HAL
open science

Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception

Caroline Lefebvre-Dubois

To cite this version:

Caroline Lefebvre-Dubois. Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02108237

HAL Id: dumas-02108237

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02108237v1

Submitted on 24 Apr 2019

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine Générale

Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception

Numéro : 2019 - 3

Présenté et soutenu publiquement le 15 janvier 2019

Par Caroline Lefebvre - Dubois

JURY
Président :
Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
Monsieur le Docteur Charles MUSZYNSKI
Directeur de Thèse :
Madame le Docteur Pascale DUDEK

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie et Obstétrique)
Chef du service de Gynécologie – Obstétrique – Orthogénie
Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie et Obstétrique)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie, Embryologie et Cytogénétique
Médecine et Biologie de la Reproduction, Cytogénétique et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assurée de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Charles MUSZYNSKI

Praticien Hospitalier Universitaire
Gynécologie Obstétrique Orthogénie

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Pascale DUDEK

Praticien Attaché
Gynécologie Médicale

Merci de m'avoir proposé de travailler avec toi, ce fût une expérience enrichissante.
Merci pour ton aide, tes corrections, tes encouragements tout au long de ce travail.
Merci pour tes bons conseils et ta gentillesse.

A François

Merci pour ton soutien, tes encouragements durant tout ce temps.
Merci pour ta patience, ton investissement dans mes études.
Merci pour ton amour, ta tendresse, ton ambition, ton courage… Je t'aime !

A Victor

Merci pour ta douceur et ton sourire.

A mes parents

Merci pour votre intarissable soutien et votre amour.
Merci pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez inculquées.
Merci de m'avoir offert ces études et le confort de vie pendant celles-ci.

A ma famille et à mes amis

Merci pour vos encouragements.

A toutes ces belles rencontres

Dr SCALA, Dr BAGLIN, Dr LEGRAND, Dr DENIS…

Merci pour votre soutien.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 15

1. Généralités sur la contraception 15
2. Histoire de la contraception 15
3. Les différents moyens de contraception 17
   a. Contraception hormonale 17
   b. Contraception mécanique 25
   c. Contraception naturelle 28
   d. Contraception d'urgence 31
   e. Contraception définitive 32
4. Efficacité contraceptive 33
5. Actualité 34

II. MATERIEL ET METHODES 35

1. Choix du sujet 35
2. Type d'étude 35
3. Population cible 35
4. Elaboration du questionnaire 35
5. Diffusion du questionnaire 36
6. Participation des patientes 36
7. Biais 37
8. Outils 37

III. RESULTATS 38

1. Questionnaires recueillis 38
2. Généralités sur les patientes 38
   a. Age 38
   b. Activité 39
   c. Sexualité et contraception 41
   d. Gestité et parité 43
3. Attentes des jeunes femmes 44
   a. Par rapport à la consultation 44
   b. Par rapport à la contraception 45
4. Informations et connaissances 47
   a. Informations reçues 47
   b. Etat des connaissances 48
5. Craintes face à la contraception 50

IV. DISCUSSION 52

1. Le questionnaire 52
2. Profil des participantes 52
   a. Sexualité 52
   b. Contraception 53
   c. Grossesse 54
3. 1ère consultation pour demande de contraception 54
4. Choix de la contraception 55
5. Attentes des femmes 57
6. Danger à propos des IST 58
7. Sources d'information 58
8. Freins à l'observance thérapeutique 59
9. Intérêt de l'étude 60
10. Perspectives d'amélioration 61

V. CONCLUSION 62

BIBLIOGRAPHIE 63

ANNEXE 65

RESUME 68

TABLEAUX

Tableau 1 – Pilules œstroprogestatives commercialisées en France au 1er décembre 2018

Tableau 2 – Pilules progestatives commercialisées en France au 1er décembre 2018

Tableau 3 – Efficacité des principales méthodes contraceptives – Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Tableau 4 – Catégorie professionnelle des patientes

Tableau 5 – Raisons motivant le choix de la méthode contraceptive

Tableau 6 – Attentes par rapport à la contraception

Tableau 7 – Nombre de méthodes contraceptives connues

Tableau 8 – Principales craintes face à la contraception

FIGURES

Figure 1 – Répartition des patientes selon leur âge

Figure 2 – Niveau d'étude des patientes

Figure 3 – Catégorie professionnelle des patientes en fonction de leur niveau d'étude

Figure 4 – Proportion des patientes ayant déjà eu ou non des rapports sexuels selon leur âge

Figure 5 – Proportion de femmes ayant déjà eu recours à une contraception selon qu'elles aient déjà eu ou non des rapports sexuels

Figure 6 – Recours à la contraception selon les antécédents de grossesse pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels

Figure 7 – Principales attentes des patientes vis-à-vis de la consultation

Figure 8 – Moyen de contraception souhaité avant la consultation

Figure 9 – Raisons motivant le choix de la méthode contraceptive selon la contraception souhaitée

Figure 10 – Attentes par rapport au moyen de contraception souhaité

Figure 11 – Sources d'information

Figure 12 – Estimation des patientes vis-à-vis de leur niveau de connaissances en matière de contraception

Figure 13 – Nombre de moyens de contraception connus selon le niveau de connaissances

Figure 14 – Méthodes contraceptives connues

Figure 15 – Principales craintes face à la contraception

Figure 16 – Contraception utilisée par les femmes au moment du recours à l'IVG

Figure 17 – Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 selon Le Baromètre Santé – INPES

Figure 18 – Méthodes de contraception utilisées dans le monde

ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMPA : Depo Medroxy Progesterone Acetate (Acétate de Médroxyprogestérone)

EE : Ethinyl Estradiol

EMA : European Medicines Agency (Agence Européenne des Médicaments)

FCS : Fausse Couche Spontanée

FDA : Food and Drug Administration (Agence Américaine des Produits Alimentaires et Médicamenteux)

HTA : Hyper Tension Artérielle

IM : Intra Musculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LH : Luteinizing Hormone (Hormone Lutéinisante)

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TE : Thrombo-Embolique

I. INTRODUCTION

1. Généralités sur la contraception

La contraception est définie comme l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) ayant pour but d'empêcher une grossesse non désirée. Elle correspond à un choix personnel et doit être adaptée à chaque personne, à chaque moment de sa vie.

Avant une prescription, une information la plus complète possible doit être délivrée afin de choisir la méthode qui conviendra le mieux, celle qui correspondra le plus aux attentes de la personne, qui sera la plus efficace possible, en tenant-compte des contre-indications éventuelles. La contraception est efficace si les conditions d'utilisation sont respectées. Les échecs sont évalués notamment par rapport au recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Le but est d'optimiser le recours à la contraception pour diminuer les IVG car ils peuvent avoir de graves conséquences physiques ou psychologiques.

Il existe une grande diversité de méthodes contraceptives. En termes de fréquence, vers 18 ans, la pilule est la contraception la plus suivie, en sachant qu'il n'y a pas de contre-indication liée à l'âge pour la pose d'un stérilet. A partir de 35 ans, la demande de dispositif intra-utérin (DIU) est plus fréquente [1].

2. Histoire de la contraception

Au cours de l'histoire, la contraception a toujours existé sous différentes formes, puisqu'on en retrouve des traces jusque dans l'Egypte ancienne. En France, elle est interdite dans l'histoire récente jusqu'en 1967.

En 1920, l'Assemblée Nationale vote une loi interdisant la contraception et l'avortement. Le conseil de l'ordre des médecins déclare même en 1962 que « le médecin n'a aucun rôle à jouer, ni aucune responsabilité à assumer vis-à-vis des moyens anticonceptionnels » [2].

Il faudra attendre la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, qui suspend l'article de loi de 1920, pour que la contraception soit légalisée. La délivrance d'un moyen contraceptif n'en reste pas moins très rigide, rentrant dans un cadre très strict, nécessitant une ordonnance médicale ou un certificat de non contre-indication individuelle, avec une délivrance limitée en quantité et dans le temps. Les mineures doivent également disposer d'une autorisation écrite des parents. L'information est interdite en dehors de celle destinée aux médecins [3].

En 1955, la première pilule contraceptive est mise au point par un médecin américain, Grégory Pincus. Elle sera commercialisée à partir de 1960 aux Etats-Unis et dès 1967 en France avec la loi Neuwirth [4].

En 1974, la loi est modifiée. Cette loi permet la normalisation et la généralisation de la pilule qui est désormais remboursée par la sécurité sociale. Elle est gratuite pour les mineurs dans les plannings familiaux.

La loi Veil de 1975 autorise l'IVG pour une durée de 5 ans, elle sera définitivement adoptée en 1979.

A compter de 1999, la pilule du lendemain est disponible en pharmacie, sans ordonnance [5].

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception reprend les différents dispositifs déjà prévus.

Enfin, la loi du 9 août 2004, fixe comme objectif d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours [6].

3. Les différents moyens de contraceptions

a. Contraception hormonale

→ Œstroprogestative

<u>Pilule</u>

La pilule œstroprogestative contient un œstrogène de synthèse, l'éthinylestradiol (EE) ou naturel, l'estradiol et un progestatif de synthèse. Selon le progestatif, on distingue les pilules de 1ère, 2ème, 3ème génération ou autres.

Il existe des plaquettes mono-, bi-, tri- voire quadriphasiques. La prise se fait selon un schéma discontinu avec un comprimé par jour pendant 21 jours et arrêt de 7 jours ou un schéma continu pour améliorer l'observance avec un comprimé par jour pendant 28 jours, dans ce cas, la plaquette contient des comprimés placebo (2, 4 ou 7 selon le schéma).

Génération progestatif	Dénomination commune	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
1ère	-	-	-	-	-
2ème	Lévonorgestrel	Monophasique	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	Minidril - Ludéal - Lévonorgestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / EG / Mylan / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Optidril	21 cp actifs + 7 placebo
			Lévonorgestrel 100 µg, EE 20 µg	Leeloo - Lovavulo - Lévonorgestrel Ethinylestradiol 100/20 Biogaran / Cristers / EG / Mylan / Sandoz / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Optilova - Lévonorgestrel Ethinylestradiol 100/20 Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo
		Biphasique	Lévonorgestrel 150 puis 200 µg, EE 30 puis 40 µg	Adépal - Pacilia	21 cp (7 + 14) + 7 jours d'arrêt
		Triphasique	Lévonorgestrel 50 puis 75 puis 125 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Trinordiol - Daily - Evanecia	21 cp (6 + 5 + 10) + 7 jours d'arrêt
		-	Lévonorgestrel 150 µg, EE 30 µg + EE 10 µg	Seasonique	84 cp OP + 7 EE
3ème	Désogestrel	Monophasique	Désogestrel 150 µg, EE 20 µg	Mercilon - Désobel 150/20 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/20 Biogaran / EG / Mylan / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
			Désogestrel 150 µg, EE 30 µg	Varnoline - Désobel 150/30 - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran / EG / Mylan / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Varnoline continu - Désogestrel Ethinylestradiol 150/30 Biogaran continu	21 cp actifs + 7 placebo
	Gestodène	Monophasique	Gestodène 60 µg, EE 15 µg	Mélodia - Minesse - Gestodène Ethinylestradiol 60/15 Biogaran / Cristers / EG / Mylan / Teva / Zentiva	24 cp actifs + 4 placebo
			Gestodène 75 µg, EE 20 µg	Harmonet - Méliane - Carlin 75/20 - Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
			Gestodène 75 µg, EE 30 µg	Minulet - Carlin 75/30 - Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Biogaran / EG / Mylan / Teva / Zentiva	21 cp + 7 jours d'arrêt
		Triphasique	Gestodène 50 puis 70 puis 100 µg, EE 30 puis 40 puis 30 µg	Perléane	21 cp (6 + 5 + 10) + 7 jours d'arrêt
	Norgestimate	Monophasique	Norgestimate 250 µg, EE 35 µg	Femi	21 cp + 7 jours d'arrêt
		Triphasique	Norgestimate 180 puis 215 puis 250 µg, EE 35 µg	Triafemi	21 cp (7 + 7 + 7) + 7 jours d'arrêt
Autres (aussi appelées 4ème génération)	Chlormadinone	Monophasique	Chlormadinone 2 mg, EE 30 µg	Bélara	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Bélara continu	21 cp actifs + 7 placebo
	Drospirénone	Monophasique	Drospirénone 3 mg, EE 30 µg	Jasmine - Convuline - Drospibel 3/30 - Drospirénone Ethinylestradiol 3/30 Biogaran / Cristers / Mylan	21 cp + 7 jours d'arrêt
			Drospirénone 3 mg, EE 20 µg	Jasminelle - Bélanette - Drospibel 3/20 - Drospirénone Ethinylestradiol 3/20 Biogaran / Cristers / Mylan	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Jasminelle continu - Drospirénone Ethinylestradiol 3/20 Biogaran continu / Cristers continu / Mylan continu	21 cp actifs + 7 placebo
				Yaz - Izéane - Drospirénone Ethinylestradiol 3/20 Mylan Pharma continu	24 cp actifs + 4 placebo
	Diénogest	Monophasique	Diénogest 2 mg, EE 30 µg	Misolfa	21 cp + 7 jours d'arrêt
				Oedien	21 cp actifs + 7 placebo
		Multiphasique	Diénogest 5 paliers en mg : 0, 2, 3, 0 puis 0 Valérate d'estradiol 5 paliers en mg : 3, 2, 2, 1 puis 0	Qlaira	26 cp actifs (2 + 5 + 17 + 2) + 2 placebo
	Normégestrol	Monophasique	Normégestrol acétate 2,5 mg, estradiol 1,5 mg	Zoely	24 cp actifs + 4 placebo

Tableau 1 – Pilules œstroprogestatives commercialisées en France au 1er décembre 2018

Le tableau a été réalisé en tenant compte des dernières mises à jour concernant la contraception œstroprogestative orale en France.

A noter que le dernier tableau de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) indique les pilules œstroprogestatives commercialisées en France au 1er janvier 2016.

Or au 1er janvier 2016, 8 pilules indiquées dans ce tableau n'étaient plus commercialisées :

- Amarance®
- Gestodène Ethinylestradiol 75/20 Sandoz®
- Gestodène Ethinylestradiol 75/30 Actavis®
- Effiprev®
- Drospirénone Ethinylestradiol 3/30 Sandoz®
- Drospirénone Ethinylestradiol 3/20 Sandoz®
- Drospirénone Ethinylestradiol 3/20 GNR®
- Rimendia®

Et depuis le 1er janvier 2016, 6 pilules ont été retirées du marché :

- Triella®
- Lovapharm®
- Lévonorgestrel Ethinylestradiol 150/30 Teva®
- Stédiril®
- Optinesse®
- Tri-minulet®

Par ailleurs, on note quelques nouveautés :

- Misofla® : début de commercialisation en juillet 2017
- Oedien® : début de commercialisation en juin 2018

Elles contiennent 2 mg de Diénogest et 30 µg d'EE. Elles ont la double indication : contraceptif oral et acné modérée. Misolfa® est en plaquettes de 21 comprimés avec 7 jours d'arrêt. Oedien® est en prise continue, 21 comprimés actifs et 7 placebo.

A noter : Femi® a été commercialisé sous la dénomination Effiprev® jusqu'en 2015.

Quand commencer ?

L'efficacité contraceptive est immédiate si la prise de la pilule est débutée entre J1 et J5.

Il est également possible de commencer en cours de cycle, il s'agit du Quick Start, le délai de l'efficacité contraceptive est alors de 7 jours. Dans ce cas, on s'assure de l'absence de grossesse et on prévient la patiente qu'il peut y avoir de rares spottings durant le 1er mois.

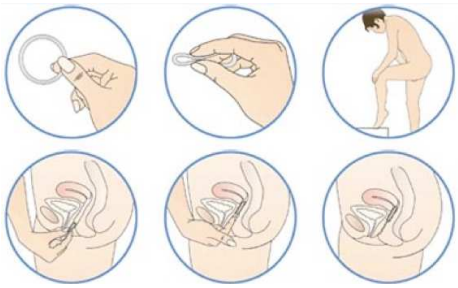
En cas d'oubli…

Si le retard de prise est inférieur à 12 heures, la patiente prend le comprimé oublié et continue normalement sa plaquette.

Si le retard de prise est supérieur à 12 heures, la patiente prend le comprimé oublié, continue sa plaquette et associe une contraception mécanique pendant 7 jours. Si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, il faut avoir recours à une contraception d'urgence.

Remarque : en cas d'oubli de pilule, la démarche est la même qu'il s'agisse d'une pilule œstroprogestative ou progestative sauf pour Microval®, pilule microprogestative de 2ème génération pour laquelle la limite est fixée à 3 heures et non à 12 heures.

Anneau vaginal *Nuvaring® - Etoring®*



Il délivre quotidiennement 120 µg d'étonorgestrel, et 15 µg d'EE. Il est mis en place pour une durée de 3 semaines consécutives, puis retiré pendant 7 jours. Il peut être retiré pendant les rapports sexuels sans diminution de l'efficacité contraceptive, si et seulement si, il est remis dans les 3 heures.

Patch *Evra®*

C'est une contraception œstroprogestative qui délivre quotidiennement 150 µg de norelgestromine et 20 µg d'EE. Le patch est mis en place pour une semaine, 3 semaines sur 4. Son efficacité est comparable aux œstroprogestatifs per os si la patiente est de poids normal.

Mode d'action

L'efficacité contraceptive des œstroprogestatifs résulte de trois actions complémentaires :

- inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire
- modification de la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes
- modification de l'endomètre, qui devient impropre à la nidation.

ŒSTROPROGESTATIFS – CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

- Antécédent personnel de pathologie thrombo-embolique (TE)
- Thrombophilie acquise ou constitutionnelle
- Antécédent familial de pathologie TE au 1er degré de moins de 50 ans
- Hypertension artérielle (HTA)
- Antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral (AVC)
- Antécédent personnel de pathologie coronarienne
- Tabagisme ≥ 15 cigarettes/jour si âge > 35 ans
- Diabète avec complications vasculaires
- Antécédent personnel de cancer du sein
- Migraine avec aura
- Hépatopathies sévères
- Maladies hormono-dépendantes (lupus très évolutif, méningiome, otospongiose…)

ŒSTROPROGESTATIFS – CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

- Age > 35 ans
- Tabagisme ≥ 15 cigarettes / jour
- Obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30)
- Insuffisance veineuse
- Migraine sans aura
- Mastopathie bénigne
- Diabète sans complication vasculaire
- HTA modérée traitée chez femmes < 35 ans

Pris de façon individuelle, ce ne sont pas des contre-indications formelles, en revanche l'association de 2 ou plus de ces facteurs de risque constitue une contre-indication absolue.

→ Progestative

Pilule

La pilule progestative contient un progestatif seul. La prise se fait selon un schéma continu.

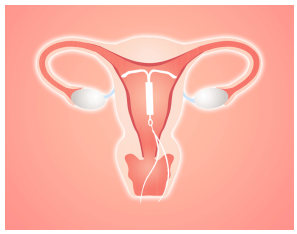
Génération progestatif	Dénomination commune	Phases	Dosage	Spécialités	Posologie
2ème	Lévonorgestrel	-	Lévonorgestrel 30 µg	Microval	28 cp
3ème	Désogestrel	-	Désogestrel 75 µg	Cérazette - Clareal - Desopop - Antigone - Lactinette - Optimizette - Désogestrel 75 Biogaran / Cristers / Mylan / Zentiva	28 cp

Tableau 2 – Pilules progestatives commercialisées en France au 1er décembre 2018

A qui prescrire la pilule progestative ?

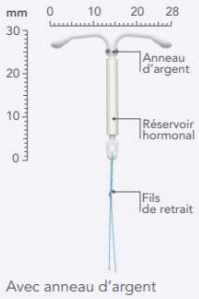
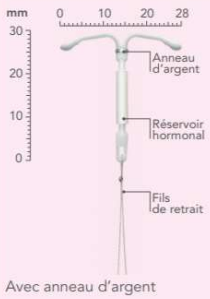
Cette contraception sera indiquée en cas de contre-indication ou d'intolérance à la pilule œstroprogestative, dans le post-partum…

Stérilet hormonal



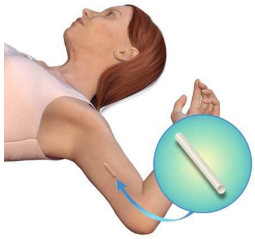
Il délivre du lévonorgestrel dans la cavité utérine. Il agit par inhibition de la mobilité spermatique, atrophie endométriale et épaississement du mucus cervical.

Il existe 3 modèles :

	Mirena® LNG 52 mg	Kyleena® LNG 19,5 mg	Jaydess® LNG 13,5 mg
Indication	Contraception *Ménorragies sans cause retrouvée*	Contraception	Contraception
Durée maximale de pose	5 ans	5 ans	**3 ans**
Couleur des fils de retrait	Marron	**Bleu**	Marron
Aspect du DIU			
	Sans anneau d'argent	Avec anneau d'argent	Avec anneau d'argent

Kyleena® est commercialisé depuis mars 2018. Ce DIU, du fait de sa moindre concentration en Lévonogestrel par rapport au Mirena®, présente moins d'effets indésirables. Il est de la même taille que le Jaydess, tout en étant actif 5 ans [7].

Implant contraceptif *Nexplanon®*



Il s'agit d'un bâtonnet contenant 68 mg d'étonogestrel. Il est actif pendant 3 ans. L'effet contraceptif est immédiat quand l'implant est inséré dans les 5 premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait. Le taux d'échec est de 0,1%. La pose est aisée mais le retrait est parfois compliqué. Il n'a pas été prouvé de parallélisme de tolérance clinique entre désogestrel per os en continu et Nexplanon®.

Changement anticipé chez les femmes obèses ?

L'agence européenne des médicaments (EMA) recommande le changement tous les 2 ans pour les femmes obèses. Pour information, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA) prévoit un changement tous les 3 ans quel que soit l'IMC.

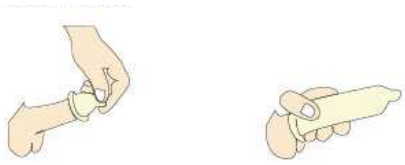
Cette spécificité pour les femmes obèses peut être l'occasion d'aborder le surpoids et les risques cardiovasculaires associés.

Injection contraceptive *Dépo-provera®*

Il est pratiqué une injection intramusculaire (IM) tous les 3 mois de 150 mg d'acétate de médroxyprogestérone (DMPA). L'efficacité contraceptive est excellente (< 0,3% de grossesse). Le mécanisme d'action est triple : antigonadotrope, atrophie endométriale, effet délétère sur la glaire. La réversibilité est moyenne puisque le retour de cycles réguliers ovulatoires à 6 mois est de 50% et à 2 ans, il est de 90%. Les nombreux effets indésirables tels que le risque TE veineux, la déminéralisation osseuse… limitent les indications. C'est une contraception qui sera prescrite notamment chez les femmes présentant des retards mentaux ou des troubles psychiatriques sévères.

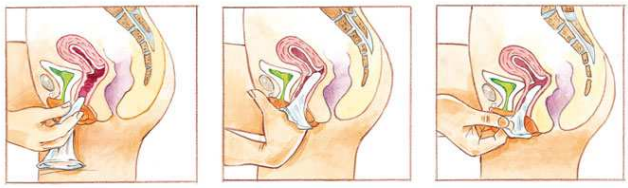
b. Contraception mécanique

Préservatif masculin



En latex ou en polyuréthane, le préservatif masculin est le moyen de contraception le plus sûr pour se protéger des infections sexuellement transmissibles (IST).

Préservatif féminin



Par rapport au préservatif masculin, il offre une plus grande sensibilité pendant les rapports sexuels. Par ailleurs, il ne contient pas de latex et constitue une alternative pour les personnes allergiques.

Stérilet au cuivre

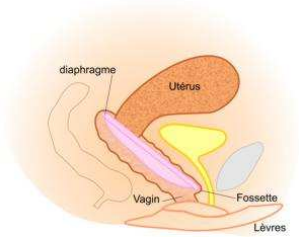
Le mécanisme d'action est triple :

- Cavité utérine :
  - effet cytotoxique et altération du transport des spermatozoïdes
  - réaction inflammatoire locale → « anti-nidatoire »
- Glaire cervicale :
  - altération de la mobilité et de la capacitation des spermatozoïdes
- Trompes :
  - altération des interactions entre les gamètes
  - perturbation de la mobilité des gamètes

Inconvénients

La tolérance est variable mais on retrouve une majoration de l'abondance des menstruations, des dysménorrhées, de la congestion pelvienne...

Diaphragme



Un diaphragme est un dispositif médical en silicone. Ce moyen de contraception s'insère dans le vagin avant un rapport sexuel et agit comme une barrière bloquant l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus. Il est conseillé de l'utiliser avec un gel contraceptif pour augmenter son efficacité contraceptive.

Cape cervicale

Conçue pour rester en place 3 jours, elle est en silicone et s'applique directement sur le col de l'utérus, après y avoir placé une noisette de spermicide. Bien en place, elle n'est pas perçue lors des rapports sexuels. Il faut la laisser au minimum 6 heures après le dernier rapport, puis la jeter. Elle n'est pas réutilisable. Associée à un spermicide, son efficacité varie de 60 à 95 %.

Spermicides

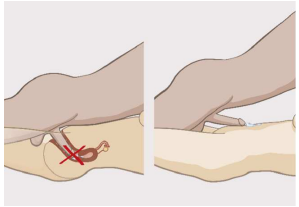
Ils sont commercialisés sous forme d'ovules, de crèmes ou d'éponges. Ils contiennent du chlorure de benzalkonium qui détruit et immobilise immédiatement les spermatozoïdes.

Ils sont à placer au fond du vagin juste avant le rapport. La protection est assurée durant 4 à 10 heures, suivant les produits et se prolonge jusqu'à 24 heures pour les tampons.

Ils n'entraînent aucune modification de la muqueuse génitale, respectent la flore vaginale et ont un effet lubrifiant souvent appréciable.

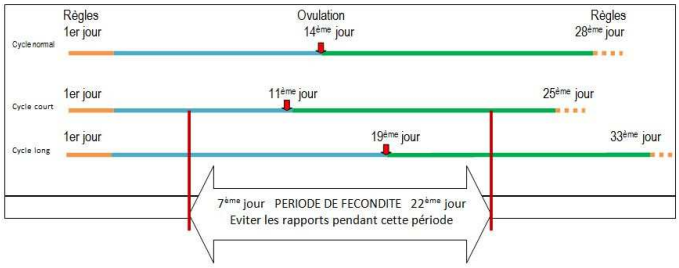
c. Contraception naturelle

Retrait



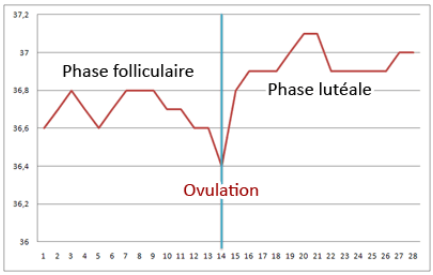
Le principe du retrait aussi appelé coït interrompu est que l'homme se retire avant l'éjaculation. Elle est compliquée en pratique autant physiquement que psychologiquement puisqu'elle est source de frustration et d'efficacité assez relative car il peut y avoir écoulement de sperme en dehors de l'éjaculation.

Méthode Ogino-Knauss



Elle consiste à éviter tout rapport durant les quelques jours qui précédent et au moment de l'ovulation. L'abstinence périodique repose sur le calcul des cycles et nécessite des cycles réguliers. Malgré cela, de multiples facteurs peuvent décaler l'ovulation.

Méthode des températures



La température de la femme doit être prise chaque matin dans les mêmes conditions et reportée sur un graphique. La courbe est biphasique, on observe un plateau bas et un plateau haut. L'ovulation a lieu au niveau du dernier point bas, appelé nadir, avant le décalage thermique. Le couple peut avoir des rapports à partir du 3ème jour de température haute. Un décalage dans les horaires de prise de température ou une fièvre peut rendre ininterprétable le graphique.

Méthode Billings

Elle se base sur l'observation de la glaire cervicale. Celle-ci est de plus en plus abondante, transparente, fluide et étirable entre 2 doigts à l'approche de l'ovulation. Le couple doit être abstinent lors de ces jours fertiles. La femme doit avoir une bonne connaissance de son corps. Comme la plupart des méthodes dites « naturelles », le taux d'échec est important.

Tests d'ovulation

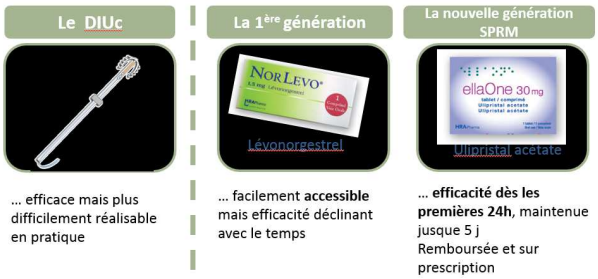
Cela consiste en la détection du pic d'hormone lutéinisante (LH) qui survient 24 à 36 heures avant l'ovulation, en urinant sur une bandelette (même principe que le test de grossesse). On peut donc déterminer la période féconde avec le maximum de chance de pouvoir concevoir dans les 48 heures suivant l'ovulation. Il faut uriner sur la bandelette tous les jours, à la même heure.

Il s'agit d'avantage d'une méthode utilisée pour favoriser une grossesse que pour l'éviter. Cette méthode peut être onéreuse au long cours. Il existe aussi des appareils d'analyse comme le système Persona®.

Méthode MAMA

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode de contraception basée sur la sécrétion de prolactine déclenchée par la succion du mamelon. La prolactine supprime l'ovulation et empêche les grossesses. Elle requiert plusieurs conditions : allaitement maternel exclusif, aménorrhée, tétées régulières, au moins une tétée la nuit. Elle est utilisable jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

d. Contraception d'urgence



On distingue 2 méthodes utilisées pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel à risque :

- Méthode mécanique : DIU au cuivre
- Méthodes hormonales orales : pilules du lendemain : Norlevo® - ellaOne®

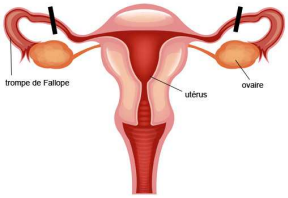
Les pilules contraceptives d'urgence ne doivent pas être confondues avec les pilules abortives chimiques qui agissent après que l'implantation ait eu lieu.

Puisqu'elles agissent avant l'implantation, elles sont considérées médicalement et légalement comme une forme de contraception.

e. Contraception définitive

Il s'agit d'une contraception irréversible, un délai de réflexion de 4 mois est à respecter.

Ligature des trompes



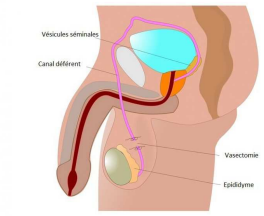
Chez la femme, la contraception définitive est réalisée par cœlioscopie et consiste en la mise en place de clips ou d'anneaux de Yoon ou en une électrocoagulation à la pince bipolaire avec résection tubaire.

Les conséquences potentielles : 0,5 à 1 % de complications graves, principalement liées à l'abord cœlioscopique ; et regrets (< 10 %), minimisés par le respect des bonnes pratiques.

Essure®

Il s'agit d'une contraception permanente par insertion d'un dispositif intratubaire par hystéroscopie. Au printemps 2017, dans plusieurs pays dont la France, des femmes porteuses de cet implant ont associé le port d'Essure® à des effets secondaires d'ordre gynécologique, ainsi qu'à des troubles généraux ayant un retentissement important sur leur qualité de vie. Malgré cette mobilisation des utilisatrices et après réévaluation du profil de sécurité d'Essure®, l'ANSM avait confirmé que le rapport bénéfice/risque restait favorable [8]. Devant l'ampleur du mouvement médiatique, la société Bayer met fin à la commercialisation du dispositif Essure® en septembre 2017.

Vasectomie



Chez l'homme, la contraception définitive est la vasectomie. Il s'agit de la section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule. L'efficacité est non immédiate, seulement après 90 jours (délai correspondant à la période de maturation).

4. Efficacité contraceptive

Pour évaluer l'efficacité des méthodes contraceptives, on utilise l'indice de Pearl. Il indique le nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant la méthode contraceptive pendant 1 an. Il distingue l'efficacité en utilisation optimale et en pratique courante.

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Œstroprogestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Tableau 3 – Efficacité des principales méthodes contraceptives – Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

5. Actualité

Eden®, le premier préservatif remboursé par la Sécurité sociale vient d'être lancé par les laboratoires Majorelle.

Cette prise en charge concerne les femmes comme les hommes. La délivrance, sous forme de boîtes de 6, 12 ou 24 préservatifs, s'effectue en officine de pharmacie sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'une sage-femme à compter du 10 décembre 2018 [9].

Cette mesure du gouvernement permet de renforcer la lutte contre les IST qui représentent un problème majeur de santé publique en France [10].

Cette nouveauté en matière de contraception va avoir un impact sur la première consultation pour demande de contraception. Celle-ci ne sera plus uniquement l'affaire des femmes. Si l'étude avait été réalisée quelques mois plus tard, elle aurait pu être enrichie d'un comparatif homme / femme intéressant.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Choix du sujet

Le projet est né d'une discussion avec ma directrice de thèse. De mai à octobre 2016, j'ai effectué un stage en tant qu'interne au centre de planification de Dunkerque et le Dr Pascale DUDEK, la directrice du centre de planification, a perçu mon intérêt pour la Gynécologie-Obstétrique. Nous avons alors cherché quelles pouvaient être les pistes à explorer pour élaborer un travail de thèse.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale pluricentrique descriptive et analytique. Elle s'inscrit dans une démarche déductive. Ce travail a été réalisé grâce à l'élaboration et la diffusion d'un questionnaire.

3. Population cible

Elle s'adresse aux jeunes femmes avant la première consultation pour demande de contraception. Les critères d'inclusion étaient le sexe et le motif de la consultation. Ont été incluses les patientes ayant déjà eu une contraception prescrite pour un autre motif et non à visée contraceptive, pour qui, il s'agissait bien d'une première consultation pour demande de contraception.

4. Elaboration du questionnaire

La réalisation du questionnaire s'effectua durant plusieurs mois. Il se devait d'être court, neutre et anonyme afin de favoriser la participation et l'analyse des données.

Au final, ce questionnaire se composait de 17 questions et ciblait différents axes :

- La première partie pour caractériser les jeunes femmes interrogées : âge, niveau d'étude, profession ; permettant d'étudier l'influence de l'âge et de la catégorie socio-professionnelle sur la manière d'envisager la contraception.

- Un second axe pour connaître le profil gynécologique et obstétrical des patientes : relations sexuelles, contraception, grossesse.

- Ensuite une série de questions pour savoir le niveau de connaissance en matière de contraception : informations reçues, auto-évaluation de leur niveau de connaissance, méthodes contraceptives connues.

- Une quatrième partie pour étudier leurs attentes : par rapport à la consultation, au type de contraception, à l'effet attendu de celle-ci.

- Enfin une dernière question d'ouverture sur les craintes face à la contraception pour savoir quels peuvent être les freins à l'observance thérapeutique.

5. Diffusion du questionnaire

Les questionnaires ont été envoyés par courrier ou remis en main propre à des médecins généralistes (22), des gynécologues (5) et au centre de planification de Dunkerque. Il a été diffusé pendant six mois, d'avril à octobre 2018.

6. Participation des patientes

Le questionnaire a été remis aux patientes par le médecin ou la secrétaire après une brève explication du questionnaire et du cadre de l'étude.

7. Biais

Les principales sources d'erreur possibles dans notre étude sont :

Biais de sélection : la participation des médecins à l'étude ainsi que la participation des patientes au questionnaire reposaient sur le volontariat.

Biais d'information : certaines jeunes femmes avaient peut-être déjà sollicité un médecin pour le même motif.

8. Outils

Le test du χ^2 a été utilisé pour les variables qualitatives. Il s'agit d'un test d'indépendance entre deux variables.

Excel® a ensuite été utilisé pour la mise en forme des données.

La bibliographie a été référencée grâce à Zotero® qui est un logiciel de gestion de références.

III. RESULTATS

1. Questionnaires recueillis

160 questionnaires ont été récupérés : 17 provenant de médecins généralistes, 49 de gynécologues et 94 du centre de planification.

La participation à l'étude a été satisfaisante puisque l'ensemble des professionnels de santé sollicités ont volontiers accepté de soumettre le questionnaire aux patientes concernées.

Cependant, au terme de la période de diffusion du questionnaire, parmi les médecins et structures contactés, 3 médecins généralistes ont répondu qu'ils ne prescrivaient pas la première contraception et adressaient les patientes à leurs confrères gynécologues ; 1 médecin généraliste a expliqué ne pas avoir pensé à soumettre le questionnaire quand le cas s'est présenté ; 5 médecins généralistes ont répondu que bien qu'ayant envie de participer, ils n'avaient pas été confronté à une première consultation pour demande de contraception au cours de l'étude.

Du côté des patientes, l'avis des médecins ou secrétaires ayant distribué le questionnaire était assez uniforme à savoir que les femmes n'ont montré aucune réticence à participer à l'étude.

L'ensemble des questionnaires recueillis était interprétable.

2. Généralités sur les patientes

a. Age

Parmi les femmes ayant rempli le questionnaire, on retrouvait :

- Mineures : 112 (70%)
- Majeures : 48 (30%)

Patiente la plus jeune : 14 ans
Patiente la plus âgée : 20 ans

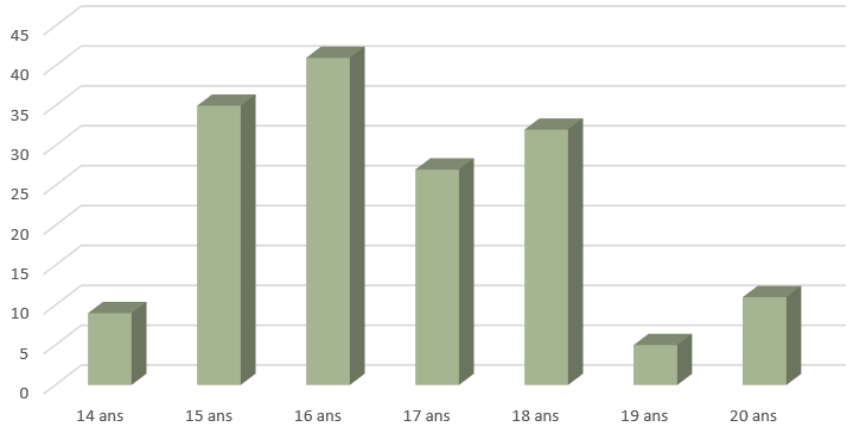


Figure 1 – Répartition des patientes selon leur âge

La moyenne d'âge étant de 16,6 ans

Chez le généraliste : 16 ans
Chez le gynécologue : 16,4 ans
Au centre de planification : 16,8 ans

b. Activité

Deux questions portaient sur l'activité, une question à choix multiple concernant le niveau d'étude et une question ouverte pour connaître la profession.

Niveau d'étude

Les patientes étaient réparties selon 4 catégories : aucun diplôme, inférieur au baccalauréat, baccalauréat, supérieur au baccalauréat.

Figure 2 – Niveau d'étude des patientes

- **Aucun diplôme** : 33 (20,63%)
- **Inférieur au baccalauréat** : 84 (52,50%)
- **Baccalauréat** : 17 (10,63%)
- **Supérieur au baccalauréat** : 25 (15,63%)
- **Sans réponse :** 1 (0,63%)

Profession

Les professions ont été regroupées selon 3 catégories de réponse : salariée, étudiante, sans profession.

Salariée	Etudiante	Sans profession	Sans réponse
16 (10%)	98 (61,25%)	14 (8,75%)	32 (20%)

Tableau 4 – Catégorie professionnelle des patientes

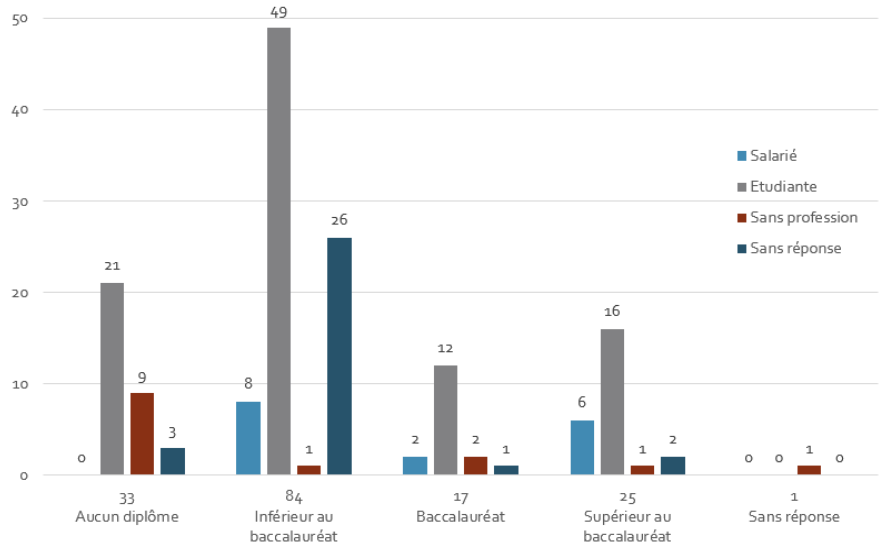


Figure 3 – Catégorie professionnelle des patientes en fonction de leur niveau d'étude

c. Sexualité et contraception

<u>Sexualité</u>

Parmi les patientes interrogées, 56,25% avaient déjà eu des rapports sexuels avant la 1ère consultation pour demande de contraception.

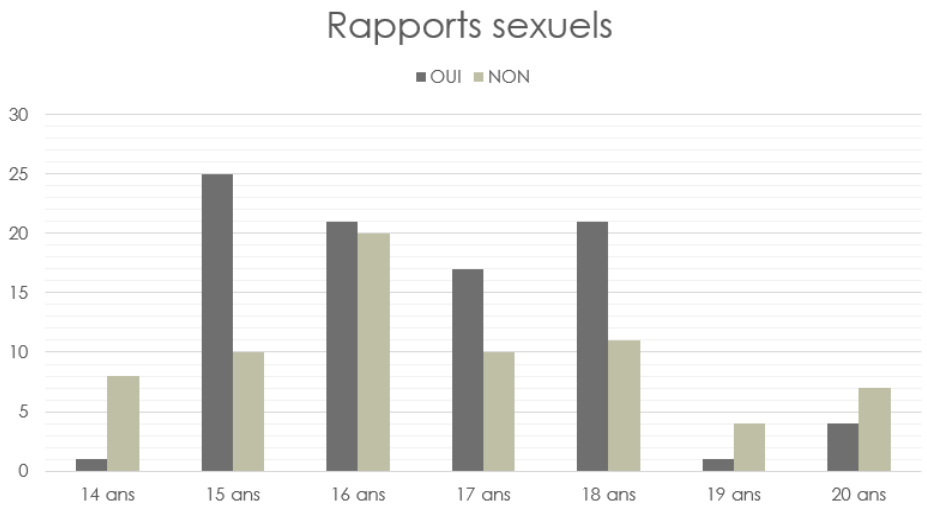


Figure 4 – Proportion des patientes ayant déjà eu ou non des rapports sexuels selon leur âge

Une jeune fille ayant répondu « non » a précisé qu'il y avait eu des préliminaires. Cette réponse a été associée à la catégorie « absence de rapport sexuel ».

Contraception

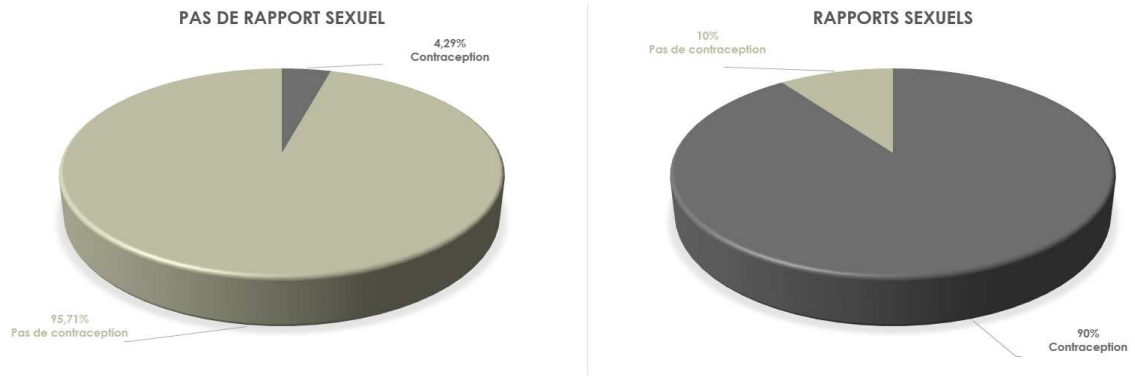


Figure 5 – Proportion de femmes ayant déjà eu recours à une contraception selon qu'elles aient déjà eu ou non des rapports sexuels

Parmi les patientes n'ayant jamais eu de rapport sexuel, le recours à la contraception était exclusivement représenté par la prise de la pilule.

Parmi les patientes ayant déjà eu des rapports sexuels, le recours à la contraception s'est présenté comme suit :

- Préservatif seul: 66 (81,48%)
- Pilule seule : 0 (0%)
- Préservatif + pilule : 15 (18,52%)

d. Gestité et parité

Gestité

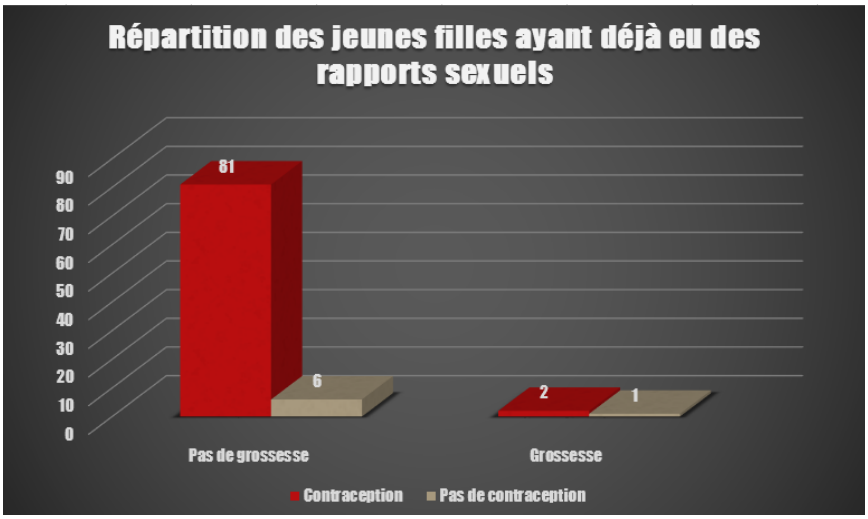


Figure 6 – Recours à la contraception selon les antécédents de grossesse pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels

Parmi les patientes ayant déjà eu des rapports sexuels, on distingue :

- Patientes n'ayant jamais eu de grossesse : 87 (96,67%)
  - Contraception : 81 (93,10%)
  - Pas de contraception : 6 (6,90%)
- Patientes ayant déjà présenté une grossesse : 3 (3,33%)
  - Contraception : 1 (33,33%)
  - Pas de contraception : 2 (66,67%)

Parité

3 patientes ont été enceintes, aucune n'a donné naissance.

→ Accouchement : 0

→ Fausse couche spontanée (FCS) : 1

→ IVG : 2

3. Attentes des jeunes femmes

a. Par rapport à la consultation

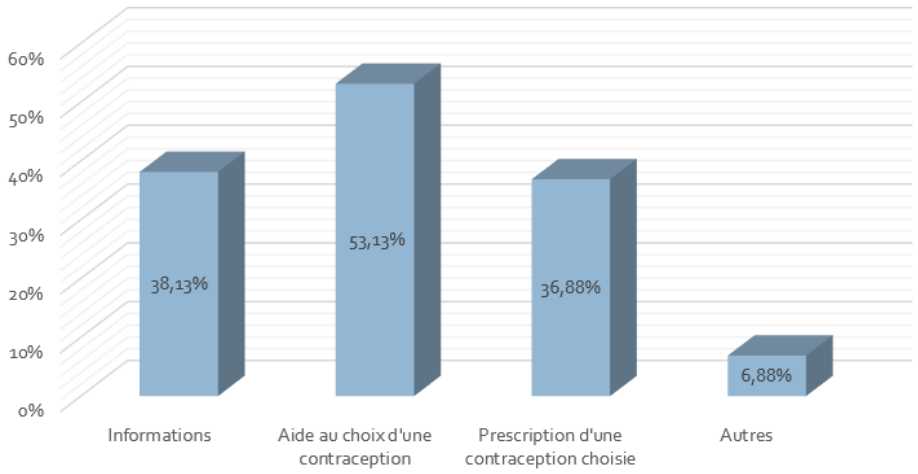


Figure 7 – Principales attentes des patientes vis-à-vis de la consultation

Parmi les 160 femmes interrogées, 11 (6,88%) ont indiqué avoir aussi d'autres attentes, à savoir :

- 6 (3,75%) avaient des troubles des règles
- 4 (2,50%) venaient pour des douleurs
- 1 (0,63%) venait pour le choix d'un gynécologue

b. Par rapport à la contraception

Contraception souhaitée

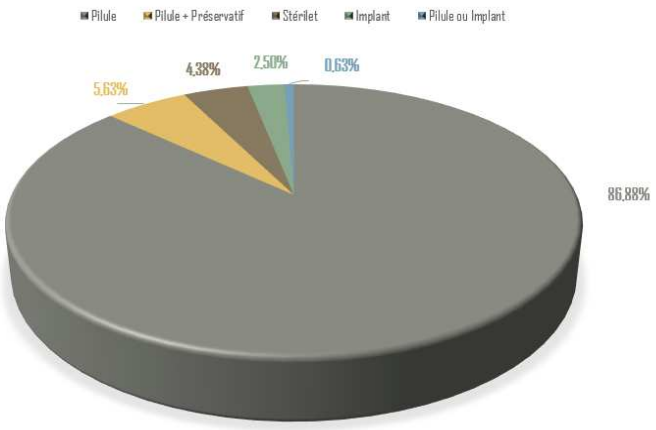


Figure 8 – Moyen de contraception souhaité avant la consultation

La contraception souhaitée était par ordre décroissant de fréquence :

- Pilule : 139 (86,88%)
- Pilule + préservatif : 9 (5,63%)
- Stérilet : 7 (4,38%)
- Implant : 4 (2,50%)
- Pilule ou implant : 1 (0,63%)

Raisons

La plus connue	La plus efficace	La moins contraignante	Sans hormone	Entourage	Sans réponse
101 (40,73%)	55 (22,18%)	22 (8,87%)	6 (2,42%)	57 (22,98%)	7 (2,82%)

Tableau 5 – Raisons motivant le choix de la méthode contraceptive

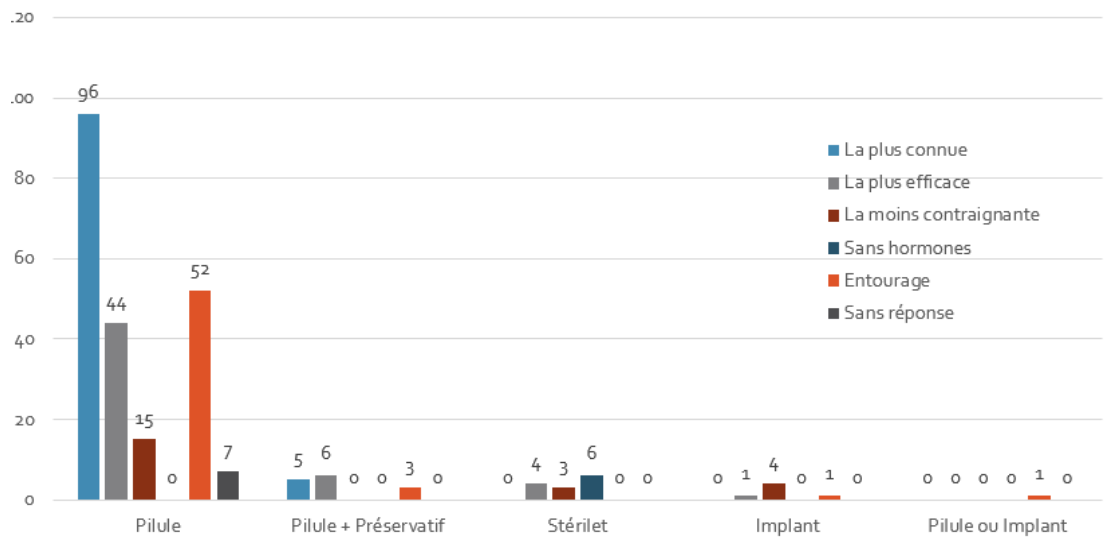


Figure 9 – Raisons motivant le choix de la méthode contraceptive selon la contraception souhaitée

Attentes

Prévention IST	Eviter une grossesse	Régulariser les cycles	Diminution de l'acné	Diminution des douleurs menstruelles	Sans réponse
63 (39,38%)	126 (78,75%)	82 (51,25%)	36 (22,50%)	82 (51,25%)	4 (2,50%)

Tableau 6 – Attentes par rapport à la contraception

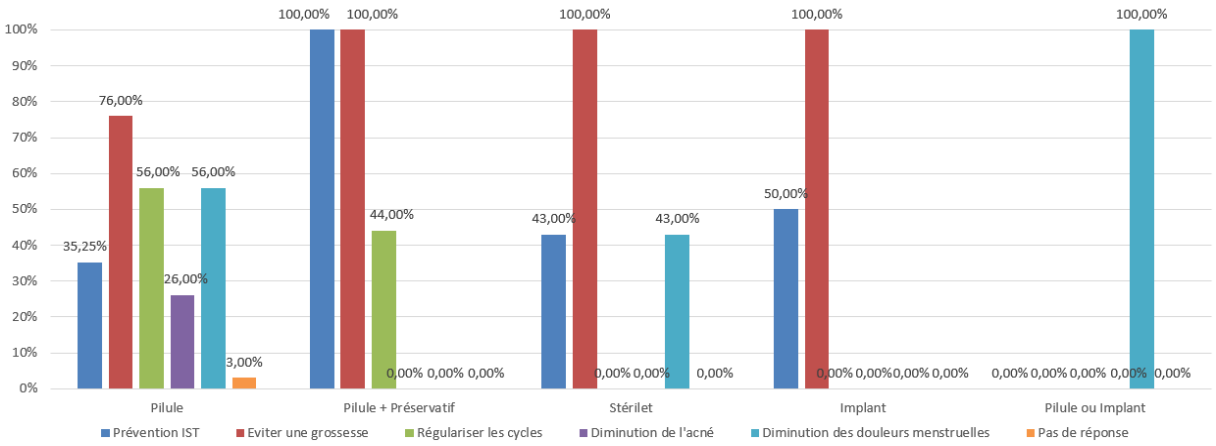


Figure 10 – Attentes par rapport au moyen de contraception souhaité

4. Informations et connaissances

a. Informations reçues

156 (97,50%) patientes avaient déjà reçu des informations concernant la contraception.

Ces informations provenaient de sources variées. Pour 79,49% des patientes, des informations avaient été donné au cours de leur cursus scolaire. En seconde position, Internet représentait une source d'information pour 43,59% des patientes. 33,33% des femmes avaient été informées par leur médecin.

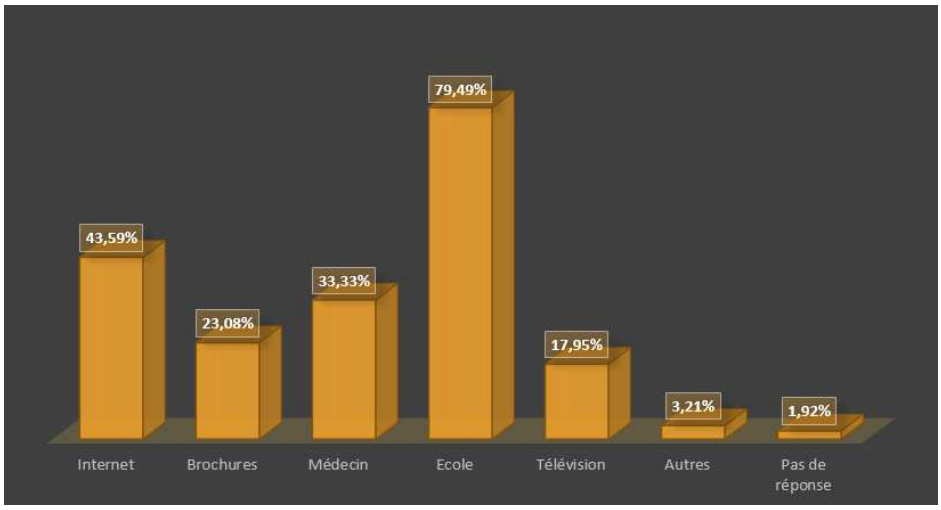


Figure 11 – Sources d'information

Parmi les autres sources d'information, on retrouvait :

- Famille
- Mère
- Amie
- Conseillère du centre de planification

b. Etat des connaissances

Auto-évaluation du niveau de connaissances

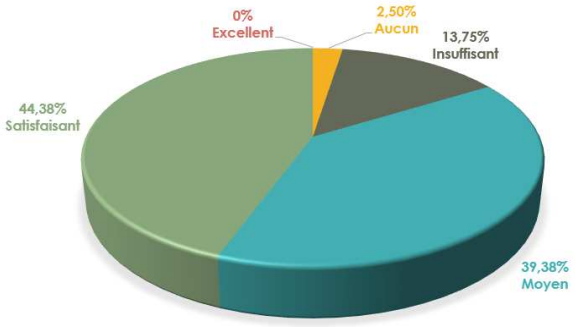


Figure 12 – Estimation des patientes vis-à-vis de leur niveau de connaissances en matière de contraception

Aucune patiente n'a jugé son niveau de connaissances comme étant excellent. 13,75% des femmes ont estimé avoir un niveau de connaissances insuffisant. 2,50% ont pensé n'avoir aucune connaissance concernant la contraception.

Le reste des patientes évaluaient leur niveau de connaissance comme étant moyen (39,38%) ou satisfaisant (44,38%).

Méthodes contraceptives connues

Le nombre de méthodes contraceptives connues allaient de 0 à 6. Les réponses ont été regroupées en 3 catégories : [0 à 2] ; [3 à 4] ; [5 à 6].

0 - 2	3 - 4	5 - 6	Pas de réponse
30 (18,75%)	75 (46,88%)	50 (31,25%)	5 (3,13%)

Tableau 7 – Nombre de méthodes contraceptives connues

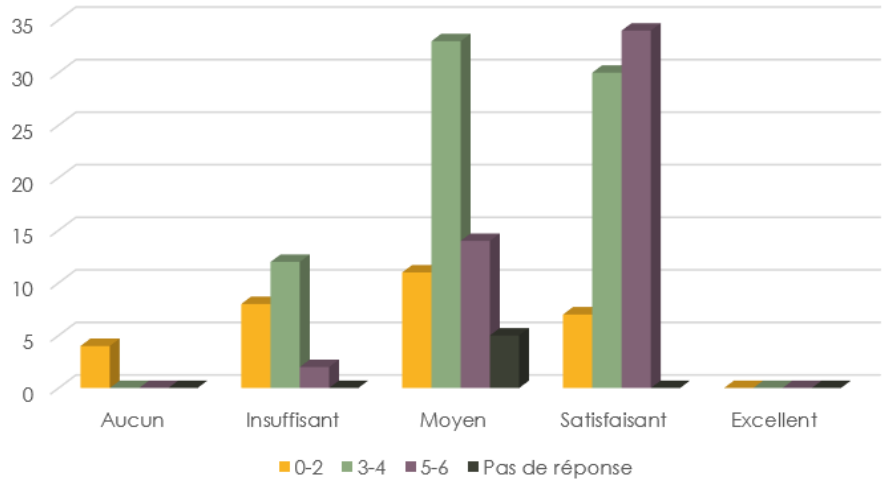


Figure 13 – Nombre de moyens de contraception connus selon le niveau de connaissances

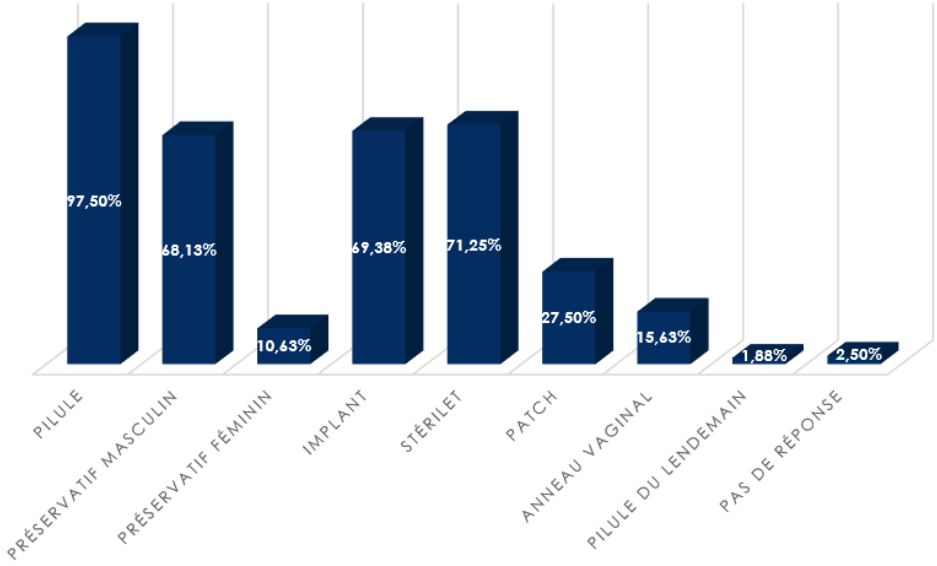


Figure 14 – Méthodes contraceptives connues

97,50% des patientes ont cité la pilule. Le stérilet a été nommé par 71,25% des jeunes femmes. 69,38% ont désigné l'implant. Le préservatif masculin a été mentionné par 68,13% des patientes. Loin derrière, par ordre décroissant de fréquence, on retrouve le patch (28%), l'anneau vaginal (16%), le préservatif féminin (11%), la pilule du lendemain (2%). 4 patientes (2,50%) n'ont pas répondu à cette question.

Lorsque le préservatif a été nommé sans distinction masculin/féminin, le résultat a été associé à préservatif masculin. A savoir que chaque fois que le préservatif féminin a été mentionné, il l'a été juste après avoir cité le préservatif masculin.

Les autres moyens de contraception n'ont jamais été désignés et ne figurent donc pas dans le graphique présenté ci-dessus.

5. Craintes face à la contraception

Aucune	Prise de poids	Diminution de la fertilité	Manque d'efficacité	Perturbation des cycles
8 (5%)	105 (65,63%)	21 (13,13%)	56 (35%)	27 (16,88%)

Douleurs	Gêne	Contraignant	Oubli	Pas de réponse
24 (15%)	16 (10%)	16 (10%)	89 (55,63%)	2 (1,25%)

Tableau 8 – Principales craintes face à la contraception

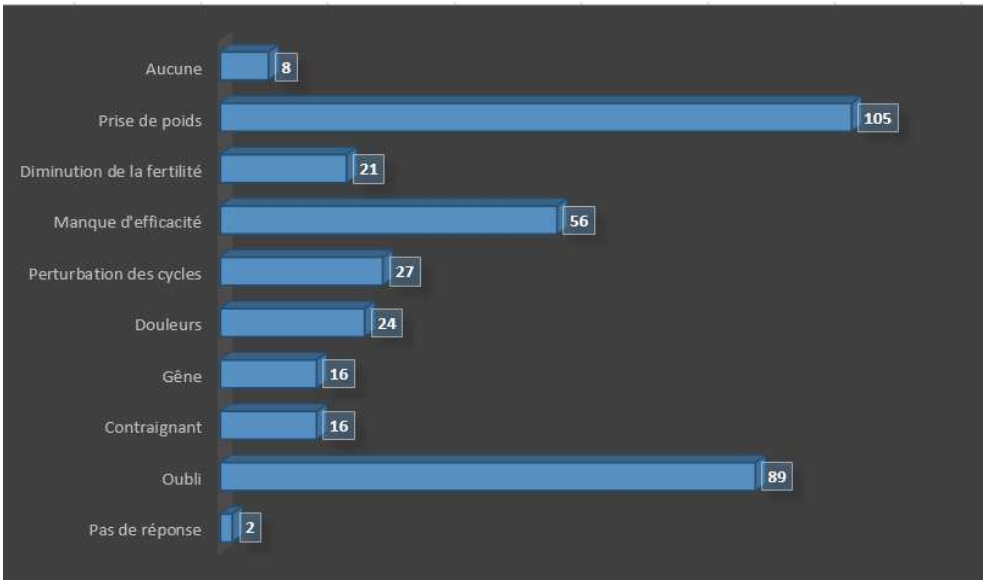


Figure 15 – Principales craintes face à la contraception

La principale crainte évoquée était la prise de poids (65,63%). 89 (55,63%) patientes avaient peur d'oublier leur contraception et 56 (35%) redoutaient le manque d'efficacité.

27 (16,88%) patientes craignaient que leurs cycles soient perturbés, 24 (15%) appréhendaient d'éventuelles douleurs et 21 (13,13%) avaient peur d'une diminution de fertilité.

16 femmes (10%) redoutaient une gêne liée à leur contraception et également 16 (10%) évoquaient le caractère contraignant.

Une minorité de patientes (5%) a déclaré n'avoir aucune crainte vis-à-vis de la contraception.

IV. DISCUSSION

1. Le questionnaire

Le questionnaire comportait 17 questions variées, certaines très personnelles et intimes. L'anonymat a permis un meilleur taux de réponse, les jeunes femmes ne se sentant pas jugées vis-à-vis de leur comportement ou de leurs connaissances.

14 questions étaient des questions fermées avec 7 questions fermées à choix unique et 7 questions fermées à choix multiple. Une des limites de ce type de question est l'effet de suggestion.

3 questions étaient des questions à réponse ouverte et courte. Elles portaient sur l'âge, la profession et les méthodes de contraception connues des patientes. Pour cette dernière, de par sa nature, la question ne pouvait être qu'ouverte. Mais on sait que ce type de question entraîne un taux de participation plus faible. Le taux de réponse a été de 97,50%, 4 patientes n'ont pas indiqué les méthodes contraceptives connues dont 1 qui avait répondu « aucun » à la question précédente sur l'auto-évaluation du niveau de connaissances en matière de contraception.

Il a été distribué avant la consultation par le médecin ou la secrétaire qui était informé des critères d'inclusion des patientes.

2. Profil des participantes

a. Sexualité

La moyenne d'âge des jeunes femmes interrogées étaient de 16,6 ans. 56,25% d'entre elles avaient déjà eu des rapports sexuels.

En 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles [11].

Cet écart peut être attribué au fait qu'il s'agit dans notre étude de patientes qui font la démarche d'une demande de contraception, elle n'inclut donc pas les femmes qui ont une sexualité sans avoir recours au médecin.

b. Contraception

4,29% des patientes n'ayant jamais eu de rapport sexuel ont déjà eu une contraception, à savoir la pilule. La pilule a alors été prescrite pour régulariser les cycles, diminuer les douleurs menstruelles, atténuer l'acné et non à visée contraceptive.

90% des jeunes femmes sexuellement actives ont recours à une contraception. D'après le baromètre santé 2010 de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 90,2 % des femmes ayant des rapports sexuels, tout âge confondu, utilisent une méthode contraceptive [12].

c. Grossesse

Parmi les femmes n'ayant jamais eu de grossesse, 93,10% utilisaient une contraception. 3 patientes avaient déjà été enceintes, l'une de ces grossesses a été marquée par une FCS ; les 2 autres patientes ont eu recours à l'IVG.

Ces chiffres mettent en avant un paradoxe contraceptif. En France, 8 femmes sur 10 ayant des rapports sexuels et en âge de procréer, utilisent un moyen de contraception [13]. Pourtant, on constate des échecs qui demeurent fréquents. L'année dernière, il a été rapporté 216 685 IVG pour 767 000 naissances vivantes [14].

En 2010, un quart des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu recours au moins une fois dans leur vie à la contraception d'urgence. On estime que 1 femme sur 3 effectuera au moins une IVG dans sa vie et qu'elle effectuera en moyenne 1,5 IVG [15].

2/3 des grossesses non prévues surviennent sous contraception (30% sous contraception médicale).

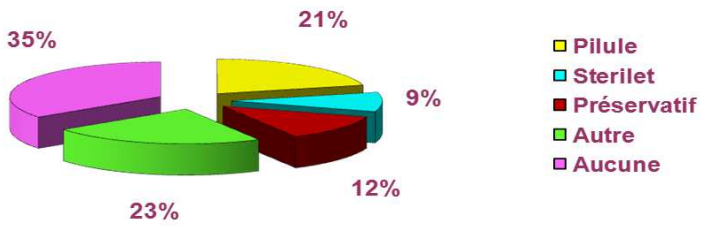


Figure 16 – Contraception utilisée par les femmes au moment du recours à l'IVG

3. 1ère consultation pour demande de contraception

L'étude s'adressait aux jeunes femmes avant la 1ère consultation pour demande de contraception. C'est ce moment de la vie génitale des femmes qui a été retenu car la place du médecin est importante. Il s'agit du premier contact avec le professionnel de santé. L'approche, les informations délivrées, la proposition de suivi vont être décisives dans l'adhésion des jeunes femmes à leur contraception.

Lors de cette consultation, les attentes des patientes étaient par ordre décroissant de fréquence : aide au choix d'une contraception, demande d'informations, prescription d'une contraception choisie, prise en charge de troubles des règles, prise en charge de douleurs, choix d'un gynécologue.

Le modèle BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation en 6 étapes [16].

Bienvenue : accueil, présentation du déroulement de la consultation, rappel des objectifs, mise en confiance de la patiente.

Entretien : recueil des informations, ressenti de la femme, ses attentes, ses doutes. Élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.

Renseignement : information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations, explications sur l'ensemble des méthodes contraceptives, l'efficacité, le coût, les effets indésirables...

Choix : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme, il est à son écoute et la guide dans son choix.

Explication : discussion autour de la méthode choisie, démonstration, manipulation, information sur la conduite à tenir en cas d'oubli, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Si possible, fournir un document écrit.

Retour : consultations de suivi pour évaluer la méthode et son utilisation. Possibilité de changer de méthode si elle semble inadaptée.

4. Choix de la contraception

La plupart des femmes ont une idée de la contraception qu'elles souhaitent utiliser. Au début de la vie sexuelle, la pilule reste de loin la contraception de choix des femmes de 14 à 20 ans avec 86,88% qui désirent ce type de contraception, suivie de la pilule associée au préservatif (5,63%), du stérilet (4,38%) et enfin de l'implant (2,50%). Une patiente a mentionné hésiter entre la pilule ou l'implant.

Ces données se rapprochent des données nationales à l'exception du préservatif. En effet, son utilisation est sous-estimée puisque l'étude s'adresse aux jeunes femmes qui consultent pour une première contraception. Le préservatif n'étant pas soumis à prescription médicale (au moment de la diffusion du questionnaire), et étant une contraception masculine, il est moins représenté ici.

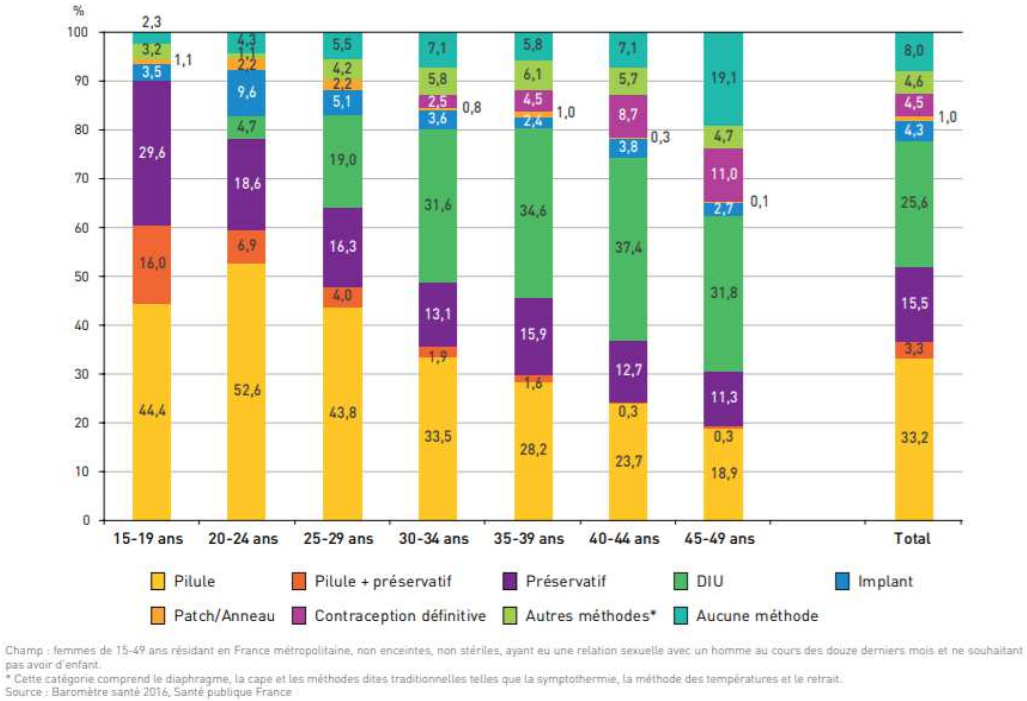


Figure 17 – Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 selon Le Baromètre Santé - INPES

On observe que la pilule et le préservatif sont de moins en moins utilisés au fil des années au profit du DIU.

Les jeunes femmes faisant le choix de la pilule comme méthode contraceptive évoquaient comme raison principale (44,86%) qu'il s'agissait de la méthode la plus connue puis à 24,30% parce qu'elle était utilisée par une personne de l'entourage et à 20,56% parce qu'elle apparaissait comme le moyen de contraception le plus efficace.

Pour les patientes faisant le choix de la double protection pilule + préservatif, la raison mise en avant était l'efficacité (42,86%). Le stérilet était choisi d'abord parce qu'il représente une méthode contraceptive sans hormones (46,15%). Enfin la raison principale du choix de l'implant était le fait que ce soit moins contraignant (66,67%).

La limite dans cette question est qu'il s'agit d'une question ouverte à choix multiple avec l'effet de suggestion qu'elle induit.

Cependant, on remarque que le fait que la contraception soit connue ou qu'elle soit utilisée par quelqu'un de l'entourage incite la jeune fille à y avoir recours. Par ailleurs, les patientes se tournent vers le stérilet pour éviter l'exposition aux hormones. On constate que les femmes ont besoin d'être rassurées dans leur choix et de connaître le mode d'action de la contraception choisie. L'objectif de cette première consultation doit être d'exposer l'ensemble des méthodes contraceptives et d'informer sur les avantages et les inconvénients de chacune afin que la patiente puisse faire son choix de façon éclairée et en toute quiétude.

Le modèle français diffère beaucoup du modèle des autres pays. La situation française se caractérise par la place prédominante occupée par la contraception orale.

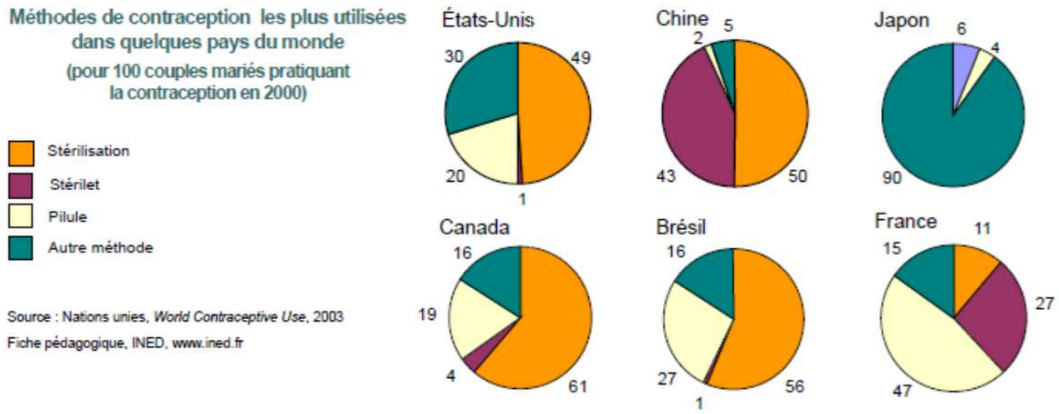


Figure 18 – Méthodes de contraception utilisées dans le monde

5. Attentes des femmes

Eviter une grossesse non désirée n'est pas la seule attente en matière de contraception. 21,25% des femmes venant pour la prescription d'une première contraception, toutes méthodes confondues, ne cherchent pas à éviter une grossesse.

Les attentes sont par ordre décroissant de fréquence :

- Eviter une grossesse (78,75%)
- Régularisation des cycles (51,25%)
- Diminution des douleurs menstruelles (51,25%)
- Prévention des IST (39,38%)
- Diminution de l'acné (22,50%)

6. Danger à propos des IST

L'étude met en avant que 35,76% des femmes souhaitant une contraception autre que le préservatif désirent une prévention des IST. C'est-à-dire qu'environ 1 femme sur 3 aura avec sa contraception, à tort, l'impression d'être protégée des IST. Il y a un défaut d'information évident avec un enjeu fort de santé publique.

7. Sources d'informations

97,50% des patientes avaient déjà reçues des informations concernant la contraception. Malgré cela, 39,38% des jeunes femmes jugeaient leur niveau de connaissances moyen, 13,75% le trouvaient insuffisant et 2,50% estimaient n'avoir aucune connaissance. Seulement 44,38% jugeaient leur niveau de connaissance satisfaisant et aucune ne le trouvait excellent. D'ailleurs, 38,13% attendaient des informations de cette consultation.

L'école (79,49%), internet (43,59%) et le médecin (33,33%) apparaissent comme les 3 principales sources d'informations des jeunes filles au début de la vie sexuelle.

Pourquoi les femmes sont-elles mal informées ?

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... » Bernard Werber (Encyclopédie du savoir relatif et absolu).

Par cette citation, on peut comprendre toute la difficulté de communiquer. Il existe une déperdition de l'information et il est admis que l'on retient 10 à 20% de ce qui est exprimé oralement. La communication entre le professionnel de santé et le patient est d'autant plus difficile qu'il y a un langage spécifique propre au corps médical.

Il convient donc d'adopter un langage clair et de s'assurer de la bonne compréhension de l'information. Un support écrit remis au patient peut permettre d'appuyer les informations données lors de la consultation, et offre la possibilité d'être consulté à tout moment en cas de besoin.

8. Freins à l'utilisation d'une méthode contraceptive

La principale crainte par rapport à l'utilisation d'un moyen de contraception est la prise de poids, évoquée par 65,63% des jeunes femmes.

Prise de poids : mythe ou réalité

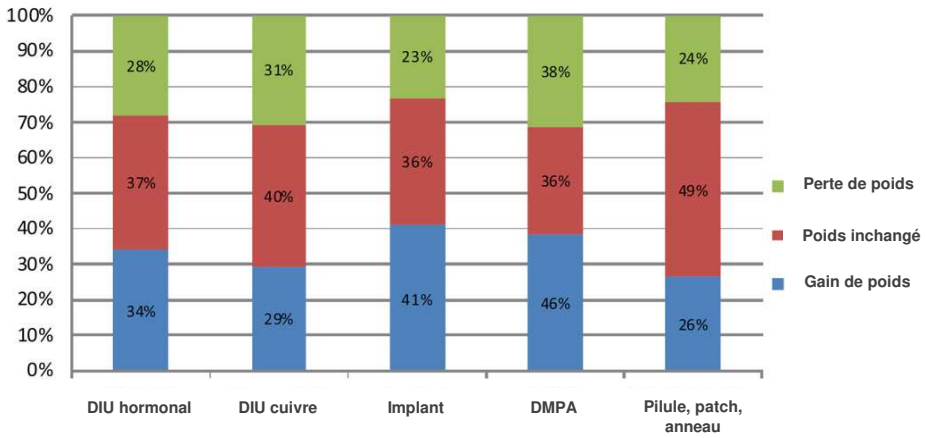


Figure 19 – Variations de poids observées selon la contraception utilisée

Ce graphique met en avant les variations de poids selon la méthode contraceptive utilisée [16]. On estime entre 1 et 3 kg la prise de poids pouvant être attribuée à la contraception.

Autres effets indésirables

Les autres effets secondaires redoutés étaient la perturbation des cycles (16,88%), les douleurs (15%) ou la diminution de la fertilité (13,13%).

Les patientes craignaient aussi certains aspects pratiques de la contraception, à savoir : la peur de l'oubli (55,63%), le manque d'efficacité (35%), la gêne occasionnée (10%) ou le caractère contraignant (10%).

Enfin, 8 patientes ont indiqué n'avoir aucun crainte par rapport à la contraception.

9. Intérêt de l'étude

Résultats attendus

L'analyse des différents questionnaires obtenus permet de mettre en avant certains aspects prévisibles des attentes et connaissances des femmes au moment de la première prescription de contraception. Par exemple, le profil des patientes, à savoir qu'il s'agit majoritairement d'une jeune femme entre 14 et 20 ans, étudiante le plus souvent.

Pour les patientes n'ayant jamais eu de rapport sexuel, quelques-unes se seront vues prescrire une pilule pour divers troubles des règles ou dans le cadre de la prise en charge de l'acné mais pour la plupart, il s'agira d'une première approche vis-à-vis de la contraception. Pour celles ayant déjà eu des rapports sexuels, la majorité aura eu recours au préservatif.

Les jeunes femmes qui consultent désirent une information et un accompagnement dans le choix de la méthode contraceptive, en sachant que 93% souhaitent avoir recours à la pilule seule ou associée au préservatif parce qu'il s'agit d'une contraception qui leur est familière.

Résultats préoccupants

En revanche, certains résultats sont plus inattendus, préoccupants et parfois même alarmants.

Tout d'abord, 1 patiente sur 2 qui consulte a déjà eu des rapports sexuels. C'est-à-dire que l'information ne doit pas être donnée uniquement au moment de la 1ère consultation pour demande de contraception mais bien avant. Le médecin doit aborder la sexualité, la prévention des IST et la contraception en amont.

35,76% des femmes qui souhaitent utiliser la pilule comme méthode de contraception pensent qu'elles seront protégées vis-à-vis des IST. Il est essentiel de rappeler aux patientes que seul le préservatif protège des IST, information qui paraît évidente pour le professionnel de santé mais qui ne semble pas du tout maîtrisée des jeunes femmes.

10.Perspectives d'amélioration

Partant du constat que les femmes sont insuffisamment informés sur la contraception et que cette information arrive trop tard dans la vie sexuelle, il est indispensable de mettre en place des stratégies d'information, d'éducation et de prévention.

Mais à quel moment en parler ? On pourrait envisager de proposer une consultation autour de la sexualité, la prévention des IST, la contraception… accessible à tous et prise en charge à 100%.

V. CONCLUSION

La contraception est en perpétuelle évolution et touche chaque personne à un moment donné de sa vie. A une époque où les sources d'information se multiplient et où l'accès à la contraception est facilité, on constate d'importantes lacunes entraînant un recours à l'IVG toujours important.

L'étude a permis de mettre en avant plusieurs notions importantes. L'information arrive trop tard puisque la moitié des jeunes femmes venant pour une première prescription de contraception ont déjà eu des rapports sexuels.

Elle est insuffisante et mal transmise. En effet, plus d'une vingtaine de méthodes contraceptives sur le marché et pas une jeune femme, dans notre étude, ne sait en mentionner plus de 6. La contraception ne semble pas adaptée aux besoins des patientes. 1 femme sur 3 souhaitant avoir recours à la pilule pense être protégée des IST avec ce type de contraception.

Les jeunes femmes ont besoin de réassurance. Elles ont tendance à privilégier un moyen de contraception connu et largement utilisé. Il est capital d'être à l'écoute de leurs craintes. Les priorités du médecin ne sont pas celles des patientes, elles doivent pouvoir les exprimer et être entendues.

Par ailleurs, puisque la contraception n'est pas uniquement l'affaire des femmes, l'information, la consultation médicale, la contraception doivent s'adresser également aux hommes. Un premier pas franchi avec le remboursement récent du préservatif Eden®. Les conséquences de ce nouveau dispositif seront intéressantes à étudier.

Au final, chaque méthode contraceptive a son intérêt et ses limites. Il ne s'agit pas de définir le bon moyen de contraception mais de trouver avec la patiente la contraception la plus adaptée à sa vie, à son couple, à ses désirs et à ses craintes.

Un choix fait après avoir reçu une information claire, précise et la plus exhaustive possible permettra une meilleure observance thérapeutique et une amélioration de l'efficacité contraceptive, c'est là tout l'enjeu de la prise en charge de la contraception en médecine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé publique France - Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Les-Francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-Barometre-sante-2016

2. Interdiction de la contraception et de l'avortement - 1920 - 8mars.info

3. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/

4. Le droit à la contraception et à l'avortement – Dates clés [Internet]. Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/07/datecles_7-2.pdf

5. www.piluledulendemain.com | Information sur la contraception d'urgence | Les pilules du lendemain [Internet]. Disponible sur: http://www.piluledulendemain.com/pilule-du-lendemain-1ere-generation.php

6. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse, 11 septembre 2007 - INPES.

7. Lévonorgestrel (DIU) - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Mesures-additionnelles-de-reduction-du-risque/Liste-des-MARR-en-cours/Levonorgestrel-DIU

8. Information suite à l'arrêt de la commercialisation en France par la société Bayer Pharma AG du dispositif de stérilisation définitive Essure - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Information-suite-a-l-arret-de-la-commercialisation-en-France-par-la-societe-Bayer-Pharma-AG-du-dispositif-de-sterilisation-definitive-Essure-Communique

9. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 [Internet]. VIDAL. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_rembourse_a_compter_du_10_decembre_2018/

10. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie

11. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/

12. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. Inpes – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

13. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France.

14. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/

15. Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références

16. Contraception chez l'homme et chez la femme - Haute Autorité de santé. Avril 2013

17. Nault AM, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM. Validity of perceived weight gain in women using long-acting reversible contraception and depot medroxyprogesterone acetate. American Journal of Obstetrics and Gynecology. janv 2013;208(1):48.e1-48.e8.

ANNEXE

Questionnaire remis aux patientes

1) Quel âge avez-vous ? …… ans

2) Quel est votre niveau d'étude ?
   - ☐ Aucun diplôme
   - ☐ Inférieur au baccalauréat
   - ☐ Baccalauréat
   - ☐ Supérieur au baccalauréat

3) Quelle est votre profession ? ……

4) Quelles sont vos attentes par rapport à cette consultation ?
   - ☐ Information
   - ☐ Aide au choix d'une contraception
   - ☐ Prescription d'une contraception choisie
   - ☐ Autre, précisez : ……

5) Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?
   - ☐ OUI
   - ☐ NON

6) Avez-vous déjà utilisé une contraception ?
   - ☐ OUI
   - ☐ NON

7) Si OUI, laquelle ?
   - ☐ Préservatif
   - ☐ Autre, précisez : ……

8) Avez-vous déjà été enceinte ?
   - ☐ OUI
   - ☐ NON

9) Si OUI, comment s'est terminée la grossesse ?
   - ☐ Accouchement
   - ☐ Fausse couche spontanée
   - ☐ Interruption volontaire de grossesse

10) Avez-vous déjà reçu des informations concernant la contraception ?
- ☐ OUI
- ☐ NON

11) Si OUI, via quel support ?
- ☐ Internet
- ☐ Brochures
- ☐ Médecin
- ☐ Ecole
- ☐ Télévision
- ☐ Autre, précisez : ……

12) Selon vous, quel est votre niveau de connaissances en matière de contraception ?
- ☐ Aucun
- ☐ Insuffisant
- ☐ Moyen
- ☐ Satisfaisant
- ☐ Excellent

13) Quelles méthodes de contraception connaissez-vous ?

.....

.....

14) Quelle contraception souhaitez-vous ?
- ☐ Pilule
- ☐ Implant
- ☐ Stérilet
- ☐ Autre, précisez : ……

15) Pour quelle(s) raison(s) ?
- ☐ La plus connue
- ☐ La plus efficace
- ☐ La moins contraignante
- ☐ Sans hormones
- ☐ Utilisée par quelqu'un de mon entourage
- ☐ Autre, précisez : …….

16) Quelles sont vos attentes concernant cette contraception ?
- ☐ Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles
- ☐ Eviter une grossesse
- ☐ Régularisation des cycles
- ☐ Diminution de l'acné
- ☐ Diminution des douleurs menstruelles
- ☐ Autre, précisez : ……

17) Quelles sont vos craintes par rapport à la contraception ?

- ☐ Aucune
- ☐ Prise de poids
- ☐ Diminution de la fertilité
- ☐ Manque d'efficacité
- ☐ Perturbation des cycles
- ☐ Douleurs
- ☐ Gêne
- ☐ Contraignant
- ☐ Oubli
- ☐ Autre, précisez : ……

Attentes et connaissances des femmes au moment de la première consultation pour demande de contraception

RESUME

Introduction De la grossesse subie à la grossesse choisie, voilà tout l'enjeu de la contraception. Malgré la multitude de moyens contraceptifs dont on dispose, les échecs demeurent fréquents. La première consultation pour demande de contraception est une étape clé dans le suivi gynécologique, c'est ce moment qui a été retenu pour notre travail. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attentes et connaissances des femmes dans le but d'améliorer l'observance thérapeutique.

Matériel et méthodes Une étude quantitative transversale pluricentrique a été réalisée d'avril à octobre 2018.

Résultats Les 160 questionnaires recueillis ont permis de mettre en évidence plusieurs faits. Le recours au médecin était trop tardif. Au moment de la consultation, plus de la moitié des patientes avaient déjà eu des rapports sexuels. Parmi celles-ci, 90% avaient utilisé une contraception. Les femmes attendaient de cette consultation des informations et un accompagnement dans le choix de la méthode contraceptive. La pilule apparaissait comme la contraception de choix des patientes notamment parce qu'elle leur était familière. 97,5% des femmes avaient déjà reçu des informations pourtant 1 femme sur 3 souhaitant la pilule en attendait une prévention des IST. Les effets secondaires sont largement évoqués et représentent un frein au recours et à l'adhésion de la jeune femme à la contraception.

Conclusion Pour que la contraception soit réussie, elle doit être adaptée à chacun. Développer l'information et favoriser le recours au médecin apparaissent comme des éléments clés.

Mots-clés Contraception – Femmes – Sexualité – Savoir – Ordonnances – Communication

Women's expectations and knowledge at the first consultation for contraception

ABSTRACT

Introduction From unwanted pregnancy to chosen pregnancy, that is the challenge of contraception. Despite the multitude of contraceptives available, failures remain frequent. The first consultation for a request for contraception is a key step in the gynecological follow-up, it is this moment that was retained for our work. The main objective of this study was to assess women's expectations and knowledge in order to improve adherence.

Methods A cross-sectional multicentric quantitative study was conducted from April to October 2018.

Results The 160 questionnaires collected made it possible to highlight several facts. It was pointed out that recourse to the doctor is too late. At the time of the consultation, more than half of the patients had already had sex. Of these, 90% had used contraception. The women expected information and support in choosing the contraceptive method from this consultation. The pill appeared as the preferred contraception of patients especially because it was familiar to them. 97.5% of women had already received information yet 1 in 3 women who wanted the pill expected STI prevention. Side effects are widely discussed and represent a barrier to the use and adherence of the young woman to contraception.

Conclusions For contraception to be successful, it must be adapted to everyone. Developing information and promoting physician use are key elements.

Keywords Contraception – Women – Sexuality – Knowledge – Prescriptions – Communication