



**La contraception des jeunes adultes : information,
utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée
auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans**

Allison Solinhac

► **To cite this version:**

Allison Solinhac. La contraception des jeunes adultes : information, utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01004106

HAL Id: dumas-01004106

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01004106>

Submitted on 11 Jun 2014

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.



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Allison SOLINHAC

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

La contraception des jeunes adultes :

information, utilisation et satisfaction

A partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans

Soutenu le : 9 Avril 2014

JURY

Madame Pascale Thominet, Médecin territorial, Directrice du CPEF de Lagny-sur-Marne
(Directrice de mémoire)

Madame Sophie Baumann, Sage-femme enseignante, Université de Versailles Saint-
Quentin - en -Yvelines (Co-directrice de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 20803544



Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais remercier, en premier lieu, le Docteur Pascale Thominet pour la direction de ce mémoire, ainsi que pour sa disponibilité et son investissement.

Je souhaiterais aussi remercier Sophie Baumann pour son encadrement et ses conseils.

Je désire remercier ma mère pour sa présence, sa patience et ses encouragements à chaque étape de l'élaboration de ce mémoire.

Je voudrais aussi remercier Pascale, Hélène et mes parents pour la distribution des questionnaires, ainsi que Justine et Florian pour la relecture.

Enfin, je voudrais remercier mes amies, Aurélie, Charlène, Hélène, Henda, Laura, Marion, Perrine, Sarah et Suzanne pour leur présence et leur soutien durant ces années d'études.



Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
RESUME	XI
ABSTRACT	XII
1 PREMIERE PARTIE : GENERALITES	1
1.1 La contraception en France	1
1.1.1 Historique	1
1.1.2 Les différents moyens de contraception	3
1.1.3 La contraception d'urgence	8
1.2 Etat des lieux de la contraception des françaises	9
1.2.1 La biographie contraceptive des françaises	9
1.2.2 Les grossesses non prévues et échecs de contraception	11



1.3	Le rôle des différents acteurs de la contraception	13
1.3.1	La prévention et l'éducation	13
1.3.2	Le rôle du prescripteur	14
1.3.3	La place de la sage-femme	15
2	SECONDE PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS	16
2.1	Problématique et hypothèses	16
2.1.1	Problématique	16
2.1.2	Hypothèses	16
2.2	Méthodologie	17
2.2.1	Objectifs	17
2.2.2	Population étudiée	18
2.2.3	Le questionnaire	18
2.2.4	Analyse statistique	19
2.3	Résultats	19
2.3.1	L'information sur la contraception	19
2.3.2	Les connaissances – réponses au QUIZ	21
2.3.3	Les habitudes contraceptives	26
2.3.4	La satisfaction	28
2.3.5	Au moment de la prescription du contraceptif	31
3	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	33
3.1	Les caractéristiques de l'étude	33
3.1.1	Les forces de l'étude	33
3.1.2	Les limites de l'étude	33
3.1.3	La population cible	34
3.2	L'information reçue sur la contraception	35
3.2.1	La nature de l'information	35
3.2.2	Les sources de l'information	36
3.2.3	Les ressources en cas de problème d'utilisation ou de besoins d'informations complémentaires	38



3.3 L'utilisation et les connaissances des différentes méthodes contraceptives	40
3.3.1 Les différentes méthodes utilisées	40
3.3.2 Les connaissances générales	40
3.3.3 Connaissances et utilisation de la pilule contraceptive	41
3.3.4 Connaissances et utilisation des nouveaux moyens de contraception hormonaux	42
3.3.5 Connaissances et utilisation des dispositifs intra-utérins	43
3.3.6 Connaissances et utilisation du préservatif	44
3.3.7 Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence.	45
3.4 La satisfaction des utilisatrices et les modalités de la prescription	47
3.4.1 Le ressenti des utilisatrices	47
3.4.2 Les pratiques des prescripteurs	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXE	57
ANNEXE I : LE QUESTIONNAIRE	58



Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Taux moyens de bonnes réponses aux Quiz selon les méthodes</i>	21
<i>Tableau 2 : Taux moyens de BR selon le niveau d'études</i>	22
<i>Tableau 3 : Taux moyens de BR selon le niveau d'études des parents</i>	23
<i>Tableau 4 : Taux moyens de BR selon le nombre de moyens contraceptifs déjà utilisés</i>	23



Liste des figures

<i>Figure 1 : Les sources de l'information</i>	19
<i>Figure 2 : Les moyens sur lesquels les participantes déclarent avoir des « connaissances suffisantes »</i>	20
<i>Figure 3 : Les ressources en cas de problème d'utilisation ou de besoin d'informations</i>	21
<i>Figure 4 : Les taux moyens de bonnes réponses au Quiz</i>	22
<i>Figure 5 : Réponses concernant le délai d'efficacité de la CU</i>	25
<i>Figure 6 : Répartition des méthodes contraceptives</i>	27
<i>Figure 7 : L'efficacité du contraceptif utilisé</i>	29
<i>Figure 8 : La facilité d'utilisation du contraceptif utilisé</i>	30
<i>Figure 9 : L'adaptation au mode de vie du contraceptif utilisé</i>	30
<i>Figure 10 : Raisons invoquées au non changement de contraceptif</i>	31
<i>Figure 11 : Résultats concernant la prescription du contraceptif</i>	32



Liste des annexes

Annexe I : Le questionnaire	58
-----------------------------------	----



Lexique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

COEP : Contraceptifs Oraux EstroProgestatifs

CPEF : Centre de Planification et d'Education familiale

Indice de Pearl : nombre de grossesses observées chez 100 femmes utilisant une méthode contraceptive pendant un an

EE : Ethinylestradiol

IMC : Indice de Masse Corporelle

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IST : Infection Sexuellement Transmissible

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

BR : Bonne réponse



Résumé

Objectifs

Il existe un paradoxe français entre la forte couverture contraceptive des femmes et l'importance du nombre de grossesses non désirées. L'objectif de cette étude est l'évaluation des pratiques contraceptives des jeunes femmes de 18 à 25 ans par l'évaluation de l'information reçue, de leurs connaissances, de leur satisfaction envers le contraceptif utilisé ainsi que l'adaptation de celui-ci à leur mode de vie.

Matériel et méthodes

L'étude a été menée par la diffusion d'un questionnaire aux jeunes femmes de 18 à 25 ans dans différents lieux : cabinets médicaux, CPEF, universités, centre de formation et Salon européen de l'éducation. Sont incluses dans l'étude les jeunes femmes de 18 à 25 ans, utilisant ou non une méthode contraceptive, n'étant pas enceinte et n'ayant pas de projet de grossesse.

Résultats

La quasi totalité des femmes a reçu une information concernant la contraception, mais elle est incomplète principalement portée sur la pilule contraceptive et le préservatif. La population étudiée utilise majoritairement la pilule (70,3%) et le préservatif (17,5%). Les connaissances des jeunes femmes sont hétérogènes et aucun moyen de contraception n'est parfaitement maîtrisé. Les différentes méthodes de contraception d'urgence ne sont pas connues et leur délai d'action sous estimé. Les utilisatrices sont assez satisfaites de leur contraceptif bien que 40,7% désirent changer de méthode contraceptive. Il y a un manque de personnalisation de la prescription du contraceptif. En outre, l'information délivrée par les prescripteurs est incomplète.

Mots-clés : contraception, pilule contraceptive, préservatif, jeunes.



Abstract

Objective

There exists a paradox in France between the extensive coverage for female contraceptives and the significance in non-desired pregnancies. The object of this study is to study the contraceptive practices of young women ages 18 to 25 by evaluation of retrieved information, of their knowledge, their satisfaction of the contraceptive they are using as well as the adaption of the latter to their life style.

Methods

Diffusion of an anonymous questionnaire to young women ages 18 to 25 in a variety of places: medical centers, centers for planning and family education, universities, formation centers and European Education Convention. Included in the study are young women ages 18 to 25, who are or are not on birth control, who are not pregnant and who have no plans of conceiving.

Results and conclusion

The quasi majority of the women received information about contraception. However, it was incomplete concentrating mostly on the pill and condoms. The segment of population studied used mainly the pill (70.3%) and the condom (17.5%). The young women's knowledge was heterogeneous and no one method of contraception was completely mastered. The different methods of emergency contraceptive are unknown and their time efficiency underestimated. The users are satisfied of their method of contraceptive even though 40.7% would like to change their contraception. There is a lack of personalization of the prescription of contraceptives and the information delivered by the prescribers is incomplete.

Keyword : contraception, contraceptive pill, condom, young.



1 Première partie : Généralités

1.1 La contraception en France

1.1.1 Historique

De tous temps, les civilisations ont envisagé de réguler les naissances. Les premières méthodes contraceptives sont rudimentaires mais certaines sont les ancêtres de celles utilisées aujourd'hui.

Avant la contraception médicale, les méthodes naturelles, tel que le retrait avant éjaculation, sont les plus utilisées malgré leur faible efficacité. Les premiers préservatifs en tissus, cuir ou boyaux d'animaux ont fait place aux préservatifs en latex dont l'utilisation s'est répandue dans les années 1930. [1][2]

La France, en raison de sa politique nataliste et ses traditions catholiques, a longtemps condamné toute forme de contraception. Elle interdisait la propagande anticonceptionnelle et considérait même, à certaines époques, l'avortement comme un crime qui était passible de la peine de mort. Il s'opérait dans la plus grande clandestinité mettant trop souvent en péril la vie et la santé des femmes. [1]

C'est après la seconde guerre mondiale qu'émergent les revendications féministes pour la régulation des naissances et que va être mise au point la première pilule contraceptive.

La lutte pour le droit à la contraception, à l'avortement et à la régulation des naissances donne naissance, en 1960, au mouvement français pour le planning familial. Il prône le libre choix des femmes à décider d'être mère ou non.

En 1967, la loi de Neuwirth, autorise la contraception en France mais ne statue pas sur l'avortement, encore interdit. Un grand pas est fait vers la liberté des femmes à disposer de leur corps. Les méthodes disponibles sont alors : la pilule contraceptive et le stérilet au cuivre. [3][4]

La loi Veil de 1974, constitue une avancée décisive pour le droit des femmes en dépénalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Après des années de revendications, l'IVG est donc autorisée aux majeures et mineures ayant une autorisation parentale, jusqu'au terme de 12 semaines d'aménorrhées. Cette loi permet aussi la prescription d'une contraception aux mineures sans accord parental et permet une délivrance anonyme et gratuite de la contraception dans les centres de planification familiale. [3]

En 1980, la légalisation de la Mifépristone – *RU 486 (Mifégyne)* permet la réalisation de l'IVG de façon médicamenteuse en fonction du terme de la grossesse (jusqu'à 9 semaines d'aménorrhées).

En 2001, la loi Aubry modifie la loi Veil en portant le terme limite de l'IVG à 14 semaines d'aménorrhées et en la rendant possible aux mineures sans accord parental, à condition d'être accompagnées d'une personne majeure. Cette loi permet aussi aux médecins de ville, sous certaines conditions, de délivrer la Mifépristone initialement réservée aux établissements de santé. [3]

Enfin, dans les années 1990 - 2000 sont apparus la contraception d'urgence, les nouvelles pilules de 3^e et 4^e génération et les nouveaux moyens de contraception hormonaux.



1.1.2 Les différents moyens de contraception

1.1.2.1 La pilule contraceptive

Il existe des pilules estroprogestatives contenant en association un œstrogène et un progestatif et des pilules progestatives contenant uniquement de la progestérone.

Les contraceptifs oraux estroprogestatifs (COEP) bloquent l'ovulation, modifient la glaire cervicale et la muqueuse utérine.

Les COEP sont classés en différentes générations. L'œstrogène utilisé le plus souvent est l'Ethinylestradiol (EE) et la nature du progestatif détermine la génération.

Après les progestatifs de 1^{ère} et 2^e génération ont été mis au point les progestatifs de 3^e et 4^e génération dans l'objectif d'améliorer la tolérance sans que le résultat ne soit prouvé.

Les COEP induisent une élévation du risque thromboembolique. Ce risque est reconnu comme moins élevé pour les contraceptifs oraux de 1^{ère} et 2^e génération. L'HAS – 2013, recommande leur prescription en première intention. La recherche de facteurs de risques est indispensable : antécédent d'accident thromboembolique personnel ou familial, trouble de la coagulation, maladie hépatique sévère, etc., ainsi que la prise en considération des facteurs personnels tel que l'âge, le tabagisme, l'indice de masse corporelle (IMC). [5][6]

Les contraceptifs oraux progestatifs ne bloquent pas tous l'ovulation mais modifient la glaire cervicale et la muqueuse utérine. Il en existe un contenant un progestatif de 2^e génération (Lévonorgestrel) et un contenant un progestatif de 3^e génération (Désogestrel).

La contraception orale est une méthode très efficace. Son indice de Pearl est de 0,3 en utilisation optimale (utilisation parfaite du contraceptif), mais il est de 8 en utilisation courante (en tenant compte des différents problèmes d'utilisation) du fait des oublis de prise. [7]

Les pilules contraceptives peuvent être remboursées par l'assurance maladie, ceci en fonction de la génération à laquelle elles appartiennent et de leur principe actif. De plus certaines existent sous formes génériques.

1.1.2.2 Les nouveaux moyens de contraception hormonaux

Les nouveaux moyens de contraception hormonaux sont : l'implant contraceptif, l'anneau vaginal et le patch contraceptif. Ils permettent de limiter les problèmes d'observance que peuvent engendrer une contraception à prise quotidienne ou utilisée à chaque rapport sexuel.

L'implant est un bâtonnet souple inséré en sous cutané au niveau de la face interne du bras. Il diffuse en continu de l'Etonogestrel, dérivé de la progestérone. Il agit principalement en bloquant l'ovulation ainsi qu'en modifiant la glaire cervicale et l'endomètre. Son action sur l'endomètre varie d'une femme à l'autre entraînant une variation des profils de saignement. Il est mis en place pour une durée de 3 ans (durée abaissée à 2,5 ans pour un IMC ≥ 25 et à 2 ans pour un IMC > 29).

C'est le contraceptif le plus efficace avec un indice de Pearl à 0.05. [7]

Comme tout contraceptif, il peut entraîner des effets secondaires (acné, prise de poids, maux de tête, mastodynies, etc.) et il existe des contre-indications, notamment celles relatives à la progestérone (accident thromboembolique en cours, insuffisance hépatique, cancer du sein ou de l'endomètre, etc.).

L'anneau vaginal contient de l'EE et de l'Etonogestrel qu'il diffuse en continu pour une durée de 3 semaines.

Il peut entraîner des effets secondaires dus aux œstrogènes et à la progestérone. D'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), le risque de thromboembolique du à l'anneau vaginal est comparable à celui des COEP de 2^e génération. [6]

Le patch est une spécialité contraceptive estroprogestative qui associe de la Norelgestromine et de l'EE diffusés en continu pour une durée d'une semaine. Il se place sur le corps (sauf sur le sein) et sur une surface de peau non velue.

Il peut entraîner des effets secondaires dus aux œstrogènes et à la progestérone. D'après, l'ANSM, le risque thromboembolique dû au patch est comparable à celui des COEP de 3^e et 4^e génération. [6]

L'anneau vaginal et le patch sont des méthodes contraceptives très efficaces avec un indice de Pearl à 0.3 en utilisation optimale et 8 en utilisation courante. [7]

L'implant contraceptif est remboursé à hauteur de 65% par l'assurance maladie. L'anneau vaginal et le patch, eux, ne sont pas pris en charge.

1.1.2.3 Les dispositifs intra-utérins

Il existe deux types de dispositif intra-utérin (DIU) : un non hormonal au cuivre et un hormonal contenant un progestatif.

L'action du DIU au cuivre est mécanique, il entraîne une inflammation de la muqueuse utérine empêchant la nidation de l'œuf. Le cuivre entraîne une altération des spermatozoïdes par effet cytotoxique.

Il existe en différentes tailles, un DIU « short » a été commercialisé et peut convenir aux nullipares. Il se place dans l'utérus pour une durée de 4 à 10 ans selon le modèle. [8]

Il peut entraîner des effets indésirables, notamment une augmentation de l'abondance des menstruations.

Le DIU hormonal contient un progestatif, le Lévonorgestrel, qui provoque un épaissement de la glaire cervicale. Le dispositif en lui-même a un effet local sur l'endomètre et prévient sa prolifération. Il est placé dans l'utérus pour une durée de 5 ans. Du fait de sa taille, ce n'est pas une méthode contraceptive de première intention chez la femme nullipare, en raison de la difficulté de la pose. [9]

Le DIU hormonal présente les mêmes contre-indications que le DIU au cuivre – contre-indications du fait des variations anatomiques ou relatives aux risques infectieux – en plus de celles liées à la progestérone.

Avec un indice de Pearl respectivement de 0,2 pour le DIU hormonal et 0,6 pour le DIU au cuivre en utilisation optimale ainsi que de 0,2 et 0,8 en conditions courantes, les DIU sont des méthodes contraceptives très efficaces. [7]

1.1.2.4 Les préservatifs

Les préservatifs, féminins et masculins, sont les seules méthodes contraceptives à protéger contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

Le préservatif masculin est composé de latex ou de polyuréthane. Le préservatif féminin, lui, est toujours composé de polyuréthane.

Leur efficacité contraceptive est plus faible que celle des contraceptifs hormonaux. Leur indice de Pearl est respectivement, de 2 pour le préservatif masculin et 5 pour le féminin en utilisation optimale et de 15 et 21 en utilisation courante. [8]

Ils sont en vente en pharmacie, en grandes surfaces et dans les distributeurs publics.

Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie mais il est possible d'en obtenir gratuitement au CPEF ou dans les infirmeries des établissements scolaires du secondaire.

1.1.2.5 Les autres moyens contraceptifs

Il existe d'autres moyens de contraception moins utilisés en France.

Les méthodes mécaniques comme les spermicides, la cape cervicale ou le diaphragme qui empêchent le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Ces méthodes sont relativement efficaces en utilisation optimale mais elles nécessitent une certaine connaissance anatomique et le respect strict du mode d'emploi, ce qui diminue leur efficacité en utilisation courante. [8]

Les progestatifs injectables – Médroxyprogestérone s'utilisent par injection intramusculaire pour une durée de 3 mois. Ils sont souvent réservés aux cas d'inobservance majeure. Ils ont cependant une bonne efficacité avec un IP de 0,3 en utilisation optimale et de 4 en utilisation courante. [8]

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France sous certaines conditions et après un délai de réflexion du patient de 4 mois minimum. Les techniques utilisées sont : pour les hommes, la vasectomie qui empêche l'acheminement des spermatozoïdes par le blocage des canaux déférents et, pour les femmes, l'obturation des trompes. Ces méthodes sont efficaces mais pas immédiatement après l'intervention, et nécessitent un suivi spécifique. [10]

Enfin, il existe aussi des méthodes naturelles basées sur l'étude des cycles et leurs particularités comme : la méthode « Ogino-Knaus », la méthode « Billing », « la courbe de températures », etc. Ces méthodes peuvent limiter le risque de grossesse mais ne peuvent être considérées comme efficaces. Elles connaissent un taux d'échec allant jusqu'à 25 %. [8]



1.1.3 La contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU) s'utilise comme méthode de rattrapage après un rapport sexuel à risque, rapport non protégé ou un problème d'utilisation d'un contraceptif, en réduisant de manière significative le risque de grossesse.

Il existe deux contraceptions d'urgence hormonales et une contraception d'urgence mécanique.

Les deux contraceptions d'urgence hormonales sont :

- Le Lévonorgestrel (1,5mg) - *Norlevo*, se présente sous la forme d'un comprimé en prise unique et permet de réduire le risque de grossesse en retardant l'ovulation, il s'utilise idéalement dans les 12 heures et sans dépasser les 72 heures après le rapport à risque. Il est d'autant plus efficace qu'il est pris tôt après le rapport sexuel.

Il est disponible sans ordonnance en pharmacie où il est gratuit pour les mineures et remboursé à 65% avec ordonnance.

- L'Ulipristal acétate - *Ella one*, est efficace jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. Il est disponible uniquement sur prescription médicale et est remboursé à hauteur de 65% par l'assurance maladie.

La contraception d'urgence mécanique est le stérilet au cuivre. Celui-ci peut être utilisé en « méthode de rattrapage », il est efficace jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. Il a l'avantage de pouvoir être utilisé comme contraception après sa pose. C'est la méthode la plus efficace avec un taux d'échec entre 0,1 et 0,2 %. [11]



1.2 Etat des lieux de la contraception des françaises

1.2.1 La biographie contraceptive des françaises

La France se distingue par une très large couverture médicale contraceptive de la population féminine. Elle se place au premier rang mondial en ce qui concerne l'utilisation de contraception médicale. [11]

1.2.1.1 Le recours aux différentes méthodes contraceptives

La couverture contraceptive augmente régulièrement depuis 40 ans. D'après l'étude Fécond en 2010, sur la tranche d'âge des 15 – 44 ans : 70, 9% des femmes utilisent une méthode contraceptive et 1,8 % des femmes « concernées par la contraception » n'utilisent aucune méthode contraceptive et présentent un risque de grossesse. [12]

La pilule contraceptive est de façon significative la méthode la plus utilisée par les françaises quelque soit leur âge. Arrivent ensuite les DIU, devant les préservatifs, les autres méthodes hormonales et les méthodes « naturelles ». Cette répartition est stable depuis 1967.

Depuis 2010, on remarque une baisse inédite de l'utilisation de la pilule contraceptive alors qu'elle était en continuelle augmentation depuis sa commercialisation. Cette diminution se fait au profit des nouveaux moyens de contraception hormonaux. Ceux-ci sont utilisés par 4% des femmes, l'implant étant le plus utilisé devant le patch et l'anneau vaginal.

Le recours au DIU tend à diminuer mais il s'est globalement stabilisé depuis les années 2000. Son utilisation concerne seulement 6,2 % des femmes. Il est d'avantage utilisé chez les femmes de plus de 35 ans et chez celles qui ont au moins un enfant.

L'utilisation du préservatif comme méthode contraceptive augmente, seule ou en association. Cette augmentation est plus importante chez les jeunes, le maximum se situe chez les moins de 20 ans et son utilisation diminue avec l'âge.

Seulement 4,2 % de femmes déclarent utiliser des méthodes naturelles, notamment le retrait ou la méthode des températures. En outre, comme pour les femmes qui n'utilisent aucun moyen de contraception, ce constat concerne les femmes plus âgées. [12] [13]

1.2.1.2 Le schéma contraceptif

La France constitue un « modèle contraceptif figé ». Les habitudes contraceptives des femmes n'ont pas subi de grandes évolutions au cours des dernières décennies. [12]

Dans ce modèle peu flexible, le préservatif est utilisé en début de vie sexuelle, seul ou associé à la pilule contraceptive, puis uniquement la pilule dès stabilité du couple. C'est seulement après la grossesse, voir même après avoir atteint le nombre d'enfants désiré, que les femmes changent de méthode contraceptive au profit des dispositifs intra-utérin.

L'utilisation du stérilet est restreinte alors que celui-ci peut être utilisé par toutes les femmes, même les nulligestes. [12]

1.2.1.3 Les influences socio-économiques sur la contraception

Il existe des disparités sur l'accès à la contraception, le choix de la méthode contraceptive et la qualité du suivi gynécologique. Ces inégalités concernent d'avantage les jeunes femmes (20 - 24 ans), les femmes ayant une situation financière fragile, peu diplômées, ou vivant en milieu rural.



En effet, selon les résultats l'étude Fécond, ces femmes n'utiliseraient « aucun moyen de contraception » plus souvent que les autres. [13]

Ces dernières années, les inégalités résident d'avantage sur l'accès aux pilules de 3e génération moins bien remboursées. Les pilules de 1ère et 2e génération sont toutes remboursées par l'assurance maladie et ont un meilleur service médical rendu. Leur prescription est donc à privilégier. D'après l'étude Fécond, seulement 43% des jeunes femmes en difficultés financières déclarent être complètement remboursées pour leur contraception.

L'implant, quant à lui, est d'avantage prescrit aux femmes en difficultés financières ou aux femmes étrangères. [12][14]

1.2.2 Les grossesses non prévues et échecs de contraception

Malgré la forte médicalisation de la contraception en France, une grossesse sur trois est imprévue et la moitié de ces grossesses surviennent malgré l'utilisation d'une contraception efficace. Ce constat souligne la différence qu'il existe entre l'efficacité théorique et pratique des moyens contraceptifs. [15][16]

1.2.2.1 Les grossesses non prévues et l'interruption volontaire de grossesse

En dépit d'une forte couverture contraceptive, le taux d'IVG reste relativement stable depuis les années 1975. Le nombre d'IVG est d'environ 200 000 par an et il est estimé à 40% le nombre de femmes qui y auront recours. [15]

Cependant, une diminution du nombre de grossesse non prévues est constatée, elles représentaient 46% des grossesses en 1975 et 33% aujourd'hui.

Cette stabilité s'explique par un recours plus important à l'IVG en cas de grossesse non prévue et à une diminution du nombre de ces dernières.

En outre, le regard sur la maternité a évolué avec l'apparition de la notion de programmation des grossesses dans un contexte de stabilité affective, financière et professionnelle. Elle correspond à l'idée d'une « norme sociale pour être mère » (Nathalie Bajos – chercheur INSERM). [15][17][18]

L'IVG concerne toutes les catégories socio-économiques. La tranche d'âge y ayant le plus recours est les 20-24 ans. Les femmes ayant eu, plusieurs fois, recours à l'IVG semblent se trouver dans un contexte affectif, économique ou social difficile. [15]

Les grossesses non prévues surviennent dans différentes situations. Elles concernent les femmes n'utilisant pas de contraceptif au moment du rapport (28%), utilisant une méthode naturelle (22%) ou utilisant le préservatif (23%). Cependant, les grossesses non prévues peuvent aussi survenir sous contraception médicale efficace. En effet, 23% des grossesses non prévues concernent des femmes utilisant la pilule.

Les causes des grossesses non prévues sont nombreuses et diverses. Les changements de contraceptif jouent un rôle important dans les échecs. En effet 50 % des femmes ayant recours à l'IVG ont changé de contraceptif dans les 6 mois précédant leur grossesse. Enfin, la sous utilisation de la contraception d'urgence, seul moyen d'éviter une grossesse après un rapport à risque, est aussi avancée. [15]

1.2.2.2 Le recours à la contraception d'urgence

L'utilisation de la CU augmente de façon continue ces dernières années mais la CU reste sous utilisée. Cependant, le nombre de boîtes de *Norlevo* vendu a été multiplié par 8 entre 1999 et 2009. 23,9% des femmes déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence. Elle est d'avantage utilisée par les jeunes femmes de moins de 20 ans, son usage diminue considérablement ensuite. [16][19]

1.2.2.3 Le besoin d'une contraception adaptée au mode de vie

Afin d'éviter une inadéquation entre le contraceptif et la vie affective et sexuelle de la femme, l'HAS recommande que le contraceptif soit adapté et choisi par chaque femme. Ce choix doit prendre en compte le désir de la patiente dans le choix de son contraceptif. [20]

Une bonne implication des femmes dans le choix de leur contraceptif améliore leur efficacité courante. [16][18]

1.3 Le rôle des différents acteurs de la contraception

1.3.1 La prévention et l'éducation

1.3.1.1 La responsabilité familiale

L'information, la prévention et l'éducation sur le sujet de la sexualité passent de fait par les parents et la famille. Elles sont aléatoires et restent au bon vouloir des « éduquants ». Pourtant, ces notions et idées transmises par la famille ont un impact important sur la sexualité future et l'approche à la contraception. [21]

1.3.1.2 Le rôle de l'Education Nationale

L'éducation à la sexualité à l'école est inscrite dans le socle commun des compétences fixées par l'Education Nationale. Au collège et lycée, au moins trois séances annuelles doivent être programmées afin de remplir ces différentes missions, en contribuant à l'apprentissage d'un comportement responsable. Les enseignants doivent dispenser une information objective, exposer les « différentes

dimensions de la sexualité » et faire connaître les soutiens existants au sein et à l'extérieur des établissements scolaires. L'objectif est de prévenir et réduire les risques de grossesses précoces non désirées et d'IST. De plus, les lycées doivent faciliter l'accès aux préservatifs en possédant un distributeur et administrer, de façon anonyme et gratuite, la contraception d'urgence *Norlevo*. [22]

1.3.1.3 Les centres de planification et d'éducation familiale

Les CPEF assurent, entre autre, des consultations de contraception, des actions de prévention portant sur la sexualité et les relations affectives et familiales, et des entretiens préalables à l'IVG. Ils délivrent, aussi, des contraceptifs de façon anonyme et gratuite aux mineures, aux femmes désirant garder l'anonymat et aux femmes n'ayant pas de couverture sociale. Enfin, certains CPEF réalisent des IVG par mode médicamenteux. Les CPEF constituent une réponse aux demandes des jeunes femmes en régulation des naissances. Leurs actions reposent sur la prévention et l'éducation. [23]

1.3.2 Le rôle du prescripteur

En plus de son rôle dans le suivi médical et gynécologique, le professionnel de santé prescrivant un moyen contraceptif se doit de délivrer une information complète à ses patientes. La HAS recommande au prescripteur d'informer sa patiente sur : les différents moyens de contraception existant, leurs spécificités, leur efficacité, leurs conditions d'utilisation et les problèmes qu'elle pourrait rencontrer. Il a aussi un devoir d'information sur la contraception d'urgence son utilisation et les différents moyens pour se la procurer.



Il n'a pas été démontré qu'il y ait un bénéfice à prescrire systématiquement, en prévention, une ordonnance de *Norlevo* à toutes les femmes. C'est un choix que le prescripteur doit faire au cas par cas. [24][25]

1.3.3 La place de la sage-femme

D'après le Code de déontologie (article L. 4151-1), la sage-femme a pour compétences, la pratique de consultation de contraception et le suivi gynécologique de prévention, sous conditions d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. La sage-femme peut prescrire tout type de contraception et en assurer la surveillance. Elle peut mettre en place les implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérins ainsi qu'en effectuer le retrait. [26]

La sage-femme est aussi un acteur dans la prévention, l'information et l'éducation des femmes en matière de contraception. [27]



2 Seconde partie : Méthodologie et résultats

2.1 Problématique et hypothèses

2.1.1 Problématique

Le système de soins français offre aux femmes l'accès à un large panel contraceptif. La médicalisation de la contraception est très étendue, 70,9% des femmes de 15 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive. Cependant, un tiers des grossesses restent non désirées. Il existe donc un paradoxe entre la diffusion croissante de la contraception en France et la persistance d'un taux important de grossesses non prévues. [12]

Nous avons essayé, par cette étude, de comprendre qu'elles étaient les causes de ce paradoxe français.

2.1.2 Hypothèses

De nombreuses hypothèses peuvent être évoquées, nous avons axé notre travail sur les hypothèses suivantes :

- Le caractère incomplet de l'information reçue ;
- Le manque de connaissance ainsi que la persistance d'idées reçues concernant les différents moyens de contraception disponibles ;
- Les problèmes d'utilisation du contraceptif et de la contraception d'urgence ;
- Le manque d'adaptation au mode de vie : en raison d'un manque de satisfaction de la méthode contraceptive ou d'un manque de personnalisation de la prescription.



2.2 Méthodologie

Afin de répondre aux hypothèses posées, une étude prospective a été effectuée sur la période du 1^{er} novembre au 15 décembre 2013 grâce à la diffusion d'un questionnaire anonyme auprès de jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans.

2.2.1 Objectifs

Pour affirmer ou infirmer les différentes hypothèses l'étude présente différents objectifs.

Concernant l'information :

- Définir l'existence d'une information ;
- Définir la source de l'information ;
- Définir la perception des jeunes femmes sur l'information qu'elles ont reçue ;
- Définir le contenu de l'information ;
- Définir leurs ressources en cas de difficultés ;
- Evaluer leurs connaissances et la présence d'idées reçues erronées.

Concernant les habitudes de vie :

- Définir le parcours contraceptif des jeunes femmes ;
- Evaluer la présence d'échec de contraception.

Concernant l'adaptation au mode de vie :

- Définir la satisfaction des jeunes femmes envers leur contraceptif ;
- Evaluer la qualité de la prescription du contraceptif.

2.2.2 Population étudiée

Nous avons choisi de porter l'étude auprès des jeunes adultes de 18 à 25 ans. Cette tranche d'âge présente la plus forte utilisation de contraception, avec plus de 90% des femmes utilisant une méthode à visée contraceptive. Malgré cela, un tiers des grossesses est non prévu. Cette tranche d'âge présente aussi le plus fort taux de recours à l'IVG.

Ont été incluses dans l'étude les jeunes femmes de 18 à 25 ans, utilisant ou non une méthode contraceptive.

Ont été exclues de l'étude les femmes mineures, pour des questions éthiques relatives à l'étude de leurs résultats, les femmes enceintes ou désirant une grossesse dans les prochains mois.

2.2.3 Le questionnaire

Le questionnaire comporte 32 questions divisées en 6 parties. Ces parties portent sur : l'information, les connaissances sous forme de Quiz, les habitudes contraceptives, la satisfaction du contraceptif, la prescription du contraceptif utilisé et les généralités concernant les participantes.

Le questionnaire a été diffusé au sein de deux cabinets médicaux (90 résultats), d'un CPEF (6 résultats), à des étudiantes devant leur faculté (54 résultats) ou leur centre de formation (46 résultats) et au Salon européen de l'éducation (64 résultats). Les réponses ont été données de manière assidue et sans aide extérieure.

273 questionnaires ont été récupérés et 260 d'entre eux ont été utilisés pour l'étude, les 13 autres ayant été mal complétés.



2.2.4 Analyse statistique

Les résultats ont été codés dans un tableau Excel et les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Excel et du logiciel R, notamment pour le test du Chi 2.

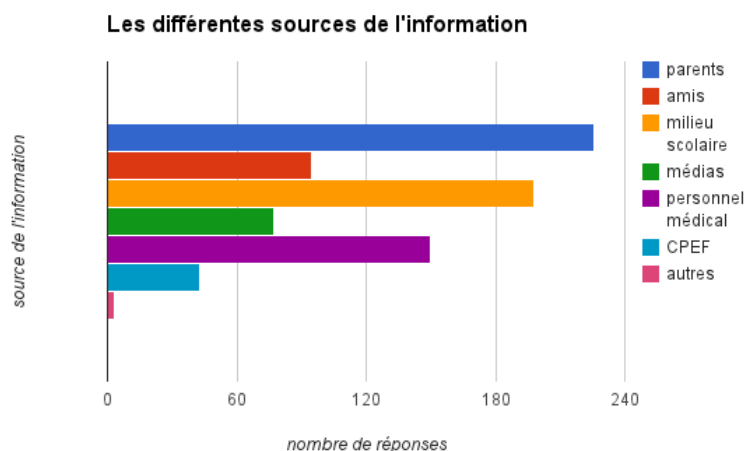
2.3 Résultats

2.3.1 L'information sur la contraception

95% des femmes interrogées ont reçu une information concernant la contraception.

Parmi les femmes ayant reçu une information, les principales sources citées sont : les parents cités par 91,4%, le milieu scolaire cité par 80,3% et les professionnels médicaux cités par 60,7%. L'information vient aussi fréquemment des médias 31,2% ou des amis 38,4%. A l'inverse les CPEF sont peu cités par les participantes (17,4%).

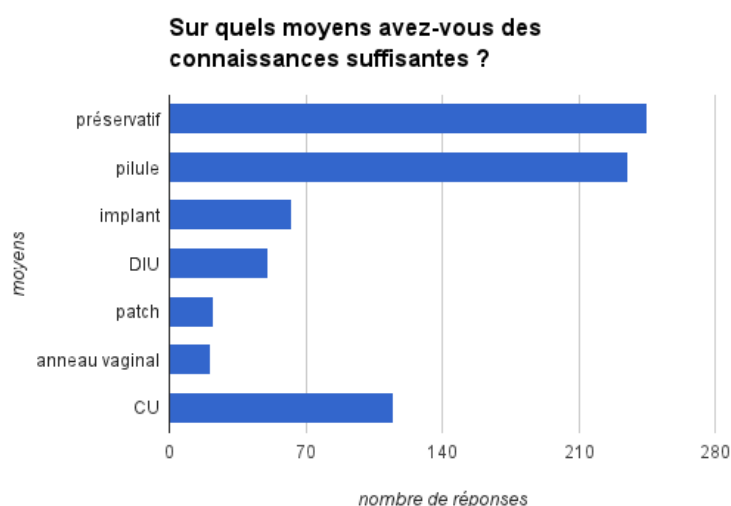
Figure 1 : Les sources de l'information



L'information reçue est, parmi les adjectifs proposés, majoritairement définie comme étant « claire » (76,5%) et « complète » (38,8%). Pour la personnalisation de cette information, les réponses positives (« personnalisée ») et négatives (« non personnalisée ») ont été citées dans les mêmes proportions (16,6%).

Quand nous avons demandé sur quels moyens de contraception les jeunes femmes pensent avoir des « connaissances suffisantes » : le préservatif a été cité par 94,2% des participantes, la pilule contraceptive citée par 90,4%, la contraception d'urgence par 44,2%, l'implant par 24,2%, l'anneau vaginal par 8%, le patch par 9% et les DIU par 19,6%.

Figure 2 : Les moyens sur lesquels les participantes déclarent avoir des « connaissances suffisantes »



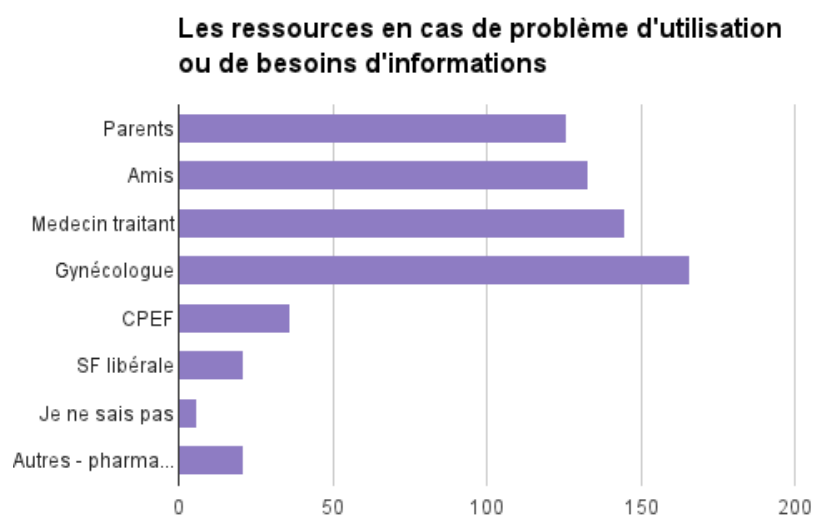
Concernant les ressources « en cas de problèmes d'utilisation ou de besoin d'informations concernant la contraception », les professionnels médicaux ont été le plus cités : le médecin traitant cité par 55,7% des participantes et le gynécologue par 63,8%. Les autres professionnels ont été moins cités : les CPEF par 13,8% et les sages-femmes par 8% des femmes.

L'entourage a aussi été largement cité en tant que ressource : leurs parents cités par 48,4% des participantes et leurs amis par 51,1%.

Les participantes pouvaient répondre à plusieurs propositions.



Figure 3 : Les ressources en cas de problème d'utilisation ou de besoin d'informations



De plus, 83,5% des jeunes femmes déclarent pouvoir parler librement de contraception à leur entourage.

2.3.2 Les connaissances – réponses au QUIZ

2.3.2.1 Les connaissances générales

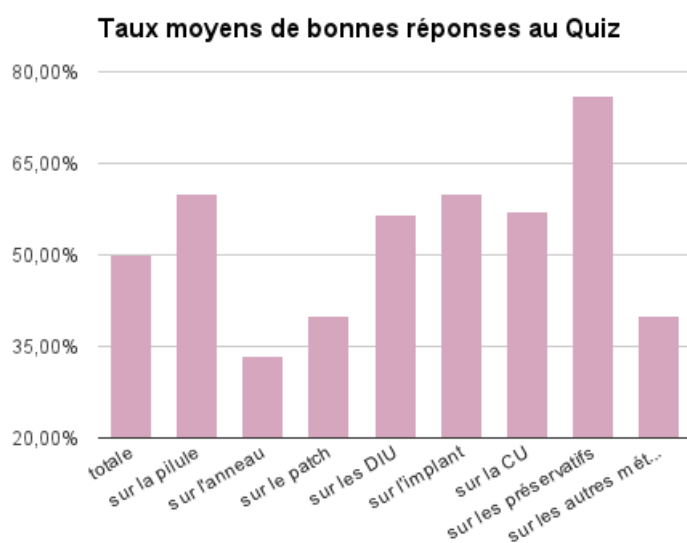
Le taux moyen de bonnes réponses (BR) est de 50%. Le préservatif obtient le meilleur taux de bonnes réponses avec un taux moyen à 76%. Le taux de bonnes réponses des autres méthodes est compris entre 40 et 60%.

Tableau 1 : Taux moyens de bonnes réponses aux Quiz selon les méthodes

Méthodes	pilule	préservatif	CU	DIU	Anneau	Patch	Implant	Autres
BR (%)	60	76	57	57	33	40	60	40



Figure 4 : Les taux moyens de bonnes réponses au Quiz



Le taux moyen de bonnes réponses aux questions sur la pilule des femmes estimant avoir des « connaissances suffisantes » sur la pilule contraceptive est de 55% (*taux de BR population globale = 60%*).

De même, pour celles estimant avoir des « connaissances suffisantes » sur la contraception d'urgence, leur taux moyen de bonnes réponses sur les questions concernant la contraception d'urgence est de 57% (*identique au taux de BR de la population globale*).

Le taux moyen de bonnes réponses au Quiz augmente avec le niveau d'études de la participante.

Tableau 2 : Taux moyens de BR selon le niveau d'études

	Taux moyens de BR
Lycée/CAP/BEP	46,6 %
BAC à BAC + 3	50,2%
BAC+4 à BAC + 5	56,4%
> à BAC+5	57 %

Ce taux augmente aussi avec le niveau d'études des parents, mais il diminue lorsque les parents ont un niveau d'études supérieur à BAC + 5.

Tableau 3 : Taux moyens de BR selon le niveau d'études des parents

	Taux moyens de BR
Lycée/CAP/BEP	49,7 %
BAC à BAC + 3	52%
BAC+4 à BAC + 5	53,4%
> à BAC+5	48 ,1 %

Le taux moyen de bonnes réponses au Quiz augmente également avec le nombre de moyens de contraception qu'elles ont déjà utilisés.

Tableau 4 : Taux moyens de BR selon le nombre de moyens contraceptifs déjà utilisés

Nombre de moyens utilisés	0	1	2	3
Taux de BR	44,3%	48,4%	50,7%	63,4%

2.3.2.2 Connaissances sur la pilule contraceptive

58,8% pensent à juste titre que la prise d'une pilule contraceptive ne conserve pas un cycle naturel, et 70,4% savent que même un oubli peut entraîner un risque de grossesse.

Concernant l'efficacité de la pilule contraceptive, 41% pensent que la pilule contraceptive est le moyen de contraception le plus efficace.

26,2% des femmes interrogées ont pour idée reçue que la pilule diminue la fertilité future et 38,4% que la pilule fait grossir.

2.3.2.3 Les connaissances sur les dispositifs intra-utérins

53,8% des participantes à l'étude savent qu'il existe un DIU hormonal et un non hormonal. 50,3% des participantes savent aussi que « tous les DIU » ne sont pas réservés aux femmes qui ont déjà eu des enfants.

75% savent que le DIU se met en place pour plusieurs années et 70% qu'il peut être retiré à tout moment « si on désire avoir un enfant ».

Quant aux idées reçues au sujet des DIU : 55% savent qu'ils ne rendent pas stérile à long terme et 49,6% savent qu'ils n'entraînent pas « toujours des règles abondantes et douloureuses ».

2.3.2.4 Les connaissances sur les nouveau moyens de contraception hormonaux

Interrogées sur le mode d'action des nouveaux moyens de contraception hormonaux : 56,9% des femmes répondent que le patch contient des hormones, 36,2% pour l'anneau vaginal et 50,2 % pour l'implant.

Les participantes connaissent la durée d'action de la méthode : à 57,3% pour l'implant, à 20,3 % pour l'anneau vaginal et à 11,9% pour le patch.

Concernant leur efficacité, quand nous avons demandé si le moyen est moins efficace que la pilule : 22% ont répondu « faux » pour l'anneau vaginal et 28% pour le patch et 40% des participantes pensent que l'implant est l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces.

Quant aux idées reçues sur ces méthodes : 46,2% savent que l'anneau vaginal n'est pas réservé aux femmes qui ont déjà eu des enfants et 60,9% des femmes savent que l'implant peut être retiré à tout moment.



2.3.2.5 Les connaissances sur les méthodes contraceptives non hormonales

95% des femmes interrogées connaissent l'existence d'un préservatif masculin et féminin. Cependant, 50,3% des femmes répondent « vrai » à la proposition « le préservatif masculin est le seul moyens de se protéger des IST ».

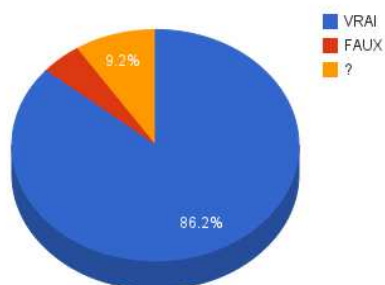
Concernant les méthodes naturelles, 72,6% des femmes pensent que le coït interrompu n'est pas une méthode de contraception efficace, ainsi que 56,2% pour l'abstinence entre le 13^e et le 15^e jour du cycle (la notion de « coït interrompu » a été expliquée par « retrait avant éjaculation » dans le questionnaire).

2.3.2.6 Les connaissances sur la contraception d'urgence.

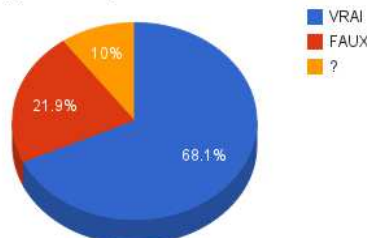
86,2% des participantes savent que plus la contraception d'urgence est prise tôt après le rapport à risque plus elle est efficace. Cependant, 68,1% des femmes interrogées pensent que la contraception d'urgence doit être prise « au plus tard le lendemain du rapport ».

Figure 5 : Réponses concernant le délai d'efficacité de la CU

Plus la CU est prise tôt après le rapport plus elle est efficace :



la CU doit être prise au plus tard le lendemain du rapport à risque :



30,1 % des participantes connaissent l'existence d'une méthode de contraception d'urgence efficace jusqu'à 5 jours et seulement 2,7% savent que le stérilet peut en être une.

Enfin, à la proposition « la contraception d'urgence peut être un moyen de contraception si les rapports ne sont pas fréquents : 65,4% des femmes interrogées répondent « faux », 21,5% « vrai » et 13,1% ne savent pas.

2.3.3 Les habitudes contraceptives

Parmi les participantes, 68% sont en couple et 5,4% n'ont jamais eu de rapport sexuel.

Pour l'analyse des résultats sur les habitudes contraceptives, seules les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont été prises en compte, soit 246 des 260 participantes.

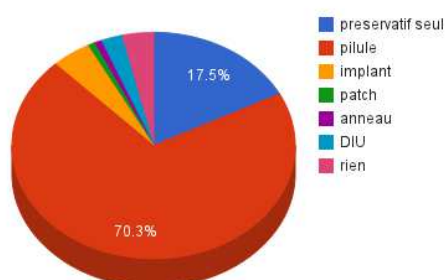
Les femmes interrogées utilisent la pilule contraceptive à 70,3% seule ou en association avec le préservatif, puis le préservatif seul, utilisé par 17,5 % des femmes.

Les autres méthodes contraceptives utilisées sont : les nouveaux moyens de contraception hormonaux à 6% et les DIU à 2,6%.

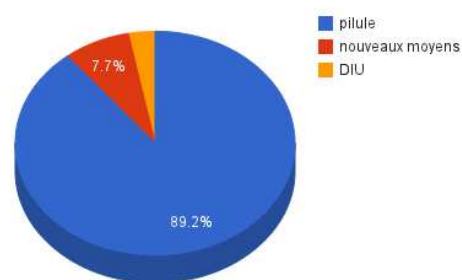
Il en résulte que 3,6% des femmes interrogées ayant des rapports sexuels n'utilisent aucun moyen de contraception.

Figure 6 : Répartition des méthodes contraceptives

Répartition des moyens de contraception sur l'ensemble étudié



Répartition de la contraception hormonale et des DIU



Parmi les femmes qui utilisent une méthode autre que le préservatif : 89,2% utilisent la pilule contraceptive, 7,7% un nouveau moyen de contraception hormonal et 3,3% un DIU. 75% des utilisatrices d'un DIU ont au moins un enfant.

Parmi les femmes ayant déjà utilisé une contraception hormonale 50% déclarent l'avoir utilisée dès le premier rapport et 39% moins d'un an après.

Toutes les méthodes contraceptives citées sont utilisées seules ou en association avec le préservatif.

Sur 173 femmes utilisant la pilule contraceptive, 91 l'utilisent seule (soit 52,6%) et 82 en association avec le préservatif (soit 47,4%).

Parmi les femmes n'utilisant pas de contraception, 50% ont des rapports sexuels fréquents (plus d'une fois par mois).

Parmi les femmes utilisant le préservatif comme seul moyen de contraception, 27,9% déclarent ne pas l'utiliser à chaque rapport.

87% des femmes qui utilisent le préservatif comme seul moyen de contraception sont célibataires ou en couple depuis moins d'un an.

53,7% des femmes qui déclarent utiliser le préservatif, seul ou en association à un autre moyen de contraception, sont en couple.

Parmi les femmes n'étant pas en couple et ayant des rapports sexuels fréquents, 25% déclarent ne pas utiliser de préservatif et 55,5% l'utilisent mais pas « à chaque rapport ».

Enfin, 8,9% des femmes interrogées ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent avoir déjà eu une IVG ou une grossesse non désirée.

2.3.4 La satisfaction

Pour l'analyse de la satisfaction envers le contraceptif utilisé, les participantes ont été réparties en 4 groupes : « préservatif », « pilule », « DIU » et « nouveaux moyens de contraception hormonaux », selon le moyen de contraception qu'elles utilisent.

Les résultats ont aussi été calculés de manière globale pour l'ensemble des femmes interrogées.

Selon les questions, certaines réponses peuvent être étudiées au regard du moyen de contraception utilisé par la participante et d'autres ne sont pas assez significatives ($p > 0,05$) pour être analysées en fonction de ce critère. Elles seront donc analysées de manière globale. Les effectifs des groupes « DIU » et « nouveaux moyens de contraception » sont assez faibles.

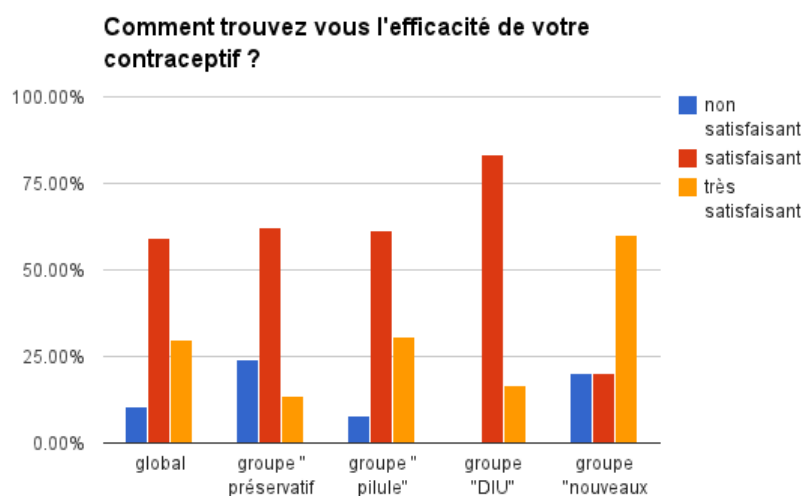
Pour la question relative à l'efficacité du contraceptif utilisé par la participante, les résultats sont significatifs selon les groupes de contraceptifs ($p = 0,0018$).

De manière globale les femmes sont satisfaites de l'efficacité de leur contraceptif. Le groupe « préservatif » a le plus fort taux d'insatisfaction, 24,1% trouvent son efficacité « non satisfaisante ».

Seul le groupe « DIU » n'a aucune utilisatrice insatisfaite.

Le groupe « nouveaux moyens de contraception hormonaux » a le plus fort taux d'utilisatrices très satisfaites de l'efficacité de leur contraceptif, 60% trouvent son efficacité « très satisfaisante ».

Figure 7 : L'efficacité du contraceptif utilisé



Concernant la facilité d'utilisation du contraceptif utilisé par les participantes, les résultats sont significatifs selon les groupes de contraceptif ($p=0,00001$).

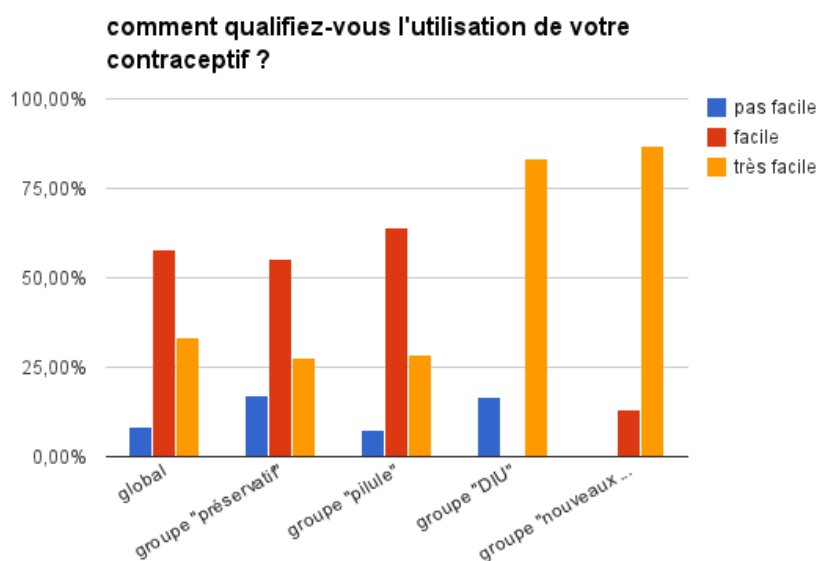
Parmi les 3 propositions : « très facile », « facile », « pas facile » ; globalement les utilisatrices répondent « facile » à 58% et dans chacun des groupes confondus, peu de participantes répondent « pas facile ».

Les groupes « DIU » et « nouveaux moyens de contraceptions hormonaux » ont les plus forts taux de réponses « très facile » : 83,3% des utilisatrices de DIU et 86,7% des utilisatrices de l'un des nouveaux moyens de contraception hormonaux.

Aucune utilisatrice du groupe « nouveaux moyens de contraception hormonaux » répond « pas facile » pour décrire la facilité d'utilisation de son contraceptif.



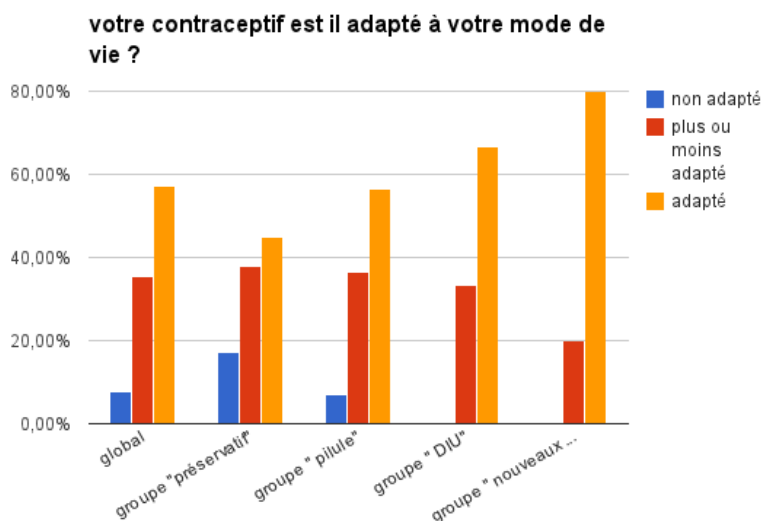
Figure 8 : La facilité d'utilisation du contraceptif utilisé



Concernant l'adaptation au mode de vie du contraceptif utilisé par les participantes, les résultats ne sont pas significatifs selon les groupe de contraceptif ($p=0,09$).

Globalement les participantes répondent : « non adapté » à 7,6%, « plus ou moins adapté » à 35,3% et « adapté » à 57,1%.

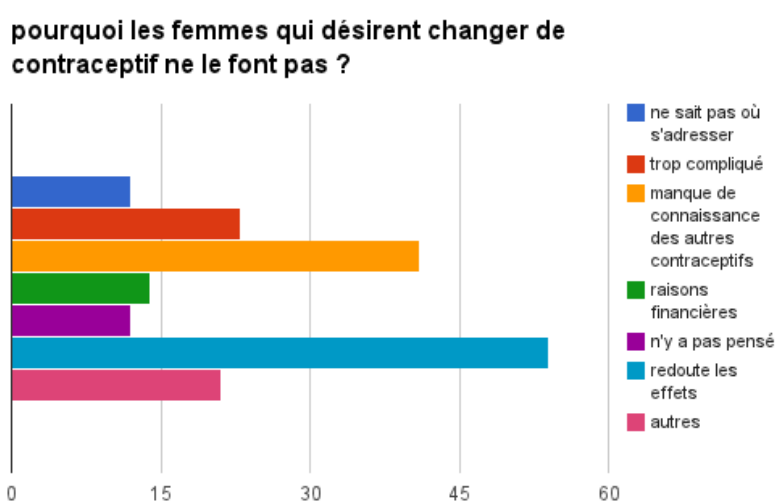
Figure 9 : L'adaptation au mode de vie du contraceptif utilisé



40,7% des participantes souhaitent changer de contraceptif. La différence entre les groupes n'est pas significative ($p=0,15$).

Lorsque nous leurs avons demandé pourquoi elles ne le changeaient pas, les trois raisons les plus citées ont été : la craintes des effets secondaires, citée à 54%, le manque de connaissances des autres moyens existants, cité à 41% et le fait que le changement soit trop compliqué, cité à 23%. Les raisons financières ont aussi été citées à 14%

Figure 10 : Raisons invoquées au non changement de contraceptif



2.3.5 Au moment de la prescription du contraceptif

Les résultats aux questions concernant la prescription du contraceptif ont été analysés en séparant les prescripteurs en 3 groupes : « médecins généralistes », « gynécologues » et « autres prescripteurs ». Aucune des questions relatives à la prescription ne présentait des résultats statistiquement significatifs (p compris entre 0,06 et 0,92 selon les questions).

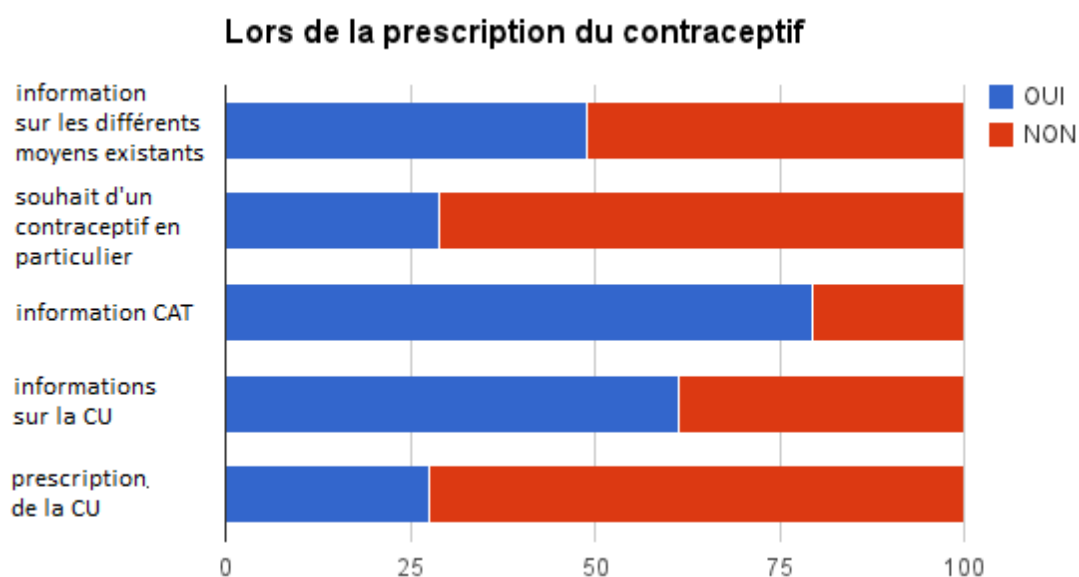
Les résultats sont donc exposés de manière globale sur l'ensemble des participantes utilisant un moyen de contraception indépendamment de la nature du prescripteur.

Concernant l'information délivrée lors de la prescription du contraceptif, d'après les réponses des participantes :

- 51,1% des prescripteurs n'ont pas informé leurs patientes sur les différents moyens de contraception existants ;
- 79,6% leur ont délivré une information claire concernant l'utilisation du contraceptif prescrit ainsi que sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou de problème d'utilisation ;
- 38,7% des prescripteurs n'ont pas « parlé de contraception d'urgence ».

On constate que 71,1% des prescripteurs n'ont pas demandé à leurs patientes si elles souhaitaient un autre contraceptif que celui prescrit en première intention. Une prescription de CU à l'avance a été faite par 27,9% des prescripteurs.

Figure 11 : Résultats concernant la prescription du contraceptif





3 Troisième partie : Discussion

3.1 Les caractéristiques de l'étude

3.1.1 Les forces de l'étude

La réalisation d'une étude prospective, grâce à la diffusion d'un questionnaire, nous a permis d'interroger les jeunes femmes sur de nombreux points relatifs à la contraception. L'anonymat nous fait espérer une franchise des réponses.

Les femmes interrogées se sont senties concernées par l'étude, et il y a eu peu de refus de participation. La population cible étant, pour la majeure partie, des étudiantes, elles se sont montrées investies dans le projet de réalisation d'un mémoire basé sur l'étude des résultats de cette enquête.

Le choix de la forme d'un Quiz sur la contraception, rendant le travail de réponse ludique et moins fastidieux, a permis de poser un grand nombre de questions.

3.1.2 Les limites de l'étude

La réalisation d'un questionnaire implique le respect de normes. Les questions ont dû être choisies en anticipant toutes les éventualités de réponses et de parcours des participantes afin de les rendre exploitables. A l'inverse d'un entretien, il ne s'adapte pas à la participante ni à ses réponses. L'exhaustivité du questionnaire et la maîtrise de sa longueur sont deux points particulièrement délicats à contrôler.

Bien que nous ayons réussi à obtenir le nombre de questionnaires espérés, cet effectif reste limité pour l'analyse de certaines questions. Il est en effet difficile de séparer l'effectif total en sous-groupes tout en conservant des résultats significatifs.

3.1.3 La population cible

Nous avons ciblé notre enquête sur les jeunes femmes de 18 à 25 ans. Nous pouvons penser pour plusieurs raisons qu'elles ont les connaissances les plus complètes et récentes sur contraception. Tout d'abord, c'est une population jeune, majoritairement composée d'étudiantes, qui ont pu bénéficier d'interventions d'éducation à la sexualité. D'autre part, elles sont en début de vie sexuelle, selon le baromètre de santé 2010, l'âge médian du premier rapport sexuel en Ile-de-France étant de 16,7 ans pour les femmes. [28]

Cette catégorie d'âge présente le plus fort taux de d'utilisation de contraception. Selon le baromètre de santé 2010, plus de 90 % des femmes de moins de 30 ans en activité sexuelle déclarent « faire quelque chose pour leur contraception ». [29]

Nos résultats montrent que 96,4% des femmes ayant des rapports sexuels utilisent un moyen de contraception.

En dépit de la forte couverture contraceptive, le nombre de grossesses non désirées est identique, voire légèrement supérieur aux autres catégories d'âge, et concerne une grossesse sur trois.

Lors de notre étude, 8,9% des femmes ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue ou eu recours à une IVG.

Les participantes appartiennent à différents milieux sociaux-économiques, elles ont des niveaux d'études différents, tout comme leurs parents. La multiplication des lieux de diffusion du questionnaire a permis cette hétérogénéité.



3.2 L'information reçue sur la contraception

3.2.1 La nature de l'information

95% des femmes participant à l'étude ont été informées sur la contraception. Seulement 5% d'entre elles n'ont donc jamais reçu d'information la concernant. Bien que le taux global soit très satisfaisant, nous pouvons nous interroger sur le fait que 13 femmes de l'échantillon n'aient reçu aucune information. En effet, l'ensemble des participantes ont été scolarisées, et la loi prévoit des interventions sur la sexualité et la contraception pour chaque année de l'enseignement secondaire.

L'information que l'échantillon a reçu sur la contraception est le plus fréquemment qualifiée de « claire » (76,5%) et « complète » (38%). 16,6% des participantes ont jugé que cette information était « personnalisée ». La même proportion exactement a jugé que cette information était « non personnalisée ».

La quasi-totalité des femmes pense avoir des connaissances suffisantes sur le préservatif (94%) et la pilule contraceptive (90%) et près de la moitié sur la contraception d'urgence (45%). Les nouveaux moyens de contraception et les DIU sont moins connus par les participantes : 19% pour les DIU, 24% pour l'implant, 8% pour l'anneau vaginal et 9% pour le patch.

D'après les résultats de l'étude de l'INPES « les français et la contraception » de 2007, les préservatifs et la pilule étaient connus à 97%, les DIU à 93%, le patch à 48%, l'anneau vaginal et l'implant à 44%. [30]

Cette différence de résultats nous permet de constater que les femmes peuvent effectivement connaître un moyen de contraception sans pour autant considérer avoir des « connaissances suffisantes » à son sujet.



Ces premières constatations montrent que les femmes ont le sentiment de ne pas avoir été suffisamment informées. L'information délivrée étant souvent incomplète, principalement portée sur la pilule contraceptive et le préservatif, le reste des moyens contraceptifs n'est pas abordé, ou du moins pas suffisamment.

Il semblerait également que l'information porte essentiellement sur des généralités et manque de personnalisation.

3.2.2 Les sources de l'information

Les sources de l'information sur la contraception les plus citées, parmi les choix de réponse, sont « les parents », puis « le milieu scolaire » et enfin les professionnels médicaux.

« Les parents » sont cités comme source d'information en contraception par 91,4% des participantes. Cela souligne l'importance de la transmission de l'éducation sur la sexualité et la contraception au sein de la famille.

Il est très important que les parents soient investis dans leur mission d'information, de conseil et de guide. Il est nécessaire que les jeunes femmes puissent parler ouvertement de contraception dans leur famille. La libre discussion autour de la contraception facilite le bon déroulement de l'entrée dans la sexualité et l'accès à la première contraception. 83,5% des jeunes femmes interrogées lors de notre étude déclarent pouvoir parler librement de contraception avec leur entourage.

Le domaine de la contraception étant en constante évolution, il est difficile pour les parents de délivrer une information aussi complète que pourrait le faire un professionnel. Cependant, ils peuvent informer leur enfant de l'existence de moyens de se protéger des IST et des grossesses non désirées en initiant une conversation sur la sexualité. Ils peuvent aussi conseiller leurs enfants sur les lieux où ils pourront recevoir une information plus complète.



Le « milieu scolaire » est cité comme source principale d'information par 80,2% des jeunes femmes. La loi prévoit l'organisation d'au moins trois séances annuelles d'« information et éducation à la sexualité au collège et au lycée ». Concrètement, cette obligation est à la fois trop peu appliquée, et de manière trop inégale. Les établissements scolaires relatent un manque de moyens et des difficultés d'organisation de ces séances. [31]

Nous pouvons regretter cet état de fait car, comme le confirment nos résultats, la scolarisation, qui est obligatoire, permet de diffuser une information objective à toute une classe d'âge, et constitue donc un point clé de la prévention. La généralisation du recours à des intervenants professionnels (CPEF, médecins généralistes, etc.) permettrait de transmettre au plus grand nombre des informations justes, dépourvues d'idées reçues. [22]

Enfin, les professionnels médicaux ont aussi été largement cités en tant que sources d'information par 60,7% des participantes, bien qu'arrivant après « les parents » et « le milieu scolaire ». C'est un point important car l'information qu'ils délivrent est l'une des plus fiables. Cependant, on peut constater un manque d'investissement des certains prescripteurs dans leur rôle informatif. En effet, seule la moitié des femmes interrogées a été informée sur les différents moyens de contraception existant au moment de la prescription de leur contraceptif. Or, l'HAS recommande aux prescripteurs, lors de la première consultation, « de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles, y compris la stérilisation, et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ». [20]

Ces réponses démontrent l'importance de la formation initiale et continue des prescripteurs de contraception, ainsi que la nécessité de bonnes conditions d'accueil des femmes et du temps nécessaire à leur prescription contraceptive.

Les médias ont aussi été cités par un tiers des participantes.

Une population jeune, portée sur les nouvelles technologies et notamment sur l'information et la communication par internet, doit pouvoir y trouver, facilement, des informations fiables.

L'utilisation d'internet dans le domaine médical est controversée. Le développement de forum de discussions et les avis d'utilisateurs peuvent induire la transmission d'idées fausses et de méfiances injustifiées concernant certains moyens de contraception. Pourtant, internet constitue une source facilement accessible tout en préservant l'anonymat de son utilisateur, ce qui permet d'éviter la gêne causée par certaines questions touchant à l'intimité.

La campagne de l'INPES et du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, notamment grâce à la création du site « www.choisirsacontraception.fr », a permis de créer un site de référence, contenant des informations fiables et très diversifiées sur la contraception. Cet outil pourrait être d'avantage conseillé, notamment dans le cas où la personne source d'information n'est pas certaine de la qualité de ce qu'elle avance. Il pourrait aussi être un bon moyen pour les parents de conseiller une source claire et fiable tout en respectant l'intimité de leurs enfants. [8]

Les médias représentent ainsi une source d'informations, mais celles-ci ne sont pas toujours correctement commentées et sont donc à considérer avec un certain recul. Nous continuerons à explorer ce sujet dans la suite de la discussion sur les COEP.

3.2.3 Les ressources en cas de problème d'utilisation ou de besoins d'informations complémentaires

Les personnes ressources sont définies dans notre questionnaire comme celles à qui les jeunes femmes s'adresseraient en cas de problème d'utilisation ou de besoin d'informations complémentaires au sujet de leur contraceptif. Elles diffèrent légèrement des personnes sources de l'information.

Dans cette situation, les participantes s'adresseraient principalement aux professionnels médicaux : à leur gynécologue pour 63,8% et à leur médecin traitant à 55,7%, puis à leur entourage : aux amis à 51,1% et aux parents 48,4%.

Le fort recours aux professionnels médicaux est un résultat très positif. Ils sont en effet les plus qualifiés pour apporter une réponse adaptée à la situation de chacune et pour leur indiquer la meilleure conduite à tenir.

Parmi les professionnels médicaux, nous pouvons constater que les sages-femmes, qui exercent aussi dans le domaine de la contraception, ne sont pas encore identifiées comme ressources pour les jeunes femmes interrogées, or leur intervention peut être tout aussi utile.

De même, les CPEF, où des permanences de consultations médicales sont assurées et où il est possible de se procurer une contraception d'urgence de façon anonyme et gratuite, ne sont cités qu'à 14%. Ce faible taux pourrait être expliqué par le manque de centres sur le territoire ou encore par la méconnaissance de ces centres par les jeunes femmes. Nous pouvons supposer que ces centres auraient été plus largement cités si l'échantillon avait comporté des jeunes femmes mineures.

Enfin, les femmes ayant cité la proposition « autres », ont majoritairement indiqué « pharmacie » en complément de réponse. Nous supposons qu'elles sont informées sur la possibilité de s'y procurer une contraception d'urgence sans ordonnance.

L'entourage constitue également l'une des ressources en cas de difficultés, et notamment les « amis », cités à 51,1%. Or, nous pouvons penser que cette situation pourrait entretenir les idées reçues et les défauts de conduite à tenir concernant l'utilisation de la contraception ainsi que les méthodes de rattrapage. En effet, les amis ne peuvent raisonnablement pas constituer une source fiable, sauf s'ils sont professionnels ou très bien informés. La contraception nécessite une individualisation de sa prise en charge, et il n'est pas souhaitable que les utilisatrices en difficulté se tournent vers leurs amis, souvent peu informés.

Il est important que le plus grand nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives soit bien informé sur la diversité des ressources existantes en cas de difficulté d'utilisation ou d'échec de leur contraception. Un mauvais conseil quant à la conduite à tenir peut avoir des conséquences bien trop graves pour la jeune femme concernée.

Il semble aussi important de développer des lieux qui proposent un accès gratuit et confidentiel, voire anonyme à la contraception, tels que les CPEF, que ce soit dans les Maisons Départementales de Solidarité ou dans les centres hospitaliers.

3.3 L'utilisation et les connaissances des différentes méthodes contraceptives

3.3.1 Les différentes méthodes utilisées

96,4% des femmes interrogées ayant une activité sexuelle utilisent une méthode contraceptive afin de prévenir le risque de grossesse.

La pilule contraceptive est la méthode la plus utilisée : 70,3% des participantes l'utilisent seule ou en association avec le préservatif. La deuxième méthode la plus utilisée est le préservatif (17,5%).

Peu de femmes utilisent les nouveaux moyens de contraception : 4,4% utilisent l'implant, 0,8% l'anneau et 0,8% le patch. Enfin les DIU sont utilisés par 2,6% des participantes. Il en résulte que 3,6% des femmes interrogées ayant des rapports sexuels fréquents n'utilisent aucun moyen de contraception.

Nos données correspondent aux résultats du Baromètre de santé 2010 concernant les « Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans ».
[29]

Ces chiffres montrent que la pilule et le préservatif, méthodes les plus anciennes, sont massivement utilisées par les jeunes femmes, ce qui soulève certaines interrogations sur leurs pratiques contraceptives. Interrogations que nous aborderons par la suite.

3.3.2 Les connaissances générales

Les résultats du Quiz permettent de constater une insuffisance des connaissances des jeunes femmes interrogées sur les différentes méthodes contraceptives existantes. Le taux moyen de bonnes réponses au Quiz est de 50%. Les méthodes ayant le meilleur taux de bonnes réponses sont : le préservatif avec 76% et la pilule contraceptive avec 60%.



Ce taux moyen de bonnes réponses augmente avec le niveau d'études des jeunes femmes. Il en va de même pour celui de leurs parents à l'exception de la catégorie « supérieur à BAC+5 » qui enregistre le taux moyen le plus faible. Il est difficile d'expliquer ce résultat.

Le taux moyen de bonnes réponses augmente également avec le nombre de moyens contraceptifs utilisés. Les femmes ayant utilisé trois moyens contraceptifs différents ont un taux moyen de bonnes réponses à 63,4% et le taux de celles qui n'en n'ont utilisé aucun s'élève à 44,3%. Les femmes ayant utilisé plusieurs contraceptifs en connaissent, de fait, d'avantage leur utilisation.

3.3.3 Connaissances et utilisation de la pilule contraceptive

La pilule contraceptive est le moyen sur lequel les femmes pensent avoir le plus de connaissances. Cette notion a peu d'influence sur la qualité des réponses à son sujet. Pourtant, bien que la grande majorité considère avoir des connaissances suffisantes la concernant, ces femmes n'obtiennent pas de meilleurs résultats que les autres. Son utilisation et son mode d'action ne sont donc pas toujours bien maîtrisés.

Alors que 70,3% d'entre elles l'utilisent, les participantes sont plus de la moitié à ne pas savoir si la pilule contraceptive maintient un cycle naturel.

En pensant que sous contraception, le cycle conserve ses caractéristiques, les utilisatrices estimerait toujours l'ovulation aux alentours du 14^e jour. Cette idée pourrait alors induire des erreurs pour la reconnaissance du risque de grossesse selon la date de l'éventuel oubli de pilule au cours de la plaquette.

Cependant, la majorité des participantes (70,4%) sait que même un oubli de pilule constitue un risque de grossesse.

Pourtant l'indice de Pearl de la pilule qui est à 0,3 en utilisation optimale est augmenté à 8 en utilisation courante, ce qui montre que la grande efficacité de ce moyen contraceptif est diminuée par le manque de connaissance et les erreurs d'utilisation.

Des idées reçues persistent sur la pilule contraceptive : environ un quart des participantes (26,2%) pensent qu'elle diminue la fertilité future et plus d'un tiers (38,4%) qu'elle fait grossir.

Ces « fausses vérités » sont un frein à l'utilisation des contraceptifs. Dans le contexte actuel de méfiance envers les médicaments et les dernières recommandations sur la prescription des COEP de 3^e et 4^e génération largement commentées par les médias, nous pouvons imaginer une confusion de la part des utilisatrices pour qui la pilule pourrait représenter un danger. Cette suspicion pourrait s'étendre à toute innovation concernant la contraception.

3.3.4 Connaissances et utilisation des nouveaux moyens de contraception hormonaux

Les nouveaux moyens de contraception hormonaux ont pour but premier de réduire les problèmes d'observance grâce à leur durée d'action prolongée, tout en conservant une efficacité au moins égale à celle de la pilule. Elle est même meilleure pour l'implant dont l'efficacité ne diminue pas en utilisation courante (indice de Pearl = 0,05).

Cependant, il semble que ces qualités soient méconnues de la majorité de l'échantillon. Concernant le fonctionnement des nouveaux moyens de contraception hormonaux, seule la moitié des participantes répondent que le patch (56,9%), l'implant (50,2 %) et l'anneau vaginal (36,2%) contiennent des hormones.

Lorsque nous avons interrogé les femmes sur la durée d'action de ces méthodes, elle était connue de seulement 57 % d'entre elles pour l'implant, 20 % pour l'anneau vaginal et 12% pour le patch. Comparés aux résultats de l'INPES en 2007 sur ces mêmes questions, nos résultats sont plus élevés pour l'implant et l'anneau vaginal et moins élevés pour le patch. [30]

Nous avons aussi cherché à évaluer le ressenti des participantes vis-à-vis de l'efficacité de ces nouveaux moyens. Alors que moins de la moitié (41%) pense que la pilule contraceptive est la méthode la plus efficace, seulement un quart sait que l'anneau vaginal (22%) et le patch (28%) ne sont pas moins efficaces que la pilule. Moins de la moitié des participantes (40%) sait que l'implant est l'une des méthodes contraceptives les plus efficaces.

Bien qu'elles soient récentes, ces méthodes n'échappent pas aux idées reçues : seule la moitié des participantes (46,2%) sait que l'anneau vaginal n'est pas réservé aux femmes qui ont eu des enfants et les deux tiers (60,9%) savent que l'implant peut être retiré à tout moment.

Ces résultats nous permettent de constater une méconnaissance des nouveaux moyens de contraception hormonaux. Les femmes ont des connaissances insuffisantes sur leur mode d'action, leur efficacité et leurs modalités d'utilisation. Rappelons que le taux moyen de bonnes réponses au Quiz les concernant est de 40% pour le patch, 33% pour l'anneau et 60% pour l'implant.

Seul l'implant se détache par une utilisation et une connaissance légèrement plus importante.

Ces différents résultats correspondent aux données recueillies par l'INPES dans son programme d'étude « Contraception : que savent les français ? » de 2007. Ce manque de connaissance explique sans doute leur faible utilisation, et réciproquement. [32]

3.3.5 Connaissances et utilisation des dispositifs intra-utérins

La moitié des participantes sait qu'il existe deux types de DIU. De même, la moitié sait qu'ils ne sont pas réservés aux femmes ayant des enfants. Les femmes savent aussi majoritairement qu'ils sont mis en place pour plusieurs années et qu'ils peuvent être retirés à tout moment.

Des idées reçues persistent : près de la moitié (45%) pense qu'ils rendent stérile à long terme, et une même proportion ne sait pas s'ils sont toujours responsables de règles abondantes et douloureuses.

Les DIU semblent être davantage connus que les nouvelles méthodes contraceptives, bien qu'ils que leur utilisation soit peu envisagée par les jeunes femmes n'ayant pas d'enfants. Ils sont davantage utilisés après une première grossesse, 4 des 6 utilisatrices de ce dispositif ayant répondu à notre étude ont au moins un enfant. [29]

Bien que le DIU puisse être prescrit aux nullipares, son indication est plus délicate chez les jeunes femmes multipliant les partenaires sexuels et se protégeant faiblement contre les IST.

De plus, les effets indésirables du DIU au cuivre peuvent être un frein à son utilisation chez les jeunes femmes. L'arrivée prochaine du DIU hormonal en taille « short » devrait permettre un changement de comportement face au DIU.

3.3.6 Connaissances et utilisation du préservatif

Le préservatif est utilisé comme contraceptif par un nombre important des femmes que nous avons interrogées (17,5%).

Il est utilisé seul ou en association avec les différents moyens de contraception. Parmi les utilisatrices de la pilule contraceptive, les trois quarts (73%) l'utilisent en association avec le préservatif.

Les questions du Quiz concernant le préservatif recueillent le plus fort taux de bonnes réponses.

Nous pouvons tout de même souligner que 95% des femmes savent qu'il existe un préservatif féminin et un masculin, mais la moitié des participantes ne savent pas si le préservatif masculin est le seul moyen de protection contre les IST. Sur cette question, nous pouvons nous demander si l'intégralité des participantes a été attentive à la précision « préservatif masculin » que nous avons donné à cet item.

De plus, l'utilisation du préservatif est liée à la notion d'instabilité affective. La grande majorité des utilisatrices (87,5%) du préservatif en contraceptif sont célibataires ou en couples depuis moins d'un an.

Le constat d'une forte utilisation du préservatif en tant que contraceptif et le lien entre l'utilisation du préservatif et la stabilité affective peuvent nous suggérer une confusion entre son efficacité certaine pour la protection des IST et son efficacité contraceptive. Les jeunes ont conscience qu'il est important de se protéger des IST et sont nombreux à utiliser le préservatif, mais cela ne devrait pas empêcher son utilisation en association avec une autre méthode contraceptive, d'autant que celui-ci n'est pas toujours utilisé à chaque rapport.

Il est possible de constater une diversité des pratiques quant à son utilisation. Un tiers des femmes utilisant le préservatif comme seule méthode contraceptive déclare ne pas l'utiliser à chaque rapport, ces femmes sont donc à risque de grossesse.

Près de la moitié des femmes interrogées (44,8%) ne sait pas si l'abstinence entre le 13^e et 15^e jour du cycle est une méthode efficace de contraception. Par ailleurs, l'INPES relève que 64% des femmes pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse, identifiables en surveillant son cycle.

L'association de ces données pourrait laisser penser que certaines femmes adapteraient leur utilisation du préservatif selon le jour du cycle.

Rappelons que l'indice de Pearl du préservatif en utilisation courante n'est que de 15. Il est donc moins efficace que les méthodes contraceptives hormonales. [7]

3.3.7 Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence.

Sur l'ensemble de la population étudiée, moins de la moitié (44,2%) pense avoir des connaissances suffisantes concernant la contraception d'urgence. Le taux moyen de bonnes réponses au Quiz la concernant est de 57%.

Les femmes considérant avoir des connaissances suffisantes n'obtiennent pas un meilleur taux de bonnes réponses. L'impression de la connaître la contraception d'urgence pourrait donc les empêcher de se renseigner objectivement.

Les connaissances sur la contraception d'urgence sont hétérogènes.

Alors que la majorité des jeunes femmes sait qu'elle est d'autant plus efficace qu'elle est prise tôt après le rapport à risque, elles sont très nombreuses à sous-estimer son délai d'efficacité. 69% à pensent qu'elle doit être prise au plus tard le lendemain du rapport. L'INPES, a aussi montré que 91% des français connaissant la contraception d'urgence sous-estiment ce délai.

Ces résultats peuvent être influencés par l'appellation commune de « pilule du lendemain » que l'on donne au Lévonorgestrel.

Cette méconnaissance du délai réel d'efficacité peut pousser certaines femmes à ne pas l'utiliser, en pensant que le délai d'efficacité est dépassé.

L'existence d'autres moyens de contraception d'urgence est peu connue. A peine un tiers des femmes (30,1%) sait qu'il existe des méthodes efficaces jusqu'à 5 jours et la quasi-totalité d'entre elles (97,3%) ignore l'utilisation du DIU au cuivre en tant que contraceptif d'urgence.

Or, ces méthodes constituent un outil supplémentaire pour réduire le risque de grossesse après un rapport non protégé.

De plus, l'ANSM a montré en 2013 que le Lévonogestrel présente une efficacité diminuée chez les femmes pesant plus de 75 kg et n'est plus efficace chez les femmes pesant plus de 80kg. Or, l'obésité croît en France, et ce plus nettement chez les jeunes adultes. Chez les femmes, le taux d'obésité est estimé à 15,1%, et 26% sont en surpoids. [33][34]

Il paraît donc indispensable que toutes les méthodes contraceptives de rattrapage soient mieux connues de toutes.

Plus d'un tiers des participantes (38,7%) déclare ne pas avoir été informées sur la contraception d'urgence lors de la prescription de leur contraceptif. L'HAS recommande d'informer sur « les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et les conditions d'accès ». [20]

La bonne utilisation de la contraception d'urgence nécessite qu'elle soit utilisée ponctuellement après un rapport non protégé ou une mauvaise utilisation du moyen contraceptif habituel. Or, un tiers des participantes ne sait pas si elle peut être utilisée en tant que contraception si les rapports sexuels ne sont pas réguliers.

Pour que les méthodes de rattrapage soient bien utilisées, il faut pouvoir reconnaître le rapport à risque. Ceci implique une bonne connaissance du moyen de contraception utilisé.

Enfin, il faut que les jeunes femmes sachent quelles ressources fiables sont à leur disposition afin de faciliter la prise de la contraception d'urgence, et ce le plus rapidement possible.

3.4 La satisfaction des utilisatrices et les modalités de la prescription

3.4.1 Le ressenti des utilisatrices

En France un tiers des grossesses est imprévu, et parmi ces grossesses les deux tiers concernent une femme utilisant un moyen contraceptif. L'étude COCON, a cherché à mettre en évidence les causes de ces échecs. Les femmes interrogées ont attribué en partie ces échecs au fait qu'elles n'aient pas pu choisir leur moyen contraceptif et que celui-ci ne leur convient pas. [17]

Dans notre étude, les grossesses imprévues, ayant ou non abouti à une IVG, concernent près de 9% des participantes.

De manière générale les participantes sont assez satisfaites de l'efficacité de leur contraceptif. Elles le trouvent assez facile d'utilisation et le trouvent plus ou moins adapté à leur mode de vie. Cependant, nous pouvons constater que les utilisatrices de nouveaux moyens de contraception hormonaux et de DIU sont les plus nombreuses à trouver l'efficacité de leur contraceptif « très satisfaisante », leur utilisation « très facile », et à le trouver « adapté » à leur mode de vie. Ce sont les utilisatrices du préservatif qui sont les plus insatisfaites.

Les femmes ont donc un avis assez mitigé sur leur contraceptif. Elles sont tout de même 40,7% à souhaiter changer de contraceptif. Les raisons évoquées au fait qu'elles ne le font pas sont, comme nous pouvions l'imaginer : la peur des effets secondaires, le manque de connaissance des différents moyens existants, et le fait qu'elle trouvent le changement de contraception trop compliqué. Les raisons financières ont aussi été invoquées par 14% des participantes, d'où l'importance que ces jeunes femmes connaissent les différentes ressources existantes, telles que les CPEF.

Il paraît dès lors difficile de choisir une contraception adaptée à son mode de vie sans connaître le panel contraceptif, les avantages et les spécificités des diverses méthodes contraceptives.

3.4.2 Les pratiques des prescripteurs

Dès 2004, la HAS a émis des recommandations destinées aux prescripteurs pour améliorer l'adaptation du contraceptif « à la vie sexuelle et affective » de chaque femme. Une meilleure adaptation de la contraception augmente la satisfaction de l'utilisatrice, et améliore son utilisation et son efficacité pratique.

Des moyens ont ainsi été mis en place afin d'aider les prescripteurs à entreprendre cette démarche. L'OMS a proposé une méthode éducative pour y parvenir ; la méthode BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. [17] [35]

Nos résultats ont montré que prescripteurs semblent moyennement investis dans cette démarche.

Au niveau de l'information, seule la moitié (51%) des femmes interrogées considère avoir été informée par leur prescripteur sur les différentes méthodes de contraception existantes, méthodes qu'elles auraient pu choisir d'utiliser.

La majorité des prescripteurs ne leur a pas demandé si elles désiraient un autre moyen de contraception que celui prescrit en première intention. Ce constat nous permet de relever un manque de personnalisation de la prescription. Ceci est corroboré par le fort taux d'utilisation de la pilule contraceptive.

Les participantes déclarent à 79,6% avoir reçu des informations sur l'utilisation et la conduite à tenir en cas d'oubli ou de problème d'utilisation du contraceptif prescrit. Cependant, lorsque nous leur avons demandé si elles ont été informées sur la contraception d'urgence, 61,3% d'entre elles répondent « oui ». Ces résultats laissent à penser que les prescripteurs ont bien informé leurs patientes sur l'utilisation de leur contraceptif mais qu'ils sont moins nombreux à les avoir renseignées sur la conduite à tenir en cas de mauvaise utilisation, ou alors que cette information n'a pas été bien comprise.

Enfin, bien que cela ne soit pas recommandé dans toutes les situations, un peu moins d'un tiers des prescripteurs (28,9%) a trouvé utile de prescrire, à l'avance, une contraception d'urgence à leur patiente. Ce constat suppose qu'une information complète sur la contraception a été délivrée par ces prescripteurs. L'ordonnance préventive permet donc sans doute d'améliorer le recours à la contraception d'urgence lors d'un éventuel échec de contraception chez certaines patientes, bien que l'HAS n'ait pas démontré d'amélioration de son utilisation dans la population générale. [24]



Cette prescription à l'avance a le mérite de bien soulever le problème de l'inobservance et lui apporte une solution.

Les pratiques de prescription des professionnels médicaux semblent hétérogènes, bien que nous n'ayons pas démontré de variation de ces pratiques selon le type de prescripteurs. Il est dès lors important de continuer l'uniformisation des pratiques en accentuant l'information sur les méthodes contraceptives, en intensifiant le conseil tout en maintenant le libre choix, et en multipliant l'information sur les conduites à tenir en cas d'échec, y compris sur la contraception d'urgence.

L'information délivrée devrait être adaptée au niveau de compréhension de la patiente. Il paraît important de s'assurer de la bonne utilisation et la bonne observance de la prescription.

Conclusion

Les résultats de notre enquête auprès des jeunes femmes de 18 à 25 ans nous ont permis de mettre en évidence certains points importants de leurs pratiques contraceptives et ont permis de répondre à nos hypothèses initiales.

Les jeunes femmes ont principalement reçu une information sur la contraception, et plusieurs sources ont été identifiées. Les principales sources sont leurs parents, le milieu scolaire et les professionnels de santé.

Il semble cependant que l'information soit incomplète et trop générale, portant d'avantage sur la pilule contraceptive et le préservatif, et laissant de côté les autres méthodes contraceptives.

Il paraît important d'améliorer le contenu de l'information et de s'assurer de sa compréhension par les jeunes femmes. Un support papier récapitulant l'information délivrée est un bon outil pour que les connaissances transmises puissent perdurer. Les établissements scolaires ont aussi la responsabilité d'organiser des interventions de bonne qualité, comme le prévoit la loi de 2001.

A défaut de pouvoir délivrer une information complète, un simple conseil sur les lieux où les jeunes femmes peuvent se renseigner de façon confidentielle et gratuite constitue déjà une bonne démarche.

La pilule contraceptive est majoritairement utilisée par la population ciblée par l'étude. Les nouveaux moyens de contraception, bien moins connus, ne sont que très peu utilisés. Le lien entre la méconnaissance de ces moyens et leur très faible utilisation semble établi. Or, ils ont été créés dans le but de faciliter l'observance et de libérer la femme de la contrainte que pourrait constituer une méthode à utiliser quotidiennement ou à chaque rapport.

Le fait de connaître une méthode contraceptive n'en implique pas sa maîtrise, la contraception d'urgence en étant le meilleur exemple.

En effet, bien que partiellement connue par le plus grand nombre, ses conditions d'utilisation sont très fortement ignorées ou méconnues.

Les jeunes femmes ayant répondu à l'étude semblent avoir un avis assez mitigé sur leur contraceptif, et ce bien qu'elles en soient globalement assez satisfaites. Cependant, il paraît difficile qu'elles puissent choisir un contraceptif qui leur convient sans bien connaître les différentes spécificités des méthodes existantes.

Les prescripteurs jouent un rôle prépondérant dans l'information et la bonne utilisation de la contraception. Les jeunes femmes devant rencontrer un professionnel de santé avant de pouvoir obtenir toute contraception, c'est à ce moment clé que doit se faire la transmission de connaissances indispensables et des bonnes pratiques. Il est fondamental que les prescripteurs prennent le temps de dialoguer avec leurs patientes afin de s'assurer que l'information délivrée est claire et complète.

Les pratiques contraceptives des jeunes adultes sont de fait influencées par les pratiques de prescription des professionnels.

D'après les constats rapportés des différentes études menées sur les pratiques contraceptives des français, l'HAS a donné l'impulsion des bonnes pratiques de prescription contraceptives en établissant de nombreuses recommandations et aides aux pratiques des professionnelles. La formation continue et la connaissance des nouvelles recommandations semblent nécessaires afin d'améliorer la personnalisation de la prescription, en la rendant la plus adaptée possible à sa patiente.

L'adaptation prend en compte la vie affective et sexuelle des patientes, dans une population où les rapports ne semblent pas toujours réguliers, comme le décrit Nathalie BAJOS (chercheur INSERM) : « Il est difficile de se protéger quotidiennement d'un risque que l'on n'encourt pas quotidiennement ». Les problèmes d'observance étant une source importante d'échecs de contraception, il est fondamental que le prescripteur prenne en compte l'ensemble du panel

contraceptif à sa disposition afin d'aider la femme à choisir le contraceptif le plus adapté.

Lors du suivi gynécologique ou du renouvellement de la prescription, le professionnel devrait aussi évaluer la satisfaction et les éventuelles difficultés rencontrées par sa patiente afin de s'assurer que le moyen prescrit initialement est toujours bien adapté à sa situation.

La multiplication des prescripteurs et des intervenants en contraception, dont font à présent partie les sages-femmes, ne peut être que bénéfique à la qualité de la prescription contraceptive. Celle-ci laisse espérer, à terme, une diminution des échecs de contraception que représentent les grossesses imprévues.



Bibliographie

- [1] Van de Walle E., *Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ?* INED, Population et sociétés n°418, décembre 2005
- [2] Lansac J., *La contraception, de l'antiquité à de nos jours*, 31^e journées nationales du CNGOF, 2007
- [3] Le service public de la diffusion du droit, site internet www.legifrance.fr, consulté en novembre 2013
- [4] Régnier-Loilier A., *Après la loi de Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ?* INED, population et sociétés n°439, novembre 2005
- [5] *Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1^{ère} ou 2^e génération*, HAS, novembre 2012
- [6] Questions-réponses : la pilule contraceptive, ANSM, juin 2013
- [7] Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles, HAS, mars 2013
- [8] INPES, site internet, www.choisirsacontraception.fr, consulté en novembre 2013
- [9] Vidal la base de données en ligne des prescripteurs libéraux, site internet, www.vidal.fr, consulté en novembre 2013
- [10] *Stérilisation à vise contraceptive*, livret d'information, Direction générale de la santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Mai 2005
- [11] *Contraception, pour une prescription adaptée*, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, mars 2005
- [12] Bajos N., *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* INED, Population et sociétés n°492, septembre 2012

[13] *Contraception, IVG et IST chez les franciliennes, Résultats du baromètre de santé 2010 de l'INPES*, ORS, La santé des franciliens, juin 2013

[14] Bajos N., *Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France*, INED, Population n°59, Mars 2004

[15] Bajos N., *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*, INED, Population et sociétés n°407, décembre 2007

[16] *Les comportements de santé des jeunes, Analyse du baromètre de santé 2010*, INPES, Mai 2013

[17] *Synthèse de l'enquête Cocon*, Inserm-INED unité 822, mars 2008

[18] *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*, Dossier de presse, INPES, septembre 2007

[19] *L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique*, rapport 2011, DREES, 2011

[20] *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes*, Fiche mémo, HAS, juillet 2013

[21] *L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées*, Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003, Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, 2003

[22] Ministère de l'éducation nationale, *La santé des élèves, sexualité : prévention des risques*, www.education.gouv.fr, consulté en novembre 2013

[23] Ministère des affaires sociales et de la santé, *Les centres de planification ou d'éducation familiale*, site internet, www.sante.gouv.fr, consulté en novembre 2013

[24] *Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance*, Recommandations en santé publique, HAS, avril 2013

[25] *Contraception chez l'adolescente*, Fiche mémo, HAS, juillet 2013



[26] *Article L4151-1, Code de santé publique*

[27] Les compétences, Ordre des sages-femmes Conseil national, Les compétences, www.ordre-sages-femmes.fr, consulté en novembre 2013

[28] *Contraception : que savent les français ?*, *Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, Dossier de presse, INPES, juin 2007

[29] *Pratiques contraceptives des moins des 30 ans*, Baromètre de sante 2010, Mai 2013

[30] *Les français et la contraception*, BVA – INPES, Mars 2007

[31] *La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication*, Rapport, Inspection générales des affaires sociales, octobre 2009.

[32] *Sexualité, contraception et prévention en Ile-de-France, résultats du baromètre de santé 2010*, ORS-INPES, décembre 2013.

[33] Questions-réponses : Norlévo, ANSM, novembre 2013

[34] Enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France, ObEpi-Roche 2009, www.roche.fr, consulté en novembre 2013

[35] *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* Repères pour votre pratique, INPES, septembre 2013



Annexe

Annexe I : Le questionnaire

Information, utilisation et satisfaction :
Etude de la contraception des jeunes adultes
(18-25 ans)

Bonjour,

Je suis étudiante sage - femme et dans le cadre de **mon mémoire de fin d'études** je vous propose de répondre à ce questionnaire.

Le recueil et l'analyse des questionnaires seront traités de façon strictement **anonyme**.

Je vous remercie de bien vouloir répondre à toutes les questions, de manière honnête et sans aide extérieure, même si vous n'êtes pas sûres de vos réponses.

Ce questionnaire concerne, les femmes entre 18 et 25 ans, qui utilisent ou non une contraception, qui ne sont pas enceinte et qui n'ont pas de projet de grossesse pour les prochains mois.

La durée approximative du questionnaire est de **10 minutes**

Merci de votre participation à cette étude.

Pour plus d'informations vous pouvez me contacter par mail : memoirecontraception2013@gmail.com

Lieu de distribution du questionnaire :



Contraception : information, prévention et éducation

1- Avez-vous reçu une information concernant la contraception :

OUI NON

Si OUI, de qui l'avez-vous reçue : *Vous pouvez cocher plusieurs cases*

- Parents
- Amis
- En milieu scolaire : actions collectives d'éducation à la santé, en cours (exemple : SVT)
- Médias
- CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) / centre de dépistage
- Personnel médical (médecin traitant, gynécologue, sage femme,...)
- Autres, précisez

2- Cette information vous a-t-elle parue :

- Claire Complète Personnalisée
- Peu compréhensible Insuffisante Non personnalisée

3- Sur quel(s) moyens de contraception pensez-vous avoir des connaissances suffisantes ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases

- Le préservatif Le patch contraceptif
- La pilule L'anneau vaginal
- L'implant La contraception d'urgence
- Les dispositifs intra-utérin (ou DIU, anciennement appelés stérilets)

4- Pouvez-vous parler librement de contraception avec votre entourage?

OUI NON

5- Où vous adresseriez vous en cas de problème d'utilisation ou de besoin d'informations au sujet de votre contraception ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases

- Parents /famille Amis
- Médecin traitant Gynécologue
- CPEF Sage - femme
- Je ne sais pas Autres, précisez



Quizz : Connaissances sur la contraception

Pour chaque proposition entourez soit le **(V)** pour vrai soit le **(F)** pour faux soit **(?)** si vous ne savez pas

1- Concernant la pilule contraceptive

- V / F / ? - La pilule est le moyen de contraception le plus efficace
- V / F / ? - La pilule fait grossir
- V / F / ? - Quand on prend la pilule, on conserve un cycle naturel
- V / F / ? - Un oubli de pilule (de plus de 12h) est possible sans risque de grossesse si ce n'est qu'une fois par plaquette
- V / F / ? - L'utilisation prolongée d'une pilule contraceptive diminue la fertilité future

2- Concernant l'anneau vaginal

- V / F / ? - Il est réservé aux femmes qui ont déjà eu un enfant
- V / F / ? - Il est réservé aux femmes qui ne peuvent pas prendre la pilule
- V / F / ? - Il doit être mis en place par un médecin ou une sage femme
- V / F / ? - Il contient des hormones
- V / F / ? - Il est moins efficace que la pilule
- V / F / ? - Il doit être mis en place pour 3 semaines

3- Concernant le patch

- V / F / ? - Il contient des hormones
- V / F / ? - Il doit être enlevé pour prendre sa douche
- V / F / ? - Il est moins efficace que la pilule
- V / F / ? - Il se change toutes les 3 semaines
- V / F / ? - Il peut être placé n'importe où sur le corps

4- Concernant le Dispositif Intra Utérin (DIU, anciennement appelé stérilet)

- V / F / ? - Tous les DIU sont réservés aux femmes qui ont déjà eu des enfants
- V / F / ? - Il rend stérile à long terme
- V / F / ? - Il existe un DIU qui contient des hormones et un qui n'en contient pas
- V / F / ? - Il entraîne toujours des règles abondantes et douloureuses
- V / F / ? - Il est mis en place pour plusieurs années
- V / F / ? - Il peut être retiré à tout moment si on désire avoir un enfant



5- Concernant l'implant contraceptif

- V / F / ? - Il est généralement mis en place pour 3 ans
- V / F / ? - Il se place dans l'utérus
- V / F / ? - C'est l'un des contraceptifs les plus efficaces
- V / F / ? - Il ne contient pas d'hormone
- V / F / ? - Il peut être retiré à tout moment si on désire avoir un enfant

6- Concernant la contraception d'urgence

- V / F / ? - La contraception d'urgence peut être un moyen de contraception si les rapports ne sont pas réguliers
- V / F / ? - La contraception d'urgence est efficace à 100%
- V / F / ? - La contraception d'urgence doit être prise au plus tard le lendemain du rapport
- V / F / ? - Il existe une contraception d'urgence qui reste efficace jusqu'à 5 jours
- V / F / ? - Plus la contraception d'urgence est prise tôt après le rapport sexuel, plus elle est efficace
- V / F / ? - Toute contraception d'urgence doit être obligatoirement prescrite par un médecin
- V / F / ? - Le stérilet peut être une méthode de contraception d'urgence

7- Concernant le préservatif

- V / F / ? - Il existe des préservatifs féminins et masculins
- V / F / ? - Le préservatif masculin est le seul moyen efficace contre les infections sexuellement transmissibles
- V / F / ? - En terme de contraceptif, le préservatif masculin est plus efficace que la pilule contraceptive
- V / F / ? - Le préservatif masculin ne doit être mis que lorsque le pénis est en érection
- V / F / ? - Le préservatif peut être réutilisé s'il n'y a pas eu d'éjaculation

8 - Concernant les moyens de contraception non hormonaux

- V / F / ? - Les spermicides ont pour but de détruire les spermatozoïdes lors du rapport
- V / F / ? - Les spermicides peuvent être associés au préservatif
- V / F / ? - Les spermicides se place dans l'utérus
- V / F / ? - Le retrait avant l'éjaculation (coït interrompu) est un moyen efficace de contraception
- V / F / ? - L'abstinence entre le 13^e et 15^e jour du cycle est un moyen efficace de contraception



Habitudes de vie

1- Etes-vous en couple actuellement ?

- OUI NON

Si OUI, depuis combien de temps

2- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

- Moins de 15 ans Entre 18 et 20 ans
 Entre 15 et 18 ans Entre 20 et 25 ans
 Je n'ai jamais eu de rapport sexuel avec un homme

3- Utilisez-vous des préservatifs ?

- OUI NON NON, car je n'ai jamais eu de rapport sexuel

Si OUI, l'utilisez-vous à chaque rapport ?

- OUI NON

Si OUI, pourquoi l'utilisez-vous ? Vous pouvez cocher plusieurs cases

- Contre les infections sexuellement transmissibles
 Contre le risque de grossesse

4- Utilisez-vous un moyen de contraception ? (Méthode autre que le préservatif)

- OUI NON

Si OUI, lequel :

Si OUI, combien de temps après votre 1^{er} rapport avez-vous commencé à utiliser une contraception ? (Méthode autre que le préservatif)

- Dès le 1^{er} rapport De 2 à 5ans après
 Moins d'un an après Plus de 5ans après

5- Quels moyens de contraception avez-vous déjà utilisé ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases

- Préservatif Dispositif intra utérin (stérilet)
 Pilule contraceptive Anneau vaginal
 Patch Implant contraceptif
 Aucun Autres : spermicides, cape cervicale, diaphragme



6- Actuellement, quelle est la fréquence de vos rapports sexuels ?

- Moins d'une fois par mois Plus de 4 fois par mois
 1 à 2 fois par mois Je n'ai pas de rapport sexuel
 2 à 4 fois par mois Je ne veux pas répondre

7- Avez-vous un ou plusieurs enfants ?

- OUI NON

Si OUI, cela a-t-il entraîné un changement de contraception ?

- OUI NON

Si OUI, précisez le moyen que vous utilisiez :

Avant Après

Êtes-vous satisfaite de votre contraception ?

1- Comment trouvez-vous l'efficacité de votre contraceptif

- Non satisfaisante Satisfaisante Très satisfaisant Je n'utilise pas de contraception

2- Comment qualifiez-vous la facilité d'utilisation de votre contraceptif

- Pas facile Facile Très facile Je n'utilise pas de contraception

3- Votre contraceptif est – il ?

- Contraignant Peu contraignant Pas du tout contraignant
 Je n'utilise pas de contraception

4- Trouvez-vous que votre contraceptif est adapté a votre mode de vie, vos habitudes, vos préférences ?

- Non adapté Plus ou moins adapté Adapté Je n'utilise pas de contraception

5- Aimeriez-vous utiliser un autre moyen de contraception ?

- OUI NON Je n'utilise pas de contraception

Si OUI, pour quelle(s) raison(s) ne le faites-vous pas ? Vous pouvez cocher plusieurs cases

- Vous ne savez pas où vous adresser
 Vous pensez que le changement de contraception n'est pas possible ou trop compliqué
 Par manque de connaissances des autres moyens de contraception
 Pour des raisons financières
 Vous n'y avez pas pensé auparavant
 Vous redoutez les effets secondaires des autres moyens de contraception que le vôtre
 Autres, précisez.....



Je n'utilise pas de contraception

6- Avez-vous déjà eu une grossesse non désirée ou eu recours à une Interruption Volontaire de Grossesse, suite à un échec de votre moyen de contraception ?

OUI NON Je ne souhaite pas répondre à cette question

7- Au moment de la prescription de votre contraceptif :

Vous a-t-on parlé des autres moyens de contraception ?

OUI NON Je n'utilise pas de contraception

Vous a-t-on demandé si vous souhaitiez un autre contraceptif que celui prescrit en première intention?

OUI NON Je n'utilise pas de contraception

Vous a-t-on apporté des informations claires sur l'utilisation de votre contraceptif ainsi que sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou de problème d'utilisation ?

OUI NON Je n'utilise pas de contraception

Vous a-t-on parlé de contraception d'urgence ?

OUI NON Je n'utilise pas de contraception

Vous a-t-on prescrit une contraception d'urgence ?

OUI NON Je n'utilise pas de contraception

8- Par qui le contraceptif que vous utilisez vous a-t-il été prescrit ?

- Médecin traitant
- Gynécologue en ville
- Sage-femme libérale
- Au CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale)
- Médecin / gynécologue / sage femme en milieu hospitalier
- Autre, précisez
- Je n'utilise pas de contraception



ENFIN ...

En quelle année êtes-vous née ?

Quel est votre niveau d'études ?

- Lycée / CAP / BEP De BAC 4 à BAC +5
 De BAC à BAC + 3 Supérieur à BAC + 5

Quel est le niveau d'études de vos parents ?

- Niveau BAC/CAP/BEP De BAC 4 à BAC +5
 De BAC à BAC + 3 Supérieur à BAC + 5

Après avoir répondu à ce questionnaire vous pensez :

- Ne rien vouloir changer à votre méthode contraceptive
 Souhaiter changer votre méthode contraceptive
 Vous renseigner sur les différentes méthodes contraceptives existantes
 Autres, précisez.....