HAL
open science

Contraception et IVG : l'expérience du CHU de Fort de France

Laurent Vergnaud

To cite this version:

Laurent Vergnaud. Contraception et IVG : l'expérience du CHU de Fort de France. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01331157

HAL Id: dumas-01331157

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01331157

Submitted on 13 Jun 2016

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES

ET DE LA GUYANE

FACULTE DE MEDECINE

HYACINTHE BASTARAUD
2015ANTI0035

Contraception et IVG : l'expérience du CHU de Fort de France

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 3 Décembre 2015

Pour l'obtention du diplôme de

DOCTORAT EN MEDECINE

Par

VERGNAUD Laurent

Présidente : Professeur Maryvonne DUEYMES-BODENES

Assesseurs : Professeur André WARTER
Professeur Régis DUVAUFERRIER
Docteur Jean-Luc VOLUMENIE

Directrice de thèse : Docteur Catherine BONNIER

FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne Mence-Caster

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond Césaire

Vice Doyen de la faculté de Médecine : Suzy Duflo

Liste des enseignants

Professeur des Universités Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI	Médecine interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Bernard CARME	Parasitologie CH de Cayenne Tel : 05 94 39 54 05
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39

Thierry DAVID	Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale Tel : 05 90 89 14 55
Eustase JANKY	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
Georges JEAN-BAPTISTE	Rhumatologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 52
François ROQUES	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire r CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie digestive CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 01
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 28
Didier SMADJA	Neurologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 61
André WARTER	Anatomopathologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 50
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de MARTINIQUE Tel : 0596552261
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie

	CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 90
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie, Imagerie Médicale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 40
Gilles BEAUCAIRE	Maladies Infectieuses CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christine AZNAR	Parasitologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 54
Christophe DELIGNY	Gériatrie et biologie du vieillissement CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
Philippe GARSAUD	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 89 14 55
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale

r	Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37
Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE	Endocrinologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD	Urologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
Lauren BRUNIER-AGOT	Rhumatologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 52
Xavier BOUILLOUX	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Philippe CARRERE	Médecin Générale CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES Tel : 06 90 99 99 11
Anne MOROY	Psychiatrie et Psychologie Médicale CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
Cédric Sandy PIERRE	ORL CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
Pierre CARRET	Orthopédie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 55 22 28
Julie SAMBOURG	Dermatologie, Maladies Infectieuses CH de CAYENNE

Remerciements

A Madame le Professeur Maryvonne DUEYMES-BODENES
Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon immense reconnaissance et de mon admiration.

A Monsieur le Professeur André WARTER
C'est un honneur que vous siégiez à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Régis DUVAUFERRIER
Merci de m'honorer de votre présence au sein de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de ma considération.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc VOLUMENIE
Vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui en me formant à la gynécologie, soyez assuré de toute ma reconnaissance. C'est un honneur immense que vous participiez à ce jury.

A ma directrice de thèse, le docteur Catherine BONNIER
Merci pour tes encouragements et pour ton implication. Ton engagement dans ce qui te tient à cœur est exemplaire et tu restes disponible malgré tout. Merci pour ta patience et ton aide précieuse.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à Mesdames Rinto et Jean-Baptiste, sage-femme et secrétaire du service d'orthogénie de la MFME pour leurs encouragements et le temps passé à m'aider pour le recueil de données.

Je tiens à remercier tout particulièrement les femmes qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire, dans un moment intime et difficile.

Je voudrais remercier spécialement ma famille, mes parents et mon frère, qui sont un exemple pour moi. Leur courage et leur amour continueront toujours à me pousser à être un homme meilleur. Bisous à BB et Liam et à toi Papa, parti trop vite…

Je remercie aussi tous mes potes de galère et de fêtes durant ces longues années d'étude (Eric, Olivier, Sammy, Greg, La fouine, Marie-Laure, Fat Mike, Cindy, Ash, Akeel, Lulu), mes potes de conf (Max et Séb), et toutes les personnes qui m'ont formé, aidé et encouragé pendant les stages, ainsi que mes partenaires de ces très longues gardes sur l'agglomération bordelaise et en Martinique.
Merci à mes potes co-internes (Boris et sa famille, Rabih, VaK Band, la coloc Morne Pitault) et à mes supers chefs (Martine, Joujoux, Pr Smadja, Séverine, Aïssatou, Mireille, Super Calvaire, Jeannite, Irina, Miguel, Yolaine, the lope, Elise, Stéphan, Stéphane, Rodger, Martin, Federigo, Alessandro, Vovo, Dr Dorail, Jake Pambou)
Spéciale dédicace à mes potes d'enfance (Dr No, Diño, Baptiste, Garcia).

Merci aussi au Dr Eliane Richardson pour son amitié, sa gentillesse, son courage, sa patience et la subtilité de ses conseils judicieux !
Merci à Thierry Manches d'avoir eu la gentillesse de m'aider à analyser cette étude.
Merci à Cécile Emond pour ses talents de traductrice.
Merci à Muriel et Bruno Anin et au Père Ransay pour leur bienveillance.
MERCI à ma femme Alicia et à la joie d'être auprès de toi chaque jour.
Merci à ta famille qui m'a si gentiment accueilli en Martinique.
Merci aussi à tous ceux que j'ai oubliés !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 16

II. GENERALITES 17

1. IVG..... 17
1.1 L'IVG dans le monde. 17
1.2 En France. 19

2. Les moyens contraceptifs..... 22
2.1 A travers le monde 26
2.2 En France. 27
2.3 Contraception et efficacité : Indices de Pearl 38
2.4 Pratiques et freins à l'accès à un contraceptif adapté 39
2.5 Contraception et religions..... 42
2.6 Idées reçues sur les moyens de contraception..... 42

3. Grossesses non désirées. 48
3.1 Grossesses non désirées et contraception..... 48
3.2 IVG et contraception : 48
3.3 Conséquences psychologiques de l'IVG. 49

4. Contraception, grossesse non désirées, IVG : état des lieux en Martinique..... 52
4.1 Natalité, fécondité, histoire familiale. 52
4.2 Sexualité et Contraception..... 53
4.3 Grossesses non désirées et contraception..... 56
4.4 L'IVG en Martinique 56
4.5 L'éducation à la sexualité dans le département. 62

III. MATERIELS ET METHODE DE L'ETUDE 63

1. Principes généraux de l'étude 63

2. Objectifs de l'étude 64

3. Le questionnaire..... 65

4. Saisie et analyse des données 65

IV. RESULTATS 66

1. Caractéristiques de la population selon l'âge 66

2. Contraception pré-IVG..... 66
2.1 Utilisation d'une contraception régulière dans les 12 derniers mois. 66
2.2 Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois..... 67
2.3 Absence d'une contraception régulière au cours des 12 derniers mois. 69
2.4 Moyen de contraception utilisé au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse. 71
2.5 Contexte de transition en matière d'utilisation d'un moyen contraceptif. 72
2.6 Raisons de la/des maladresse(s) qui a/ont conduit à cette grossesse. 72

3. La contraception d'urgence (CU). 74

4. Absence de notion de « risque » suite à un problème contraceptif identifié. 76

5. Absence de la notion de « risque » de grossesse après ce rapport fécondant.. 76

V. DISCUSSION 77
1. Critique de l'étude 77
1.1 Biais de sélection 77
1.2 Biais de mémoire 77
1.3 Biais d'information 77
1.4 Les mineures. 77
2. Caractéristiques de la population. 78
3. Résultat principal. 78
3.1 Contraception pré-IVG régulière 78
3.2 Contraception utilisée durant le rapport ayant conduit à la grossesse non désirée . 80
3.3 Période de transition contraceptive 80
3.4 Cause(s) de la grossesse actuelle 81
3.5 Conclusion du résultat principal 82
4. Résultats secondaires 83
4.1 Raisons de l'absence d'utilisation régulière du préservatif 83
4.2 Raisons de l'absence d'utilisation régulière de la pilule 83
4.3 Utilisation de la CU 83
4.4 Absence de la notion de « risque » d'une grossesse, idées reçues 84
VI. CONCLUSION 86
VII. ANNEXE 88
VIII. BIBLIOGRAPHIE 90

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSM : L'Agence nationale de sécurité du médicament

ATEV : Accident thromboembolique veineux

AVC : Accident vasculaire cérébral

BVA : Brulé Ville et Associé, Institut d'études de marché et d'opinion

C3G : Contraceptif de 3ème génération

CHU : Centre hospitalier universitaire

CHUM : Centre hospitalier universitaire de Martinique

COC : Contraceptif oral combiné

CPIOF : Centre de Planification, d'Information et d'Orientation Familiales

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

CU : Contraception d'urgence

DFA : Département français d'Amérique

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DIU : Dispositif intra-utérin

DOM : Département d'outre-mer

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSDS : Direction de la Santé et du Développement Social

EAS : Education à la sexualité

GERS : Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques

GEU : Grossesse extra-utérine

GRSP : le Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCPF : Haut Conseil de la population et de la famille

HPV : Human Papilloma Virus

ICAR : Association pour l'Information sur les Comportements à Risque

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IGAS : Inspection Générale des affaires sociales

INED : Institut National des Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

LMDE : La mutuelle des étudiants

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MFME : La Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Œstroprogestatif

OSM : Observatoire de la Santé Martinique

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Centre de protection maternelle et infantile

PRSP : Plan régional de santé publique

RCP : Recommandations

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SIU : Système intra-utérin

SVT : Sciences et Vie de la Terre

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Photos 1 : Pilule, anneau, patch.

Photos 2 : L'implant sous-cutané et sa pose.

Photos 3 : JAYDESS®, le plus récent et le plus petit des DIU hormonaux, et sa pose.

Photos 4 : Préservatifs, spermicides, diaphragme et cape cervicale.

Photos 5 : Vasectomie, stérilisation tubaire, technique Essure®.

Figure 1 : Les degrés du droit à l'avortement.

Figure 2 : Causes légales de demande d'IVG selon le niveau de développement.

Figure 3 : Carte des interruptions volontaires de grossesse.

Figure 4 : Evolution du recours à l'IVG chez les moins de 25 ans en France métropolitaine.

Figure 5 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2013.

Figure 6 : Méthodes de contraception utilisées dans quelques pays en 2009.

Figure 7 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.

Figure 8 : Evolution des méthodes de contraception chez les femmes de 20 à 44 ans en France jusqu'en 2010.

Figure 9 : Proportions des moyens contraceptifs utilisés parmi les étudiantes en 2014.

Figure 10 : Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 1999 à 2011.

Figure 11 : Evolution du recours à la CU par tranche d'âge.

Figure 12 : Evolution de la délivrance de la CU en milieu scolaire.

Figure 13 : Le modèle contraceptif en France en 2013 et selon l'âge des femmes.

Figure 14 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France en 2013 par rapport à 2010.

Figure 15 : Comparatif des ventes de pilules de 3ème et 4ème génération en 2012/13, selon l'ANSM.

Figure 16 : Ressenti à la sortie d'hospitalisation, après l'IVG chirurgicale.

Figure 17 : Répartition des enfants selon leur histoire familiale durant l'enfance (0-10 ans).

Figure 18 : Age médian au premier rapport sexuel.

Figure 19 : Généralisation de l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel chez les hommes et les femmes.

Figure 20 : Méthode de contraception utilisée lors du dernier rapport sexuel selon le sexe et le département.

Figure 21 : Pourcentage de femmes ayant déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années selon le département et l'âge.

Figure 22 : Nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000), chez les femmes de 15- 50 ans en Martinique depuis 2006.

Figure 23 : Nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000) chez les mineures depuis 2006.

Figure 24 : Nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000) chez des mineures de moins de 15 ans depuis 2006.

Figure 25 : Raisons évoquées par les femmes ayant recours à l'IVG comme étant à l'origine de leur grossesse (plusieurs réponses possibles).

Figure 26 : Raisons évoquées par les femmes ayant recours à l'IVG pour ne pas avoir utilisé la pilule du lendemain (plusieurs réponses possibles).

Figure 27 : Répartition des patientes de l'étude par tranche d'âge.

Figure 28 : Utilisation régulière d'une contraception au cours des 12 derniers mois.

Figure 29 : Fréquence et effectifs de l'utilisation régulière d'une contraception au cours des 12 derniers mois par tranche d'âge

Figure 30 : Type(s) de moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois.

Figure 31 : Type(s) de moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois par tranche d'âge, en pourcentage.

Figure 32 : Raisons de l'absence d'utilisation régulière du préservatif.

Figure 33 : Fréquence des raisons de l'absence d'utilisation régulière du préservatif en fonction de l'âge.

Figure 34 : Raison(s) de l'absence d'utilisation régulière de la pilule.

Figure 35 : Fréquence des raisons d'absence d'utilisation régulière de la pilule par âge.

Figure 36 : Fréquence du type de contraception utilisé au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse, comparé à la contraception habituelle.

Figure 37 : Utilisation d'une contraception au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse, par tranche d'âge.

Figure 38 : Contexte de transition en matière d'utilisation d'un moyen contraceptif.

Figure 39 : Cause(s) de la/des « maladresse(s) » qui a/ont conduit à cette grossesse.

Figure 40 : Raison(s) de la/des maladresse(s) qui a/ont conduit à cette grossesse, en fonction de l'âge, en pourcentage.

Figure 41: Fréquence d'utilisation d'une CU après le rapport qui a conduit à cette grossesse.

Figure 42 : Fréquence de l'utilisation d'une CU après le rapport qui a conduit à cette grossesse, selon l'âge.

Figure 43 : Raison(s) d'absence d'utilisation d'une CU suite au rapport fécondant.

Figure 44 : Fréquence de prise d'une CU en fonction de la (des) cause(s) de la grossesse actuelle.

Figure 45 : Comparaison entre « oubli de pilule, préservatif rompu, rapport précipité » et « je ne pensais pas tomber enceinte ».

Figure 46 : Comparaison de 4 études dont 2 en Martinique avec le même type de population.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels.

Tableau 2 : Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS.

Tableau 3 : Risque thrombo-embolique selon le type de contraception OP et pendant la grossesse.

Tableau 4 : Cause des IVG chez les moins de 25 ans en France en 2012

Tableau 5 : Natalité en 2013.

Tableau 6 : Fécondité selon l'âge de la mère en 2013.

Tableau 7 : La parentalité précoce au fil des générations.

Tableau 8 : Contraception chez les étudiant(e)s en 2009.

Tableau 9 : Antécédents d'IVG chez les femmes ayant pratiqué une IVG en Martinique en 2007.

Tableau 10 : Nombre de boites de CU vendues par année en Martinique.

Tableau 11 : Utilisation de la CU au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois dans les DOM et en France hexagonale

Tableau 12 : pourcentage de patientes ayant utilisé régulièrement le préservatif et la pilule conjointement au cours des 12 derniers mois.

Tableau 13 : Perception du risque de tomber enceinte avant cette grossesse non prévue.

Tableau 14 : Comparaison des contraceptions régulièrement utilisées avant IVG avec différentes études.

Tableau 15 : Comparaison de l'utilisation d'un moyen de contraception médical (pilule, stérilet, patch, implant, anneau), de la pilule, du préservatif, des méthodes naturelles, de l'absence de contraception, de façon régulière et lors du rapport qui a conduit à cette grossesse.

Tableau 16 : Comparaison des contraceptions utilisées lors de ce rapport avec différentes études.

Tableau 17 : Comparaison de la fréquence d'un contexte de changement de contraception dans les mois précédents l'IVG avec plusieurs études.

Tableau 18 : Comparaison des causes de la grossesse actuelle avec différentes études.

Tableau 19 : Attribution de la grossesse qui a conduit à l'IVG à une erreur d'utilisation, parmi l'ensemble des utilisatrices de la méthode.

Tableau 20 : Pourcentage de femmes dans différentes études attribuant leur grossesse ayant abouti à une demande d'IVG à un contexte de suite de couches.

Tableau 21 : Comparaison de l'attitude contraceptive face à un accident avec l'étude du Baromètre Santé 2005.

Tableau 22 : Comparaison de la perception du risque de tomber enceinte avant cette grossesse non prévue avec l'étude de C.Moreau 2005.

ABSTRACT

Intoduction : Whereas the national average of voluntary interruption of pregnancy is 15.3 out of 1000 women, this percentage rate reaches 25.6‰ in Martinique in 2013.

Objective : Firstly to identify the pre-voluntary interruption of pregnancy contraceptive situation of consulting women and secondarily, research birth control habits, obstacles in the contraception, compared to metropolitan France.

Methods : The study has been conducted in the family planning service of the Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (Woman, Mother and Child Center) at the Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, from July 2013 to April 2014. Study participants are women consulting for an abortion in the instance of an unwanted pregnancy. Study has been conducted until the obtention of 600 usable answers.

Results : 4 out of 5 women used regular birth control methods in the past 12 months, 1 out of 3 using a medical birth control method (birth control pill or copper IUD). 1 out of 4 used several birth control methods regularly and 1 out of 7 used the pill and preservatives, especially in the 25 to 39 year old age group. 1 out of 5 women had changed birth control method in the month preceding the abortion. More than 1 woman out of 4 has attributed her pregnancy to an erroneous use of birth control method, 2/3 being the pill or preservatives. 3/4 of the study participants did not believe they could get pregnant after this intercourse, of which 50% got pregnant after a preservative breaking, 4 out of 5 after they skipped a pill and 9 out of 10 after a hasty unprotected intercourse. Nonetheless 1 out of 7 women used an emergency contraceptive after this "at risk" intercourse.

Conclusion : Compared to metropolitan France, our study has found a much better use of pre-abortion contraceptive but an erroneous use of birth control and a lack of reaction due to insufficient information about the physiology of sexuality.

RÉSUMÉ

Introduction : Alors que la moyenne nationale de recours à l'IVG pour 1000 femmes est de 15.3, ce taux atteint 25.6‰ en Martinique en 2013.

Objectif : Connaître la situation contraceptive pré-IVG chez des femmes consultant pour une demande d'interruption de grossesse, et secondairement rechercher les habitudes de contraception, les entraves à la contraception, par rapport à l'hexagone.

Matériel et méthode : Etude réalisée dans le service d'orthogénie de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), au CHU de Martinique (CHUM), de Juillet 2013 à Avril 2014, auprès de femmes venant consulter pour une demande d'IVG, dans le cadre d'une grossesse non désirée, jusqu'à l'obtention de 600 réponses exploitables.

Résultats : 4 femmes sur 5 utilisaient une contraception régulièrement dans les 12 derniers mois dont plus d'1 sur 3 une contraception médicale (contraception hormonale, DIU au cuivre). Plus d'1 sur 4 utilisait plusieurs moyens contraceptifs régulièrement et 1 sur 7 associait la pilule et le préservatif, surtout entre 25 et 39 ans.1 femme sur 5 a changé de moyen de contraception dans les mois précédant l'IVG. Plus d'1 femme sur 4 a attribué sa grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode, dont les 2/3 des utilisatrices de la pilule ou du préservatif. Les 3/4 des patientes de l'étude ne pensaient pas être enceintes suite à ce rapport, dont 1 femme sur 2 après une rupture de préservatif, 4 sur 5 après un oubli de pilule et 9 sur 10 après un rapport précipité non protégé. Néanmoins 1 femme sur 7 a utilisé une contraception d'urgence (CU) suite à « ce rapport à risque ».

Conclusion : En comparaison avec l'Hexagone, notre étude a retrouvé une meilleure couverture contraceptive régulière pré-IVG, mais un défaut d'observance et un manque de réaction par carence d'information sur la physiologie de la sexualité.

« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement (...). C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame ». Simone Veil, le 26 novembre 1974.

Préambule.

Pendant mes études de médecine, j'ai eu très peu d'information sur les différents types de moyens contraceptifs, leurs indications, et leurs modalités de prescription. Lors de mon externat en 4ème année en chirurgie gynécologique, je n'ai pu assister qu'à 3 ou 4 consultations dédiées à des femmes désirant une contraception ou présentant des difficultés avec leur moyen contraceptif. Durant mon internat, je n'ai parlé contraception qu'avec des patientes sous traitements tératogènes. J'ai alors réalisé un stage aux urgences gynécologiques de la MFME du CHUM, pour renforcer mes connaissances en gynécologie. Au début, j'ai été très agréablement surpris car je ne prenais pas en charge que des personnes « malades » et c'est la première fois que cela m'arrivait : j'ai suivi des femmes enceintes heureuses, en pleine forme, et j'ai assisté des accouchements. Mais à mon grand étonnement, un grand nombre de femmes venaient consulter pour demander une IVG. Je me suis interrogé non pas sur leurs motivations mais sur le cheminement qui a conduit cette grossesse à une IVG, évènement toujours dramatique, redouté par chaque femme en âge de procréer pendant une période de presque 40 ans. La prévention des grossesses non désirées par le développement et l'utilisation des méthodes contraceptives est un enjeu de santé publique plus que jamais d'actualité.

J'ai d'abord pensé que le taux plus élevé de recours à une IVG en Martinique était dû à un problème de couverture contraceptive, soit par manque d'observance, soit par des difficultés d'obtention. N'ayant aucune idée de la médecine libérale, je n'imaginais pas à quel point il est difficile d'aborder la contraception avec une patiente, de l'aider à choisir la solution qui lui conviendrait le mieux, à quel point le médecin généraliste doit être performant sur le sujet. Je n'imaginais pas devoir combattre autant d'idées reçues. J'ai compris qu'un suivi régulier était nécessaire pour juger de la tolérance de la méthode utilisée.

Après entretiens avec les Drs Eliane Richardson et Catherine Bonnier, nous avons décidé de faire deux recherches : la première, sous forme de mémoire, pour établir un état des lieux de la couverture contraceptive en Martinique, et une seconde, sous forme de thèse, sur la contraception ayant conduit à la grossesse non désirée. Malheureusement nous n'avons pas pu récolter suffisamment de réponses pour pouvoir analyser la première étude.

I. INTRODUCTION

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) désigne un acte médical qui permet l'interruption d'une grossesse non désirée, bien encadré par le dispositif législatif de 1975 (la Loi Veil). Depuis, plusieurs remaniements sont venus améliorer l'acte en lui-même et son déroulement.

En 2013, selon la DRESS (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), les chiffres indiquent que le nombre d'IVG en France métropolitaine et dans les DOM (Départements d'Outre-Mer) est relativement stable depuis ces dix dernières années, avec, pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, 15,3 IVG pour la France métropolitaine et 26,5 IVG dans les DOM. C'est chez les femmes entre 20 et 24 ans que le taux d'IVG est le plus élevé avec 28.8 IVG pour 1000 femmes dans l'Hexagone contre 50 pour 1000 dans les DOM. [1]

Dans le détail, les taux de recours à l'IVG dans les DOM en 2013 se répartissent de la façon suivante :

- 21.1 IVG pour 1000 femmes à La Réunion.

- 25.6 IVG pour 1000 en Martinique.

- 26.2 IVG pour 1000 en Guyane.

- 39.6 IVG pour 1000 en Guadeloupe.

Une analyse fournie par l'INED (Institut National d'Etude Démographique), d'après des statistiques de 2007 à 2009, fait part des observations suivantes : « Le niveau très élevé de l'indicateur conjoncturel d'avortements dans les DOM (un peu plus d'une IVG par femme (1.01) en moyenne, contre 1 sur 2 (0.53) en métropole) est dû à une fréquence plus élevée à la fois des premiers recours et des recours répétés à l'avortement ». L'indicateur conjoncturel représente la somme des taux d'IVG par âge. Ces chiffres, s'ils étaient pris en compte pour faire des estimations sur une génération, signifieraient que 6 femmes sur 10 résidant dans les DOM y auraient recours au moins une fois dans leur vie (contre 3 femmes sur 10 en métropole), et un tiers au moins deux fois dans leur vie (contre 1 sur 10 en métropole) [2].

Le document de l'INED, à partir duquel sont extraites certaines des données chiffrées précédemment exposées, tente de justifier le niveau élevé des IVG dans les

DOM par une pratique de la contraception moins généralisée qu'en France [3], due à une “résistance culturelle” vis-à-vis de la contraception mais également une information insuffisante ou inadaptée au contexte local.

L’objectif principal de la thèse est de connaître la situation contraceptive pré-IVG chez des femmes consultant pour une demande de recours à une IVG, et secondairement de rechercher si les moyens contraceptifs sont moins bien utilisés qu’en France hexagonale pour des raisons de préjugés et d’idées reçues et s’il existe des périodes plus à risque de grossesses non désirées en matière de contraception.

II. GENERALITES

1. IVG.

1.1 L’IVG dans le monde.

Chaque année, environ une grossesse sur cinq est interrompue volontairement. En 2008, 43,8 millions d’avortements volontaires ont été pratiqués dans le monde, dont 38 millions dans les pays en développement. Pour 1 000 femmes en âge de procréer, 28 avortements ont été pratiqués. En 1995, ce taux s’élevait à 35 pour mille. Ces statistiques sur l’IVG restent difficiles à établir, notamment parce que beaucoup d’avortements sont réalisés clandestinement. Le droit à l’avortement est limité dans plus de deux tiers des pays et près d’un avortement sur deux est un avortement à risque. Chaque année, 47 000 femmes meurent à la suite d’un avortement clandestin. (Personnel non qualifié, manque d’hygiène, grossesse trop avancée). [4]

Dans tous les pays du monde, un seul motif autorise l'avortement de façon quasi systématique : lorsque le pronostic vital de la femme est en jeu.

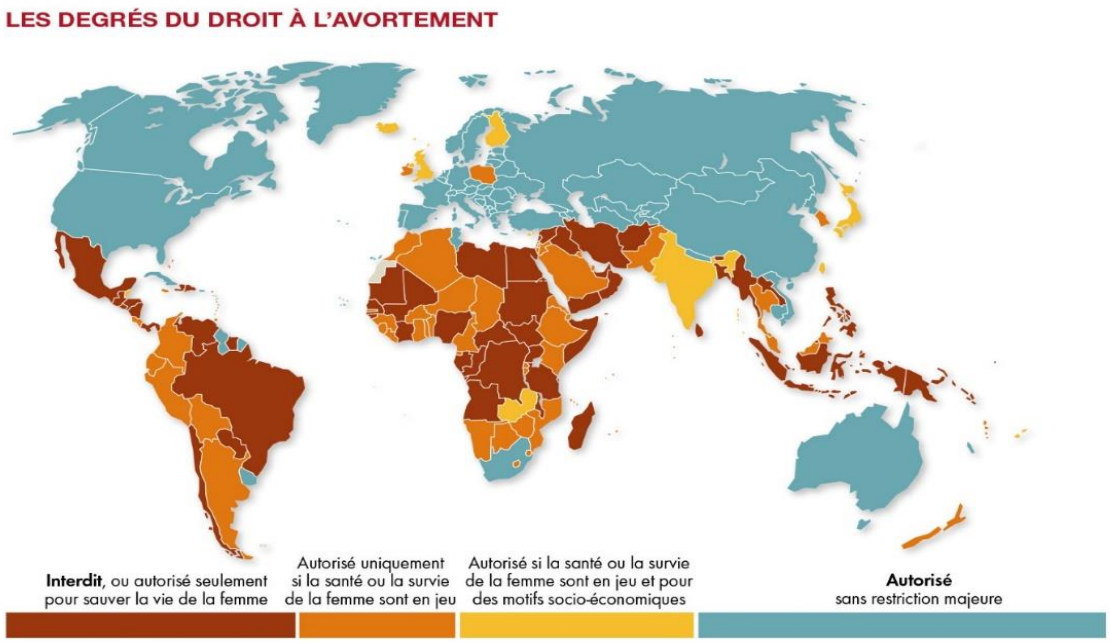


Figure **1** : Les degrés du droit à l'avortement. [5]

L'avortement est autorisé sans restriction majeure dans moins des trois quarts des pays développés et seulement un pays en développement sur six.

Aujourd'hui, 40% des femmes vivent dans un pays où l'avortement est interdit. 40, c'est aussi le nombre de femmes qui subissent toutes les minutes un avortement clandestin, parmi elles, 9 perdront la vie au cours de cette intervention. Ce graphique montre les différences entre pays développés et pays en développement. [5]

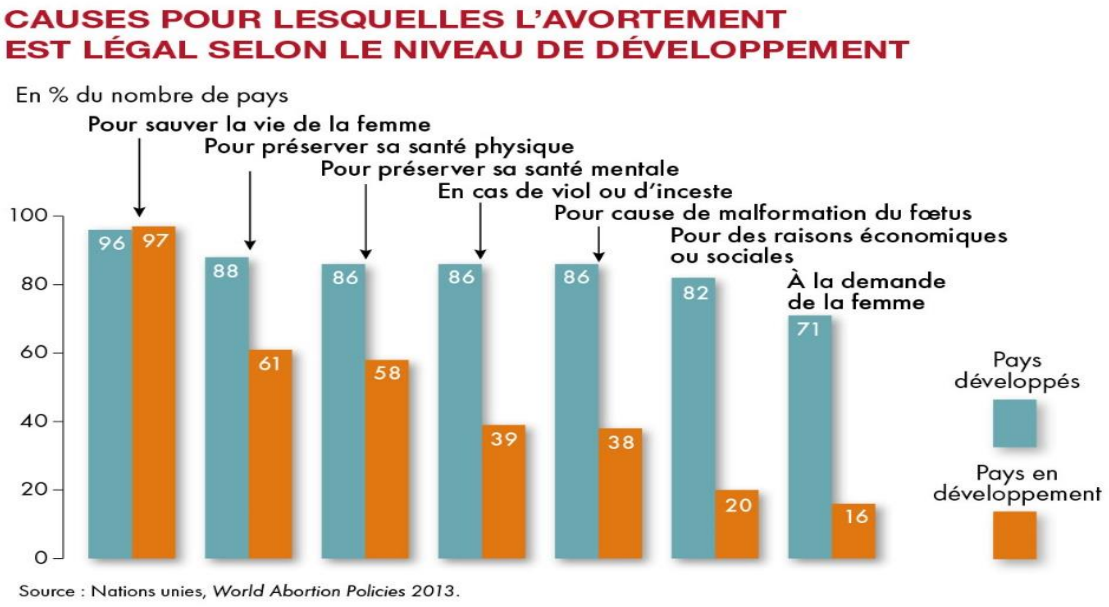


Figure **2** : Causes légales de demande d'IVG selon le niveau de développement. [5]

Force est de constater qu'en cas de viol ou d'inceste, seuls 39% des pays en développement autorisent l'avortement, contre 86% des pays développés. Il reste beaucoup de progrès à faire. [5]

1.2 En France.

40 ans après et malgré une législation parmi les plus avancées du monde, l'avortement est un droit perpétuellement remis en cause.

Depuis 2012 le gouvernement a décidé de faire progresser ce droit en votant le remboursement à 100% de l'IVG par l'assurance maladie, en assurant la diffusion d'une information objective sur internet et en accordant la gratuité de la contraception pour les mineures.

C'est en ce sens que le Sénat a voté le 18 Septembre 2015 la suppression du délai de réflexion de sept jours imposé aux femmes souhaitant une IVG.

L'actuelle Ministre de la Santé a également proposé que les sages-femmes puissent effectuer des IVG médicamenteuses et que des IVG instrumentales puissent être réalisées en centres de santé. « D'autres mesures seront inscrites dans la loi de Santé pour assurer une "fluidité" du parcours des femmes vers l'IVG », a encore souligné la Ministre, par exemple, le recrutement de médecins contractuels dans les établissements pourra être facilité.

Dans le programme d'actions pour améliorer l'accès des femmes à l'IVG, figure aussi la création, depuis le 28 Septembre 2015, d'un numéro d'appel unique pour répondre aux questions sur la sexualité, la contraception et l'IVG, de même que la création d'un portail web dédié. "Quand l'accès à l'avortement n'est pas facile, ce sont les femmes les plus fragiles socialement qui en payent le prix" a estimé la Ministre, d'où sa volonté d'assurer à chaque femme le moyen d'avorter près de chez elle.

Paradoxalement les mesures d'austérité et les fermetures de maternités de proximité menacent l'offre d'IVG depuis quelques années.

En 2013, selon la DREES, 229 000 IVG ont été réalisées en France, dont 2341 en Martinique [1]. Le dernier rapport de l'Ined [6] constate un recours moindre à l'IVG mais plus souvent répété.

Après avoir diminué de 1975 à 1995, le recours à l'IVG a légèrement augmenté avant de se stabiliser à la fin des années 2000. L'âge moyen est de 27,5 ans [1]. La part des IVG répétées augmente régulièrement. Chaque année cet acte concerne environ 1,5 % des femmes en âge de procréer. 1 femme sur 3 aura recours à l'IVG au moins une fois au cours de sa vie, 10 % deux fois et 4 % trois fois ou plus. [7]

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 28,8 pour mille femmes. Les taux continuent à décroître chez les moins de 20 ans, avec 9,7 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans.

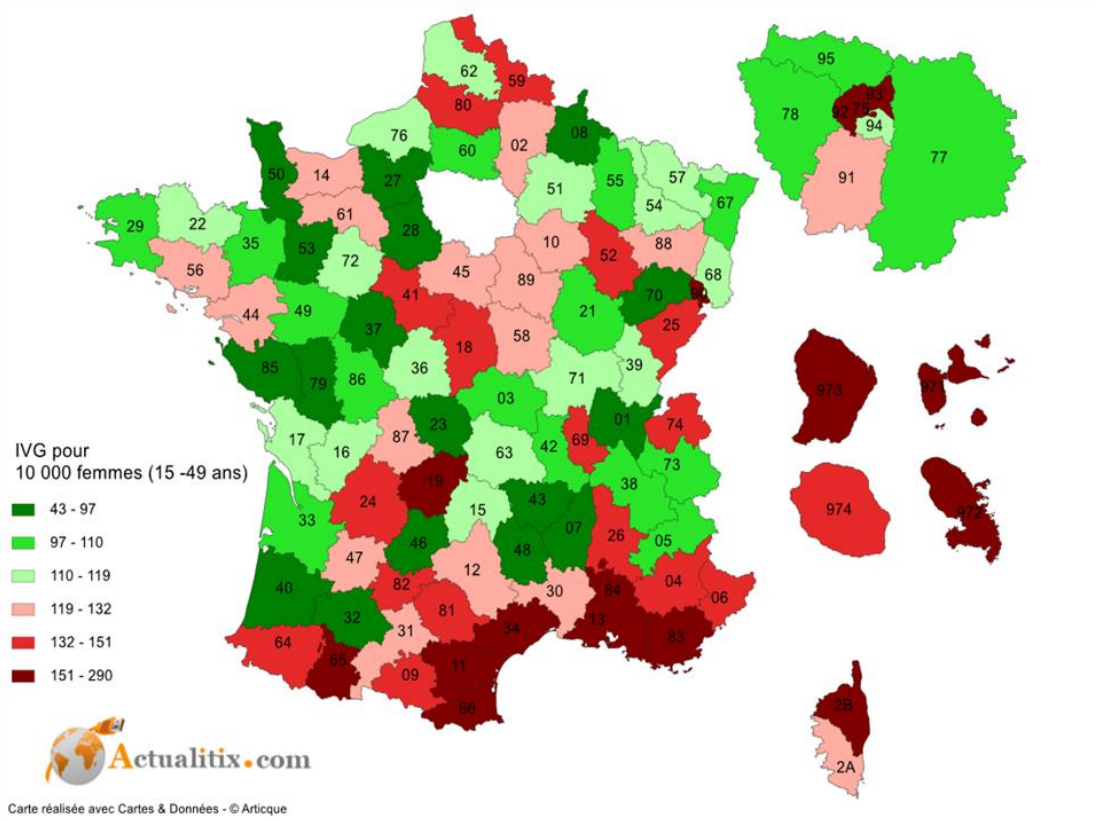


Figure 3 : carte des interruptions volontaires de grossesse. Source : Insee 2012.

En France, selon l'INED et la DREES [1] :

- le taux d'IVG est de 15.3 pour 1000 femmes en 2013, contre 14.5 en 2012.
- les IVG représentent 26% des grossesses en 2013.

France métropolitaine				
Année	**Nombre d'IVG SAE**	**Ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes**	**Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans**	**Nombre moyen d'IVG par femme**
1976		34,1	19,6	0,66
1990		27,4	14,8	0,49
2000	192 174	26,6	14,2	0,51
2006	215 390	27,0	14,9	0,53
2007	213 382	27,1	7,0	0,53
2008	209 245	26,3	14,5	0,52
2009	209 987	26,5	14,6	0,53
2010	213 317	26,4	14,8	0,53
2011	209 291	26,4	14,7	0,53
2012	207 120	26,2	14,5	0,53
2013	216 697	26,7	15,3	0,55

Tableau 1 : Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels. Source : Ined [1]

Avec l'augmentation de la part des IVG médicamenteuses (16% en 1990 et 58% en 2013), la durée moyenne de grossesse lors de l'IVG diminue : 6,4 semaines de grossesse en 2011, contre 7,1 en 2002. [1] [6]

Les IVG chez les femmes mineures n'augmentent presque plus (après une hausse prononcée dans les années 2000) tandis que chez les femmes les plus âgées les IVG diminuent. [7]

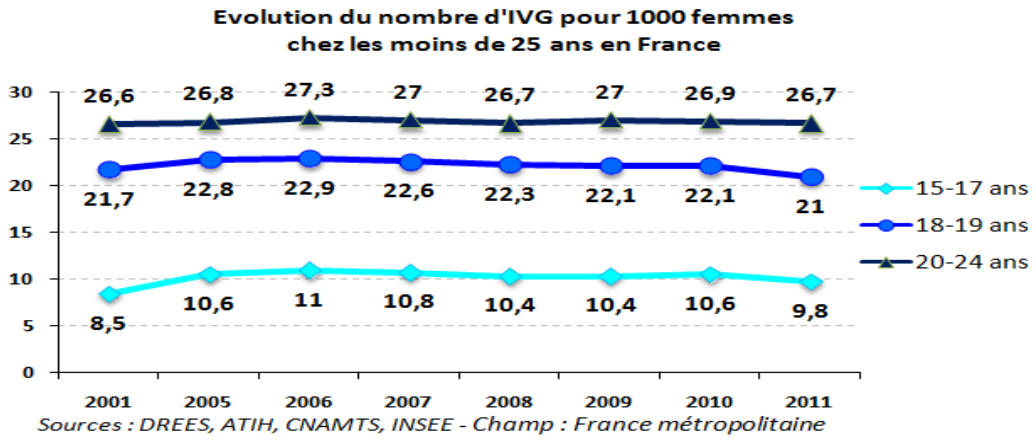


Figure 4 : Evolution du recours à l'IVG chez les moins de 25 ans en France métropolitaine. Source DREES, ATIH, CNAMTS, INSEE.

L'étude menée par la DREES auprès de 11 403 femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 a permis d'établir les résultats suivants [8] :

- Une femme sur deux ayant recours à l'IVG est âgée de moins de 27 ans.

- Moins de la moitié des femmes ayant avorté vivent en couple.

- La moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG ont déjà un enfant.

2. Les moyens contraceptifs

Les différents moyens de contraception sont :

- Hormonaux (OP : pilule, patch, anneau ; Microprogestative : pilule, implant, SIU hormonal, progestatif injectable)

- le DIU au cuivre
- Les méthodes « barrières » (préservatifs masculin et féminin ; spermicides : crème, éponge, ovule ; diaphragme et cape cervicale)

- Les méthodes dites « naturelles »
- Les méthodes « définitives » (vasectomie, stérilisation tubaire)
- La contraception d'urgence (CU)

● Les œstro-progestatifs (OP) sous différentes formes : pilule, anneau, patch :

Photos 1 : Pilule, anneau, patch. Sources : choisirsacontraception.fr ; sexualityandu.ca ; macontraception.fr

Les pilules OP sont classées en fonction du dosage de l'œstrogène (normo ou minidosées), en fonction du type de progestatif utilisé (1ère, 2ème ou 3ème génération) et en fonction des variations du dosage au cours de la plaquette (mono, bi ou tri-phasique).

Ces moyens créent un blocage de l'ovulation, une atrophie de l'endomètre et une modification de la glaire cervicale.

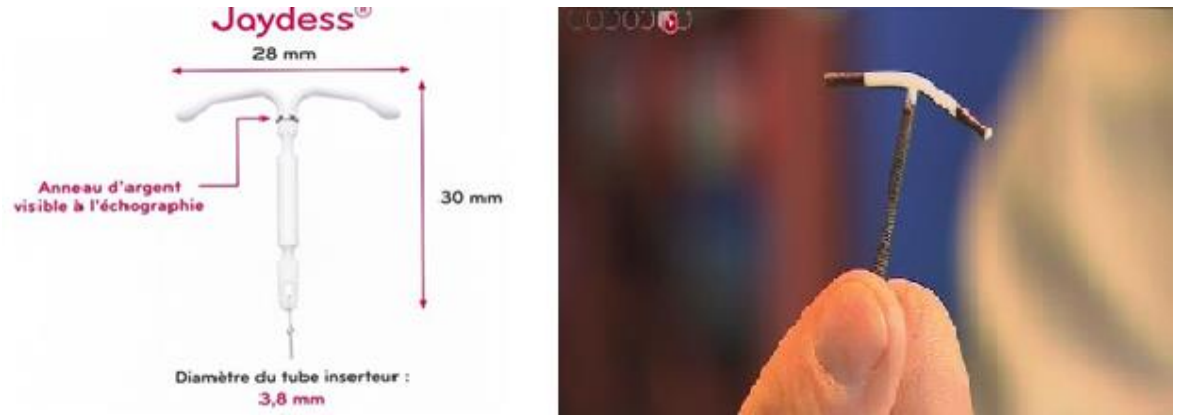
● Les microprogestatifs (pilule, implant sous-cutané, injectable, SIU):

Ils modifient la glaire cervicale et la muqueuse de l'endomètre.

Photos 2 : L'implant sous-cutané et sa pose. Source : sliplayer.fr ; martinwinckler.org.

Les pilules au désogestrel, l'implant sous-cutané (étonogestrel) et le SIU entraînent en plus un blocage de l'ovulation.

Le progestatif injectable s'utilise tous les 3 mois entre le 1er et le 5ème jour du cycle. Du fait de ses inconvénients (saignements irréguliers, règles imprévisibles, blocage de la sécrétion d'œstrogènes, risque d'ostéoporose à long terme), son utilisation est limitée à 2 ans en France. Il n'est à considérer qu'en cas de difficulté d'observance ou dans des contextes socioculturels particuliers.



Photos 3 : JAYDESS®, le plus récent et le plus petit des DIU hormonaux, et sa pose. Source : jaydess.com ; allodocteur.fr

Le SIU hormonal (lévonorgestrel) va épaissir la glaire empêchant le passage des spermatozoïdes, voire créer une modification de la muqueuse utérine empêchant la nidification.

● DIU au cuivre :

Le métal exerce une action locale spermicide. A noter qu'il peut être utilisé comme contraception d'urgence (CU).

● Les méthodes dites « barrières » (préservatifs, spermicides, diaphragme et cape cervicale) :

Photos 4 : préservatifs, spermicides, diaphragme et cape cervicale. Sources : planningfamilial.org ; choisirsacontraception.fr ; Bivéamédical.

A noter que l'utilisation du diaphragme ou d'une cape cervicale nécessite d'utiliser conjointement des crèmes spermicides.

● Les méthodes dites « naturelles » (méthode Bilings, Ogino-Knauss, des températures, le retrait, aménorrhée lactationnelle MAMA) :

Ce sont des méthodes beaucoup moins efficaces que les autres qui devraient être réservées aux femmes connaissant bien leur cycle, acceptant de s'exposer à un risque de grossesse et pouvant médicalement accepter d'être enceintes.

La méthode Bilings consiste à apprécier la filance de la glaire cervicale.

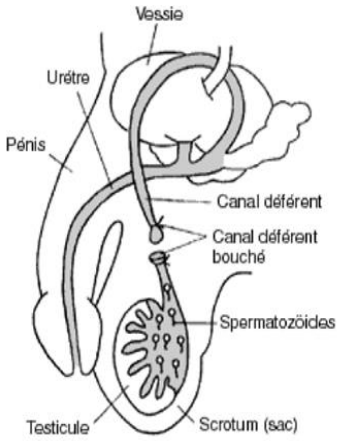
La méthode Ogino-Knauss se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire et sur celle de l'ovule.

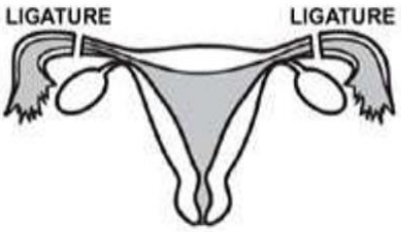
La méthode des températures est censée permettre de limiter les rapports à la période post-ovulatoire.

Le retrait est peu efficace, très astreignant et source de difficultés conjugales.

La méthode MAMA est d'efficacité variable et nécessite beaucoup d'application : il faut un minimum de 6 tétées par 24 heures et jamais plus de 6 heures entre 2 tétées, un allaitement exclusif, une absence de menstruation, un délai limité : pas plus de 6 mois après l'accouchement. Le pic de prolactine provoqué par la succion mamelonnaire lors de chaque tétée ralentit la fréquence des pulses de GnRH et bloque l'ovulation.

● Les méthodes irréversibles (vasectomie, stérilisation tubaire)





Photos 5 : vasectomie, stérilisation tubaire, technique Essure®. Sources : lavasectomie.com ; moncontraceptif.be ; abc7news.com

Elles ne sont accessibles qu'aux personnes majeures. Une première consultation médicale préalable est obligatoire avant l'intervention. Un consentement libre et éclairé est nécessaire après information sur les autres méthodes contraceptives disponibles. Un délai de 4 mois de réflexion est obligatoire après cette consultation.

● La contraception d'urgence (hormonale, DIU au cuivre).

L'efficacité de la pilule d'urgence au lévonorgestrel (Norlevo®) ou à l'ulipristal (EllaOne®) est maximale pendant 24h après le rapport, puis diminue au cours de 3 à 5 jours selon le type. La CU hormonale se fixe sur les récepteurs de la progestérone, bloque temporairement l'ovulation et empêche la nidification s'il y a eu fécondation.

A noter qu'avec le recul de 5 ans d'utilisation, EllaOne® ne semble pas « mieux » que Norlevo®, en termes d'efficacité et de tolérance. [9]

Le DIU au cuivre doit être posé dans les cinq jours maximum qui suivent le rapport sexuel à risque. Son efficacité est meilleure que celle des pilules de rattrapage, pourtant il est peu utilisé. (0.1 à 0.2% d'échec contre 5% dans les 1ère 24 heures) [10]

2.1 A travers le monde

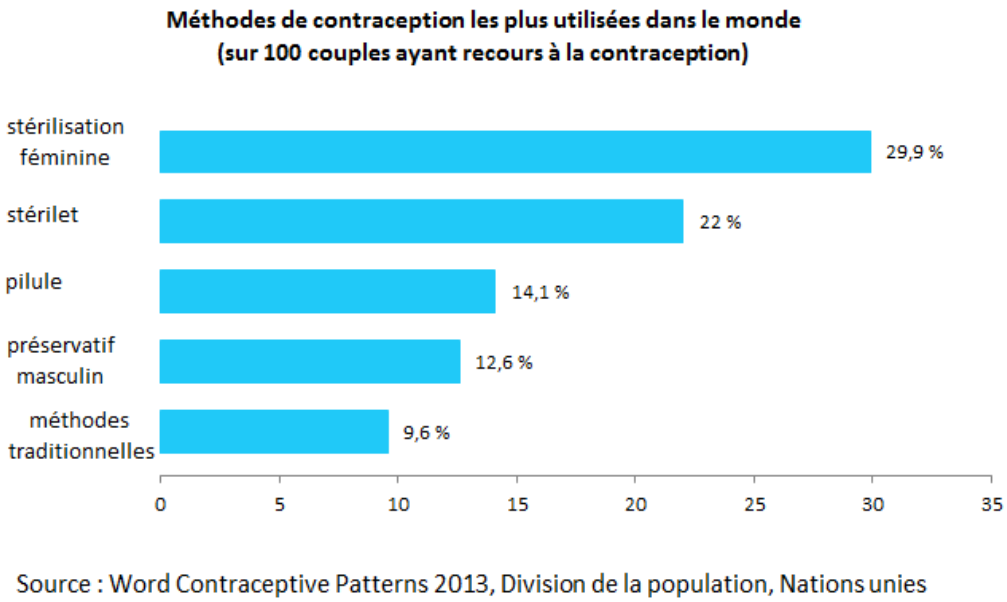


Figure 5 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2013. [11]

Dans le monde, environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception en 2011, contre 55% en 1990. Plus de 90 % des couples qui limitent les naissances emploient des moyens de contraception modernes. Les autres utilisent des méthodes traditionnelles, comme le retrait ou la méthode Ogino-Knauss. La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (près de 30 %) devant le stérilet, la pilule et le préservatif. La stérilisation masculine, ou vasectomie, est beaucoup plus rare (moins de 4 %).

Le recours à la contraception varie beaucoup selon les pays : de 4 % au Sud-Soudan à 88 % en Norvège. L'Afrique est le continent où la contraception est la moins répandue, elle concerne moins d'1 femme sur 3. [11]

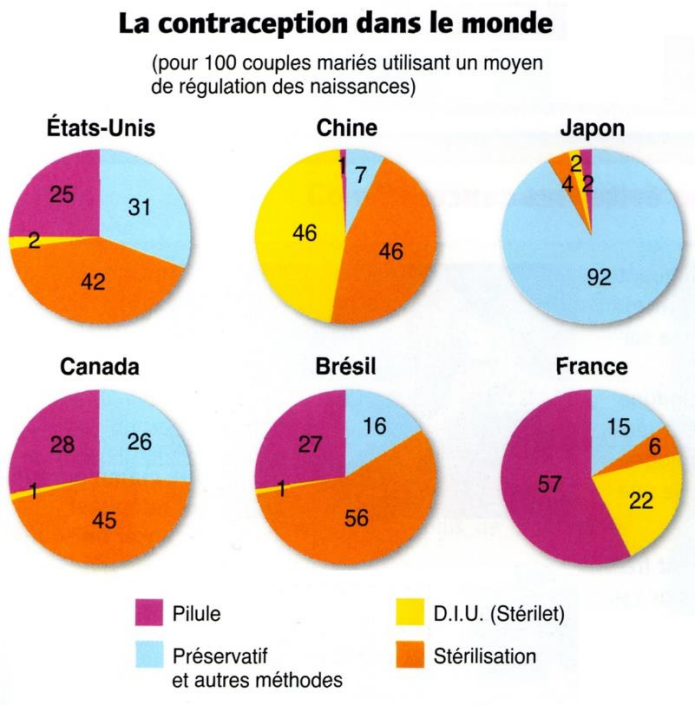


Figure 6 : Méthodes de contraception utilisées dans quelques pays en 2009. [12]

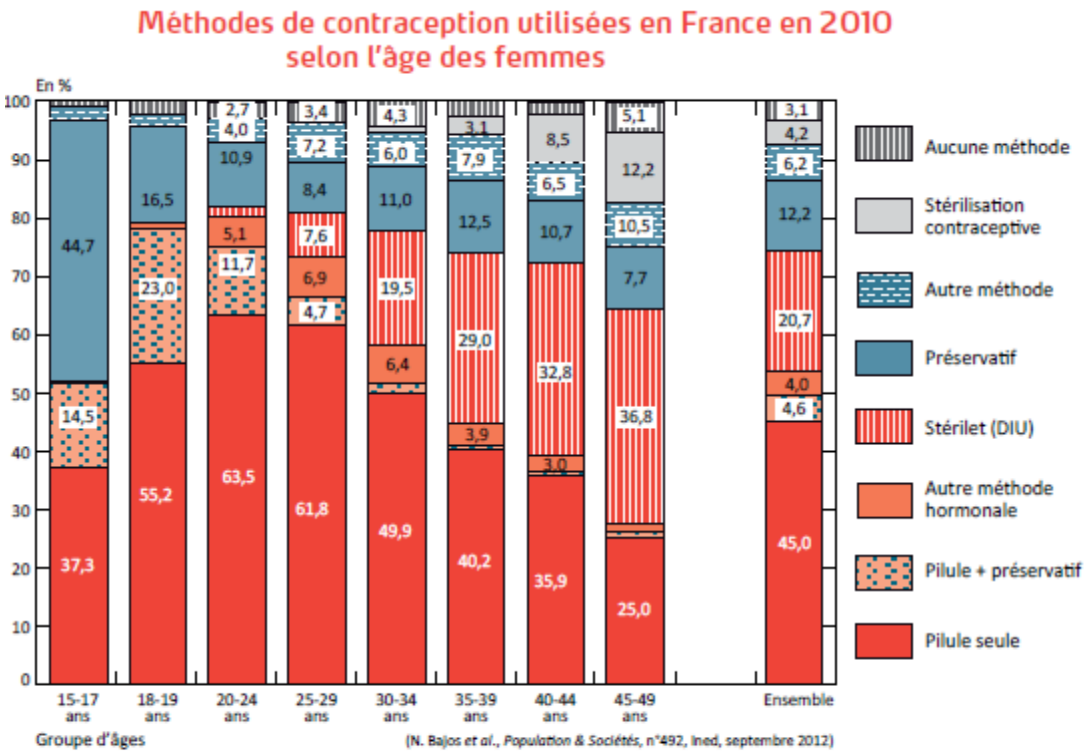
Les usages varient beaucoup d'un pays à l'autre : le Japon utilise massivement le préservatif alors qu'il est très peu utilisé en Chine (7%). La France utilise à 57% la pilule quand la Chine l'utilise à 1%. La stérilisation est majoritairement utilisée dans les pays comme le Chine, les USA, le Canada, le Brésil, contre 6% en France. [12]

2.2 En France.

En 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles chez les 18-24 ans, selon l'enquête du dernier baromètre Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

En 2010, en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans. Plus le diplôme de la femme est élevé, plus le premier enfant arrive tard. [2]

Toujours d'après le Baromètre santé 2010, 90.2 % des Françaises sexuellement actives, de 15 à 49 ans, déclarent employer une méthode contraceptive. 2,1 % en utilisent une de manière irrégulière et 7,7 % n'utilisent aucun moyen. A noter que chez les 45-54 ans, seulement 50% déclarent en utiliser un.



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 7 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes. [13]

La pilule est de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes en France : 55,5 %. C'est chez les jeunes que son usage est le plus important, avec un maximum à 20-25 ans puis son utilisation diminue avec l'âge au profit du stérilet, qui est le 2ème moyen le plus utilisé.

L'usage du préservatif concerne particulièrement les moins de 20 ans.

Divers facteurs sont associés au fait de ne pas utiliser systématiquement une méthode contraceptive, comme un faible niveau d'études ou des difficultés financières. [14]

Quant aux femmes n'ayant aucune contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, elles représentent une petite minorité, environ 3 %. (5,1 % des 45-49 ans et seulement 0,9 % des 15-17 ans). [13]

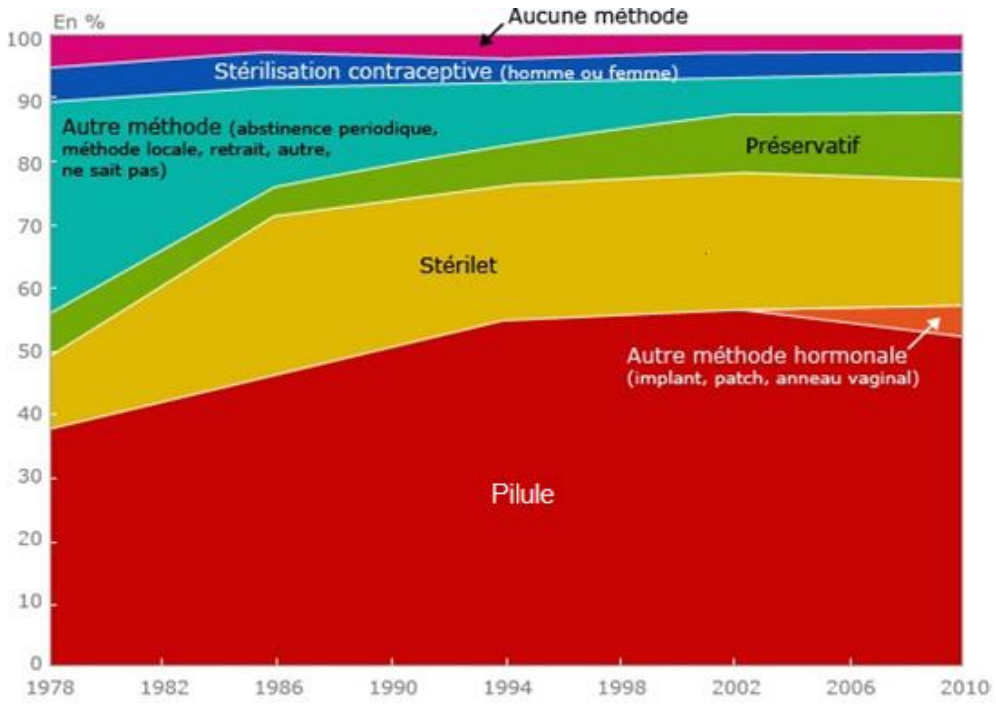


Figure 8 : Evolution des méthodes de contraception chez les femmes de 20 à 44 ans en France jusqu'en 2010. [13]

Le modèle contraceptif demeure très normatif et apparaît peu flexible, notamment pour les plus jeunes : préservatif au début, pilule dès que la vie sexuelle se stabilise et recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient [15].

Les indicateurs liés à l'entrée dans la sexualité et à la contraception témoignent d'une utilisation élevée du préservatif lors du premier rapport sexuel et d'une bonne couverture contraceptive chez les jeunes femmes, en particulier chez les étudiantes.

● Contraception chez les étudiant(e)s :

D'après l'Inpes 2007 [16] et l'enquête LMDE 2008 [17], 76% des étudiantes qui ont des rapports sexuels déclarent en effet avoir un moyen de contraception.

Selon l'enquête LMDE réalisée en 2014, la pilule (77 %) et le préservatif (53 %) sont les moyens de contraception les plus utilisés. Toutefois, le recours à la pilule diminue progressivement avec l'avancée en âge. [18]

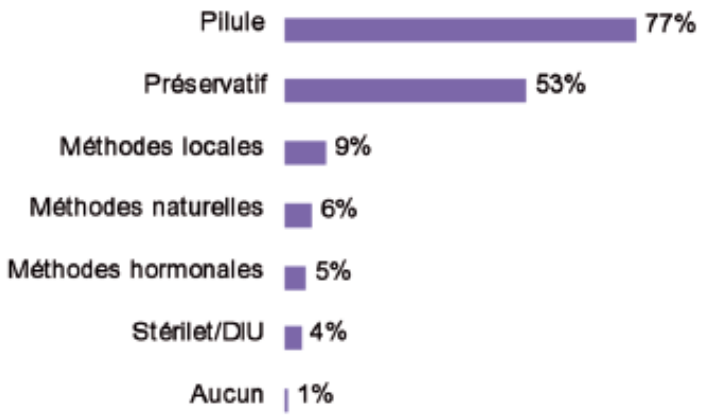


Figure 9 : Proportions des moyens contraceptifs utilisés parmi les étudiantes en 2014. [18]

46% des étudiantes ont déjà eu recours à la pilule du lendemain dont 28% y ont eu recours une seule fois dans leur vie jusqu'ici et 18% plusieurs fois. [18]

Enfin, 5% des étudiantes ont déclaré avoir déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse [18].

La mise en couple, la confiance envers le partenaire, la réalisation d'un dépistage et l'exclusivité supposée semblent avoir raison de l'utilisation régulière du préservatif : ils ne sont plus que 57% à en avoir utilisé lors de leur dernier rapport. [19]

● La contraception d'urgence :

Conformément à la loi Neuwirth, elle est également disponible gratuitement pour les mineures dans les Centres d'Education et de Planification Familiale (CPEF). Dans un contexte très polémique, une circulaire ministérielle autorise la délivrance par les infirmier(e)s scolaires en janvier 2000.

C'est la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence [20] qui va inscrire dans le code de la santé publique ces différentes mesures :

- contraception d'urgence délivrée sans ordonnance en pharmacie

- pour les mineures « désirant garder le secret », sans consentement des parents

- délivrance gratuite pour les mineures dans les pharmacies

- délivrance par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse

L'arrêté du 8 août 2001 [21] inscrit le Norlevo® sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65%.

Le décret du 9 janvier 2002 [22] détaille le dispositif de délivrance gratuite aux mineur(e)s par les pharmaciens :

- La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la mineure correspond bien aux critères d'utilisation de la CU.

- « La minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance est justifiée par simple déclaration orale faite au pharmacien » (Art. 2).

- L'entretien permet également au pharmacien de fournir une information sur la contraception régulière et la prévention des IST.

- L'information donnée par le pharmacien est complétée par la remise de documentation sur ces sujets et la communication des coordonnées du centre de planification le plus proche.

- Le pharmacien facture la CU à la caisse d'assurance maladie selon une procédure anonyme en télétransmission ou via une feuille de soins papier (détails sur site de l'Assurance Maladie : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-d-8217-urgence.php)

Un générique du levonorgestrel a été commercialisé en 2007 par les laboratoires Biogaran®.

Dans le dernier Baromètre santé de 2010, 24% des femmes de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie (8,8% en 2000 et 14,4% en 2005).

D'après la DRESS en 2013 et le GERS (Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques), la vente de contraception d'urgence se stabilise depuis 2008.

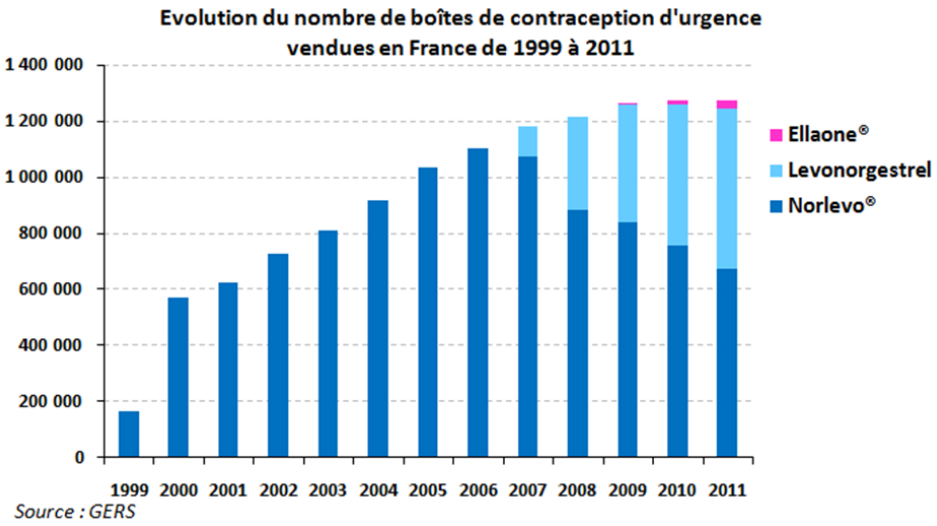


Figure 10 : Evolution du nombre de boîtes de contraception d'urgence vendues en France de 1999 à 2011. Source : GERS

Le recours à la CU est plus élevé chez les femmes les plus jeunes : 43% chez les 15-24 ans.

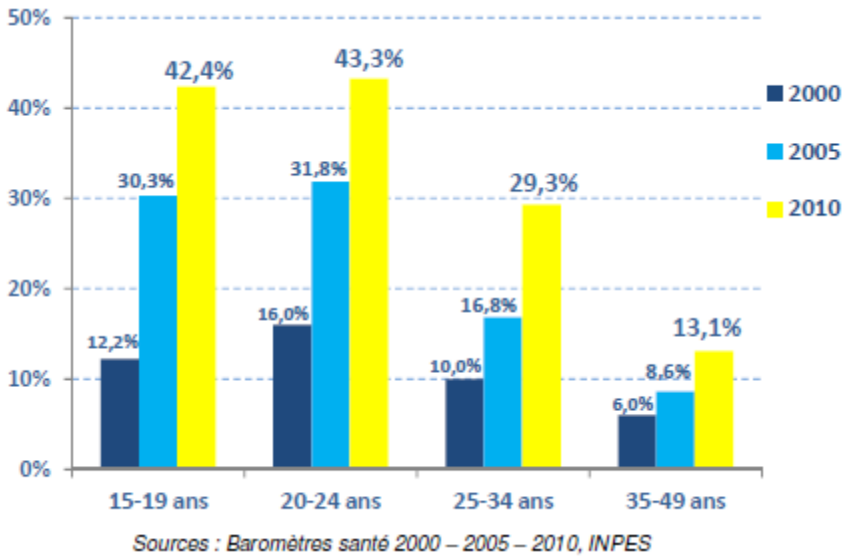


Figure 11 : Evolution du recours à la CU par tranche d'âge. Source : Baromètre santé 2000, 2005, 2010, Inpes

L'enquête de l'INPES en 2007 « Les Français et la contraception » [23] montrait que la CU était connue de la majorité des personnes mais seulement 5% d'entre elles en connaissaient précisément le délai d'utilisation. Le manque d'information sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence sont des freins à son utilisation. Des méfiances collectives perdurent sur les effets secondaires.

Le terme pilule « du lendemain », expression journalistique, comprend une double ambiguïté : certaines femmes, qui en auraient besoin, ne l'utilisent pas car elles pensent avoir dépassé le délai, identifié au lendemain. D'autre part, le lendemain fait référence à une norme adulte du rapport sexuel ayant lieu la nuit, d'où une prise de la contraception d'urgence « le lendemain ». Or, pour beaucoup de jeunes, les rapports sexuels ont lieu dans la journée, par exemple en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain pour prendre la CU si c'est nécessaire. A contrario, tout délai supplémentaire minore le taux d'efficacité. Pour ces différentes raisons, l'expression « contraception de rattrapage ou d'urgence » est plus appropriée.

Un sondage réalisé en 2012 par l'institut BVA pour HRA Pharma [24] montre que la majorité des femmes interrogées pensent que la CU est un vrai progrès et près de 9 sur 10 considèrent que la CU est « une pilule que l'on choisit de prendre lorsque l'on est responsable pour éviter une grossesse non souhaitée ». Cependant, deux tiers pensent aussi que la prise de la CU résulte peut-être d'une imprudence vis-à-vis de la contraception en cours et 20% ressentiraient de la honte si elles devaient la prendre. Les résultats du sondage soulignent également les fausses croyances et le manque d'information: 30% des femmes déclarent ne pas savoir très bien comment « ça marche ».

- Le dispositif d'accès gratuit pour les mineures :

Même si la délivrance gratuite et anonyme est inscrite dans la loi, dans les faits, elle ne se fait pas toujours selon les recommandations, comme le relève en 2009 le rapport de l'IGAS [25]: les demandes de paiement sont relativement fréquentes et certains pharmaciens exigent, de façon abusive, une pièce d'identité. Mais c'est au

niveau de l'accompagnement et de l'information que les carences sont les plus importantes.

Une enquête testing, réalisée en 2006 par le Service de Gynécologie du CHU de Nice [26] dans 53 pharmacies de Nice, montre que 20 pharmacies ont refusé la délivrance gratuite pour une mineure. Les motifs de refus étaient pour 85% une exigence de paiement, 10% l'allégation d'une rupture de stock et pour 5% un refus de principe. Parmi les 33 pharmacies ayant délivré le Norlevo® gratuitement, un tiers ont demandé la présentation d'une pièce d'identité et la moitié ont réclamé un règlement avant de se faire rappeler par les jeunes filles leur statut de mineure.

En 2011, le CRIPS PACA a réalisé une enquête auprès de plus de 600 jeunes lycéens et apprentis de la région sur leurs connaissances, représentations et l'utilisation de la CU [27]. Sur les 77 jeunes filles déclarant s'être déjà procuré la CU dans une pharmacie, 82% des utilisatrices étaient mineures et 65% l'ont dit au pharmacien. La délivrance a été refusée à 2 mineures, la carte d'identité a été demandée dans 13% des cas et 7% ont dû payer la CU.

Si la situation s'améliore, des efforts restent encore à faire en matière d'information et de formation des pharmaciens.

Le nombre de boîtes de CU délivrées aux mineures dans ce dispositif est en constante augmentation, étant passé de 50 000 en 2002 à plus de 360 000 en 2010.

- La délivrance en milieu scolaire :

Cette intervention se situe dans un cadre plus limité et conditionné par « les cas d'urgence et de détresse caractérisée » et « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification n'est pas immédiatement disponible ».

Le rôle des infirmièr(e)s ne se limite pas à la délivrance mais ils (elles) assurent l'accompagnement psychologique et la mise en œuvre d'un suivi médical.

Le rapport de l'IGAS de 2009 [25] relève dans ce dispositif deux difficultés principales : l'absence d'un budget spécifique des infirmeries scolaires pour procéder à l'achat autonome de la CU et la lecture très rigoureuse des conditions

d'intervention, notamment de la notion d'urgence et de détresse. L'infirmièr(e) scolaire apparaît plus comme un dernier recours que comme une voie supplémentaire d'accès à la CU.

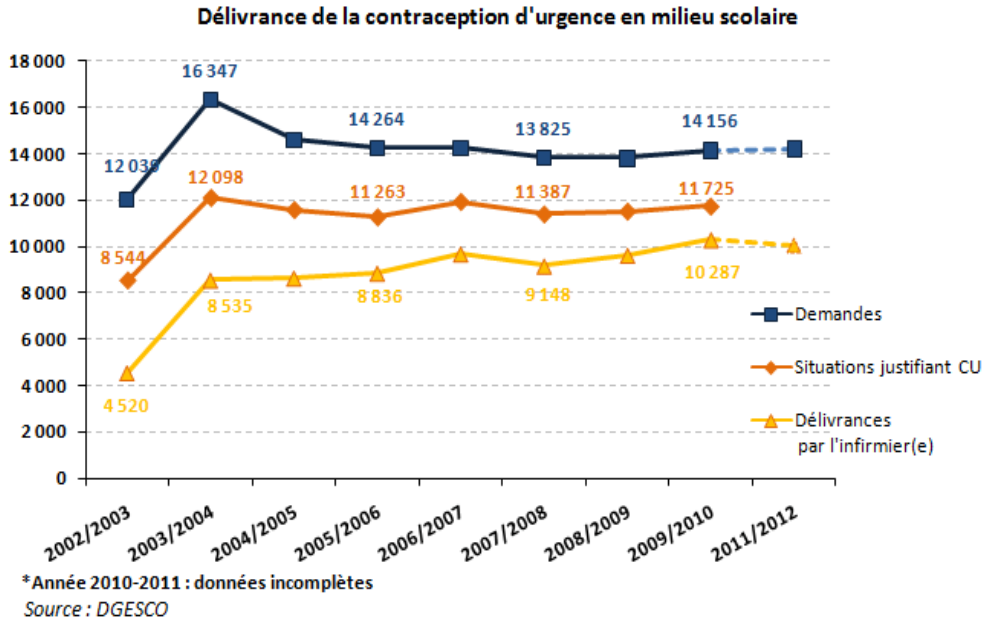


Figure 12 : Evolution de la délivrance de la CU en milieu scolaire. Source : Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

L'accès à la CU pour les étudiantes a été renforcé par le décret du 24 juillet 2012 [28] qui en autorise la délivrance gratuite au sein des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. En 2013, la HAS [29] a recommandé d'élargir sa délivrance aux élèves/étudiants/apprentis dans tous les établissements d'enseignement et de formation, indépendamment de la présence d'un personnel sanitaire.

● <u>Evolution récente du schéma contraceptif français:</u>

Depuis 2010 et suite aux accusations perpétrées contre les pilules de 3ème et 4ème génération fin 2012, près d'une femme sur cinq a déclaré avoir changé sa méthode de contraception. [30]

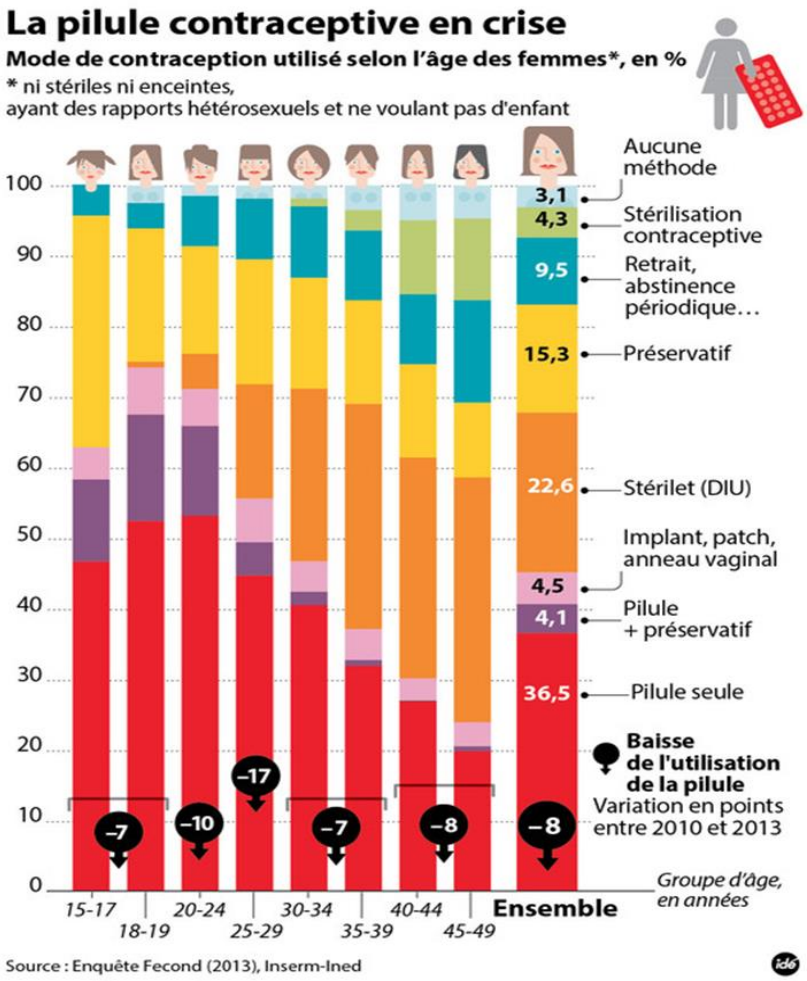


Figure 13 : le modèle contraceptif en France en 2013 et selon l'âge des femmes. Source : enquête Fecond 2013

D'après l'étude « Fecond » dirigée par N. Bajos pour l'Inserm et C. Moreau pour l'Ined en 2013, l'utilisation de la pilule en France a reculé de plus de 4,6 % alors que le recours à de nouvelles méthodes hormonales (implant, patch, anneau vaginal) a progressé de 4 %. Comme le montre le tableau ci-dessus, la diminution est différente selon les tranches d'âges. [30]

D'après cette même étude, le débat semble par ailleurs avoir terni l'image sociale et symbolique de la pilule. Ainsi, en 2013, 37 % des femmes pensent que « la pilule permet aux femmes [..] d'avoir une sexualité plus épanouie » contre 44% en 2010. On note des écarts entre groupes sociaux : 34 % des ouvrières contre 47 % des cadres (42 % et 40 % respectivement chez les hommes). [30]

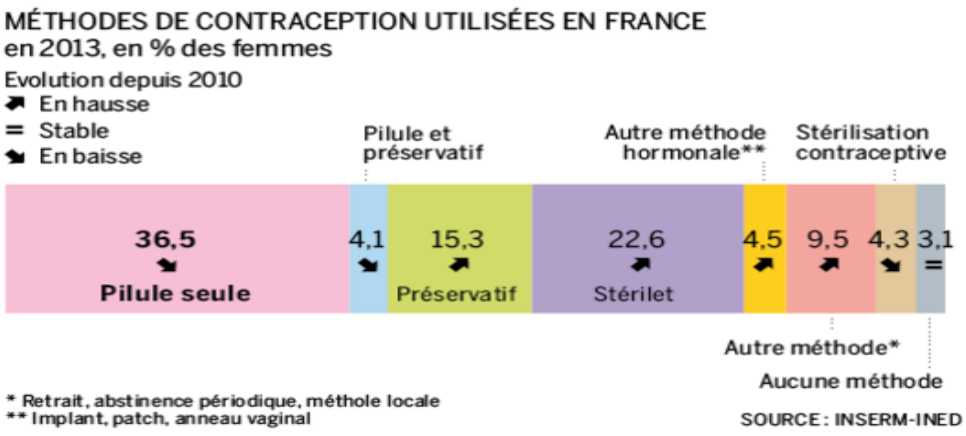


Figure 14 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France en 2013 par rapport à 2010. Source INSERM-INED.

▪ Selon l'HAS en 2013 [31], les différentes sources de données disponibles sur la contraception montrent qu'en France :

- le DIU est utilisé par 1 femme sur 5. Son taux d'utilisation est fortement lié à la parité : 0 enfant : 1 %, 1 enfant : 20 %, 2 enfants ou plus : 40 %. Un peu plus de la moitié des DIU utilisés aujourd'hui sont des SIU hormonaux ;

- l'utilisation du préservatif est en augmentation. Il est utilisé par près de 60 % des jeunes filles de 15 à 17 ans, dont 15 % l'utilisent en association avec la pilule.

▪ Les données de prescription indiquent que :

- les pilules OP prescrites par les médecins généralistes sont majoritairement des pilules de 1re ou 2e génération alors que celles prescrites par les gynécologues sont le plus souvent de 3e ou 4e génération ;

- moins de 10 % des DIU sont prescrits par des médecins généralistes ainsi que l'anneau, le patch, et surtout l'implant.

De cet état des lieux on peut conclure que certaines des recommandations pour la pratique clinique de l'Anaes publiées en 2004 ou les avis de la HAS parus depuis 2005 ne sont pas toujours suivis. En particulier, ces recommandations précisent que le DIU peut être utilisé à tout âge, que la femme ait déjà eu ou non des enfants, et l'avis de la commission de la transparence précise que les pilules de 3e génération ne sont indiquées qu'en seconde intention.

2.3 Contraception et efficacité : Indices de Pearl.

L'efficacité d'une méthode contraceptive est déterminée par l'indice de Pearl qui correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an. Plus l'indice est bas, meilleure est l'efficacité [32]

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)		
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)		États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1	0,2	20	15
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1	0,6	22	15
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12		6		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge[3]	24, 12	22	20, 9	64	62
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5	49	48
Spermicides	29	22	18	58	62
Cape cervicale	32, 16		26, 9		
Aucune méthode	85		85		

Tableau 2 : Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS. Source : Efficacité des méthodes contraceptives, HAS 2013. [32]

La pilule est très efficace en pratique optimale (indice de Pearl à 0,3%) mais pas en pratique courante (indice de Pearl entre 6 et 8), ce qui est à prendre en compte par les prescripteurs. [25]

On remarque que les méthodes contraceptives les plus efficaces s'avèrent être les méthodes récentes à meilleure observance telles que l'implant contraceptif, le patch, les stérilets et l'anneau vaginal. A noter que la contraception dotée de la meilleure efficacité, l'implant, est très peu utilisée en France.

2.4 Pratiques et freins à l'accès à un contraceptif adapté [31]

2.4.1 Conditions de prescription, de délivrance et de pose.

Une prescription médicale réalisée par un médecin ou une sage-femme est nécessaire pour toute contraception hormonale, DIU au cuivre, diaphragme et cape.

Les contraceptifs oraux peuvent être délivrés pour une durée d'1 an maximum.

L'insertion des DIU et la pose d'implant ne sont pratiquées que par un médecin ou une sage-femme formés à la pratique.

Les infirmiers et infirmières diplômés d'État peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'1 an et pour une durée de 6 mois maximum. Cela ne concerne pas les dispositifs transdermiques et les anneaux vaginaux.

Les pharmaciens peuvent dispenser des médicaments contraceptifs oraux même lorsque la durée de validité est expirée, sans dépasser un total de 6 mois.

2.4.2 Facilité d'accès à la contraception pour les mineur(e)s.

Les CPEF peuvent délivrer gratuitement et de façon anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret sans consentement parental, quel que soit l'âge de la mineure.

La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineur(e)s ne sont pas soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal, quel que soit l'âge de la mineure. Certains contraceptifs sont pris en charge à 100% pour les jeunes filles mineures de plus de 15 ans (et pas pour toutes les jeunes filles mineures, ce qui exclut de fait les moins de 15 ans). C'est pourquoi plusieurs régions ont mis en place un Pass contraception ou Pass santé/prévention facilitant l'accès à la première contraception (gratuité du contraceptif, de la consultation et du bilan biologique).

2.4.3 Information sur la santé sexuelle en milieu scolaire

C'est une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001 (complétée par la circulaire du 17 février 2003) : des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité doivent avoir lieu dans les écoles primaires, les collèges et les lycées ainsi

que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées, à raison d'au moins 3 séances annuelles.

Des dynamiques locales, résultant de l'action de personnes particulièrement sensibilisées ou d'une prise de conscience collective liée à une situation ou des événements particuliers, sont à l'origine d'expériences originales.

Mais des difficultés matérielles et logistiques d'organisation des séances d'éducation à la sexualité apparaissent :

- compatibilité d'emploi du temps et organisation matérielle au sein des établissements.

- problème du financement pour des interventions effectuées par des intervenants extérieurs.

Et surtout on peut déplorer une absence d'évaluation systématique de ces dispositifs dont la qualité est probablement très inégale ainsi que la réticence de certains personnels de l'éducation nationale.

En pratique, le plus souvent il ne s'agit que d'une introduction à la contraception qui se concentre sur les risques et ne parle que du préservatif et de la pilule. Au niveau de l'enseignement en SVT, c'est le côté scientifique qui est abordé et on laisse de côté les notions de désir, de plaisir dans le consentement mutuel, de respect de soi-même et de l'autre et de responsabilité partagée.

En conclusion, ce système manque de lisibilité et de visibilité, les femmes, les hommes et surtout les jeunes ne connaissant pas toujours l'ensemble des possibilités d'accès à la contraception ni vers qui se tourner.

2.4.4 Freins à la contraception du côté des professionnels de santé

En raison de certaines représentations socioculturelles, la sexualité, en particulier féminine, peut ne pas être socialement acceptée :

- non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents.

- préjugés sur la fréquence des rapports sexuels et la sexualité des femmes en pré-ménopause et ménopausées.

- préjugés sur l'absence de rapports sexuels dans le cadre d'un retour de couches.

- prédominance de l'attention portée aux problèmes médicaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques, obésité morbide, ou en situation de handicap, par non-reconnaissance de leur sexualité.

De même, des représentations socioculturelles sur la sexualité des femmes, en particulier lorsqu'elles vivent dans un contexte conjugal, peuvent être en décalage avec leurs besoins contraceptifs : préjugés sur la régularité des rapports sexuels et non-prise en compte de la sexualité extraconjugale.

Ces représentations socioculturelles ont un impact sur l'identification des besoins contraceptifs des femmes et des hommes par les professionnels de santé. Elles peuvent influencer la décision du professionnel d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix des méthodes contraceptives qu'il leur propose. Il est important de souligner que l'âge n'est pas un indicateur discriminant.

La formation initiale et continue des professionnels de santé ne prévoit pas de sensibilisation à la prise en compte de ces représentations socioculturelles dans leurs pratiques et ignore l'abord des questions de sexualité qui peuvent constituer une difficulté pour certains médecins.

2.4.5 Freins à la contraception du point de vue des usagers

Très peu de femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive (3.1% - Enquête Fecond 2013). Néanmoins, des déterminants personnels variés (psychologiques, informationnels, liés à l'âge, socioéconomiques, culturels, etc.) influent sur l'utilisation de ces méthodes, ainsi que des idées reçues sur la fertilité, notamment chez les mineures et les plus de 40 ans.

Notons que le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent être marqués par une certaine ambivalence, influençant le besoin contraceptif, le choix d'un moyen et son utilisation (bonne ou mauvaise).

Certaines femmes redoutent l'examen gynécologique ou les questions liées à l'intime, limitant les possibilités de prescriptions.

Il existe des situations extrêmes, comme l'absence de domicile fixe, des cas de dépendance affective, sexuelle, matérielle ou psychologique, des violences sexuelles y compris l'inceste, où les femmes n'ont aucune maîtrise de leur contraception.

L'utilisation d'une contraception suppose par ailleurs d'avoir reçu une éducation à la sexualité efficace.

2.5 Contraception et religions

Toutes les religions monothéistes condamnent l'IVG, si la vie de la femme n'est pas en danger. En ce qui concerne la contraception, les positions sont plus nuancées et sont peut-être en train d'évoluer.

A propos de l'IVG, le 1er Septembre 2015, le Pape François a octroyé aux prêtres « la faculté d'absoudre du péché d'avortement tous ceux qui l'ont provoqué et qui, le cœur repenti, en demandent pardon ».

Abordant indirectement la question de la contraception lors de son voyage aux Philippines en 2015, il a plaidé en faveur d' "une paternité responsable".

2.6 Idées reçues sur les moyens de contraception.

Les idées reçues sont des freins à l'utilisation d'une contraception efficace dans le temps. Souvent elles s'accompagnent de peurs. Les français sont de plus en plus méfiants vis-à-vis des médicaments suite à divers scandales récents et s'interrogent sur la dangerosité des traitements.

2.6.1 Pilules OP et aux progestatifs.

Entre les peurs et les idées reçues, la pilule OP est en crise.

- Le scandale des contraceptifs de 3ème et 4ème génération, déclenché par les journalistes en décembre 2012, n'a pas arrangé les choses. Au final ce scandale n'a rien révélé de nouveau, il a contribué :

  - à la modification de la prescription : prescription des pilules de 2ème génération en 1ere intention. De Janvier 2013 à Avril 2014, les ventes des pilules OP de 1ère et 2ème génération ont augmenté de 32% par rapport à 2012, tandis que les ventes des 3ème et 4ème génération diminuaient de 48%. [33]

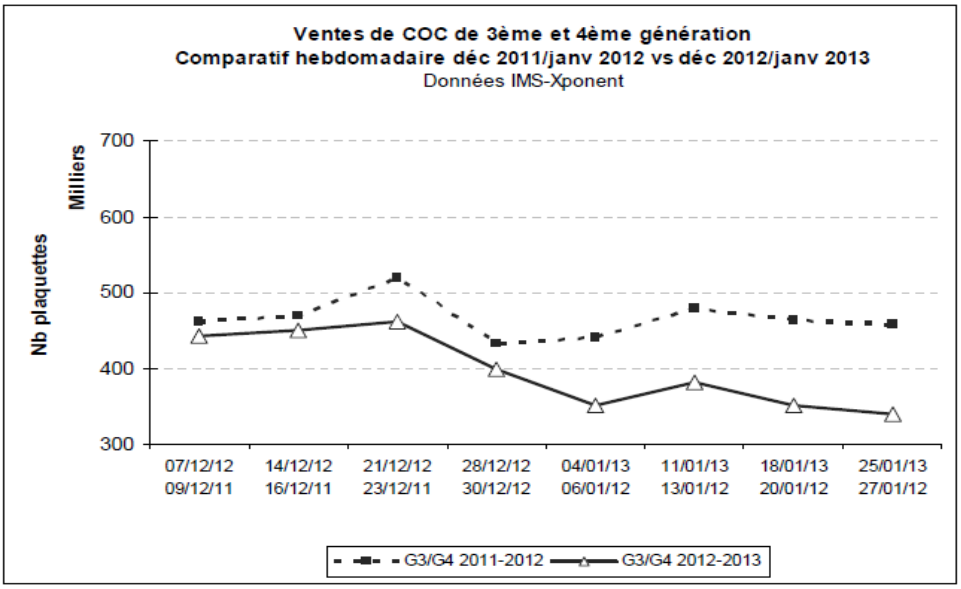


Figure 15 : Comparatif des ventes de pilules de 3ème et 4ème génération en 2012/13, selon l'ANSM. [33]

- à accélérer le déremboursement de tout ce groupe de pilules.

- à augmenter la peur du risque thrombo-embolique veineux de la pilule alors que l'état de grossesse entraîne un risque beaucoup plus important.

Situation	Risque thrombo-embolique veineux multiplié par
non enceinte et non utilisatrice de pilule	0,5-1
prise de pilules de 1ère et 2ème génération	4
prise de pilules de 3ème et 4ème génération	8
la grossesse	6
post partum	22 à 84

Tableau 3 : Risque thrombo-embolique selon le type de contraception OP et pendant la grossesse. [34] [35]

Ce sur-risque d'accident thrombo-embolique veineux (ATEV) varie selon le type de contraceptif oral combiné (COC) utilisé (contrairement aux risques thrombotiques artériels) et augmente avec l'âge, le poids et la présence d'antécédents d'ATEV personnels ou familiaux. Il est maximal au cours des 12 premiers mois après l'initiation de la contraception puis décroît. Il en est de même avec les formes non orales. La recherche à l'interrogatoire de facteurs de risque cardio-vasculaire et veineux est nécessaire avant toute prescription d'OP. [34]

● « *La pilule fait grossir »*.

C'est ce que pensent 24 % des personnes interrogées (INPES 2007). [16]

FAUX. La pilule peut augmenter l'appétit chez environ 1 femme sur 5, selon le métabolisme, cependant elle ne provoque pas directement une prise de poids. [36] La première cause reste l'alimentation, quel que soit l'âge.

● « *La pilule donne des taches sur le visage »*.

Le risque existe seulement sur un terrain génétique favorable. L'élément déclenchant est le soleil et/ou les variations des hormones sexuelles. Il ne faut pas refuser un OP, mais choisir la pilule la plus faiblement dosée ou une contraception sans œstrogène (stérilet au cuivre, microprogestatifs). [37]

● *« La pilule protège des IST »*

FAUX, selon l'INPES 2007, 1 jeune sur 10 âgé de 15 à 20 ans n'a pas conscience que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST).

● *« La pilule OP donne le cancer »*.

Selon les études il existe une légère augmentation du cancer du sein et du col de l'utérus. Parallèlement on note une diminution des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal. [38]

● *« La pilule OP rend stérile »*.

22 % des Français le pensent. (Inpes 2007). [16]

FAUX. Les oublis de pilule peuvent entrainer des grossesses imprévues et elle n'est pas contre-indiquée chez les mineures.

● *« Il faut arrêter la pilule OP de temps en temps pour mettre son corps au repos »*.

FAUX. La pilule bloque l'ovulation et les ovaires sont « au repos ».

● *« Il est indispensable d'observer une semaine d'arrêt quand on prend une pilule à 21 comprimés ».*

FAUX. Prendre la pilule sans interruption augmente son efficacité, peut éviter le syndrome prémenstruel, diminuer les douleurs en cas d'endométriose, diminuer le flux des règles, surtout en cas d'anémie.

● *« La meilleure des pilules est la toute dernière commercialisée ».*

FAUX. La « meilleure » pilule est la mieux tolérée par la femme. [16]

● *« il est indispensable d'attendre le premier jour des règles pour commencer une pilule* ».

FAUX. La pilule peut-être débutée le jour même (Start Quick) en utilisant conjointement des préservatifs les 7 premiers jours.

● *« La pilule microprogestative, c'est celle des fumeuses ? »*

NON mais contrairement aux œstrogènes, elle n'augmente pas le risque d'accident artério-veineux. [34]

2.6.2 DIU [39]

● « *Le stérilet provoque des «mini avortements». »*

FAUX. Le cuivre a un effet spermicide. Le progestatif agit au niveau de la glaire pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. En effet secondaire, il peut entrainer une modification de la muqueuse utérine empêchant la nidification.

● *« Les anti-inflammatoires diminuent l'efficacité des DIU »*

FAUX. Une revue Cochrane a démontré que les AINS réduisaient significativement l'abondance des saignements et les douleurs associées. [40]

● *« Une femme n'ayant pas eu d'enfant ne peut pas avoir de stérilet »*

C'est l'avis de 50 % des femmes (INPES 2007). FAUX, le mot « stérilet » contribue à cette idée reçue et on parle désormais de DIU/SIU. Depuis 2004 et selon l'ANAES, la pose du DIU/SIU (cuivre ou hormonal) est possible chez les nullipares. Une recherche systématique des Chlamydiae est conseillée avant la pose. [39]

● *« Il y a plus de grossesses extra-utérines (GEU) avec les DIU ».*

FAUX. Une grossesse extra-utérine est possible, mais plus rarement que chez les femmes qui n'utilisent pas de contraception, ou qui prennent une pilule. [39]

● « *Est-ce que l'utilisation d'un DIU augmente le risque d'infection ?* »

NON. C'est l'activité sexuelle et l'exposition à des partenaires potentiellement infectés qui est source d'IST et dans les suites immédiates de la pose, le manque de respect des règles d'hygiène. [39]

● « *On ne peut pas poser un DIU à une femme qui a fait une salpingite* »

C'est FAUX, on peut le faire si la salpingite a guéri rapidement et sans séquelle, trois mois après la fin des traitements. [39]

● « *Il faut avoir ses règles pour faire poser un stérilet. »*

FAUX. Une étude a montré que les règles ne sont pas indispensables à la pose du stérilet. [41]

● *« On ne peut pas poser de DIU à une femme qui a eu une césarienne ».*

FAUX. Un DIU peut être posé 4 à 6 semaines après un accouchement sans complication. [42]

2.6.3 Les méthodes naturelles

9.5% des femmes utilisent des méthodes de contraception naturelles (Ined 2013) en pensant maîtriser un sujet qui ne peut pas l'être, d'où le peu d'efficacité de ces méthodes. Selon l'Inpes 2007, 64 % des Français considèrent qu'il existe des jours sans risque de grossesse. [16]

● *« L'ovulation a lieu le 14ème jour ».*

FAUX. Selon une vaste étude américaine portant sur la fertilité féminine [43] :

- Plus de 70% des femmes sont fertiles en dehors de la période théorique habituelle du 10ème au 17ème jour du cycle.

- Seules 30% des femmes sont fertiles dans l'intervalle "théorique".

- Ainsi 70% des sujets sont fertiles avant ou après cette phase du cycle, malgré la présence de cycles réguliers.

- Au final, elles sont plus de 10% à être fertiles à n'importe quel moment de leur cycle, c'est-à-dire du 6ème au 21ème jour.

- Méconnaissance de la physiologie de l'ovule (durée de vie d'un ovule : 12 à 24 heures), du spermatozoïde (5 jours en moyenne) et de l'œuf (7 jours de migration avant la nidation) et sur la nécessité d'attendre au moins 15 jours depuis le rapport non protégé avant d'effectuer un test urinaire de grossesse sous peine de faux négatifs. [44]

2.6.4 Contraception après 40 ans

La grossesse reste possible chez la femme entre 40 et 50 ans mais la fertilité mensuelle baisse avec l'âge : de 24% à 25 ans, à 12% à 35 ans, à 6% à 40 ans. [45] Il est nécessaire de continuer de prendre une contraception jusqu'à la ménopause.

2.6.5 Contraception en post-partum

● *« Je ne peux pas être enceinte avant le retour de couches. »*

FAUX. Le retour de couches a lieu au bout de 6 semaines en général. Cependant, une ovulation et donc une éventuelle fécondation peuvent survenir avant la fin de cette période [43].

● *« Je ne peux pas être enceinte parce que j'allaite »*

FAUX. Le retour de la fertilité a lieu entre quatre et six semaines après l'accouchement et au plus tôt environ vingt-cinq jours après la naissance chez une femme qui n'allaite pas. L'allaitement peut le retarder jusqu'à six mois grâce à la méthode MAMA, à condition de l'appliquer parfaitement. [43]

2.6.6 La contraception d'urgence (CU)

● *« C'est dangereux de prendre plusieurs fois la pilule du lendemain ».*

FAUX. Prendre la contraception d'urgence plusieurs fois ne présente aucun risque. Mais comme l'indique son nom, c'est une méthode de rattrapage dans l'urgence. Il est donc nécessaire de prévoir un autre type de contraception régulier. [46]

3. Grossesses non désirées.

En France, 1/3 des grossesses sont non programmées. (400 000 par an) [47]. Dont 1 sur 2 aboutit à une IVG [48].

3.1 Grossesses non désirées et contraception

En 2002, selon l'enquête Cocon, 65 % des grossesses non désirées survenaient chez des femmes sous contraception, dont 23 % sous pilule, 19 % avec préservatif, 7 % sous stérilet, 19 % « autres ». [49]

Causes de l'échec de la contraception orale selon les femmes : pour 60 % : prise trop tardive ou oubli (23 % des femmes oublient leur pilule au moins une fois dans le cycle précédent), 18 % : maladie, vomissements, prise d'un médicament ayant un effet antagoniste, 22 % n'ont pas d'explication. [49]

D'après le baromètre de la santé 2010, sur l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives, 12,2 % déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Les principales raisons évoquées sont l'absence de contraception pour 46 %, l'oubli de pilule pour 44 %, le fait qu'elles n'avaient pas conscience de prendre un risque pour 23 % et un problème avec le préservatif (9 %).

3.2 IVG et contraception :

● Selon l'étude de la DREES en 2007 [8] évoquée précédemment concernant la (les) dernière(s) méthode(s) contraceptive(s) utilisée(s) et le maintien de cette méthode au cours du mois précédant la grossesse :

- 2 femmes sur 3 disaient être sous contraception dont 1 sur 2 sous contraception médicale (contraception hormonale, DIU, implant, patch). [8]

- En moyenne 4 femmes sur 10 seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde, vraisemblablement dans une période de transition contraceptive. Si le risque de survenue d'une IVG existe effectivement pour toutes les femmes, il n'est cependant pas égal pour chacune et varie selon l'âge de la femme, son origine, sa situation conjugale, familiale et professionnelle. [8]

● C. Moreau a mené une étude similaire sur la situation contraceptive des femmes lors de la survenue de la grossesse qui a donné lieu à une IVG : elle retrouve qu'une majorité de ces femmes utilisait une méthode contraceptive. Les échecs sont attribués pour 92% des utilisatrices de contraception orale à un oubli. Les 84% qui utilisaient le préservatif évoquent un problème technique (glissement ou déchirure). 2% des cas concernaient le DIU, et 1% le patch ou l'anneau vaginal. [50]

● Cause des IVG chez les moins de 25 ans en France en 2012 :

Mauvaises observance / oublis de la contraception	54%
Erreur d'utilisation	38%
Méthode barrière ou naturelle	Plus d'1/3

Tableau 4 : Cause des IVG chez les moins de 25 ans en France en 2012. [1] [8] [50] [51]

3.3 Conséquences psychologiques de l'IVG.

Le projet de loi relatif à la santé de 2015 prévoyant la suppression du délai de réflexion répond à une demande des femmes, ce temps d'attente ayant tendance à augmenter le sentiment de culpabilité.

La Loi dit qu'un entretien psychosocial doit systématiquement être proposé aux femmes, avant et après l'IVG, réalisé par « une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé » (article L2212-4 du Code de la santé publique). Les services d'orthogénie devraient intégrer systématiquement des psychologues dans la prise en charge, même si cette consultation n'est obligatoire que pour les mineures depuis 2004.

L'étude demandée par la DRESS en 2009 auprès de 1 259 praticiens et portant sur plus de 13 000 demandes d'IVG dit aussi que l'accompagnement psychologique des femmes demandant une IVG est trop souvent négligé: seuls 6% des établissements privés et 49% du public continuent de le proposer aux femmes majeures. Lorsqu'aucun entretien n'est prévu au sein de la structure, 5% seulement proposent systématiquement un entretien hors de la structure, et 44% en fonction de la situation. Il y a encore 16% des structures qui ne proposent aucun rendez-vous aux

femmes. Lorsque ces entretiens peuvent avoir lieu, il n'y a que 39 % de psychologues parmi les professionnels qui réalisent ces entretiens. [8]

D'après le Collège des Enseignants de Gynécologie et l'Inpes, les résultats d'une méta-analyse de 2008 (21 études) montrent la tendance suivante : plus les études sont de qualité (protocole, méthodologie), plus les effets psychologiques sur le long terme d'une IVG semblent neutres, suggérant peu sinon aucune différence en termes de santé mentale entre des femmes ayant subi une IVG et leur groupe de comparaison. Des sentiments « négatifs » peuvent néanmoins affecter les femmes de façon plus ou moins temporaire : culpabilité, anxiété, colère, rancœur à l'égard du partenaire… Ils ne doivent pas être confondus avec des désordres mentaux. [52]

D'après l'expérience d'Annick Calaber, psychologue libérale en Martinique ayant exercé de 2009 à 2013 dans les centres d'orthogénie de Martinique :

- Pour éviter à la femme une souffrance inutile, il faut veiller à éviter de donner des informations susceptibles de favoriser l'élaboration d'un enfant imaginaire : lors d'IVG chirurgicales, il est souhaitable de ne pas montrer l'embryon et de ne pas donner son sexe. Pour les IVG médicamenteuses, il faudrait prévenir les femmes qu'elles vont expulser l'embryon sous forme d'« un caillot» pour qu'elles ne soient pas prises au dépourvu.

- Quasiment toutes les patientes et leur partenaire regrettent la situation qui les a amenés à réaliser une IVG (mauvaise observance de la contraception, rapport non protégé, contraintes liées au travail…).

D'après une étude de C.Bonnier sur la prise en charge des IVG chirurgicales en 2013 dans l'unité d'orthogénie du CHUM, la majorité des femmes se disaient soulagées et apaisées en sortant de l'hospitalisation.

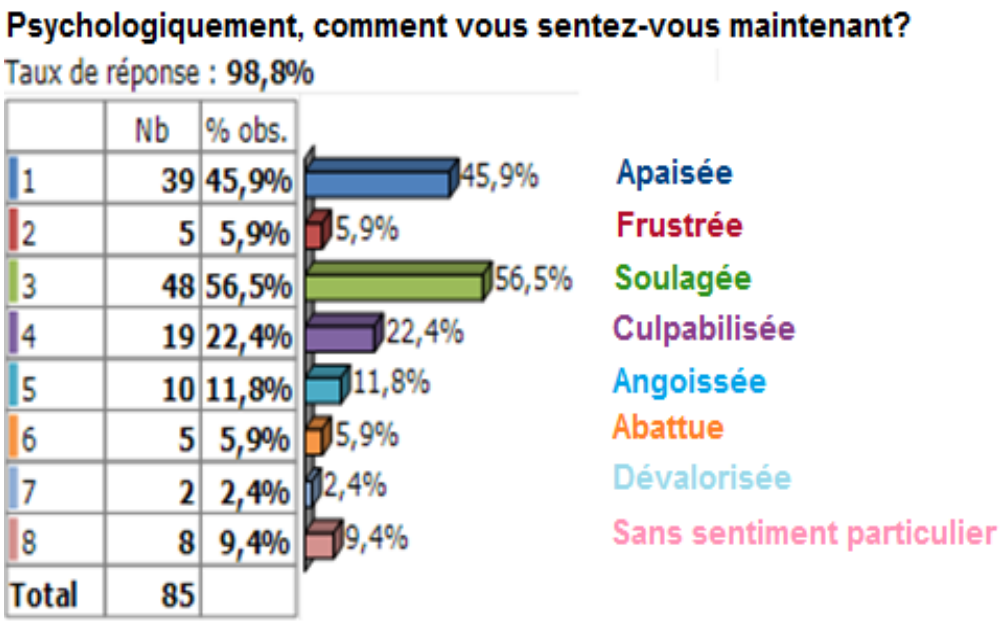


Figure 16 : Ressenti à la sortie d'hospitalisation, après l'IVG chirurgicale. Source : étude de C.Bonnier sur la prise en charge des IVG chirurgicales en 2013 dans l'unité d'orthogénie du CHUM.

- Les négligences dans l'utilisation d'une contraception surviennent moins souvent lorsque le couple est uni et que le partenaire participe par exemple à la bonne prise de la pilule. Il y aurait moins de grossesses non désirées si on parlait de contraception du couple et pas de la femme seulement. A.Calaber suggère de recevoir les couples en consultation médicale pour que chacun se responsabilise et participe au choix et à la mise en œuvre quotidienne de la contraception. Le couple doit être informé des avantages et des difficultés de chaque méthode de contraception et avant tout doit exprimer toutes ses craintes et appréhensions. Sur la pilule par exemple, le partenaire doit connaître les statistiques concernant l'oubli de pilule et les interactions médicamenteuses ou autres (millepertuis…)

- Concernant les IVG répétées, il semblerait que les patientes souffrent à chaque fois un peu moins par un phénomène de répétition.

- Certaines femmes se plaignent de l'accueil qu'on leur réserve dans les pharmacies ou les laboratoires d'analyses médicales. Elles se disent victimes de manque de discrétion, sont parfois jugées, appelées à être plus responsables.

4. Contraception, grossesse non désirées, IVG : état des lieux en Martinique

4.1 Natalité, fécondité, histoire familiale.

L'âge moyen des mères à la naissance est de 29,3 ans.

La natalité est en recul depuis le début des années 2000. Son taux a baissé de plus de 4 points, passant de 15,3 à 10,8 naissances pour 1 000 habitants. La Martinique est le département d'outre-mer présentant la plus faible fécondité avec 1.9 enfants en moyenne par femme, ce qui est en-dessous du niveau national. [53]

	Martinique	France
Naissances en 2013	4 128	809 556
Taux de natalité en 2013 (en ‰)	10,8	12,3
Age moyen des mères à la naissance en 2013	29,3	30,2

Tableau 5 : Natalité en 2013. Source INSEE, état civil, estimations de population.

Cette baisse provient essentiellement de la diminution du nombre de femmes en âge de procréer ; elles étaient 104 000 il y a 10 ans, elles sont 87 400 en 2014. [54]

Fécondité selon l'âge de la mère en 2013	Martinique	France
de 15 à 24 ans	0.49	0,3
de 25 à 34 ans	1	1,27
de 35 à 49 ans	0,42	0,43
Indicateur conjoncturel de fécondité	1,9	1,99

Tableau 6 : Fécondité selon l'âge de la mère en 2013. Source INSEE, état civil, estimations de population.

	Martinique		Métropole	
Génération (année de naissance)	40-49	80-89	40-49	80-84
Femmes ayant au moins un enfant à 20 ans	22%	11%	10%	4%

Tableau 7 : La parentalité précoce au fil des générations. Source Ined-Insee 2009-2010

En Martinique, il y a moins de trentenaires devenues mère avant 20 ans que dans les années 50. Le phénomène est identique en Métropole, même si les taux sont nettement inférieurs dans l'hexagone.

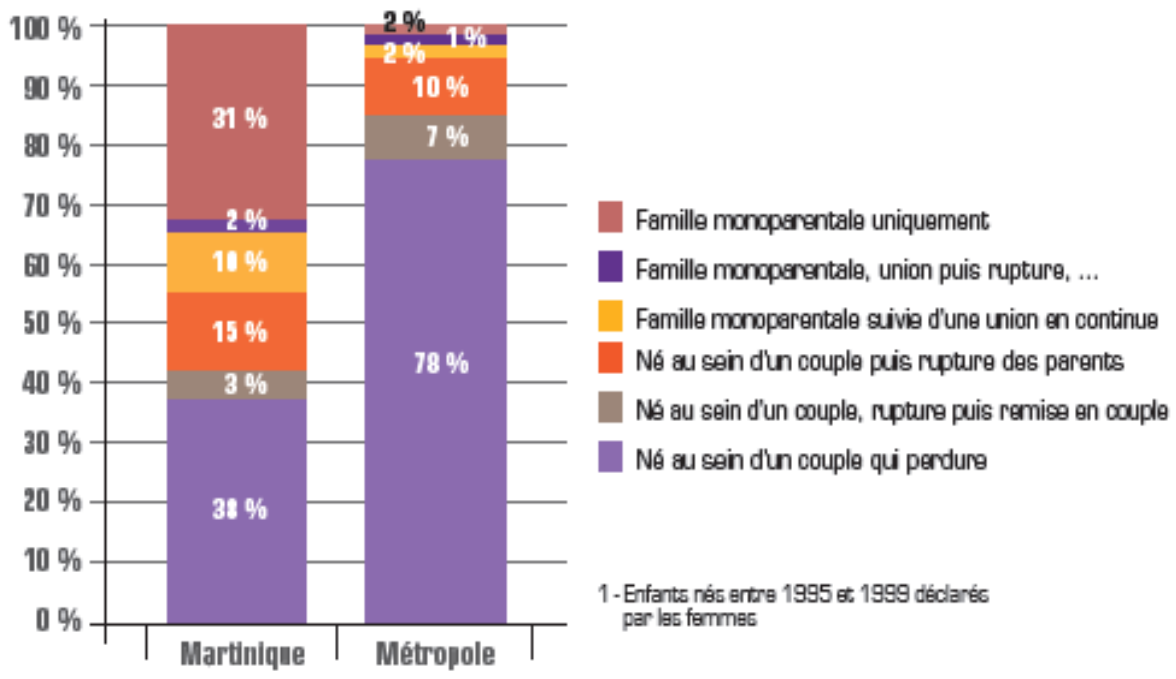


Figure 17 : Répartition des enfants selon leur histoire familiale durant l'enfance (0-10 ans), Insee 2012. [55]

L'histoire familiale en Martinique diffère du schéma métropolitain par l'existence d'1 famille monoparentale sur 2 contre 1 sur 20 dans l'hexagone.

4.2 Sexualité et Contraception.

L'enquête KABP Antilles-Guyane 2011-12 a été réalisée sur 1 469 personnes en Martinique dont 20% avaient moins de 20 ans. Elle a révélé certaines particularités :

- Le 1er rapport sexuel est précoce :

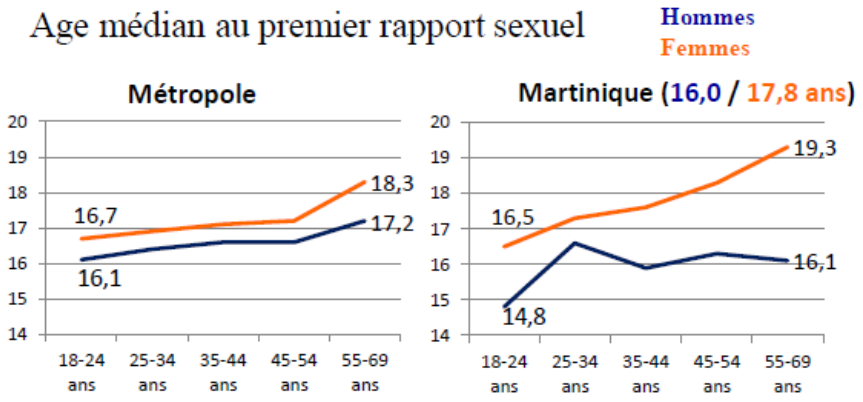


Figure 18 : âge médian au premier rapport sexuel. [56]

Les adolescents martiniquais sont plus précoces pour le 1er rapport sexuel.

On constate une responsabilisation des jeunes par une augmentation de l'usage du préservatif lors du 1er rapport sexuel.

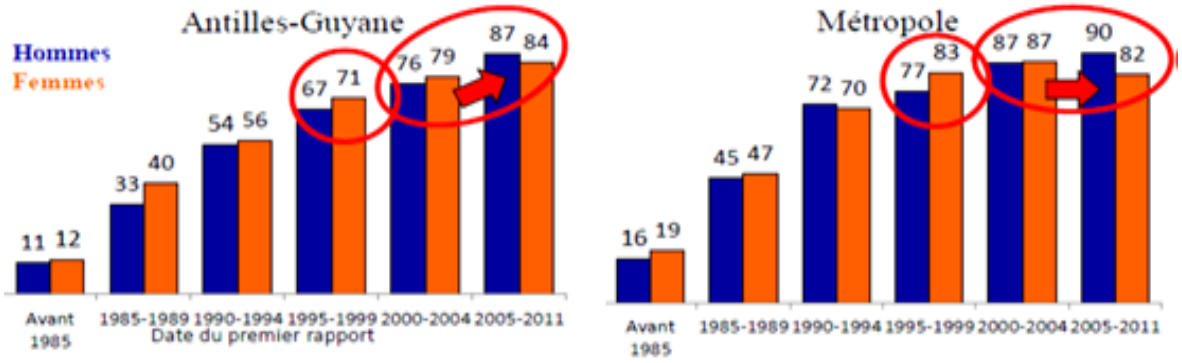


Figure 19 : Généralisation de l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel chez les hommes et les femmes. [56]

● La couverture contraceptive est insuffisante chez les jeunes.

En Martinique, chez les 18-24 ans, 9% des jeunes femmes seulement disent avoir utilisé une contraception lors du dernier rapport pour éviter une grossesse.

● Les femmes de Martinique recourent plus fréquemment à une méthode de contraception médicale par rapport aux autres départements des DOM.

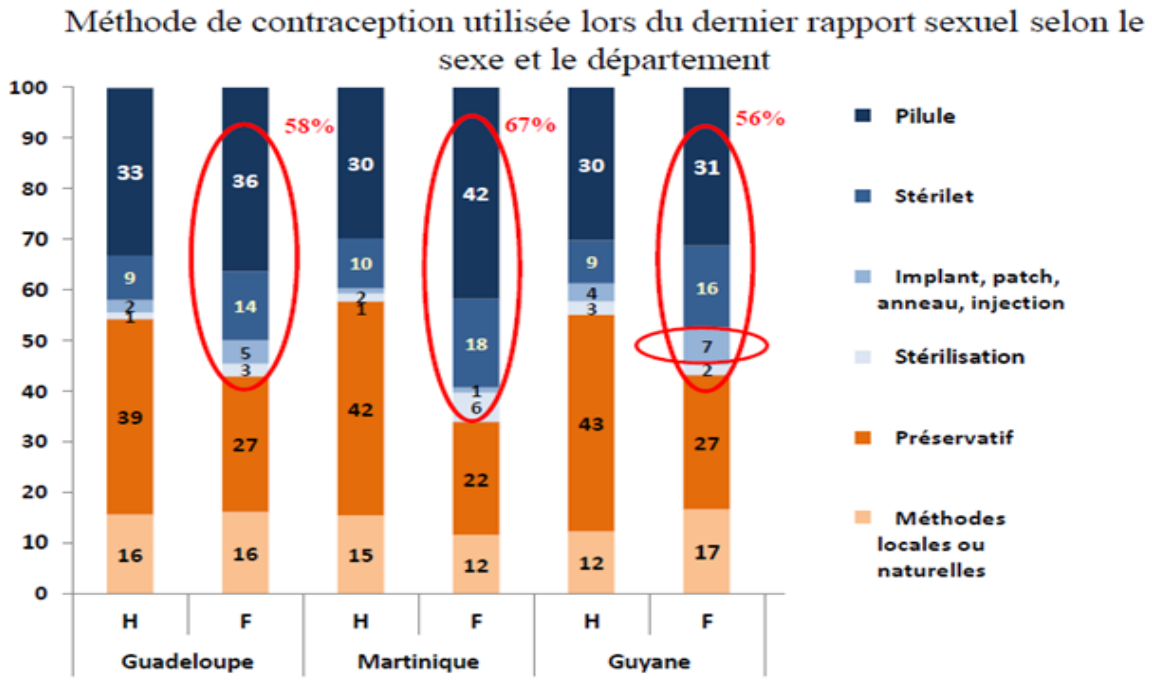


Figure 20 : Méthode de contraception utilisée lors du dernier rapport sexuel selon le sexe et le département. [56]

Presque 7 femmes sur 10 disent avoir utilisé une contraception pour éviter une grossesse lors du dernier rapport sexuel.

● La contraception chez les étudiant(e)s est faible.

	Pilule seule	Pilule + préservatif
Martinique	25,2 %	13,1 %
Métropole	47,2 %	14 %

Tableau 8 : Contraception chez les étudiant(e)s en 2009. [57]

L'enquête menée par la mutuelle des étudiants LMDE en 2008 dans les départements d'outre-mer (DOM) a retrouvé que le recours des étudiantes à la contraception médicale est plus faible qu'un France hexagonale.

10,1% des étudiantes interrogées ont déjà eu recours à une IVG. (5% en France hexagonale en 2014)

25.9% des étudiantes interrogées ont déjà utilisé une CU. [57]

● Des idées reçues freinent la contraception :

Pour 4 femmes sur 10 en Martinique, la pilule peut rendre stérile.

Plus de 6 femmes sur 10 trouvent que prendre la pilule tous les jours est contraignant.

2 femmes sur 10 disent que le stérilet rend stérile.

6 femmes sur 10 pensent qu'il est nécessaire d'avoir eu des enfants pour se faire poser un stérilet. [56]

● Les modalités d'utilisation de la CU sont mal connues.

6 personnes sur 10 pensent que la CU prise plusieurs fois est dangereuse pour la santé. [62]

4.3 Grossesses non désirées et contraception.

Dans les DFA, c'est en Martinique, département dans lequel les méthodes médicalisées sont les plus utilisées, que le pourcentage de grossesses non prévues est le plus bas (11%), selon l'enquête KABP en 2011. Dans un tiers des cas, ces grossesses se sont terminées par une IVG. Les femmes les plus jeunes sont les plus nombreuses à déclarer avoir été confrontées à une grossesse non prévue : elles sont 28% parmi les 18-24 ans en Martinique. [56]

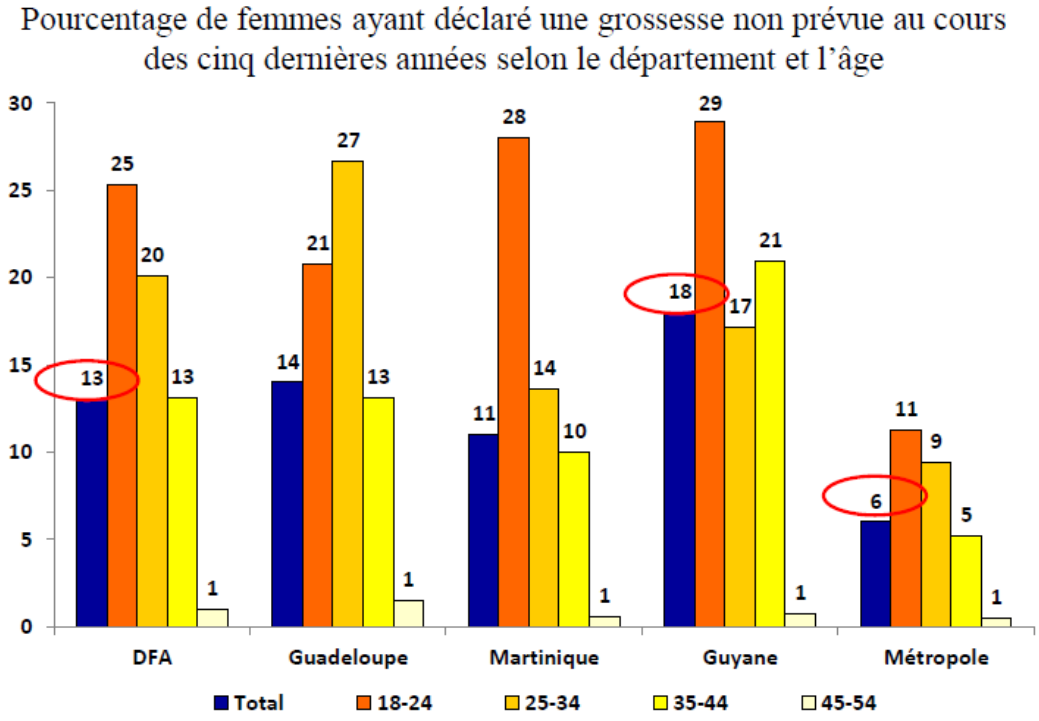


Figure 21 : Pourcentage de femmes ayant déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années selon le département et l'âge. [56]

4.4 L'IVG en Martinique

La majorité des IVG ont lieu entre 25 et 29 ans en Martinique, avec un âge moyen de 28 ans, selon une étude de 2002 [58]. (27,5 ans dans l'hexagone). [1]

Le nombre d'IVG réalisées en Martinique est relativement stable ces dernières années mais le ratio par femmes augmente chaque année.

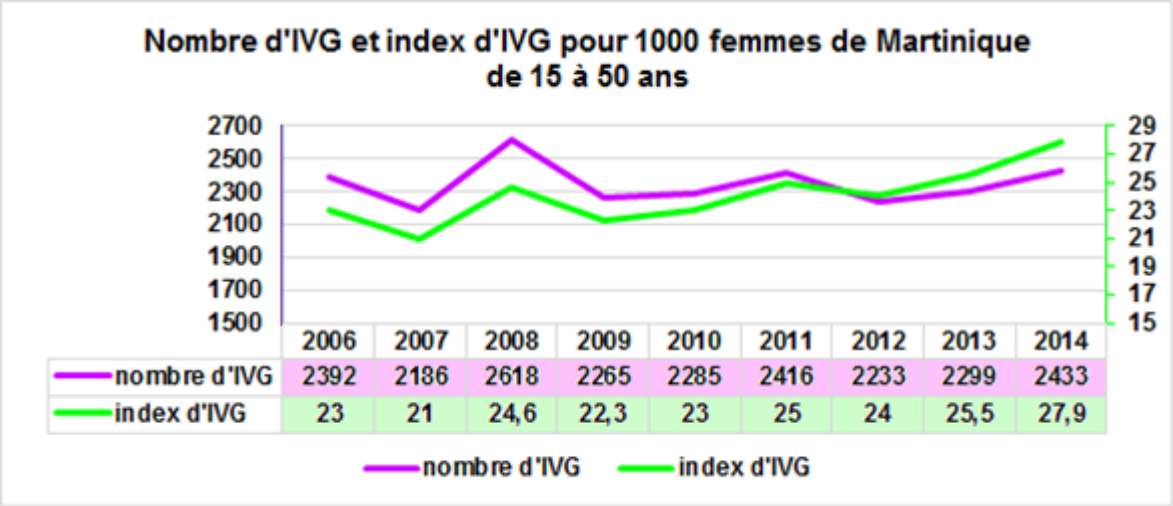


Figure 22 : nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000), chez les femmes de 15- 50 ans en Martinique depuis 2006. Source : unité d'orthogénie de la MFME, CHUM ; INSEE 2006 - 2014.

A noter que dans ces statistiques, toutes les mineures ont été comptabilisées, contrairement aux études de l'hexagone qui ne commencent qu'à partir de 15 ans (DREES).

Le nombre d'IVG réalisées diminue mais l'index de recours à l'IVG par femme augmente.

● 2 sous-groupes particuliers :

1) <u>Les mineures</u>

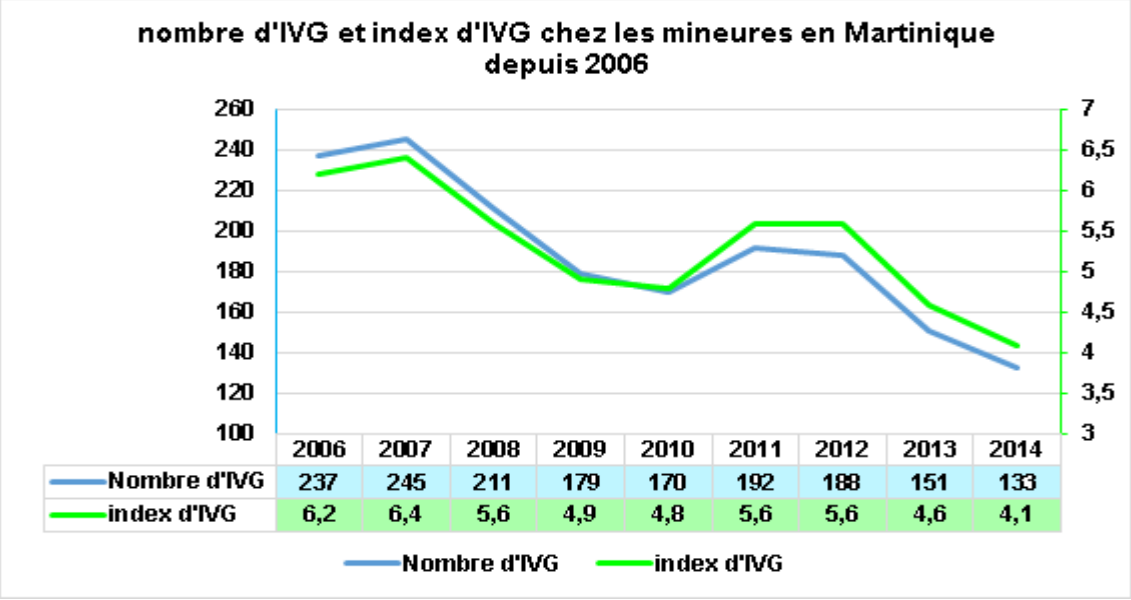


Figure 23 : nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000) chez les mineures depuis 2006. Source : unité d'orthogénie de la MFME, CHUM, INSEE 2006 – 2014.

Le taux de recours à l'IVG est plus élevé chez les femmes qu'en France hexagonale mais il diminue chez les mineures.

Concernant les moins de 15 ans, rappelons que la contraception peut être prescrite chez une mineure sans limite d'âge (menstruations douloureuses, abondantes…) et que la loi pénale reconnaît la majorité sexuelle à 15 ans.

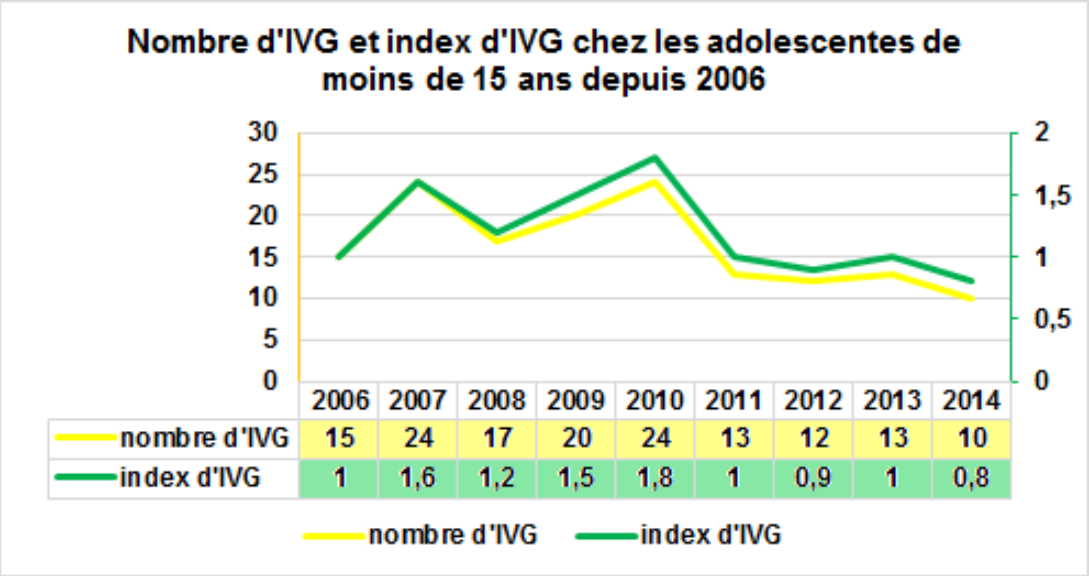


Figure 24 : nombre d'IVG et index d'IVG (pour 1000) chez des mineures de moins de 15 ans depuis 2006. Source : unité d'orthogénie de la MFME, CHUM, INSEE 2006 – 2014.

2) <u>Les femmes ayant des IVG à répétition</u> :

Les IVG récurrentes concernent 1/3 des femmes en Martinique (principalement les 30-34 ans) [59].

Nombre d'IVG antérieures	Citations	%
0	1468	61,5%
1	716	30%
2 ou plus	202	8,5%
Total	2386	100%

Tableau 9 : Antécédents d'IVG chez les femmes ayant pratiqué une IVG en Martinique en 2007. Source DSDS Martinique.

● Hypothèses sur les différents facteurs influençant le recours à l'IVG :

- Moindre utilisation de la contraception [59] liée d'une part à une « résistance culturelle » vis-à-vis de celle-ci et d'autre part à des difficultés d'accès. [60]

- L'idée reçue persistante que la pilule fait prendre du poids dans un département où 1 femme sur 2 est en surcharge pondérale et 1 sur 4 obèse selon les définitions internationales. [61]

- Une information insuffisante ou inadaptée au contexte local, conduisant à des échecs de contraception plus fréquents. [59]

- Une proportion d'hommes multipartenaires deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole. [59]

- L'impact de la relation père fille est beaucoup plus important qu'on ne le pense : un père distant ou absent ne construit pas de lien émotionnel avec sa fille, l'effet sur sa vie sexuelle est impressionnant : toutes les recherches montrent que ces filles commencent leur vie sexuelle plus tôt, ont plus de partenaires sexuels, plus d'IST et sont plus facilement enceintes. Linda Nielsen, psychologue américaine, a montré que dans les familles aux USA où le père est absent, les adolescentes ont 7 à 8 fois plus de risque d'être enceinte que dans les autres familles. [62]

- Le poids du facteur religieux semble majeur, contrastant avec la liberté apparente des mœurs dans une société caractérisée par le multi-partenariat, qu'il soit masculin ou féminin. Cette contradiction révèle que la sexualité se joue sur un terrain différent de la conscience morale ou religieuse.

- Les violences faites aux femmes : dans l'enquête LMDE en 2008, 11% des étudiantes révèlent avoir subi des attouchements sexuels, et 8,3% un rapport sexuel forcé [57].

● La contraception au moment de l'IVG :

Selon l'étude ASPEG réalisée en Guadeloupe en 2010 [63], au moment où la grossesse qui mène à l'IVG a débuté, trois quarts des femmes (76,5 %) n'avaient pas prévu d'être enceintes. 8 fois sur 10 les grossesses étaient principalement dues à une erreur d'utilisation de la méthode.

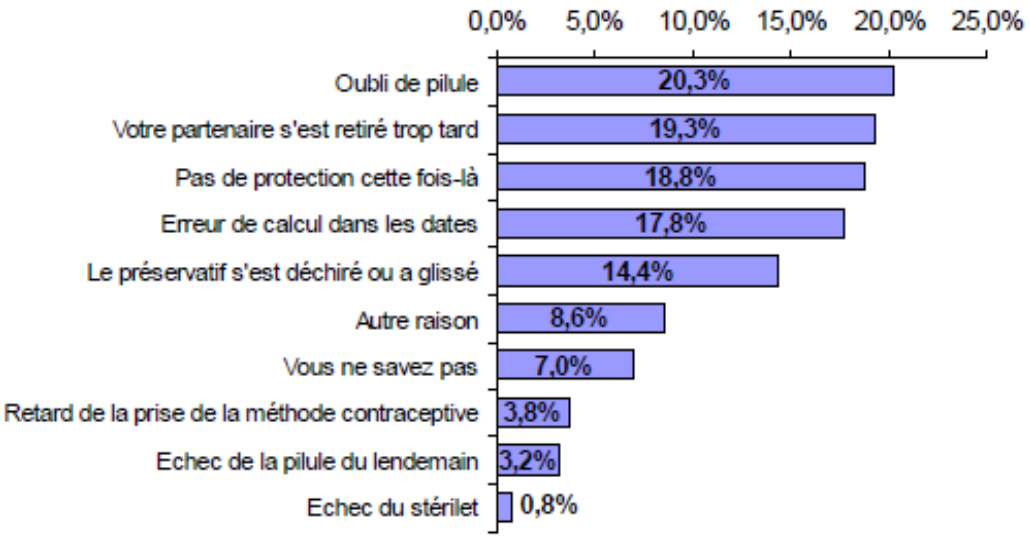


Figure 25 : Raisons évoquées par les femmes ayant recours à l'IVG comme étant à l'origine de leur grossesse (plusieurs réponses possibles). Etude ASPEG 2010 [63]

● Utilisation de la CU pour éviter une grossesse non désirée

Selon la même enquête, concernant la contraception d'urgence, 87,5 % des femmes déclarent ne pas l'avoir utilisée pour tenter d'éviter la grossesse actuelle. Plus de la moitié ne pensaient pas se retrouver enceintes.

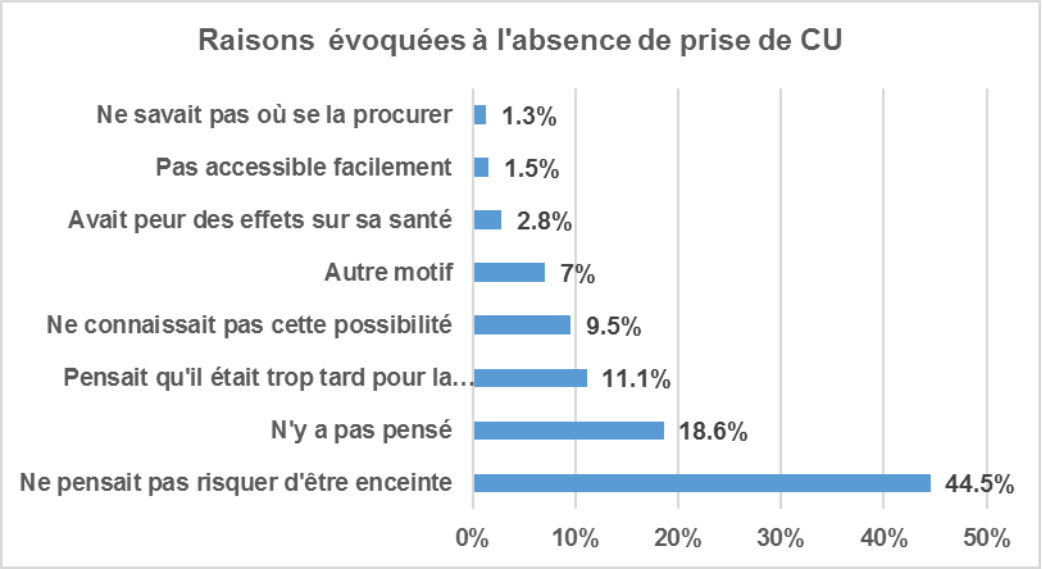


Figure 26 : Raisons évoquées par les femmes ayant recours à l'IVG pour ne pas avoir utilisé la pilule du lendemain (plusieurs réponses possibles). Etude ASPEG 2010 [63]

Hormis la notion d'un accès sans prescription largement partagée, les délais dans lesquels elle doit être prise pour une efficacité optimale sont peu connus. [56]

● Cas particulier : les mineures et la CU en Martinique.

Il semble difficile pour les mineures de se procurer gratuitement cette contraception de rattrapage, conformément à la Loi du 13 Décembre 2000. [20] [64]

Les pharmaciens dénoncent des délais de remboursement trop longs, voire l'absence de remboursement, par la CGSS. Nombreux sont les pharmaciens craignant une utilisation abusive du Norlevo®. Les mineures préfèrent payer la boîte plutôt que de montrer leur pièce d'identité au pharmacien. L'anonymat n'est pas respecté au vu de la configuration des comptoirs dans les officines, c'est pourquoi souvent la mineure envoie une tierce personne à sa place.

La CU est disponible dans les infirmeries scolaires des collèges. Elle l'est également dans les centres de planification (CPIOF et PMI). Les données récupérées auprès du Conseil Général font état de 6 boites de Norlevo® délivrées gratuitement aux mineures en 2013, et de 12 en 2014.

Les grossistes répartiteurs en Martinique notent une augmentation constante des ventes :

Année	nombre de boites de CU vendues
2005	15800
2008	19536
2014	24087

Tableau 10 : Nombre de boites de CU vendues par année en Martinique. Source : Ubipharm®, Sopharma®

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	France hexagonale
Utilisation de la CU au cours de la vie	30%	25%	32%	24%
Utilisation de la CU au cours des 12 derniers mois	8%	10%	11%	2%

Tableau 11 : Utilisation de la CU au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois dans les DOM et en France hexagonale [56]

4.5 L'éducation à la sexualité dans le département.

Depuis 3 ans, dans le cadre du projet EAS (Education à la sexualité) du Rectorat, des actions d'envergure sont menées sur le thème de la sexualité dans les établissements scolaires. Par exemple :

- utilisation du thème de la sexualité dans différentes disciplines : en mathématiques, utilisation des chiffres des IVG chez les mineures et des violences sexuelles pour faire réaliser des graphiques aux élèves ; en français échanges sur la thématique de l'égalité entre filles et garçons, lecture et interprétation de textes divers traitant notamment des violences sexuelles, ce qui permet de faire réfléchir les élèves à partir de données concrètes.

- utilisation de différentes techniques de communication comme le photolangage®.

- utilisation de jeux de rôle à partir de petites saynètes préalablement écrites.

- remise à niveau des infirmières scolaires sur le sujet de la santé sexuelle et sur les techniques de communication.

- élaboration de supports pédagogiques appropriés pour accompagner les équipes enseignantes

- renforcement du partenariat extérieur avec le monde associatif et les différentes structures institutionnelles.

- évaluation à court, moyen et long terme de ces actions.

Eduquer à la sexualité n'est plus le domaine réservé de l'infirmier et du médecin scolaire mais concerne la communauté éducative dans son ensemble.

III. MATERIELS ET METHODE DE L'ETUDE

1. Principes généraux de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique réalisée dans le service d'orthogénie de la MFME au CHUM.

Le recueil de données s'est fait de Juillet 2013 à Avril 2014 avec 600 questionnaires exploitables auprès de femmes venant consulter pour une demande d'IVG suite à une grossesse non désirée. Ont été exclues les patientes pour qui la grossesse était initialement désirée, au nombre de 7 (7 sur 607 patientes soit 1.2% de l'échantillon).

La taille de l'échantillon a été estimée d'après la population consultant pour une demande d'IVG en 2012 selon les statistiques du Dr C. Bonnier. N = 2400.

En appliquant la formule $n = N/(1+N \times e^2)$, « e » étant le niveau de précision que nous définissons à 5%, on trouve n = 400. [65]

Le questionnaire anonyme était composé de 6 questions courtes, certaines à réponses multiples, d'autres ouvertes. Il a été soumis à l'accord du Dr Catherine Bonnier, responsable du service d'orthogénie.

Délivré par la secrétaire ou la sage-femme aux patientes, quel que soit leur âge, se présentant pour une consultation pré-IVG à l'unité d'orthogénie, il était rempli par chacune d'elles, sans influence médicale et ensuite déposé au secrétariat.

A noter un premier questionnaire « test », modifié secondairement devant une incompréhension par les patientes de certaines questions. Nous y avons ajouté une question rédactionnelle pour les encourager à s'exprimer et à confirmer leurs choix de réponse. Ces questionnaires tests n'ont pas été intégrés dans l'analyse statistique.

2. Objectifs de l'étude

OBJECTIFS :

●Principal : Etude de la contraception pré-IVG.

●Secondaires :

- connaître les raisons amenant à ne pas utiliser de moyens contraceptifs alors qu'on ne souhaite pas de grossesse.
- connaître le contexte qui a conduit à l'échec contraceptif : période de transition contraceptive, erreur de prise, contexte de fatigue ou de pathologie particulière, problème matériel…
- quantifier l'utilisation de la CU et savoir pour quelle(s) raison(s) elle n'est pas utilisée.

QUESTIONS DE RECHERCHE :

Le taux de recours à une IVG est supérieur en Martinique qu'en France hexagonale.

Hypothèse :

Y a-t-il plus de grossesses non désirées car le taux de couverture contraceptive est moins élevé ?

Questions :

Ce taux élevé de recours à une IVG en Martinique s'explique-t-il par une absence de contraception ou par une mauvaise utilisation, ou connaissance, ou accessibilité des moyens contraceptifs ?

HYPOTHESES :

Le taux de recours à une IVG est plus élevé en Martinique qu'en France hexagonale car :

- les moyens contraceptifs sont moins ou mal utilisés.
- les moyens contraceptifs sont mal connus et pâtissent des idées reçues.

3. Le questionnaire

Le questionnaire distribué nous a fourni, dans un premier temps, une description de la population étudiée en fonction de l'âge.

Puis dans un deuxième temps était abordé le thème de la contraception :

- L'utilisation d'un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois
- Les causes d'absence d'utilisation d'un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois
- Le moyen de contraception utilisé au moment du « rapport à risque ».
- Période de transition ou non du moyen de contraception
- Le recours ou non à une contraception d'urgence
- La raison de la grossesse actuelle.

Cf. Annexe 1 : le questionnaire.

4. Saisie et analyse des données

L'ensemble des résultats et des statistiques ont été obtenus et traités par informatique avec le logiciel « Sphinx » et « Excel 2013 », les outils statistiques de l'université de Strasbourg [66], et soumis à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population selon l'âge

Age

	Nb	% cit.
<15 ans	2	0,3%
15-17 ans	28	4,7%
18-24 ans	204	34,0%
25-39 ans	327	54,5%
> 40 ans	39	6,5%
Total	600	100%

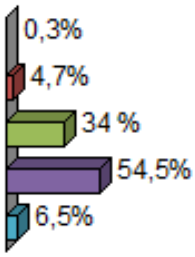


Figure 27 : Répartition des patientes de l'étude par tranche d'âge (n=600)

La majorité des demandes d'IVG pour une grossesse non désirée ont lieu entre 25 et 39 ans.

Les mineures représentent 5% de notre population (30 patientes).

2. Contraception pré-IVG

2.1 Utilisation d'une contraception régulière dans les 12 derniers mois.

contraception pour éviter une grossesse

	Nb	% cit.
OUI	482	80,3%
NON	118	19,7%
Total	600	100 %

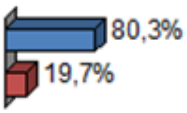


Figure 28 : Utilisation régulière d'une contraception au cours des 12 derniers mois (n=600)

Plus de 4 femmes sur 5 utilisaient une contraception régulièrement au cours des 12 derniers mois précédant l'IVG (80.3%).

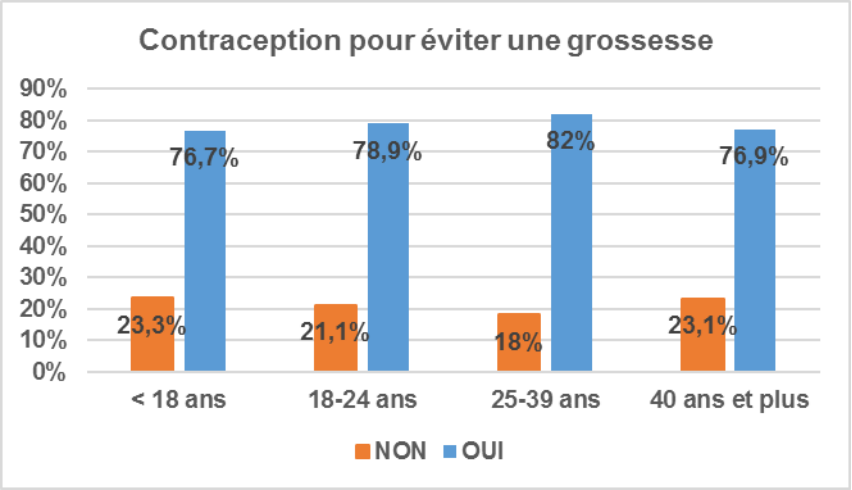


Figure 29 : Fréquence et effectifs de l'utilisation régulière d'une contraception au cours des 12 derniers mois par tranche d'âge (n=600)

Les 25-39 ans sont les mieux protégées et moins d' 1 femme sur 5 de cette tranche d'âge n'a pas de moyen contraceptif régulier.

2.2 Moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois

Contraception régulière	Nb	% obs.
préservatif	233	31.8%
pilule	257	35.1%
autre	89	12.2%
anneau vaginal	3	0.4%
patch	5	0.7%
stérilet	18	2.5%
implant	4	0.5%
aucune	118	16.1%
pilule d'urgence	5	0.7%
Total	732	100%

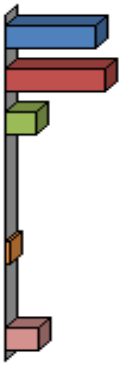


Figure 30 : Type(s) de moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois. (n=732) Nous obtenons 732 réponses car c'est une question à réponses multiples.

Plus d'1 femme sur 3 utilisait la pilule, à peine 1 sur 3 le préservatif.

2 femmes sur 5 ont utilisé une méthode de contraception médicale (39.2%) : pilule, anneau vaginal, patch, stérilet, implant.

A noter : la pilule d'urgence a été citée par 5 patientes comme leur moyen de contraception régulier.

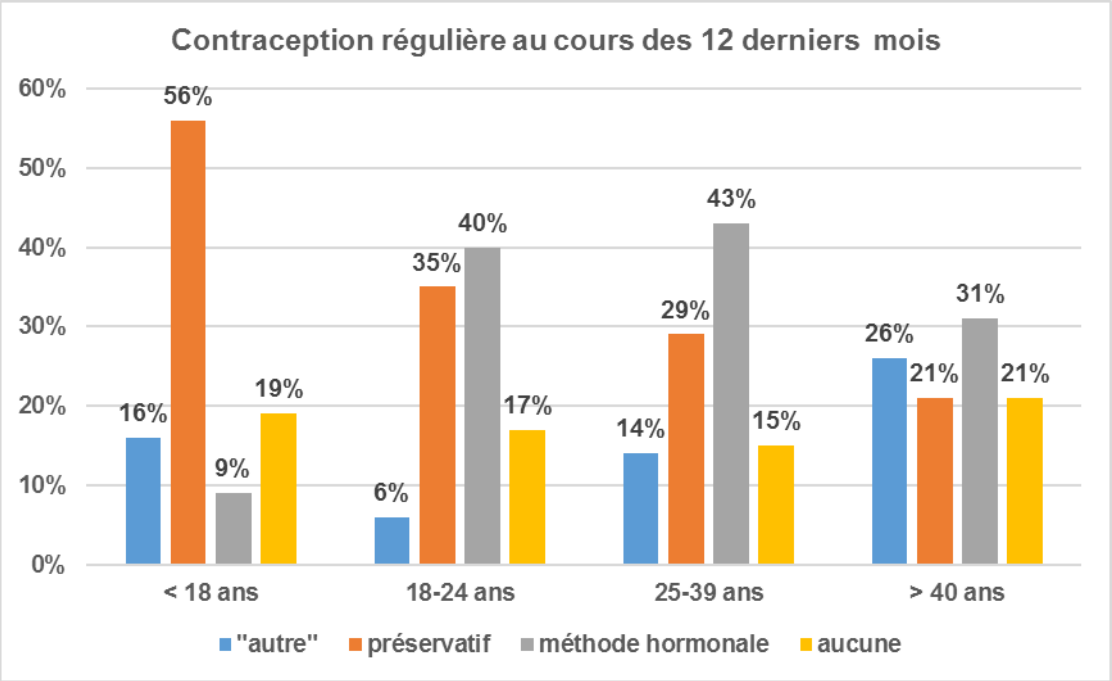


Figure 31 : Type(s) de moyen(s) contraceptif(s) utilisé(s) régulièrement au cours des 12 derniers mois par tranche d'âge, en pourcentage (n=732)

Chez les majeures, la méthode hormonale est le moyen contraceptif le plus utilisé, quel que soit l'âge. L'utilisation du préservatif diminue avec l'âge alors que les méthodes naturelles (« autre ») semblent de plus en plus utilisées après 40 ans.

Utilisation régulière de plusieurs méthodes ces 12 derniers mois					
âge	**< 18 ans**	**18-24 ans**	**25-39 ans**	**> 40 ans**	**Total**
préservatif + pilule	0.3%	5%	6.9%	0.1%	12.3%
Contraceptif habituel + contraception d'urgence	0%	4.4%	5.6%	0%	10.3%

Tableau 12 : pourcentage de patientes ayant utilisé régulièrement le préservatif et la pilule conjointement au cours des 12 derniers mois. (n=732)

24% des femmes utilisent plusieurs moyens de contraception régulièrement mais très peu utilisent la combinaison « préservatif + pilule », même chez les moins de 25 ans, période réputée à risque d'IST. Il en est de même concernant l'utilisation de la CU, pour 1 femme sur 10.

2.3 Absence d'une contraception régulière au cours des 12 derniers mois.

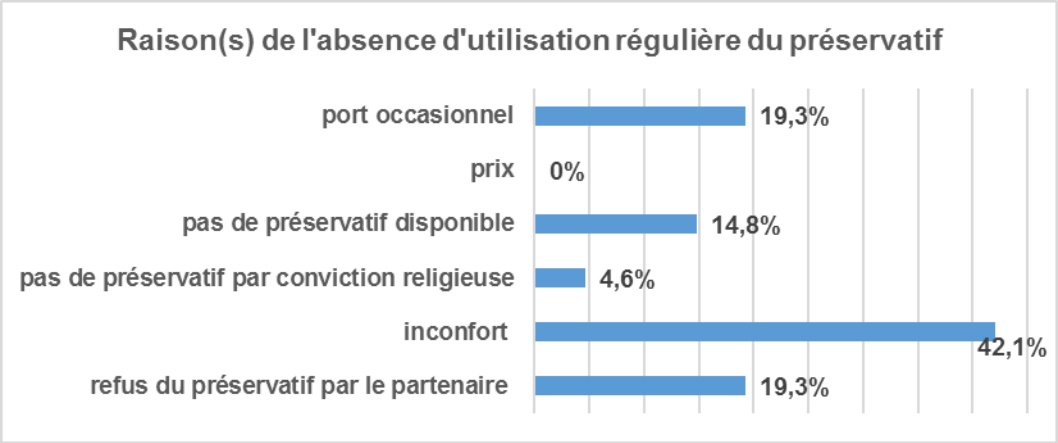


Figure 32 : Raison(s) de l'absence d'utilisation régulière du préservatif (n=88)

1 femme sur 7 déclare ne pas utiliser le préservatif de façon régulière. La raison la plus évoquée est l'inconfort.

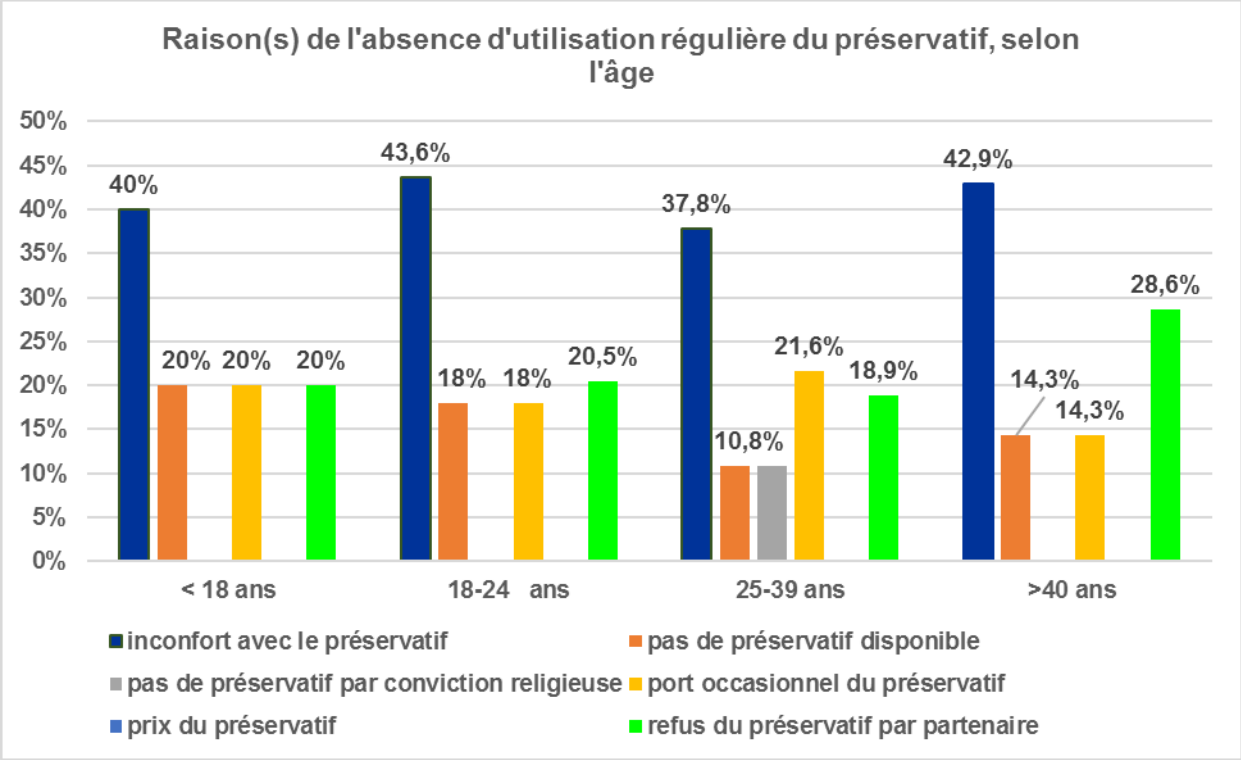


Figure 33 : Fréquence des raison(s) de l'absence d'utilisation régulière du préservatif en fonction de l'âge (n=88)

Quel que soit l'âge, l'inconfort domine dans les réponses. On constate également que chez les plus de 40 ans le refus est plus fréquent.

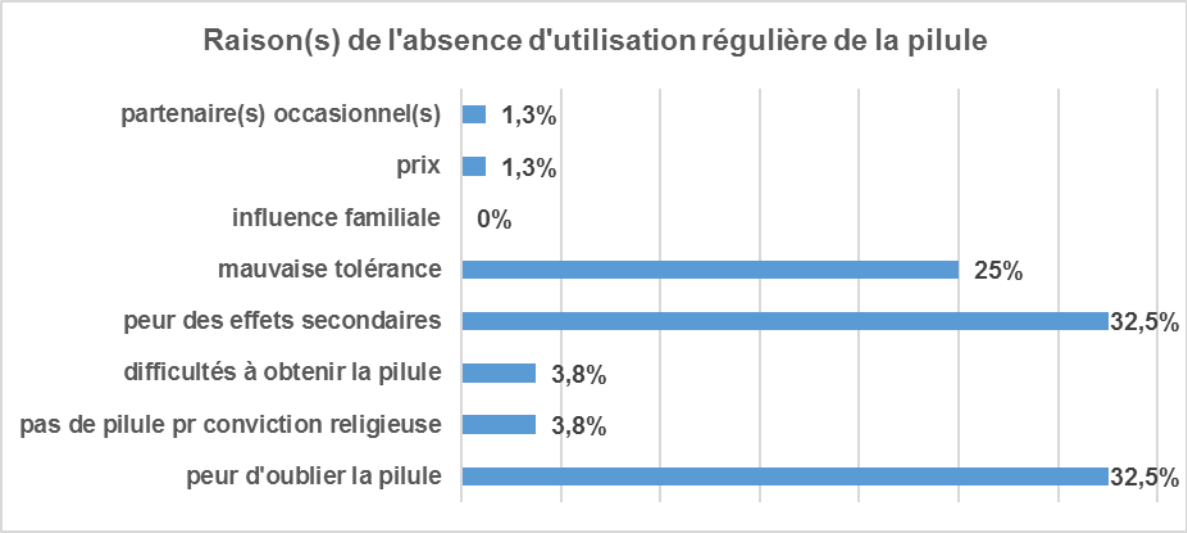


Figure 34 : Raison(s) de l'absence d'utilisation régulière de la pilule (n=80)

1 femme sur 8 déclare ne pas utiliser la pilule de façon régulière, par peur de l'oubli ou des effets secondaires, et cela quel que soit l'âge.

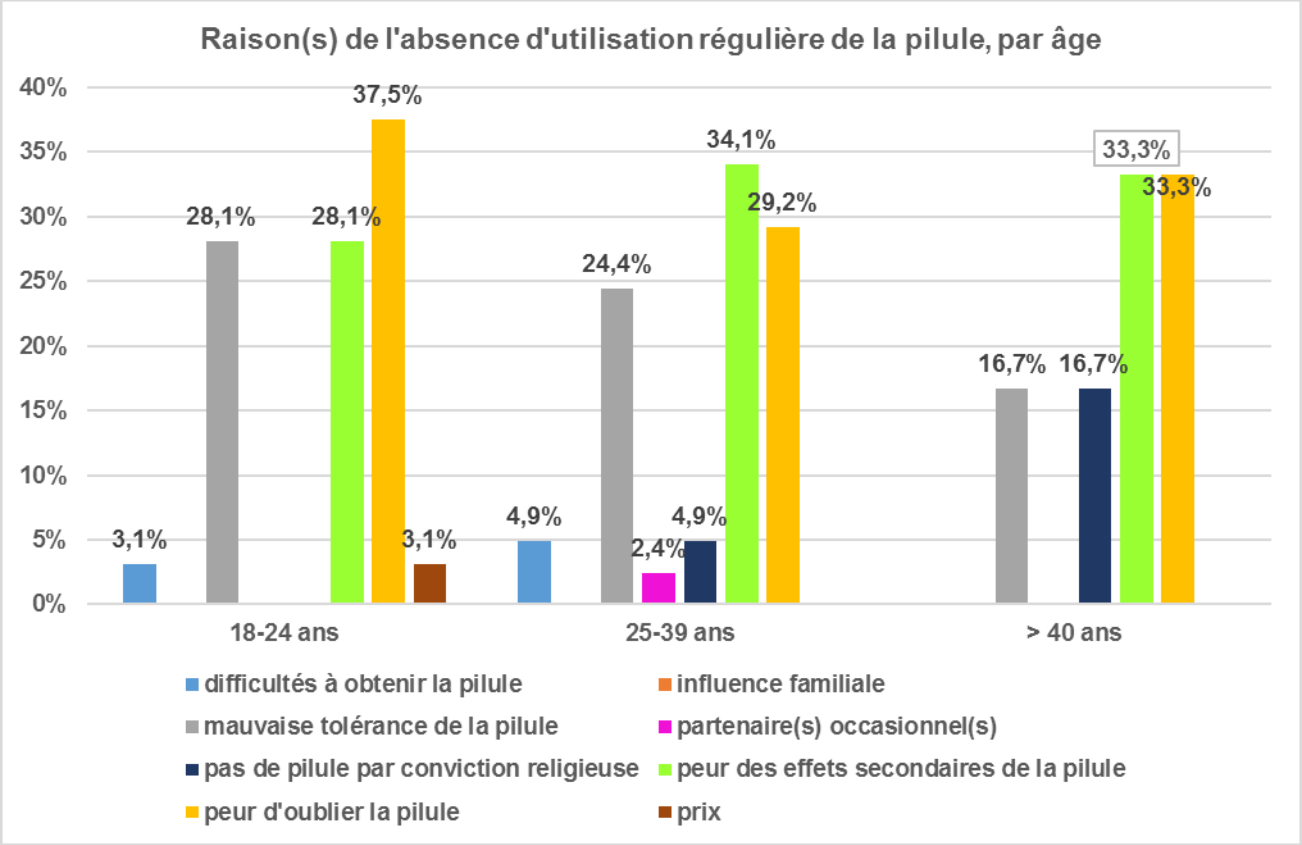


Figure 35 : Fréquence des raisons d'absence d'utilisation régulière de la pilule par âge (n=80) *Le nombre de mineures n'étant pas significatif, nous ne les avons pas incluses.*

2.4 Moyen de contraception utilisé au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse.

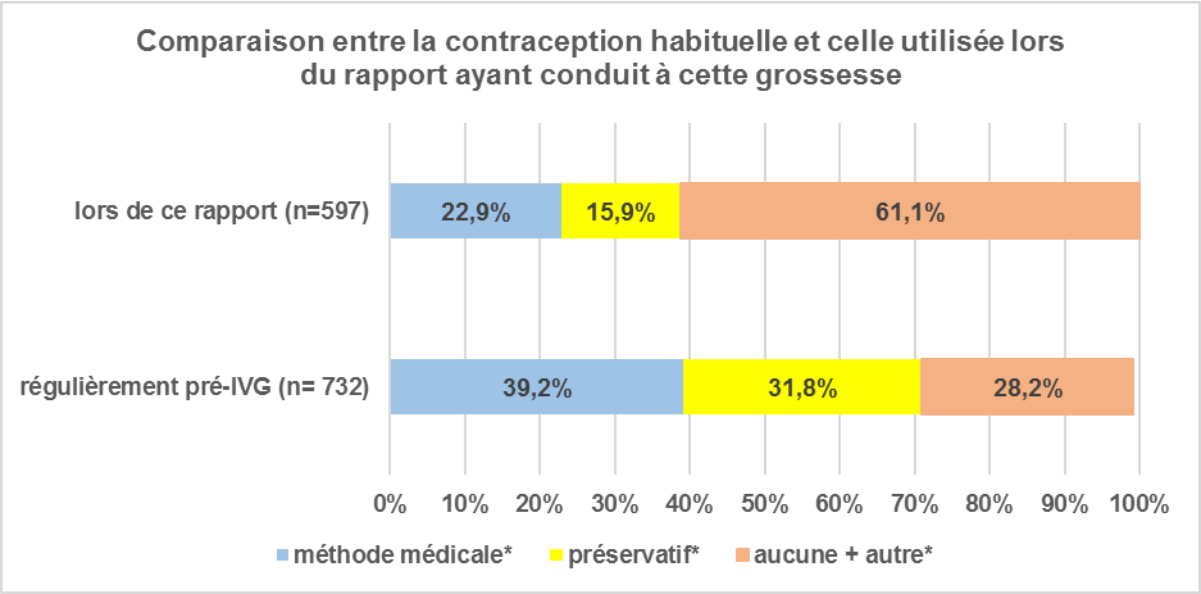


Figure 36 : Fréquence du type de contraception utilisé au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse (n = 597), comparé à la contraception habituelle (n=732) * = différence significative

Pour ce rapport, 3 femmes sur 5 n'ont pas utilisé de moyen de contraception médical ni le préservatif, quel que soit leur âge.

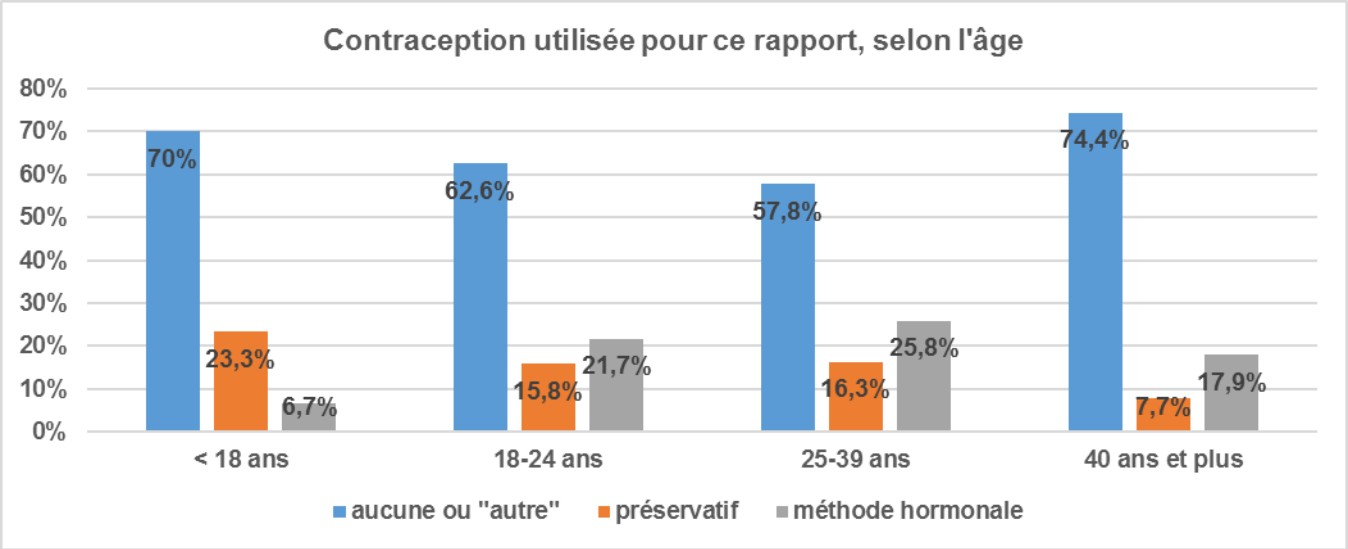


Figure 37 : Utilisation d'une contraception au moment du rapport qui a conduit à cette grossesse, par tranche d'âge (n = 597)

2.5 Contexte de transition en matière d'utilisation d'un moyen contraceptif.

Période de transition?

	Nb	% cit.
OUI	125	20,8%
NON	475	79,2%
Total	600	100 %

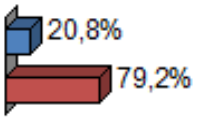


Figure 38 : Contexte de transition en matière d'utilisation d'un moyen contraceptif (n=600)

On note une période de transition de moyen contraceptif dans 20% des cas.

2.6 Raisons de la/des maladresse(s) qui a/ont conduit à cette grossesse.

Cause de la grossesse actuelle	Nb	% obs.
preservatif rompu	61	11.8%
suite de couches	31	6%
oubli de pilule	87	16.9%
arrêt de pilule récent sur mauvaise tolérance	38	7.4%
changement de moyen contraceptif en cours	16	3.1%
rapport précipité	28	5.4%
insouciance	69	13.4%
retrait, abstinence périodique, règles récentes	153	29.7%
conviction d'être stérile	13	2.5%
arrêt de la pilule par peur des effets secondaires	15	2.9%
difficultés à obtenir la pilule	3	0.6%
contexte de stress ou asthénie	1	0.2%
Total	515	100%

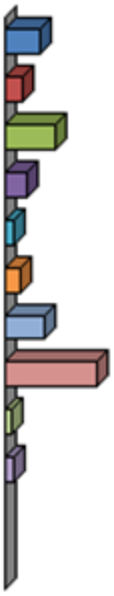


Figure 39 : Cause(s) de la/des « maladresse(s) » qui a/ont conduit à cette grossesse (n=515) 408 personnes ont répondu à cette question à réponse(s) multiple(s),

Plus d' 1 femme sur 4 a attribué sa grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode contraceptive : préservatif rompu, oubli de pilule.

2 femmes sur 5 ont une mauvaise connaissance de la physiologie de la sexualité ou de l'action des moyens de contraception (suite de couches, mauvaise tolérance, rapport précipité, insouciance, retrait, abstinence périodique, conviction d'être stérile, peur des effets secondaires), quel que soit l'âge.

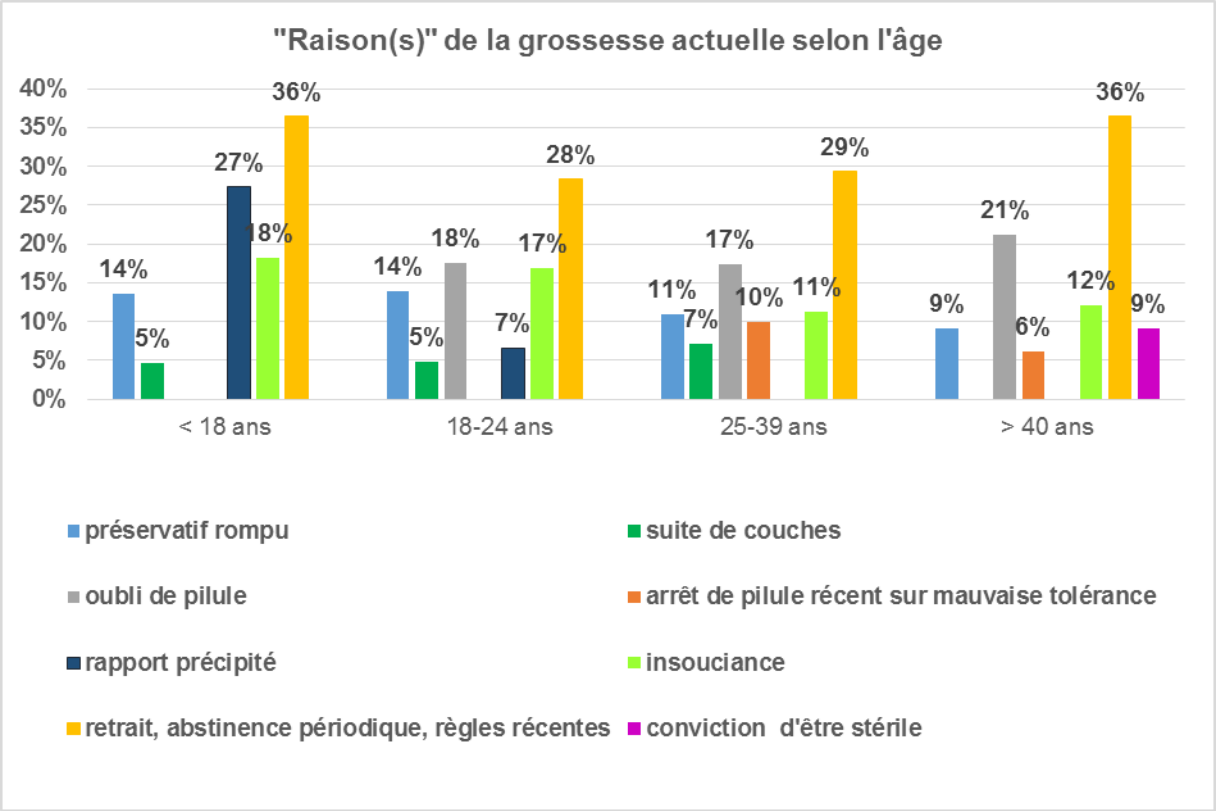


Figure 40 : Raison(s) de la/des maladresse(s) qui a/ont conduit à cette grossesse, en fonction de l'âge, en pourcentage (n=515) Pour une meilleure compréhension, nous n'avons retenu que les résultats supérieurs à 5%.

3. La contraception d'urgence (CU).

Contraception d'urgence ?

	Nb	% cit.
OUI	83	13,8%
NON	517	86,2%
Total	600	100 %

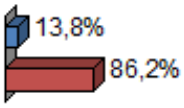


Figure 41: Fréquence d'utilisation d'une CU après le rapport qui a conduit à cette grossesse (n=600).

Environ 1 femme sur 7 a utilisé une CU après le rapport qui a conduit à cette grossesse, surtout chez les 25-39 ans.

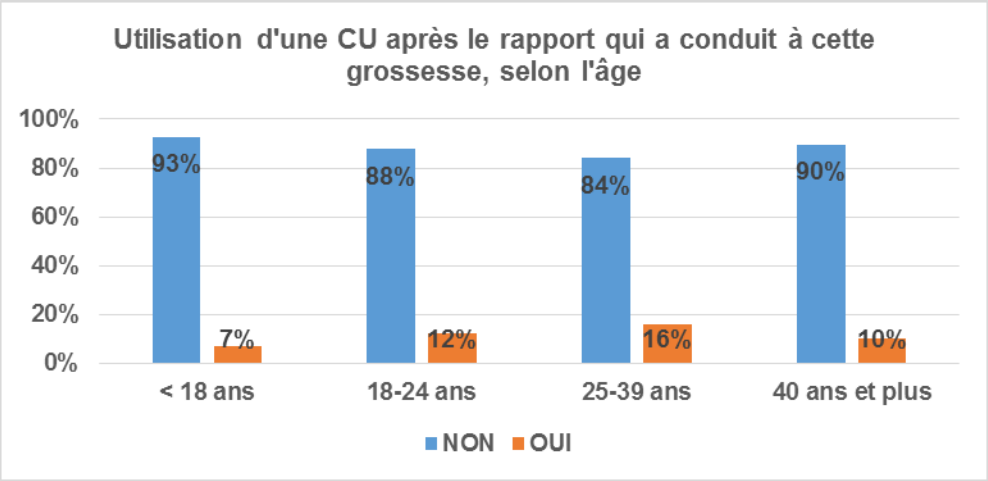


Figure 42 : Fréquence de l'utilisation d'une CU après le rapport qui a conduit à cette grossesse, selon l'âge (n=600).

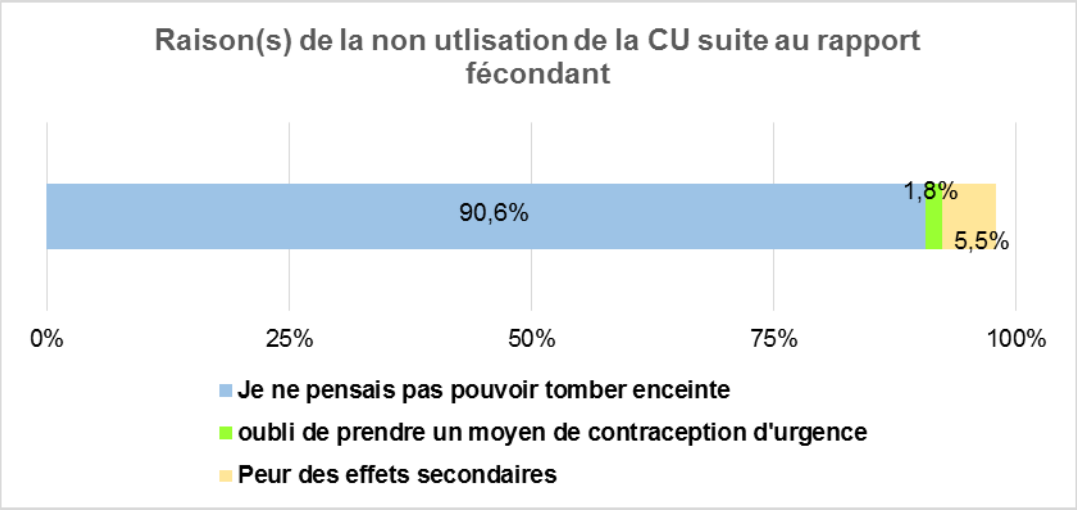


Figure 43 : Raison(s) d'absence d'utilisation d'une CU suite au rapport fécondant (n=491). 483 personnes ont répondu à cette question à réponses multiples. Par soucis de compréhension, nous n'avons gardé que les résultats > 1.5%.

9 femmes sur 10 n'ayant pas pris de CU ne pensaient pas être enceintes, quel que soit leur âge.

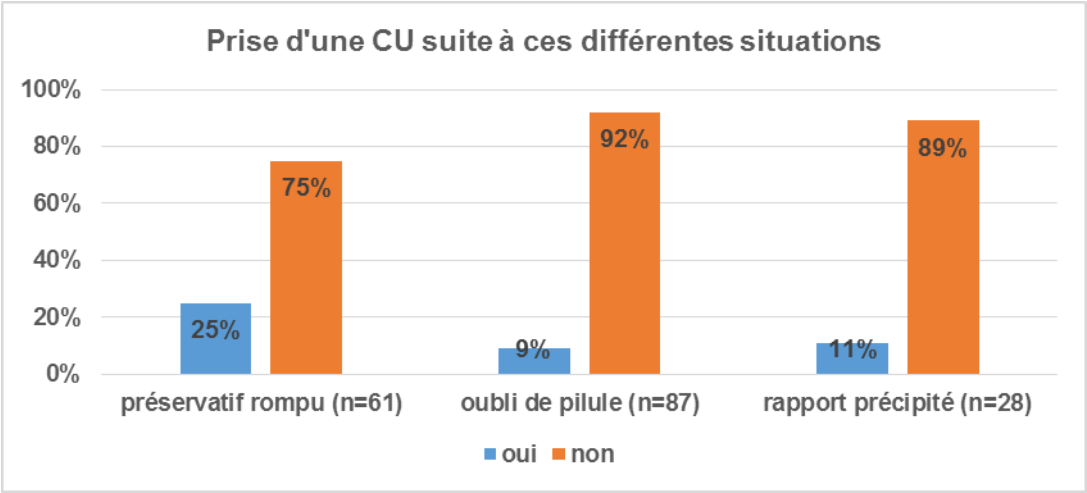


Figure 44 : Fréquence de prise d'une CU en fonction de la (des) cause(s) de la grossesse actuelle (n=515).

Même si le réflexe d'utiliser une CU reste faible, on note une meilleure utilisation après rupture du préservatif qu'après oubli de pilule.

4. Absence de notion de « risque » suite à un problème contraceptif identifié.

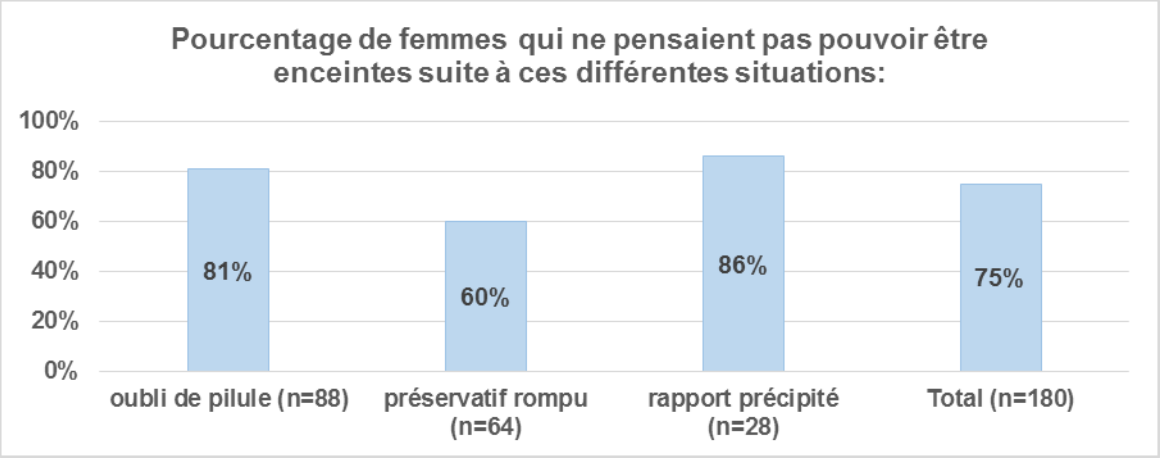


Figure 45 : Comparaison entre « oubli de pilule, préservatif rompu, rapport précipité » et « je ne pensais pas tomber enceinte ». (n=180)

Au total, les 3/4 des femmes de notre étude ne pensaient pas pouvoir être enceintes suite à « un accident contraceptif ».

5. Absence de la notion de « risque » de grossesse après ce rapport fécondant

chez toutes les femmes interrogées (n=600)	Chez les interrogées qui n'avaient pas de contraception lors de ce rapport (n=370)
74%	74%

Tableau 13 : Perception du risque de tomber enceinte avant cette grossesse non prévue (n=600)

Les 3/4 des femmes ne pensaient être enceintes suite à ce rapport à risque, qu'elles aient utilisé ou non une contraception.

V.DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1 Biais de sélection

Les questionnaires ont été distribués de façon non aléatoire et exclusivement à des patientes consultant à la MFME du CHU de Martinique pour un recours à l'IVG. Cet échantillon est représentatif de cette population mais pas des femmes de Martinique.

1.2 Biais de mémoire

Il peut y avoir un doute sur le rapport « spécifique » ayant conduit à la grossesse non désirée.

1.3 Biais d'information

- Il n'y avait pas de proposition « autre » pour répondre à la question 3 « *Pour le rapport qui a conduit à cette grossesse, quelle contraception aviez-vous ?* », qui était une question à réponse unique. Les réponses « aucune » et « autre » ont été rassemblées.

- Mais la question 5 : «*Comment expliquez-vous la maladresse qui a conduit à la grossesse actuelle ?*», qui était une question rédactionnelle, a permis d'avoir une estimation du nombre de réponses pour chacune des réponses « aucune » et « autre ». 153 personnes ont répondu « retrait, abstinence périodique, règles récentes » (25.6%). Par déduction, le taux de personnes sans contraception à la question 3 peut être estimé à 35.5%.

1.4 Les mineures.

L'étude comptabilise 30 mineures dont seulement 2 de moins de 15 ans, ceci ne nous permettant pas de réaliser une quelconque analyse statistique.

2. Caractéristiques de la population.

Dans notre échantillon, 54.5% des femmes sont âgées de 25 à 39 ans, contre 36% dans la population martiniquaise selon l'INSEE en 2013.

Dans notre étude ainsi que dans celle de l'OSM en 2002, nous retrouvons que la majorité des IVG se font entre 25 et 29 ans en Martinique [58] alors que dans l'Hexagone elles ont lieu entre 20 et 24 ans [1].

Nous retrouvons 5% de mineures, ce qui est sensiblement identique aux taux des IVG réalisées en Martinique : 6.6% en 2013 et 5.4% en 2014 (d'après les statistiques du CHUM).

3. Résultat principal.

3.1 Contraception pré-IVG régulière

● Dans notre population de femmes, 80.3% utilisent une contraception régulièrement dans les 12 mois précédant l'IVG. La moyenne nationale est de 64% pour le même type de population, d'après la DRESS (2007). [67]

De même, la thèse de gynécologie réalisée par S.Legrand, sur l'année 2009, dans le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux, avec 1726 patientes incluses de moyenne d'âge 25 ans, dont 9% de mineures, a retrouvé une contraception pré-IVG régulière pour 59% des patientes. [68]

Une thèse de médecine, réalisée par E.Meignié en 2014, intitulée *« Déterminants psychosociaux de l'Interruption volontaire de grossesse en Martinique »,* auprès de 265 femmes issues de la même population que dans notre étude, a retrouvé un taux d'utilisation régulière de la contraception comparable (77.4%). [69]

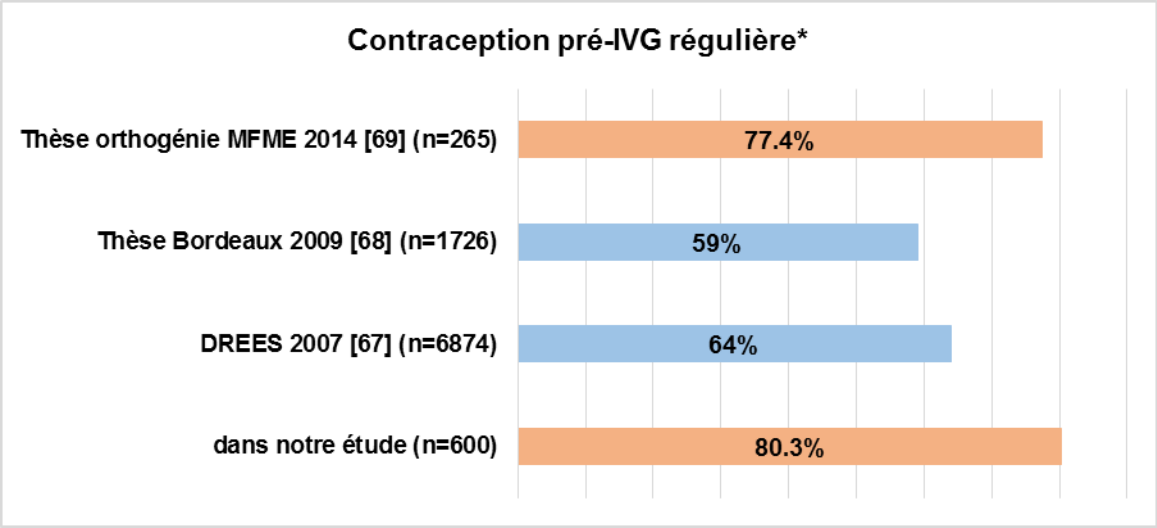


Figure 46 : Comparaison de 4 études dont 2 en Martinique avec le même type de population. * = différence significative comparé à l'étude DREES 2007. [67] [68] [69]

On constate qu'il y a une meilleure couverture contraceptive pré-IVG en Martinique.

● Si on compare les différents moyens de contraception utilisés régulièrement dans ces 4 études, on retrouve :

contraception régulièrement utilisée pré-IVG	dans notre étude	DREES 2007 [67]	Thèse Bordeaux 2009 [68]	Thèse orthogénie MFME 2014 [69]
anneau vaginal	0,4%	0.8%	1,8%	
implant	0,5%		0,2%	
patch	0,7%	0.8%	1 ,8%	
pilule	**35,1%**	**38.5%**	**31%**	**35,8%**
préservatif *	**31,8%**	**25%**	**21,%**	**52,4%**
stérilet	2,5%	2.5%	1%	2,3%
autre *	**12,2%**	**27%**	**2,3%**	**4,5%**
aucune *	**19,7%**	**36%**	**41,2%**	**22,6%**
méthode médicale *	**39,2%**	**45%**	**35,8%**	**38,1%**
Plusieurs moyens de contraception	**26%**	**24%**		

Tableau 14 : Comparaison des contraceptions régulièrement utilisées avant IVG avec différentes études. [67] [68] [69] * = différence significative comparée à l'étude de la DREES 2007.

Ces résultats sont sensiblement les mêmes que dans l'étude de la DRESS en 2007 [67] sauf pour le préservatif, qui est plus utilisé dans les 2 études réalisées en Martinique. [69]

3.2 Contraception utilisée durant le rapport ayant conduit à la grossesse non désirée

Utilisation dans notre étude	régulièrement pré-IVG	lors de ce rapport
d'un moyen contraceptif médical *	39,2%	22,9%
de la pilule *	35,1%	21,3%
du préservatif*	31,8%	15,9%
de méthodes naturelles, "autre" **	12,2%	26,5%
absence de contraception **	19,7%	35,5%

Tableau 15 : Comparaison de l'utilisation d'un moyen de contraception médical (pilule, stérilet, patch, implant, anneau), de la pilule, du préservatif, des méthodes naturelles, de l'absence de contraception, de façon régulière et lors du rapport qui a conduit à cette grossesse. * = différence significative. ** = estimation.

L'analyse nous révèle un défaut contraceptif marqué lors du rapport fécondant, que nous retrouvons aussi dans les autres études précitées.

Contraception utilisée au cours de ce rapport	dans notre étude	DRESS 2007 [67]	Thèse Bordeaux 2009 [68]	Enquête Cocon 2002 [47]
anneau vaginal	0,2%	0,4%	1.4%	
implant	0,3%	0,8%	0.1%	
stérilet	0,8%	0,8%	0.5%	7%
patch	0,3%	0,4%	1.4%	
pilule *	**21,3%**	**27,3%**	**27.7%**	**23.1%**
= méthode médicale *	**22,3%**	**29.7%**	**33.5%**	**33.5%**
préservatif	**15,9%**	**16.4%**	**21%**	**19.3%**
autre * **	**25,6%**	**18.3%**	**2.3%**	**19.1%**
aucune**	**35,5%**	**34.3%**	**47%**	**28.1%**

Tableau 16 : Comparaison des contraceptions utilisées lors de ce rapport avec différentes études. [67] [68] [47]
* = différence significative comparée aux résultats de l'étude de la DREES 2007. ** = estimations

3.3 Période de transition contraceptive

Contexte de changement de contraception*		
dans notre étude	**étude N.Bajos 2006** [70] (n=1787)	**Thèse Bordeaux 2009** [68]
20%	**50%**	**9%**

Tableau 17 : Comparaison de la fréquence d'un contexte de changement de contraception dans les mois précédents l'IVG avec plusieurs études. [68] [70] * = différence significative comparé aux résultats de l'étude de N.Bajos.

Dans notre étude, 1 femme sur 5 était en période de transition contraceptive, résultat différent des 2 autres études. Cette période n'est donc pas la seule raison du défaut contraceptif.

3.4 Cause(s) de la grossesse actuelle

	dans notre étude	thèse Bordeaux 2009 [68]	Baromètre Santé 2010 (n=27 653)	Etude de C. Moreau 2011 [50] (n=7 802)
oubli de pilule *	16,9%	45%	44%	24%
préservatif rompu	11,8%		9%	13%
erreur d'utilisation de la méthode* (pilule + préservatif)	28.7%			37%

Tableau 18 : Comparaison des causes de la grossesse actuelle avec différentes études. [68] [50] * = différence significative comparée aux résultats de l'étude de C.Moreau.

Au total, dans notre étude, plus d' 1 femme sur 4 utilisant une contraception a attribué sa grossesse à une erreur d'utilisation de sa méthode.

Attribution de la grossesse non désirée à une erreur d'utilisation, parmi l'ensemble des utilisatrices des méthodes suivantes			
	dans notre étude	**étude Cocon 2002 [47]**	**étude de C.Moreau 2011 [50]**
préservatif *	64,2%	53%	84%
pilule *	68,5%	53%	92%

Tableau 19 : Attribution de la grossesse qui a conduit à l'IVG à une erreur d'utilisation, parmi l'ensemble des utilisatrices de la méthode [47] [50]. * = différence significative comparée aux résultats de l'étude de C.Moreau.

Dans notre étude, sur toutes les utilisatrices de préservatifs, 64% se sont retrouvées en échec lors de ce rapport fécondant. Pour la pilule contraceptive, on en retrouve 68.5%.

Linda Potter a publié une étude intéressante sur la compliance à la contraception orale, en comparant les oublis déclarés par les femmes à l'oubli réel détecté par un système informatique de comptage intégré dans la boîte de pilules et les résultats sont stupéfiants [71] :

- 19 à 33% des femmes déclaraient avoir oublié au moins une pilule alors que l'informatique répondait 53 à 59%.

- 30% déclaraient l'avoir oubliée deux ou plus de deux jours consécutifs alors que l'ordinateur retrouve 88%. Cette étude concernait la population du planning familial.

Chez les patientes n'ayant pas de contraception régulière dans notre étude, on ne retrouve pas non plus de contraception lors du rapport qui a conduit à cette grossesse.

Grossesse actuelle dans le post-partum		
dans notre étude	**étude nationale Mulet F., Descamps P., 2006 [72]**	**étude Cocon 2002 [47]**
6%	5%	5,5%

Tableau 20 : Pourcentage de femmes dans différentes études attribuant leur grossesse ayant abouti à une demande d'IVG à un contexte de suite de couches. [47] [72]

Dans notre étude, 6% des patientes étaient dans la période du post-partum, ce qui corrobore les études nationales antérieures.

3.5 Conclusion du résultat principal

● Concernant la prise régulière de contraception :

- 4 femmes sur 5 utilisaient une contraception dans les 12 mois précédant l'IVG dont plus d' 1 sur 3 une contraception médicale (contraception hormonale, DIU au cuivre).

- Plus d'1 sur 4 utilisait plusieurs moyens contraceptifs régulièrement.

- 1 sur 7 associait la pilule et le préservatif, surtout entre 25 et 39 ans.

● Concernant le rapport fécondant :

- 1 femme sur 5 était en période de transition contraceptive dans les mois précédant l'IVG.

- Plus d'1 femme sur 4 a attribué sa grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode, dont les 2/3 des utilisatrices de la pilule ou du préservatif.

- Les 3/4 des patientes de l'étude ne pensaient pas être enceintes suite à ce rapport.

● En comparaison avec l'hexagone, notre étude a retrouvé une meilleure couverture contraceptive régulière pré-IVG, et une plus forte utilisation des méthodes naturelles lors du « rapport à risque ».

4. Résultats secondaires

4.1 Raisons de l'absence d'utilisation régulière du préservatif

Dans notre étude, les femmes qui disent ne pas utiliser le préservatif mettent en avant 2 raisons : l'inconfort dans 41.5% des cas et le refus du partenaire dans 20.1%. Ce résultat est comparable à celui d'une thèse de médecine intitulée « *Les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception ?* » (Elodie Baudry -2010), qui a retrouvé que 48% des femmes interrogées avaient cessé d'utiliser le préservatif pour le même motif : l'inconfort. [73]

4.2 Raisons de l'absence d'utilisation régulière de la pilule

Notre enquête montre qu' 1 femme sur 3 ne prend pas la pilule par peur des effets secondaires, 1 sur 3 par peur de l'oubli, et 1 sur 5 par mauvaise tolérance.

Malheureusement aucune comparaison dans la littérature n'a pu être faite, les autres raisons retrouvées n'étant pas identiques.

4.3 Utilisation de la CU

Prise d'une CU suite à la situation suivante		
	dans notre étude	**Baromètre Santé 2005** (n=30 514)
oubli de pilule*	8,8%	33%
préservatif rompu*	25%	33%
rapport précipité	11%	

Tableau 21 : Comparaison de l'attitude contraceptive face à un accident avec l'étude du Baromètre Santé 2005. * = différence significative

Notre étude retrouve seulement 13.8% de femmes ayant utilisé la CU après ce rapport à risque, ce qui concorde avec celle de Guadeloupe (ASPEG 2007). [63] 90% des femmes n'ayant pas pris de CU ne pensaient pas se retrouver enceintes lors de ce rapport.

Dans la littérature, 2/3 des utilisations de CU font suite soit à un oubli de pilule soit à un problème de préservatif (Baromètre santé 2005 de l'INPES).

4.4 Absence de la notion de « risque » d'une grossesse, idées reçues

	dans notre étude	Etude de C.Moreau 2005 [74]
chez toutes les femmes interrogées	**74%**	**62%**
chez les interrogées qui n'avaient pas de contraception lors de ce rapport	**74%**	**46%**

Tableau 22 : Comparaison de la perception du risque de tomber enceinte avant cette grossesse non prévue avec l'étude de C.Moreau 2005 [74].

C.Moreau démontre que les femmes de son étude semblent avoir plus la notion de « risque de grossesse » surtout lorsqu'elles n'utilisent pas de contraception [74], ce qui laisse à penser que les femmes, en général, manquent d'information sur la physiologie de la sexualité.

Le Haut Conseil de la Population et de la Famille (HCPF), dans un rapport de décembre 2006 sur l'IVG et les mineures, confirme qu'en classe de 3ème, 2/3 des mineures pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants et que les 3/4 pensent ne pas pouvoir être fécondées lors d'un rapport pendant les règles. [75]

En 2012, E. Trinel a montré dans sa thèse de Médecine, *Adolescents, sexualité et contraception: Que savent-ils réellement?*, que 85% des filles et des garçons de la 4ème à la Terminale pensent savoir mettre un préservatif et ont le sentiment d'être mieux informés après une intervention sur la santé sexuelle (27% vs 73%). [76]

En Martinique, à la question : « *Que savent les élèves sur la puberté avant l'intervention* ? » (2012-14) auprès d'élèves de CM2/6ème, l'évaluation de l'association ICAR retrouve que plus des 3/4 d'entre eux ont des connaissances insuffisantes voire erronées. 9 enfants sur 10 déclarent souscrire au bien-fondé de l'éducation à la santé sexuelle.

Rappelons qu'en théorie, de l'école primaire au lycée, les enfants doivent avoir au moins 3 séances d'éducation à la sexualité par an. Sauf qu'en pratique, seuls 4 collégiens sur 10 en bénéficieraient, au lycée général et technologique ce serait encore moins et au lycée professionnel, 2 élèves sur 10. Une étude nationale est en cours à la demande de l'actuelle Ministre de l'Education Nationale.

L’association ICAR a fait une évaluation à moyen terme de l’impact des interventions réalisées en CM2 en 2015, qui montre chez les élèves :

- un climat d’écoute respectueux entre eux.

- de meilleures connaissances.

- beaucoup plus d’aisance pour parler de la puberté et de la sexualité et demander à l’infirmière un complément d’information.

- les élèves n’ayant pas eu ce type d’information sont moins au fait des évènements qui se produisent dans leur corps et peuvent vivre assez mal ces bouleversements physiologiques.

L’association ICAR souligne qu’il a été remarqué en Martinique une baisse significative du nombre des grossesses et des IVG chez les mineures ces dernières années, baisse qui devrait se poursuivre grâce à la poursuite du programme EAS (Education à la sexualité) du Rectorat de la Martinique.

VI. CONCLUSION

Dans notre étude, les femmes ont une bonne couverture contraceptive et disent l'utiliser de façon régulière. Pourtant, lors du rapport qui a conduit à cette grossesse, l'utilisation d'un moyen contraceptif efficace diminue significativement. Ce qui traduit un défaut d'observance. A cela s'ajoutent une méconnaissance de la physiologie de la sexualité et de fausses représentations de toutes sortes, autant de facteurs de risque de grossesse non désirée.

Les idées reçues existent sur la physiologie (ovulation à date fixe, pas besoin de contraception à certains âges ou lorsque les rapports sexuels ne sont pas fréquents…), et sur les moyens de contraception (la pilule fait grossir, rend stérile, le DIU, c'est un avortement tous les mois, la CU doit se prendre le lendemain…)

Il semble indispensable de repenser les campagnes de prévention, qu'elles soient plus ciblées (prévention des grossesses dans le post-partum, chez les mineures, après 40 ans…), diffusées en plus grand nombre (nombre de séances respecté en milieu scolaire, nouvelles formes d'intervention pour tout public), et propres à modifier les idées reçues. Il faut donc varier les types d'interventions et mieux former les futurs médecins car les quelques heures théoriques dispensées actuellement sont insuffisantes.

La fécondité : c'est presque 40 ans dans la vie d'une femme. Négliger le thème de la sexualité, peu ou pas abordé, c'est laisser la porte ouverte à toutes les idées reçues possibles, et à tous les dangers : ceux des grossesses non désirées et le sur-risque d'IST.

La création d'outils de prévention comme des spots télévisuels diffusés dans les salles d'attente, à l'hôpital, dans les centres et cabinets médicaux, permettrait d'informer plus largement la population.

En matière de prévention de grossesse non désirée, l'objectif du médecin est de prescrire à la patiente la contraception qui lui convient [16]. En premier lieu, il semble nécessaire d'expliquer à la femme et au couple le fonctionnement du corps avant d'échanger sur l'utilité de la contraception. Ensuite, il faut présenter les différents moyens contraceptifs, avec leurs modes de fonctionnement et d'utilisation, en précisant ce dont ils protègent et en donnant la conduite à tenir en cas de mauvaise

observance. Il faut expliquer les moyens de CU, comment les utiliser et les avoir en cas de besoin. A chaque étape, il est essentiel d'échanger sur les craintes et les idées reçues éventuellement suscitées, afin de diminuer les obstacles à une bonne utilisation.

Une consultation entière devrait être dédiée à la prescription du moyen contraceptif, en présence du couple de préférence, de façon à optimiser l'efficacité de la contraception choisie.

Par la suite, il serait souhaitable de faire un point rapidement à chaque consultation, quel que soit son motif, afin de vérifier que le moyen choisi reste correctement adapté à la femme et au couple et qu'il est utilisé.

Enfin, il faut continuer à dédramatiser l'utilisation de la CU, en améliorer l'accès aux mineur(e)s en impliquant plus les pharmaciens, informer sans relâche de façon à créer les bons réflexes et les réactions adaptées.

Créons un avenir meilleur et plein de vie, conformément au vœu du poète :

« Viennent les ovaires de l'eau où le futur agite ses petites têtes »

Aimé Césaire,

Cahier d'un retour au pays natal.

VII. ANNEXE

Le questionnaire de l'étude :

ETUDE ANONYME SUR LES LIMITES DE LA CONTRACEPTION EN MARTINIQUE

Bonjour, je m'appelle Laurent VERGNAUD, étudiant en médecine et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la contraception. Si vous pouviez m'accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire pour tenter d'améliorer la prise en charge des femmes en Martinique en âge de procréer.

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'éviter une grossesse grâce à un **moyen contraceptif** comme *le préservatif masculin ou féminin*, *pilule*, *stérilet, patch, implant, anneau vaginal, pilule d'urgence*.

Seuls les préservatifs protègent des Infections Sexuellement Transmissibles.

Quel âge avez-vous ?: ☐ <15 ans ☐ 15-17 ans ☐ 18-24 ans ☐ 25-39 ans ☐ >40 ans

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé régulièrement une ou des *méthode(s) de contraception* pour éviter une grossesse non désirée ? :

☐ oui ☐ non ,

Si « oui », pouvez-vous préciser ? (une ou plusieurs réponses) :

☐ préservatif (masculin ou féminin) ☐ pilule ☐ pilule d'urgence

☐ anneau vaginal ☐ patch ☐ stérilet ☐ implant

☐ autre (abstinence périodique, retrait…… :…….

Si « non » ou « autre », pouvez -vous préciser pourquoi ? (une ou plusieurs réponses)

Pour le préservatif : ☐ refus du partenaire ☐ inconfort ☐ conviction religieuse

☐ pas de préservatif disponible ☐ prix ☐ port occasionnel ☐
autre :……

Pour Pilule, stérilet, implant, patch, anneau : ☐ peur d'oublier la pilule ☐ conviction religieuse

☐ difficultés à obtenir la pilule ☐ peur des effets secondaires ☐ mauvaise tolérance

☐ influence familiale ☐ prix ☐ partenaire(s) occasionnel(s) ☐ autre : ……..

Pour le rapport sexuel qui a conduit à cette grossesse, quelle contraception aviez-vous ?

☐ aucune ☐ préservatif ☐ pilule ☐ stérilet ☐ patch ☐ implant ☐ anneau vaginal

Etiez-vous au moment de ce rapport sexuel dans une période de transition contraceptive? (changement de contraception récent : de pilule, pose d'un stérilet… , accouchement récent, IVG récente)

☐oui ☐non

Comment expliquez-vous la maladresse qui a conduit à la grossesse actuelle ? Merci de détailler en quelques mots :

.....
.....

Avez-vous utilisé une contraception de rattrapage après le rapport qui a conduit à cette grossesse ? (Les contraceptions de rattrapage sont : la pilule d'urgence Ellaone® ou Norlevo®, ou Pose d'un stérilet dans les 5 jours après un rapport à risque.)

☐ oui ☐ non ,

Si « non », pouvez-vous dire pourquoi ?,

☐ Peur des effets secondaires

☐ « Je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte »

☐ Autre (précisez) :
…….....

<u>Je vous remercie pour votre collaboration.</u>

VIII. BIBLIOGRAPHIE

[1] Vilain A., Mouquet M-C., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 », Études et Résultats, n°, Drees, Juillet 2015

[2] Mazuy M, Prioux F, Barbieri M. L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine. Population 2011 juillet-décembre;66[3/4]:503-554 https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/21727/popf1134_mazuy_prioux_barbieri.fr.pdf

[3] Agence nationale de recherches sur le SIDA. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH-sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2006. http://www.previh-anrs.fr/spip.php?article90

[4] Rossie C. L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal. Population & Sociétés 2014 juillet-août, n°513

[5] Attané I., Brugeilles C., Rault W. Atlas mondial des femmes, les paradoxes de l'émancipation, INED, 2015

[6] Mazuy M., Toulemon L., Baril E. Un recours moindre à l'IVG mais plus souvent répété, population et sociétés N°518, INED 2015, Janvier

[7] Mazuy M., Toulemon L., Baril E., Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population 3/2014 [Vol. 69], p. 365-398 https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf

[8] Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. L'état de santé de la population en France: rapport 2009-2010, Paris, DREES. p 51-62

[9] Tourmen F., Ellaone® en contraception d'urgence: pas mieux que Norlevo®, voix médicales, 2011 http://www.voixmedicales.fr/2011/04/16/contraception-durgence-ellaone%C2%AE-pas-mieux-que-norlevo%C2%AE/

[10] rédaction Prescrire « contraception post coitale par un dispositif intra-utérin, revue prescrire 2009, 29(304) :117

[11] Nations Unies, Division de la population, World contraceptive Patterns, 2013 https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/

[12] Nations Unies, Division de la Population, World Contraceptive Use, 2009

[13] Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C. et l'équipe de l'enquête Fecond, La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? septembre 2012, ined numéro 492 Population & Sociétés https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

[14] BECK F, RICHARD J-B Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 Saint-Denis : INPES, 2013, 337 p.

[15] Amsellem-Mainguy Y., « La première contraception, au-delà de la question de la fécondité. Trois temps pour entreprendre sa biographie contraceptive », Agora débats/jeunesses 2009/3 [N°53], p. 21-33. http://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2009-3-page-21.htm.

[16] « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » Inpes 2007.

[17] « Santé et conditions de vie des étudiants », LMDE 2008 http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/securite_sociale/depliant_resultats_ENSE2.pdf

[18] « Santé et conditions de vie des étudiants », LMDE 2014 http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/presse/communiques_2015/ense_4_enquete_01072015.pdf

[19] Yvon C. Enquête sur les connaissances et les comportements des jeunes, LMDE 2013

[20] Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p. 19830

[21] Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé, Arrêté du 8 août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux Journal officiel de la République française, 2001, n°190, pp. 13304-13305

[22] Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé, décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence Journal officiel de la République française, 2002, n°8, p. 590

[23] Institut National de Prévention et d'Education à la Santé, Contraception : que savent les Français ? Enquête BVA , Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.

[24] BVA, HRA Pharma Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012 Paris : BVA, 2012, 29 p.

[25] Aubin C., Jourdain-Menninger D., Inspection Générale des Affaires Sociales, La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence Paris : IGAS, 2009, 99 p .http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000050.pdf

[26] Delotte J., Molinard C., Trastour C., Boucoiran I., Bongain A., Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises Gynécologie Obstétrique & Fertilité, n°36, 2008, pp. 63-66, en 2006

[27] Reboulot B., Contraception d'urgence : connaissances, représentations, accès et utilisation – Enquête auprès des lycéens et apprentis de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis – UFR Médecine, 2011, 39 p

[28] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012 relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la CU dans les services universitaires et

interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé, Journal officiel de la République française, 2012, n°0172, p. 12242

[29] HAS Contraception d'urgence : prescriptions et délivrance à l'avance – argumentaire Saint-Denis : HAS 2013, 125 p.

[30] Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C. et l'équipe Fécond et l'équipe de l'enquête Fecond, La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés 511, ined, mai 2014 http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf

[31] État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée HAS Avril 2013 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

[32] Efficacité des méthodes contraceptives, HAS, 2013

[33] Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés et autres contraceptifs de janvier 2013 à avril 2014, ANSM 2014.

[34] Bouchard P. Spira A. Ville Y. Conard J. Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire, Académie Nationale De Médecine, Rapport 26 février 2013

[35] Jackson E, Curtis K, Gaffield M. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. Obstet Gynecol 2011;117:691-703

[36] S.Gupta, Weight gain on the combined pill - is it real?, Human Reproduction, Vol. 6, No. 5 pp. 427-431, 2000.

[37] Van Landuyt H. MELASMA, Diagnostic, Physiopathogènies et Traitements, Quoi de neuf en 2012 – 2013 http://www.asfoder.net/wp-content/uploads/2013/09/MELASMA-Dermato-Prat-2012-Version-correction-26-septembre.pdf

[38] Haute Autorité de Santé, Contraception chez l'homme et chez la femme, Avril 2013, 247p http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

[39] Gronier H., Letombe B., Collier F., Dewailly D., Robin G., Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 40, 37-42, Elsevier-Masson, 2012

[40] Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF, Médicaments antidouleur pour le traitement des saignements et de la douleur liés aux dispositifs intra-utérins utilisés pour la contraception, cochrane, 2011 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006034.pub2/pdf/abstract

[41] Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. Contraception 87:666, 2013

[42] Dr Tamborini A., Ch@t : Stérilet, mode d'emploi, Par La rédaction d'Allodocteurs.fr, Rédigé le 21/03/2011, http://www.allodocteurs.fr/sexo/contraception/sterilet/chat-sterilet-mode-d-039-emploi_3566.html

[43] Volumenie J.L., Haentjens K., Fabien S., Ozier-Lafontaine P., Deblay T., Bonnier C. Contraception du post-partum. Réflexions sur la prescription en pratique quotidienne. Association Icar - Copyleft©. 2015; p. 1-20

[44] Winckler M. Suis-je enceinte ou non ? Article du 20 août 2006 http://www.martinwinckler.com/spip.php?article818

[45] Pr Hocké C. Fertilité et désir de grossesse Le GEMVI dans les congrès La femme de 40 à 50 ans Session du 14 mai 2011 http://www.gemvi.org/congres-session-55.php

[46] Dr Brival M-L., Y a-t-il des risques à prendre de manière répétée la pilule du lendemain ?, par La rédaction d'Allodocteurs.fr, Rédigé le 16/08/2012, mis à jour le 17/08/2012, http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-y-a-t-il-des-risques-a-prendre-de-maniere-repetee-la-pilule-du-lendemain-_7915.html

[47] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003;18[5]:994-9

[48] Moreau C, Bajos N. La contraception d'urgence. Concours médical. 2006;128:1047-50

[49] Bajos N. et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés, 2004. 407.

[50] Moreau C et al. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG, Revue française des affaires sociales. 1/2011 [n°1] p 148-161

[51] Moreau C et al. Patterns of contraceptive use before and aheran abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception 2010; 82:337-344

[52] Charles V.-E., Polis C.-B., Sridhara S.-K., Blum R.-W. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception, décembre 2008 ; vol.78, no 6 : pp. 436-450. www.jhsph.edu/adolescenthealth/_includes/Charles_2008_Contraception.pdf

[53] Migrations, famille et vieillissement Défis et enjeux pour la Martinique, INSEE 2012, N°20 aechos

[54] Un vieillissement accéléré de la population, N° 76 - Martinique - Juin 2013,INSEE 2013, aechos http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=23&ref_id=poptc02202

[55] Migrations, famille et vieillissement Défis et enjeux pour la Martinique, INSEE 2012, N°20 aechos

[56] Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-12 : principaux résultats ors-inpes novembre 2013. http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Sante-publique-Sciences-sociales/Actualites/Dossier-de-presse-Enquete-KABP-DFA-2011-2012

[57] La santé des étudiants en Guadeloupe et Martinique, LMDE, 2007/2008

[58] Boudan V. Merle S. Les IVG en Martinique, OSM N°30, 2002

[59] Halfen S., Fenies K., Ung B., Gremy I., Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004, ANRS-ORS Île-de-France, 290 p. 2006 http://www.ors-idf.org/dmdocuments/KABPDFARapport.pdf

[60] Clair M. « Interruptions volontaires de grossesses en Guadeloupe : qui, où, comment ? », n° 13, 6 p. InfoSanté Antilles-Guyane, 2004

[61] étude escale, Plan Régional de Santé Publique Martinique [PRSP], 2004 http://www.ars.martinique.sante.fr/Alimentation-en-Martinique-Re.139720.0.html

[62] Nielsen L., Father-Daughter Relationships: Contemporary Research and Issues, Routledge, 2012, 301p.,

[63] Willaume M. Etat des lieux et analyse du recours aux IVG en Guadeloupe en 2007 ARS de la Guadeloupe Etude ASPEG 2010.

[64] Observatoire de la santé de la Martinique, enquête sur les conditions de délivrance du Norlevo®, 2007 http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf

[65] Guide méthodologique Echantillonnage module 1, Enquête de terrain. www.parkdatabase.org/file/documents.000_Echantillonnage_ACF.org

[66] Meyer N., Comparaisons de proportions, Laboratoire de Biostatistique et Informatique Médicale. Faculté de Médecine de Strasbourg, Janvier 2011. http://udsmed.u-strasbg.fr/labiostat/IMG/pdf/proportions-2.pdf

[67] Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et modalités de prise en charge. Paris : Revue Française des Affaires sociales. La documentation française. 2011 http://www.cairn.info.bu-services.martinique.univ-ag.fr:5000/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm

[68] Legrand S. 2009 Contraception et IVG : Expérience du CHU de Bordeaux, Thèse de doctorat de gynécologie, Université Bordeaux 2, 109p

[69] Meignié E. 2015. Déterminants psychosociaux de l'Interruption volontaire de grossesse en Martinique, Thèse de doctorat médecine, Université des Antilles, 124p

[70] Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M., COCON Group. Contraception at the time of abortion: High-risk period or high-risk women? In Human reproduction. 2006.

[71] Potter, L., et al., Measuring compliance among oral contraceptive users. Fam Plann Perspect, 1996. 28[4]: p. 154-8.

[72] Mulet F., Descamps P. Après une grossesse, interrompue ou non : prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. Le concours médical, septembre 2006, tome 128, pp 25-26

[73] Baudry É., Les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception ?, Thèse de doctorat de médecine, Université Paris XI, 2010, 78 p.

[74] Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception 2005, 71: 202-207

[75] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod 2003;18[5]:994-9

[76] Trinel E, Adolescents, sexualité et contraception: Que savent-ils réellement? Enquête menée auprès d'élèves parisiens de la 4ème à la Terminale. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 2012, 101p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

NOM ET PRENOM : VERGNAUD Laurent

SUJET DE LA THESE : Contraception et IVG : l'expérience du CHU de Fort de France.

THESE : MEDECINE **Qualification** : Médecine générale

ANNEE : 2015

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLES : Contraception, idées reçues, grossesse non désirée, IVG, Martinique.

Introduction : Alors que la moyenne nationale de recours à l'IVG pour 1000 femmes est de 15.3, ce taux atteint 25.6‰ en Martinique en 2013. **Objectif** : Connaître la situation contraceptive pré-IVG chez des femmes consultant pour une demande d'interruption de grossesse, et secondairement rechercher les habitudes de contraception, les entraves à la contraception, par rapport à l'hexagone. **Matériel et méthode :** Etude réalisée dans le service d'orthogénie de la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), au CHU de Martinique (CHUM), de Juillet 2013 à Avril 2014, auprès de femmes venant consulter pour une demande d'IVG, dans le cadre d'une grossesse non désirée, jusqu'à l'obtention de 600 réponses exploitables. **Résultats :** 4 femmes sur 5 utilisaient une contraception régulièrement dans les 12 derniers mois dont plus d'1 sur 3 une contraception médicale (contraception hormonale, DIU au cuivre). Plus d'1 sur 4 utilisait plusieurs moyens contraceptifs régulièrement et 1 sur 7 associait la pilule et le préservatif, surtout entre 25 et 39 ans.1 femme sur 5 a changé de moyen de contraception dans les mois précédant l'IVG. Plus d'1 femme sur 4 a attribué sa grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode, dont les 2/3 des utilisatrices de la pilule ou du préservatif. Les 3/4 des patientes de l'étude ne pensaient pas être enceintes suite à ce rapport, dont 1 femme sur 2 après une rupture de préservatif, 4 sur 5 après un oubli de pilule et 9 sur 10 après un rapport précipité non protégé. Néanmoins 1 femme sur 7 a utilisé une contraception d'urgence (CU) suite à « ce rapport à risque ». **Conclusion :** En comparaison avec l'Hexagone, notre étude a retrouvé une meilleure couverture contraceptive régulière pré-IVG, mais un défaut d'observance et un manque de réaction par carence d'information sur la physiologie de la sexualité.

JURY : Professeur Maryvonne DUEYMES-BODENES (Présidente)
Professeur André WARTER
Professeur Régis DUVAUFERRIER
Docteur Jean - Luc VOLUMENIE
Docteur Catherine BONNIER (directrice de thèse)