



HAL
open science

Le vécu contraceptif des nullipares

Caroline Verhille

► **To cite this version:**

Caroline Verhille. Le vécu contraceptif des nullipares. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01382717

HAL Id: dumas-01382717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382717>

Submitted on 21 Nov 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 LILLE 2
Ecole de sages-femmes du CHRU de Lille

LE VECU CONTRACEPTIF DES NULLIPARES

Mémoire rédigé et soutenu par Caroline VERHILLE
Sous la direction du Dr Carine MARTIN
Promotion année 2016

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier le docteur Carine Martin de m'avoir guidée pendant toute l'élaboration de ce mémoire. Merci de vos conseils, de votre gentillesse et de votre disponibilité.

Je remercie également Madame Hesse pour son aide précieuse dans la détermination du sujet de ce mémoire, ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme pour leur accompagnement ces quatre dernières années.

Je remercie mes amies de promotion et mes amies étudiantes sages-femmes au sein de l'IGR. Merci de votre amitié, de votre soutien, de votre écoute et de nos échanges qui auront permis de faire de ces années d'étude des souvenirs de joie et de bonheur.

Je remercie ma famille pour leur bienveillance et leurs encouragements. Votre soutien m'aura été d'une grande aide tout au long de ces études.

Je tiens enfin à remercier mes amis de plus ou moins longue date. Que les kilomètres nous éloignent ou nous rapprochent, notre amitié reste intacte et votre présence dans ma vie est une source de bonheur et de réconfort.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
---------------------	----------

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE

1. HISTOIRE DE LA FEMME ET DE L'ACCES A LA CONTRACEPTION EN FRANCE	2
2. SCHEMA CONTRACEPTIF FRANÇAIS – LE TOUT PILULE	5
2.1. ALLONGEMENT DE LA PERIODE DE « JEUNESSE SEXUELLE » ET NORMES SOCIALES	5
2.2. NORME CONTRACEPTIVE FRANÇAISE	7
3. FREINS ET RETICENCES DES NULLIPARES EN FRANCE AUX METHODES CONTRACEPTIVES	8
3.1. REPARTITION ACTUELLE DES METHODES CONTRACEPTIVES	8
3.2. FREINS ET RETICENCES DES NULLIPARES VIS A VIS DES MOYENS CONTRACEPTIFS	9
4. ACTUALITE DU SUJET	11
4.1. CAMPAGNE DE COMMUNICATION CONTRACEPTIVE DE 2013 [21]	11
4.2. ET AILLEURS...	12

SECONDE PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	14
1.1. MOTIVATIONS	14
1.2. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	14
2. MATERIEL ET METHODES	15
2.1. OUTIL DE RECHERCHE [ANNEXE VI]	15
2.2. POPULATION ETUDIEE	16
2.3. OUTILS STATISTIQUES	16
3. PRESENTATION DES RESULTATS	17
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	17
3.1.1. Age (figure 1)	17
3.1.2. Localisation	17
3.2. SITUATION CONTRACEPTIVE	18
3.2.1. Situation contraceptive actuelle	18
3.2.2. Parcours contraceptif	20
3.3. INFORMATION ET CONFORT CONTRACEPTIF	21
3.4. CONNAISSANCES DES NULLIPARES	24
3.5. VECU CONTRACEPTIF EN FONCTION DES DIFFERENTES CONTRACTIONS	25
3.6. VECU CONTRACEPTIF EN FONCTION DE L'INFORMATION REÇUE	29

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. ANALYSE DE L'ETUDE : POINTS FORTS/ POINTS FAIBLES	33
1.1. LES LIMITES DE L'ETUDE	33
1.2. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	33
2. ANALYSE ET DISCUSSION	34
2.1. NORME CONTRACEPTIVE ET PARCOURS CONTRACEPTIF	34
2.1.1. Situation contraceptive actuelle	34
2.1.2. Première contraception	35
2.2. INFORMATION CONTRACEPTIVE	35
2.2.1. Sentiment d'information	35
2.2.2. Bénéfices d'un information contraceptive la plus complète	36
2.2.3. Impact des sources informatives	37
2.3. VECU CONTRACEPTIF : PILULE / AUTRES METHODES	38
2.3.1. Vécu contraceptif et pilule	38
2.3.2. Vécu contraceptif et DIU et nouvelles méthodes hormonales	39
2.4. PROPOSITIONS	40
2.4.1. Information et formation des professionnels	40
2.4.2. Information des nullipares	41
2.4.3. Accessibilité des professionnels et des méthodes contraceptives	42

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

IVG : Interruption volontaire de grossesse

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

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

ONU : Organisation des Nations Unies

Introduction

Quarante ans après la loi Veil légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), une femme sur trois en France y a encore recours au moins une fois dans sa vie. Le nombre d'IVG reste élevé et il s'est concentré ces dernières années aux âges précédents la première grossesse menée à terme.

Après avoir essayé de comprendre l'origine de cette concentration, ce mémoire sera dédié à l'évaluation du vécu contraceptif des nullipares.

Lors de mes études de sage-femme j'ai été confrontée à de nombreuses patientes qui malgré leur inquiétudes, leur non observance ou leurs échecs contraceptifs, ne remettaient pas pour autant en question leur contraception.

J'ai donc voulu savoir comment elles vivaient leur contraception au quotidien, si elles en étaient satisfaites et quel était finalement leur pouvoir décisionnel dans leur choix contraceptif.

Pour cela, j'ai donc réalisé une enquête diffusée par le biais d'un réseau social afin d'avoir un échantillon large et réparti sur l'ensemble du territoire français. Très rapidement il m'est apparu que le vécu contraceptif et l'information contraceptive reçue par les nullipares étaient liés. Il semblait donc également intéressant de voir quel impact et quel rôle déterminant, le sentiment d'avoir été informé a sur ce vécu.

Dans le contexte actuel, la diversité contraceptive n'a jamais été aussi importante et le rôle des sages-femmes dans le suivi gynécologique prend de plus en plus d'ampleur.

La question de la prise en charge optimale des nullipares est donc primordiale pour notre profession afin d'améliorer leur vécu contraceptif.

Première partie : Revue de littérature

1. Histoire de la femme et de l'accès à la contraception en France

Le 17 janvier 1975, date importante dans l'histoire de l'accès à la maîtrise de la fécondité en France, Simone Veil légalise le recours pour la femme à être maître de son corps, c'est la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Cette loi fut l'apogée de l'évolution de la place de la femme dans la société depuis deux siècles.

En effet, de nombreuses lois depuis Napoléon minimisaient la place de la femme en France. Le Code civil de 1804 établit l'incapacité juridique de la femme : elles ne peuvent accéder aux lycées et aux universités et il leur est interdit de signer un contrat, de gérer des biens, de travailler ou encore de voyager sans l'autorisation de leur mari. De même, le code pénal de 1810 condamne l'adultère de la femme à une peine de prison, fait du devoir conjugal une obligation (le viol entre époux n'est pas reconnu) et il punit durement l'avortement. [1]

Ces lois sont soutenues par l'Eglise qui veut également maintenir les femmes dans cette condition inférieure au nom d'une certaine conception de la société où le rôle de la femme est celui de la mère et de l'épouse.

Mais quelques avancées sont déjà remarquées comme les lois Ferry de 1882 qui ont rendu l'école primaire obligatoire pour les jeunes filles âgées de 6 à 13 ans, même si en dehors des matières générales, elles ne bénéficient pas du même enseignement que les garçons : on leur apprend les travaux domestiques, la cuisine, etc. Dans l'enseignement supérieur, elles ne sont qu'une minorité à être scolarisées au début du 19^{ème} siècle. [1] Dans l'intimité des couples, l'évolution des mentalités commence également à opérer car la fécondité a commencé à baisser en France à partir du 18^{ème} siècle. Entre 1750 et 1940, la fécondité passe de 5,5 enfants par femme à 2. [2] Ainsi, bien avant l'apparition des nouvelles méthodes contraceptives, la régulation des naissances était pratiquée par les couples français et avec elle, l'augmentation du nombre d'IVG exercées illégalement.

Les premières féministes radicales voulant s'opposer à cette politique nataliste apparaissent en France dès le début du 19^{ème} siècle : exemple, Madeleine Pelletier, médecin-psychiatre, militante d'extrême gauche, revendique la contraception et pratique l'avortement.

La première guerre mondiale accélère l'évolution du rôle de la femme car pendant le conflit les femmes sont sollicitées pour remplacer les hommes partis à la guerre dans les champs et dans les usines (les "munitionnettes"). Elles prennent les responsabilités attribuées traditionnellement aux hommes dans les foyers, comme la gestion du budget. Mais dès la fin de la guerre, la plupart des femmes sont rappelées à leur rôle d'épouses et de mères car l'importance des pertes humaines entraîne les lois natalistes de 1920 et 1923. Ces dernières pénalisent toute propagande pour la contraception et punissent l'avortement de la peine de mort. C'est un retour en arrière. [2]

" Séduire et être mère, c'est pour cela qu'est faite la femme " : cette déclaration du sénateur Alexandre Bérard en 1919 reflète l'opinion de la majorité des hommes à cette époque. Les femmes ne sont pas admises dans l'exercice de la citoyenneté car « elles ne peuvent pas comprendre les enjeux politiques, qu'elles sont guidées par leurs émotions, qu'elles sont sous l'influence du clergé et qu'elles ne sont pas faites, de façon générale, pour le combat politique. » [3] Ainsi, alors que les femmes obtiennent le droit de vote en Allemagne, en URSS et au Royaume- Uni en 1918-1919, ce droit est refusé aux femmes françaises par le Sénat en 1919.

Il faut attendre la 2^{ème} guerre mondiale et la Résistance pour que le rôle des femmes s'affirme : elles représentent 20 à 30% des effectifs des réseaux de Résistance. En 1942, l'avortement est déclaré comme un crime contre la sûreté de l'état passible de la peine de mort. Ainsi en 1943 Marie-Louise Giraud, [4] reconnue comme avorteuse est guillotinée. A la fin de la guerre, le général De Gaulle et son gouvernement accordent aux femmes le droit de vote et d'éligibilité le 21 avril 1944. [2]

Le mouvement pour l'émancipation des femmes, quant à lui, reprend de l'ampleur : le Deuxième Sexe de Simone de Beauvoir conteste dès 1949 la place des femmes dans la société. L'augmentation de la proportion de femmes dans la population active est de plus en plus grande : on approche de la parité homme-femme. Les mouvements féministes sont de plus en plus nombreux comme par exemple le Mouvement de libération des femmes (MLF) et s'inscrivent dans la lignée du Women's Lib aux Etats-Unis. [5]

De son côté, la natalité française connaît un nouvel essor à la fin de la seconde guerre mondiale. Cet élan des naissances entraîne avec lui l'augmentation des grossesses non désirées, qui commencèrent à être mise en avant tout comme l'avortement clandestin.

L'information des couples français en matière de sexualité reste médiocre, la loi de 1920 continuant de rendre illégale l'information contraceptive.

Les femmes aisées et informées ont accès aux moyens contraceptifs utilisés à l'étranger qu'elles se procurent lors de leurs voyages, alors que la plus grande partie de la population française se contente des méthodes dites naturelles (courbes de température, coït interrompu) [6]

Cette inégalité a commencé à être mise en avant par différentes associations et mouvements, comme le « Mouvement de la Maternité heureuse » qui deviendra le « Mouvement français pour le planning familial » porté par Lagroua Weill-Hallé, gynécologue française qui suite à un voyage aux Etats-Unis, trouvait essentiel d'informer les français sur la régulation des naissances.

L'engagement des médecins pour l'accès à la contraception est accentué au début des années 60 par la presse et la télévision. Les mentalités commencent à changer et le débat sur la contraception s'ouvre. [5]

En 1962 et en 1965 arrivent en France les deux nouvelles méthodes contraceptives de l'époque (la pilule et le stérilet). Même si la contraception reste illégale, la distribution de pilules s'opère largement en France, engendrant une réduction de la natalité française.

L'engagement croissant des médecins permet la médicalisation de la contraception. [2]

Les élections présidentielles de 1965 permettent la médiatisation du phénomène, cela aboutit à la loi Neuwirth en 1967 qui met fin à la propagande jusqu'alors dite anticonceptionnelle de 1920, qui faisait de l'utilisation de la contraception une pratique répréhensible par la loi.

L'usage des contraceptifs est autorisé et notamment la contraception orale. Il faudra attendre 1974 pour que la contraception soit véritablement libéralisée et remboursée par la sécurité sociale. [5]

Suite à cette victoire découle la mobilisation pour le droit à l'avortement. Le mouvement féministe demande que soit garantie aux femmes la libre disposition de leur corps avec entre autre : le Manifeste des 343 avortées, le procès de Bobigny en octobre-novembre 1972 et le Manifeste de 331 médecins en février 1973 qui déclarent pratiquer des avortements.

Ces actes de mobilisation permettront la précipitation de l'évolution de l'opinion et des pouvoirs publics. Ainsi en mars 1973, une douzaine de mouvements et de partis se sont mobilisés dans le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement de la Contraception (MLAC). [5]

Le 17 janvier 1975 c'est l'aboutissement : la loi de Simone Veil légalise le droit à l'avortement. Le 30 novembre 1979, après une période d'essai de 4 ans, la loi Veil est pérennisée.

Le 19^{ème} et le 20^{ème} siècle furent deux siècles décisifs avec la prise de place progressive des femmes dans la société et l'atténuation des inégalités avec les hommes. Les femmes deviennent à la fois les objets et les sujets privilégiés de questions au cœur des débats. L'objectif espéré est atteint : une page se tourne, contraception et avortement ont un statut légal en France.

2. Schéma contraceptif français – Le tout pilule

Depuis la légalisation de l'IVG en 1975, le nombre d'avortements a diminué (46% des grossesses en 1975 contre 33% des grossesses aujourd'hui), et il est relativement stable depuis une vingtaine d'années. 0,5 IVG par femmes de 15 à 49 ans en 1990 contre 0,52 en 2012. [7]

Parallèlement, la couverture contraceptive est estimée à 85% dans la population. L'enquête Fécond [8] datée de 2012 estime même à 3% le nombre de femmes de 15 à 49 ans, ni enceintes ni stériles, ayant des rapports et ne voulant pas d'enfants, qui n'utilisent aucune méthode de contraception.

2.1. Allongement de la période de « jeunesse sexuelle » et normes sociales

Néanmoins, même si le taux global d'IVG est stable, il a évolué différemment selon les âges : on constate une légère baisse des IVG parmi les moins de 20 ans depuis 2010 et une augmentation des IVG dans la tranche des 19-25 ans (cette tranche d'âge représente 37% des recours à l'IVG). [8][9]

L'âge médian du recours à l'IVG est passé de 27,9 ans à 26,5 ans entre 1990 et 2011 tandis que l'âge moyen de la maternité est passé de 28,3 ans à 30,1 ans. On en déduit donc une concentration des IVG aux âges précédents la période de la première grossesse désirée menée à terme.

Cette concentration des IVG a eu lieu en même temps que l'allongement de la période de « jeunesse sexuelle » dans la population. Cette période se définit par le temps compris entre l'entrée dans la vie sexuelle et la naissance du premier enfant. [10] En effet actuellement, la formation du couple est suivie d'une période de plus en plus longue de vie de couple sans enfant, et cette période s'allonge au fur et à mesure que l'âge de la première maternité recule.[11]

Ce phénomène s'explique par le fait que les modes de vie familiaux sont de plus en plus diversifiés et souples dans notre société, l'augmentation du nombre de partenaires sexuels chez les femmes précédant une vie de couple stable a augmenté [11][13], et on remarque aussi le renforcement des normes dans la société actuelle sur la maîtrise de la fécondité. Ces normes se définissent comme les conditions supposées idéales pour avoir un enfant telles que : attendre l'âge idéal, avoir une relation de couple stable et un désir d'enfant partagé, avoir les conditions matérielles et financières nécessaires. [14] Or la situation socio-économique actuelle rend difficile l'accès à une situation professionnelle stable. [10] La grossesse, restant une étape clé de la vie, elle doit à présent rentrer dans un cadre précis.

En effet, grâce aux moyens contraceptifs actuels, les femmes sont supposées être capables de gérer leur vie et leur désir de grossesse grâce à la gestion à la fois du nombre et du moment de leurs grossesses. La contraception moderne a permis une dissociation entre l'acte sexuel et ses conséquences reproductives permettant le passage théorique d'une maternité subie à une maternité volontaire et totalement contrôlée. [15] La société impose la pression d'une maîtrise parfaite de la fertilité. Or, il peut être difficile dans le contexte actuel de suivre une contraception et un parcours contraceptif sans failles alors que les modèles sociaux et familiaux et les trajectoires sexuelles sont de plus en plus diversifiés.

Ainsi même si la couverture contraceptive est forte, l'augmentation de la période de jeunesse sexuelle et le renforcement de ces normes expliquent que les situations susceptibles d'aboutir à une IVG soient de plus en plus nombreuses, cela expliquant aussi cette stabilité du taux de recours à l'IVG et surtout cette hausse du recours à l'IVG entre 19 et 25 ans. [8]

2.2. Norme contraceptive française

Le taux stable des IVG s'explique également par la difficulté rencontrée par les professionnels au niveau contraceptif.

Il est sans doute difficile de s'adapter à ce contexte particulier alors que la prescription contraceptive en France reste assez figée. En effet, il existe une norme contraceptive depuis une vingtaine d'années en France qui veut qu'une femme au moment de ses premiers rapports utilise le préservatif, puis lorsque la relation affective s'établit et devient stable elle passe à une contraception par pilule. Enfin après son premier accouchement ou lorsqu'elle a atteint le nombre d'enfants voulu, la pilule est réévaluée au profit d'un dispositif intra utérin (DIU).

Cette norme contraceptive fut établie au début des années 2000. Avec l'éruption de l'épidémie du sida, les campagnes de promotion du préservatif ont contribué à la diffusion de ce modèle, qui fut d'ailleurs au centre de la campagne sur la contraception de janvier 2000. Chaque contraception est associée à un âge et à un comportement sexuel de la vie des femmes, suivant ainsi un itinéraire type. [16].

Ce discours est tenu par les professionnels car il suit une logique médicale à la recherche d'une efficacité maximale. La prescription contraceptive de ce schéma se fait souvent en systématique lorsqu'il n'y a pas de contre-indications, [16] et le plan psycho-social de la vie des femmes n'est pas toujours pris en considération.

D'après l'étude menée par Lucile Ruault en 2014 [14], le comportement de prescription consiste souvent à diriger les patientes vers ce parcours contraceptif type. La prescription de la pilule chez les nullipares est encore majoritaire, malgré une légère diminution ces quinze dernières années d'après l'étude Fécond de 2012. Elle est expliquée par l'instabilité sexuelle et affective de cette population jeune, considérée comme population à risques et peu fiable, avec des patientes parfois perçues comme imprudentes et négligentes.

Le risque infectieux est le risque majeur suspecté. La prescription d'un stérilet majorerait ce risque et les éloignerait donc des cabinets pendant une période trop longue quand la prescription de la pilule les contraint à une consultation annuelle permettant un suivi « rapproché ».

Puis en ce qui concerne les patientes jugées en âge légitime de procréer et ayant déjà mené une grossesse à terme, le stérilet est souvent plus favorablement abordé. On parle de tranquillité d'esprit, de simplicité. Le préservatif comme moyen contraceptif est alors exclu car plus adapté à une population jeune et frivole. Les patientes plus âgées ayant un premier enfant sont donc plus facilement considérées comme patientes « stables » avec une sexualité fixe et paisible permettant un « relâchement » de la surveillance gynécologique. [14]

Cette prescription type engendre à l'extrême une classification des femmes, leur attribuant une certaine vie sociale et un certain désir de maternité pour chaque tranche d'âge. Cela suppose que chaque femme a le même parcours de vie et évolue de la même façon. La contraception s'imposerait donc plus ou moins aux femmes et dépendrait majoritairement de la biographie sexuelle et reproductive, laissant de côté les dimensions culturelles, sociales et économiques.

Parallèlement à ces prescriptions, on peut se pencher sur les pratiques contraceptives des femmes et s'intéresser aux représentations qu'elles ont des différentes méthodes contraceptives.

3. Freins et réticences des nullipares en France aux méthodes contraceptives

3.1. Répartition actuelle des méthodes contraceptives

Dans l'étude menée par Y. Amsellem-Mainguy [17], les jeunes femmes adhèrent majoritairement à la norme contraceptive et en connaissent souvent les étapes. Mais l'adaptation de leur contraception entre celle valorisée par les professionnels et leur contraception réelle montre les limites de la norme contraceptive. Malgré leurs connaissances du schéma contraceptif, elles l'adaptent à leur contexte relationnel.

Aujourd'hui au niveau de la répartition contraceptive, la pilule reste majoritairement utilisée (une femme sur deux de 15 à 49 ans l'utilise), même si son utilisation a diminué depuis les années 2000 [18] [Annexe I]. Cette baisse est compensée en grosse partie par les nouvelles méthodes hormonales : l'anneau, le patch et surtout l'implant. Chez les jeunes de 18

à 19 ans, cette baisse est aussi remplacée par l'utilisation du préservatif. [8].

Concernant le stérilet, son évolution suit celle des dix dernières années, son usage continue de diminuer (21% des femmes dont 1,3% des femmes de 15 à 49 ans sans enfant utilisaient le stérilet en 2010) [8][18].

L'utilisation du préservatif comme moyen de contraceptif a progressé (plus d'une femme sur deux de 15 à 17 ans l'utilise comme méthode contraceptive (59%), et dans 15% des cas en association avec la pilule). Son utilisation décline au fil de l'âge.

L'usage des autres méthodes naturelles comme le retrait ou la courbe de température s'est stabilisé depuis les années 2000 et concerne 6,2% des femmes. La stérilisation contraceptive concerne une minorité de femmes 3,9%, qui ont plus de 30 ans [8].

Les femmes n'utilisant aucune contraception alors qu'elles ne veulent pas d'enfants et qui ne sont pas enceintes représentent 3% des femmes (0,9% des 15-17 ans)

3.2. Freins et réticences des nullipares vis à vis des moyens contraceptifs

L'État des lieux des pratiques contraceptives réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et publié en 2013 [20] nous donne une idée des nombreux freins des nullipares vis à vis des différentes méthodes contraceptives.

D'un point de vue général, l'étude nous donne d'abord un ensemble de situations de fragilité pouvant gêner l'accès à une méthode contraceptive optimale comme :

- la non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile
- les périodes d'instabilité et de fragilité affectives, le point de vue du partenaire sur la contraception
- les situations professionnelles particulières et le mode de vie (travail de nuit, horaires irréguliers et/ou décalés)
- les méthodes de transition entre 2 méthodes contraceptives
- les facteurs culturels, religieux voir philosophiques des patientes

- la situation financière, pouvant exclure le recours aux méthodes non remboursées

Ensuite l'étude nous aide à établir les freins des nullipares associés à chaque méthode contraceptive :

Les principales réticences concernant le DIU sont d'abord la présence intrusive d'un corps étranger à l'intérieur de l'organisme, cela entraînant aussi le sentiment de ne pas pouvoir arrêter sa contraception dès qu'on le souhaite. Ensuite la croyance selon laquelle le DIU serait réservé aux femmes ayant déjà accouché persiste encore et limite grandement son utilisation : 54 % des femmes interrogées par l'étude Fécond de 2012 pensent qu'une nullipare ne peut bénéficier d'un DIU, et ce, malgré les recommandations de l'HAS diffusées en 2004 précisant que le DIU peut être utilisé à tous les âges quelque soit la parité. Enfin, le DIU ou stérilet renvoie encore à l'idée de stérilité. En effet, si les nullipares veulent une contraception temporaire, beaucoup ont peur de la stérilité définitive. [17][19]

La pilule est souvent vue comme la première « vraie » contraception. [17] C'est une contraception qui reste très bien perçue par la plupart des nullipares, elle est vue comme une contraception fiable, facile d'utilisation, remboursée et que l'on peut arrêter à tout moment. Les freins liés à la pilule sont plus de l'ordre du pratique et de l'obligation contraignante de devoir prendre un comprimé tous les jours à la même heure. La pilule reste également problématique lorsque l'on désire cacher sa contraception à son partenaire ou à ses parents. Enfin, la pilule va à l'encontre d'un courant actuel « bio, écolo » qui représente la peur des femmes vis à vis des hormones. Cette peur est associée à la volonté de certaines femmes de sentir l'ovulation, les fluctuations hormonales, d'avoir des règles longues et douloureuses, comme un retour en arrière.

Même si en parallèle de plus en plus de femmes prennent goût au confort de l'absence des règles (pilules en prise continue ou DIU hormonal) qu'elles assimilent à une plus grande liberté dans leurs activités, à moins de fatigue et de douleurs. [20]

En ce qui concerne l'implant, [8], il devient au fil des années la méthode contraceptive de choix lorsque l'on doute de l'observance contraceptive d'une nullipare. Les freins le concernant se rapprochent de ceux du DIU : présence intrusive d'un corps étranger à l'intérieur de soi, augmentation des consultations nécessaires à sa pose et peur des effets secondaires et notamment la prise de poids.

Pour les méthodes telles que le patch ou l'anneau contraceptif, elles restent marginales. 1% des femmes en France utilisent l'anneau et 0,4% utilisent le patch. Ces méthodes restent encore méconnues. Les freins relevés sont le problème de la dissimulation de la prise contraceptive, le coût de l'accès à ces contraceptions qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, la peur des effets secondaires ou encore les problèmes d'ordre pratique. En effet, il peut sembler difficile pour beaucoup de femmes d'opérer des manipulations vaginales et notamment chez une nullipare, surtout si celle-ci est jeune et qu'elle ne connaît pas bien son intimité.

4. Actualité du sujet

4.1. Campagne de communication contraceptive de 2013 [21]

L'HAS a réalisé en 2012 un état des lieux de la contraception en France qui met en lumière la méconnaissance contraceptive des femmes et des professionnels de santé en France, et la présence encore majeure de la norme contraceptive. En réponse à cette étude, Marisol Touraine ministre des affaires sociales et de la santé a lancé le 15 mai 2013 une nouvelle campagne d'information créée par l'HAS pour les professionnels de santé. Pour le grand public, la campagne « la contraception qui vous convient existe » fut établie et réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Elle a pour but d'informer et d'insister sur l'existence en France d'une diversité contraceptive, permettant la prise en considération et la réponse la plus adaptée possible aux modes de vie, aux âges et aux projets des femmes et des couples.

L'objectif de cette campagne étant d' « inciter les femmes, mais également les hommes, à s'informer sur les différents moyens contraceptifs, et à les encourager à choisir une contraception adaptée à leur mode de vie, à leurs antécédents médicaux et à leurs besoins. » [21]

La campagne fut abordée de manière à représenter les femmes et les hommes dans leur quotidien au travers de témoignages où les personnes interrogées parlaient de leur situation, de leurs choix et de leurs doutes.

La population cible était les femmes, les couples et les professionnels de santé. De nombreux moyens de communication furent utilisés.

Tout d'abord, la campagne fut diffusée à la radio, des spots informatifs furent diffusés, 4 témoignages expliquaient que la situation unique de chacune nécessite un choix contraceptif adapté pour une meilleure observance. Les spots se finissant tous par « La contraception qui vous convient existe. Pour vous aider à la choisir, parlez-en à votre médecin ou à une sage-femme, demandez conseil à votre pharmacien ou rendez-vous sur choisirsacontraception.fr ». [Annexe II]

Ensuite la diffusion s'est faite par internet. Les bannières informatives insistaient sur la diversité des méthodes contraceptives proposées existantes et sur la singularité des parcours de vie, rappelant encore une fois la nécessité d'un choix contraceptif adapté à sa propre situation. De plus, le site www.choisirsacontraception.fr fut mis en place et permet une information globale sur la contraception et la réponse à plusieurs questions comme comment aborder la question contraceptive en couple ou avec un professionnel.

Enfin, concernant les professionnels, l'HAS a créé et rendu disponible en ligne un document de synthèse permettant aux professionnels de proposer une contraception efficace à chaque patiente qui le demande. Ce document reprend les méthodes jugées efficaces par l'OMS. En complément, l'HAS a également imaginé 8 fiches mémo pour aider les professionnels à mieux guider les femmes et les couples afin de trouver une contraception qui convient à chacun. Ces fiches présentent les bénéfices et les inconvénients de chaque méthode contraceptive selon huit situations types. [Annexes III, IV]

4.2. Et ailleurs...

En France la contraception se caractérise donc par une large couverture contraceptive et un recours majoritaire à la contraception orale mais qu'en est-il ailleurs dans le monde ?

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a réalisé des statistiques permettant de voir que cette norme contraceptive du « tout pilule » est caractéristique à notre pays [18]. C'est une spécificité française même lorsque l'on se compare aux autres pays du monde ayant le même niveau socio-économique que la France. [Annexe V]

En Chine par exemple, la stérilisation représente la moitié des contraceptions utilisées et le stérilet est utilisé chez 43% des patientes. La contraception orale ne concerne que 2% de la population. Aux Etats-Unis, la stérilisation est également majoritaire (49%), puis viennent les autres méthodes contraceptives tels que l'implant, le patch ou l'anneau (30%) et enfin la pilule représente 20% des contraceptions utilisées [18].

Au Japon, l'implant, le patch et l'anneau sont majoritaires : 90% des méthodes contraceptives utilisées et la pilule représente seulement 4% [18].

Dans ce contexte contraceptif particulier pour les patientes et pour les professionnels, la question du vécu contraceptif des nullipares est intéressante : C'est pourquoi ce mémoire tentera de répondre à la question suivante : Comment les nullipares vivent-elles leur contraception et quel est l'impact de l'information contraceptive reçue sur ce vécu ?

Seconde partie : Présentation de l'étude

1. Objectifs de l'étude

1.1. Motivations

Le taux d'IVG et le nombre d'échecs contraceptifs restent stables en France et se concentrent dans la période précédant la première grossesse et ce malgré une couverture contraceptive optimale et une volonté d'informer les femmes et les couples qui n'a jamais été aussi importante.

A l'époque où le schéma contraceptif est remis en question au profit d'un parcours contraceptif personnalisé et adapté aux modes de vie, il semblait utile de se pencher sur le cas des nullipares. Le but de cette étude est de voir quel est leur vécu contraceptif en fonction de leur contraception et des différentes informations contraceptives qu'elles ont reçues.

1.2. Problématique et hypothèses

La problématique retenue est la suivante :

« Comment les nullipares vivent-elles leur contraception et quel est l'impact de l'information contraceptive reçue sur ce vécu ? »

Trois hypothèses ont été émises :

- La norme contraceptive est toujours majoritaire en France
- Le vécu contraceptif sous pilule est moins bon que sous les autres méthodes contraceptives
- L'information des patientes est nécessaire à un bon vécu contraceptif

2. Matériel et méthodes

2.1. Outil de recherche [Annexe VI]

Afin de répondre au mieux à la problématique du sujet, la méthode d'enquête choisie a été le questionnaire.

La rédaction du questionnaire s'est faite en deux temps :
Tout d'abord l'établissement d'un questionnaire test soumis à 10 nullipares dans un entourage proche a été réalisé afin de relever les ambiguïtés et les questions du sujet non traitées.

Ensuite le questionnaire définitif a été créé courant octobre.
Celui-ci comportait 42 questions et a été établi en deux parties : La première concernait sur le parcours contraceptif des nullipares et leur vécu. La seconde portait sur les connaissances des nullipares sur les différentes méthodes contraceptives.

Etant donné que l'objectif de la diffusion n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population mais un pourcentage équitable entre nullipares ayant eu des informations contraceptives pendant leur études, et nullipares non informées pendant leurs études, le meilleur moyen de diffusion trouvé a été Internet.

L'information évaluée dans ce mémoire est subjective puisqu'évaluée par le sentiment ou l'impression d'être informée ressenti par les nullipares. C'est pourquoi, l'information extérieure choisie en dehors de celle fournie par les professionnels est l'acquisition de connaissances contraceptives pendant les études. Celle-ci semblait la plus fiable étant donné que les nullipares ayant répondu positivement à cette question sont majoritairement des patientes au parcours médicales ou paramédicales.

Le questionnaire a été établi grâce au site Google Forms et diffusé sur un réseau social « Facebook » de manière anonyme du 1^{er} novembre au 31 décembre 2015. Ce moyen de diffusion a permis d'acquérir un échantillon de population large et diversifié et d'éviter le biais du choix de professionnels que l'on aurait eu si le questionnaire avait été distribué en milieu hospitalier ou en cabinets.

Lorsque les nullipares avaient fini de remplir le questionnaire, elles étaient invitées à aller sur un site explicatif créé pour ce mémoire : <http://vecucontraceptifdesnullipares.e-monsite.com>. Ce site permettait d'avoir accès aux réponses de la seconde partie du questionnaire.

2.2. Population étudiée

L'étude porte sur la population des nullipares en France.

Le recueil des questionnaires s'est fait selon deux critères d'inclusion : la confirmation de la nulliparité et l'attestation d'un lieu de résidence sur le territoire français.

Les critères d'exclusion étaient : l'attestation d'une résidence à l'étranger et la parité. Aucune exclusion n'a été faite vis à vis de l'âge.

2.3. Outils statistiques

Les réponses au questionnaire ont été saisies sur une base de données Excel. Les dossiers sans réponse ont été exclus des analyses statistiques.

Les statistiques ont été réalisées par l'organisme de Bio Statistiques du CHRU de Lille. Les variables qualitatives ou binaires ont été comparées par un test du Chi-deux, les paramètres numériques comparés à plus de deux groupes l'ont été par un test du Kruskal Wallis et la corrélation de Spearman a permis la comparaison de deux paramètres numériques entre eux.

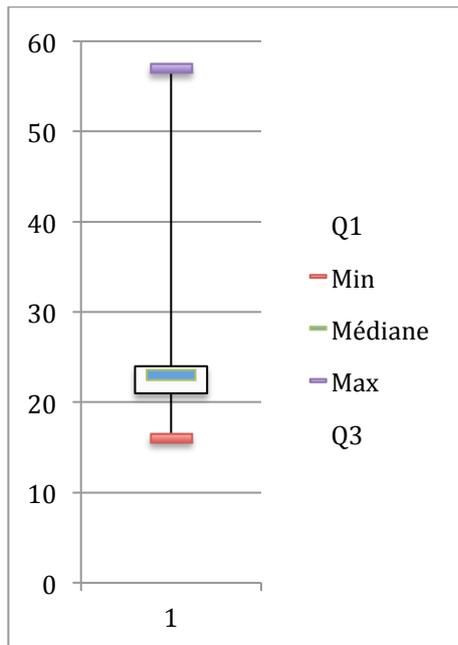
Le seuil de significativité retenu est un « p » inférieur à 0 ,05.

3. Présentation des résultats

3.1. Caractéristiques de la population

Le 30 décembre 2015, le nombre total de réponses était de 800, après exclusion 771 réponses furent retenues.

3.1.1. Age (figure 1)



L'échantillon final de la population s'étend de 16 à 57 ans.

50% de l'échantillon se concentre entre 21 et 24 ans. La moyenne d'âge est de 23 +/- 3 ans.

3.1.2. Localisation



La répartition globale des réponses est assez étendue sur le territoire français.

Des concentrations de réponses sont notables au niveau du Nord et de la région parisienne.

3.2. Situation contraceptive

3.2.1. Situation contraceptive actuelle

La majorité des nullipares ayant répondu au questionnaire utilise la pilule (68,5%). Plus de la moitié des femmes de l'échantillon utilise leur contraception actuelle depuis plus de 3 ans.

Figure 2

Contraception actuelle (en %)

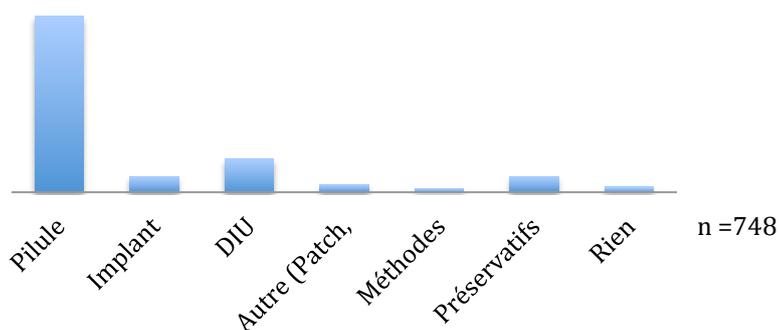


Figure 3

Durée contraception actuelle (en %)

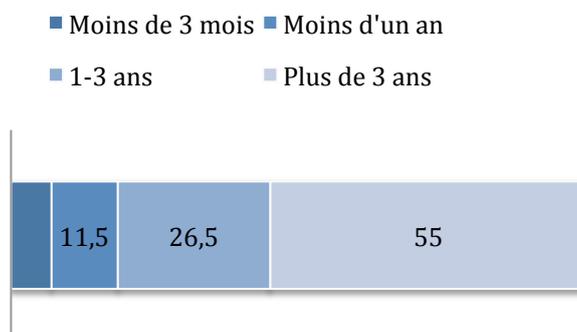
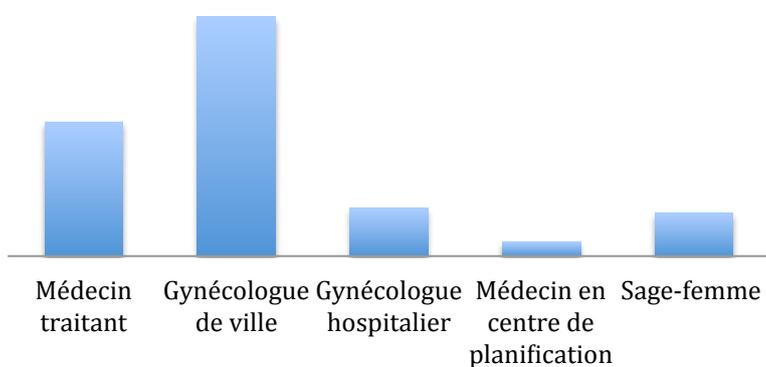


Figure 4

Praticien actuel (en%)



La répartition des patientes en fonction des professionnels est très variée. La plupart des nullipares sont suivies par un gynécologue de ville (50%) ou par leur médecin traitant (28%), les patientes suivies par un gynécologue hospitalier, une sage-femme ou un médecin de centre de planification sont minoritaires.

Seul un tiers des patientes n'ont aucun effet secondaire lié à leur contraception. L'effet secondaire majeur étant la prise de poids.

Seul un quart des patientes n'a aucune peur associée à leur prise contraceptive. La moitié des patientes ont peur d'oublier leur contraception et 41% ont également peur des effets des hormones sur le long terme.

Figure 5

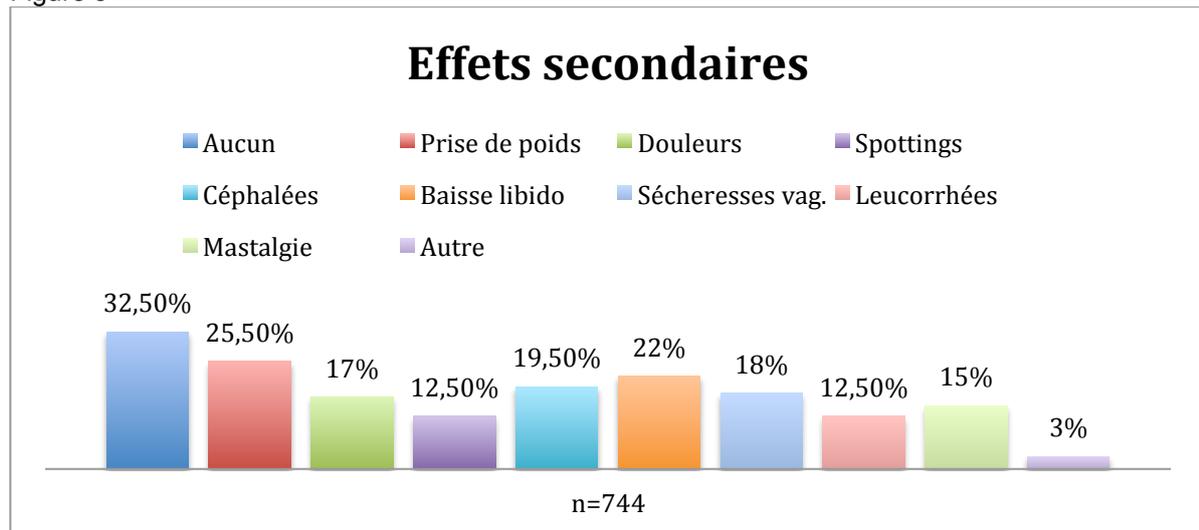
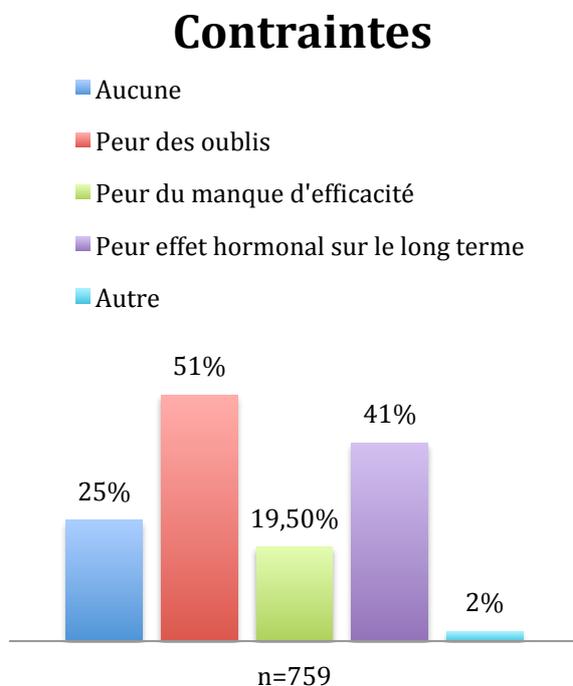


Figure 6



47% des nullipares n'ont jamais eu d'échec contraceptif avec leur contraception actuelle, quand 47% déclarent avoir déjà oublié leur pilule, 2% ont déjà subi une IVG et 23% ont utilisée une contraception d'urgence.

Suite à ces échecs, 22% des patientes ont remis en question leur méthode contraceptive.

Autre : Les autres contraintes relevés sont la peur de la stérilité post contraception et la contrainte du coût de la contraception.

3.2.2. Parcours contraceptif

La première contraception utilisée par ces nullipares fut la pilule dans 78,5% des cas et dans 19,4% des cas le préservatif. La raison majeure de cette première contraception est le but contraceptif (79,5%), les raisons secondaires sont l'acné, les dysménorrhées et moins souvent les ménorragies.

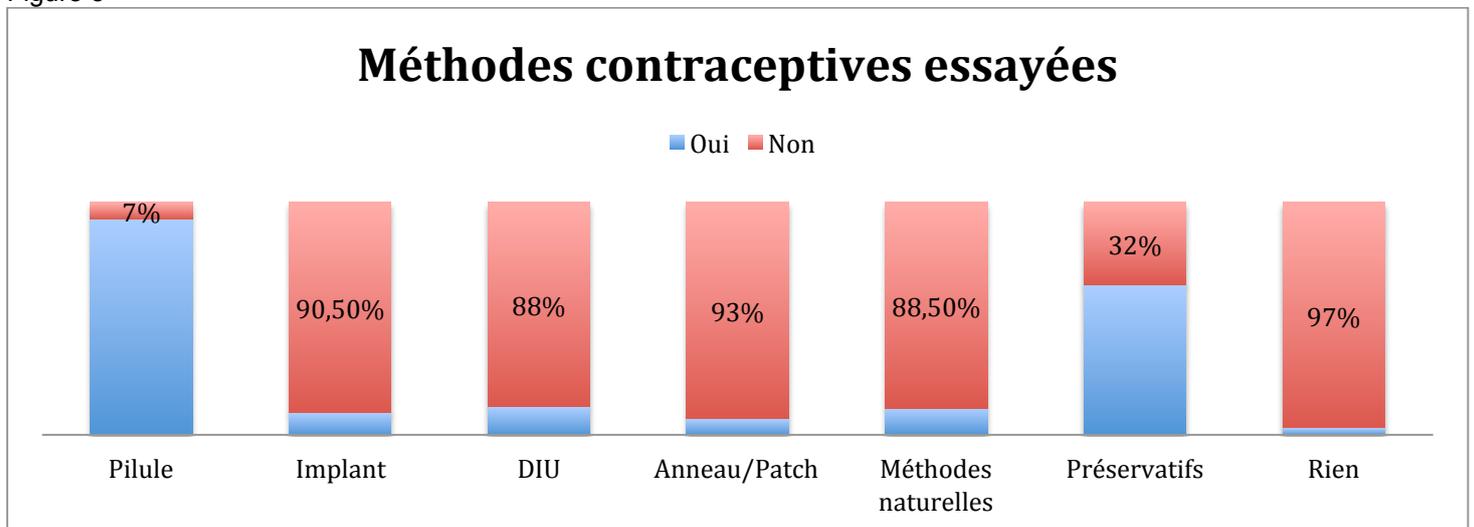
Figure 7



84% des patientes qui n'utilisaient pas leur première contraception comme contraceptif ne l'ont pas remise en question lors des premiers rapports.

En moyenne, les nullipares de l'échantillon ont changé 1,7 +/-1,6 fois de contraception (y compris de pilule) depuis leur première contraception jusqu'à leur contraception actuelle. Les différentes méthodes contraceptives essayées se concentrent surtout sur la pilule (93% des femmes l'ont essayée) et le préservatif (58%). Les autres méthodes sont minoritaires, ne dépassant pas les 12%.

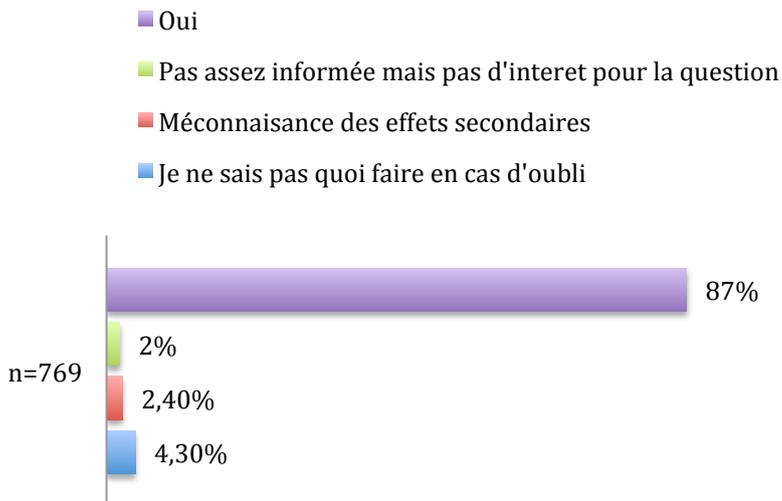
Figure 8



3.3. Information et confort contraceptif

Figure 9

Sentiment d'être assez informée sur la contraception actuelle



87% des femmes interrogées pensent être assez informées sur leur contraception mais seulement 45% des patientes estiment avoir reçu une information contraceptive complète lors du choix contraceptif actuel. La majorité jugeant cette information très limitée ou inexistante. De même uniquement 30,5% des patientes ont le sentiment d'avoir choisi leur contraception.

Figure 10

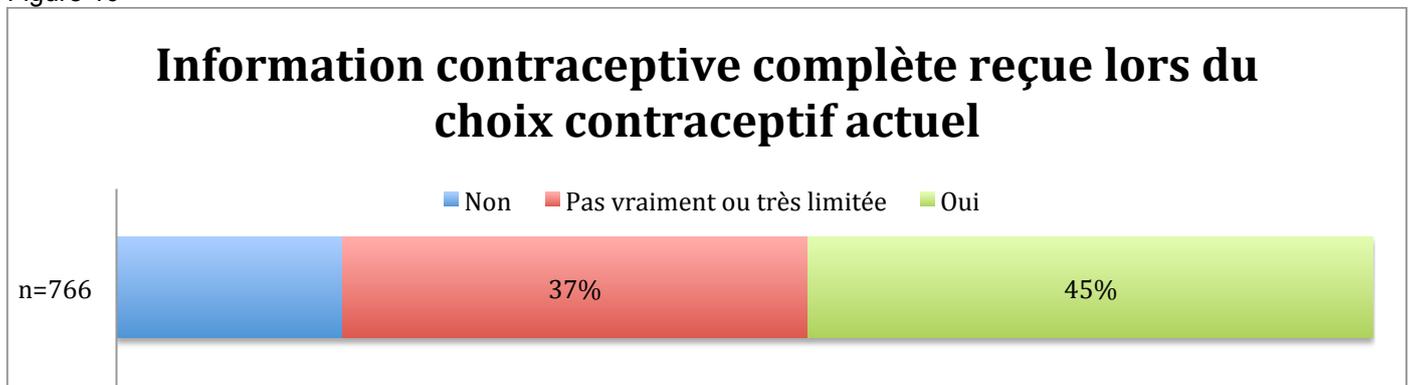
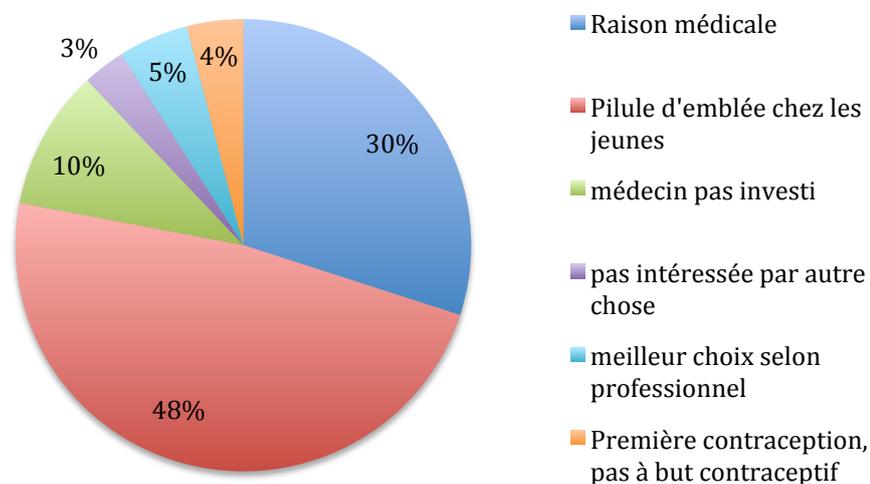


Figure 11



Si pas de choix reçu, raisons amenées (n=188)



Lorsqu'elles estiment ne pas avoir eu le choix, 188 patientes ont laissé un commentaire pour donner une explication. Le commentaire était libre, seule la raison médicale était proposée.

Une raison médicale d'ordre personnel ou familial est amenée dans 30% des cas.

Figure 12

Pour 48% des femmes le choix n'a pas été possible car la pilule est prescrite de façon systématique chez les nullipares. « On n'a pas évoqué d'autres possibilités, on m'a tout de suite conseillé la pilule, la pilule semblait aller de soi. », « On ne m'a proposé rien d'autre que la pilule, sans m'exposer les raisons de ce choix. ».

Certaines l'expliquent par le jeune âge « A 15 ans il ne propose que la pilule », « J'étais jeune la question ne s'est pas posée », « La première gynéco (en cabinet) qui m'a suivie m'a prescrit une pilule d'office. Ce n'est qu'avec une gynéco de planning familial que j'ai commencé à aborder le sujet d'un changement de moyen de contraception (implant) car j'ai tendance à oublier ma pilule (au moins 1 fois par mois) »

D'autres par le fait que poser un DIU chez une nullipare est encore mal considéré : « Souhait de DIU, pas voulu par la SF », « Réticence à poser des stérilets à des femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants alors que je pensais que c'était la méthode qui me conviendrait le mieux ».

D'autres encore l'expliquent comme étant dans les habitudes de leur praticien « Mon médecin a l'habitude de ne prescrire qu'un type de pilule, donc il a d'office prescrit Leeloo sans me parler des autres », « Mon médecin faisait davantage confiance à la pilule »

Certains commentaires relèvent la prescription de la pilule lorsque la première contraception n'a pas de but contraceptif (4%) : « J'avais 16 ans quand j'ai commencé à prendre la pilule et ce n'était pas dans un but contraceptif donc une fois que j'ai eu ce moyen de contraception ma gynécologue n'a jamais pensé à me proposer autre chose. »

Certaines considèrent leur praticien comme peu investi (10%) : « Gynéco qui ne laisse pas vraiment le patient s'exprimer », « médecin peu investi » et montrent l'absence de communication dans le choix contraceptif : « Pilule imposée pendant ma première visite », « Elle m'a obligé à acheter le stérilet, que je n'ai pas fait poser ».

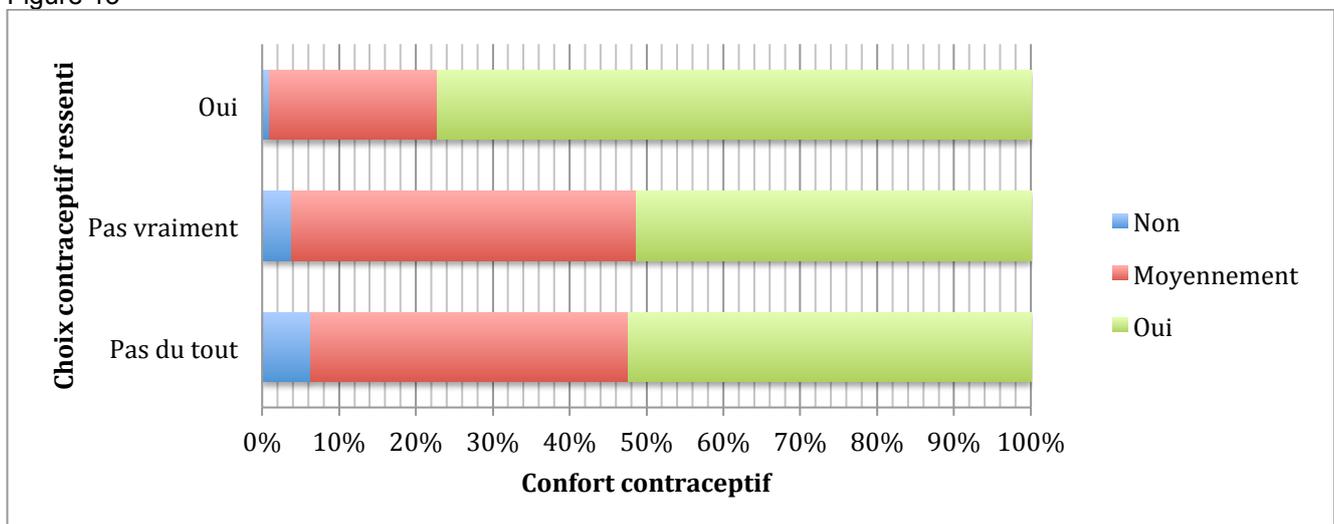
Au contraire, d'autres ont fait totalement confiance à leur médecin (5%) : « Mon gynéco m'a proposé ce qu'il semblait être le plus adéquat à mes besoins », « Je fais confiance à mon médecin ».

Enfin une nullipare illustre l'importance de l'information contraceptive afin de faire un choix éclairé : « Pas connaissance des autres méthodes contraceptives donc pas de réels choix à faire ».

Au niveau du confort contraceptif, 67% des patientes disent être à l'aise avec leur contraception. La figure ci dessous nous montre que plus la patiente a l'impression d'avoir choisi sa contraception, plus elle indique être à l'aise avec sa contraception actuelle.

Confort contraceptif en fonction du sentiment d'avoir choisi sa contraception

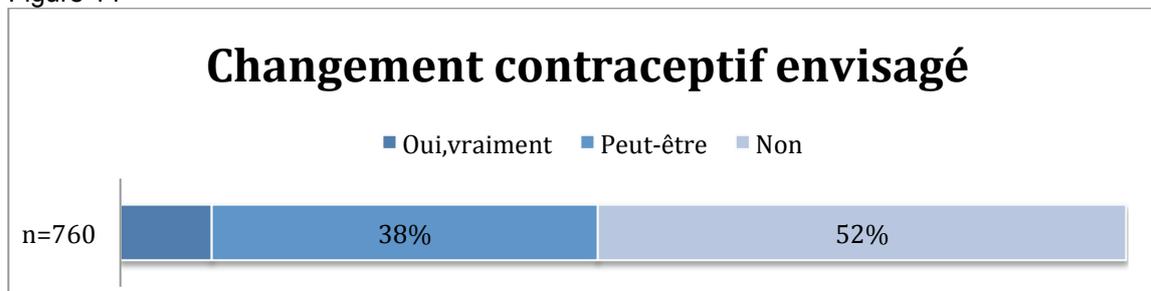
Figure 13



De façon globale, sur une échelle de 0 à 10, les nullipares estiment en moyenne à 6,8+/-2,7 le fait que leur contraception soit adaptée à leur mode de vie.

Elles évaluent en moyenne à 7+/-2,7 la satisfaction globale de leur contraception actuelle (efficacité, facilité d'utilisation).

Figure 14



Un changement contraceptif est envisagé par plus de la moitié des nullipares ayant répondu au questionnaire.

3.4. Connaissances des nullipares

Sur les 20 questions de connaissances contraceptives posées, seules 18 ont été retenues pour établir un score. Les questions non prises en compte sont les questions 31 et 35.

Sur 768 réponses, la moyenne de ce score est de 11,5+/-2,9 (p<0,0001)

Sur les réponses fournies, voici les résultats marquants de cette seconde partie du questionnaire.

Tableau I

Questions posées	Oui	Je ne sais pas	Non	Fréquence (n)
DIU : le stérilet peut-il augmenter le risque de stérilité ?	12,5%	26%	61,5%	767
Le stérilet est-il réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants ?	9%	4,5%	86,5%	765
Les stérilets contiennent toujours des hormones ?	6%	21%	73%	764
Pilule : Peut-on enchaîner les plaquettes ?	82%	3%	15,5%	765
Un oubli de pilule est-il tolérable par plaquettes ?	24%	8%	68%	763
La pilule remplace le préservatif pour éviter les IST ?	1%	0%	98,5%	765
La pilule est-elle la méthode contraceptive la plus efficace ?	22%	17,5%	60,5%	764
Le préservatif est-il un moyen contraceptif efficace ?	73,7%	1%	25%	764
La contraception d'urgence est-elle toujours efficace ?	11,5%	13%	75,5%	765
La contraception d'urgence nécessite-elle une ordonnance ?	4,5%	1,5%	94%	766

Les connaissances globales des méthodes contraceptives sont assez bonnes chez les femmes interrogées. La notion de stérilet compatible avec la nulliparité s'étend, (86% des femmes savent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir déjà eu des enfants pour l'utiliser), mais encore un tiers pense que le stérilet peut augmenter le risque de stérilité. Quant à l'implant, quasiment la totalité des femmes (96,5%) connaît son emplacement et 81% connaissent sa durée d'utilisation.

Concernant la pilule, 60,5% ne considèrent pas la pilule comme le moyen contraceptif le plus efficace et 68% savent qu'un oubli n'est pas tolérable par plaquettes.

En ce qui concerne la prévention des IST l'information est maximale, 98% des femmes savent que le préservatif est indispensable pour les éviter, même si 74% considèrent que le préservatif est un moyen contraceptif efficace et qu'un quart pense ou ne savent pas si la contraception d'urgence est toujours efficace.

3.5. Vécu contraceptif en fonction des différentes contraceptions

Afin de pouvoir réaliser des statistiques de croisements avec les différentes méthodes contraceptives, le regroupement de certaines méthodes était nécessaire pour atteindre des effectifs suffisants.

Comme le but était d'analyser principalement le vécu contraceptif sous pilule versus les autres contraceptions, le regroupement final aboutit à trois catégories : les patientes sous pilule, les patientes sous DIU/implant/patch/anneau et les patientes utilisant les méthodes dites naturelles et le préservatif.

Tableau II

Regroupement des contraceptions	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée
Pilule	526	68,7%	526
DIU/implant/patch/anneau	167	21,8%	693
Méthodes naturelles/préservatifs	73	9,5%	766

Les 6 patientes qui ont déclaré ne pas utiliser de méthodes contraceptives n'ont pas été prises en compte.

Tableau III

Regroupement des contraceptions	Pilule	DIU/Implant/ Anneau/Patch	Méthodes naturelles/ Préservatifs
Temps sous contraception actuelle (p<0,0001)			
Moins de 3 mois	4,2%	16,2%	5,26%
Moins d'un an	5,2%	28,7%	10,3%
1 à 3 ans	19,8%	43,1%	38,6%
Plus de 3 ans	70,8%	12%	36,8%
<i>Fréquence (n)</i>	524	167	57
Praticien actuel (p<0,0001)			
Médecin traitant	33,8%	10,18%	27,69%
Gynécologue de ville	49,6%	45,5%	56,9%
Gynécologue hospitalier	9,5%	12,6%	9,2%
Médecin en centre de planification	2,7%	5,4%	1,5%
Sage-femme	4,4%	26,3%	4,6%
<i>Fréquence (n)</i>	526	167	65
Information contraceptive reçue lors du choix contraceptif actuel (p<0,0001)			
Non	22,2%	6%	18,1%
Pas vraiment ou très limitée	42%	19,2%	37,5%
Oui	35,7%	75%	44,4%
<i>Fréquence (n)</i>	526	167	72
Sentiment d'avoir choisi sa contraception (p<0,0001)			
Non	9,9%	2,4%	9,9%
Pas vraiment	37,4%	8,9%	30,9%
Oui	52,7%	88,6%	59,1%
Peurs des méthodes contraceptives influencées par l'entourage (n=734)			
Pas concernée (p=0,02)	42,7%	37,6%	26,1%
Pilule (p=0,04)	35,2%	35,7%	50,7%
DIU (p=0,02)	23,6%	29,3%	37,7%
Implant (p=0,06)	17,5%	17,2%	29%
Confort contraceptif (p=0,0002)			
Non	1,9%	2,4%	4,3%
Moyennement	32,3%	18,7%	46,4%
Oui	65,8%	78,9%	49,3%
<i>Fréquence (n)</i>	523	166	69
Effets secondaires (n=742)			
Aucun (p<0,0001)	30,2%	28,6%	56,7%
Prise de poids (p=0,0001)	30%	15,5%	14,9%
Douleurs (p<0,0001)	11,9%	31,7%	19,4%
Saignements (p<0,0001)	7,8%	29,2%	7,5%
Maux de tête (p=0,0006)	23,1%	10,6%	11,9%
Diminution de la libido (p=0,009)	23,9%	19,2%	13,4%
Sécheresses vaginales (p=0,007)	20,8%	12,4%	9%

Regroupement des contraceptions	Pilule	DIU/Anneau/ Patch/Implant	Méthodes naturelles/ Préservatifs
Echecs contraceptifs (n=762)			
Aucun échec (p<0,0001)	36,6%	77,8%	54,9%
Oublis de pilule (p<0,0001)	60,7%	-	-
Utilisation de la contraception d'urgence (p<0,0001)	24,4%	10,2%	36,6%
Changement contraceptif envisagé (p<0,0001)			
Non	45,9%	75,8%	43,7%
Peut-être	44,2%	20,6%	40,8%
Oui, certainement	10%	3,6%	15,5%
<i>Fréquence (n)</i>	523	165	71
Information reçue (p<0,0001)			
Aucune	27,5%	7,2%	30%
Par les études	36,8%	18,1%	27,1%
Par les professionnels	16,1%	20,5%	25,7%
Par les études et les professionnels	19,6%	54,2%	17,1%
<i>Fréquence (n)</i>	516	166	70

Les patientes sous pilule le sont pour la grande majorité (70%) depuis plus de 3 ans et elles sont suivies pour la plupart par un gynécologue de ville ou par leur médecin traitant. 64% de ces patientes estiment n'avoir pas reçu une information contraceptive suffisante lors du choix de leur pilule et seuls la moitié d'entre elles ont l'impression d'avoir choisi leur contraception. Elles ont pour la plupart reçue une information contraceptive par leurs études ou aucune information du tout. 65,8% d'entre elles déclarent malgré tout être à l'aise avec l'utilisation de leur pilule même si seulement 30% déclarent ne pas avoir d'effets secondaires. Les principaux énoncés sont la prise de poids, les maux de tête et la diminution de la libido. 36,6% de ces patientes n'ont jamais eu d'échecs contraceptifs avec leur pilule quand 60,7% avouent l'avoir déjà oubliée. 45% de ces femmes n'envisagent pas de changer de contraception.

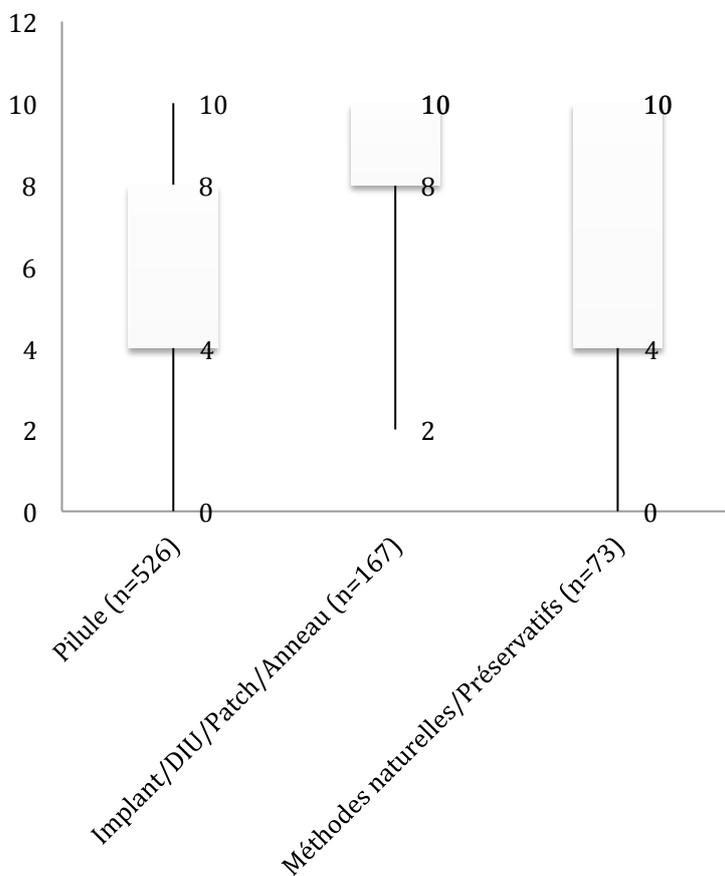
Les patientes utilisant le DIU, l'implant, le patch ou l'anneau l'utilisent pour 40% depuis 1 à 3 ans. Mais la durée d'utilisation est assez variée. Elles sont suivies en majorité (45%) par un gynécologue de ville ou par une sage-femme (26%). Seules 10% d'entre elles sont suivies par leur médecin traitant. 75% de ces patientes estiment avoir reçu une information contraceptive complète lors du choix de leur contraception, d'ailleurs près de 9 patientes sur 10 estiment avoir choisi sa contraception. Du coup en aval, 78,9% déclarent être à l'aise avec cette méthode.

28,6% d'entre elles déclarent ne pas avoir d'effets secondaires liés à cette prise, les principaux cités sont les douleurs, les spottings et la diminution de la libido. 77,8% de ces patientes n'ont jamais eu d'échecs contraceptifs et 75,8% n'envisagent pas de changer de contraception. Plus de la moitié (54,2%) ont reçu une information contraceptive par leurs études et par leur praticien et 7,2% de ces patientes n'ont reçu aucune information.

Les patientes utilisant les méthodes naturelles ou le préservatif l'utilisent pour la plupart (75,4%) depuis 1 à 3 ans ou depuis plus de 3 ans. Elles sont suivies pour plus de la moitié par un gynécologue de ville (56,9%). 49,3% de ces patientes sont à l'aise avec leur contraception. Elles sont les plus nombreuses (56%) à ne pas avoir d'effets secondaires mais elles sont également les plus nombreuses à avoir déjà utilisé une contraception d'urgence (36,6%) et à n'avoir reçu aucune information contraceptive (30%)

Figure 15

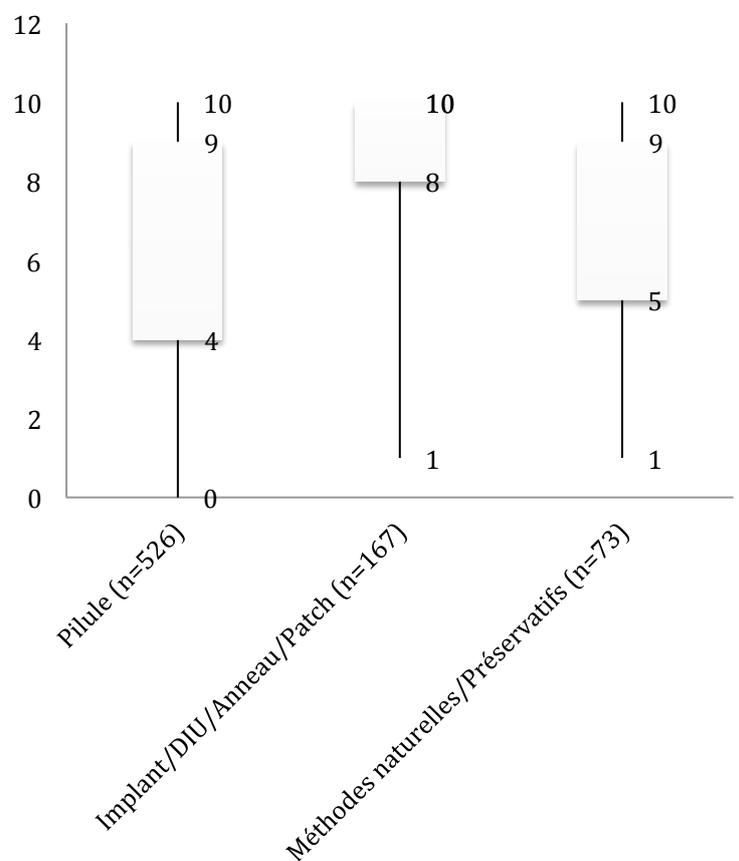
Contraception considérée comme adaptée au mode de vie (Note de 0 à 10)



p<0,0001

Figure 16

Satisfaction globale de la contraception actuelle (Note de 0 à 10)



p<0,0001

50% des patientes sous pilule évaluent le fait que leur contraception soit adaptée à leur mode de vie (horaires de travail, vie familiale..) entre 4 et 8 sur 10. La moyenne de cette note pour les patientes sous pilule (6,3+/-2,7) et celle des patientes utilisant une méthode naturelle ou un préservatif (6,7+/-3,1) sont assez similaires.

Pour les patientes sous implant, DIU, patch ou anneau, la moyenne est supérieure (8,4+/-2,3) et 50% de ces patientes estiment cette note entre 8 et 10 sur 10.

De même au niveau de la satisfaction contraceptive globale, les patientes sous DIU, implant, patch ou anneau l'évaluent en moyenne à 8,3+/-2,4 quand la satisfaction moyenne est de 6,8+/-2,6 sur 10 pour les patientes sous pilule et de 6,7+/-2,6 pour les patientes utilisant une méthode naturelle ou le préservatif.

Enfin, lorsque les patientes ont le sentiment de choisir leur contraception, elles sont 20% à choisir le DIU ou une autre nouvelle méthode hormonale plutôt que la pilule.
($p < 0,0001$)

3.6. Vécu contraceptif en fonction de l'information reçue

Plus de la moitié (57,4%) de notre échantillon a reçu des informations contraceptives pendant ses études.

Afin d'évaluer l'impact de l'information reçue sur le vécu contraceptif, la question 10 concernant l'information reçue par les professionnels lors du choix contraceptif actuel a été croisée avec la question 22 concernant l'information contraceptive reçue pendant les études.

Cela permettant d'établir quatre catégories de population suivantes.

Tableau IV

Information reçue	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée
Aucune information	176	22,9%	176
Par les études	239	31,1%	415
Par les professionnels	135	17,6%	550
Par les études et les professionnels	203	26,4%	753

16 personnes n'ayant pas répondu à l'une ou l'autre des deux questions ont été exclues.

Ces croisements permettent d'établir de façon significative que plus les patientes sont informées, plus elles essayent des moyens contraceptifs variés, notamment le DIU et ont tendance à ne pas choisir la pilule.

Tableau V

Information reçue	Aucune information reçue (n=176)	Information reçue par les études (n=239)	Information reçue par les professionnels (n=135)	Information reçue par les études et les professionnels (n=203)
Contraceptions essayées				
<i>Pilule (p<0,07)</i>	96%	92,9%	94%	89,1%
Implant (p=0,002)	5,2%	6,3%	12,7%	14,9%
DIU (p<0,0001)	5,7%	5%	14,2%	23,9%
Patch, Anneau (p=0,0003)	3,4%	3,8%	11,8%	11,9%
Confort contraceptif (p<0,0001)				
Non	3,4%	0%	5,3%	1,5%
Moyennement	39,4%	33,2%	30,1%	20,7%
Oui	57,1%	66,8%	64,7%	77,8%
Peurs ressenties				
Aucune (p=0,0002)	18,4%	20,7%	22,9%	36,1%
Oublis pilule (p=0,01)	54,6%	57,8%	48,1%	43,1%
Manque d'efficacité (p=0,07)	23,6%	22,4%	19,1%	13,9%
Effet des hormones sur le corps à long terme (p=0,0005)	52,3%	40,5%	43,5%	31,2%
Echecs contraceptifs				
Aucun (p=0,003)	42,3%	41,4%	50%	57,6%
Oublis de pilule (p=0,002)	52%	54%	45,5%	36,9%
Utilisation de la contraception d'urgence (p=0,08)	29,1%	19,2%	23,9%	20,2%
Sentiment d'information				
Satisfaisant (p<0,0001)	78,4%	89,1%	83%	96%
Méconnaissance de la prise en charge de l'oubli de pilule (p<0,0001)	30,1%	11,7%	15,6%	2%
Méconnaissance des effets secondaires (p<0,0001)	19,9%	8,3%	9,6%	1,5%
Sentiment d'avoir choisi sa contraception (p<0,0001)				
Non	15,3%	10,9%	3,7%	1,5%
Pas vraiment	46,6%	40,3%	25,2%	9,9%
Oui	38,1%	48,7%	71,1%	88,6%
Changement contraceptif envisagé (p=0,005)				
Non	44,6%	49%	49%	64,5%
Peut-être	45,1%	40,6%	39,8%	29,5%
Oui, certainement	10,3%	10,5%	11,3%	5,9%

L'étude montre que plus une patiente est informée, plus elle a le sentiment de choisir sa contraception. Le confort contraceptif est lui aussi meilleur lorsque la patiente a bénéficié d'une information contraceptive complète : 57,1% des patientes n'ayant reçu aucune information contraceptive sont à l'aise avec leur contraception contrairement à 77,8% des patientes lorsqu'elles ont été informées par leurs études et par les professionnels. De même, une patiente qui a bénéficié d'une information contraceptive complète a deux fois moins de risque d'avoir des peurs associées à sa contraception. Les peurs d'oublier sa pilule, du manque d'efficacité et de l'effet des hormones à long terme diminuent en moyenne de 10% une fois que la patiente a été informée par ses études et par les professionnels.

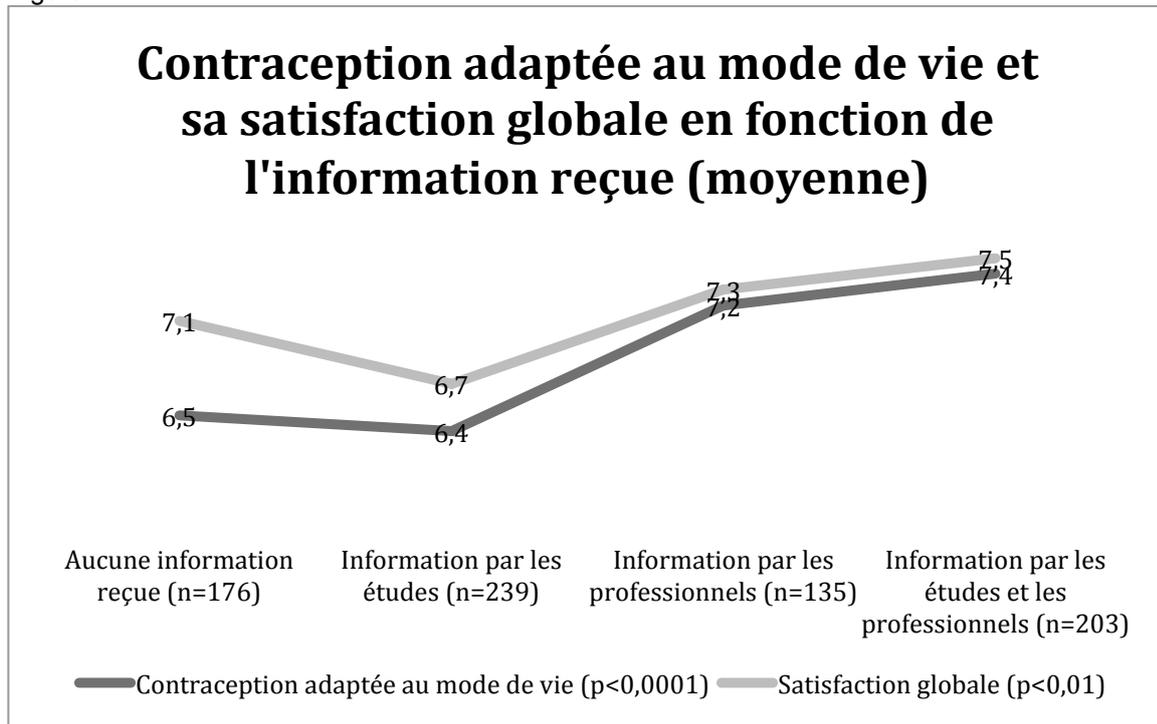
Ces patientes informées ont également moins d'échecs contraceptifs avec leur contraception actuelle (42,3% d'absence d'échecs pour les patientes non informées contre 57,6% chez les patientes informées).

Pratiquement la totalité des patientes informées (96%) ont l'impression d'être suffisamment informée sur leur contraception actuelle, ces patientes savent quoi faire en cas d'oubli de pilule (seules 2% disent ne pas savoir quoi faire) et connaissent les effets secondaires de leur contraception (1,5% déclarent ne pas les connaître). 64,5% de ces patientes n'ont pas l'intention de changer de contraception.

Pour les patientes n'ayant reçu aucune information, 78,4% se sentent assez informées sur leur contraception. 30% d'entre elles ne savent pas quoi faire en cas d'oubli de pilule et 20% ne connaissent pas les effets secondaires de leur contraception. 44,6% de ces patientes disent ne pas envisager de changement contraceptif.

On s'aperçoit globalement que l'information reçue par les professionnels a plus d'impact que l'information reçue par les études sur l'amélioration du confort contraceptif, la diversité des moyens contraceptifs essayés, la diminution des peurs liées à la contraception et des échecs contraceptifs. Seul le sentiment d'information est meilleur avec l'information contraceptive reçue par les études plutôt qu'avec l'information reçue par les professionnels.

Figure 17



Plus la patiente a reçu une information complète, plus elle considère sa contraception comme étant adapté à son mode de vie et plus elle est satisfaite de sa contraception.

Troisième partie : Discussion

1. Analyse de l'étude : points forts/ points faibles

1.1. Les limites de l'étude

Le mode de recueil des questionnaires engendre un biais car l'échantillon, même si le but n'était pas qu'il soit représentatif de la population générale, n'a pas été tiré au sort. La diffusion s'est faite de façon multicentrique à partir de plusieurs sources sur le réseau, néanmoins ces points étaient majoritaires dans le Nord d'où la répartition majeure des réponses dans le Nord de la France avec 50% des patientes ayant entre 21 et 24 ans.

L'étude est basée sur le sentiment qu'ont les nullipares d'être assez informées. Or rien ne nous permet de savoir quelles informations elles ont véritablement reçues. Cette valeur est donc purement subjective et représentative de l'information perçue par les patientes. En effet l'établissement du score évaluant les connaissances contraceptives en seconde partie de questionnaire n'est pas représentatif. Certaines questions ont mal été comprises malgré le questionnaire test. Par exemple la question relative à la durée maximale de recours à la contraception d'urgence était ambiguë pour les nullipares informées, il aurait fallu préciser « toutes contraceptions d'urgence confondues ». Cette seconde partie du questionnaire n'a donc pas été prise en compte dans les analyses statistiques.

Enfin, la question 15 du questionnaire relative à la satisfaction globale a pu engendrer des biais. Certaines nullipares auraient peut être voulu noter différemment l'efficacité et la facilité d'utilisation, deux critères qui étaient notés entre parenthèses pour guider la réponse.

1.2. Les points forts de l'étude

Le mode de recueil par Internet a permis d'obtenir un échantillon de 800 réponses sur une large partie du territoire français. Cet échantillon conséquent a permis aux statistiques de l'étude d'avoir un seuil de significativité très élevé, régulièrement autour de $p=0,0001$.

Cette méthode a également permis de cibler une population ayant plus facilement accès aux informations contraceptives. Ainsi la population recueillie est équilibrée entre une population qui a été informée sur la contraception pendant ses études et une population qui ne l'a pas été.

Les questionnaires ont été remplis de façon anonyme et sans obligation : le lien étant disponible, la démarche d'y répondre était volontaire. Cela a sans doute permis d'éviter les biais de subjectivité, d'omission ou de mensonge dans les réponses.

La question 0 du questionnaire a permis d'exclure les patientes ayant déjà accouché, assurant ainsi la nulliparité des patientes. De même la question 23 concernant le lieu de résidence a permis d'exclure les patientes vivant à l'étranger.

2. Analyse et Discussion

2.1. Norme contraceptive et parcours contraceptif

2.1.1. *Situation contraceptive actuelle*

Dans notre échantillon, la méthode contraceptive la plus utilisée est la pilule, elle est utilisée à un taux plus élevé que dans la population générale, cela s'explique car notre population est composée de nullipares. Cela confirme l'idée que les nullipares sont plus utilisatrices de pilule que les femmes ayant déjà accouché.

Notre population a par contre un taux élevé d'utilisation de DIU comparé aux autres études [8], ce fort pourcentage peut s'expliquer par le niveau social de notre population. Etant favorisée, elle a un accès facile aux informations contraceptives et aux professionnels spécialisés.

La répartition des praticiens consultés par les nullipares est assez similaire à la répartition de la population générale, néanmoins le taux de suivis par les sages-femmes est élevé. Cela s'explique par la forte proportion d'étudiantes sages-femmes, mieux placées que quiconque pour être averties des compétences gynécologiques des sages-femmes, qui ont répondu au questionnaire.

2.1.2. Première contraception

La première contraception utilisée par les nullipares, majoritairement à but contraceptif, est dans les trois quarts des cas une pilule. Le reste du temps il s'agit du préservatif et de façon globale, les méthodes de contraception essayées par les nullipares tout au long de leur parcours contraceptif sont également la pilule et le préservatif loin devant les autres méthodes.

La norme contraceptive est donc encore majoritaire en France, peu de patientes nullipares utilisent autre chose qu'une pilule comme moyen contraceptif.

Sachant que les nullipares changent seulement une à deux fois de contraception (y compris de pilule) dans leur vie de nullipare, on peut supposer que la première contraception qu'elles prennent est gardée assez longtemps. Surtout que même lorsque cette première contraception n'a pas de but contraceptif, elle n'est pas réévaluée huit fois sur dix lors du début de la vie sexuelle.

La réévaluation n'a pas lieu, probablement, car les nullipares sont à l'aise avec leur contraception et ne voient pas d'intérêt à la changer.

Mais elle peut s'expliquer aussi par les habitudes des professionnels. La prescription systématique de pilule chez la nullipare est encore fréquente (Pratiquement la totalité de l'échantillon a été au moins une fois sous pilule). Celle-ci est prescrite initialement, en début de parcours contraceptif et on peut supposer que si elle est tolérée par la patiente, elle n'est pas réévaluée.

La première hypothèse qui suppose que la pilule est encore majoritaire chez les nullipares est validée.

2.2. Information contraceptive

2.2.1. Sentiment d'information

La prescription contraceptive est néanmoins souvent faite de façon systématique sans impliquer la patiente étant donné que moins d'un tiers des patientes de l'échantillon estiment avoir choisi leur contraception, et ce essentiellement si la contraception est une pilule.

De plus, lorsque l'on détaille les raisons de cette absence de choix, la persistance de cette norme contraceptive qui veut que pilule = nullipare est une des raisons principales, au détriment souvent d'une information contraceptive puisque moins de la moitié des patientes estiment avoir reçu une information contraceptive complète lors du choix de leur contraception actuelle.

Or, l'étude met en évidence que plus la contraception est choisie en accord avec la patiente, plus celle-ci est à l'aise avec l'utilisation de sa contraception et peut donc laisser supposer une meilleure observance.

Néanmoins même si les patientes n'ont pas réellement choisi leur contraception, on peut se demander comment malgré tout elles vivent leur contraception.

2.2.2. Bénéfices d'une information contraceptive la plus complète

D'un point de vue général, cette étude permet de mettre en évidence que plus la patiente a été informée sur la contraception, plus l'ensemble des paramètres de son vécu contraceptif est amélioré.

Presque neuf nullipares sur dix dans notre échantillon se sentent assez informées sur leur contraception actuelle mais seules les patientes ayant reçu une information contraceptive pendant leurs études et par les professionnels se disent pratiquement toutes assez informées sur la contraception en général. Ce sentiment d'information complète leur permet de choisir leur contraception. Elles adaptent par conséquent au maximum leur contraception à leur mode de vie, elles en sont plus satisfaites et se sentent plus à l'aise dans son utilisation.

Cela leur permet également d'être plus sereine au quotidien car si les trois quarts des nullipares de l'échantillon avouent ressentir des peurs liées à leur prise contraceptive, une patiente qui a le sentiment d'être informée a deux fois moins de risque de ressentir ces peurs.

Cette sérénité est certainement liée au fait que si l'information permet de connaître les effets secondaires de la contraception et donc de ne pas en avoir peur, cela permet aussi une meilleure connaissance de l'utilisation du contraceptif qui en devient facile et qui engendre donc une meilleure observance. Cela explique la diminution des échecs contraceptifs de 15% chez les patientes informées.

Ce confort ressenti vis à vis de leur contraception permet aux nullipares de ne pas subir leur contraception. C'est pourquoi les deux tiers de ces patientes n'envisagent pas de changer de contraception, ce qui est 20% supérieur aux patientes n'ayant reçu aucune information.

2.2.3. Impact des sources informatives

Dans l'impact de l'information, le poids de l'information reçue par les études a moins de répercussion sur le vécu contraceptif que l'information fournie par les professionnels. Cela appuie et met en valeur la relation privilégiée entre le patient et le praticien médical.

L'influence du médecin sur le patient ne doit pas être négligé. Comme pour cette patiente qui dit ne pas avoir de choix à faire étant donné qu'elle n'est pas informée, le professionnel de santé a un devoir d'information et ce, d'autant plus que son discours a un impact primordial sur le vécu contraceptif de ses patientes. En effet, les résultats montrent significativement que seule l'information fournie par le professionnel permet de majorer le sentiment de la patiente de choisir sa contraception. Même si la patiente a reçu une information contraceptive lors de ses études, si le praticien ne lui accorde pas un temps d'information, elle n'aura l'impression d'être actrice du choix de sa contraception qu'une fois sur deux. Or, une patiente n'ayant bénéficié d'aucune information en amont de sa consultation choisit sa contraception 7 fois sur 10 uniquement grâce aux informations données par le professionnel. Cela démontre l'importance de cet entretien et de ce temps consacré à l'information contraceptive en consultation.

Néanmoins, la meilleure information possible semble être l'addition d'une information globale et complète, représentée dans notre étude par l'information reçue pendant les études, accompagnée d'une information reçue de façon privilégiée dans le cadre d'un entretien avec un professionnel de santé. Cette combinaison d'informations semble améliorer de manière très nette le sentiment d'être actrice du choix de sa contraception et donc le vécu contraceptif.

La seconde hypothèse qui suppose qu'une information contraceptive améliore le vécu de la contraception est donc validée.

2.3. Vécu contraceptif : Pilule / Autres méthodes

2.3.1. Vécu contraceptif et pilule

D'après notre étude, on peut déduire que la pilule est un moyen contraceptif utilisé sur une longue période, que ce soit parce qu'elle n'est pas réévaluée par les professionnels ou parce que les patientes qui l'utilisent ont un confort contraceptif assez satisfaisant pour ne pas en changer.

Cette contraception est prescrite en majorité par les professionnels les plus accessibles, comme le médecin traitant ou le gynécologue de ville.

La pilule est la contraception utilisée par le plus grand nombre, plus de la moitié de notre échantillon. Ce résultat concorde avec les autres études et notamment celle effectuée par le baromètre de la santé en 2010 qui indique que 78,4% des femmes de 15 à 29 ans utilisent une pilule.[12]

La pilule est donc la contraception prescrite comme première contraception, la plus répandue et la plus essayée par les nullipares. Elle est la contraception de premier recours, prescrite encore souvent de manière systématique chez la nullipare. Ainsi, la patiente non informée et qui n'a pas accès à un spécialiste aura majoritairement une pilule, contraception qu'elle ne choisit vraiment qu'une fois sur deux. En effet, deux femmes sur trois utilisant une pilule disent ne pas avoir reçu une information contraceptive complète.

Mais ce parcours contraceptif est ancré dans les mœurs. Il n'est donc pas forcément remis en question par les nullipares qui gardent leur pilule au fur et à mesure des années, sans la remettre en question ou sans que le professionnel ne le fasse, étant donné que le vécu contraceptif qui en découle est correct.

Les patientes sous pilule n'ont souvent pas eu d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ni d'ailleurs sur les modalités de prise de la contraception d'urgence. D'ailleurs dans notre étude, les oublis de pilule concernent encore plus de la moitié des patientes. Néanmoins, deux tiers des nullipares sous pilule se disent satisfaites et à l'aise avec leur contraception.

Cela rejoint l'article paru en mars dernier dans Egora qui dit que les patientes critiquent mais la pilule mais la choisissent quand même. Elles ne la considèrent pas comme la contraception la plus optimale et avoue qu'elle est source de contraintes, d'inquiétudes, d'échecs contraceptifs mais elles la préfèrent. En effet, toujours selon l'article, les femmes préfèrent utiliser une contraception qu'elles connaissent. Le fait que la pilule soit utilisée depuis longtemps les rassure, c'est le changement qui les effraie. [22]

Cela rappelle encore une fois le rôle primordial de l'entretien privilégié avec le professionnel pour éclaircir les à priori.

La pilule est donc un bon contraceptif qui convient à une grande partie des nullipares qui l'utilisent, néanmoins ce n'est pas le cas pour certaines d'entre elles car lorsque la patiente reçoit une information lui expliquant les différentes méthodes contraceptives, 20% ont tendance à laisser la pilule et à plus choisir une autre méthode contraceptive comme le DIU ou les nouvelles méthodes hormonales.

2.3.2. Vécu contraceptif et DIU et nouvelles méthodes hormonales

Le DIU et les nouvelles méthodes contraceptives hormonales sont des contraceptions choisies, utilisées par des patientes ayant bénéficié d'une information contraceptive complète, et qui ont accès à des praticiens spécialisés. Cela rejoint l'étude du baromètre de la santé des pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans réalisée en 2010 : « La part croissante des nouvelles méthodes contraceptives pourrait davantage être liée aux possibilités pour les femmes d'être suivies par un spécialiste. Les médecins généralistes apparaissent, en effet, moins bien informés sur les nouvelles méthodes de contraception et se sentent moins à l'aise pour les conseiller. » [12] et l'étude Fécond qui dit que les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste. [8]

Le vécu contraceptif qui en découle est meilleur que celui sous pilule, cela doit être du au fait qu'elles sont plus informées ce qui les rassure et permet d'anticiper les échecs contraceptifs et par le fait qu'elles aient choisi leur contraception, ce qui leur permet d'avoir une contraception au plus près de leurs attentes et de leurs besoins, une contraception adaptée au mieux à leur mode de vie. D'ailleurs le sentiment d'avoir une contraception adaptée au mieux à la vie des patientes est en moyenne nettement meilleur sous DIU, implant, patch et anneau que sous pilule, de même que la satisfaction globale de la contraception.

Il est difficile de savoir par contre si ce meilleur vécu s'explique par l'information, l'adéquation au mode de vie ou la contraception même qui demande moins de rigueur, certainement une combinaison des trois.

On rejoint donc l'idée qu'une partie des patientes sous pilule le reste car elles n'ont pas connaissance de méthodes qui pourraient mieux leur convenir.

Cette démarche de transition de la pilule vers les autres méthodes contraceptives chez les nullipares a déjà débuté comme le montre l'étude Fécond de 2012. Elle indique que la baisse de la pilule est compensée depuis 2010 par l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives. Néanmoins l'étude précise que l'utilisation majoritaire des nouvelles méthodes est celle de l'implant, souvent dans un souci de fournir une contraception efficace à des patientes non observantes, et non par souci d'information.

La troisième hypothèse selon laquelle le vécu contraceptif sous pilule est moins bon est donc partiellement validée.

2.4. Propositions

2.4.1. Information et formation des professionnels

Dans tous les cas, une information contraceptive dispensée par le professionnel de santé semble essentielle puisqu'ayant un impact considérable sur le vécu contraceptif des nullipares. La formation des professionnels pouvant prescrire une contraception à l'importance de ce temps d'information semble nécessaire.

Les étudiants en médecine et les étudiants sages-femmes doivent être au courant de la remise en question de la norme contraceptive et du rôle essentiel qu'ils jouent dans le vécu et dans la vie contraceptive des patientes, ils doivent y consacrer un temps privilégié.

Dans le même ordre d'idée, il semble également utile d'assurer la formation continue des professionnels de santé et de leur permettre de mettre à jour régulièrement leurs connaissances contraceptives.

Comme le montre par exemple l'étude Fécond de 2012 concernant le DIU, encore 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes ne recommandent pas l'utilisation du DIU chez la nullipare et seuls 29% des généralistes interrogés par l'étude considèrent que leur formation les a bien préparé à la pose du DIU contre 98% des gynécologues.

Des congrès et des formations sont déjà proposées aux professionnels dans le cadre de cette formation continue mais rien n'oblige un professionnel à se former et la disponibilité des professionnels ne coïncident pas toujours avec ces séances proposées. De plus, seul un certain nombre limité de formations est autorisé par an aux praticiens de façon gratuite.

On pourrait malgré tout rendre cela plus accessible en envoyant par mail à tous les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes les fiches mémo de l'HAS créés pour la campagne de communication de 2013. [21]

2.4.2. Information des nullipares

Au niveau des nullipares, même si le poids de l'information annexe à la consultation est secondaire, elle en reste pour autant primordial. Ainsi, en plus des spots d'informations publicitaires et des sites d'information créés par le gouvernement qu'il faudrait renforcer, il faudrait mettre en place des séances d'information au sein même des universités. En effet, si l'adolescente bénéficie de cours relatifs à la contraception au collège et au lycée, aucune séance d'information n'est mise en place pour les étudiantes une fois les études supérieures entamées. On pourrait imaginer le même type d'intervention dans les facultés.

Cela semble essentiel car comme l'indique l'étude du baromètre de la santé : « Plus d'un tiers (37 %) des femmes déclarent donc une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, soit 12 % de l'ensemble des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives : elles sont 8 % parmi les 15-19 ans, 15 % parmi les 20-24 ans et 12 % parmi les 25-29 ans. Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes n'ayant pas désiré être enceintes, et l'oubli de pilule pour 44 % d'entre elles. » [12].

Il est donc urgent que les nullipares soient au courant des différentes méthodes contraceptives qui leurs sont accessibles afin qu'elles puissent l'adapter au mieux à leur vie, en la rendant la moins contraignante possible. En les rendant actrice de leur contraception, il sera possible de réduire le nombre d'échecs contraceptifs et peut être notamment les IVG.

2.4.3. Accessibilité des professionnels et des méthodes contraceptives

La répartition et l'accès des patientes aux professionnels spécialisés en contraception devraient être plus homogène car une patiente en milieu rural à 2,7 fois moins de chance d'avoir accès aux nouvelles méthodes contraceptives qu'une patiente vivant en région parisienne. [8]

De plus, l'accès aux professionnels spécialisés nécessitent d'avoir une situation financière correcte comme l'explique A. Malmartel et L. Rigal dans leur article sur le suivi gynécologique [23] : « Avoir un suivi gynécologique, de surcroît assuré par un gynécologue améliore le dépistage, mais chacune des étapes de ce processus de dépistage connaît d'importantes disparités sociales. »

Au delà de la question de choix contraceptif, celle de l'accès même au système de soins se pose. On pourrait alors imaginer lors de toute première prescription contraceptive ou d'un changement contraceptif, la mise en place d'une consultation obligatoire entièrement dédiée à la contraception. La forme de cette consultation pourrait être la même que celle des entretiens du 4^{ème} mois de grossesse. Cette consultation pourrait être assurée par des professionnels, qui dans l'idéal devraient justifier de connaissances actuelles en matière de contraception. Elle pourrait aussi bénéficier d'une meilleure tarification pour les praticiens, car elle serait plus longue et plus chronophage.

Cette solution a été en partie proposée par l'HAS lors de la campagne de communication de 2013 et fait donc partie des recommandations.

Conclusion

Cette étude a permis de répondre à notre problématique : « Comment les nullipares vivent-elles leur contraception et quel est l'impact de l'information contraceptive reçue sur ce vécu ? »

Nous avons pu nous rendre compte que l'information fournie aux nullipares par le professionnel a plus d'impact sur leur vécu contraceptif que l'information acquise pendant leurs études. Il paraît donc important et nécessaire de fournir une information contraceptive complète aux nullipares lors des consultations.

La norme contraceptive est toujours présente en France et la pilule est prescrite encore de façon trop systématique en début de parcours contraceptif. Ces habitudes de prescription ne permettent pas à un grand nombre de patientes de choisir leur contraception. Or, nous avons vu qu'une contraception choisie est une contraception vécue plus sereinement et de façon plus satisfaisante par les nullipares, limitant ainsi les échecs contraceptifs.

Le vécu contraceptif sous pilule semble être moins bon que sous les autres méthodes contraceptives, néanmoins cela peut s'expliquer car la moitié des patientes l'utilisant n'ont pas choisi leur contraception, contrairement aux patientes utilisant un DIU ou les autres nouvelles méthodes hormonales qui l'ont choisi dans 90% des cas.

La responsabilisation et l'implication des femmes dans leur vécu contraceptif semblent une étape incontournable dans l'amélioration de ce vécu. Pour faciliter cette mise en place, la sensibilisation des sages-femmes et des médecins généralistes à ces résultats semblent nécessaire, de même que leur formation continue.

De plus, des consultations plus longues dédiées à l'information contraceptive au début du parcours gynécologique des femmes pourraient être mises en place. Les sages-femmes auraient toutes leur place dans ce type de consultation étant donné leurs compétences gynécologiques et la libéralisation grandissante de la profession.

Bibliographie

- [1] Pavard B. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979) : histoire d'un changement politique et culturel. [Thèse du Doctorat d'Université, Histoire] Paris : Institut des Etudes Politiques de Paris; 2010.
- [2] Leridon H. La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. INED; 1987.
- [3] Bossuet C. Travail et Minorité [En ligne]. Mars 2016 [consulté le 12 mars 2016]. Disponible : <http://www.lfp.cz/spip.php?article1749>
- [4] Le Naour J-Y, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). Paris : Le Seuil coll. « L'univers historique »; 2003.
- [5] Pavard B. Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979). Rennes : Presses Universitaires de Rennes; 2012.
- [6] Bard C. Les femmes dans la société française au 20e siècle. Paris : Armand Colin coll. U; 2001.
- [7] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'IVG n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Soc. Déc 2004;407;1-4.
- [8] Bajos N, Moreau C, Bohet A, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Soc. Sept 2012;492.
- [9] Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Etudes et résultats. Juin 2014;884;1-6.
- [10] Toulemon L, Mazuy M, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours, Population. Janv 2015;69;365-398.
- [11] Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Rev Epidemiol Sante publique. Août 2013;61;291-298.
- [12] Arnaud G, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans : Entre avancées et inégalités. Agora Débats/Jeunesses. Janv 2013;63;88.
- [13] Toulemon N, Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et les hommes. In: Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte ; 2008. p.163-195.

- [14] Ruault L. La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes. Mai 2015;34;35-50.
- [15] Amsellem-Mainguy Y. La première contraception, au delà de la question de la fécondité. Presses de Science Po (P.F.N.S.P). 2009;53;21-33.
- [16] Bajos N, Ferrand M. L'avortement à l'âge de raison. Mouvements. Nov 2001;17;99-105.
- [17] Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Politiques sociales et familiales. 2010;100;104-109.
- [18] INPES. Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse. Oct 2011
- [19] Denant D. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. [Thèse du Doctorat d'Université, Médecine générale] Paris : UFR Médicale Paris-Ile-De-France-Ouest. Oct 2012.
- [20] HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avr 2013.
- [21] Ministère des affaires sociales et de la santé. Conférence de presse : Mise en œuvre de la politique sur la contraception. Lancement de la campagne de communication. 15 mai 2013.
- [22] LB C. Contraception : les femmes critiquent la pilule, mais la préfèrent. Egora. Mar 2016.
- [23] Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. J Gynecol Obstet Biol Reprod. mars 2016.

LE VÉCU CONTRACEPTIF DES NULLIPARES

Résumé :

Le taux d'interruption volontaire de grossesse se concentrant ces dernières années aux âges précédents le premier enfant, il semblait important de s'intéresser à l'information fournie aux nullipares, leur vécu contraceptif et leur pouvoir décisionnel dans le choix de leur contraception.

Un questionnaire à l'intention des nullipares fut diffusé sur Internet permettant le recueil de 800 réponses sur l'ensemble du territoire français.

Il en découle que plus une patiente reçoit une information contraceptive complète sur l'ensemble des contraceptions existantes, plus elle a le sentiment de choisir sa contraception, ce qui améliore son vécu contraceptif. Or, la prescription encore souvent systématique de pilule chez la nullipare ne permet pas toujours de rendre ce choix possible.

L'information ayant le plus d'impact étant celle du praticien, le temps d'information de la patiente en consultation est essentiel et doit être privilégié. La sage-femme, de part ses compétences gynécologiques et son activité libérale, a un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de ce vécu contraceptif.

Summary :

The rate of abortion concentrating these last years before the first pregnancy, it was important to focus on information provided to nulliparous women, their contraceptive real-life experience and the way they can choose their contraception.

A web questionnaire to nulliparous women has been broadcast and it leads to 800 answers distributed on the French territory.

It seems that more a patient receives some information about each contraceptive method, more she feels like she choose her contraception, and that improves the way she lives her contraception. However, the systematic prescription of pills doesn't allow to make that choice possible.

The most important contraception being the one given by the medical staff, the information time during consulting is essential and must be valued. The midwife, because of their gynecological skills and their self-employment, have a major role to play in this contraceptive real-life experience's improvement.

Mots-clés :

Contraception, Nulliparité, Information, Vécu contraceptif

Caroline VERHILLE

Diplôme d'état de sage-femme, Année 2016