sur 28.

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

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

5. Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

Nous développerons cette méthode contraceptive dans le chapitre sur les dispositifs intra-utérins.

VI. Dispositif intra-utérin

Il s'agit de la méthode contraceptive de 2^{ème} intention en France avec 25% d'utilisatrices, le plus souvent des multigestes ne désirant plus d'enfant, qui présente l'avantage d'une longue durée d'action

C'est un petit objet en forme de T, mesurant 3 cm environ, généralement en plastique souple. Il est muni à son extrémité d'un ou de deux fils en nylons qui permettent de vérifier sa présence.

Il en existe deux sortes : les DIU au cuivre et les DIU hormonaux.

Placé à l'intérieur de l'utérus, le stérilet agit à la fois comme corps étranger et comme agent d'infertilité. La présence d'un corps étranger entraîne une réaction inflammatoire locale au niveau de la muqueuse de l'utérus qui empêche la fécondation ou la nidation.

Dans les stérilets au cuivre, le métal exerce en outre une action toxique directe sur les spermatozoïdes et sur l'œuf en altérant la muqueuse utérine.

Contrairement à la pilule, cette méthode contraceptive ne modifie pas la vie hormonale. Son mode d'action est purement mécanique, il respecte le cycle menstruel et l'ovulation de la femme et n'a aucune incidence sur le poids et la tension artérielle. Sur le plan sexuel, le stérilet est imperceptible, et ne gêne donc pas les rapports sexuels.

Le stérilet convient aux femmes qui ont déjà eu un enfant et ont un nombre de partenaires limité en raison du risque accru d'infections génitales qu'il entraîne. Sa mise en place est un acte médical. Elle suppose 2 consultations gynécologiques. La première a pour objectif de déterminer la taille et la position de l'utérus, de rechercher une éventuelle contre-indication et d'effectuer, si nécessaire, des examens (frottis). La seconde consultation est consacrée à la pose du stérilet, qui se pratique de préférence à la fin des règles ou bien en période ovulatoire (au milieu du cycle) lorsque le col de l'utérus est plus ouvert, ce qui facilite la pose. Celle-ci est simple, rapide (moins de 5 minutes) et peu douloureuse.

Contenu dans un petit tube en plastique, le stérilet est inséré dans l'utérus par le vagin et le col utérin, où il est expulsé du tube à l'aide d'un poussoir. Le fil est coupé à environ 3 cm du col de l'utérus. Une fois le stérilet installé, la protection contraceptive est immédiate. Des douleurs dans le bas-ventre, parfois associées à des petits saignements, peuvent survenir après la pose, mais elles ne durent jamais longtemps (quelques jours). Aux règles suivantes, une visite de contrôle s'impose pour vérifier que le stérilet n'a pas été expulsé.

Par la suite, la femme devra consulter une fois par an, afin de s'assurer que le stérilet est bien en place et de vérifier l'état de la muqueuse utérine. Des frottis sont prescrits régulièrement.

Le stérilet n'impose aucune contrainte, sinon une hygiène génitale rigoureuse, un nombre de partenaires sexuels limité et une surveillance médicale régulière. Dans la majorité des cas, le port d'un stérilet est bien toléré. Néanmoins, il peut être à l'origine de règles plus longues et plus abondantes, dues au petit traumatisme local que provoque la présence d'un corps étranger. Ces désagréments sont souvent passagers, mais s'ils s'accompagnent de douleurs, il est conseillé de consulter un médecin, qui devra éventuellement poser un autre type de stérilet. Normalement, un stérilet ne doit pas occasionner de douleurs, sauf juste après la pose.

Les complications sont rares, il s'agit essentiellement du risque d'infection des trompes (salpingite) dans les 20 jours qui suivent la mise en place. Certains médecins font faire des examens avant la pose d'un stérilet afin de dépister une éventuelle infection du col de l'utérus, puis, une fois l'insertion effectuée, prescrivent à leur patiente des antibiotiques à titre préventif.

Dans un cas sur 1000, le stérilet peut perforer la paroi utérine et pénétrer dans la cavité abdominale. Cela peut provoquer des douleurs abdominales et des saignements vaginaux importants, et nécessiter l'ablation chirurgicale du stérilet, si possible par cœlioscopie.

Figure 11. Exemple Stérilet.



VII. Les méthodes dites « barrières »

Il s'agit avant tout des préservatifs masculins, mais s'y ajoutent aussi les spermicides, le diaphragme et le préservatif féminin.

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

Figure 12. Exemple des différentes méthodes « barrières »



1. Le préservatif

Il s'agit de la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention des infections sexuellement transmissibles et dans la prévention des grossesses non désirées.

Il est majoritairement utilisé en début de vie sexuelle, 90% des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré en 2010 en avoir fait usage au cours de leur premier rapport.

Bien que leur efficacité soit moindre qu'avec une contraception orale ou un DIU (IP entre 0.6 et 8), les préservatifs sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés de manière optimale. Ils peuvent être utilisés avec d'autres méthodes barrières (spermicides par exemple) ou associés à une contraception orale.

Pour cela il est important de rappeler qu'ils nécessitent un certain entraînement, qu'ils doivent être utilisés à chaque rapport sexuel, qu'ils doivent être mis en place sur la verge en érection avant toute pénétration vaginale (d'où l'intérêt d'un apprentissage), qu'ils nécessitent un retrait rapide après le rapport sexuel en veillant à bien le maintenir sur le pénis au moment du retrait.

Différents modèles sont disponibles en ce qui concerne le préservatif masculin : lubrifiés ou non, avec ou sans réservoir, de texture plus ou moins fine. Dans tous les cas, ils doivent répondre aux normes européennes.

Les plus couramment utilisés sont les préservatifs en latex qui sont à moindre risque de rupture ou de glissement que ceux en polyuréthane, ces derniers plutôt recommandés en cas d'allergie au latex.

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane ou en nitrile lubrifié, fermé à une extrémité de manière à couvrir le col de l'utérus et ouverte à l'autre de manière à tapisser le vagin.

C'est une méthode accessible à toutes et à tous du fait de son libre accès en pharmacie ou en grandes surfaces, l'inconvénient étant son coût.

2. Les spermicides

Les spermicides sont des produits qui ont une action contraceptive locale. On les trouve en pharmacie sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, comprimés, tampons...

Ils agissent en détruisant ou en rendant inactifs les spermatozoïdes.

Ils doivent être utilisés avant un rapport sexuel selon les modalités suivantes :

- Crèmes et ovules ¹⁷ :
 - Application au fond du vagin (au moins 10 min avant pour l'ovule)
 - Protection de 4h
 - Nouvelle application avant chaque rapport
 - Pas de toilette vaginale dans les 2h qui précèdent le rapport et les 2h qui le suivent

- Tampons et éponges ¹⁷ :
 - Enfoncez le tampon profondément dans le vagin
 - Efficacité immédiate et durant 24h
 - Pas de toilette vaginale dans les 4h qui précèdent le rapport et les 2h qui le suivent
 - Ne jamais retirer moins de 2h après le rapport

Leur efficacité, lorsqu'ils sont utilisés conformément à la notice n'étant que de 70%, il faut insister auprès de la patiente de la nécessité de les utiliser en complément d'une autre méthode contraceptive si une grossesse n'est absolument pas désirée.

Ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

3. Le diaphragme

Les diaphragmes sont très peu utilisés en France.

Il s'agit d'un dôme en latex dont l'efficacité contraceptive médiocre est améliorée lorsqu'on le couple avec un spermicide. ¹⁷

Il se place au fond du vagin moins de 2 heures avant un rapport sexuel, de manière à recouvrir le col de l'utérus. Il doit être laissé en place 6 heures après. En cas de nouveau rapport sexuel, il est nécessaire d'utiliser à nouveau des spermicides.

Il est réutilisable après lavage et séchage soigneux pour une durée d'environ 2 ans.

Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

VIII. Les méthodes dites « naturelles »

Il s'agit essentiellement des méthodes d'abstinence périodique, des températures, de l'aménorrhée lactationnelle, Ogino-Knauss, et du retrait.¹⁷

Ce sont des méthodes beaucoup moins efficaces que la contraception hormonale et devraient être réservées uniquement aux femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien la méthode choisie et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

Elles n'ont par contre aucune contre-indication.

1. Méthode Billings ou méthode de la glaire cervicale

Elle consiste en une abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction dans le vagin de deux doigts puis écartement pour apprécier la filance.

L'abstinence est poursuivie quatre jours après l'apparition de la dernière glaire humide.

2. Méthode Ogino-Knauss

Elle se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (3 jours) et sur celle de l'ovule.

Les rapports sexuels sont proscrits du 10^{ème} au 18^{ème} jour d'un cycle de 28 jours.

Elle est inefficace en cas de troubles du cycle car l'ovulation survient à des dates variables.

3. Méthode des températures

Les rapports sont possibles seulement deux jours après la montée de la température.

Elle limite donc les rapports à la période post-ovulatoire.

4. Retrait

Elle consiste à interrompre le rapport avant l'éjaculation.

Cette technique est peu efficace (taux d'échec de 15%), très astreignante et source de difficultés conjugales.

5. Aménorrhée lactationnelle

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont connus depuis de nombreuses années. Cependant ce n'est que récemment que des études ont été réalisées à propos du lien entre allaitement et infertilité. En 1988, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et de FHI (Family Health International), un résumé de 13 études dans 8 pays conclut que l'allaitement permet plus de 98% de protection durant les six premiers mois de post-partum si la mère allaite complètement ou presque son enfant et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches): c'est le Consensus de Bellagio qui a été confirmé en 1995. La Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle (MAL) ou Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) découle de ce consensus.¹⁸

Physiologiquement, même si tous les mécanismes ne sont pas élucidés, on sait que le degré de suppression de l'activité ovarienne est lié à la puissance du stimulus de succion, c'est-à-dire sa qualité et son maintien.¹⁹ Un allaitement, même soutenu, ne bloque pas totalement la croissance folliculaire mais s'il est intense, il ne permettra pas le retour à une activité ovarienne compatible avec la fertilité.

Certains expliquent cela par l'hyperprolactinémie reflétant l'activité de tétée, d'autres par la stimulation directe de l'axe hypothalamo-hypophysaire par le réflexe de succion. C'est pourquoi l'allaitement maternel doit toujours être à la demande du bébé, sans suivre aucun horaire fixe. Lorsque le bébé a faim, il tète plus vigoureusement que lorsque la mère décide de l'horaire. De plus, la quantité de prolactine produite lors d'une tétée entre minuit et 5 h du matin est plus élevée que lors d'une tétée de même durée le jour, d'où l'importance des tétées nocturnes.²⁰

Le risque d'ovulation avant le retour de couches augmente avec le temps, il devient important après 26 semaines, soit 6 mois.

Elle a un taux d'efficacité supérieur à 98% si les conditions sont respectées.²¹

IX. La contraception d'urgence

C'est l'ensemble des méthodes permettant de réduire le risque de grossesse non désirée après un rapport sexuel non protégé sans contraception ou lorsque le moyen de contraception risque d'être inefficace : oubli de pilule, oubli ou rupture de préservatif.

Il en existe 2 types :

- La contraception hormonale
- Le DIU

1. Contraception hormonale ou pilule du lendemain

Elle se présente sous la forme d'un seul comprimé. Elle doit être prise le plus tôt possible après le rapport, au maximum dans les trois à cinq jours, selon le type de pilule du lendemain. Ce médicament agit en bloquant temporairement ou en retardant l'ovulation et en empêchant l'œuf de se fixer dans l'utérus.

Deux molécules sont disponibles :

- Le lévonorgestrel (Norlevo®) : 1 comprimé de 1,5 mg à prendre le plus tôt possible après le rapport à risque (avant 72h). Il est disponible en vente libre, est gratuit pour les mineures³² et remboursé par la sécurité sociale sur ordonnance. Il est d'autant plus efficace qu'il est utilisé plus précocement. On relève 95 % d'efficacité lorsque la prise est réalisée avant 24 h, à 58 % lorsqu'elle est réalisée à 72 h.²²
- L'ulipristal acétate (Ellaone®) commercialisé depuis 2009 : 1 cp de 30 mg pouvant être pris jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. Il n'est délivré que sur ordonnance et n'est pas remboursé.
Il ne présente que peu d'effets secondaires : douleurs abdominales et troubles de la menstruation.
Son efficacité est supérieure à celle du Norlevo®²³, environ 97% jusqu'au 5^{ème} jour.

2. DIU au cuivre

Cette méthode est moins connue, mais le dispositif intra-utérin constitue aussi une contraception d'urgence efficace.

Il doit être posé par un médecin dans les cinq jours maximum qui suivent le rapport sexuel sans contraception. Il ne bloque pas l'ovulation, mais empêche l'œuf fécondé de se fixer dans l'utérus. Une fois posé, le stérilet peut rester en place et devenir une contraception régulière. Il est donc à recommander aux patientes qui envisagent ce mode de contraception à l'avenir.²²

PARTIE II

ETUDE PERSONNELLE

I. Objectif de l'étude

Avec l'apparition des nouvelles méthodes contraceptives, on aurait pu s'attendre à une diminution du nombre annuel de grossesses non désirées, puisque les femmes à risque d'oubli de pilule ou celles ne la tolérant pas, ont désormais d'autres alternatives.

Or, les données actuelles montrent que depuis 1975, le nombre de grossesses non désirées donnant lieu à une IVG reste stable.

Nous allons tenter de déterminer :

- Quelles sont les carences d'informations sur la contraception
- S'il existe des populations plus à risque d'avoir une grossesse non désirée

II. Matériels et méthodes

1. Lieux et période de recueil des données

L'étude a été réalisée dans le service des urgences gynécologiques du Centre Hospitalier Général d'Evreux qui est un des principaux centres d'orthogénie de la région haute Normandie.

Le recueil de données s'est fait de septembre 2011 à novembre 2011.

2. Critères d'inclusion

Au cours de cette étude, nous nous sommes intéressés aux femmes en âge de procréer donc susceptibles d'utiliser une contraception.

Seules les femmes dont la contraception est prescrite par un médecin généraliste ont été sélectionnées.

Les femmes suivies par le gynécologue ont été exclues de l'étude.

3. Outils

L'outil ayant servi au recueil de données est un questionnaire écrit, anonyme, rempli par la patiente elle-même.

Il leur était distribué par le personnel para-médical, avant la consultation, afin qu'elles n'aient bénéficié d'aucune information sur la contraception au préalable.

Il comporte deux parties :

- Une première partie relative aux données personnelles de la patiente (âge, niveau d'études, lieu d'habitation, âge et type de la première contraception, contraception actuelle...)
- Une deuxième partie comprenant des questions générales sur les différentes méthodes contraceptives

4. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Microsoft® Excel 2010.

5. Analyse des données

Afin de déterminer s'il existe des groupes plus à risque, j'ai comparé les réponses en fonction de l'âge des patientes et en fonction de leur lieu d'habitation.

Pour l'âge, on distingue trois groupes :

- Moins de 24 ans
- Entre 25 et 29 ans
- Plus de 30 ans

Pour le lieu d'habitation, on distingue aussi 3 groupes :

- Urbain
- Semi-rural
- rural

Les données ont été analysées à partir du logiciel Microsoft® Excel 2010 puis exploitées avec le test statistique du Khi2.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

III. Résultats

117 femmes ont été incluses dans cette étude.

1. Caractéristiques de la population

a. Age

Toutes les femmes ont répondu à cette question.

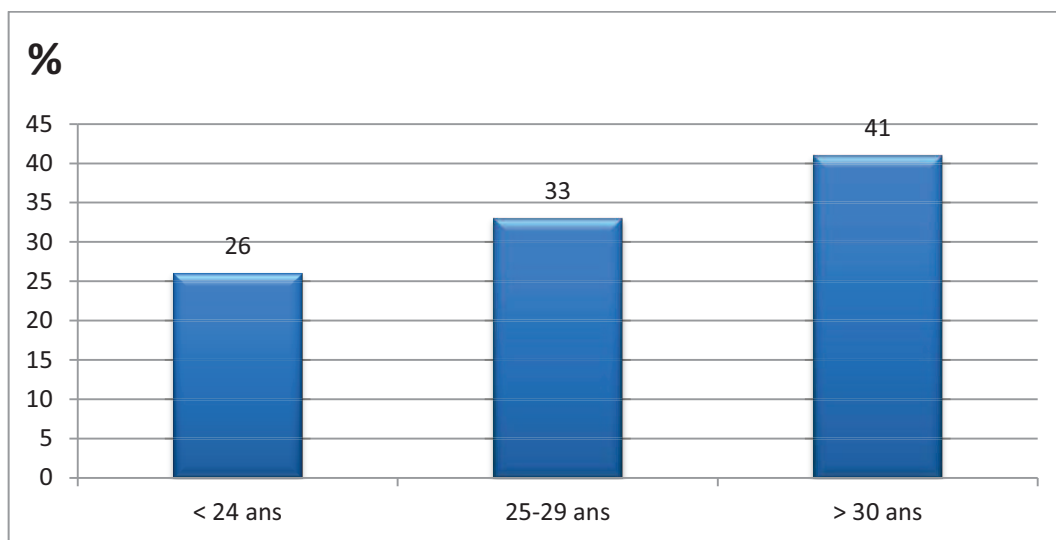
Elles ont entre 17 et 43 ans.

Plus de la moitié des femmes a plus de 25 ans.

L'âge moyen est de 29 ans.

La répartition des âges est la suivante :

Figure13. Répartition des patientes par tranche d'âge

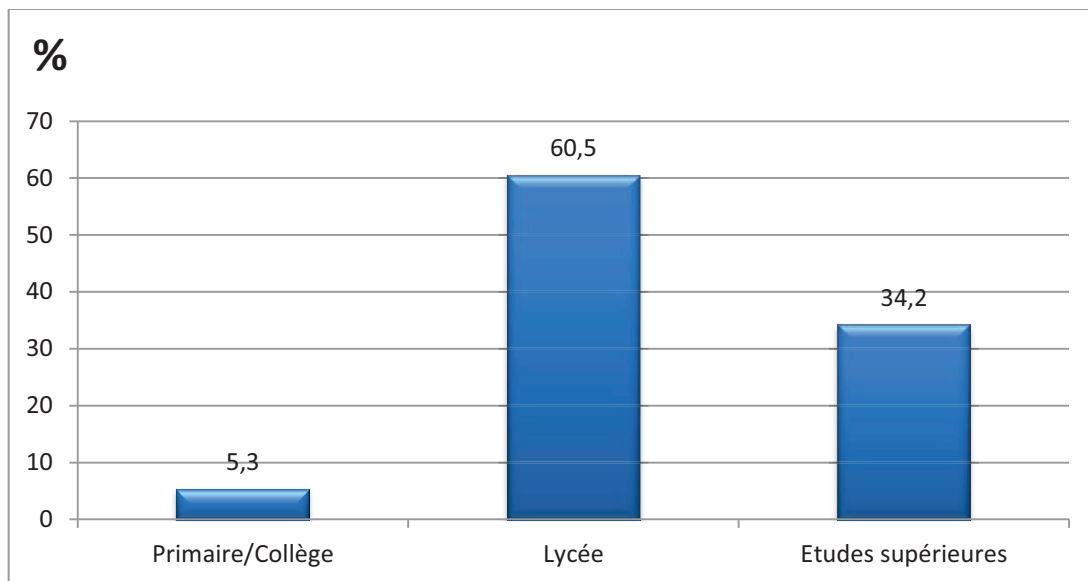


b. Niveau d'études

3 femmes n'ont pas répondu à cette question.

La répartition du niveau d'étude est la suivante :

Figure 14. Répartition des patientes selon le niveau d'études



c. Mode de vie

36 femmes vivent seules (célibataires ou séparées) et 81 vivent en couple.

78 (67%) ont déjà des enfants.

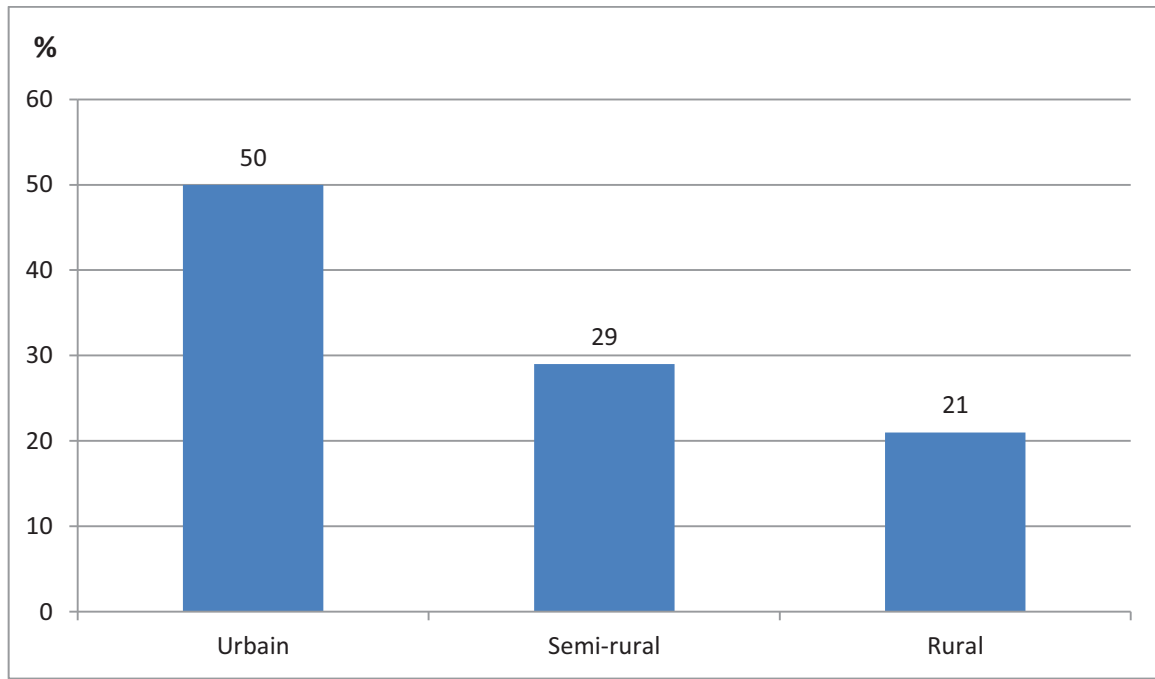
A la question concernant le lieu d'habitation, 3 femmes n'ont pas répondu.

Nous avons distingués 3 types de lieu en fonction du nombre d'habitants :

- Urbain : plus de 20.000 habitants
- Semi-rural : de 2.000 à 20.000 habitants
- Rural : moins de 2.000 habitants

La répartition des femmes selon leur lieu d'habitation est la suivante :

Figure 15. Répartition des femmes selon le lieu d'habitation



d. Première contraception

Nous avons demandé aux patientes répondant au questionnaire l'âge qu'elles avaient au moment de leur première contraception et la méthode choisie.

2 femmes n'ont pas répondu à cette question.

L'âge moyen de la première contraception est de 16,7 ans.

En ce qui concerne le type de contraception choisi, 111 femmes ont utilisé une contraception hormonale orale (96,5%), 3 des préservatifs (2,6%), et 1 une contraception orale associée aux préservatifs (0,9%).

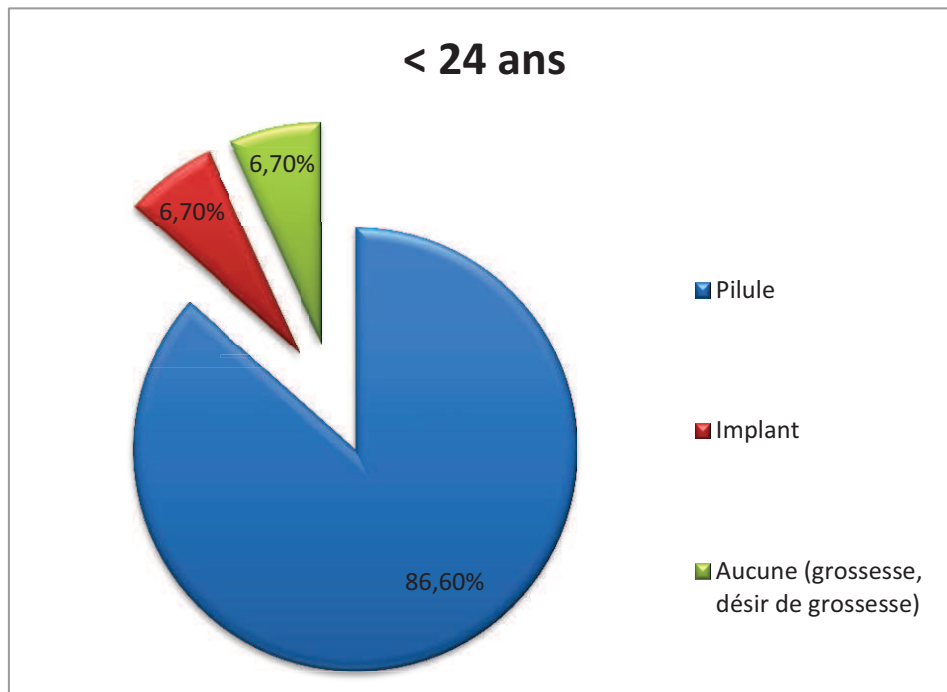
e. Contraception actuelle

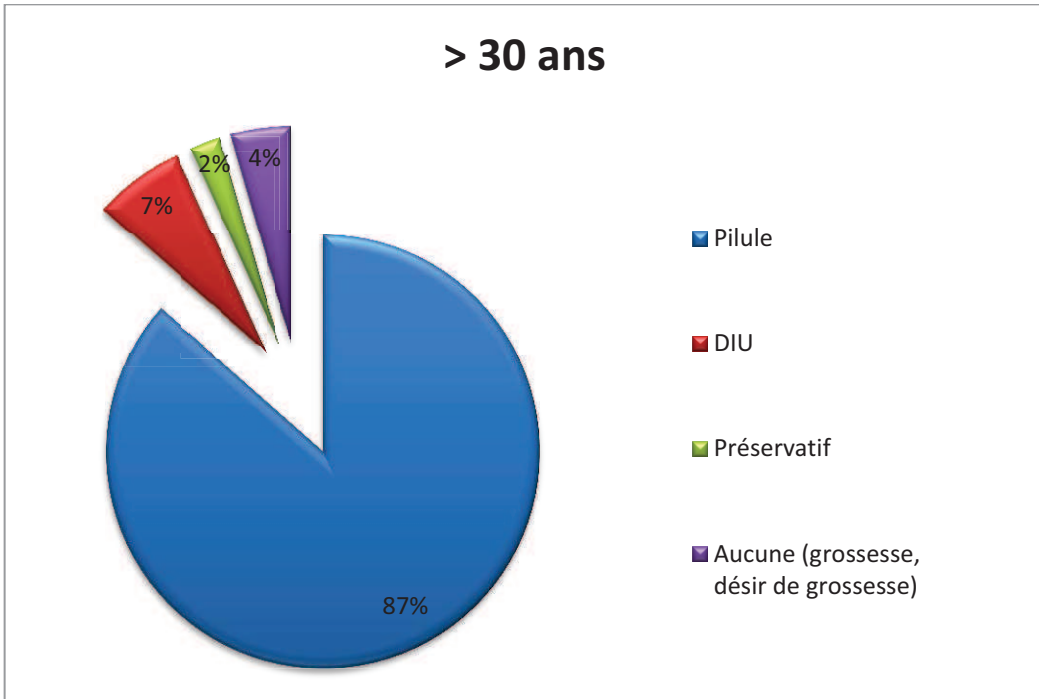
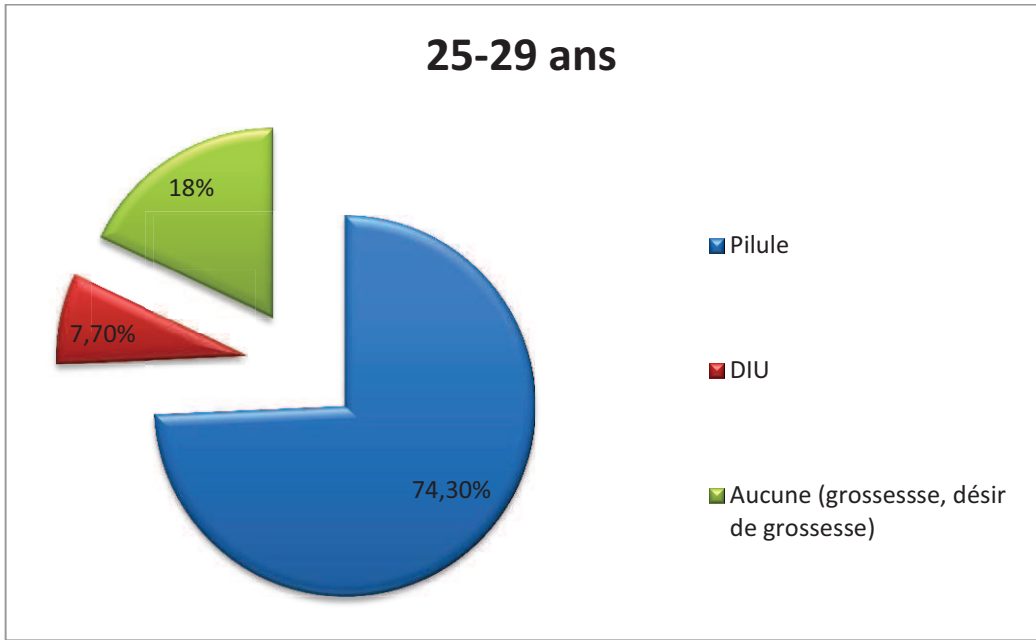
2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

90,4% des patientes ont une contraception (N=104), les autres sont soit enceintes soit ont un désir de grossesse (N=11).

La contraception la plus utilisée est la contraception hormonale orale 91,3% (N=95).

Figure 16. Répartition des moyens contraceptifs utilisés en fonction de l'âge





82,7% des femmes se disent satisfaites de la contraception qu'elles utilisent (N=86).

f. Antécédents de grossesses non désirées

3 femmes n'ont pas répondu.

23,7% des patientes ont déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées (N=27).

g. Oubli de pilule

Sur les 95 femmes prenant une contraception hormonale orale, 43,1% des femmes (N=41) déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule au cours des 6 derniers mois.

Chez les moins de 24 ans, le nombre moyen d'oubli est de 2,9.

Chez les 25-29 ans il est de 3.

Chez les plus de 30 ans il est de 1,3.

h. Ressenti sur l'information

Toutes les femmes ont répondu à cette question.

69,2% d'entre elles sont satisfaites par l'information donnée par leur médecin (N=81).

41% estiment que leurs connaissances sont bonnes (N=48), 46,2% moyennes (N=54), 12,8% insuffisantes (N=15).

Celles qui les jugent suffisantes, possèdent un savoir satisfaisant pour 56,3% d'entre elles, avec un taux de réponses exactes bon ou très bon ($\geq 21/40$).

Tableau 2. Taux de connaissance de chaque méthode

Pilule oestro-progestative	51,7%
Pilule progestative	46,5%
DIU	87,9%
Implant	80,2%
Patch	54,3%
Anneau	72,4%
Préservatif masculin	93,1%
Diaphragme, cape cervicale	46,5%
Spermicide	33,6%
Méthodes de retrait, courbe de température...	51,7%

A la question, « A qui demandez-vous des conseils sur la contraception ? », il apparaît nettement que le médecin traitant est le référent puisque 82% d'entre elles le consultent en cas d'interrogations, 35,9% demanderaient aussi à un gynécologue, 33,3% à sa mère ou sa sœur, 25,6% à une amie, 20,5% se renseignent sur internet, 20,5% chez le pharmacien, 10,2% dans un centre de planification.

2. Connaissances des patientes

a. Contraception œstro-progestative

J'ai posé une série de 13 questions aux patientes concernant le mode d'action, le mode d'utilisation, les contre-indications et les conduites à tenir en cas d'oubli d'une pilule oestro-progestative.

Les résultats sont les suivants :

Q16) Mode d'action : (plusieurs réponses possibles)

32 femmes n'ont pas répondu à cette question.

Aucune patiente ne connaît les 3 mécanismes d'action de la contraception oestro-progestative.

La majorité (61,2%) a répondu qu'elle agit en bloquant l'ovulation uniquement (N=52).

15,3% ont répondu qu'elle agit en entraînant des modifications sur l'endomètre (N=13)

11,7% ont répondu qu'il y a une action à la fois sur le blocage de l'ovulation et sur la glaire cervicale (N=10).

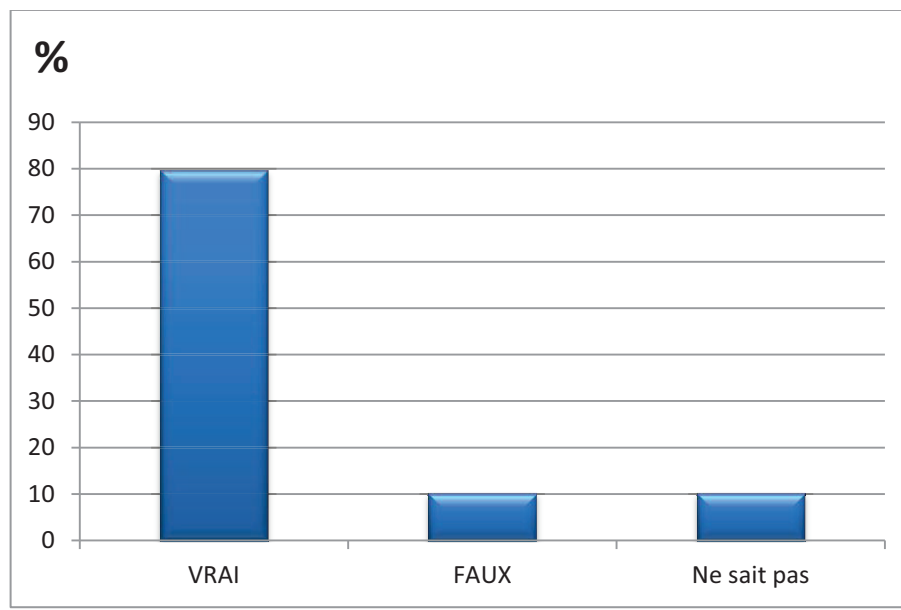
5,9% ont répondu qu'il y a une action sur l'ovulation et sur l'endomètre (N=5).

5,9% ont répondu qu'elle agit en entraînant des modifications à la fois sur la glaire cervicale et sur l'endomètre (N=5).

Q17) Lorsqu'elle est bien utilisée, la pilule est efficace à plus de 99% ?

79,5% des patientes savent que la pilule est efficace à plus de 99% (N=93).

Figure 17. Réponses des patientes à la question, la pilule es efficace à plus de 99% ?



A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge des patientes et leur niveau de connaissance (le groupe moins de 24 ans a un moins bon taux de réponse à cette question)

Q18) Elle doit être prise à heure régulière ?

89,7% des patientes savent que la pilule se prend tous les jours à heure régulière (N=105).

Q19) Un arrêt d'une semaine entre 2 plaquettes est nécessaire ?

69,2% des patientes savent qu'un arrêt d'une semaine entre 2 plaquettes est nécessaire (N=81).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge des patientes et leur niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les moins de 24 ans).

Q20) Il est déconseillé de fumer avec ce type de pilule ?

69,2% des patientes savent qu'il est déconseillé de fumer avec ce type de pilule (N=81).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge des patientes et leur niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les moins de 24 ans), ainsi qu'entre le milieu d'habitation et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon en zone urbaine).

Q21) Il est contre-indiqué de prendre cette contraception si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle (phlébite par exemple)

43,6% des patientes savent qu'un antécédent personnel ou familial d'accident thromboembolique est une contre-indication à ce mode de contraception (N=51).

Q22) Elle diminue le risque du cancer du sein?

35,9% des patientes savent qu'elle ne diminue pas le risque d'avoir un cancer du sein (N=42).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge des patientes et leur niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les moins de 24 ans).

Q23) Elle diminue le risque de cancer de l'ovaire et du corps de l'utérus ?

7,7% des patientes seulement pensent qu'elle diminue le risque d'avoir un cancer de l'ovaire ou du corps de l'utérus (N=9).

Q24) Au bout de combien de temps un oubli expose-t-il à un risque de grossesse ?

41% des patientes savent que l'oubli d'un comprimé supérieur à 12 heures expose à un risque de grossesse (N=48).

Tableau 3. Estimation du délai d'oubli exposant à un risque de grossesse.

Délai d'oubli exposant à un risque de grossesse	
3 heures	2,6%
6 heures	10,3%
12 heures	41%
24 heures	41%
Pas de réponse	5,1%

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge des patientes et leur niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les moins de 24 ans), ainsi qu'entre le milieu d'habitation et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon en zone urbaine).

Q25) En cas d'oubli de moins de 12 heures, que faites-vous ?

En cas d'oubli de moins de 12 heures, à peine la moitié des patientes (43,6%) adoptent la bonne attitude c'est-à-dire, prendre le comprimé oublié le plus tôt possible et continuer la plaquette normalement jusqu'à la fin.

Cependant 35,9% des femmes prennent le comprimé oublié le plus tôt possible et continuent la plaquette jusqu'à la fin en utilisant en plus de préservatifs.

Même si l'utilisation d'une méthode contraceptive locale n'est pas indiquée dans ce cadre-là, on ne peut pas considérer qu'il s'agisse d'une erreur.

Tableau 4. Conduite à tenir en cas d'oubli de moins de 12 heures selon les patientes.

En cas d'oubli de moins de 12 heures	
Vous prenez le comprimé oublié et continuez la plaquette normalement jusqu'à la fin	43,6%
Vous prenez le comprimé oublié, continuez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs	35,9%
Vous prenez la contraception d'urgence s'il y a eu un rapport sexuel récent	17,9%
Vous arrêtez la plaquette	0
Pas de réponse	2,6%

Q26) En cas d'oubli de plus de 12 heures, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles)

A cette question, il fallait répondre :

- Je prends le comprimé oublié, poursuit la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilise en plus des préservatifs et
- Je prends la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent

8 femmes n'ont pas répondu.

Seulement 20,2% des patientes connaissent la conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 12 heures (N=22).

29,4% ont répondu qu'elles prenaient la contraception d'urgence mais n'ont pas précisé la conduite adoptée en ce qui concerne la plaquette (N=32).

26,6% prennent le comprimé oublié et continuent la plaquette normalement jusqu'à la fin (N=29).

21,1% des patientes prennent le comprimé oublié, continuent la plaquette jusqu'à la fin et utilisent en plus des préservatifs mais n'utilisent pas la contraception d'urgence si il y a eu un rapport sexuel récent (N=23).

1,8% arrêtent leur plaquette (N=2).

1 patiente prend la contraception d'urgence et arrête en plus sa plaquette.

Q27) Un vomissement survenant dans les 4 h après la prise de votre pilule équivaut à un oubli ?

30,8% des femmes seulement savent qu'un vomissement survenant dans les 4 heures après la prise d'un comprimé équivaut à un oubli (N=36).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre le milieu d'habitation et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon en zone urbaine).

Q28) Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette ?

59% des femmes savent que les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de leur contraception (N=69).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre le milieu d'habitation et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon en zone urbaine).

b. Pilule progestative

De la même manière, j'ai ensuite posé une série de 6 questions concernant la contraception progestative orale en précisant le nom commercial des pilules concernées par cette catégorie.

Q29) Mode d'action : (plusieurs réponses possibles)

A cette question, il fallait répondre :

- Modification de la glaire cervicale
- Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

37 patientes n'ont pas répondu à cette question.

13,8% des patientes seulement ont correctement répondu (N=11).

Tableau 5. Mécanismes d'actions de la pilule microprogestative selon les patientes

Mécanisme	
Blocage de l'ovulation	21,2% (N=17)
Modification de la glaire cervicale	7,5% (N=6)
Modification de l'endomètre	27,5% (N=22)
Blocage de l'ovulation et modification de la glaire cervicale	13,8% (N=11)
Blocage de l'ovulation et modification de l'endomètre	16,2% (N=13)
Modification de la glaire cervicale et de l'endomètre	13,8% (N=11)

Q30) Elle se prend tous les jours à heure fixe ?

74,3% des patientes savent qu'elle se prend tous les jours à heure fixe (N=87).

Q31) Un arrêt d'une semaine entre 2 plaquettes est nécessaire ?

41% des patientes savent qu'il ne faut pas faire d'arrêt entre deux plaquettes.

Q32) Elle est déconseillée en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine ?

17,9% des patientes pensent qu'elle est déconseillée en cas de grossesse extra-utérine.

Q33) Il peut être normal d'avoir des perturbations du cycle menstruel avec ce type de pilule (saignements en dehors des règles, arrêt des règles...)

53,8% des patientes savent qu'il est possible d'avoir des perturbations de son cycle menstruel (N=63).

Q34) Au bout de combien de temps un oubli expose-t-il à un risque de grossesse ?

Seulement 17,9% des femmes savent qu'au-delà de 3 heures, un oubli expose à un risque de grossesse.

Tableau 6. Délai d'oubli de la contraception microprogestative exposant à un risque de grossesse.

Délai d'oubli exposant à un risque de grossesse	
3 heures	17,9%
6 heures	12,9%
12 heures	17,9%
24 heures	33,4%
Pas de réponse	17,9%

c. Contraception d'urgence

Q35) L'avez- vous déjà utilisée ?

31,6% des patientes ont déjà eu recours à la pilule du lendemain (N=37).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et l'utilisation de la contraception d'urgence (les moins de 24 ans l'ont significativement plus utilisé).

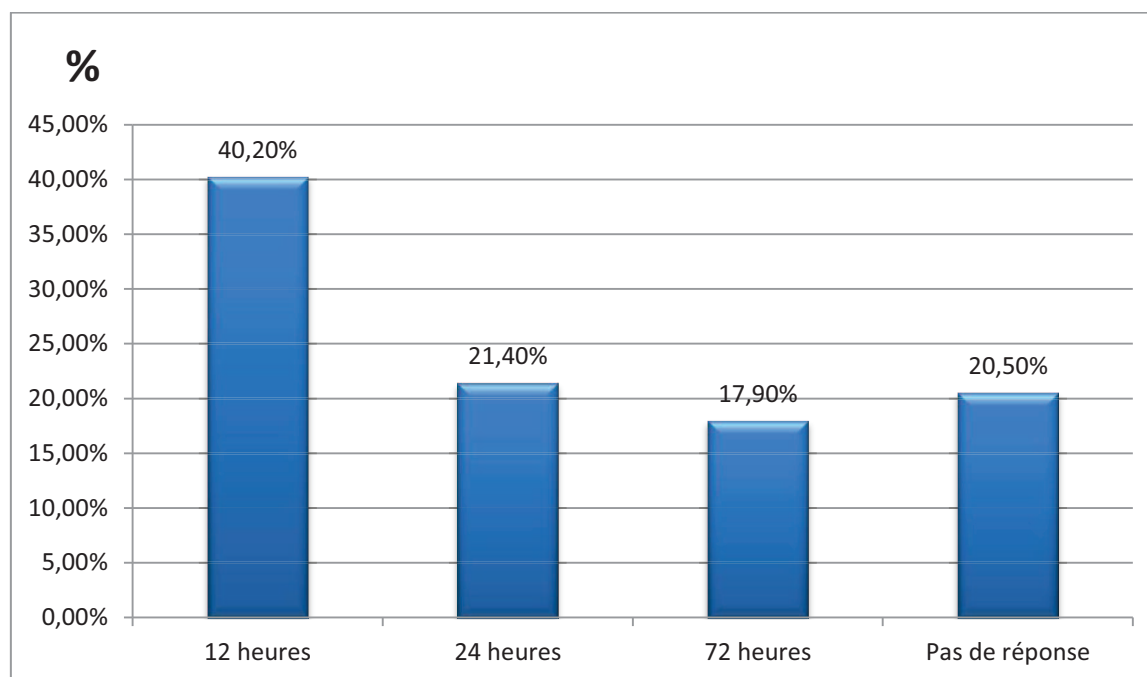
Q36) Pour être efficace, elle doit être prise dans un délai maximum de _____ (écrire un chiffre) heures après un rapport non protégé.

La réponse attendue était 72 heures.

24 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Seulement 17,9% des patientes savent que la contraception d'urgence peut être prise dans un délai de 72 heures.

Figure 18. Evaluation du délai maximal d'efficacité de la contraception d'urgence selon les patientes.



A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les plus de 30 ans).

Q37) Elle est efficace à 100 % si elle est prise dès le lendemain du rapport sexuel non protégé ?

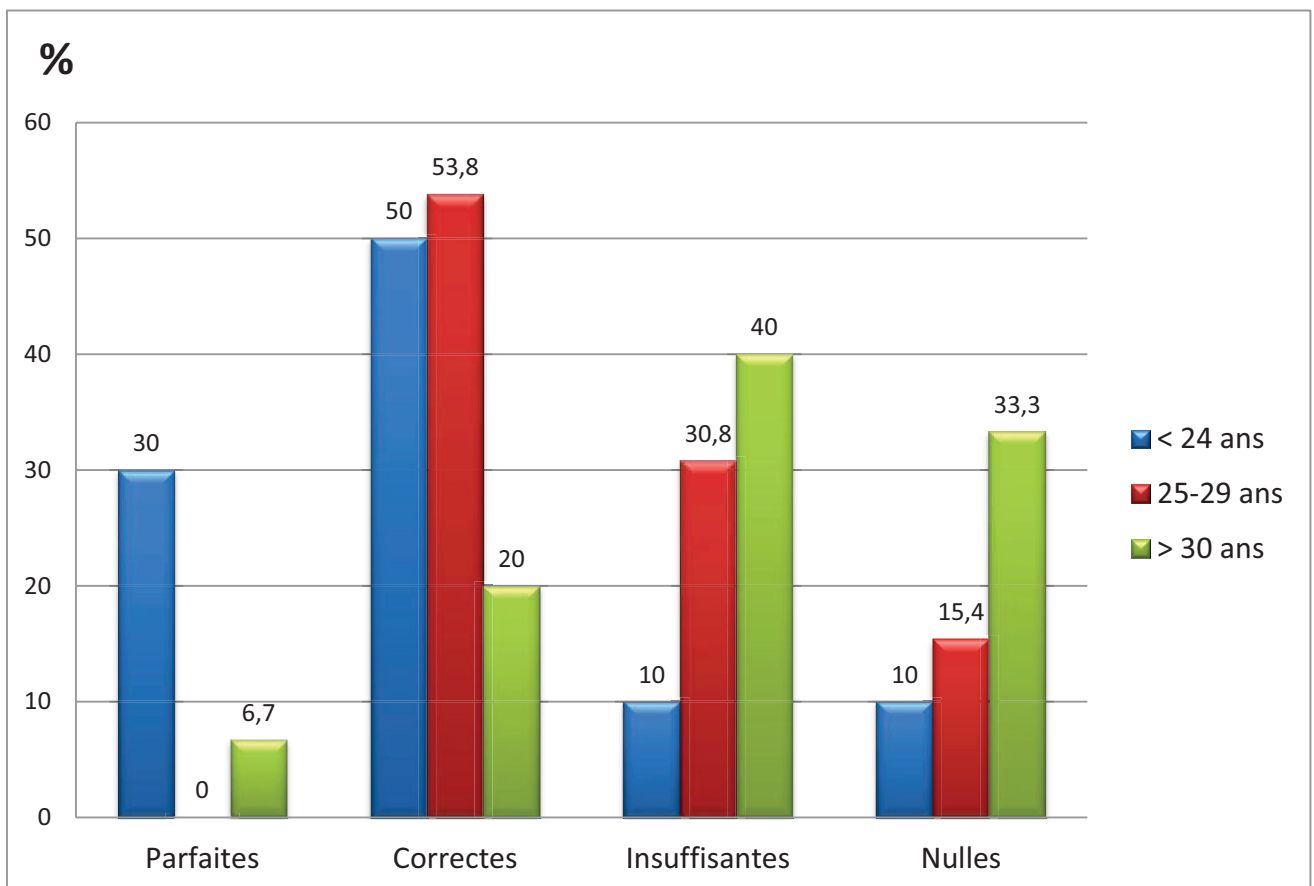
25,6% des patientes savent qu'elle n'est pas efficace à 100%, 43,6% se pensent protéger à 100% si elles l'utilisent le lendemain d'un rapport sexuel à risque.

Q38) Elle est gratuite pour les mineures ? Q39) Elle peut être délivrée sans ordonnance ?

53,8% des femmes savent qu'elle est gratuite pour les mineures (N=63) et 66,7% qu'elle peut se délivrer sans ordonnance (N=78).

Q40) Estimez-vous être informée sur la pilule du lendemain ?

Figure 19. Estimation du niveau d'information sur la contraception d'urgence en fonction de l'âge

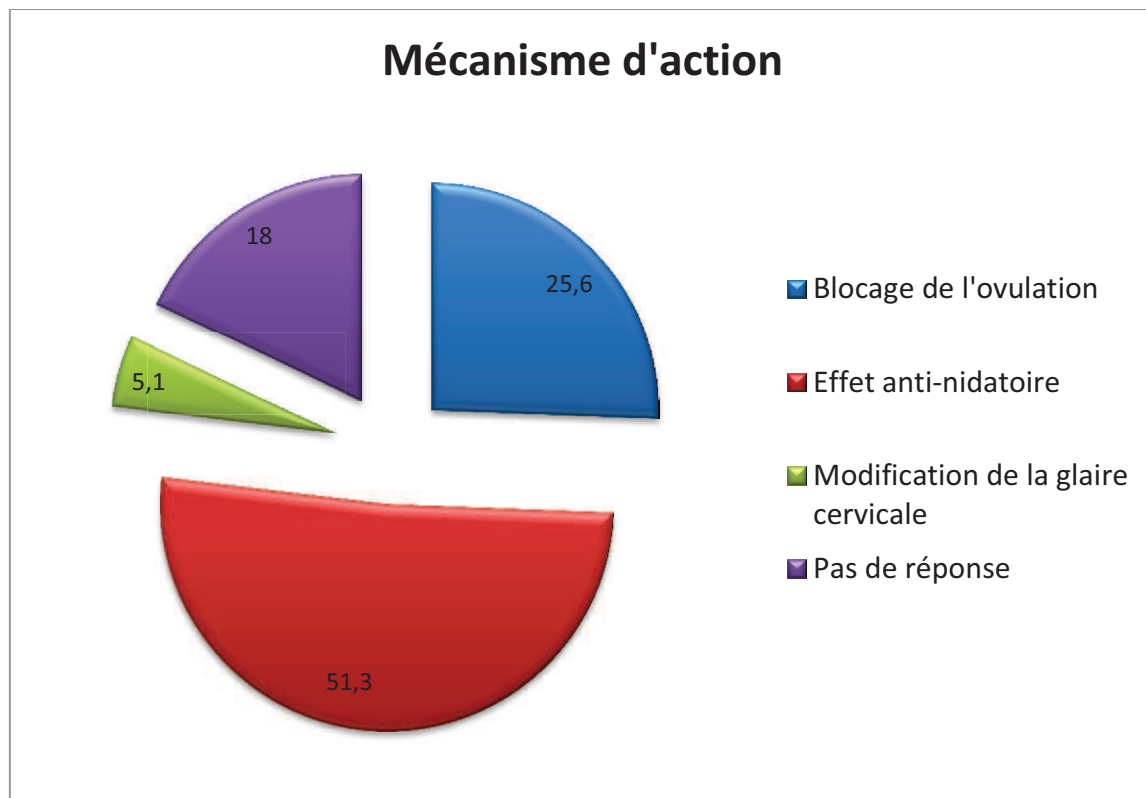


d. Le dispositif intra-utérin

41) Mode d'action :

51,3% des patientes connaissent le mécanisme d'action du stérilet.

Figure 20. Connaissance du mécanisme d'action du DIU



Q42) Il peut être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants ?

28,2% des patientes savent que l'on peut le poser chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants (N=33).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre le lieu d'habitation et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon en milieu urbain).

Q43) Il est efficace :

33,3% des femmes savent qu'il est efficace en moyenne 5 ans (N=39)

Tableau 7. Taux de connaissance de la durée d'efficacité du DIU

Durée d'efficacité	
1 an	10,3%
3 ans	53,8%
5 ans	33,3%
Pas de réponse	2,6%

Q44) Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine ou d'infections des trompes (salpingite) ?

35,9% des patientes savent qu'il est contre indiqué en cas d'antécédents de GEU ou de salpingite (N=42).

Q45) Il est efficace tout de suite après sa pose ?

43,6% des femmes savent qu'il est efficace tout de suite après sa pose (N=51).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les moins de 24 ans).

e. L'implant sous cutané

Q46) Il agit en délivrant en continu un progestatif ?

64,1% des femmes savent qu'il agit en libérant en continu un progestatif (N=75).

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les plus de 30 ans).

Q47) Des perturbations des cycles menstruels sont fréquemment observées (saignements, arrêt des règles)?

53,8% des patientes savent que des perturbations de leur cycle menstruel peuvent être constatées en cas d'utilisation de cette contraception.

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les plus de 30 ans).

Q48) Il est efficace :

41% des patientes savent que sa durée d'efficacité est de 3 ans.

Tableau 8. Taux de connaissance de la durée d'efficacité de l'implant sous-cutané

Durée d'efficacité	
1 an	23,1%
3 ans	41%
5 ans	10,3%
Pas de réponse	25,6%

A cette question, le test du Khi2 a montré une dépendance entre l'âge et le niveau de connaissance (taux de réponse moins bon chez les plus de 30 ans).

f. L'anneau vaginal

Q49) Combien de temps le laissez-vous en place ?

Seulement 28,2% des femmes interrogées savent que l'anneau se laisse en place 3 semaines.

Tableau 9. Taux de connaissance de la durée d'efficacité de l'anneau

Durée d'efficacité	
1 semaine	15,4%
3 semaines	28,2%
Ne sait pas	56,4%

Q50) Il peut se retirer avant un rapport sexuel ?

23,1% des patientes savent que l'on peut le retirer avant un rapport sexuel.

g. Le patch transdermique

Q51) Combien de temps le laissez-vous en place ?

Seulement 20,5% des femmes savent que le patch se change toutes les semaines.

Tableau 10. Taux de connaissance de la durée d'efficacité du patch

Durée d'efficacité	
1 semaine	20,5%
3 semaines	15,4%
Ne sait pas	64,1%

Q52) Le changement de patch se fait toujours le même jour de la semaine ?

33,3% des femmes savent que le patch se change toujours le même jour de la semaine.

Q53) En cas d'oubli de changement de patch comme prévu, il y a un risque de grossesse si l'oubli dépasse 12 heures ?

33,3% des femmes savent qu'un oubli de changement de patch supérieur à 12 heures expose à un risque de grossesse.

Q54) Ses contre-indications sont les mêmes que celles de la pilule oestro progestative ?

20,5% des patientes savent que ses contre-indications sont les mêmes que celles de la contraception œstro-progestative orale.

h. Autres contraceptions

Q55) On peut associer plusieurs contraceptifs locaux (ex : préservatifs et spermicides...) ?

43,6% des patientes savent que pour plus d'efficacité il vaut mieux associer plusieurs contraceptifs locaux.

Q56) Ce sont des méthodes aussi efficaces que la contraception orale ?

46,1% des femmes pensent que les méthodes barrières ou naturelles sont aussi efficaces que la contraception hormonale, alors que seulement 20,5% savent qu'elles le sont moins.

Q57) Le préservatif est la seule contraception qui protège de la grossesse et des maladies sexuellement transmissibles ?

71,8% des patientes savent que le préservatif est la seule méthode contraceptive qui protège aussi bien des maladies sexuellement transmissibles que des grossesses non désirées.

DISCUSSION

I. Discussion sur la méthode

1. Choix de la population cible

L'objectif de l'étude étant d'évaluer les connaissances des patientes sur les différentes méthodes contraceptives, il m'a paru évident de formuler un questionnaire destiné uniquement aux femmes et non aux médecins, le but n'étant pas de faire un état des lieux des bonnes pratiques de prescription d'une contraception.

J'ai volontairement choisi de faire mon étude aux urgences gynécologiques d'Evreux, dans l'un des principaux centre d'orthogénie de la région Haute Normandie, d'une part pour obtenir un effectif le plus haut possible dans un service où seules des femmes consultent, et d'autre part car j'ai pu constater que « la demande d'IVG » y était un motif fréquent de consultation. L'objectif étant alors d'évaluer les connaissances de femmes possiblement à risque d'avoir une grossesse non désirées.

Par contre, il était bien spécifié que seules les patientes suivies par leur médecin généraliste devaient répondre aux questions. Il n'a pas été réalisé d'évaluation des connaissances des patientes suivies par un gynécologue. Je pense qu'il aurait pu être intéressant de comparer le niveau de connaissance des femmes suivies par un généraliste de celles suivies par un spécialiste.

Par ailleurs pour ne pas influencer les résultats, le questionnaire était donné, avant la consultation avec le médecin. Il n'y a pas eu de contrôle de ma part sur la distribution et dans un contexte d'urgence, indépendamment du niveau de gravité, je pense que les résultats auraient pu être différents si les femmes avaient répondu aux questionnaires dans l'attente d'une consultation plus classique. Le stress, la douleur, une attente trop longue sont des facteurs qui je pense ont pu jouer sur la concentration des patientes qui de fait ont peut-être rempli le questionnaire trop rapidement ou sans beaucoup d'intérêt.

2. Rédaction du questionnaire

J'ai choisi de poser une série de 57 questions, 15 questions sur les informations personnelles de la patiente et 42 questions sur les différentes méthodes contraceptives. Cela avait pour but d'évaluer leurs connaissances sur leur propre contraception mais aussi sur les autres méthodes qu'elles n'utilisent pas. Or, toujours pour la même raison, dans un contexte d'urgence, le questionnaire a pu paraître un peu long à remplir.

Afin d'obtenir des résultats exploitables, j'ai choisi de poser majoritairement des questions à choix multiples, plus simples à remplir. Il faut noter que pour les questions à réponses libres, la participation n'atteint pas 100% et que les réponses sont plus difficiles à analyser.

3. Analyse des résultats

L'analyse statistique selon la loi du Khi 2 a été réalisée de manière systématique, mais certains effectifs étant inférieurs à 5, nous n'avons pas pu conclure de manière systématique à une différence significative.

II. Discussion sur les résultats

1. Caractéristiques de la population

a. Peu d'hétérogénéité

En effet la population interrogée est peu hétérogène tant du point de vue de l'âge que d'un point de vue social.

Il y a peu d'adolescentes et seulement 23% des patientes ont moins de 24 ans.

Plus de 40% des femmes ont plus de 30 ans.

La patiente la plus âgée a 43 ans, aucune femme de 44 à 50 ans n'a été incluse. Ceci est je pense expliquer par le fait que les patientes suivies par un gynécologue aient été exclues.

En effet, selon le Baromètre Santé de l'INPES publié en 2005, 38,2% des femmes âgées de 45 à 54 ans utilisent le stérilet comme moyen de contraception. ²⁴ Or je crois qu'il existe un frein médico-légal à la pose d'un DIU chez les médecins généralistes qui préfèrent adresser leurs patientes aux spécialistes.

Il n'y a pas d'homogénéité non plus en ce qui concerne le niveau d'étude, 60% des patientes ont un niveau « lycée », 34,2% font des études supérieures.

b. Première contraception

La majorité des femmes interrogées déclarent avoir utilisé comme premier moyen de contraception une contraception orale, or selon le Baromètre Santé de l'INPES de 2010, en début de vie sexuelle chez les 15-24 ans, le préservatif est majoritairement utilisé (90%). C'est seulement « avec l'âge et/ou l'installation dans une stabilité affective que les jeunes femmes se voient prescrire la pilule ». ²⁵

Je pense que cette discordance s'explique par le fait que les femmes ne voient pas le préservatif comme un moyen de contraception mais plutôt comme un moyen de se protéger contre les IST.

Les résultats seraient sûrement différents si la question posée avait été : « Quel moyen de contraception avez-vous utilisé au moment de votre premier rapport sexuel ? ».

c. Contraception actuelle

Dans notre population, 90% des femmes utilisent une contraception avec une nette prédominance de la contraception orale puisque tous âges confondus, elle est utilisée par 91,3% des femmes.

D'après le Baromètre Santé de 2005, trois quarts des femmes déclarent utiliser un moyen contraceptif. ²⁴

La pilule est la méthode la plus utilisée et ce quel que soit l'âge (sauf chez les 45-54 ans qui sont plus nombreuses à porter un stérilet).

C'est chez les jeunes que l'usage de la pilule est le plus important, puisqu'en 2005 près de 80,8 % des femmes de 20-24 ans l'utilisaient. En revanche, son utilisation diminue à partir de 35 ans au profit du stérilet.

L'emploi du DIU a aussi évolué : c'est le second moyen de contraception le plus utilisé en France puisqu'il concerne en 2005, 24,2 % des Françaises.

Le recours au stérilet reste le fait des femmes plus âgées et ayant déjà eu des enfants : son utilisation est marginale (4,3 %) chez les moins de 30 ans et ne concerne que 2,4 % des femmes sans enfant

On aurait donc dû s'attendre à une diminution de l'utilisation de la contraception orale au profit du stérilet, or la contraception orale reste majoritairement utilisée.

Le choix de la population est probablement à l'origine de cette différence puisque seules les femmes suivies par leur médecin généraliste ont été étudiées. Les gynécologues restent les principaux prescripteurs de DIU.

Les nouvelles méthodes comme l'implant, l'anneau ou le patch transdermique sont très peu utilisées dans notre population comme dans la population générale.

d. Connaissances des différentes méthodes contraceptives

D'après l'enquête BVA-INPES « Contraception : que savent les Français ? » réalisée en 2007, il a été estimé que les Français sont nombreux à connaître une diversité de méthodes contraceptives. ²⁶

Sans surprise, la pilule et le préservatif masculin étaient connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissaient également le préservatif féminin et le diaphragme. La plupart des autres moyens étaient connus par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 %. ²⁶

Dans ma population, lorsque j'ai demandé aux patientes si elles connaissaient les différentes méthodes contraceptives, j'ai été surprise par l'incohérence des résultats concernant la contraception orale.

En effet, à peine la moitié des patientes déclarent connaître la contraception oestro-progestative et la contraception progestative. Or 91,3% des femmes utilisaient une contraception orale au moment où elles ont répondu au questionnaire.

Je pense que les femmes n'ont pas l'habitude de ces termes scientifiques. Quand un médecin leur prescrit une contraception, il utilise plutôt le terme de pilule et ne différencie pas la pilule oestro-progestative de la pilule progestative.

Pour obtenir des résultats plus proches de la réalité, il aurait été préférable de remplacer la contraception oestro-progestative par la « pilule normale ou classique » et remplacer la contraception progestative par la « pilule continue ».

La compréhension des patientes aurait été bien meilleure et les résultats différents.

Par contre les patientes de notre population ont une meilleure connaissance de l'existence de l'implant sous-cutané et de l'anneau vaginal, le patch reste quant à lui connu par seulement une patiente sur deux.

e. Degré de Satisfaction

L'enquête BVA-INPES « Contraception : que savent les Français ? » mettait en évidence une très grande satisfaction des Français envers leur contraception puisque 95 % des utilisateurs d'un moyen de contraception se déclaraient satisfaits voire même très satisfaits (79 %) du moyen qu'ils utilisaient.²⁶

Nos résultats sont assez proches puisque 83% des femmes de notre population se disent satisfaites par leur contraception actuelle.

f. Ressenti sur l'information

L'étude EPILULE a montré que 25% des patientes se sentent peu informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli or plus de la moitié d'entre elles ont oublié en moyenne deux comprimés au cours des 6 derniers mois.²⁷

23% des patientes s'estiment peu informées sur la contraception en général.

63% se déclarent sous informées sur la contraception d'urgence.

Environ 30% de nos patientes se sentent insuffisamment informées sur la contraception en général et 50% sur la contraception d'urgence.

Un peu moins de la moitié des femmes déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule au cours des 6 derniers mois.

On peut donc en conclure que les femmes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux ne sont à priori pas plus à risque d'oubli et que leur ressenti sur l'information donnée ne diffère pas de la population générale.

g. Grossesses non désirées

D'après l'étude COCON, on estimait que la dernière grossesse n'était pas voulue pour un tiers des femmes, et qu'elle était survenue malgré l'utilisation d'une contraception dans 2 cas sur 3. ³

D'après le rapport de synthèse de l' Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, on estime que 40% des femmes en France auront recours à une IVG à un moment donné de leur vie. ²⁸

Dans notre population, 23,7% des patientes ont déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées.

h. Sources d'information des patientes

A la question « A qui demandez-vous des informations si vous avez une question sur la contraception ? », nous avons vu que les patientes s'adressent en priorité à leur médecin généraliste et que le gynécologue n'intervient qu'en deuxième intention. Mais une fois encore, la population étudiée est issue d'une patientèle de médecins généralistes et nous ne pouvons extrapoler les résultats à la population générale.

Toutefois, chez les moins de 24 ans, nous pouvons constater l'importance de l'entourage et des sites internet.

Les centres de planification n'interviennent qu'en dernière position, leur rôle étant tout de même d'assurer une information et un accès libre à la contraception notamment chez les mineurs.

2. Connaissances des différentes méthodes contraceptives

Dans notre population, les femmes connaissent de manière générale plutôt bien le mode d'utilisation de la contraception orale.

Les moins de 24 ans ont cependant un niveau de connaissance inférieur aux autres.

Les carences concernent surtout le mode d'action, les contre-indications et les conduites à tenir en cas d'oubli.

a. Réponses des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli

Environ 40% des femmes interrogées savent qu'un oubli de plus de 12 heures pour la contraception oestro-progestative est à risque de grossesse.

Par contre seulement 18% connaissent le délai de 3 heures de la contraception progestative.

L'étude EPILULE avait montré que 43% des patientes savent que le délai au-delà duquel un oubli est à risque de grossesse est de 12 heures pour la pilule oestro-progestative et de 3 heures pour la pilule progestative (sauf Cérazette® 12 heures).²⁷

La conduite à tenir en cas d'oubli de moins de 12 heures, est plutôt bien connue de toutes.

En cas d'oubli de plus de 12 heures, seulement 20,2% des patientes adoptent la bonne attitude. Les résultats de l'étude EPILULE sont meilleurs.

On retiendra que les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli, et notamment en cas d'oubli supérieur à 12 heures, de nos patientes, sont sensiblement moins bonnes que celles de la population générale.

b. La contraception d'urgence

Les moins de 24 dans notre étude ont un niveau de connaissance supérieur aux autres en ce qui concerne la contraception d'urgence.

17,9% savent qu'elle doit être prise dans les 72 heures après un rapport à risque pour être efficace et 21,4% répondent dans les 24 heures. Les deux tiers savent qu'elle se délivre sans ordonnance.

Dans la population générale, en 2005, on a estimé que seules 11,7% des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité reconnue de 72 heures pour prendre la pilule du lendemain et que 25% ne savaient pas qu'il est inutile d'avoir une ordonnance pour se la procurer.⁸

D'après les résultats de l'étude INPES-BVA, plus du tiers (35 %) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence pense qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de

moins de 25 ans et seuls 5 % des Français (et 15 % des 15-20 ans) connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72h après un rapport non protégé. Un Français sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence. ²⁶

En 2005, plus d'une femme sur sept (13,7 %) a eu recours à la contraception d'urgence au cours de sa vie (contre 8,4 % en 2000). C'est aux âges les plus jeunes (15-24 ans) que ce recours y est le plus fréquent, du fait d'un problème de préservatif le plus souvent. En revanche le niveau de connaissance sur la contraception d'urgence est assez hétérogène : il est nettement plus élevé dans les classes d'âge les plus jeunes, en milieu scolaire. Ceci peut s'expliquer par l'existence d'un dispositif permettant aux infirmières de délivrer rapidement la contraception d'urgence. ⁸

La différence entre notre population étudiée et la population générale est minime mais le fait qu'un tiers des patientes l'ai déjà utilisé peut aller dans le sens d'une meilleure connaissance de leur part.

Cependant la question est ambiguë car la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible pour avoir la meilleure efficacité (95% à 24h, 75% à 72h).

Il est donc important de la part du médecin d'informer les patientes sur l'importance de l'utilisation de la contraception d'urgence et de les inciter, si l'occasion se présentait, à ne pas attendre le délai de 72h afin d'obtenir une efficacité optimale, d'autant plus que 43,6% des patientes se pensent protégées à 100% si elles l'utilisent dans les 24h.

c. Le dispositif intra-utérin

Les résultats concernant le DIU sont assez décevants.

Même s'il s'agit du moyen de contraception le plus utilisé après la contraception orale, notamment dans la tranche d'âge des 45-54 ans ⁸, les connaissances des femmes issues de notre population sont moyennes.

Ceci s'explique par le fait que seulement 5 patientes soient porteuses d'un stérilet et que nous n'ayons pas inclus de patientes de plus de 45 ans.

De plus seulement un tiers des médecins généralistes posent des DIU, et prescrivent en majorité une contraception orale.

En France, certaines idées sont encore ancrées dans les esprits, la moitié des personnes pensent que le stérilet est réservé aux femmes ayant déjà eu au moins un enfant. ²⁷

C'est pourquoi elles estiment probablement que sans enfant ce type de contraception ne les concerne pas et ne ressentent pas non plus le besoin d'être informé à son sujet.

d. L'implant sous cutané, le patch transdermique et l'anneau vaginal

Concernant ces méthodes de contraception, les résultats sont plutôt moyens.

On a vu que 59% des patientes ne connaissent pas la durée d'action de l'implant et que trois quart ne connaissent pas celle de l'anneau ni du patch.

Parmi les Français qui connaissent les nouvelles méthodes, un sur deux ne connaît pas la durée d'effet du patch contraceptif, ni de l'anneau vaginal tandis que près de six Français sur dix (59 %) ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif. ²⁷

Ce faible niveau de connaissance traduit un manque d'information sur le sujet de la part des médecins et explique en partie le faible usage des « nouveaux » contraceptifs chez les Français.

e. Autres méthodes contraceptives

Plus des trois quart des patientes ne savent pas que les méthodes naturelles ont une efficacité moindre par rapport aux autres méthodes contraceptives et un quart d'entre elles ne savent pas que seul le préservatif protège à la fois contre une éventuelle grossesse non désirée et contre les IST.

A l'heure actuelle ces résultats peuvent paraître étonnants pourtant l'étude BVA-INPES a montré que chez les jeunes, persistent de nombreuses lacunes : un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans, n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des infections sexuellement transmissibles. ²⁷

On constate donc que malgré des cours d'éducation sexuelle à l'école et de larges campagnes de prévention sur les IST et la contraception, il faut rester vigilant car ce qui est acquis pour certains ne l'est pas pour d'autres et ne pas hésiter à rappeler aux femmes et en particulier aux jeunes les dangers d'une activité sexuelle non protégée car le rôle du médecin est aussi un rôle de prévention.

Au final, nos résultats nous montrent que les femmes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux, ont des connaissances comparables à la population générale.

Ceci nous amène à conclure que depuis la dernière décennie, les connaissances des femmes n'ont pas évolué malgré des campagnes d'informations massives sur la contraception.

On peut constater que si les connaissances sur le mode d'utilisation de la contraception orale semblent correctes, ils persistent toujours des lacunes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli, la contraception d'urgence et les nouvelles méthodes de contraception.

Les moins de 24 ans semblent nécessiter une information plus ciblée sur la contraception mais aussi sur l'ensemble des risques liés à la sexualité.

ET APRES ?

La contraception existe depuis plus de 40 ans et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes s'est largement répandue ces dernières années.

Les femmes exposées au risque de grossesses sont moins nombreuses puisque 52% utilisaient une contraception en 1978 contre 82% aujourd'hui. ³⁰

Pourtant, le constat de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est sans appel : le taux d'IVG ne diminue pas et reste à un niveau important plaçant la France parmi les pays de l'Union européenne qui ont les taux de recours à l'IVG les plus élevés. Fatalistes, les inspecteurs admettent que l'avortement constitue désormais une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des Françaises. Un chiffre le montre : 40% des femmes auront recours à l'IVG dans leur vie. ²⁸

Même si le nombre de grossesses non désirées tend à diminuer, 6 sur 10 conduisent aujourd'hui à une IVG contre 4 sur 10 en 1980 ² d'où la stabilité du chiffre annuel depuis 1975.

Le nombre d'IVG chez les mineures est quant à lui en constante progression. En 2006, environ 13000 avortements ont été réalisés chez des jeunes filles de 15 à 17 ans. ²⁹

On peut alors se demander si l'évolution de la société actuelle n'est pas en cause devant ce paradoxe.

Aujourd'hui l'enfant doit être « programmé » dans un contexte affectif stable et au bon moment de la trajectoire professionnelle des deux parents. ³¹

En effet, les femmes s'orientent vers des études plus longues, ont un rapport différent à la sexualité entraînant une augmentation du nombre de leurs partenaires sexuels.

Même si l'âge du premier rapport reste stable (17,6 ans)³³, elles ont leur premier enfant plus tardivement (26,5 ans en 1977, 30 ans en 2004)³⁴, les obligeant ainsi à utiliser leur première contraception, et le plus généralement la pilule, pendant plus de 10 ans pour certaines. Il s'installe alors une certaine forme de lassitude probablement responsable d'une partie non négligeable des oublis à l'origine de la plupart des grossesses non désirées.

Les résultats de notre étude nous montrent que peu de femmes, quel que soit l'âge, utilisent ou connaissent l'anneau, le patch ou l'implant qui ont pourtant une utilisation moins contraignante que la contraception orale.

Il est donc important de sortir du « tout pilule » pour permettre à toutes d'avoir un choix contraceptif plus large en adéquation avec leur vie sociale et affective. Plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur méthode de contraception, plus elles en sont satisfaites, et moins elles connaissent d'échecs.³⁶

Comment faire ?

D'une part, il semble important qu'au moment de la prescription de la première contraception, le médecin informe la patiente sur toutes les méthodes disponibles afin de lui laisser le choix de la contraception qui lui correspondra le mieux sans prescrire nécessairement une pilule.

Chez les jeunes notamment, la prise d'un comprimé tous les jours à heure régulière peut être difficile à gérer.

D'autre part, en ce qui concerne le patch ou l'anneau, leur non-remboursement par la sécurité sociale est très probablement le frein essentiel à leur utilisation.

Il est donc primordial de faciliter leur accès d'un point de vue financier afin de permettre à toutes femmes, quel que soit leur niveau social, d'en bénéficier.

Mais augmenter l'utilisation de ces méthodes contraceptives ne semble pas la seule nécessité.

Même si en matière de sexualité, les mentalités ont beaucoup changé, le sujet reste encore tabou dans certains foyers. La religion, un niveau de vie précaire peuvent parfois être à l'origine d'un manque de communication entraînant une absence de contraception, la dissimulation de la prise de pilule ou une plaquette confiée à une copine, une vie sexuelle clandestine, et surtout un manque de connaissance.

Depuis 2001, l'autorité parentale n'est plus requise pour la prescription d'une contraception chez une personne mineure³², mais pour qu'elle soit remboursée, il faut bénéficier d'une couverture sociale, ce qui n'est pas le cas de la plupart des jeunes qui dépendent de leurs parents.

Comment permettre aux mineurs un accès plus facile à l'information et à la prescription d'une contraception ?

Ségolène ROYAL avait lancé en 2009 dans la région Poitou-Charentes le « Pass Contraception ».

Celui-ci était composé d'un carnet de coupons permettant aux jeunes (garçons et filles), de bénéficier gratuitement et anonymement de consultations médicales, d'analyses médicales et de la prescription d'une contraception pour une durée de 6 mois.

Il était disponible pour tous les étudiants dans leurs établissements scolaires et était financé par la région.

Il a ensuite été diffusé en région Ile de France et Rhône-Alpes.

Cette initiative plutôt bien reçue par le jeune public devrait être élargie à l'échelle nationale afin de garantir un accès anonyme et gratuit à tous les jeunes français mineurs.

Il faut aussi renforcer les cours d'éducation sexuelle dans les milieux scolaires dès le plus jeune âge.

Nous savons que la loi prévoit 3 séances annuelles obligatoires d'éducation à la sexualité pour tous les élèves de la maternelle au lycée. ³⁵ Or elle est inégalement appliquée dans les établissements Français. L'organisation des séances d'éducation à la sexualité se heurte à d'importantes difficultés matérielles : intégration dans le programme et la vie scolaire, disponibilité des salles et créneaux horaires, financement des actions, articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs. Le coût des interventions n'est pas intégré dans les prévisions budgétaires et leur financement est notamment tributaire des collectivités locales.

Même si la contraception est accessible depuis plus de 40 ans, il faut continuer à donner au public une information claire et ciblée, notamment chez les femmes jeunes et surtout insister sur les nouvelles méthodes contraceptives afin de limiter le plus possible le nombre d'IVG annuel.

Mais vouloir réduire à néant ce nombre reste utopiste car apparaît un nouveau paradoxe.

On peut se demander s'il n'existe pas un défaut d'acceptabilité psychologique des moyens anticonceptionnels en général. L'exploration des subconscious et même des inconscients des femmes pourrait révéler une frustration profonde du désir de maternité, qui est probablement responsable de ces "gestes manqués" que sont parfois l'oubli de prendre sa pilule ou de mettre son diaphragme, son anneau ou son patch.

CONCLUSION

De tout temps, par divers procédés, la contraception a existé.

Elle est légalisée en France depuis plus de 40 ans et un grand nombre de femmes en utilise une.

Au cours de la dernière décennie, de nouvelles méthodes contraceptives moins contraignantes que la pilule ont vu le jour.

Pourtant le nombre de demande d'IVG annuel reste stable depuis 1975, laissant penser que l'avortement constitue désormais une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des Françaises.

Les résultats de notre étude nous montrent que les femmes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux ont généralement des connaissances correctes sur l'utilisation de la contraception orale.

Cependant persistent encore quelques lacunes notamment sur la conduite à tenir en cas d'oubli, l'information sur la contraception d'urgence et les connaissances des nouvelles méthodes de contraception.

Les échecs sont principalement dus à une mauvaise compliance de la part des patientes et l'oubli de pilule en est le principal témoin.

Il est évident que l'information sur la contraception doit continuer à être largement diffusée.

On peut toujours améliorer sa prise en charge, en particulier en faisant bénéficier aux mineurs d'un accès gratuit et confidentiel à tous types de contraception.

Faciliter l'accès aux méthodes moins contraignantes comme l'anneau vaginal ou le patch transdermique, permettrait d'améliorer l'adéquation des méthodes contraceptives aux conditions de vie et à la situation affective et sexuelle des femmes.

Mais cela ne semble néanmoins plus suffisant et nous devons nous interroger sur les mentalités de la société actuelle.

Il existe probablement un défaut d'acceptabilité psychologique des moyens anticonceptionnels en général. L'exploration des subconscious et même des inconscients des femmes pourrait révéler une frustration profonde du désir de maternité qui est probablement responsable de ces "gestes manqués" que sont parfois l'oubli de prendre sa pilule ou de mettre son diaphragme, son anneau ou son patch.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE CONTRACEPTION

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en Médecine Générale, je réalise une étude sur les connaissances des patientes sur les différents modes de contraception et leurs modes d'utilisation.

Je vous remercie de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire afin de me permettre d'avancer dans mon travail.

QUESTIONS PERSONNELLES

1) Quel est votre âge :

2) Niveau d'étude :

- Primaire/Collège
- Lycée (enseignement général ou professionnel)
- Etudes supérieures

3) Vous vivez :

- Seule
- En couple

4) Lieu d'habitation

- Urbain (plus de 20.000 habitants)
- Semi-rural (2.000 à 20.000 habitants)
- Rural (moins de 2.000 habitants)

5) Avez-vous déjà des enfants ?

- Oui
- Non

6) Votre première contraception :

Age :

Type de contraception :

7) Votre contraception actuelle :

Si vous n'en avez pas, pourquoi :

8) Depuis combien de temps l'utilisez-vous ? :

9) Vous convient-elle ?

- Oui
- Non

10) Avez-vous déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées qu'elles aient été poursuivies ou non ?

- Oui
- Non

11) Si vous avez besoin de conseils sur la contraception, à qui les demandez-vous ?

(notez de 1 à 5 si besoin, 1 étant votre premier choix)

- Ami(e)
- Mère ou sœur
- Presse/média
- Milieu scolaire
- Internet
- Médecin traitant
- Gynécologue
- Pharmacien
- Centre de planification
- Autre :

12) Pensez- vous que votre médecin vous donne suffisamment d'informations sur la contraception ?

- Oui
- Non

13) Connaissez-vous les méthodes contraceptives suivantes : (entourez votre réponse)

Pilule oestro-progestative :	OUI	NON
Pilule progestative :	OUI	NON
Stérilet ou dispositif intra-utérin :	OUI	NON
Implant (IMPLANON® ou NEXPLANON®) :	OUI	NON
Patch ou timbre (EVRA®) :	OUI	NON
Anneau vaginal (NUVARING®) :	OUI	NON
Préservatif masculin :	OUI	NON
Diaphragme ou cape cervicale :	OUI	NON
Spermicide :	OUI	NON
Méthodes de retrait, courbe de température :	OUI	NON

14) Pensez-vous que vos connaissances sur la contraception sont :

- Bonnes
- Moyennes
- Insuffisantes

15) Combien de fois avez-vous oublié ou pris avec retard une pilule au cours des 6 derniers mois ? _____ (écrire un chiffre)

CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE ORALE
--

16) Mode d'action : (plusieurs réponses possibles)

- Blocage de l'ovulation
- Modifications de la glaire cervicale
- Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

17) Lorsqu'elle est bien utilisée, la pilule est efficace à plus de 99%

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

18) Elle doit être prise à heure régulière ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

20) Il est déconseillé de fumer avec ce type de pilule ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

21) Il est contre-indiqué de prendre cette contraception si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle (phlébite par exemple)

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

22) Elle diminue le risque du cancer du sein?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

23) Elle diminue le risque de cancer de l'ovaire et du corps de l'utérus ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

24) Au bout de combien de temps un oubli expose-t-il à un risque de grossesse ?

- 3 heures
- 6 heures
- 12 heures
- 24 heures

25) En cas d'oubli de moins de 12 heures, que faites-vous ? (1 seule réponse possible)

- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
- Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs
- Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent
- Vous arrêtez la plaquette

26) En cas d'oubli de plus de 12 heures, que faites-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
- Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs
- Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain si il y a eu un rapport sexuel récent
- Vous arrêtez la plaquette

27) Un vomissement survenant dans les 4 h après la prise de votre pilule équivaut à un oubli ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

28) Les conseils en cas d'oubli figurent sur la notice de la plaquette ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

PILULE PROGESTATIVE

(Microval®, milligynon®)

29) Mode d'action : (plusieurs réponses possibles)

- Blocage de l'ovulation
- Modification de la glaire cervicale
- Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

30) Il peut être normal d'avoir des perturbations du cycle menstruel avec ce type de pilule (saignements en dehors des règles, arrêt des règles...)

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

31) Elle est déconseillée en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

32) Elle se prend tous les jours à heure fixe ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

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

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

34) Au bout de combien de temps un oubli expose-t-il à un risque de grossesse ?

- 3 heures
- 6 heures
- 12 heures
- 24 heures

CONTRACEPTION D'URGENCE

35) L'avez-vous déjà utilisée ?

- Oui
- Non

36) Pour être efficace, elle doit être prise dans un délai maximum de _____ (écrire un chiffre) heures après un rapport non protégé.

37) Elle est efficace à 100 % si elle est prise dès le lendemain du rapport sexuel non protégé :

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

38) Elle est gratuite pour les mineures

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

39) Elle peut être délivrée sans ordonnance

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

40) Comment estimez-vous être informée sur la pilule du lendemain ?

- Parfaitement
- Correctement
- Insuffisamment
- Pas du tout

STERILET OU DISPOSITIF INTRA-UTERIN
--

41) Mode d'action :

- Blocage de l'ovulation
- Effet anti-nidatoire
- Modification de la glaire cervicale

42) Il peut être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

43) Il est efficace :

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans

44) Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de grossesse extra-utérine ou d'infections des trompes (salpingite) ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

45) Il est efficace tout de suite après sa pose ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

IMPLANT (Implanon® ou Nexplanon®)
--

46) Il agit en délivrant en continu un progestatif ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

47) Des perturbations des cycles menstruels sont fréquemment observées (saignements, arrêt des règles)?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

48) Il est efficace :

- 1 an
- 3 ans
- 5 ans

ANNEAU VAGINAL (Nuvaring®)

49) Combien de temps le laissez-vous en place ?

- 1 semaine
- 3 semaines
- Ne sait pas

50) Il peut se retirer avant un rapport sexuel ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

PATCH (Evra®)

51) Combien de temps le laissez-vous en place ?

- 1 semaine
- 3 semaines
- Ne sait pas

52) Le changement de patch se fait toujours le même jour de la semaine ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

53) En cas d'oubli de changement de patch comme prévu, il y a un risque de grossesse si l'oubli dépasse 12 heures ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

54) Ses contre-indications sont les mêmes que celles de la pilule oestro progestative ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

AUTRES CONTRACTIONS

(Diaphragme, spermicides, retrait, courbes de températures...)

55) Pour plus d'efficacité, il vaut mieux associer plusieurs contraceptifs locaux (ex : préservatifs et spermicides...) ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

56) Ce sont des méthodes aussi efficaces que la contraception orale ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

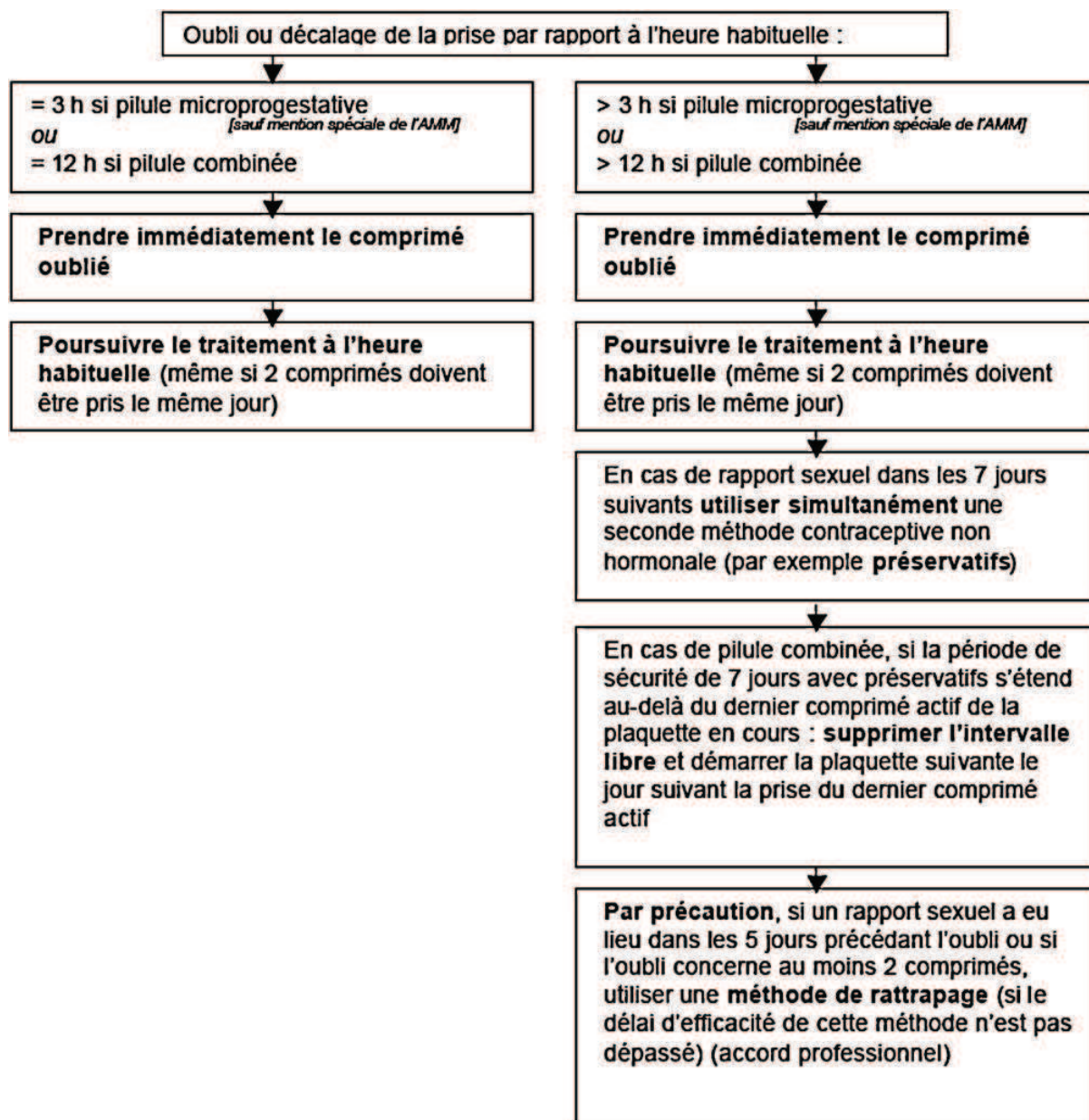
57) Le préservatif est la seule contraception qui protège de la grossesse et des maladies sexuellement transmissibles ?

- Vrai
- Faux
- Ne sait pas

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

ANNEXE 2

Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule d'après l'ANAES



ANNEXE 3

Article L5134-1

Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 44

I.-Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de ces médicaments. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leridon H, Oustry P, Bajos N. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Populations et Sociétés*, 2002;381:1-4
2. Bajos N, Moreau C, Léridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*, 2004;407:1-4
3. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON group. Contraception : from accessibility to efficiency. *Human Reprod*, 2003;18(5):994-999
4. Definition de l'OMS
5. Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances : texte intégral des débats à l'Assemblée nationale.
http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/1967_legalisation_pilule.pdf
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Abrégés de Gynécologie Obstétrique. MASSON;2010:7-8
7. Contraceptions. *La Revue du Praticien Médecine Générale*;2010;24(836):141-142
8. Lydié N, Léon C. Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. In Guilbert. P ; Gautier. A *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*: p 103-108.
9. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf
10. Méthode BERCER selon L'OMS
11. Anaes-Afssaps-Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2004, 47p
12. Hannaford PC et al. Cancer risk among users of oral contraceptives : cohort data from RCGP oral contraception study. *B MJ* 2007; 335: 651-654
13. Anaes. Surveillance biologique de la contraception orale oestro-progestative, 1998
14. Geoffrey H. Smallwood, Mary L. Meador, John P. Lenihan, Jr, Gary A. Shangold, Alan C. Fisher, George W. Creasy, for the ORTHO EVRA/EVRA 002 Study Group. Efficacy and Safety of a Transdermal Contraceptive System. *Obstet Gynecol* 2001;98:799-805.

15. Frans J.M.E. Roumen. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill : a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception* 2007;75:420– 429
16. L. Bensouda-Grimaldi , A.-P. Jonville-Béra , F. Beau-Salinas , S. Llabres , E. Autret-Leca, le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance. Implanon® : difficultés d’insertion et de retrait, échecs contraceptifs. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2005;33:986–990
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Abrégés de Gynécologie Obstétrique. MASSON;2010:17-18
18. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PF, Lactational amenorrhea method for family planning, *Int J Gynecol Obstet*, 1996; 54(1): 55-7.
19. Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, Gehret JC, Labbok MH, Risk of ovulation during lactation, *Lancet* 1990 Jan 6 ; 335 (8680) :25-9.
20. Barras-Kubski T, Allaitement et fertilité, *Allaiter Aujourd’hui* n° 60, LLL France 2004 <www.lllfrance.org/allaitement-information/aa/60-fertilité.htm>
21. Viness CM, Kennedy KI, Gross BA, Parenteau-Carreau S, Flynn AM, Brown JB, Fertility of fully breast-feeding women in the early postpartum period, *Obstet Gynecol* 1997;89:164-7
22. Letombe B, Actualités en contraception d’urgence. *La Revue du Praticien Médecine générale* 2012;26(875)
23. Anna F Glasier , Sharon T Cameron, Paul M Fine, Susan JS Logan, William Casale, Jennifer Van Horn, Laszlo Sogor. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet* 2010;35(9714):555-562
24. INPES. Baromètre santé 2005.
25. INPES. Baromètre santé 2010.
26. Enquête BVA-INPES. Contraception : que savent les Français ? Dossier de Presse. Juin 2007 <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
27. Renaud Ménière. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l’étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse de Médecine Générale;2004;97p
28. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. IGAS, Rapport N°RM2009-112P

29. Abitteboul Y, Poutrain JC, Brillac T, Demmou M, Escourrou B, Rougé-Bugat ME, Oustric S. IVG chez les mineures : Repérer et prévenir les situations à risque. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2010;24(846):612-613
30. Bajos, N., H. Leridon, and N. Job-Spira, La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentations et premiers résultats de l'enquête Cocon. Introduction au dossier. *Population*, 2004. 59(3-4): p. 409-18.
31. Regnier-Loilier, A. and H. Leridon, 40 ans après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? *Population et sociétés*, 2007. 439.
32. Article L. 5134-1 du code de la santé publique. Loi de 2001
33. Andro A. Sida Info Service (SIS) : Enquête CSF 2006, « Contexte de la sexualité en France ».
34. Pison G. France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population et sociétés* 2010:465
35. Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003.
36. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J. Les inégalités sociales d'accès à la contraception. *Population* 2004, 59.

LISTE DES ABREVIATIONS

INED Institut National des Etudes Démographiques

INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

HAS Haute Autorité de Santé

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

OMS Organisation Mondiale de la Santé

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

DIU Dispositif Intra Utérin

RESUME

La contraception s'est largement répandue en France depuis plus de 40 ans. Pourtant, les données actuelles montrent que depuis 1975, le nombre de grossesses non désirées donnant lieu à une IVG reste stable.

Un questionnaire a été distribué à des femmes consultant aux dans le centre d'orthogénie d'Evreux afin d'évaluer leurs connaissances sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation. Seules les femmes suivies par un médecin généraliste ont été incluses.

117 patientes ont répondu au questionnaire. La majorité utilise une contraception orale quel que soit l'âge. 23,7% ont déjà eu au moins une grossesse non désirée. Les connaissances sur l'utilisation quotidienne de la contraception orale sont plutôt correctes. Seules 41% des femmes savent que le retard maximal de prise de pilule est de 12 heures pour la pilule oestro-progestative et 17,9% savent qu'il est de 3 heures pour la pilule progestative. 20, 2% connaissent la conduite à tenir dans ce cas-là. 31, 6% ont déjà utilisé une contraception d'urgence. Seulement la moitié sait qu'elle est gratuite pour les mineures et qu'elle peut se délivrer sans ordonnance. Les trois quarts des patientes ne savent pas que le stérilet peut être posé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants. Les connaissances sur les nouvelles méthodes contraceptives sont insuffisantes. 71% savent que le préservatif est le seul moyen de contraception qui protège des risques de grossesses non désirées mais aussi des infections sexuellement transmissibles. Les femmes jeunes ont un taux de réponses correctes moins bons que les autres.

Les résultats nous montrent qu'il persiste des lacunes notamment sur la conduite à tenir en cas d'oubli, la contraception d'urgence et les nouvelles méthodes contraceptives.

Il est évident que l'information sur la contraception doit continuer à être largement diffusée, qu'il faut améliorer sa prise en charge, en particulier en faisant bénéficier aux mineurs d'un accès gratuit et confidentiel à tous types de contraception et favoriser l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives.

MOTS CLES

Contraception ; Femmes ; Connaissances ; Contraception d'urgence ; Interruption volontaire de grossesse ; Education sexuelle ; Pass contraception ; Légalisation ; Contraception, mineures, accès