



HAL
open science

Conseil contraceptif en psychiatrie: impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies en centre médico-psychologique d'Île de France

Marianne Delbecq Guirimand

► To cite this version:

Marianne Delbecq Guirimand. Conseil contraceptif en psychiatrie: impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies en centre médico-psychologique d'Île de France. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01132077

HAL Id: dumas-01132077

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01132077>

Submitted on 16 Mar 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. 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.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014

N°147

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Conseil contraceptif en psychiatrie :
Impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant
influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies en
centre médico-psychologique d'Île de France

Présentée et soutenue publiquement
le 13 octobre 2014

Par

DELBECQ GUIRIMAND, Marianne
Née le 3 janvier 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Chaumartin, Nadia, PH

Jury :

Mme Le Professeur Gompel, Anne, PU-PH Président
M. Le Professeur Nizard, Jacky, PU-PH Membre
M. Le Docteur Ferreri, Florian, MCU-PH Membre
M. Le Docteur Schwartz, Jean-Claude, MCA Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

*Il n'y a rien, que les hommes aiment mieux à conserver
et qu'ils ménagent moins que leur propre vie.*

La Bruyère.

*La chose la plus importante en communication,
c'est d'entendre ce qui n'est pas dit.*

D'après Peter Drucker

Remerciements

A la présidente de jury

A Madame le professeur Anne GOMBEL : Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et je vous remercie vivement de consacrer de votre temps pour juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.

Aux membres du jury

A Monsieur le professeur Jacky NIZARD : Je vous remercie de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous suis reconnaissante et vous exprime ma profonde considération.

A Monsieur le docteur Florian FERRERI : Je vous remercie de me consacrer une partie de votre temps et d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous suis reconnaissante et vous exprime ma profonde considération.

A Monsieur le docteur Jean-Claude SCHWARTZ : Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, votre participation a énormément de sens pour moi. Merci d'avoir contribué à enrichir et réaffirmer mon chemin de vie professionnel. Je vous suis reconnaissante et vous exprime ma profonde admiration.

A ma directrice de thèse

Au Docteur Nadia CHAUMARTIN : Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail qui me tenait à cœur et sur lequel vous avez aussitôt embrayé avec confiance. Vous avez su m'accompagner avec dynamisme, compétence, enthousiasme et vos encouragements réguliers, votre grande disponibilité m'ont permis de réaliser cette thèse avec plaisir. Je vous en suis profondément reconnaissante.

A ma famille

A mes parents, merci pour l'éducation et les valeurs que vous avez su me communiquer, si précieuses pour prendre soins de mes patients. Merci Papa, de m'avoir transmis cette fibre de la médecine générale. Merci Maman, d'avoir toujours été là dans les moments de doutes et de joie, merci pour ton soutien sans faille.

A mes grands-parents, qui sur terre puis d'en haut avez su me donner confiance et foi dans ce chemin de médecine.

A mes frères qui avez su supporter leur petite sœur et avez toujours été là pour me pousser à aller plus loin. Merci pour tous ces beaux moments de partage, de complicité et tout ceux à venir qui rendent la vie si belle.

A Avit, mon mari, merci pour l'amour que tu me portes, amour qui me transporte dans chacun de mes pas et me renforce dans cette belle vocation. Merci pour ton aide si précieuse en tant qu'expert en EXCEL®, expert en réassurance, expert en mari...

A ma belle-famille, merci pour votre soutien, vos encouragements et ces bons moments de détente.

A mes amis qui m'avez permis de garder un équilibre de vie festive et conviviale afin de toujours travailler dans la bonne humeur.

Aux professionnels et patients ayant été sollicités pour cette étude.

Merci aux patientes ayant accepté de répondre à mon questionnaire.

Merci aux directeurs et équipes médicales et paramédicales des CMP qui m'ont permis de réaliser cette étude au près de leur patientes.

Merci aux psychiatres de l'Hôpital Paul Guiraud à Clamart qui m'ont aidée à développer ce sujet d'étude.

Merci à monsieur le Docteur Raphaël URREA pour cette initiation de la médecine générale en milieu psychiatrique m'ayant permis d'acquérir un champ de compétence bien spécifique.

Table des matières

1. Introduction	7
1.1 La contraception en France.....	7
1.1.1 Le début de la contraception en France	7
1.1.2 La médicalisation du conseil contraceptif au fil des années.....	7
1.1.3. Prescripteur des méthodes de contraception.....	9
1.1.3.1 Les missions générales du médecin généraliste	9
1.1.3.2 Le médecin généraliste et l'activité gynécologique	9
1.1.3.3 Evolution des actes gynécologiques exercés par le médecin généraliste dans les années à venir.....	10
1.1.4 Facteurs sociodémographiques pouvant influencer le conseil contraceptif	11
1.1.5 Facteurs médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif.....	12
1.2 Particularités des femmes atteintes d'une pathologie psychiatrique pouvant influencer le conseil contraceptif.....	12
1.2.1 Particularités sociales et démographiques des patients présentant une pathologie psychiatrique.....	13
1.2.2 Particularités médicales des patients présentant une pathologie psychiatrique..	13
1.2.3 Particularités de la sexualité des patients présentant une pathologie psychiatrique	14
2. Matériel et Méthodes	16
2.1 Objectif	16
2.2 Méthodes	16
2.2.1 Type d'étude	16
2.2.2 Population.....	16
2.2.3 Réalisation de l'étude	16
2.2.4 Questionnaire de thèse (Annexe 2).....	17
2.2.5 Modalités de réalisation du questionnaire	17
2.2.6 Biais attendus.....	18
3. Résultats	19
3.1 Description de la population étudiée	19
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	19
3.1.2 Caractéristiques médicales	23
3.2. Caractéristiques de la contraception des patientes interrogées.....	24
3.2.1 Taux de contraception	24
3.2.2 Type de contraception	25
3.2.3 Motif d'absence de contraception.....	25

3.2.4	Prescripteur de la contraception	26
3.2.5	Méthodes contraceptives en fonction de la spécialité du prescripteur	26
3.2.6	Personne ayant fait le choix de la contraception	27
3.3	Description des caractéristiques de la contraception en fonction des différents facteurs sociodémographiques et médicaux	28
3.3.1	Facteurs associés à la présence d'une contraception	28
3.3.2	Facteurs associés à la méthode contraceptive choisie	37
3.3.3	Facteurs associés à la spécialité du prescripteur.....	42
3.3.4	Facteurs associés à la personne ayant fait le choix de la contraception	45
4.	Discussion.....	49
4.1	Forces de l'étude.....	49
4.2	Faiblesses de l'étude.....	49
4.3	Description de la population étudiée	50
4.4	Caractéristiques de la contraception des patientes interrogées.....	51
4.4.1	Taux de contraception	51
4.4.2	Mode de contraception	51
4.4.3	Impact de la spécialité du prescripteur sur le moyen de contraception	52
4.4.4	Personne ayant fait le choix de la contraception	53
4.5	Caractéristiques de la contraception en fonction des différents facteurs sociodémographiques et médicaux.....	53
4.5.1	Selon l'âge	53
4.5.2	Selon la parité	54
4.5.3	Selon le mode de vie.....	54
4.5.4	Selon l'existence d'une mesure de protection	55
4.5.5	Selon le niveau d'études	55
4.5.6	Selon le type de revenu.....	55
4.5.7	Selon la spécialité du prescripteur.....	56
4.5.8	Selon le diagnostic psychiatrique	56
4.5.9	Selon l'ancienneté du diagnostic psychiatrique.....	57
5.	Conclusions	58
6.	Annexes	60
6.1	Lettre au directeur des CMP.....	60
6.2	Lettre aux patientes.....	61
6.2	Questionnaire de thèse.....	62
7.	Bibliographie	63

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AFSSAP : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Implant Contraceptif

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin généraliste

PMI : Protection maternelle infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans domicile fixe

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Introduction

1.1 La contraception en France

1.1.1 Le début de la contraception en France

Le 28 décembre 1967, la contraception est légalisée en France après adoption du projet de Lucien Neuwirth. Mais une série de décrets aura été nécessaire pour son application effective et c'est seulement en décembre 1974 qu'elle sera libéralisée et remboursée par la Sécurité Sociale et qu'elle pourra être prescrite gratuitement dans les centres de planification familiale, à une mineure, sans autorisation parentale. A cette même date sont créés des « Centres de planification ou d'éducation familiale » dans chaque centre de protection maternelle infantile (PMI).

1.1.2 La médicalisation du conseil contraceptif au fil des années

La contraception est en 2010 essentiellement féminine et médicale, nécessitant l'intervention d'un médecin pour la mise en route d'un moyen contraceptif. En effet, les méthodes de contraception masculine sont moins utilisées et sont associées à un taux d'échec supérieur : 10.2 % des couples utilisent le préservatif dont le taux d'échec est de 15%. La stérilisation masculine, méthode irréversible, est elle en revanche très efficace (0.15% d'échec par année d'utilisation) mais nécessite des conditions très strictes pour pouvoir être faite et n'est que très peu utilisé en France.

De plus, les méthodes naturelles (méthode Ogino, méthode de Billings, méthode des températures, méthode de retrait) ne concernent que 1.2 % de la population générale.

L'enquête Cocon a montré que la médicalisation de la contraception a débuté dès la légalisation de la pratique contraceptive et s'est prolongée dans les années 2000 [1].

Selon le baromètre de la Santé 2010 [2], 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode de contraception, 2,1 % en utilisent une de manière irrégulière et 7,7 % n'utilisent aucun moyen de contraception.

La pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée en France, avec 55.5% des femmes âgées de 15 à 49 ans y ayant recours. La fréquence maximale d'utilisation concerne les femmes de 20 à 24 ans.

Le Dispositif Intra Utérin (DIU) est utilisé essentiellement par les femmes âgées de plus de 35ans. Le DIU est utilisé pour 1.3% des femmes de 15-45ans sans enfant. 20% des femmes de 15-45 ans avec un enfant et 40% pour celles qui en ont deux ou plus.

L'usage du préservatif masculin ne concerne que 10.3% des femmes avec un maximum d'utilisation pour les moins de 20 ans (18.3 %)

Implant, patch, anneau et injection de progestatifs sont encore peu utilisés (4,7 % des femmes). Ce sont les femmes âgées de 25 à 34 ans qui y ont le plus souvent recours (6,2 %).

Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en % déclarant utiliser une méthode contraceptive.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8 83,4	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ : France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2010.

En 2004, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) [devenue par la suite la Haute Autorité de Santé(HAS)], l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) mettent en place une série de recommandations pour les professionnels de santé « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » [3]. Ces recommandations visent à les guider dans le domaine de la contraception afin de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives.

En 2013, la HAS a publié des fiches mémo (« Contraception : prescription et conseils aux femmes » juillet 2013. « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer » avril 2013 [4]) visant à fournir aux professionnels de santé, des outils afin de mieux aider les femmes, les hommes et les couples à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

La HAS insiste sur le fait que le choix d'une contraception est un choix personnalisé, adapté et choisi par et avec la patiente. Ce choix est fonction de l'état de santé de la patiente(en fonction d'éventuelles contre-indications à l'utilisation de cette méthode), de

son mode de vie (tabagisme actif, relations sexuelles à risques), de sa capacité à être observante de la méthode de contraception choisie.

A noter, que la contraception n'est pas un modèle figé et que le conseil contraceptif devra être renouvelé au cours de la vie en fonction de l'évolution des désirs, des projets, de la survenue d'une éventuelle maladie de la patiente.

En parallèle, le ministère de la Santé et l'INPES ont lancé en 2007, une grande campagne publique intitulée « choisir sa contraception » dont le but est d'informer les femmes des différentes possibilités contraceptives existantes.

Cette campagne, tout comme la diffusion de nombreuses recommandations fait suite à un constat d'un nombre d'interruption volontaire de grossesse toujours élevé malgré un taux d'utilisation de contraceptifs élevé. En 2009, 209 269 femmes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) en France métropolitaine, soit 14,5 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 14,0 en 2001, ce qui suggère entre autre, une connaissance insuffisante du conseil contraceptif par le médecin et la patiente.

1.1.3. Prescripteur des méthodes de contraception

1.1.3.1 Les missions générales du médecin généraliste

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a contribué à mettre en place le parcours de soin coordonné et à définir les missions du médecin généraliste qui sont précisées par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 22 juillet 2009.

Le médecin généraliste(MG) doit contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant pour ses patients, les soins de premier recours, les soins globaux et continus, la promotion de la santé et la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, l'éducation pour la santé ainsi que le suivi gynécologique des femmes.

1.1.3.2 Le médecin généraliste et l'activité gynécologique

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), les spécialistes de gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause [5].

Le médecin généraliste a une place légitime dans le suivi gynécologique : il fait et doit faire de la gynécologie médicale [6].

L'étude Epilule, débutée en juin 2003, évalue le recours au médecin généraliste ou au gynécologue en interrogeant à la fois les médecins du réseau et les patientes. Le questionnaire soumis aux patientes montre que le recours au médecin généraliste et au gynécologue est réparti de manière équitable, un tiers de femmes ayant déclaré confier leur suivi gynécologique à leur médecin traitant, un tiers à leur gynécologue et un dernier tiers alternativement à l'un et à l'autre.

L'activité gynécologique du médecin généraliste représente une part importante, avec une moyenne de 9,4 % de son activité globale. Une femme consulte pour ce motif en moyenne 3.6 fois par an et cette fréquence augmente avec l'âge de la patiente [7]. L'âge moyen des femmes suivies par le MG pour motif gynécologique est de 44.1an. Les actes gynécologiques pris en charge par le médecin généraliste concernent essentiellement la contraception (35.0%) et la ménopause (20%).

1.1.3.3 Evolution des actes gynécologiques exercés par le médecin généraliste dans les années à venir

On peut d'ailleurs supposer que cette tendance à confier son suivi gynécologique à son médecin généraliste va s'accroître avec la féminisation de la profession, avec la décroissance de la démographie des gynécologues, la réorganisation et la modernisation du système de soins et la structuration des échanges d'information.

A ce jour déjà, la moitié des contraceptifs oraux sont prescrits dans 44,6% des cas par le généraliste et renouvelés par ce dernier dans 58,2% des cas.

En 2008, il y avait en France 2078 gynécologues médicaux dont la moitié avait plus de 55ans. En 2020 ils ne seront plus que 505 du fait de la suppression du Certificat d'Etudes Spécialisées de Gynécologie Médicale. Le nombre de nominations de gynécologues médicaux à l'internat est insuffisant pour assurer les besoins et leur renouvellement, tant dans les structures hospitalières qu'en libéral. Selon le réseau Epi, le suivi gynécologique par le médecin généraliste ne peut que s'accroître avec la féminisation de la profession, la décroissance de la démographie des gynécologues médicaux [8].

La proximité et la facilité d'accès aux consultations sont des éléments qui rendent essentiels le rôle du médecin généraliste dans la contraception notamment.

1.1.4 Facteurs sociodémographiques pouvant influencer le conseil contraceptif

La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de ses habitudes de vie, d'éventuelles addictions (tabagisme) et contre-indications. L'enquête FECOND [9], réalisée en 2010 par l'Inserm et l'Ined, a étudié les différents types de contraception en fonction de l'âge et de paramètres sociodémographiques. Elle a été menée par téléphone auprès d'échantillons aléatoires de 5275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3373 hommes du même âge.

L'enquête en population générale s'est accompagnée d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de 1011 médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville tirés au sort dans le répertoire Adeli de l'assurance maladie. Ils ont été interrogés en 2011 au moyen d'un questionnaire imprimé ou par internet, sur leurs connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive.

Les caractéristiques sociodémographiques influencent sur le choix de la méthode contraceptive : l'implant est plus utilisé par les femmes aux conditions financières difficiles (4.5% contre 1.7% pour celles qui déclarent ne pas avoir de difficultés), par les femmes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (23.5% contre 2.4% pour les femmes de nationalité française).

La précarité est associée à un moindre taux de contraception : 6.5% des femmes ayant une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, vivant en milieu rural n'utilisent pas de moyen contraceptif contre seulement 1.6% des femmes cadres [10].

Les jeunes femmes de 20 à 24 ans, connaissant une situation financière délicate et ne vivant plus chez leurs parents utilisent moins souvent la pilule que les autres (71% contre 88%).

De plus, les femmes ayant plus de quatre enfants sont 7.8% à ne pas bénéficier de contraception.

Ces paramètres doivent être connus par les médecins généralistes afin de proposer une contraception la plus adaptée à la patiente et cela lors d'une consultation dédiée. L'absence de contraception entraîne un risque accru de grossesse non désirée et de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le médecin généraliste, tout comme le gynécologue, doit être sensibilisé à cette problématique afin de prévenir ces grossesses non désirées.

En fonction du niveau social, c'est aussi le type de suivi médical qui est impacté : 73% des ouvrières sont suivies par un gynécologue pour leur contraception contre 82% des femmes cadres.

Les femmes consultant un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48% contre 70%) mais ont davantage recours au stérilet (26% contre 29%).

1.1.5 Facteurs médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif

Le conseil contraceptif repose sur un choix personnalisé après information éclairée. Pour que ce conseil contraceptif soit le plus adapté, il faut veiller à faire un examen clinique rigoureux lors d'une consultation dédiée.

Le médecin devra veiller à rechercher les antécédents familiaux ou personnels d'accident thromboembolique veineux ou artériel chez les apparentés du premier degré, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie.

Puis il interrogera sur un éventuel antécédent personnel de migraine avec ou sans aura, de pathologie utérine, vaginale ou de grossesse extra-utérine.

Les traitements en cours doivent être connus du médecin.

La consultation doit aussi permettre d'évaluer le mode de vie, les habitudes de vie (pratiques sexuelles, tabagisme actif).

L'examen clinique visera également à rechercher une contre-indication et sera composé d'un examen général avec mesure du poids, de la taille, de la tension artérielle.

Enfin un examen biologique devra être programmé : soit avant le début de la contraception estroprogestative en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, soit 3 à 6 mois après la prescription. Le bilan biologique comporte : cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun et peut être ajusté en fonction de l'examen clinique.

1.2 Particularités des femmes atteintes d'une pathologie psychiatrique pouvant influencer le conseil contraceptif

Pour prodiguer des services de qualité en matière de santé reproductive aux personnes ayant une maladie mentale il convient d'examiner soigneusement plusieurs facteurs, à savoir : la nature de la maladie ou de l'incapacité, le milieu de vie de la personne, son niveau de fonctionnement et le degré auquel elle comprend les conséquences des décisions relatives à la contraception.

1.2.1 Particularités sociales et démographiques des patients présentant une pathologie psychiatrique

Les pathologies psychiatriques représentent un problème de santé fréquent et grave. 2 à 8 % de la population générale présente un trouble bipolaire et 0.3 à 0.7% souffrent de schizophrénie [11].

Les patients atteints d'une pathologie psychiatrique ont un niveau socio-économique et un niveau d'instruction inférieur à celui de la population générale. 30 à 50 % vivent sous le seuil de la pauvreté, 17 à 20 % sont sans domicile [12].

1.2.2 Particularités médicales des patients présentant une pathologie psychiatrique

Les troubles métaboliques (hypertriglycémie), l'obésité et le diabète sont entre 1.3 et 4 fois plus élevés que dans la population générale, en rapport avec la prise de neuroleptiques, une mauvaise hygiène alimentaire, une sédentarité plus importante.

Les patients présentant une pathologie psychiatrique ont des modes de vie particuliers avec des conduites addictives et sexuelles à risques. Le tabagisme chronique est plus fréquent : 50 à 80 % des patients sont fumeurs contre 25 % dans la population générale [11,13]. Les conduites sexuelles à risque favorisent les maladies sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC) qui sont entre 5 et 10 fois plus fréquentes que dans la population générale [11].

La compliance aux traitements est basse : plus de la moitié déclarent ne pas prendre leur traitement régulièrement [14]. De plus, l'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance thérapeutique.

Certains neuroleptiques, traitements antipsychotiques et régulateurs de l'humeur présentent des effets secondaires avec des impacts sur la pharmacodynamie des oestroprogestatifs, et sur la tératogenèse. D'autres traitements sont des inducteurs enzymatiques et diminuent l'efficacité de la contraception prescrite. Les traitements prescrits par le psychiatre doivent être connus du patient mais aussi du médecin généraliste, du gynécologue.

Le lithium (TERALITHE®), traitement de première ligne du trouble bipolaire, est associé à un risque de malformation cardiaque principalement [15]. Le VALPROATE® est associé à des malformations congénitales de type anomalie du tube neural. A noter que l'incidence de ces malformations est dose-dépendante.

La CARBAMAZEPINE® est indiquée dans la prévention des épisodes maniaques ou hypomaniaques dans le cadre des troubles bipolaires, dans les formes résistantes ou chez les sujets présentant une contre-indication au lithium. La CARBAMAZEPINE®, inducteur enzymatique, est susceptible de diminuer l'efficacité des oestroprogestatifs.

Il est important de savoir sensibiliser les médecins et les patientes que la grossesse peut exacerber un déséquilibre mental

Au vu de la littérature, il est retrouvé que l'œstrogène présent dans les contraceptifs oraux peut atténuer les symptômes psychotiques ou accentuer l'efficacité des traitements que suivent les patientes schizophrènes [16]. En revanche, les contraceptifs oraux peuvent provoquer un état dépressif et sont déconseillés chez les femmes présentant un état dépressif profond [17].

1.2.3 Particularités de la sexualité des patients présentant une pathologie psychiatrique

Les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont plus victimes de violences sexuelles subies dans le milieu familial, institutionnel ou lors de fugues. Ces violences peuvent aboutir à des grossesses [18].

Le conseil contraceptif doit donc analyser de façon globale la situation de la patiente : caractéristiques propres à sa pathologie, son milieu de vie, son entourage, sa capacité à être observante du mode contraceptif choisi. Une des spécificités du conseil contraceptif chez certaines patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique est de s'attarder à rechercher de qui émane le désir de contraception et pour quelle raison : du conjoint, des parents, du tuteur, du psychiatre ? La contraception ne peut se faire qu'après consentement éclairé et doit respecter le désir réel de la patiente et peut donc être confronté à deux exigences : nécessité thérapeutique de l'acte et le consentement de la patiente.

Les patientes souffrant d'une pathologie psychiatrique ont souvent des troubles du discernement et ne saisissent pas tous les impacts que peuvent engendrer une grossesse : déséquilibre de leur pathologie mentale, difficulté financière, difficulté à répondre au besoin affectif, éducatif, nutritionnel et matériel de leur enfant pouvant conduire au placement de leur enfant.

Au total, nous pouvons remarquer que les patientes souffrant d'une maladie psychiatrique présentent des spécificités médicales, démographiques et sociales. Il paraît intéressant d'observer l'impact de ces spécificités sur le conseil contraceptif afin de guider au mieux le médecin généraliste lors d'une consultation dédiée à la contraception.

Notre étude s'est portée sur l'identification de particularités médicales, démographiques et sociales pouvant guider le conseil contraceptif. Pour cela, nous avons réalisé un questionnaire dédié à cette problématique que nous avons rempli au sein de notre population cible. Dans un premier temps, nous allons décrire les caractéristiques de cette population puis présenter et discuter des différents résultats.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Objectif

L'objectif de cette étude est d'observer les caractéristiques médicales, démographiques et sociales du conseil contraceptif de patientes atteintes d'une maladie psychiatrique. Notre étude s'est portée sur 100 patientes afin de pouvoir présenter les résultats obtenus de façon lisible et explicite.

2.2 Méthodes

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative et anonyme.

2.2.2 Population

Pour être éligibles à notre étude, les patientes devaient respecter les critères d'inclusion et de non inclusion.

Critères d'inclusion : femme, en âge de procréer et donc susceptible de nécessiter un moyen de contraception, c'est-à-dire âgée de 18 à 55ans en moyenne, excluant les cas de ménopause précoce. Ces patientes devaient être suivies en Centre Médico-Psychologique (CMP) des secteurs géographiques de Clamart (92), Bagneux (92), Fresnes (94) ou Choisy-le-Roi (94), qui recoupent des communes diversifiées sur le plan socio-économique et sur leur structure urbaine.

Critères d'exclusion : femme ménopausée, incapacité de répondre et refus de la patiente.

Critères de non inclusion : patientes résidant hors des 4 secteurs géographiques sélectionnés et patientes consultant pour la première fois en CMP.

2.2.3 Réalisation de l'étude

L'accord de chaque responsable de CMP a été demandé en janvier 2014 par contact téléphonique puis une lettre de présentation de l'étude leur a été envoyée par mail (Annexe 1) afin qu'il la diffuse à tout le personnel médical et paramédical travaillant au CMP. Un accord téléphonique fixait ensuite la date la plus appropriée pour réaliser l'étude.

L'étude a été réalisée du 4 février au 7 mars 2014 dans 4 CMP d'Ile de France, Clamart(92), Bagneux(92), Fresnes(94) et Choisy-le-Roi (94), afin de cibler des bassins de population différente. 25 patientes ont été interrogées dans chaque CMP.

Chaque patiente ayant rendez-vous pour une consultation, avec un psychiatre, un psychologue, un infirmier ou une assistance sociale, était potentiellement éligible à l'étude et était sollicitée pour répondre à l'enquête.

2.2.4 Questionnaire de thèse (Annexe 2)

Le questionnaire spécialement conçu pour l'étude est composé de trois parties réparties en 15 questions. La majorité des questions sont fermées afin de faciliter la réponse au questionnaire.

La première partie portait sur les caractéristiques démographiques et sociales des patientes : âge, situation familiale, mode de vie, niveau d'étude validé, la nature des ressources financières, le type de couverture médicale perçue et une éventuelle mesure de protection des biens.

La seconde partie s'intéressait au conseil contraceptif : mode de contraception utilisé, prescripteur de cette dernière, personne ayant contribué à cette contraception ou raison ayant conduit à l'absence de contraception.

La troisième partie reprenait les données médicales. Cette partie a été complétée par le logiciel regroupant le dossier médical, paramédical et social du patient (logiciel CIMAISE spécialement dédié) afin d'obtenir la nature exacte du diagnostic de la maladie psychiatrique ainsi que la durée d'évolution de cette dernière.

2.2.5 Modalités de réalisation du questionnaire

Chaque patiente, après explication sur le but de l'enquête et obtention de son consentement oral, a répondu au questionnaire de façon anonyme. Cinq minutes étaient nécessaires afin d'expliquer les modalités de l'enquête et la réalisation du questionnaire.

Un seul enquêteur a interrogé, au moyen du même questionnaire, toutes les patientes et cela dans un bureau médical prêté par le CMP.

2.2.6 Recueil et analyse des données

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

→analyse stat à voir...khi 2

2.2.6 Biais attendus

Les patientes recrutées sont originaire de 4 départements d'Ile de France et ne sont pas représentatives de la population rurale consistant un potentiel biais de sélection. Par ailleurs, notre effectif étant faible, notre étude est de faible puissance.

La réalisation d'un questionnaire peut entraîner un biais de mémorisation.

3. Résultats

100 patientes ont été incluses. Toutes les patientes incluses ont répondu à l'ensemble des questions.

15 patientes ont refusé de répondre au questionnaire. Les motivations des refus étaient : manque de temps, sentiment de n'être pas concernées par la problématique, non désir de répondre à un questionnaire portant sur leur vie privée.

3.1 Description de la population étudiée

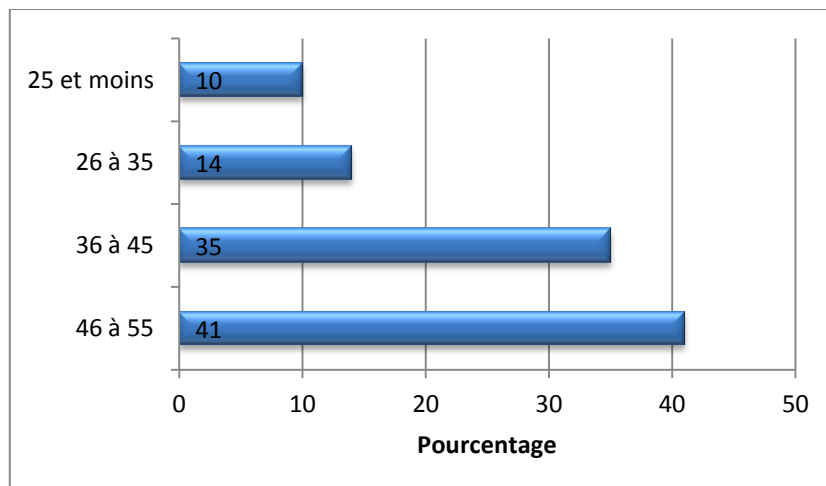
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.1.1 Age

L'âge minimal est de 19 ans, l'âge maximal de 55 ans, l'âge moyen de 41,5 ans, la médiane est à 41 ans et l'écart type est de 9.3 ans.

La répartition des âges est illustrée sur la figure 1.

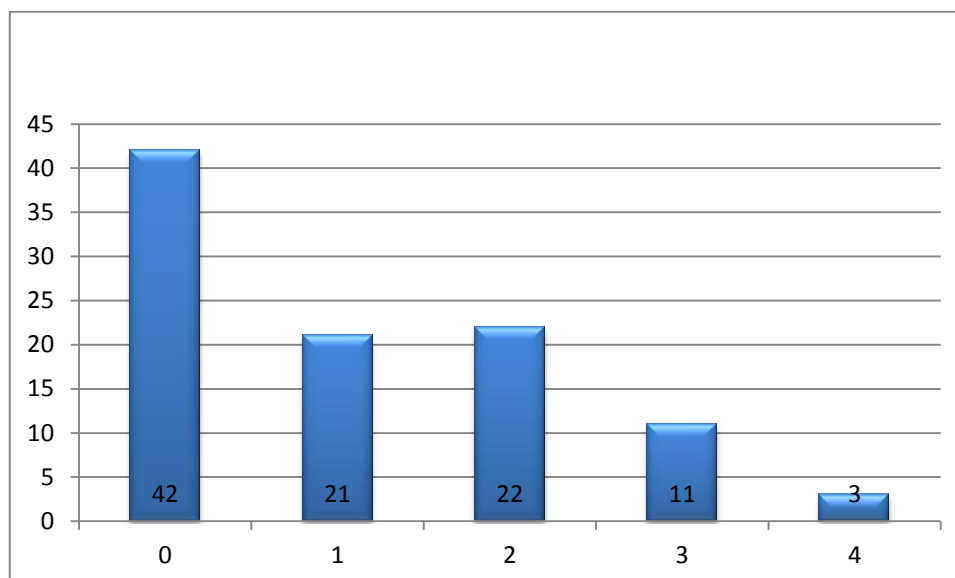
Figure 1 : Répartition de la population par tranches d'âges



La figure 1 montre la répartition des patientes en fonction de leur âge avec un taux de femmes plus important dans la tranche d'âge de 46 à 55 ans. Plus de la moitié des femmes interrogées ont plus de 36 ans.

3.1.1.2 Parité

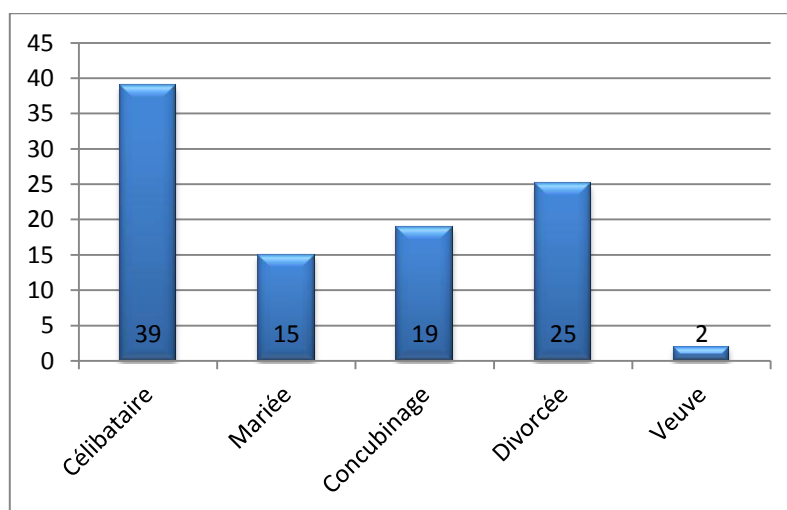
Figure 2 : Répartition de la population en fonction du nombre d'enfants



Le nombre moyen d'enfants par femme est de 1.11 avec un maximum de 4 enfants (N=3) et avec 42 patientes n'ayant pas d'enfants.

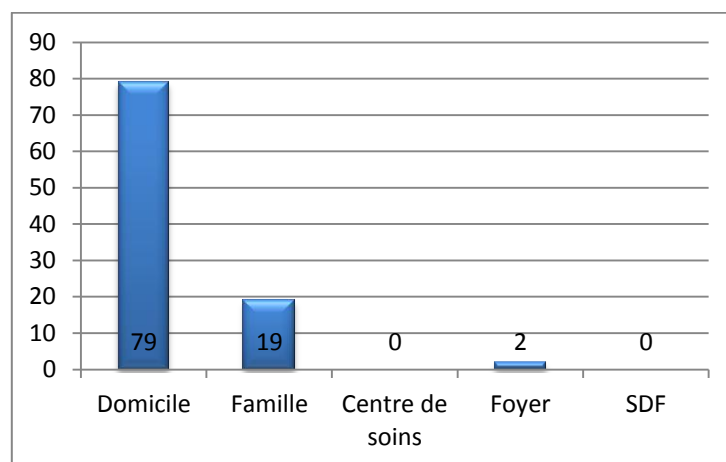
3.1.1.3 Mode de vie

Figure 3 : Répartition de la population en fonction du statut matrimonial



Sur les 100 patientes de notre étude, 34 femmes vivent en couple (mariées ou en concubinage).

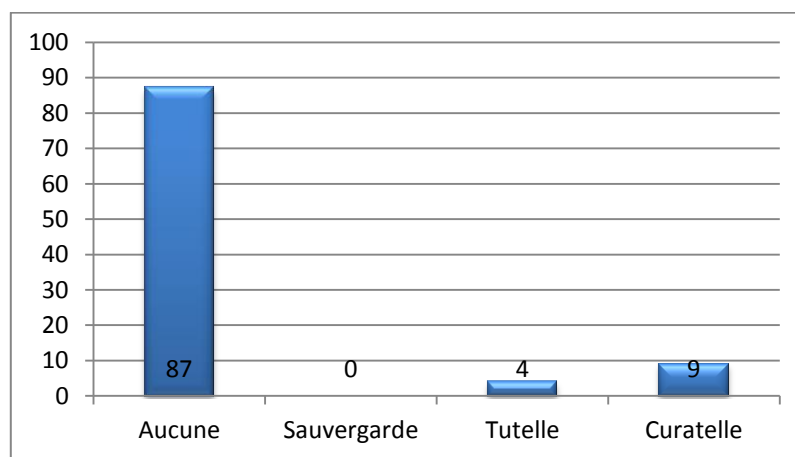
Figure 4: Répartition de la population en fonction du lieu d'habitation



79 patientes habitent leur propre domicile (à titre locataire ou propriétaire) tandis qu'une plus faible partie habite dans un logement d'un membre de leur famille (parents, frère ou sœur, tante) ou en foyer logement. Aucune des patientes interrogées ne vit dans un centre de soins ou n'est sans domicile fixe (SDF).

3.1.1.4 Mesure de protection des biens

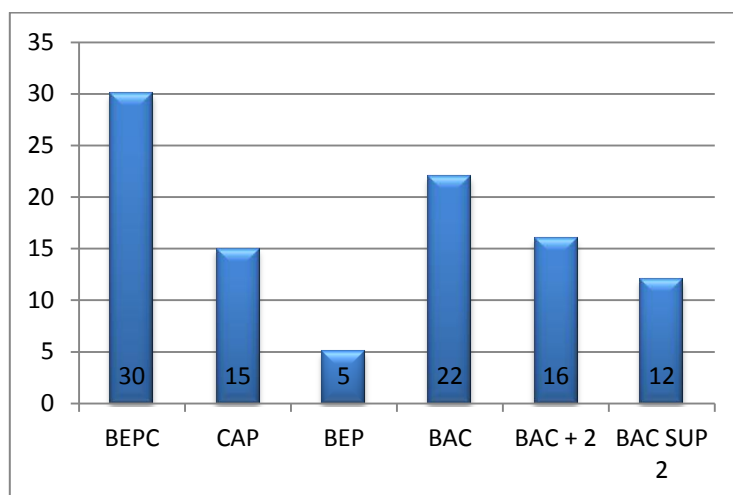
Figure 5 : Répartition de la population en fonction d'une éventuelle mesure de protection des biens



87 patientes ne bénéficient pas de mesure de protection des biens. 4 patientes sont sous tutelle et 9 sous curatelle.

3.1.1.5 Niveau d'études

Figure 6 : Répartition de la population en fonction du niveau d'études

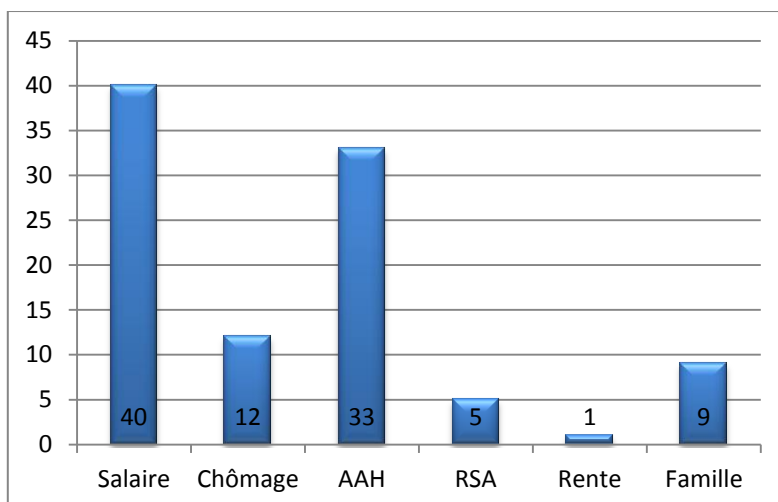


Pour le niveau d'études, nous avons considéré le dernier diplôme validé.

50 patientes ont validé un diplôme avant le Bac. Les 50 autres ont le Bac, voire des diplômes du secondaire. 28 des patientes interrogées ont validé des études supérieures.

3.1.1.6 Type de revenu

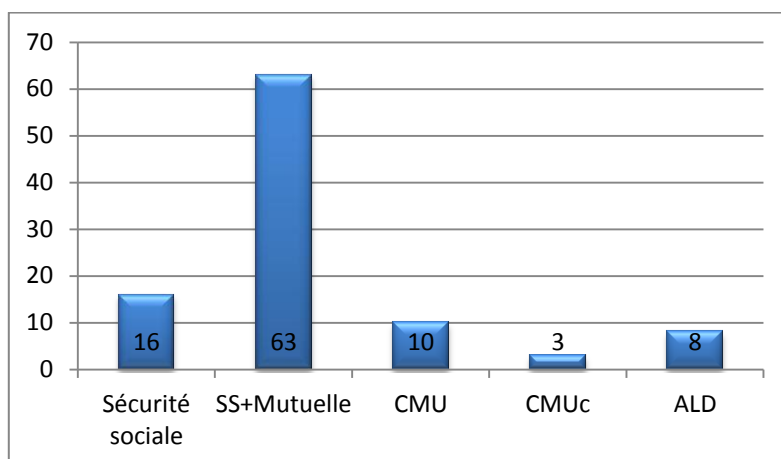
Figure 7 : Répartition de la population en fonction du type de revenu



Parmi les 100 patientes interrogées, 40 patientes ont un travail fixe et bénéficient d'un salaire. 50 patientes sont non actives et perçoivent soit le chômage (12) ou l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) (33) ou le Revenu de Solidarité Active (RSA) (5). 9 patientes bénéficient de ressources financières grâce à leur famille et une des patientes suite à une rente familiale (veuve).

3.1.1.7 Type d'assurance santé dont bénéficie la patiente

Figure 8 : Répartition de la population en fonction du type d'assurance santé



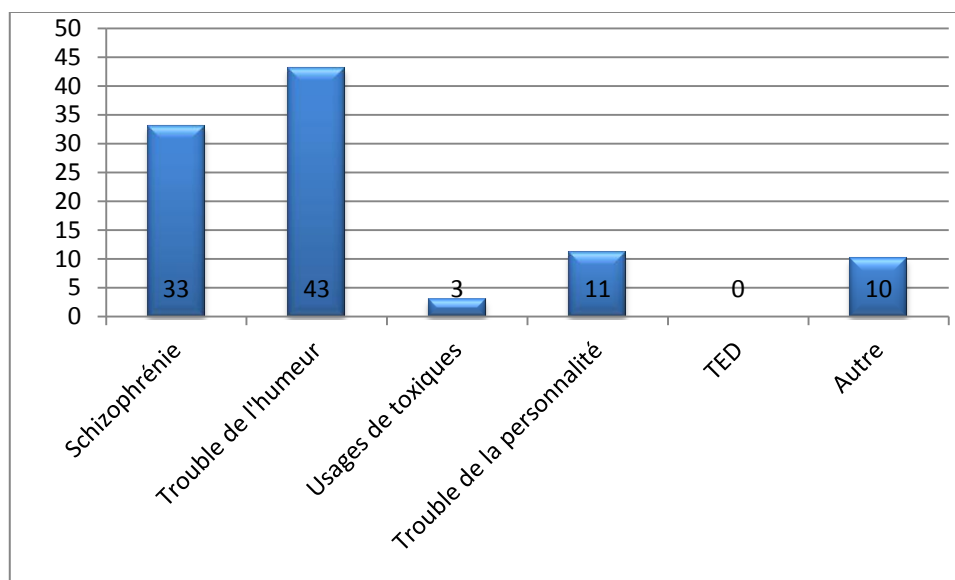
Aucune patiente interrogée n'a pas de couverture médicale.

26 patientes ont une couverture médicale de base dont 10 femmes bénéficiant de la CMU.

66 patientes présentent une complémentaire de santé, pour 63 d'entre elles il s'agit d'une mutuelle et pour 3 d'entre elles il s'agit de la CMUc.

3.1.2 Caractéristiques médicales

Figure 9 : Répartition de la population en fonction de la pathologie psychiatrique



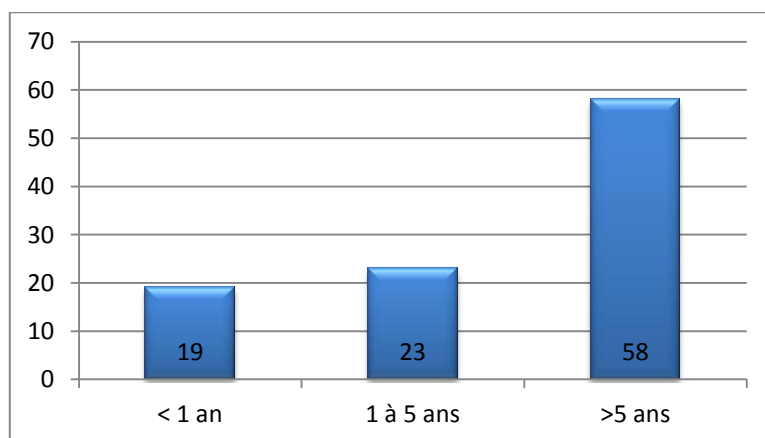
Parmi les 100 patientes interrogées :

- 43 sont atteintes de troubles de l'humeur (syndrome dépressif, maladie maniaco-dépressive),
- 33 sont atteintes de schizophrénie,

- 11 troubles de la personnalité.
- 10 patientes ont un autre diagnostic : trouble obsessionnel compulsif, trouble du comportement ou pathologie non encore clairement diagnostiquée du fait du début de la prise en charge spécialisée.

3 patientes présentent un trouble en lien avec un usage de toxiques.

Figure 10 : Répartition de la population en fonction de l'ancienneté de l'évolution de la pathologie psychiatrique

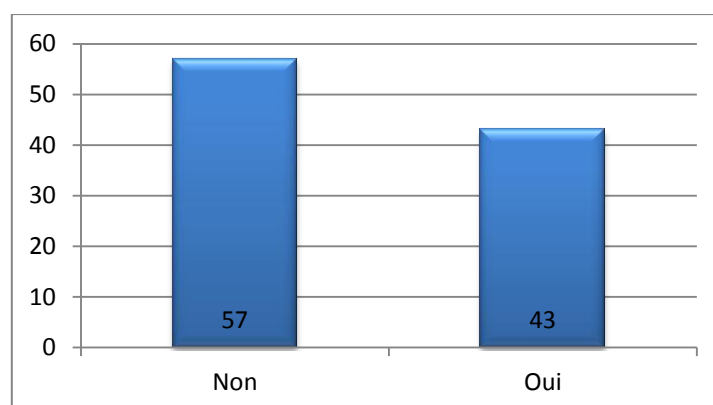


58 patientes interrogées sont atteintes de leur pathologie depuis plus de 5ans.

3.2. Caractéristiques de la contraception des patientes interrogées

3.2.1 Taux de contraception

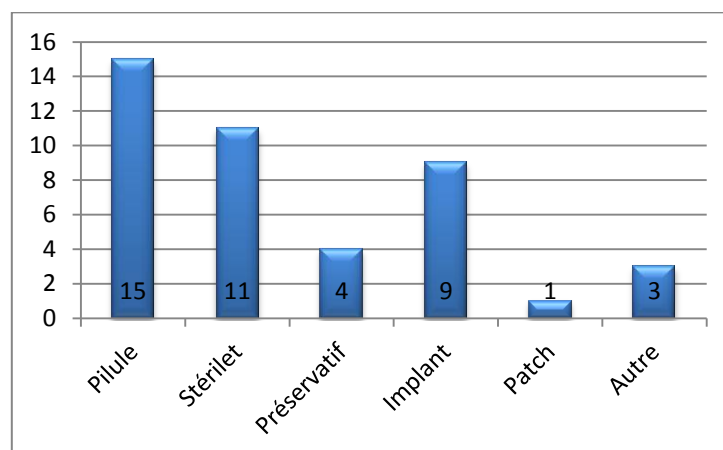
Figure 11 : Répartition de la population en fonction du taux de contraception



Sur les 100 patientes interrogées, 57 ne présentent pas de contraception.

3.2.2 Type de contraception

Figure 12 : Répartition des méthodes contraceptives choisies

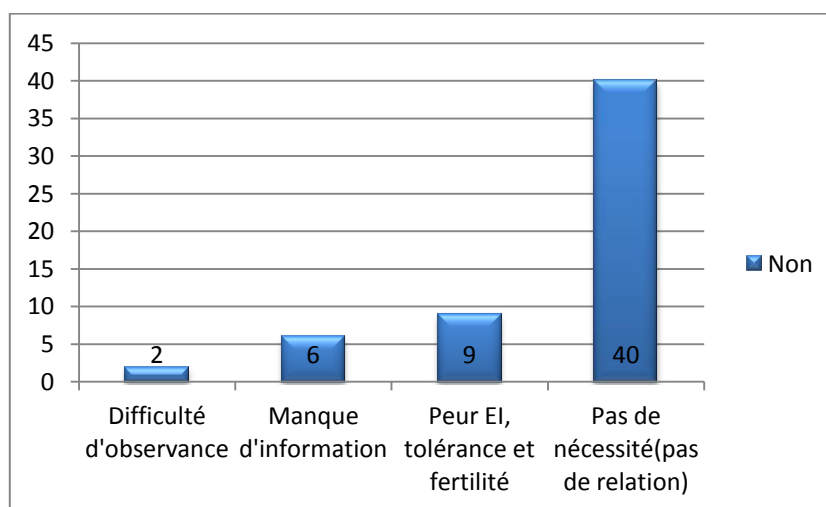


Sur les 43 patientes interrogées ayant une contraception :

- 15 patientes ont fait le choix de la pilule (oestro-progestative ou progestative)
- 11 de ces patientes sont porteuses d'un DIU
- 9 ont un implant contraceptif
- 4 d'entre elles utilisent de façon ponctuelle lors de rapport sexuel un préservatif.
- 3 utilisent d'autres méthodes regroupant l'anneau vaginal, les méthodes naturelles et la stérilisation tubaire
- 1 patch

3.2.3 Motif d'absence de contraception

Figure 13 : Répartition de la population en fonction du motif d'absence de contraception



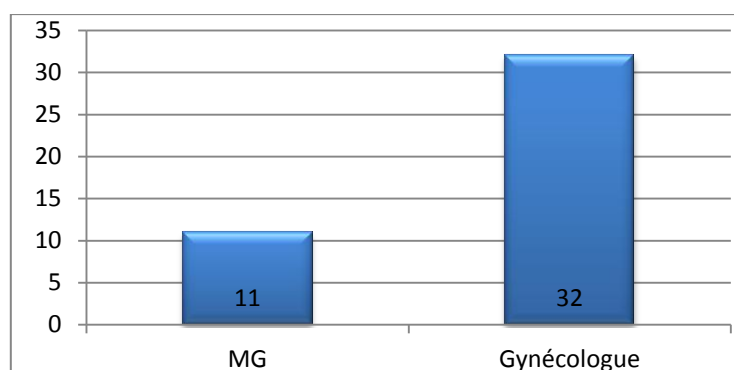
Sur les 57 patientes ne bénéficiant pas de contraception :

- 40 patientes n'éprouvent pas la nécessité d'en avoir une : pas de partenaire, sentiment d'être infertiles car en aménorrhée, désir de grossesse,

- 9 ont peur des effets indésirables ou de perdre leur fertilité,
- 6 patientes jugent leurs connaissances insuffisantes pour pouvoir choisir une méthode de contraception
- 2 patientes ne se jugent pas assez observantes pour pouvoir en bénéficier.

3.2.4 Prescripteur de la contraception

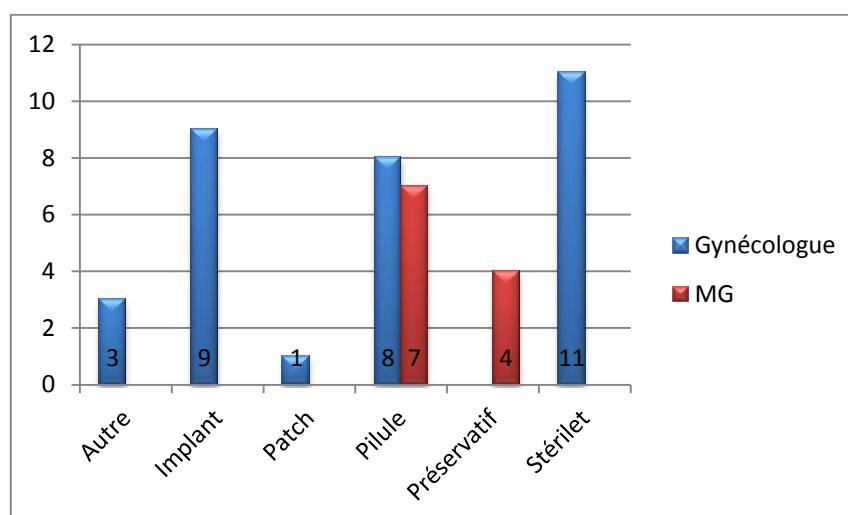
Figure 14 : Répartition de la population en fonction du prescripteur de la contraception



Sur les 43 patientes présentant une contraception, 32 d’entre elles ont consulté un gynécologue médical pour initier la prescription. Le gynécologue médical consulté exerce soit en ambulatoire, soit en hôpital (pôle des spécialités médicales de leur hôpital psychiatrique de secteur), soit dans un centre médical de santé.

3.2.5 Méthodes contraceptives en fonction de la spécialité du prescripteur

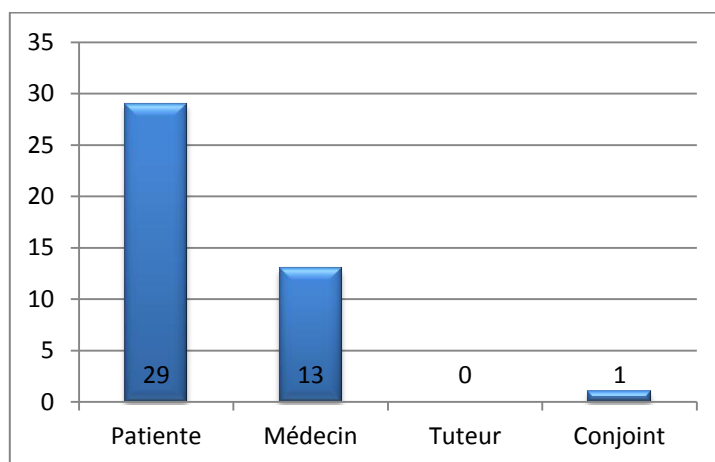
Figure 15 : Répartition des méthodes contraceptives en fonction de la spécialité du prescripteur



Sur les 43 patientes ayant une contraception, tous les DIU (11) et les implants contraceptifs (9) sont posés par un gynécologue médical tandis que la prescription de pilule est prescrite soit par le médecin généraliste soit par le gynécologue sans différence significative.

3.2.6 Personne ayant fait le choix de la contraception

Figure 16 : Répartition de la population en fonction de la personne ayant fait le choix de cette contraception



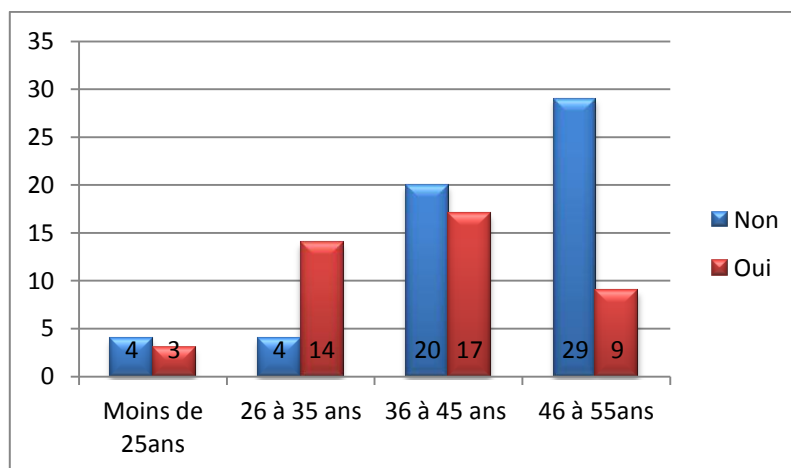
29 patientes interrogées sont à l'initiative de leur contraception. Pour 13 d'entre elles, c'est le médecin traitant ou le gynécologue qui a fait le choix de l'introduction d'une méthode contraceptive ou le choix de cette dernière. Aucune patiente n'est sous contraception suite à une indication du tuteur légal. Pour 1 d'entre elles, c'est le partenaire qui a fait le choix.

3.3 Description des caractéristiques de la contraception en fonction des différents facteurs sociodémographiques et médicaux

3.3.1 Facteurs associés à la présence d'une contraception

3.3.1.1 Age

Figure 17 : Répartition d'une contraception en fonction de la tranche d'âge

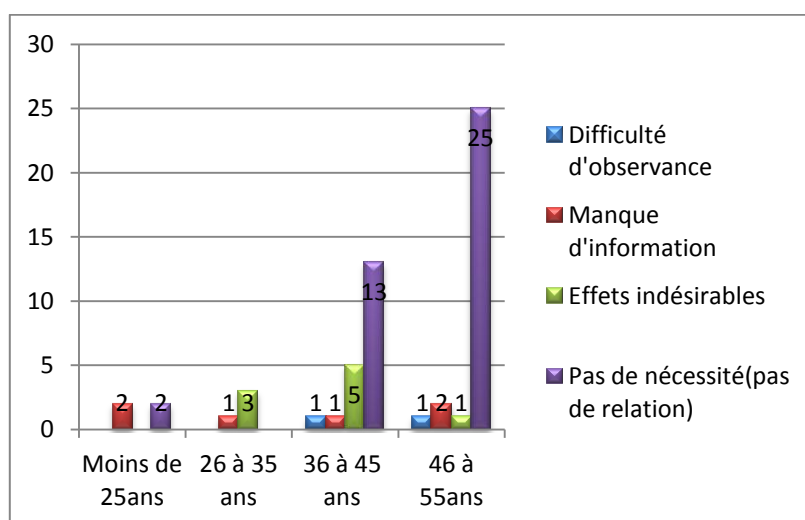


Chez les femmes de 26 à 35 ans, 14 ont une contraception 4 n'en ont pas (N=18).

Entre 36 et 45 ans, 17 femmes ont une contraception, 20 n'en ont pas (N=37)

Chez les femmes âgées de plus de 46 ans, 9 ont une contraception et 29 n'en ont pas (N=38).

Figure 18 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction de la tranche d'âge



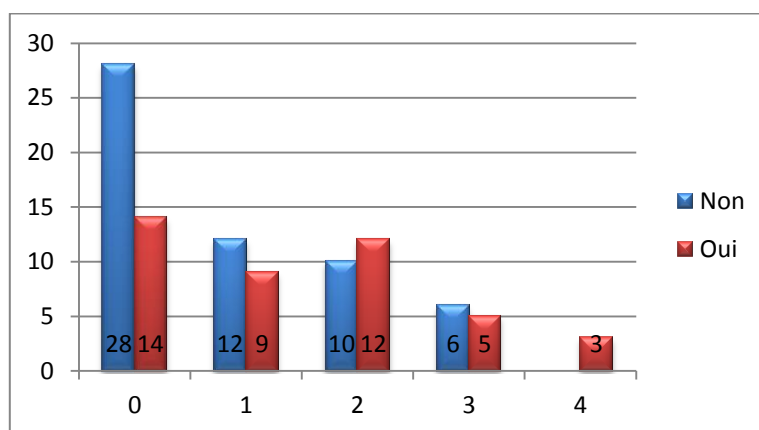
40 patientes estiment ne pas avoir de nécessité de contraception : pas de relation actuellement, désir de grossesse en perspective. Ce sont les patientes de 46 à 55 ans (N=29) qui éprouvent le plus ce sentiment avec 25 d'entre elles puis les femmes âgées de 36 à 45 ans (N=20) concernant ainsi 13 d'entre elles.

La peur des effets indésirables de la contraception se retrouve majoritaire dans le groupe des patientes de 26 à 35 ans (N=4) concernant 3 d'entre elles mais compte tenu du faible effectif, aucun lien statistique ne peut être mis en évidence.

Le manque d'information est plus exprimé par les patientes les plus jeunes (N=4) concernant ainsi 2 patientes de cette tranche d'âge de notre étude.

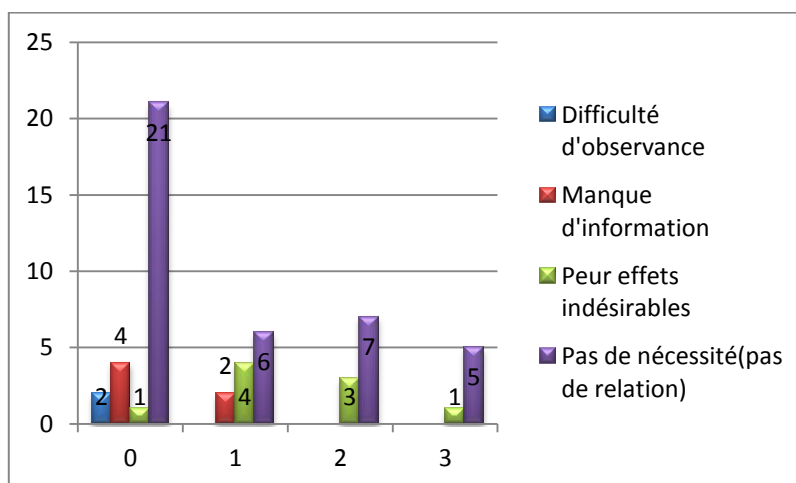
3.3.1.2 Parité

Figure 19 : Répartition de l'existence d'un moyen de contraception en fonction du nombre d'enfants



Toutes les patientes ayant 4 enfants (N=3) ont un moyen de contraception. Chez les patientes ayant entre un et trois enfants, on ne retrouve aucune tendance. Tandis que chez les patientes n'ayant pas d'enfant (N=42) 28 n'ont pas de moyen de contraception et 14 ont.

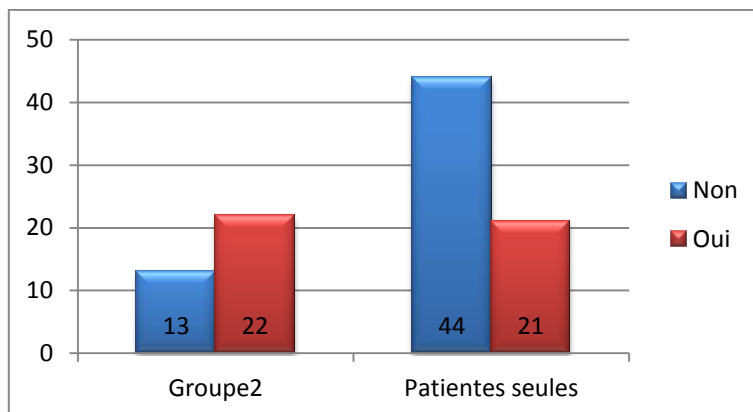
Figure 20 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction du nombre d'enfants



Quel que soit le nombre d'enfants des patientes, l'absence de nécessité est la première raison conduisant à l'absence de contraception concernant ainsi 21 des patientes n'ayant pas d'enfants (N=28). Le manque d'information est exprimé par 4 patientes n'ayant pas d'enfant et par 2 patientes en ayant 1, mais plus après.

3.3.1.3 Mode de vie

Figure 21 : Répartition d'un moyen de contraception en fonction de la situation matrimoniale

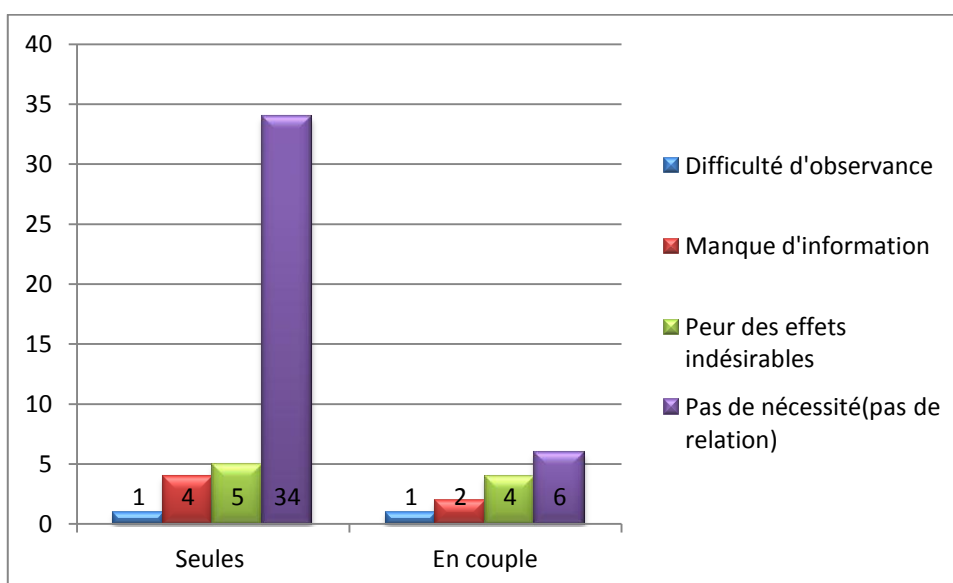


57 patientes interrogées n'ont pas de contraception.

Parmi les 35 patientes en couple, 13 n'ont pas de contraception.

Chez les 65 patientes célibataires, 44 n'ont pas de contraception

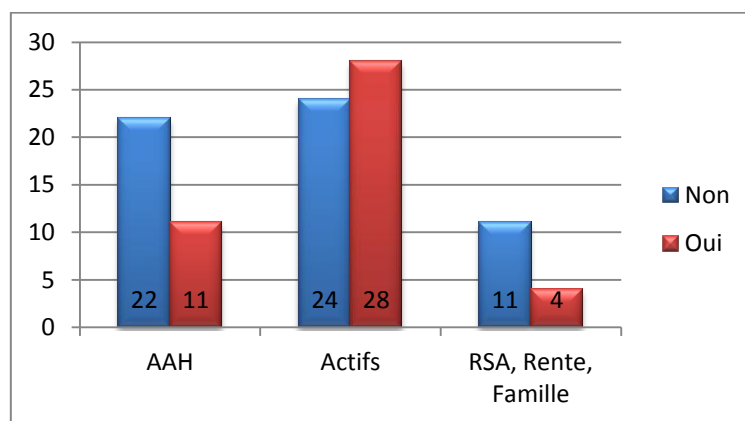
Figure 22 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction de la situation matrimoniale



La raison principale conduisant à l'absence de contraception est l'absence de nécessité et cela y compris chez les femmes vivant en couple, concernant ainsi 34 des patientes vivant seules (N=44) et 6 des patientes vivant en couple (N=13).

3.3.1.4 Mesure de protection des biens

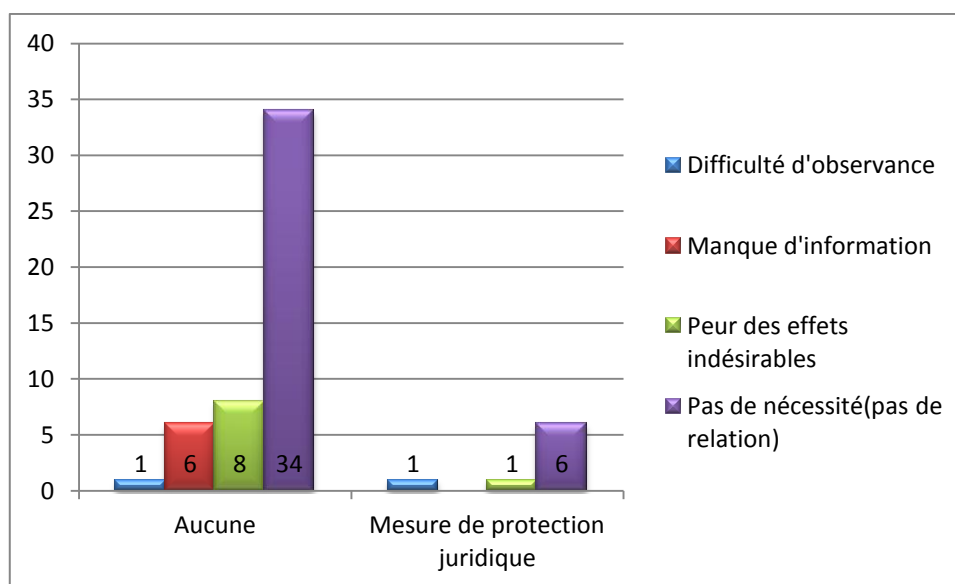
Figure 23 : Répartition d'une contraception selon une éventuelle mesure de protection des biens



Que les patientes, aient ou non une mesure de protection des biens, la proportion du taux de contraception est semblable.

Parmi les 57 patientes sans contraception, 49 n'ont pas de mesure de protection des biens, 5 sont sous curatelle et 3 sous tutelle.

Figure 24 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction d'une éventuelle mesure de protection des biens

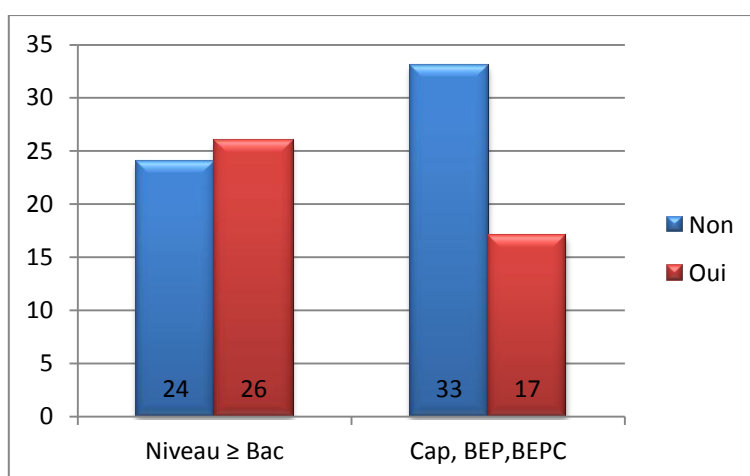


Parmi les 8 patientes bénéficiant d'une mesure de protection des biens et n'ayant pas de contraception, 6 patientes n'en éprouvent pas le besoin, une patiente a peur des effets indésirables et la dernière a peur d'avoir des difficultés à être observante.

Parmi les 39 patientes ne bénéficiant pas d'une mesure de protection et n'ayant pas de contraception, 34 patientes n'en ont pas la nécessité, 8 ont peur des effets indésirables, 6 ressentent un manque d'information et une patiente n'a pas de moyen de contraception à cause du frein de l'observance.

3.3.1.5 Niveau d'études

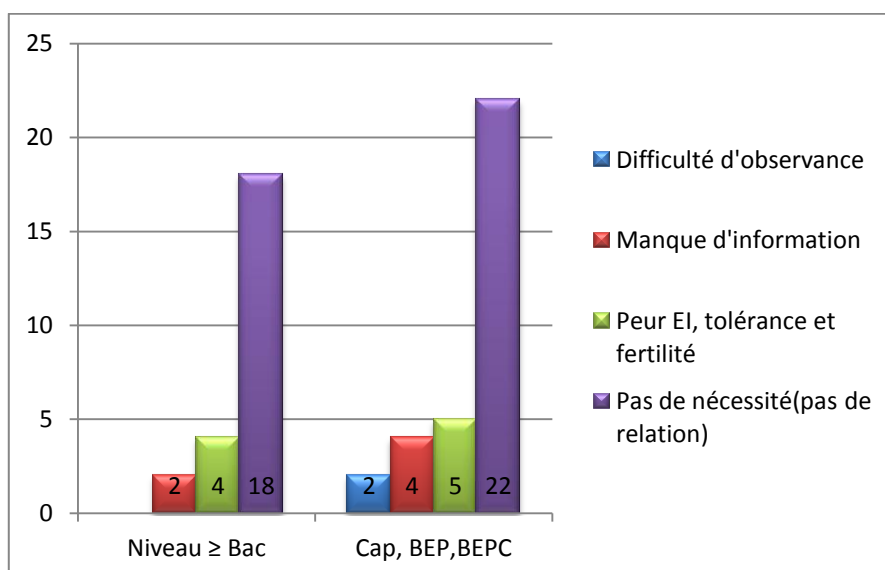
Figure 25 : Répartition d'une contraception en fonction du niveau d'étude



Parmi les 50 patientes qui ont au moins validé le Bac, 26 ont une contraception.

Parmi les 50 patientes restantes, 30 ont validé le BEPC, 5 un BEP, 15 un CAP. Parmi elles, 17 ont une contraception.

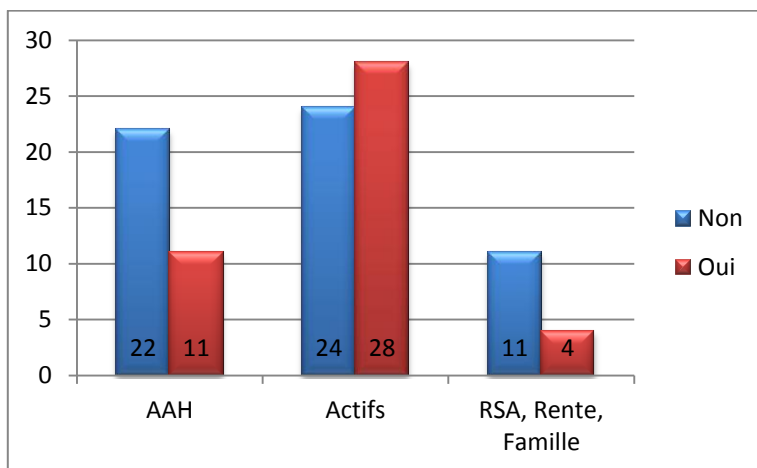
Figure 26 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction du niveau d'études



L'absence de nécessité reste la raison principale à l'absence de contraception, pour 40 patientes sur les 57 interrogées. On n'observe pas de différence dans les proportions des raisons données chez les patientes ayant le Bac ou plus, par rapport aux patientes ayant validé un diplôme antérieur.

3.3.1.6 Type de revenu

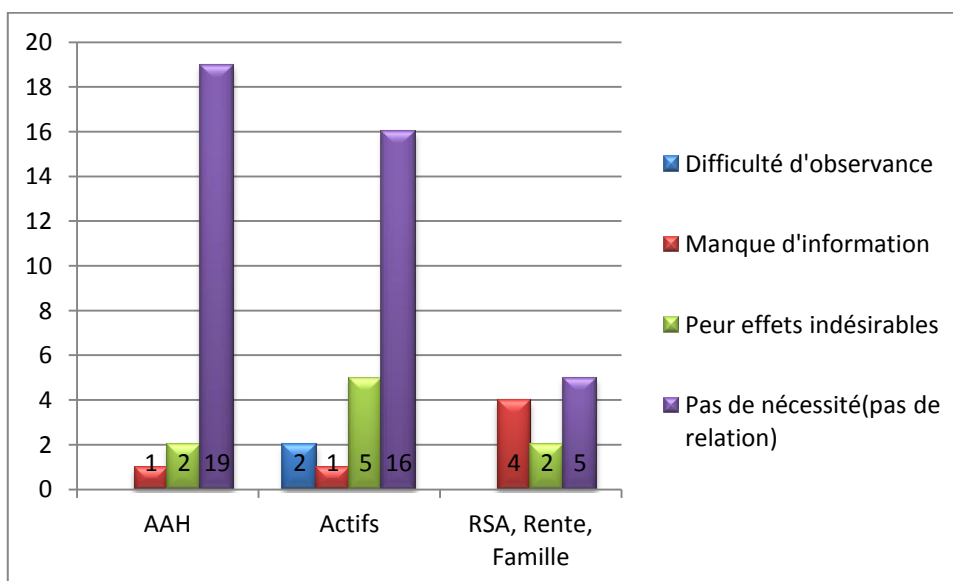
Figure 27 : Répartition de l'existence d'une contraception en fonction du type de revenu



Parmi les 100 patientes, 57 n'ont pas de contraception concernant ainsi 22 des patientes bénéficiant de l'AAH (N=33), 24 des patientes actives (N=52) et 11 des patientes percevant soit le RSA, une aide familiale ou une rente (N=15)

Chez les patientes actives, le taux de couverture par contraception est supérieur à celui des autres catégories.

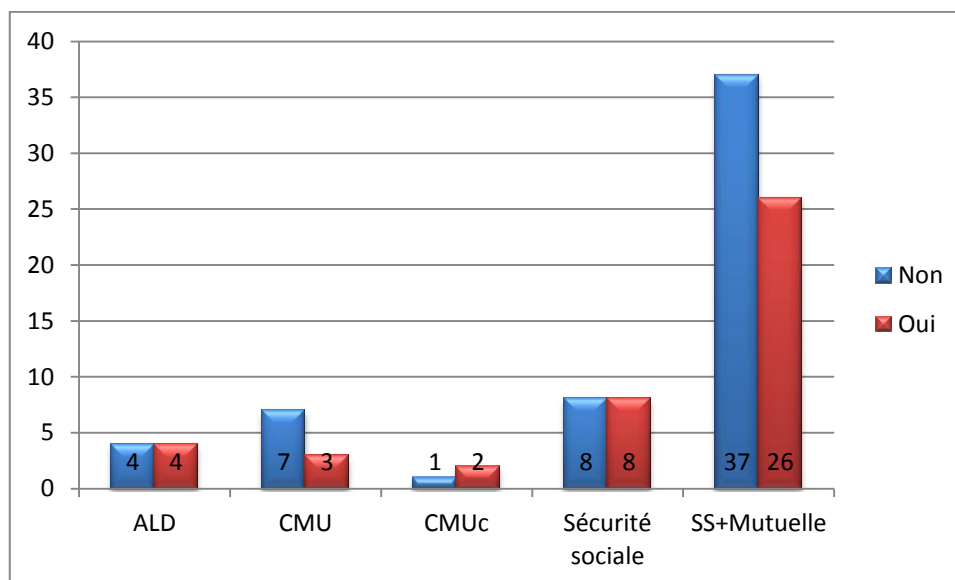
Figure 28: Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction du type de revenu



Parmi les patientes n'ayant pas de contraception, on retrouve le manque de nécessité de façon prépondérante chez les personnes actives et celles percevant l'AAH.

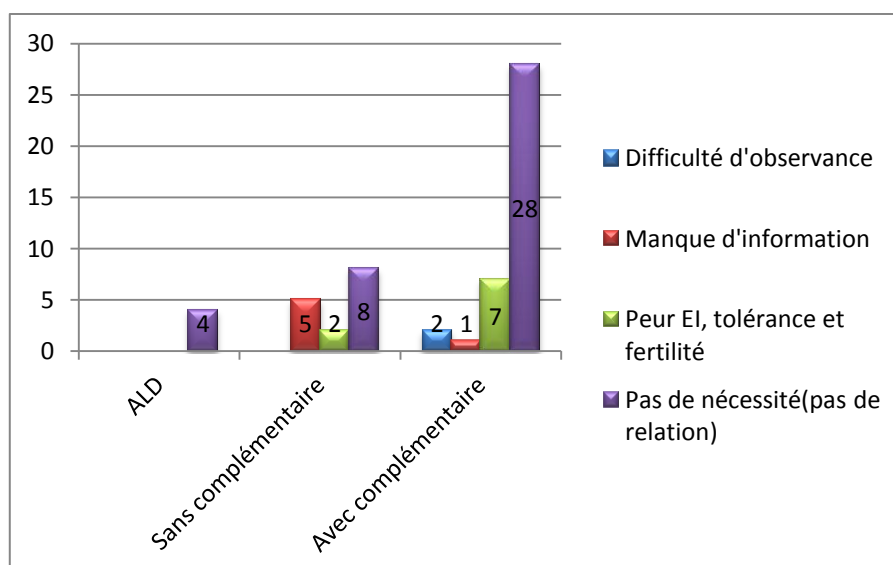
3.3.1.7 Type d'assurance santé dont bénéficie la patiente

Figure 29 : Répartition de l'existence d'une contraception en fonction du type de couverture médicale



On ne retrouve pas de tendance particulière selon le mode de couverture médicale où les proportions entre patientes ayant une contraception et n'en ayant pas, sont sensiblement les mêmes.

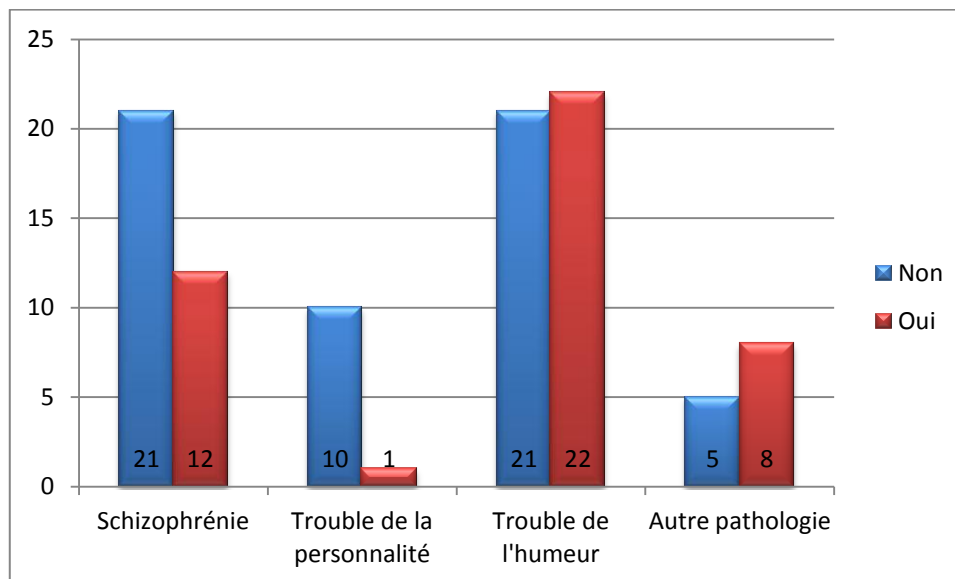
Figure 30 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction du type de couverture médicale



L'absence de nécessité est l'argument le plus fréquent, quel que soit le type de couverture médicale des patientes.

3.3.1.8 Diagnostic psychiatrique

Figure 31 : Répartition de l'existence d'une contraception en fonction de la pathologie psychiatrique



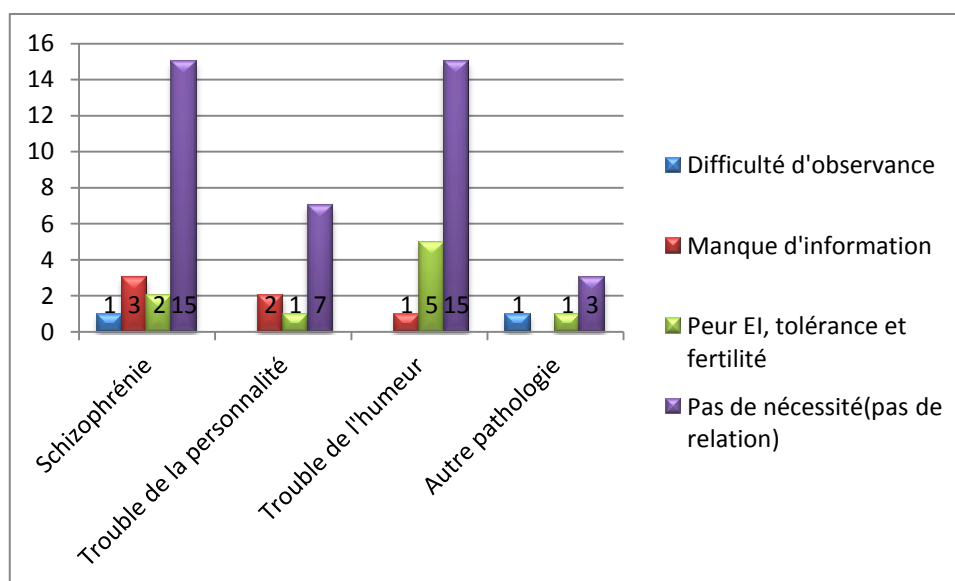
Parmi les 33 patientes ayant une schizophrénie, 12 ont une contraception

Parmi les 43 patientes ayant un trouble de l'humeur, 22 ont une contraception

Parmi les 11 patientes ayant un trouble de la personnalité, 1 a une contraception

Parmi les 13 patientes ayant une autre pathologie, 8 en ont une.

Figure 32 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction de la pathologie psychiatrique

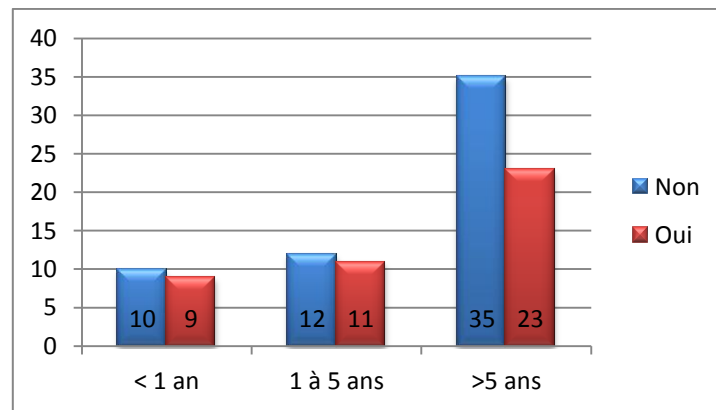


Quelle que soit la pathologie, c'est l'absence de nécessité qui conduit à l'absence de contraception pour la majorité des patientes interrogées concernant ainsi 3 des patientes atteintes d'une autre pathologie psychiatrique (N=5), 7 des patientes atteintes d'un trouble de la personnalité (N=10), 15 des patientes schizophrènes (N=21) et 15 patientes souffrant d'un trouble de l'humeur (N=21).

Les autres arguments sont retrouvés sans différences significatives quelle que soit la pathologie.

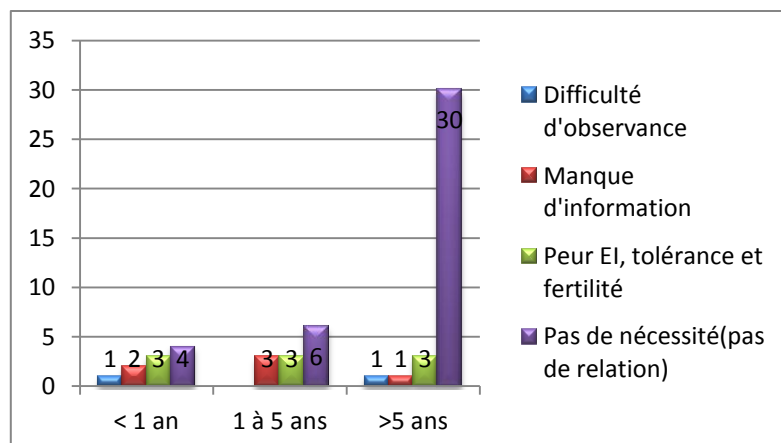
3.3.1.9 Ancienneté du diagnostic psychiatrique

Figure 33: Répartition de l'existence d'une contraception en fonction de la durée de l'évolution de la pathologie psychiatrique



Parmi les 42 patientes dont la pathologie est connue depuis moins de 5 ans, on observe un taux de contraception de moitié environ. En revanche, chez les 58 patientes dont la pathologie est plus ancienne, une majorité d'entre elles (35) n'ont pas de contraception.

Figure 34 : Raisons conduisant à l'absence de contraception en fonction de la durée de l'évolution de la pathologie psychiatrique

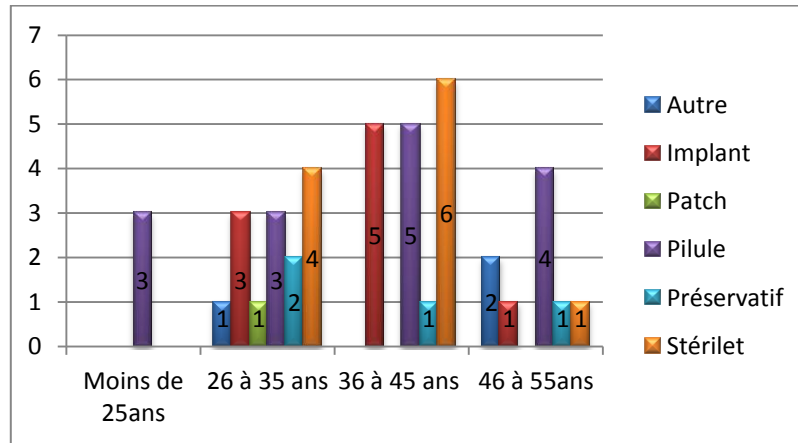


L'absence de nécessité est observée en grande majorité chez les patientes ayant une pathologie évoluant depuis plus de 5 ans, alors que dans les deux autres catégories, cet argument est équivalent aux autres.

3.3.2 Facteurs associés à la méthode contraceptive choisie

3.3.2.1 Age

Figure 35 : Répartition du type de contraception en fonction de la tranche d'âge

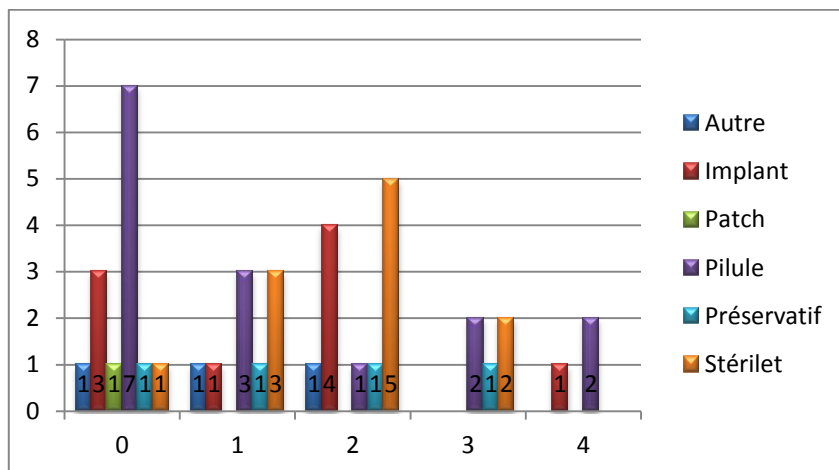


Toutes les patientes de moins de 25 ans (N=3), ayant une contraception, utilisent une contraception orale. Après 25 ans, les méthodes de contraception sont variées. Le DIU est principalement utilisé par les femmes de plus de 25 ans.

Nous avons demandé aux patientes quel avait été l'argument menant au choix de leur contraception. Quelle que soit la tranche d'âge, le caractère pratique est l'argument dominant concernant ainsi 31 patientes de notre étude sur nos 43 patientes ayant un moyen de contraception. Le choix de la méthode contraceptive sur conseil d'une amie n'est retrouvé que chez les patientes de moins de 36 ans : 2 patientes âgées de 26 à 35 ans (N=14) et 1 des patientes de 18 à 25 ans (N=3).

3.3.2.2 Parité

Figure 36 : Répartition du type de contraception en fonction du nombre d'enfants



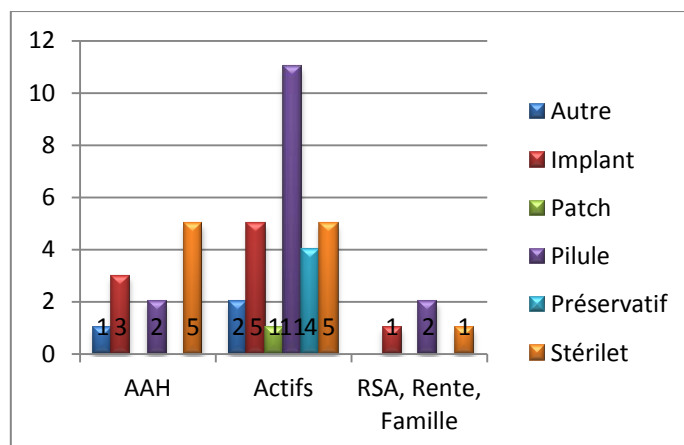
Chez les femmes n'ayant pas d'enfants (N=28), la pilule est le moyen principal de contraception (N=7).

Chez les femmes primi-multipares, c'est le DIU qui prédomine.

L'implant contraceptif est utilisé quel que soit le nombre d'enfants.

3.3.2.3 Mode de vie

Figure 37 : Répartition du type de contraception en fonction de la situation matrimoniale

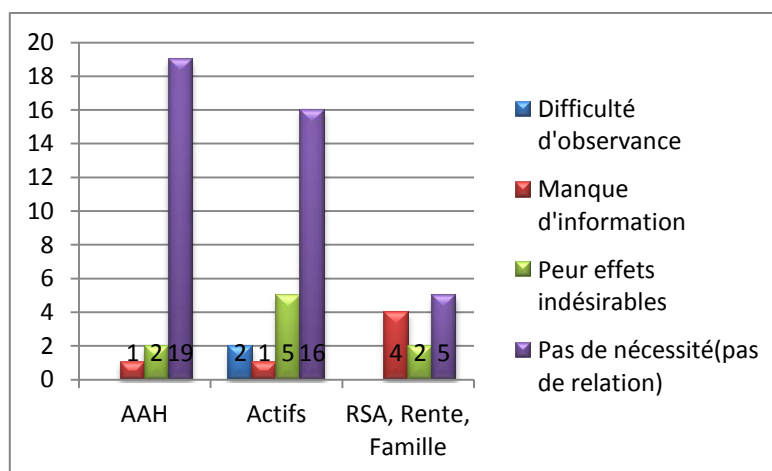


En couple, 7 femmes utilisent la pilule, 5 l'implant contraceptif, 4 le préservatif, 3 un autre moyen de contraception et pour 2 patientes un DIU.

Parmi les femmes vivant seules, 9 utilisent le DIU, 8 la pilule et 4 l'implant.

3.3.2.4 Mesure de protection des biens

Figure 38 : Répartition du type de contraception en fonction d'une éventuelle mesure de protection des biens

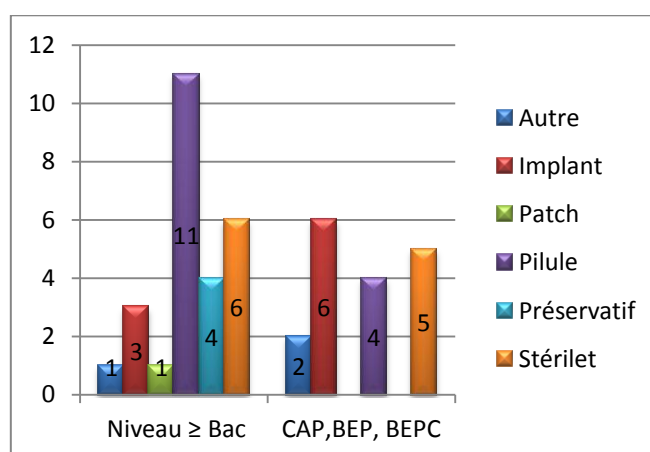


Parmi les patientes sous protection juridique présentant une contraception (N=5), 1 patiente a choisi l'implant contraceptif, 1 la pilule et 3 un DIU. Toutes les patientes sous tutelle et ayant un moyen de contraception sont porteuses d'un DIU.

Tandis que pour les femmes sans mesure de protection de biens (N=38), toutes les méthodes de contraception sont représentées avec une prédominance pour la pilule concernant ainsi 14 d'entre elles.

3.3.2.5 Niveau d'études

Figure 39: Répartition du type de contraception en fonction du niveau d'étude

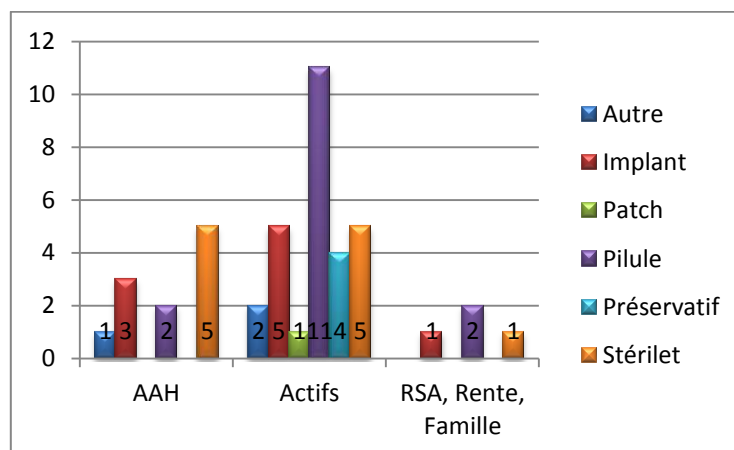


La pilule est prédominante chez les femmes ayant un niveau d'étude au moins égal au baccalauréat (N=24). Chez les patientes ayant soit validé le BEPC, le CAP et le BEP (N=33), l'implant et le DIU sont plus fréquents.

Le préservatif comme moyen de contraception est seulement utilisé par les femmes ayant un niveau d'étude au moins égal au baccalauréat et concerne ainsi 4 patientes.

3.3.2.6 Type de revenu

Figure 40 : Répartition du type de contraception en fonction du type de revenu

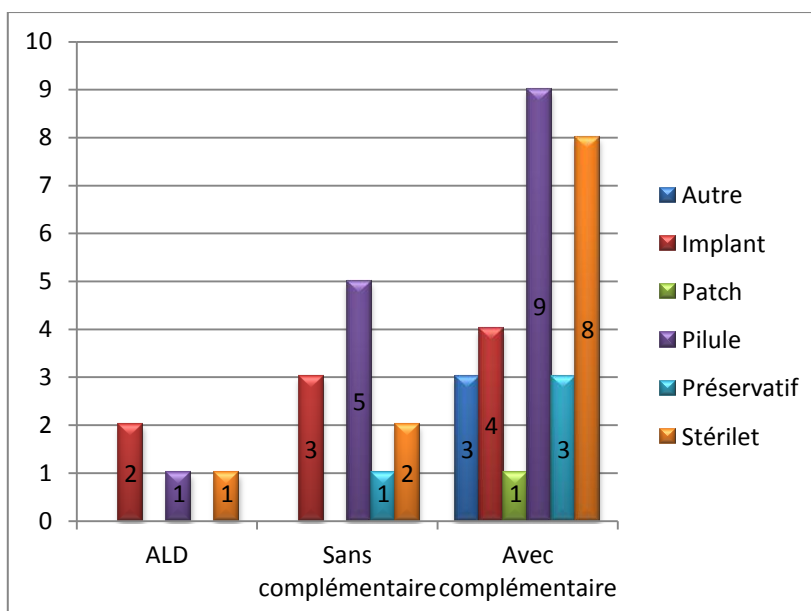


La pilule est le moyen contraceptif le plus utilisé parmi les patientes interrogées. Elle prédomine chez les patientes actives (11 sur 28), et chez celles qui vivent du RSA, d'une rente, ou d'aides familiales. Chez les patientes recevant l'AAH, l'implant et le DIU sont bien plus retrouvés que la pilule contraceptive (8 sur 11).

Le préservatif est un moyen de contraception utilisé seulement par les personnes actives.

3.3.2.7 Type d'assurance santé dont bénéficie la patiente

Figure 41 : Répartition du type de contraception en fonction du type de couverture médicale

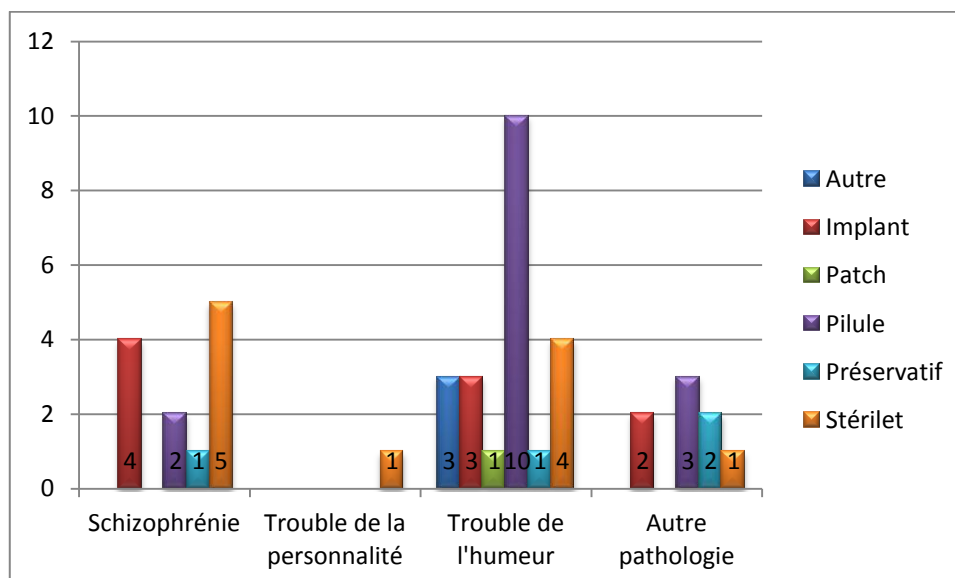


La pilule reste le moyen de contraception le plus fréquent, quel que soit le type de couverture médicale.

On observe aussi une bonne diversité dans les moyens de contraception, même pour les patientes n'ayant pas de complémentaire santé.

3.3.2.8 Diagnostic psychiatrique

Figure 42 : Répartition du type de contraception en fonction de la pathologie psychiatrique



Les patientes atteintes de schizophrénie (N=12) utilisent principalement le DIU (5) et l'implant contraceptif (4), et peu de pilule (2).

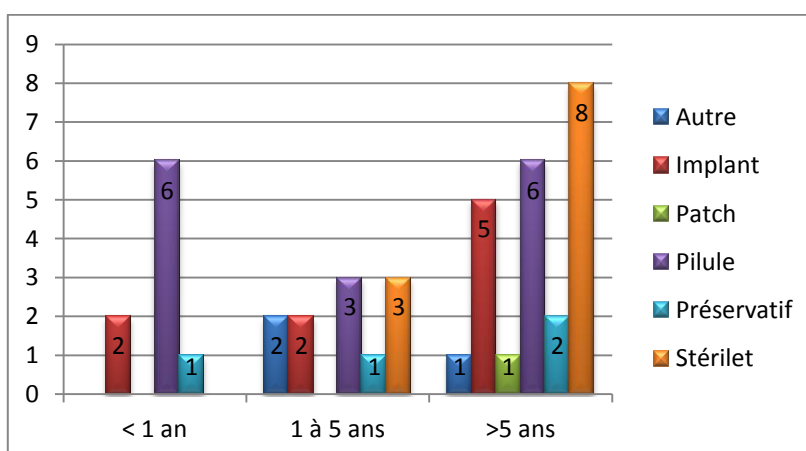
Les patientes atteintes de troubles de l'humeur (N=22) utilisent principalement la pilule (10), mais les autres moyens sont aussi retrouvés dans de moindres proportions.

La seule personne atteinte de trouble de la personnalité porte un DIU.

Enfin, les patientes ayant un autre diagnostic montrent aussi une majorité de pilule, mais utilisent également les autres moyens les plus usités.

3.3.2.9 Ancienneté du diagnostic psychiatrique

Figure 43 : Répartition du type de contraception en fonction de l'ancienneté de la pathologie psychiatrique



Chez les patientes dont le diagnostic date de moins d'un an, la pilule prédomine (6 sur 9), suivie par l'implant contraceptif (IC) et le préservatif.

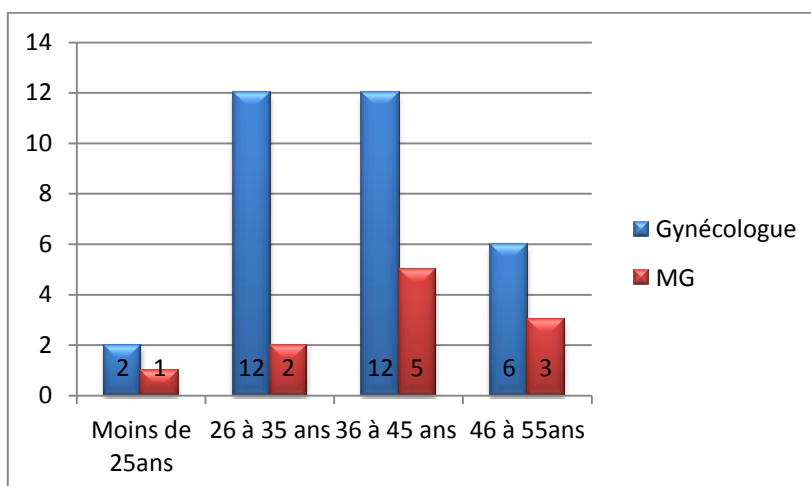
Chez les patientes entre un et cinq ans de suivi, les différents moyens sont utilisés dans des proportions équivalentes, avec une égalité entre la pilule et le DIU.

Chez les patientes dont la pathologie évolue depuis plus de cinq ans, le DIU devient le moyen le plus fréquent, suivi de la pilule et de l'IC. Le DIU et l'IC représentent 13 patientes sur 23 dans cette dernière catégorie.

3.3.3 Facteurs associés à la spécialité du prescripteur

3.3.3.1 Age

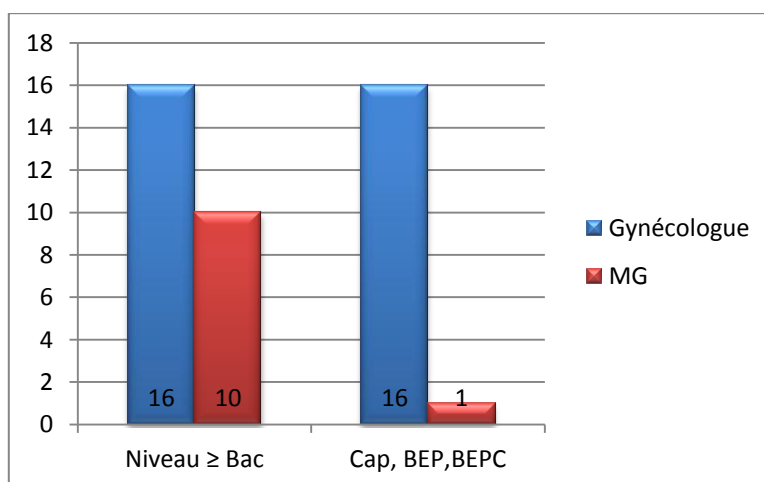
Figure 44 : Répartition du type de prescripteur en fonction de la tranche d'âge



Toutes les femmes consultent plus le gynécologue que le médecin généraliste pour leur contraception. Les femmes de moins de 25 ans et de plus de 46 ans, consultent le médecin généraliste en plus grande proportion.

3.3.3.2 Niveau d'études

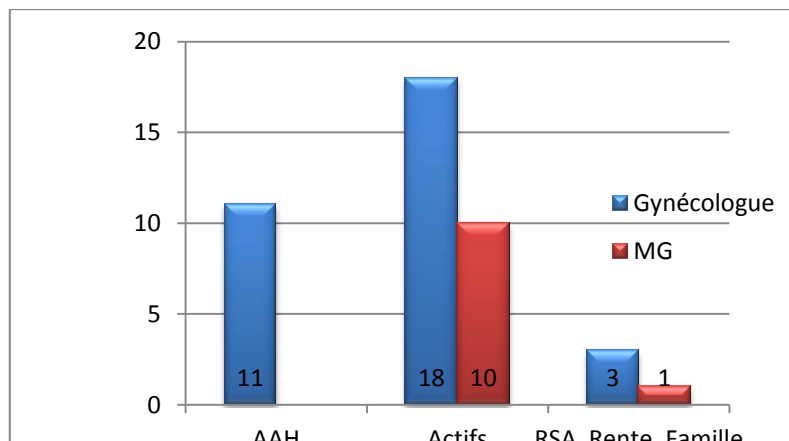
Figure 45 : Répartition du type de suivi en fonction du niveau d'études



16 des patientes ayant soit un CAP, un BEP, un BEPC (N=17) ont consulté un gynécologue médical contre 16 des patientes ayant au moins validé le Bac (N=26).

3.3.3.3 Type de revenu

Figure 46 : Répartition du spécialiste consulté en fonction du type de revenu

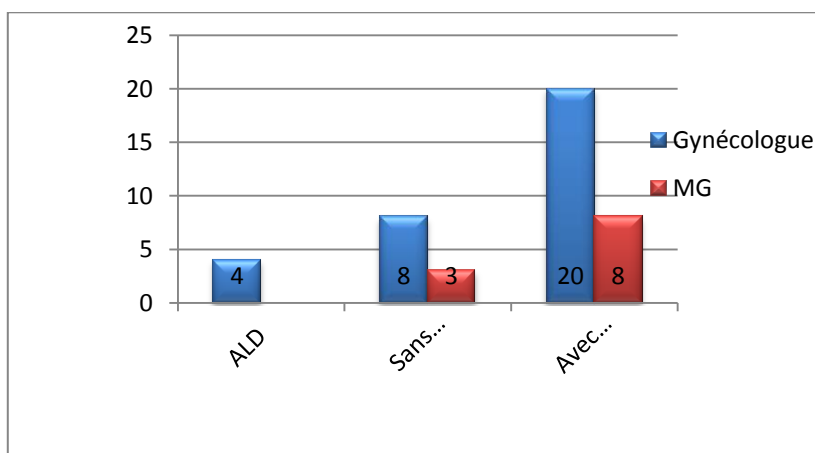


Toutes les patientes (N=11) percevant l'AAH sont suivies par un gynécologue médical pour leur méthode de contraception. 3 des patientes du groupe recevant soit le RSA, une pension familiale ou une rente (N=4).

Enfin, 18 des patientes recevant un salaire (N=28) sont suivies par le gynécologue. Chez les femmes en activité professionnelle, 10 sont suivies par un médecin généraliste.

3.3.3.4 Type d'assurance santé dont bénéficie la patiente

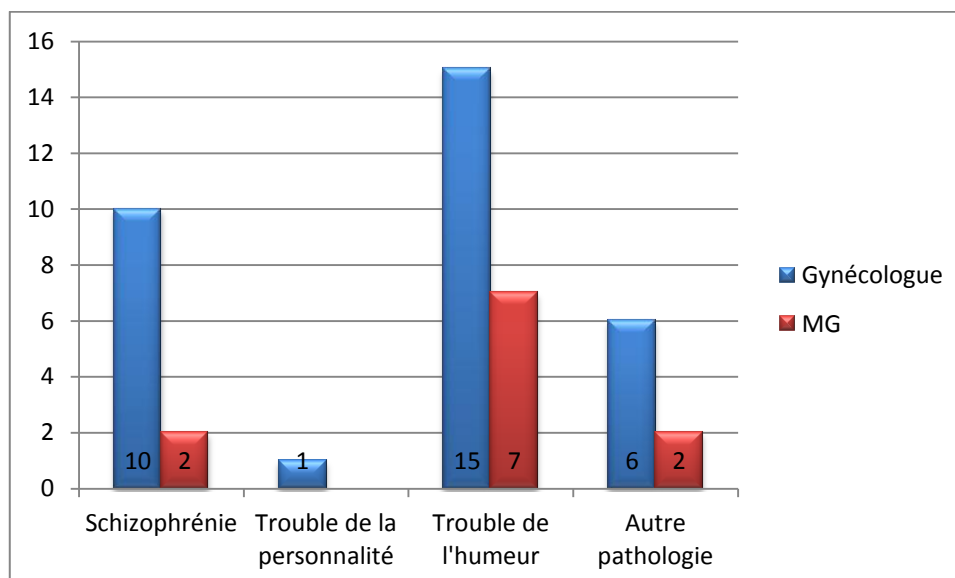
Figure 47 : Répartition du type de suivi en fonction du type de couverture médicale



Toutes les patientes (N=4) bénéficiant de l'ALD sont suivies par le gynécologue médical. Cela concerne également 8 patientes n'ayant pas de complémentaire santé (N=11) et 20 patientes ayant une complémentaire santé (N=28).

3.3.3.5 Diagnostic psychiatrique

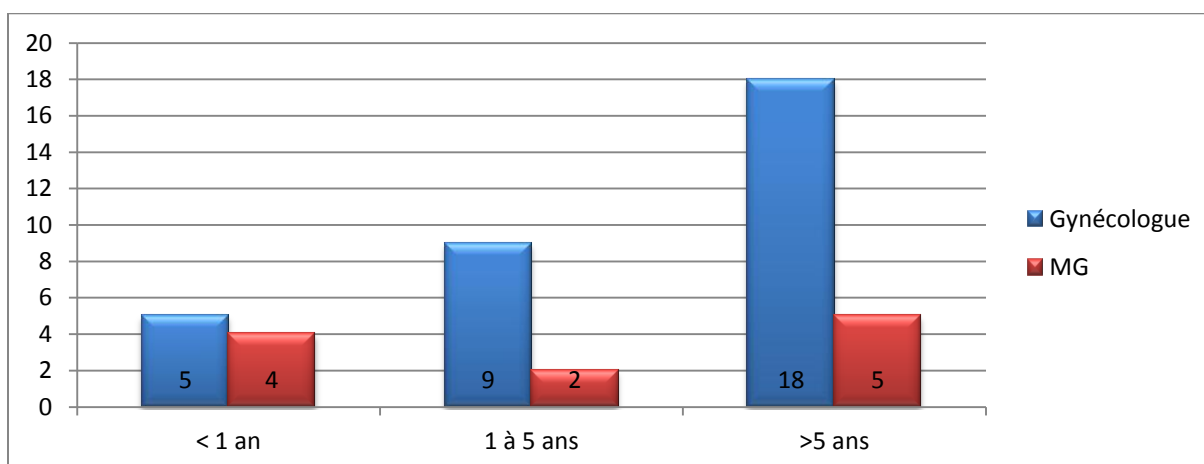
Figure 48 : Répartition du type de suivi en fonction de la pathologie psychiatrique



Chez l'ensemble des patientes, le gynécologue est le médecin le plus consulté pour la contraception. Chez les patientes ayant un trouble de l'humeur, la proportion de médecins généralistes consultés est la plus élevée.

3.3.3.6 Ancienneté du diagnostic psychiatrique

Figure 49 : Répartition du type de suivi en fonction de la durée d'évolution de la pathologie psychiatrique



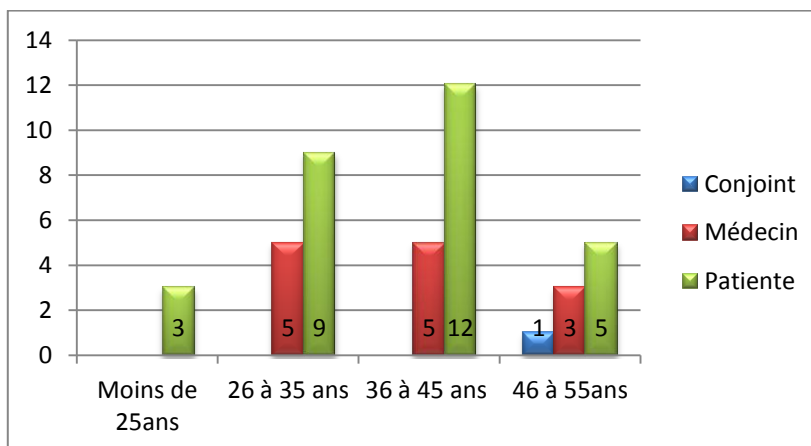
Pour les patientes souffrant de leur pathologie depuis moins d'un an (N=9), le prescripteur de la contraception est pour 5 d'entre elles le gynécologue.

Avec l'évolution de la pathologie, la proportion de suivis par le gynécologue est supérieure, avec 9 patientes atteintes depuis 1 à 5 ans (N=11) et 18 patientes atteintes depuis plus de 5 ans (N=23).

3.3.4 Facteurs associés à la personne ayant fait le choix de la contraception

3.3.4.1 Age

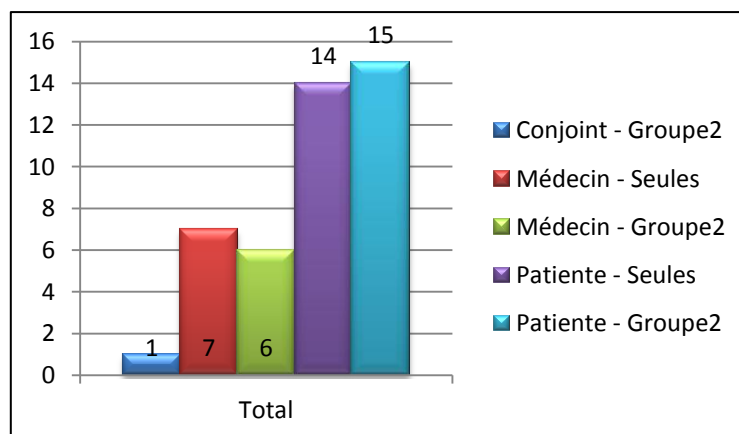
Figure 50 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction de la tranche d'âge



Tous âges confondus, 29 patientes ont choisi leur méthode de contraception et 14 ont laissé choisir le médecin ou leur conjoint. Dans chaque catégorie d'âge, les patientes ont en majorité choisi leur contraception.

3.3.4.3 Mode de vie

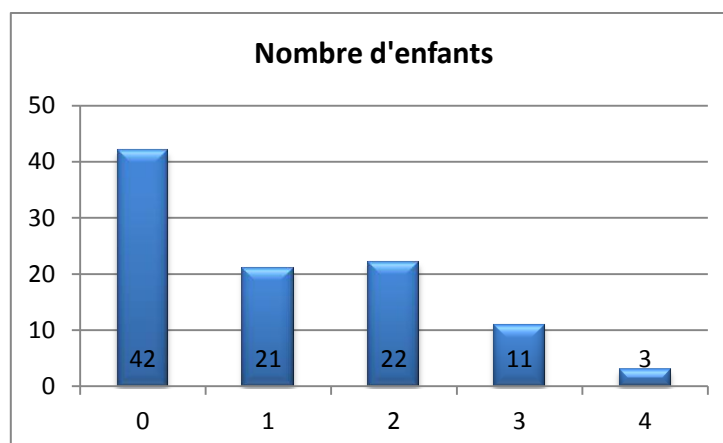
Figure 51 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction de la situation matrimoniale



Parmi les 43 patientes interrogées ayant un moyen de contraception, c'est principalement la patiente qui a décidé de sa contraception, qu'elle soit en couple ou seule. Mais la part de patientes ayant laissé le choix à leur médecin est assez importante : 6 patientes en couple sur 22 et 7 patientes seules sur 21.

3.3.4.4 Mesure de protection des biens

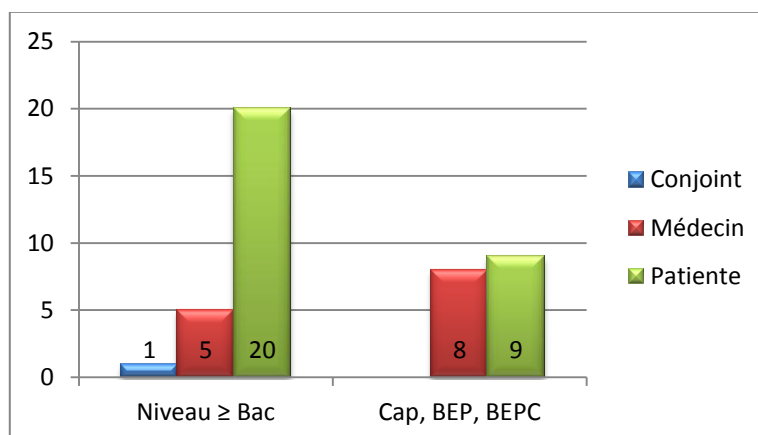
Figure 52 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction d'une éventuelle mesure protection des biens



Pour les patientes ayant une mesure de protection des biens (N=5), 2 ont fait elle-même le choix de leur contraception et pour 3 d'entre elles c'est le médecin (médecin généraliste ou gynécologue) qui a effectué le choix. En revanche, pour les patientes sans mesure de protection de justice (N=38), le choix émane de la patiente pour 27 d'entre elles.

3.3.4.5 Niveau d'études

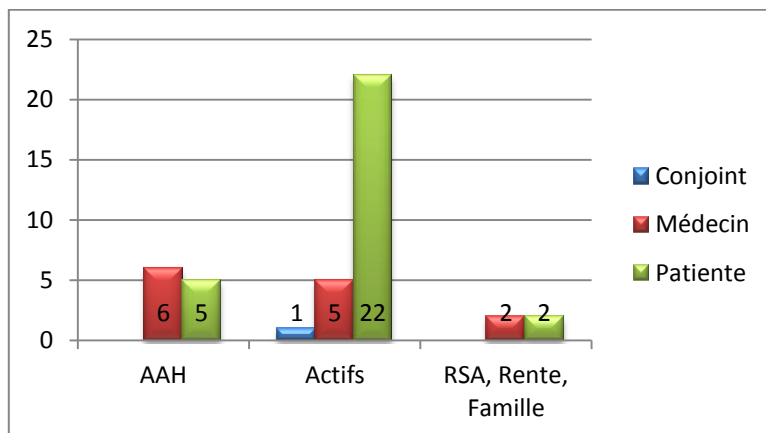
Figure 53 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction du niveau d'études



Parmi les patientes ayant validé au moins le Bac (N=26), 20 ont choisi elles-mêmes leur contraception, pour 5 autres, le choix a été fait par le médecin. Parmi les patientes ayant un diplôme antérieur à celui du Bac (N=17), 9 ont choisi leur contraception, et 8 ont été assurées par le médecin.

3.3.4.6 Type de revenu

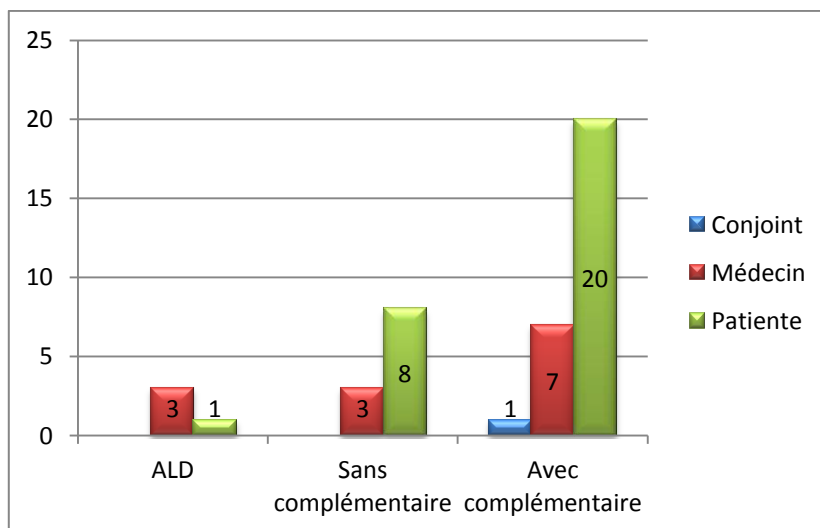
Figure 54 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction du type de revenu



C'est chez les femmes actives que le choix de la contraception est personnel dans la majorité des cas (22 sur 28). Pour les autres patientes, le choix est fait de façon équivalente par la patiente ou par le médecin.

3.3.4.7 Type d'assurance santé dont bénéficie la patiente

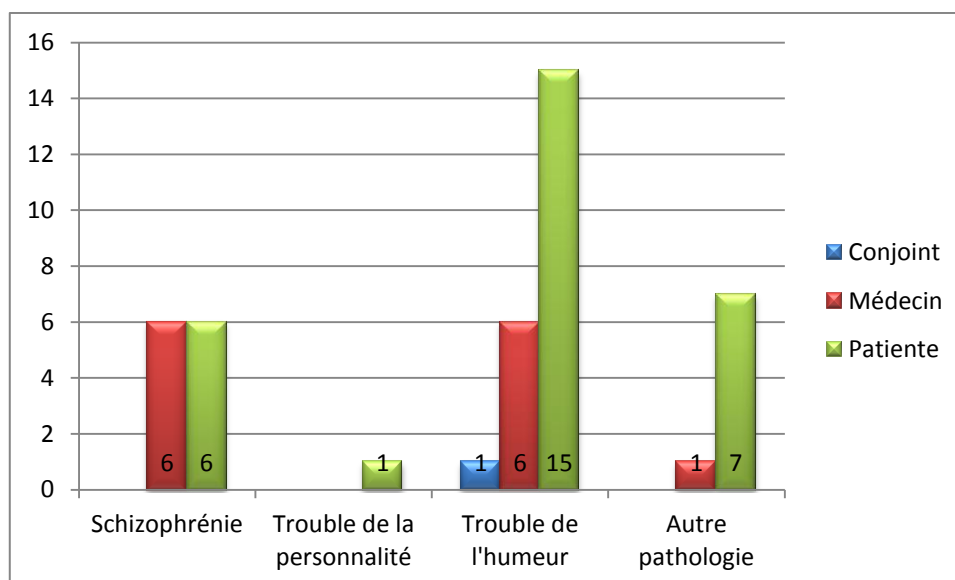
Figure 55 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction du type de couverture médicale



Respectivement 8 et 20 des patientes sans (N=11) et avec complémentaire (N=28), ont fait le choix elles-mêmes de leur contraception.

3.3.4.8 Diagnostic psychiatrique

Figure 56 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction de la pathologie psychiatrique



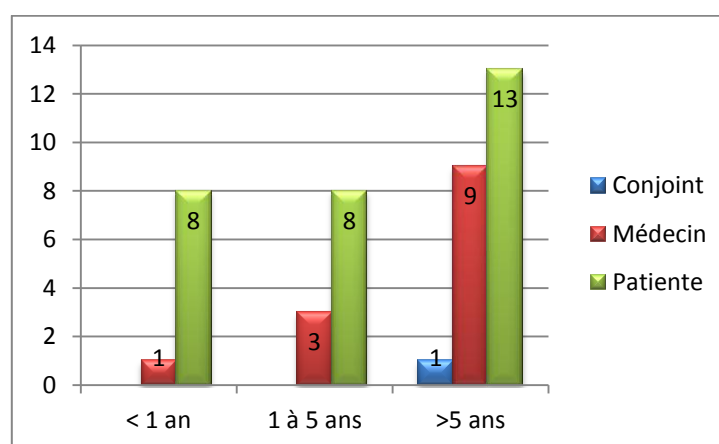
Pour les patientes schizophrènes (N=12), on note que le choix de la méthode contraceptive émane autant du médecin généraliste que de la patiente.

Pour 15 et 7 des patientes atteintes respectivement d'un trouble de l'humeur (N=22) et d'une autre pathologie (N=8), c'est la patiente elle-même qui a fait le choix.

Chez les patientes atteintes d'une autre pathologie, elles sont majoritairement (7 sur 8) à l'origine de ce choix.

3.3.4.9 Ancienneté du diagnostic psychiatrique

Figure 57 : Répartition de la personne ayant fait le choix de la contraception en fonction de la durée de l'évolution de la pathologie psychiatrique



Toutes les patientes ont en majorité fait le choix de leur contraception. En revanche, chez les patientes dont la pathologie évolue depuis plus de 5 ans, la proportion des médecins impliqués dans le choix est nettement supérieure (9/23).

4. Discussion

Lors de notre étude réalisée sur 100 patientes, nous avons fait le constat que seulement 43 d'entre elles avaient un moyen de contraception. Le taux de contraception chez ces patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique est plus faible que celui de la population générale qui est de 90.2 % [2].

4.1 Forces de l'étude

Cette étude réalisée dans des Centres Médico Psychologiques a permis d'interroger des patientes atteintes de différentes pathologies psychiatriques, et ainsi d'appréhender quels facteurs démographiques, médicaux et sociaux sont susceptibles d'intervenir dans leurs problématiques de contraception, afin de mieux les cerner et ainsi de proposer un conseil contraceptif adapté. Pour cela, il faut bien connaître les spécificités que peut engendrer une grossesse chez des patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique : ajustement de leur traitement, renforcer le suivi dans cette période à risque d'aggravation de leur maladie [24], déni de la grossesse, comportements inappropriés ou dangereux pouvant conduire à l'infanticide [23].

Au vu de la littérature, peu d'articles ont été retrouvés analysant les facteurs sociodémographiques influençant le choix contraceptif et notre étude permet de délivrer quelques pistes de réflexion.

Par ailleurs, les patientes suivies en CMP sont des patientes stables dans leur vie sociale et médicale, et ce sont ces mêmes patientes qui vont consulter leur médecin traitant pour leur prise en charge globale dont le conseil contraceptif fait partie.

Enfin, cette étude s'étant déroulée dans 4 CMP d'Ile de France couvrant des communes aux niveaux socio-économiques différents, nous a permis d'interroger à la fois des femmes de milieux aisés et défavorisés permettant ainsi une meilleure représentativité de cette population.

4.2 Faiblesses de l'étude

Notre faible effectif ne nous a pas permis de réaliser de tests statistiques et d'établir des analyses de corrélation.

De plus, les patientes soumises à un questionnaire doivent faire appel à leur mémoire concernant leur situation sociodémographique, personnelle et médicale, ainsi qu'à leurs capacités d'abstraction et d'introspection qui peuvent être altérées par une maladie psychiatrique évoluant depuis plusieurs années. Les patientes atteintes de trouble psychiatrique peuvent avoir des troubles cognitifs et les réponses recueillies peuvent être influencées par une mauvaise compréhension ou appréciation des questions, mais aussi par une difficulté à rester objectif sur des questions concernant leur vie personnelle.

4.3 Description de la population étudiée

Parmi nos 100 patientes, 41 sont âgées de 46 à 55 ans. La moyenne d'âge élevée de notre échantillon n'est pas un frein à cette étude car l'on sait que l'indication à une contraception persiste jusqu'à la ménopause. Ceci laisse cependant penser que leur besoin en contraception est moins important que dans une population plus jeune, mais aussi que leurs connaissances sont meilleures et leur besoin en conseil contraceptif moindre.

Le nombre moyen d'enfants par femme est de 1 ce qui correspond à un taux plus faible que la population générale qui se situe en janvier 2014 à 1.9 enfants par femme [20].

En ce qui concerne la situation matrimoniale, nous avons pu mettre en évidence que 65 % des patientes ne vivent pas en couple. Le fait que la majorité de nos patientes soient célibataires n'exclut pas qu'elles soient concernées par le conseil contraceptif et celui-ci doit être renforcé au vu de l'importance du nombre de femmes jugeant inutile une contraception, de façon parfois non adaptée.

Dans notre échantillon, aucune patiente n'est sans domicile fixe et elles bénéficient toutes d'une protection sociale. La grande majorité de nos patientes vivent dans leur propre domicile avec un revenu fixe (plus de la moitié sont actives) et sans mesure de protection juridique. Nos patientes sont donc autonomes et insérées dans la société et même si vivant dans des milieux géographiques défavorisés, elles ne sont, pour la plupart, pas en situation de précarité.

En population générale, il a été mis en évidence dans plusieurs études, que le niveau d'étude et le statut professionnel interfèrent dans le conseil contraceptif. Parmi nos patientes, 50 % ont validé au moins le baccalauréat ce qui correspond aux moyennes de la population générale [19].

Sur le plan médical, un tiers des patientes interrogées souffrent de schizophrénie, un tiers de trouble de l'humeur et un tiers d'autres pathologies psychiatriques. Ces patientes

présentent une pathologie assez grave pour nécessiter un suivi régulier en CMP mais sont stables dans leur maladie ce qui renforce le rôle essentiel du médecin généraliste.

La majorité des patientes interrogées souffrent de leur pathologie depuis plus de 5 ans (N=58) indiquant une certaine chronicité de leur pathologie et donc un impact très probable de leur pathologie sur leur mode de vie et ainsi sur leurs choix personnels en termes de contraception.

Au total, notre échantillon est à même de nous fournir des données intéressantes pour attirer l'attention des médecins généralistes sur les spécificités dont ils doivent tenir compte dans leur conseil contraceptif chez des patientes ayant une maladie psychiatrique.

4.4 Caractéristiques de la contraception des patientes interrogées

4.4.1 Taux de contraception

Le taux de contraception retrouvé lors de notre étude est nettement inférieur à celui de la population générale dont le taux est de 90.2 % de femmes. En effet, seulement 43 de nos patientes ont un moyen de contraception.

Ce faible taux de contraception dans notre population résulte de nombreux facteurs, qu'ils soient médicaux, psychologiques, sociaux ou environnementaux. On sait notamment que de nombreuses patientes sont en aménorrhée secondaire liée à une hyperprolactinémie, effet secondaire des neuroleptiques.

Parmi les 57 patientes sans contraception, 13 vivent en couple avec un partenaire stable. Elles nécessitent potentiellement un conseil contraceptif. Mais l'absence de stabilité relationnelle ne doit pas faire omettre non plus le conseil contraceptif qui fait partie des mesures préventives dans la vie des femmes.

Enfin, un certain nombre d'entre elles ont un désir avoué ou inconscient d'avoir un enfant, et ne souhaitent donc pas de contraception.

4.4.2 Mode de contraception

Parmi les méthodes contraceptives, la contraception orale représente en fréquence le premier moyen observé, et le DIU le second, ce qui est concordant avec les données de la littérature [2]. En revanche, l'implant contraceptif (IC) est nettement plus utilisé chez les patientes de notre étude que dans la population générale. En effet, cela concerne 21% des patientes contre 4.7 % des femmes en population générale. L'IC et le DIU ont comme

principal bénéfice de pallier les difficultés d'une observance difficile à assurer lorsque l'on souffre d'une pathologie psychiatrique.

4.4.3 Impact de la spécialité du prescripteur sur le moyen de contraception

Parmi les patientes de notre étude, l'introduction de la contraception a été faite pour 74.4% par un gynécologue, ce qui correspond à un taux plus important qu'en population générale (44%). Nous n'avons pas d'explication à cette différence mais nous pouvons émettre quelques suppositions.

Premièrement, nombre de ces patientes ont été hospitalisées en secteur psychiatrique où une consultation gynécologique leur est proposée systématiquement dans le cadre d'une prise en charge globale. Ces dernières peuvent continuer leur suivi avec cette gynécologue hospitalière après leur sortie.

De plus, sur certaines communes de notre secteur, les patientes suivies en CMP sont aussi parallèlement suivies en centre médical de santé où consultent des gynécologues médicaux permettant ainsi un accès plus facile à cette spécialité.

Par ailleurs, pour quelques patientes, un médecin généraliste qui effectue des gestes gynécologiques (FCV) ou parle de contraception peut être à tort considéré comme un gynécologue, induisant une réponse erronée à notre question.

Enfin, on peut aussi penser que l'offre territoriale de gynécologues médicaux en Ile de France est adaptée à la demande des patientes à l'heure actuelle et cela concorde avec les données de l'ordre des médecins. En effet, l'île de France avec une densité de 12,5 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus est la deuxième région où la densité de gynécologue est la plus élevée. En France, la densité moyenne de gynécologues étant de 7,6 [25].

Ceci peut expliquer la fréquence des IC et des DIU dans notre étude. En effet, tous les IC et les DIU sont posés par un gynécologue.

Par ailleurs, les patientes suivies par un gynécologue médical rapportent moins de manque d'informations concernant la contraception.

Ces derniers résultats posent deux questions : celle de la possibilité qu'ont les médecins généralistes à poser un IC ou un DIU en cabinet médical, au regard de leurs équipements, et de la valorisation de ces gestes (26), et celle de leur formation à la pratique de la gynécologie médicale.

Ces questions forment un enjeu majeur au vu de la diminution des gynécologues médicaux dans les années à venir [8].

Une étude de Caroline Delsalle retrouve que 90 % des étudiants en médecine n'ont pas posé de DIU ou d'IC en deuxième cycle [21] et que cette formation est tout aussi carencée dans le troisième cycle : nombre de places limités en services de gynécologie, formation gynécologique au cours des stages ambulatoires variable selon la pratique du maître de stage.

Or, il est nécessaire que les médecins généralistes bénéficient d'une formation continue renforcée sur les apprentissages à ces gestes techniques afin de proposer aux patientes le moyen de contraception qui leur correspond et non sur des arguments matériels ou économiques.

4.4.4 Personne ayant fait le choix de la contraception

Notre étude montre que c'est principalement la patiente qui est à l'origine du choix de sa contraception. Pour un tiers d'entre elles cependant, une personne est intervenue (conjoint, tuteur, médecin). Pour ces patientes, il convient d'expliquer de façon adaptée et personnalisée les différentes possibilités et de pallier les handicaps en rapport avec leur pathologie afin qu'elles puissent elles-mêmes faire le choix de leur contraception.

4.5 Caractéristiques de la contraception en fonction des différents facteurs sociodémographiques et médicaux

4.5.1 Selon l'âge

Les patientes âgées de 26 à 35 ans dans notre étude bénéficient plus d'une contraception que les patientes plus jeunes ou plus âgées. Cela suggère une nécessité d'accentuer le conseil contraceptif dans ces deux derniers groupes de femmes et d'autant plus pour les patientes de plus de 35 ans où le médecin généraliste peut avoir tendance à croire que la patiente est bien au clair sur les méthodes contraceptives. D'autant plus que nous avons retrouvé, que quel que soit l'âge, les patientes donnent les mêmes raisons et en même proportion pour expliquer qu'elles n'ont pas de contraception.

Parmi les méthodes contraceptives, la contraception orale est la méthode de choix des patientes de notre étude âgées de moins de 25 ans tandis que le DIU est utilisé principalement par les patientes de plus de 35 ans ce qui correspond aux données de la littérature et au fait que ce moyen de contraception est encore peu utilisé chez les femmes jeunes nullipares [2].

Ce sont les patientes âgées de 26 à 35 ans qui consultent le plus le gynécologue. Ceci est concordant avec les données de la littérature qui retrouvent une plus grande consultation du médecin généraliste pour les actes gynécologiques avec l'avancement en âge [7].

4.5.2 Selon la parité

Nous observons que la majorité des patientes n'ayant pas d'enfants n'ont pas de contraception ce qui peut refléter un désir de grossesse, pas toujours conscient ou réaliste. C'est aussi dans ce groupe que le médecin est le plus souvent initiateur de la contraception. Est-ce le médecin qui estime que la maternité peut être un danger pour la patiente ou l'enfant à venir ? Il est vrai, que chez les patientes atteintes de maladies chroniques, quelles qu'elles soient, il est recommandé qu'une grossesse soit planifiée par la patiente avec l'aide de ses médecins afin de faire des adaptations thérapeutiques et une surveillance spécifique de ces grossesses.

Le DIU est principalement utilisé par les patientes multipares dans notre étude. Ceci pose la question de la sous-utilisation du DIU chez les femmes nullipares, par des à priori négatifs de la patiente, ou par une carence sur les indications du DIU. En effet, pour encore de nombreux médecins généralistes et gynécologues, la nulliparité est une contre-indication à la mise en place d'un stérilet et malgré les recommandations de la HAS publiées en 2004, 68% des gynécologues et 84% des généralistes considèrent que le DIU n'est pas approprié chez la nullipare [22].

4.5.3 Selon le mode de vie

Parmi les patientes de notre étude, 17 sont en couple et n'ont pas de moyen de contraception. Les problématiques sociales doivent aussi être connues et abordées avec la patiente, car l'ensemble de ces facteurs, ainsi qu'une pathologie insuffisamment équilibrée peuvent priver ces femmes de leurs droits parentaux.

Parmi les patientes ayant une contraception, la moitié ne sont pas en couple et parmi ces dernières, le choix du DIU est plus fréquent, ce qui s'explique par la pérennité de ce moyen de contraception (43 %) et elles sont plus suivies par un gynécologue (81%) expliquant ainsi ce taux plus important qu'en population générale. Par ailleurs, les patientes ne vivant pas en couple ressentent moins l'utilité du conseil contraceptif malgré des conduites sexuelles souvent à risque de rapport fécondant.

4.5.4 Selon l'existence d'une mesure de protection

Les patientes sous une mesure de protection des biens bénéficient plus d'un DIU ce qui permet de pallier les difficultés d'observance liées à une contraception orale. Ce constat nous semble tout à fait adapté à ce groupe de patientes et cela d'autant plus si cette décision est prise après une explication claire et adaptée à la patiente.

4.5.5 Selon le niveau d'études

En population générale, il a été mis en évidence dans plusieurs études, que le niveau d'études et le statut professionnel interfèrent dans le conseil contraceptif [10]. Parmi nos patientes, 50 % ont validé au moins le baccalauréat (Bac) ce qui correspond aux données de la population générale [19]. Dans notre étude, les patientes ayant validé au moins le Bac ont un taux de contraception plus important ce qui concorde avec les données de la littérature [10]. Ces dernières ressentent aussi moins le manque d'information sur ce sujet. Le médecin doit s'efforcer de veiller à ce que l'information délivrée soit adaptée au niveau d'étude et par la même au niveau de compréhension de la patiente.

Les patientes ayant un niveau supérieur au Bac ont plus choisi une contraception orale par rapport aux patientes ayant un niveau inférieur au Bac. Cela peut s'expliquer par une plus grande facilité à être observantes, mais ceci doit être pondéré du fait que les patientes de notre étude ayant un niveau supérieur au Bac sont en proportion plus suivies par un médecin généraliste.

4.5.6 Selon le type de revenu

Les patientes bénéficiant de l'AAH ont un taux de contraception très bas. Ces patientes bénéficient de ressources financières, d'une couverture sociale et ce n'est donc pas à priori la précarité ou une difficulté financière d'accès aux soins qui peuvent être impliquées dans cette carence en matière de contraception. Ce serait plutôt le manque d'autonomie qui peut avoir des conséquences en termes de contraception : grossesses non désirées, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) à répétitions, difficulté à mener à bien l'éducation des enfants... Le conseil contraceptif est donc particulièrement crucial chez les patientes à autonomie réduite.

4.5.7 Selon la spécialité du prescripteur

En population générale, 82% des femmes cadres sont suivies par leur gynécologue ce qui représente un taux supérieur par rapport aux ouvrières par exemple (73 %). Ceci n'est pas retrouvé dans notre étude révélant même une tendance inverse à savoir que c'est la catégorie des femmes ayant un niveau inférieur au Bac qui consulte plus un gynécologue médical, probablement par un biais de recrutement, car les patientes issues de communes défavorisées avaient à proximité de leur CMP un CMS offrant un accès largement facilité vers des gynécologues.

Notre étude montre que les patientes bénéficiant de l'AAH, ayant un niveau d'étude inférieur au Bac, étant sous une mesure de protection des biens se remettent plus souvent au médecin dans leur choix de contraception. Ceci implique qu'il faut renforcer le conseil contraceptif chez ces patientes.

4.5.8 Selon le diagnostic psychiatrique

La nature de la pathologie psychiatrique influence également le conseil contraceptif.

En effet, 91 % des patientes souffrant d'un trouble de personnalité et 63% des patientes schizophrènes n'ont pas de moyen de contraception et pour la plupart, par manque d'information selon leurs déclarations. Ces deux maladies psychiatriques entraînent une altération des capacités cognitives et comportementales plus importantes que les troubles de l'humeur.

Ce sont le DIU et l'implant contraceptif qui sont les méthodes les plus retrouvées, méthodes ne nécessitant pas une rigueur en termes d'observance. Parallèlement, pour les patientes schizophrènes, c'est principalement le médecin l'initiateur de la contraception mettant une fois de plus en lumière un problème d'autonomie de la patiente.

On sait que les patients psychotiques ont plus de difficultés dans la prise de conscience de la nécessité de consulter, à la prise de rendez-vous, et à se rendre à leurs consultations.

Les patientes souffrant d'un trouble de l'humeur ont un taux de contraception inférieur à celui de la population générale, mais nettement supérieur en comparaison aux autres pathologies psychiatrique, avec un taux de 50% de contraception. La contraception orale est la première méthode utilisée.

4.5.9 Selon l'ancienneté du diagnostic psychiatrique

La durée d'évolution de la pathologie psychiatrique a un impact sur les capacités cognitives et la situation sociale des patientes. Les patientes atteintes de leur pathologie depuis moins d'un an prennent majoritairement une contraception orale, comme en population générale. Avec la durée d'évolution de la maladie, l'absence de contraception, le manque d'information, le DIU et l'IC sont plus fréquents reflétant une perte d'autonomie avec l'évolution de la pathologie psychiatrique.

5. Conclusions

Le conseil contraceptif, mission intégrante du médecin généraliste en tant qu'acteur privilégié de la prise en charge globale de ses patientes, doit être adapté à chaque patiente. Afin de concourir à une contraception optimale pour la patiente, le médecin prescripteur doit s'attarder à rechercher des facteurs médicaux et personnels pouvant influencer ce conseil contraceptif. Notre étude, s'intéressant à des femmes souffrant d'une pathologie psychiatrique, a montré que 53 % des femmes interrogées n'ont pas de contraception, ce qui correspond à un taux nettement plus élevé que celui de la population générale qui est de 9.8 % [2]. Dans notre étude, les femmes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont pour la majorité célibataires, avec un taux de parité plus faible que la population générale, elles consultent principalement le gynécologue pour leur suivi de contraception et elles se remettent souvent au médecin dans le choix de leur méthode contraceptive. Nous avons pu mettre en évidence que les patientes de notre étude ne vivent pas dans la précarité : aucune n'est SDF, toutes les femmes bénéficient d'une couverture médicale et dès lors ce n'est pas la précarité ou le non accès aux soins qui peut expliquer ce faible taux de contraception. En revanche, certaines de ces patientes bénéficient de l'AAH, d'une mesure de protection de biens, ou vivent chez un membre de leur famille ; ces facteurs témoignent d'une perte d'autonomie en rapport avec leur pathologie psychiatrique et c'est en partie ce défaut d'autonomie qui intervient dans le faible taux de contraception observé.

Cette étude met en évidence l'importance de sensibiliser le médecin traitant à la problématique de la contraception chez ces patientes aux caractéristiques bien spécifiques. Ces patientes souffrent d'une instabilité à la fois thymique mais aussi comportementale, relationnelle, médicale, nécessitant une adaptation régulière en termes de prévention et de contraception. Le médecin généraliste doit renforcer l'éducation et l'information de ces patientes. Par ailleurs, il doit être à même de proposer à la patiente une contraception adaptée.

La prescription de DIU et d'IC dans notre étude est supérieure à la population générale, et adaptée, compte tenu des difficultés d'observance dont souffrent les patientes. Ils sont exclusivement prescrits par des gynécologues médicaux. Ceci nous amène à nous poser la question sur la nécessité de renforcer la formation des médecins généralistes sur ces techniques ; formation à la fois théorique : prescription adaptée aux patientes nullipares et

pratique : pour l'apprentissage de ce geste technique. Enfin, cela amène aussi à réfléchir sur les freins limitant la pratique de ces gestes en ambulatoire.

Par ailleurs, cette étude renforce la notion d'une nécessaire coordination entre les soignants dont le médecin traitant est à la base : communication avec le psychiatre sur le suivi gynécologique, sur le désir de grossesse et la nécessité d'une adaptation thérapeutique à programmer ; échange avec les assistantes sociales pour approfondir le mode de vie de la patiente et mieux connaître ses difficultés d'autonomie au quotidien.

Ces mesures aideraient ces patientes souffrant de pathologie psychiatrique, à prévoir leurs grossesses, à les gérer sur le plan médical mais aussi social et personnel, afin de les accompagner dans leur vie de femme et de mère.

6. Annexes

6.1 Lettre au directeur des CMP

Janvier 2014

Cher directeur, directrice,

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma lettre.

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale : « particularités médicales, démographiques et sociales des patientes atteintes d'une maladie psychiatrique pouvant influencer le choix et la mise en route d'une contraception », j'aimerais interroger des patientes consultant dans votre CMP.

Les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique présentent des caractéristiques démographiques, sociales et médicales bien particulières pouvant influencer le choix du mode de contraception. De par leur maladie, la majorité de ces patientes consultent moins de spécialistes médicaux (dont les gynécologues) et leur suivi par un médecin traitant s'avère être plus fluctuant.

Comme le recommande la Haute Autorité de Santé, le conseil contraceptif doit être adapté et personnalisé à la patiente. Peu d'étude se sont intéressés à savoir si le mode de contraception était adapté à ces patientes atteintes d'une maladie psychiatrique. Dès lors, la réalisation d'un questionnaire dans votre CMP me permettrait d'aborder cette question ;

Cette enquête nécessiterait dix minutes par patientes :

-cinq minutes d'explications sur l'enquête à la patiente.

-cinq minutes pour répondre au questionnaire composé d'une quinzaine de question.

Le questionnaire est anonyme, réalisé après consentement de la patiente.

En vous remerciant, cordialement

Marianne Delbecq-Véchambre
Interne de Médecine Générale,
Groupe Hospitalier Paul Guiraud
marianne.delbecq.vechambre@gmail.com

6.2 Lettre aux patientes

Chère Mademoiselle, Chère Madame

Je suis médecin généraliste dans un service de l'hôpital Paul Guiraud.

Je m'intéresse aux problèmes gynécologiques que mes patientes rencontrent au cours de leur vie.

J'ai donc décidé de réaliser une enquête auprès des patientes qui viennent consulter aux CMP afin de mieux connaître leur avis ou leurs difficultés sur la question de la contraception.

Si vous voulez bien répondre à mes questions (anonymement), je vous recevrai dans un bureau, pour une durée de 10 minutes environ.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse, et vous souhaite une bonne continuation.

Marianne Delbecq-Véchambre
Interne de médecine générale
Groupe Hospitalier Paul-Guiraud

I Données socio-démographiques et médicales

- 1) Identification : X.Y-jj/mm/aaaa
2) Age :
3) Pathologie psychiatrique
Schizophrénie Troubles de l'humeur Troubles liés à la prise de toxique
*Depuis : <1an 1à 3ans >3ans
4) Situation familiale :
Célibataire Mariée Divorcée Veuve Concubinage PACS
5) Mode de vie :
En couple Seule
6) Nombre d'enfants :
7) Mesure de protection des biens :
Aucune Sauvegarde de justice Curatelle Tutelle
8) Niveau d'étude :
BEPC CAP BEP Baccalauréat Bac+2 Bac≥2
9) Type de revenu :
AAH Salaire Retraite RSA ASSEDIC Aucun Autre
10) Assurance santé :
CMU/AME SECU CMUc SECU + Mutuelle Aucune

II) Contraception :

Non Oui

Si non, pourquoi ne prenez-vous pas de moyen contraceptif :

- Désir d'une grossesse Mauvaise tolérance Manque de moyens
Manque d'information Peur de perdre sa fertilité
Difficulté, oubli à prendre une contraception
Peur des Effets indésirables (prendre du poids, acné,...)

Si oui,

- 1) Type de contraception :
Pilule Si pilule : laquelle : Ne sait plus le nom
Stérilet Implant Préservatif Autre :
2) Prescripteur ayant fait la première prescription :
Médecin généraliste Gynécologue Ne sait plus
3) Qui a fait le choix de cette contraception :
Vous Le Médecin Le tuteur Votre conjoint Autre
4) Comment avez-vous choisi ce moyen plutôt qu'un autre :
Pratique de ce moyen de contraception Sur conseil d'amie Coût

7. Bibliographie

- [1] Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. *Population*. 2004 ; 59 : 409-18
- [2] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard J.-B. Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. INPES, Saint-Denis.
- [3] Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. ANAES ; 2004
- [4] Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception : Prescription et conseil aux femmes. HAS ; Juillet 2013
- [5] Gatin B. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. *Panorama du médecin*. 2006 ; 5038-65
- [6] Le Goaziou M-F. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 13 : 1645-6.
- [7] La prise en charge des femmes françaises, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Source : Observatoire Thalès Etude 2769, septembre 1999 : fréquence annuelle de consultation des femmes chez le généraliste. Consultable à l'URL : <http://www.cngof.asso.fr>.
- [8] Réseau Epi, réseau National de recueil épidémiologique. Consultable à l'URL : <http://www.perinat.com>.
- [9] Observatoire Thalès. Répartition des actes gynécologiques effectués par les médecins généralistes mai 2000. Consultable à l'URL : sur <http://cngof.asso.fr>
- [10] Bajos N, Oustry P, Léridon H. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004; 59 : 479-502.
- [11] Gold K.J., Kibourne A.M. Primary care of patients with serious mental illness : Your chance to make a difference. *The journal of family practice*. 2008 ; vol. 57 : 525
- [12] Casadebaig F, Philippe A. L'accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalités des patients schizophrènes. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*. 1997 ; n°6 : 44-49
- [13] Février R, Bryssine S, Valon D. Comorbidités somatiques en psychiatrie. *Santé mentale*. 2004 ; 90 : 29-35.
- [14] Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EncyclMédChir Psychiatrie*. 2003 ; 37-860- 6p.
- [15] Centre de référence sur les agents tératogènes. Consultable à l'URL : http://www.lecrat.org/articleSearch.php3?id_groupe=12.

- [16]. Kulkarni J, de Castella A, Smith D, et al. A clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women. *Schizophr Res.* 1996 ; 20 : 247-52
- [17]. Slap GB. Oral contraceptives and depression: impact, prevalence and cause. *J Adolesc Health Care* 1981.
- [18] Courtecuisse V. Les grossesses issues de violences chez les adolescentes. *L'adolescence enceinte*, vol 1, actes du sixième colloque sur la relation précoce parents enfants. 1993
- [19] Insee, Recensement de la population 2008 consultable à l'URL : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/dossiers/parite/parite_edu_form_diplo_mes.pdf
- [20] Insee, Bilan démographique 2013 consultable à l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3c.htm
- [21] Delsalle C. L'acquisition de la compétence professionnelle des étudiants de troisième cycle des études médicales pour la pratique de la gynécologie obstétrique en médecine générale. Thèse : Médecine : Lille : 2005
- [22] Bajos N. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations et Sociétés.* 2012; 492: 1-4
- [23] Pitt S.E, Bale EM. Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1995; 23: 375-386
- [24] Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A †. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encycl Méd Chir, Gynécologie-Obstétrique*, 5-046-A-10, Psychiatrie 2001, 37-660-A-10 : 7
- [25] Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. Consultable à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
- [26] Desmond L. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. Thèse : Médecine Générale. Tours : Université de Tours, 2013, 67 p.

Résumé : Le conseil contraceptif implique régulièrement l'intervention d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue. Il est encadré par des recommandations de la HAS (2013) et doit être adapté, personnalisé et choisi par la patiente.

L'objectif de l'étude est d'observer les caractéristiques sociodémographiques et médicales influençant la contraception chez des patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique et de révéler les spécificités du conseil contraceptif chez elles.

Sur les 100 patientes interrogées, 43 prennent une contraception (contre 90 en population générale).

Les facteurs sociodémographiques comme bénéficier d'une Allocation Adule Handicapé ou d'une mesure de protection juridiques, semblent liés à un plus faible taux de contraception et témoignent d'une altération de l'autonomie. Les facteurs médicaux comme souffrir de schizophrénie et de trouble de la personnalité sont associés à un taux de contraception plus bas par rapport aux autres pathologies psychiatriques.

Les contraceptions les plus souvent choisies sont le dispositif intra utérin et l'implant contraceptif. Ils sont plus utilisés qu'en population générale et semblent adaptés à ces patientes souffrant de difficultés d'observance. Ils sont, ici, systématiquement prescrits par les gynécologues. Cela questionne sur les pratiques des médecins généralistes. L'absence de contraception est souvent liée à un manque d'information.

Le médecin généraliste, comme le gynécologue, doit connaître les spécificités médicales, sociodémographiques et comportementales de ses patientes afin de veiller à leur fournir un conseil contraceptif adapté lors de consultations dédiées.

Titre en anglais : Contraceptive advice in psychiatry: Impact of sociodemographic and medical factors that may influence contraceptive advice in a hundred outpatients followed in Ile de France community mental health center.

Abstract : The contraceptive advice involves regular intervention of a general practitioner or a gynecologist. It is bordered by the recommendations of the HAS (2013) and must be adapted, personalized and chosen by the patient.

The aim of our study was to observe the demographic and medical characteristics involved in the choice of a contraception in patients with psychiatric disease and reveal the specifics of contraceptive advice in these patients.

Of the 100 patients interviewed, 43 have a contraception (against 90 in the general population).

Sociodemographic factors as: eligibility to a Disability Allowance or a measure of legal protection, appear to be related to lower rates of contraception and show impaired autonomy of these patients. Medical factors as suffering from schizophrenia and personality disorders are associated with lower rates of contraception compared to other psychiatric disorders.

The most chosen contraceptions are the intrauterine device and the contraceptive implant. They are more used than in the general population and seem suitable for these patients suffering from difficulties with adherence. They are here routinely prescribed by gynecologists, which rises questions on the practices of general practitioners.

Lack of contraception is often due to a lack of information.

Therefore, general practitioners, and gynecologists, must know the medical, demographic and behavioral characteristics of their patients provide an appropriate contraceptive advice within dedicated consultations.

Mots clés : Conseil contraceptif. Prévention primaire. Médecin généraliste. Psychiatrie.
Contraceptive Methods. Primary Prevention. General practitioner. Psychiatry

Discipline : Doctorat en médecine générale