



HAL
open science

**Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant Contraceptif
sont-ils des méthodes contraceptives acceptées et
acceptables pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans, dans
l'objectif de prévenir la survenue de grossesses non
désirées ? Mieux comprendre les freins des patientes à
leur utilisation pour mieux les prescrire : étude
ambulatoire par questionnaire dirigé portant sur les
connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de
18 à 25 ans, consultant en planning familial, en
Seine-Saint-Denis**

Pauline Soulier

HAL Id: dumas-02299558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02299558v1>

Submitted on 27 Sep 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.



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

► **To cite this version:**

Pauline Soulier. Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant Contraceptif sont-ils des méthodes contraceptives acceptées et acceptables pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans, dans l'objectif de prévenir la survenue de grossesses non désirées ? Mieux comprendre les freins des patientes à leur utilisation pour mieux les prescrire : étude ambulatoire par questionnaire dirigé portant sur les connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, consultant en planning familial, en Seine-Saint-Denis. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02299558

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 122

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant Contraceptif sont-ils des méthodes contraceptives acceptées et acceptables pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans, dans l'objectif de prévenir la survenue de grossesses non désirées ?

Mieux comprendre les freins des patientes à leur utilisation pour mieux les prescrire.
Étude ambulatoire, par questionnaire dirigé portant sur les connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, consultant en planning familial, en Seine-Saint-Denis

Présentée et soutenue publiquement
le 28 juin 2018

Par

Pauline SOULIER

Née le 29 novembre 1989 à Clamart (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Emmanuelle Piet, gynécologue

Jury :

M. Le Professeur Lionel Carbillon, PU-PH Président

M. Le Professeur Michaël Grynberg, PU-PH

M. Le Professeur Christophe Poncelet, PU-PH

REMERCIEMENTS

A tous les membres du jury, merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Emmanuelle Piet, merci d'avoir dirigé cette thèse, et de m'avoir guidée dans sa réalisation.

A ma mère, mon père, mes frères pour tout ce qu'ils m'apportent depuis toujours, et pour longtemps encore.

A mes grands-parents, merci d'avoir cru en moi ; et spécialement à mes grands-pères qui auraient été fiers d'être ici aujourd'hui.

A Marine, pour notre amitié sans faille et sans limite.

A Laura, Julia et Mélodie, pour tous les moments que l'on partage depuis quinze ans.

A Léo, merci pour ta relecture patiente et tes corrections, et merci pour ces trois dernières années.

A tous mes ami(e)s de la faculté et mes co-internes, merci pour les bons moments passés à vos côtés.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION :	8
Etat des lieux concernant la contraception et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en France et en Seine-Saint-Denis.	8
1. Evolution du modèle contraceptif français chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, du taux de grossesses non désirées et du taux d'Interruption volontaire de grossesse.....	10
1.1 Historique concernant la régulation des naissances en France et évolution du modèle contraceptif Français.....	10
1.2 Evolution du taux de grossesses non prévues et du recours à l'IVG en France, corrélation avec la méthode contraceptive utilisée.....	18
2. Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action : Dispositif Intra Utérin et Implant contraceptif.....	24
2.1. Description des deux modèles de contraceptif réversible à longue durée d'action.....	24
2.2 Utilisation des contraceptifs à longue durée d'action en France : un moyen de régulation des grossesses non désirées ?	30
3. De nos jours en Seine Saint Denis	37
3.1. Accès à la contraception et à l'IVG en Seine-Saint-Denis.....	37
3.2 Santé sexuelle des jeunes femmes de moins de 25 ans en Seine-Saint-Denis	38
MATERIELS ET METHODES	40
1. Type d'étude.....	40
2. Méthodologie	40
2.1 Population ciblée.....	40
2.2 Questionnaire.....	41
2.3 Recueil des données.....	41
3. Analyses statistiques	42
RESULTATS.....	42
1. Généralités	42
2. Caractéristiques des patientes incluses	42
3. Connaissance et acceptabilité des différents moyens de contraception.....	46
4. A propos du DIU	48

5. A propos de l'implant	51
6. Concernant le groupe de femme ayant réalisé une ou plusieurs IVG.....	53
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	56
1. Résultats principaux	56
2. Forces, biais et limites de l'étude	58
2.1 Biais et limites de l'étude	58
2.2 Forces de l'enquête, validité externe.....	60
3. Perspectives pour l'avenir	62
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES.....	70

TABLE DES FIGURES ET SCHEMA

Figure 1 : Méthode contraceptive selon l'âge en 2010, chez les femmes de 15 à 49 ans en période d'activité sexuelle	16
Figure 2 : Méthode contraceptive utilisée en France en 2016 selon l'âge	17
Figure 3 : Taux de grossesses non prévues et pratiques contraceptives en France entre 2000 et 2010	20
Figure 4 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge, entre 1990 et 2015	21
Figure 5 : Profil contraceptif 6 mois avant IVG, à l'IVG, 1 mois après l'IVG et 6 mois après l'IVG, et profil contraceptif des femmes n'ayant jamais subi d'IVG	23
Figure 6 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles	25
Figure 7 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles	27
Figure 8 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles	29
Figure 9 : Taux de poursuite sur 2 ans de l'implant et du stérilet	33
Figure 10 : Comparaison du taux de satisfaction de l'implant et du DIU par rapport à la dernière méthode contraceptive utilisée	34
Figure 11 : Couverture contraceptive en Seine-Saint-Denis, en Île-de-France et en France métropolitaine	39
Figure 12 : IVG en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France	39
Schéma 1 : Dispositif intra utérin positionné dans le fond utérin	26
Schéma 2 : Implant contraceptif	29

ABREVIATIONS

IVG : interruption volontaire de grossesse

LARC : long acting reversible contraceptive = contraceptif réversible à longue durée d'action

DIU : dispositif intra-utérin

GND : grossesse non désirée

IST : infection sexuellement transmissible

MFPF : mouvement français pour le planning familial

CSP : code de santé publique

AMM : autorisation de mise sur le marché

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

EICCF : établissement d'information, de consultation et de conseil familial

MLF : mouvement pour la libération des femmes

OR : odd ratio

HAS : haute autorité de santé

cDIU : dispositif intra-utérin au cuivre

pDIU : dispositif intra-utérin hormonal

OMS : organisation mondiale de la santé

IGH : infection génitale haute

CMU : couverture médicale universelle

AME : aide médicale d'état

GEU : grossesse extra utérine

HTA : hypertension artérielle

PMSI : programme de médicalisation des systèmes informatiques.

EI : effet indésirable

INTRODUCTION :

Etat des lieux concernant la contraception et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en France et en Seine-Saint-Denis.

Les premiers rapports sexuels en France se maintiennent autour de 17 ans pour les jeunes femmes, âge auquel elles se retrouvent exposées au risque de grossesses non désirées (GND) (1). Or, plus de 60% des grossesses non désirées conduisent à une IVG et ce « risque » est plus grand chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (2). Il est donc primordial de proposer aux jeunes femmes une contraception simple, efficace et non contraignante afin de diminuer la survenue de grossesses non désirées.

Le modèle contraceptif français a peu évolué, et les jeunes femmes en début d'activité sexuelle, comme les médecins, préfèrent la pilule associée ou non au préservatif. Depuis les années 2000, le modèle contraceptif s'élargit à de nouvelles méthodes : les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (LARC). Les LARC, parmi lesquels on retrouve le dispositif intra utérin (DIU) et l'implant, offrent des méthodes efficaces de contraception et de prévention des grossesses non désirées pour les jeunes femmes. Cependant l'histoire contraceptive est parsemée de polémiques touchant chacune de ces méthodes et rendant le choix éclairé d'une contraception difficile.

Bien que la pilule hormonale reste utilisée par environ 80% des jeunes femmes de 18 à 25 ans, l'utilisation des LARC dans cette tranche d'âge a augmenté depuis les années 2000. Entre 2005 et 2010 on note une hausse d'utilisation de 3,9 points des LARC chez les moins de 25 ans. En 2010, le DIU est alors utilisé par 1,7% des femmes de 18 à 25 ans et l'implant par 4% de ces femmes (3-5).

Malgré un large panel de contraceptifs efficaces, les taux de grossesses non désirées (GND) et d'IVG restent relativement stables. En 2010, tout âge confondu, 33% des grossesses étaient non désirées et 50% résultaient d'un échec contraceptif. Parmi celles-ci, 25% concernaient des femmes sous pilule, 4,3% des femmes porteuses de DIU et 0,28% des femmes avec un implant (4). Le DIU et l'implant semblent donc protéger de la survenue de grossesses non désirées. Cette hypothèse est corroborée par l'étude américaine CHOICE, qui montre un taux de grossesses inattendues significativement moins important chez les femmes

utilisant un DIU ou un implant (0.27 grossesse pour 100 femmes/années) que chez celles utilisant une contraception quotidienne (4.55 grossesses pour 100 femmes/années) (4).

Parmi ces grossesses non désirées, 60% conduisent à une IVG. Ainsi en 2015 le taux annuel d'IVG tout âge confondu est de 14,4‰, avec une proportion nettement plus importante chez les femmes de 18 à 24 ans : taux à 19,5‰ entre 18 et 19 ans, et 27‰ entre 20 et 24 ans (2,6). Or l'étude Américaine CHOICE a montré une nette réduction (-20,6%) du taux d'IVG chez les femmes utilisatrices d'un LARC (4,6).

Si les grossesses non désirées surviennent pour moitié dans un contexte d'échec contraceptif, elles n'en sont pas moins le reflet d'une contraception inadaptée et ne satisfaisant probablement pas la femme. Ainsi, parmi les femmes ayant recours à l'IVG, la moitié ont changé leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédant l'acte, et 67% ont opté pour un contraceptif d'efficacité moindre, peut-être considéré comme moins contraignant, et 6% ont fait le choix de n'avoir aucune contraception (7,8).

Ces changements de contraceptifs concernent essentiellement les femmes utilisant des contraceptifs réversibles, qui se disent en majorité moins satisfaites par leur contraception que les femmes porteuses de LARC : 55% contre 80%, et dont le taux de poursuite à un an est inférieur à celui des LARC : 55% vs. 86% (9).

Orienter le choix des jeunes femmes vers des méthodes efficaces et fiables comme les contraceptifs réversibles de longue durée d'action semble donc essentiel, mais s'avère souvent difficile. Cela s'explique notamment par une mésinformation concernant ces méthodes : 54% des patientes, 69% des gynécologues et 84% des généralistes pensent encore que le DIU est contre indiqué chez les jeunes femmes nullipares (1,9). Comment dans ces conditions permettre à nos patientes de faire un choix éclairé ?

Les freins des médecins à l'utilisation des LARC sont bien connus : manque de formation technique, fausses croyances (douleur, Infection sexuellement transmissible (IST), pose difficile...) et surestimation des complications. Les freins des patientes sont eux aussi connus mais moins décrits et l'on retrouve essentiellement des fausses croyances concernant une stérilité potentielle, ou bien la peur de l'insertion d'un corps étranger.

Dans le département de Seine-Saint-Denis, le taux de recours à l'IVG tout âge confondu est de 22‰ contre 17‰ en Ile-De-France et 14,4‰ en France. Parmi les Séquano-Dionysiennes de 18 à 25 ans, le taux de recours est de 36,9‰ contre 27‰ en France (2,6,10).

En Seine-Saint-Denis la proportion de femmes ayant recours à la contraception est inférieure à celle d'Île-de-France et de France (respectivement 88,5%, 90,7%, 92,3%). Seulement 84,1% des Séquano-Dionysiennes de 15 à 29 ans déclarent avoir utilisé une contraception lors du premier rapport sexuel, contre 86% en Ile de France et 87,6% en France (11).

Alors que je réalisais un semestre au centre de santé et de planification familiale de Bagnolet, j'ai reçu en consultation plusieurs jeunes femmes de moins de 25 ans, consultant pour des grossesses non désirées et des demandes d'IVG, parfois répétées. Celles-ci survenaient souvent dans un contexte d'échec ou d'absence de contraception. Après l'IVG, la proposition d'un DIU ou d'un implant était refusée et j'ai pensé qu'il serait intéressant de réaliser, auprès des jeunes femmes Séquano-Dionysiennes, une enquête simple permettant de comprendre et d'analyser leurs connaissances et croyances à propos du DIU et de l'implant, afin de les promouvoir comme moyens de contraception de premiers recours, dans le but de prévenir la survenue des grossesses non désirées.

1. Evolution du modèle contraceptif français chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, du taux de grossesses non désirées et du taux d'Interruption volontaire de grossesse

1.1 Historique concernant la régulation des naissances en France et évolution du modèle contraceptif Français

La volonté de prévenir les grossesses non désirées est probablement inhérente à nos modèles sociétaux, s'appuyant sur des pratiques contraceptives et abortives plus ou moins efficaces et plus ou moins dangereuses. La sexualité récréative, connue et acceptée dans certains milieux, a très longtemps été considérée comme moralement répréhensible, et pratiquer des actes anticonceptionnels était interdit et puni par la loi.

Cependant on note dès le XVIIIe siècle une certaine volonté à disposer de son propre corps et à avoir une sexualité contrôlée.

Malgré l'interdit religieux, le préservatif, dont l'existence remonte au XVIe siècle, est introduit en France au moment de la révolution en 1789. Un premier centre de consultation et de vente

de produits anticonceptionnels ouvre ses portes à Paris en 1889 et un guide intitulé *Moyens pour éviter les grossesses* est publié en 1909.

L'après-guerre voit naître une volonté de renforcer la natalité. Le 31 juillet 1920, une loi est alors promulguée condamnant la pratique contraceptive et l'avortement. Toutefois, les femmes ont toujours la volonté d'avoir une sexualité libre et de choisir d'avoir ou non des enfants. Ainsi la méthode Ogino-Knauss (dite « du calendrier »), inventée au Japon en 1924, se répand dès les années 1930.

En 1935, à Suresnes, le Dr Dalsace ouvre malgré les interdits la première consultation de contrôle des naissances où il fournit capes cervicales, diaphragmes et spermicides importés d'Angleterre (12).

La contraception demeure toujours interdite et des groupes féministes se forment, voulant faire abroger la loi de 1920, afin de créer une maternité volontaire.

En 1956, le Mouvement pour la Maternité Heureuse est créé par les Dr Lagroua Weill-Hallé et Simon, aidés de Mme Sullerot. Ce mouvement devient en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui prône la devise « un enfant si je veux quand je veux » (12–14).

En 1961 ouvre, dans la plus grande clandestinité, le premier centre de planification familial à Grenoble, où sont proposés des diaphragmes et des crèmes spermicides importés illégalement de Suisse et de Grande Bretagne.

En 1962 est commercialisée la première pilule Enovid®, dont la fonction première et officielle est la régularisation des cycles, puis en 1964 la pilule Anovlar®.

Dès 1964, la contraception et la régulation des naissances sont prévues par la loi à l'enseignement des étudiants en médecine, sans toutefois être abordées.

En 1967, le député Lucien Neuwirth soumet, après le rejet de onze propositions différentes, une proposition de loi légalisant le recours à la contraception pour les femmes. Il s'agit de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de santé publique (CSP) en vigueur depuis 1920 (13). Cette loi réprime toujours la propagande anticonceptionnelle mais autorise l'importation et la fabrication des contraceptifs (capes cervicales, diaphragmes, spermicides, pilules hormonales et dispositifs intra-utérin). Bien que la loi ait été votée en 1967, les décrets d'application ne parurent qu'en 1972 et les premières Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) ne seront délivrées qu'en 1973 pour la pilule hormonale Stédiril®. Cette loi reconnaît également la nécessité de lieux dédiés à la pratique contraceptive, tels que les centres de planification et

d'éducation familiale (CPEF) et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF). Il faudra également attendre 1973 pour que les premiers centres agréés ouvrent.

Sept ans plus tard, le 4 décembre 1974, la loi libéralisant l'accès à la contraception, facilitant son remboursement et permettant l'accès à la contraception pour les mineures sans autorisation parentale, est adoptée. Il s'agit de la loi n° 74-1026 du CSP, qui permet ainsi une « planification raisonnée des naissances » (annexe 1) (13).

Alors que l'accès à la contraception est reconnu en France, le droit à l'avortement est quant à lui toujours prohibé par la loi du 31 juillet 1920, puni d'une peine de prison allant de 6 mois à 3 ans et d'une amende allant de 100 à 3000 francs. Cette prohibition est aggravée par les lois de 1923 et 1942 qui considèrent l'avortement comme un crime.

Aucune évolution des pratiques n'est notée avant 1975 concernant la pratique abortive, bien que plusieurs groupes féministes aient milité en faveur de celui-ci. Ainsi en 1968, des médecins proches du MFPPF créent l'association nationale pour l'étude de l'avortement, remettant en cause la loi de 1920 pour des raisons de sécurité médicale. En 1970 est créé le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) dont l'un des mots d'ordre est la « lutte jusqu'au bout pour [...] l'avortement libre et gratuit ». En 1971, un manifeste signé par 343 femmes ayant avorté paraît dans *Le Nouvel Observateur*, et en 1973 un second manifeste comportant cette fois la signature de 331 médecins pratiquant illégalement l'avortement est publié. La lutte pour l'abrogation de la loi de 1920 s'organise et s'intensifie (12).

Le 29 novembre 1974, Simone Veil, ministre de la santé, parvient, après 4 jours de débat à l'assemblée nationale et devant un public composé presque exclusivement d'hommes, à faire voter, à l'essai, son texte de loi dépénalisant partiellement l'avortement, à 284 voix contre 189. Cette loi est promulguée le 17 janvier 1975 et inscrite au CSP sous le numéro 75-17 (Annexe 2). Elle est d'abord adoptée pour une durée de 5 ans, avant d'être pérennisée et précisée par la loi Veil-Pelletier le 31 décembre 1979, puis définitivement adoptée dans ses termes définitifs le 1^{er} janvier 1980.

L'IVG ne peut alors être pratiquée que dans les conditions suivantes : situation de détresse de la femme par son état de grossesse ; autorisation parentale obligatoire pour les mineures ;

délai de réflexion de sept jours minimum ; entretien obligatoire avec un médecin ; délai légal de 12 semaines d'aménorrhée (ou 10 semaines de grossesse).

En 1982, Yvette Roudy, ministre du droit des femmes, fait voter une loi permettant le remboursement à 70% de l'IVG.

La technique médicamenteuse par prise d'anti progestérone (Mifegyne® ou RU 486) est autorisée en 1989 à l'hôpital, jusque-là l'IVG se pratiquant par aspiration chirurgicale.

Il faut toutefois attendre 2001 pour que l'IVG devienne un droit, avec la loi Aubry-Guigou n° 2001-588 du 04/07/01 du CSP. Grâce à cette loi, le délai légal de l'avortement est porté de 10 à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée. L'IVG devient une liberté physique et corporelle « identifiée et reconnue par le droit ». La consultation psycho-sociale n'est obligatoire que pour les mineures. Le consentement parental n'est plus obligatoire pour les femmes mineures qui souhaitent avorter. Cette loi donne également droit à la prescription de RU 486 par les médecins de ville (gynécologues ou médecins conventionnés). Ce n'est qu'en 2004, lors de l'application du décret de la loi de 2001, que l'IVG en ville voit le jour.

En 2009, un décret autorise les CPEF à pratiquer les IVG médicamenteuses.

Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est remboursée à 100% par la sécurité sociale selon un forfait comprenant, en cas d'IVG médicale, la consultation d'IVG et les traitements ; en cas d'IVG chirurgicale, l'aspiration et l'anesthésie. Ce forfait ne comprend pas les consultations préalables ou les examens complémentaires.

En juillet 2014, l'assemblée nationale vote la suppression de la notion de détresse comme motif de recours à l'IVG. Seule la femme peut considérer si elle désire ou non sa grossesse.

La modernisation du système de santé abroge le délai de réflexion obligatoire par la loi du 27 janvier 2016, autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses et promet un remboursement complet de l'acte (consultations, examens complémentaires biologiques, échographie et acte), ce qui est appliqué en mars 2017.

L'évolution du cadre légal concernant la régulation des naissances depuis les années 1970 a facilité l'accès à la contraception pour un grand nombre de femmes. Ainsi à la fin des années 1970, la contraception (médicamenteuse ou non) concerne 96% des femmes non- stériles, non-enceintes, ayant des rapports sexuels et ne désirant pas de grossesse, soit environ 75% des femmes en âge de procréer. Toutefois, la contraception médicamenteuse

(pilules hormonales et dispositifs intra-utérins) ne concerne que 52% des femmes, l'autre moitié utilisant des méthodes naturelles et « barrières » (méthode Ogino-Knauss, courbe de température, surveillance de la glaire cervicale, retrait, préservatifs, diaphragmes, capes cervicales et spermicides) (14).

La commercialisation légale des moyens de contraception médicaux est étalée sur plusieurs décennies : en 1962, apparaît le DIU au cuivre et la pilule de 1^e génération Enovid® ; en 1973, la pilule de 2^{ème} génération Stédiril® est commercialisée ; en 1980, commercialisation de la progestérone injectable (Dépoprovéra®) ; en 1990, apparition des patchs et anneaux contraceptifs et des pilules de 3^e génération, ainsi que des éponges avec spermicides ; en 1998, commercialisation du préservatif féminin ; en 1999, commercialisation de la pilule d'urgence Norlevo® ; en 2001, commercialisation de l'implant hormonal Implanon® ; en 2002, commercialisation de l'implant définitif Essure®, ainsi que du DIU hormonal Mirena®. Le remboursement de ces différents contraceptifs est variable. Aujourd'hui, la sécurité sociale rembourse à hauteur de 65% certaines pilules hormonales (16 sur la cinquantaine existante), les implants, les DIU et les diaphragmes. Les autres méthodes ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. Les mutuelles privées assurent le complément de prise en charge, et peuvent parfois prendre en charge complètement le remboursement des contraceptifs. Par ailleurs, l'accès gratuit à toutes les méthodes contraceptives est possible pour les personnes mineures et majeures sans couverture sociale, dans les plannings familiaux français.

Le panel contraceptif s'est donc élargi au fil des années mais les campagnes d'information sur la contraception, permettant un choix éclairé, ne voient le jour que tardivement. Il faut attendre 1981 pour voir apparaître la première campagne nationale télévisuelle intitulée « pouvoir choisir », puis 1991 pour que la publicité sur le préservatif soit autorisée. Les campagnes d'information se sont ensuite multipliées avec en 2000 « La contraception, à vous de choisir la vôtre » lancée par M. Aubry, puis en 2002 « La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place », en 2007 « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit », et enfin en 2012 « Ton avenir, ton choix, ta contraception ».

Aujourd'hui, la contraception est largement répandue et acceptée, mais elle se heurte à de nombreuses polémiques entravant le libre choix des femmes. Ainsi en 2005, quatre ans après

la commercialisation de l'Implanon®, celui-ci est soumis à la critique concernant les difficultés rencontrées pour son retrait. On trouve plusieurs témoignages de femmes disant s'être « fait charcuter le bras », puis en 2015, il est dit qu'il entraîne des troubles de l'humeur, une asthénie intense, etc.

En 2013, la vaste polémique concernant les pilules de 3^e génération voit le jour à la suite de plaintes concernant la survenue de thromboses veineuses profondes et d'accidents vasculaires cérébraux ayant entraîné plusieurs décès dont 14 imputables à la pilule. Les pouvoirs politiques restreignent donc l'accès à ces pilules, en demandant que seules les pilules de 1^{re} et 2^e générations soient prescrites et en ne remboursant plus qu'elles. La vente des pilules oestroprogestatives chute alors de 5,3% entre 2013 et 2014 et de 4,8% entre 2014 et 2015. Par ailleurs 20% des patientes concernées changent de méthodes contraceptives par peur des effets secondaires potentiels (15).

En 2016 et en 2017, c'est au tour des implants Essure® et du DIU Mirena® d'être remis en question sous prétexte qu'ils engendreraient des troubles de l'humeur, une asthénie majeure et des douleurs pelviennes intenses. L'implant Essure® est retiré du marché contraceptif le 18 septembre 2017.

Chaque polémique entraîne des modifications des AMM, des modifications de remboursement et donc des changements de pratiques pouvant impacter le libre choix des femmes.

Ces différents mouvements ont eu pour effet de modifier progressivement les pratiques contraceptives sur la dernière décennie.

En 2000, la couverture contraceptive concerne 98% des femmes sexuellement actives de 15 à 49 ans, dont 82% utilisent une méthode médicamenteuse. 57% utilisent la pilule et 22% le DIU, tout âge confondu. Les méthodes naturelles et barrières sont utilisées par 18% de la population (3,4). En 2005, la couverture contraceptive concerne 97% des femmes, avec 85% de contraception médicamenteuse et 15% de contraception non médicamenteuse (naturelles et barrières). 58% des femmes tout âge confondu utilisent la pilule, 24% un DIU et 1,3% un implant (16). En 2010, la contraception concerne 97% des femmes en âge de procréer. 88% utilisent une méthode médicamenteuse parmi lesquelles 55,5% la pilule, 22% un DIU et 2,4% un implant. Les méthodes barrières et naturelles sont utilisées par 12% des femmes, tout âge confondu (Figure 1)(3,5).

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

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

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

Source : Baromètre Santé 2010.

Figure 1 : Méthode contraceptive selon l'âge en 2010, chez les femmes de 15 à 49 ans en période d'activité sexuelle (5)

En 2016, 3 ans après la fin de la crise concernant la pilule, la couverture contraceptive concerne 92% des femmes sexuellement actives en âge de procréer. 81% utilisent une méthode médicamenteuse parmi lesquelles 35% une pilule, 26% un DIU et 4,5% un implant. 20% des femmes utilisent une méthode non médicamenteuse et 15,5% le préservatif seul (Figure 2) (17).

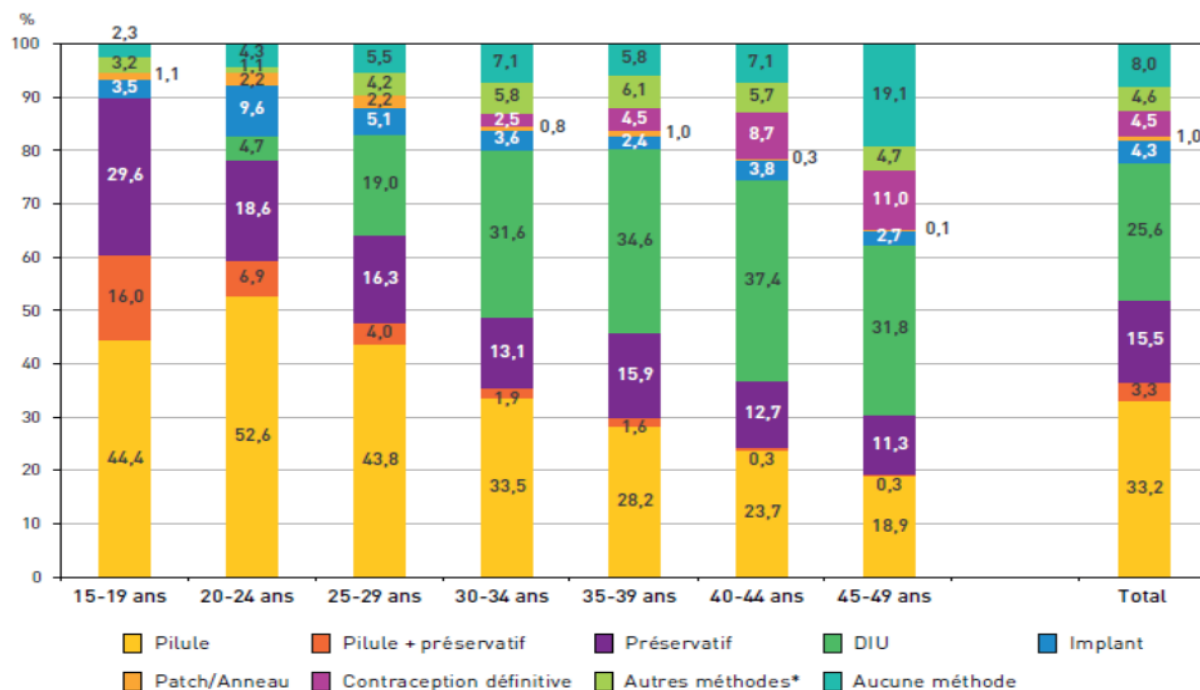


Figure 2 : Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016 selon l'âge (17)

Ainsi, sur les 16 dernières années, les différentes polémiques semblent avoir pour conséquence de modifier les pratiques contraceptives des femmes françaises avec une nette diminution de la couverture contraceptive. Toutefois, l'utilisation de la contraception médicamenteuse semble stable, avec un délaissement progressif de la pilule hormonale au profit du DIU et de l'implant. Depuis 2010 en revanche, le taux de couverture contraceptive diminue et un abandon de la contraception médicamenteuse semble se profiler. Parmi les femmes utilisant la contraception médicale, la pilule est bien moins demandée que le DIU ou l'implant.

Dans la tranche d'âge des femmes de 18 à 24 ans, une autre évolution est constatée. En 2010, 5% des moins de 20 ans et 5,6% des 20-24 ans sexuellement actives déclarent ne pas utiliser de contraceptif. La majorité de ces femmes utilisent encore la pilule avec 78,9% d'utilisatrices chez les moins de 20 ans et 83,4% chez les 20-24 ans. Très peu utilisent le DIU, avec seulement 3,7% chez les 20-24 ans, ou l'implant, avec 2,8% d'utilisatrices chez les moins de 20 ans et 5,4% chez les 20-24 ans. Les méthodes locales ou naturelles sont utilisées par 18% des moins de 20 ans et 7,5% des 20-24 ans. (Figure 1) (5). En 2016, 2,3% des moins de 20 ans et 4,3% des 20-24 ans n'utilisent pas de contraception. La pilule est utilisée par 60% des jeunes femmes de 18 à 24 ans. Le DIU par seulement 4,7% des femmes de 20 à 24 ans, l'implant par 3,5% des moins de 20 ans et 10% des 20-24 ans. Les méthodes locales et barrières sont en revanche utilisées par 30% des moins de 20 ans et 20% des 18-24 ans (Figure 2) (17). Ainsi parmi les 18-24 ans, la succession des différentes polémiques semble avoir eu pour conséquence un délaissement des méthodes contraceptives médicales au profit des méthodes naturelles et barrières. Toutefois, on peut noter une augmentation de l'utilisation de l'implant chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans utilisant des méthodes médicamenteuses.

Néanmoins, la pilule reste le premier moyen de contraception des femmes entre 18 et 25 ans. Cette préférence presque exclusive de la pilule est une spécificité du modèle contraceptif français, selon lequel, les femmes jeunes en début d'activité sexuelle doivent utiliser la pilule associée ou non au préservatif, et préférer le DIU après une première grossesse.

Si l'accès à une contraception sûre et efficace s'est amélioré, les dernières années sont marquées par d'importants débats amenant les patientes à reconsidérer leur contraception, parfois pour des méthodes plus anciennes et moins efficaces, mais qui apparaissent plus sûres. Le taux de couverture contraceptive des jeunes femmes de moins de 25 ans est globalement

meilleur que celui de la population général (97% vs. 92%), et une grande majorité utilise la pilule, les propositions et demandes de DIU et d'implant, bien qu'en augmentation restent faibles. Malgré un accès aujourd'hui facilité, et une diversification des méthodes contraceptives, force est de constater que le recours aux LARC reste minoritaire. Par ailleurs, dans ce contexte et malgré une diffusion des méthodes contraceptives hautement efficaces, nous constatons une relative stabilité du taux d'IVG. La deuxième partie de ce chapitre sera consacrée à l'étude du taux de grossesses non-désirées et à l'étude du taux d'IVG, corrélées à la méthode contraceptive.

1.2 Evolution du taux de grossesses non-prévues et du recours à l'IVG en France, corrélation avec la méthode contraceptive utilisée.

Une grossesse non-désirée se définit par la survenue d'une grossesse lors de rapports non protégés, ou lors d'un échec contraceptif, en dehors de tout désir de grossesse. Des conséquences sur la vie affective, sociale et sexuelle des femmes concernées sont possibles. Dans le monde, le taux de GND est estimé à environ 40% de l'ensemble des grossesses (menées à terme, fausses couches, IVG). Cette proportion augmente à 47% soit près d'une grossesse sur deux, dans les pays développés, malgré un large accès à la contraception. En Europe le taux de GND se situe aux alentours de 45%, avec un taux de 38% pour l'Europe de l'ouest, alors même que l'accès à la contraception y est un des plus aisés (6).

En 2010 en France, 33% des grossesses sont non-désirées, soit 1,5 fois moins qu'en 1970 (6,14,18,19). Parmi les femmes faisant l'expérience d'une grossesse non désirée, 2/3 utilisent une méthode contraceptive (médicale ou non) et plus de 50% ont changé leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédents, laissant supposer des difficultés et des erreurs dans l'utilisation de certaines méthodes (8,18,20). Ainsi, parmi les femmes faisant l'expérience d'une GND alors même qu'elles utilisent un contraceptif, 54% déclarent un oubli du contraceptif et 38% une erreur d'utilisation (21). Même si l'accès à la contraception est aujourd'hui aisé, le nombre de grossesses non désirées reste important, reflétant en partie les difficultés rencontrées par les femmes dans le choix d'une méthode contraceptive fiable et efficace.

Trois études menées en France en 2000, 2005 (COCON) et 2010 (FECOND) ont estimé le nombre et la prévalence annuelle de GND parmi les femmes de 15 à 49 ans ayant des rapports sexuels et en fonction de leur contraception.

En 2010, la pilule hormonale est encore le moyen contraceptif le plus largement utilisé avec environ 52% d'utilisatrices tout âge confondu, et une proportion nettement plus importante chez les moins de 25 ans. Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action sont quant à eux utilisés par 24% des femmes, dont la majeure partie a plus de 25 ans, et les méthodes naturelles sont utilisées par environ 20% des femmes. Seuls 3% des femmes, tout âge confondu, ayant des rapports et ne souhaitant pas de grossesse n'ont aucune contraception (4,5). Cette année là, 50% des grossesses non désirées sont survenues chez des femmes sans contraception, 25% chez celles utilisant la pilule, 15% chez les femmes utilisant les méthodes naturelles et barrières (dont 9% le préservatif), et seulement 4,3% sont survenues chez les femmes utilisant le DIU et 0,28% chez celles porteuses d'un implant (Figure 3) (5). Les utilisatrices de contraceptifs réversibles à longue durée d'action semblent moins exposées au risque de GND. Or elles sont encore minoritaires chez les jeunes femmes de moins de 25 ans.

Contraceptive practices and estimated unintended pregnancies in the last 10 years in France

	First-year contraceptive failure rates	% Contraceptive use			Expected number of unintended pregnancies		
		2000	2005	2010	2000	2005	2010
Not at risk ^a	0	32.1%	29.9%	30.5%	0	0	0
Sterilization	0.5%	0.7%	1.3%	2.4%	520	950	1700
Implant	0.5%	0.0%	0.8%	1.8%	0	544	1306
IUD	1%	14.7%	16.2%	14.3%	21,210	23,505	20,477
Patch/ring	2.4%	0.0%	0.1%	1.0%	0	452	3478
Pill	2.4%	38.3%	39.1%	34.1%	132,948	136,211	117,474
Condom	3.5%	8.2%	7.6%	8.7%	41,669	38,723	43,545
Other barrier/natural methods (withdrawal, fertility awareness, spermicides)	10%	3.5%	1.8%	4.8%	50,858	25,376	69,309
No contraception (unmet need)	60%	2.4%	3.2%	2.4%	208,923	280,149	210,082
Estimated total annual number of unintended pregnancies					456,128	505,910	467,372
Estimated annual number of unintended pregnancies/100 women 15–49 years ^b					3.16	3.49	3.26

Figure 3 : Taux de grossesses non prévues et pratiques contraceptives en France entre 2000 et 2010 (4)

Les résultats de la figure 3 laissent penser que les femmes sans contraception ou utilisant des contraceptifs présentant de potentielles erreurs d'utilisation (pilule, méthodes barrières et naturelles), ont plus de risque d'expérimenter la survenue d'une grossesse non désirée. Dans

ce contexte, l'erreur contraceptive, l'utilisation de méthodes barrières ou naturelles et l'absence de contraception ont été reconnues comme facteurs de risque de survenue de GND, avec respectivement des OR à 3,37, 4,66 et 4,24. D'autres facteurs influençant la survenue d'une GND ont été mis en évidence, dont l'âge, entre 18 et 25 ans, et la présence de violences domestiques (18). Par ailleurs, un seul facteur semble prévenir de la survenue d'une grossesse non-désirée: l'utilisation d'un contraceptif réversible de longue durée d'action (l'OR retrouvé dans certaines études étant de 0,78) (18).

Comme évoqué précédemment, parmi les 33% de grossesses non désirées survenant chez les femmes de 15 à 49 ans, 60% aboutissent à une IVG (6,7,20). Par ailleurs, 40% des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie sexuelle (16).

En 2015, 218 000 IVG ont été recensées en France (métropole et DOM-TOM), dont 203 500 en France métropolitaine, chez des femmes de 15 à 49 ans, en âge de procréer.

Le nombre d'IVG a subi une diminution relative bien que le chiffre soit stable depuis 1975 (autour de 218 000 IVG réalisées par an en France avec un taux de recours à 14‰ tout âge confondu). En effet, pour un nombre d'IVG stable, la population de femmes a, quant à elle, augmenté ; en 1975 la France recensait 27 451 800 femmes, et en 2015 la population féminine atteignait les 34 535 000 (2,6,22).

Sans modification au fil des ans, c'est la population des 18-24 ans qui est la plus exposée au risque de GND et d'IVG, avec en 2015 un taux de recours à 19,5‰ parmi les femmes de 18 à 19 ans et un taux de 27‰ parmi les femmes de 20 à 24 ans (figure 4) alors qu'en 2001 le taux de recours était de 14‰ parmi les moins de 19 ans et de 26,6‰ parmi les 20-24 ans (2,6). Or, dans cette population, bien que la couverture contraceptive soit bonne, la contraception par méthode naturelle ou barrière est importante, mais l'utilisation des LARC encore trop faible.

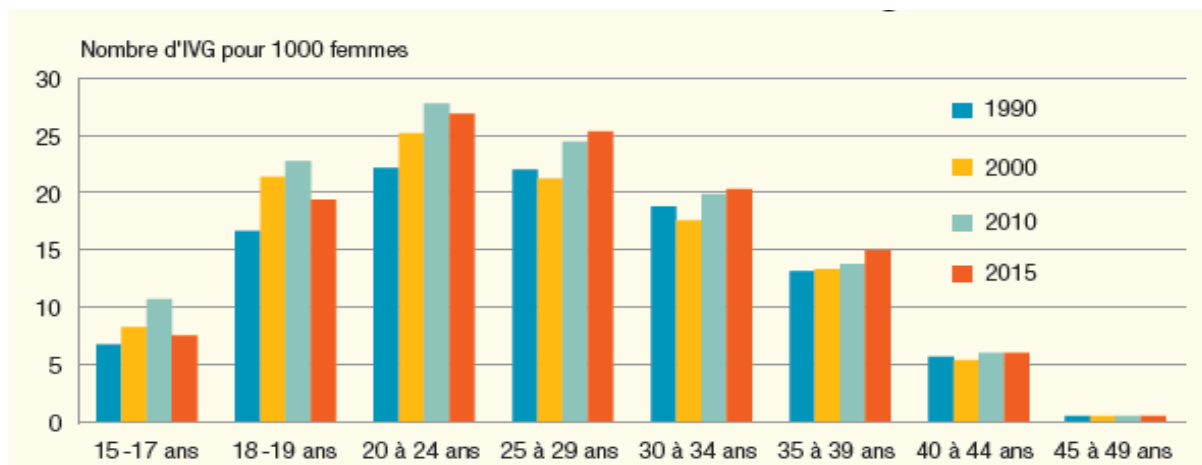


Figure 4 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge, entre 1990 et 2015 (2)

Outre les différences selon l'âge, des fluctuations régionales concernant les IVG ont été constatées. Ainsi, si le taux d'IVG en France est de 14,0‰ femmes, il est nettement plus élevé dans certaines régions comme les DOM-TOM où il est de 25,6‰ femmes et l'Île-de-France où il est de 17‰ femmes (2,6,23). En Île-de-France le nombre d'IVG pour l'année 2015 était de 51 000, soit près d'1/4 du nombre d'IVG pratiquées dans la France entière (2).

On remarque dès lors que la population des femmes de 18 à 24 ans vivant en Île-de-France fait partie de la population présentant le plus de risque de réaliser une IVG. Cibler cette population pour la prévention des grossesses et l'accès à une contraception efficace, fiable et satisfaisante semble donc important.

Parmi les femmes ayant pratiqué au moins une IVG, celles utilisant une méthode contraceptive réversible (pilule, préservatif, méthodes naturelle) l'interrompent en moyenne 10 fois au cours de leur vie, sans pour autant reprendre une contraception immédiatement après ou lui préférer une méthode plus efficace. Cela reflète bien la difficulté d'adhésion quotidienne à ce type de contraception et l'insatisfaction qui peut en émaner. Or, la période de transition contraceptive est la période la plus à risque de survenue d'une grossesse non-désirée et donc d'IVG.

Parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG, 50% avaient changé leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédents, 67% pour une méthode moins effective mais peut être plus facile d'utilisation ou moins contraignante, et 6% avaient arrêté sans prendre de nouvelle contraception (7,8).

Six mois avant ladite IVG, 36% des femmes utilisaient la pilule, 20,5% le préservatif, 13,7% aucune contraception, 9,4% des méthodes naturelles ou locales, et seulement 9,7% le DIU (figure 5) (7).

Dans le mois précédent l'IVG et au moment de l'IVG, l'utilisation de la pilule chute à 23,2%, mais l'utilisation du préservatif seul augmente à 23%, le pourcentage de femme n'utilisant aucune contraception augmente à 25,2%, et le taux d'utilisation des méthodes naturelles ou locales augmente à 18,8%. Le taux de porteuses de DIU est stable à 9% (figure 5). Cela montre une probable insatisfaction concernant la nécessité d'une prise quotidienne de la pilule, et la volonté des femmes et des couples de s'orienter vers des méthodes qu'ils estiment peut-être plus faciles d'utilisation. La stabilité du taux d'utilisatrices de DIU sur 6 mois reflète en revanche les difficultés qu'ont les femmes à s'orienter vers cette méthode.

Un mois après l'IVG, on retrouve un profil quasiment similaire au profil des femmes n'ayant pas subi d'IVG, avec une majorité d'utilisatrices de pilule, 54,8%, et seulement 12% de porteuses de DIU.

On constate donc que même après une IVG, les femmes et les médecins s'orientent vers une méthode contraceptive orale quotidienne, alors que c'était cette même méthode qui était majoritairement abandonnée dans les 6 mois précédents l'IVG, les replaçant dans une situation d'échec contraceptif à plus ou moins long terme.

Il paraît donc urgent de réorienter les pratiques en matière de contraception, afin de s'adapter au mieux aux besoins des femmes et des couples.

Contraception	Contraceptive profile of women who had an abortion (%) (n = 163)				Population of women who had not had an abortion ^a (%) (n = 1787)
	6 months before the abortion	Just before the abortion	Just after the abortion	6 months after the abortion	
Pregnant or had never had sex 6 months before the abortion	9.9				
None	13.7	25.2	11.9	11.8	10.5
Pill	36.1	23.2	54.8	52.7	63.1
IUD	9.7	9.4	12.4	15.2	12.7
Condoms	20.5	23.0	11.1	10.6	9.4
Local and natural methods ^b	9.4	18.8	5.1	3.7	1.9
Sterilization	0	0	4.1	4.8	0
Other	0.7	0.4	0.6	1.2	2.4
	100	100	100	100	100

Figure 5 : Profil contraceptif 6 mois avant l'IVG, à l'IVG, 1 mois après l'IVG et 6 mois après l'IVG, et profil contraceptif des femmes n'ayant jamais subi d'IVG (7)

Parmi les femmes ayant modifié leur contraceptif, passant d'une méthode à haute efficacité vers une méthode à basse efficacité, les raisons invoquées sont les suivantes : effets secondaires dans 30% des cas, effets inattendus dans 28% des cas, rupture avec le partenaire dans 25% des cas, désintérêt pour la méthode dans 22% des cas et péremption de l'ordonnance dans 7% des cas (7).

Parmi les méthodes à haute efficacité, le taux d'arrêt à 6 mois pour raisons liées à la méthode était plus important pour la pilule que pour le DIU avec respectivement, 13,4% et 7,5% d'abandons (8).

La pilule semble donc être une méthode efficace, à risque d'insatisfaction pour des raisons directement liées à la méthode (contraception orale, quotidienne, nécessitant souvent un horaire de prise précis) rendant son utilisation difficile et éloignant son taux de réussite pratique de son taux de réussite théorique.

En revanche le DIU semble être une méthode contraceptive moins souvent arrêtée, son efficacité n'étant liée ni à l'observance de la patiente ni à son adhésion quotidienne.

Il en serait probablement de même avec l'implant car ces deux méthodes ne nécessitent aucune observance particulière mais simplement une adhésion pleine à la pose, possible par un choix libre et consenti.

Dans ces conditions, promouvoir l'utilisation des LARC (dispositif intra utérin et implant) chez les jeunes femmes les plus à risque d'IVG semble cohérent avec la nécessité de leur offrir une contraception efficace, facile d'utilisation et qui les protégerait des difficultés auxquelles elles doivent faire face en cas de grossesse non-désirée et d'IVG.

Cependant, en gardant à l'esprit que la réalisation d'une première IVG est un facteur de risque d'IVG itératives, informer, éduquer et faciliter l'accès aux contraceptifs réversibles de longue durée d'action dès l'initiation d'une contraception apparaît être la solution idéale pour prévenir la survenue de la première grossesse non-désirée et de la première IVG.

Mais les habitudes françaises sont telles que de nombreux freins, tant du côté médical que du côté des utilisatrices, perdurent.

La deuxième partie de ce chapitre sera consacrée à l'utilisation de l'implant et du stérilet en France ainsi qu'aux différents obstacles rencontrés.

2. Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action : Dispositif Intra Utérin et Implant contraceptif

2.1. Description des deux modèles de contraceptif réversible à longue durée d'action

Le dispositif intra utérin et l'implant contraceptif sont tous deux des méthodes contraceptives réversibles et de longue durée d'action, hautement efficaces. Leur efficacité en pratique courante est quasiment similaire à leur efficacité théorique maximale (indice de Pearl), ce qui en fait des contraceptifs très fiables et de choix dans la prévention des grossesses non désirées.

Rappelons d'abord quelques définitions :

- Indice de Pearl : indice mesurant le nombre de grossesses non souhaitées sur une durée de 100 femmes-année. Plus l'indice est faible, meilleure est la méthode contraceptive.
- Efficacité en pratique courante : mesure le nombre de grossesses non souhaitées survenu sur une durée similaire à celle de l'indice de Pearl, mais en prenant en compte les erreurs d'utilisation du contraceptif et les oublis de contraceptifs.

Pour information voici un tableau résumant l'efficacité des différentes méthodes contraceptives :

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2
Injectables mensuels	0,05	3
Injectables progestatifs	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatifs masculins	2	15
Méthode d'ovulation	3	
Méthodes des Deux Jours	4	
Méthode des Jours Fixes	5	
Diaphragmes avec spermicides	6	16
Préservatifs féminins	5	21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25
Retrait	4	27
Spermicides	18	29
Capots cervicaux	26*, 9**	32*, 16**
Pas de méthode	85	85

Figure 6 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. (24)

❖ Le Dispositif Intra Utérin

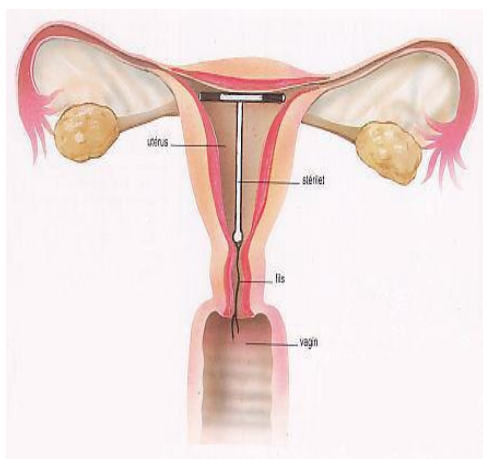


Schéma 1 : Dispositif intra utérin positionné dans le fond utérin.

Il existe deux types de DIU : un DIU non hormonal au cuivre (cDIU) et un DIU hormonal diffuseur de progestérone (pDIU).

❖ Le DIU au cuivre

Il s'agit d'un dispositif en plastique radio opaque, placé à l'intérieur de la cavité utérine, autour duquel s'enroule un fil de cuivre dont la surface varie entre 375 et 380 mm². La taille peut varier pour s'adapter à la hauteur de la cavité utérine. La longueur du DIU au cuivre varie ainsi de 28,4 mm à 35,4 mm de long selon les marques et les modèles (Figure 7).

Son efficacité contraceptive est due à l'effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes, altérant leur viabilité, ainsi qu'à une inflammation locale de l'endomètre bloquant toute nidation d'un œuf. Il peut être utilisé en soins primaires ainsi qu'en soins d'urgence après un rapport à risque de grossesse.

Le DIU au cuivre a une durée de vie variant de 4 à 10 ans selon la surface du fil de cuivre.

Son indice de Pearl est de 0,60 (grossesses pour 100 femmes-années) et son efficacité en pratique courante est de 0,80 (14).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande cette méthode contraceptive en première intention chez toutes les femmes, quelle que soit leur parité, et à condition d'avoir éliminé toute contre-indication à la pose. Cette contraception ne nécessite pas d'observance à la prise : « Avant 20 ans, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que les avantages

de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, tout en rappelant les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire » (24). Notons cependant que le DIU n'est pas l'élément responsable de l'infection génitale haute (IGH).

Le DIU au cuivre coûte environ 30,50 € et est pris en charge à 65% par la sécurité sociale. La complémentaire santé peut prendre à sa charge la différence. Sans complémentaire santé le prix du DIU au cuivre revient à 10,70 €.

Dispositifs intra-utérins remboursables et disponibles en France au 31 janvier 2013 (liste non-exhaustive).

Surface de cuivre	Taille	Nom commercial ^{8,9}
375 mm ²	standard	GYNELLE 375
	standard / SL short	MONA LISA Cu 375
	standard / short	MULTI LOAD Cu 375
	standard	ANCORA 375 Cu
380 mm ²	standard	MONA LISA CuT 380A QL
	standard	MONA LISA NT Cu380A
	standard / short	NT 380
	standard / short	TT 380
	standard / short	UT 380
	mini / normal / maxi	NOVAPLUS T380
	standard	COPPER T380A
	standard	SUGANT 380A Cu

Figure 7 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. (24)

Les contre-indications sont les suivantes : grossesse suspectée ou avérée, maladie inflammatoire ou infectieuse pelvienne, infections puerpérales, cervicite en cours, infection par Chlamydia Trachomatis ou Neisseria Gonorrhoeae, tuberculose génito-urinaire avérée, maladie trophoblastique gestationnelle maligne, saignements importants d'origine inexplicée, cancer du col utérin ou de l'endomètre, malformation utérine, fibromes avec déformation de la cavité, hypersensibilité au cuivre.

Les effets indésirables potentiels sont : douleurs à l'insertion, expulsion, perforation de la cavité utérine et modification du cycle menstruel.

❖ Le DIU progestatif au lévonorgestrel

Le DIU au lévonorgestrel est lui aussi composé d'un dispositif en plastique radio opaque autour duquel se trouve un réservoir de progestérone, le lévonorgestrel qui diffuse dans la cavité utérine.

Il existe le DIU hormonal standard, Mirena[®], possédant un réservoir de progestérone de 52 mg, pour une hauteur de 32 mm et une largeur de 32 mm, diffusant environ 20 µg/24h d'hormone.

En 2013, on note l'apparition d'un DIU hormonal nommé Jaydess[®]. Il ne contient que 13,5 mg de progestatif, pour une hauteur de 28 mm et une largeur de 28 mm, diffusant environ 13,5 µg/24h d'hormone (figure 8).

Leur efficacité contraceptive est due au lévonorgestrel qui permet un épaissement de la glaire, empêchant le passage des spermatozoïdes, ainsi qu'une atrophie endométriale empêchant une nidation. Ces dispositifs contraceptifs ne bloquent pas l'ovulation.

Mirena[®] a une durée de vie de 5 ans, tandis que Jaydess[®] a une durée de vie de 3 ans.

L'indice de Pearl du Mirena[®] est de 0,20 et celui de Jaydess[®] est de 0,41. Leur efficacité en pratique est identique (24).

La HAS préconise cette méthode contraceptive en deuxième intention chez les femmes nullipare après le DIU au cuivre, mais n'en contre-indique pas l'utilisation chez ces jeunes femmes.

Jaydess[®] coûte 100,11 € et Mirena[®] 125,3 €, et sont remboursés à 65% par la sécurité sociale. En l'absence de complémentaire santé, il reste à la charge de la patiente 35 € pour le Jaydess[®] et 44 € pour le Mirena[®].

DCI	Dosage	Spécialité ²
Lévonorgestrel	52,00 mg (20 microgrammes/24 heures)	MIRENA (remboursable)
Lévonorgestrel	13,5 mg	JAYDESS (remboursable)

Figure 8 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. (24)

Les contre-indications à l'utilisation du DIU hormonal sont, en plus de celles concernant le DIU au cuivre : tumeurs sensibles aux progestatifs (cancer du sein hormonodépendant), affections hépatiques aiguës, tumeurs hépatiques, sensibilité au lévonorgestrel.

Les effets indésirables éventuels sont les suivants : survenue ou aggravation de migraine, aménorrhée secondaire, douleur à la pose, expulsion, perforation utérine.

❖ L'implant contraceptif

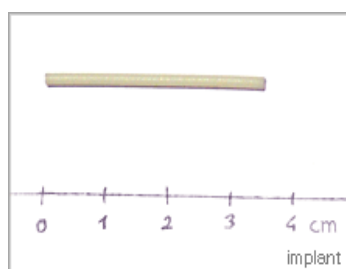


Schéma 2 : Implant contraceptif.

Il s'agit de l'unique méthode contraceptive progestative sous cutanée. La dénomination commune internationale du modèle actuellement disponible en France est Etonogestrel et son nom commercial est Nexplanon®. Son dosage en progestatif est de 68 mg. Il mesure environ 4 cm.

D'autres modèles existent mais ne sont pas commercialisés en France : Jadelle®, Sinoplan® et Norplant® à base de lévonorgestrel, et implantables pour des durées respectives de 5 ans, 4 ans et 5 ans.

Son efficacité contraceptive est essentiellement due à une inhibition de l'ovulation par rétrocontrôle négatif de la progestérone sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Par ailleurs, une modification de la glaire cervicale peut survenir, bloquant ainsi le passage des spermatozoïdes. L'implant est placé en sous cutané grâce à un inserteur, à la face interne du biceps du bras non dominant. Il peut être laissé en place 3 ans pour le Nexplanon®.

Son indice de Pearl est de 0,00 mais aucune méthode contraceptive ne peut être considérée comme fiable à 100% et son indice d'efficacité en pratique courante est de 0,05 (24).

La commission de la transparence de l'HAS a placé l'implant comme contraception de deuxième intention « chez les femmes présentant une contre-indication ou une intolérance

aux contraceptifs œstroprogestatifs et aux dispositifs intra-utérins ou chez les femmes présentant des problèmes d'observance à la contraception orale ; le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise » (24).

L'implant contraceptif ou Nexplanon® coûte 104,30 €, est remboursé à 65% par la sécurité sociale. En l'absence de complémentaire santé, la patiente paiera 36,20 €.

Les contre-indications à la pose d'un implant sont : accidents thromboemboliques en cours ou récents, tumeurs sensibles aux hormones sexuelles, présence ou antécédents de tumeurs ou d'affections hépatiques, hémorragies génitales non diagnostiquées.

Les effets indésirables rencontrés sont : cicatrices sur la face interne du bras, difficulté au retrait de l'implant, changement du profil de saignement lors des cycles.

Les LARC sont des méthodes reconnues fiables, efficaces et d'utilisation possible chez les jeunes femmes nullipares. Qu'en est-il de leur utilisation en France ?

2.2 Utilisation des contraceptifs à longue durée d'action en France : un moyen de régulation des grossesses non désirées ?

L'implant et le dispositif intra-utérin sont utilisés par 30% des femmes françaises en 2016 (17). Mais ils sont encore sous-utilisés chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, pourtant plus susceptibles de développer une GND. Le DIU est aujourd'hui la seconde méthode contraceptive en France, avec 26% d'utilisatrices tout âge confondu, mais seulement 4,7% d'utilisatrices avant 25 ans. L'implant est quant à lui utilisé par 7% des femmes de 15 à 49 ans, et seulement 3,5% des moins de 19 ans et 10% des 20-24 ans (3,4,18,25).

Bien que le taux d'utilisation de ces méthodes reste faible, on note une augmentation de leur usage depuis 2010, avec une augmentation de +6,9 points pour le DIU et +1,9 pour l'implant (17). Chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans, l'augmentation d'utilisation du DIU et de l'implant se voit essentiellement parmi les femmes de plus de 20 ans. En effet le taux d'utilisation de ces deux méthodes varie peu avant 20 ans depuis 2010, mais croît après 20 ans, grâce à l'implant qui devient le 3^e contraceptif utilisé par ces jeunes femmes après la pilule et le préservatif (17).

Si l'âge semble être un facteur déterminant de l'utilisation des LARC, d'autres facteurs déterminants ont été mis en évidence chez les jeunes femmes.

La parité est une variable modifiant le taux d'utilisation de ces méthodes. 32% des femmes ayant au moins 2 enfants et 14,5% des femmes ayant 1 enfant ont adopté une LARC, quand seulement 2,2% des nullipares les utilisent.

Si l'on regarde précisément les deux méthodes, les femmes multipares utilisent pour 23% (2 enfants et plus) et 10% (1 enfant) le DIU, contre seulement 0,7% des nullipares. 8,6% (2 enfants et plus) et 4,5% (1 enfant) ont un implant contre 1,5% des nullipares. Si la parité est un facteur déterminant l'utilisation des LARC, on constate qu'elle influence essentiellement celle du DIU (3). Et bien qu'elle soit sous-représentée chez les nullipares, l'utilisation des LARC est 4 fois plus importante de nos jours qu'en 2005 (4).

Les antécédents de GND et d'IVG modulent également l'utilisation des LARC. Ainsi ces méthodes contraceptives sont utilisées par 3,1% des femmes sans passé d'IVG contre 21,1% des femmes ayant eu recours au moins une fois à l'IVG. Parmi les nullipares, le taux de recours au DIU ou à l'implant est quasiment similaire avec 1,5% d'usagères d'implant et 0,7% de DIU. Mais l'écart se creuse en cas d'IVG et 7,4% des femmes utilisent par la suite un implant contre 14,7% un DIU (3). La survenue d'une grossesse non-désirée et la réalisation d'une IVG sont donc des facteurs influençant positivement le recours aux méthodes contraceptives que sont les LARC, et sont donc des moments à privilégier pour la prescription de ces méthodes. Le recours aux LARC dépend également de la situation professionnelle. Ainsi 12,2% des femmes sans emploi (dont respectivement 4,4% pour l'implant et 7,8% pour le DIU) et 7,3% des travailleuses (dont 2,1% pour l'implant et 5,3% pour le DIU) les utilisent contre seulement 2% des étudiantes (dont 1,6% utilisent l'implant et 0,4% le DIU) (3).

La situation financière ainsi que la couverture sociale sont deux facteurs déterminants de l'utilisation de LARC, quelle que soit la méthode. Ainsi 13,1% des femmes avec une situation financière difficile utilisent une LARC contre 4,1% des femmes dont la situation financière est correcte. Les femmes bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'état (AME) sont 16,6% à utiliser une LARC contre 5,5% des femmes ayant au moins la sécurité sociale (3). Ces deux facteurs ne devraient pourtant pas intervenir dans le choix contraceptif des femmes car ils sont tous deux pris en charge à hauteur de 65% par la sécurité sociale et à hauteur de 100% par la CMU et l'AME, et sont disponibles gratuitement dans les centres de planification familiale.

De manière générale enfin, on peut noter que le choix se porte préférentiellement sur l'implant si la femme est jeune et si elle est nullipare. La population des 18-24 ans est donc une population cible pour cette méthode contraceptive. Cependant la HAS, dans son communiqué de 2004 relatif à la contraception, ne contre-indique pas l'utilisation du DIU chez ces jeunes femmes, mais émet une préférence pour l'utilisation du DIU au cuivre en première intention, bien qu'un DIU hormonal de taille réduite (Jaydess®) existe également. Il faut garder à l'esprit que la femme doit rester libre de choisir sa contraception. Pour cela, le médecin consulté, qu'il soit généraliste ou gynécologue, se doit d'informer sa patiente et de la guider dans le choix de sa méthode.

Nous avons vu précédemment que l'échec contraceptif et le mauvais usage des contraceptifs sont des facteurs de risque de grossesse non-désirée et d'IVG. La moitié des femmes modifie sa contraception dans les 6 mois précédant l'IVG. Moins d'1/3 des femmes avait opté pour une méthode plus efficace. Les raisons principalement évoquées pour la modification de la contraception sont la difficulté d'observance (prise quotidienne) et le confort de vie (nécessité d'y penser tous les jours, poids reposant sur la femme). Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action sont des méthodes efficaces, sûres et nécessitant une adhésion et une compliance minimale, ce qui rend leur efficacité en pratique courante similaire à leur efficacité théorique (= indice de Pearl). Mais peu de femmes les choisissent : à peine un tiers opte pour un DIU en cas de problème d'observance, contre la moitié pour l'implant, et à peine 10% optent pour une LARC afin d'améliorer leur confort. Les promouvoir en donnant une information claire et loyale, avant la survenue d'une grossesse imprévue et avant l'interruption de grossesse, chez les femmes jeunes, permettrait sans doute de prévenir leurs survenues, puisqu'ils ont été reconnus comme facteur protecteur des grossesses inattendues.

Par ailleurs, parmi les femmes ayant un implant ou un DIU, les taux de satisfaction et de poursuite de ces méthodes dans les 2 ans suivant la prescription sont meilleurs que pour les autres contraceptions, avec environ 80% de poursuite pour les LARC contre 55% pour les autres méthodes.

Les résultats d'une étude américaine visant à montrer que le DIU et l'implant sont des méthodes sûres, fiables et acceptées pour réduire le taux de grossesses non désirées (contraception CHOICE Project) sont corrélés à ceux d'études européennes, et montrent que les utilisatrices de LARC sont en général plus satisfaites de leur contraception que les autres,

avec un taux de satisfaction de 84% vs. 53%. Le taux de poursuite à un an est également meilleur avec 86% de poursuite contre 55% pour les autres méthodes contraceptives. Il a également été montré que le taux de poursuite de l'implant ou du DIU variait peu avec l'âge de la femme. Ainsi parmi les moins de 20 ans, le taux de poursuite du DIU était de 88% et celui de l'implant de 85%, et parmi les plus de 20 ans, le taux de poursuite du DIU était de 85% et celui de l'implant de 80%. (figure 9) (9). Toutefois, quel que soit l'âge, le DIU semble mieux toléré et accepté que l'implant : moins de spotting (petits saignements utérins, discontinus, survenant entre les règles), moins de trouble de l'humeur.

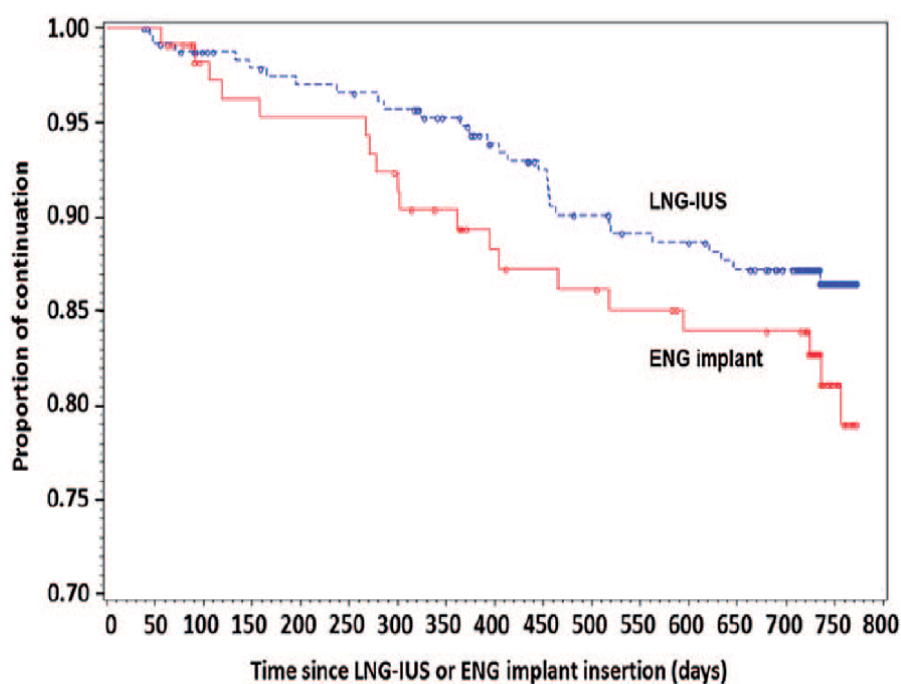


Figure 9 : Taux de poursuite sur 2 ans de l'implant et du stérilet. LNG-IUS = DIU ; ENG implant = implant (19).

En plus d'une forte acceptabilité générale de ces dispositifs contraceptifs, les femmes ont tendance à les préférer à leur ancienne méthode. Ainsi 72% des femmes sont plus satisfaites du DIU que de leur ancienne contraception et 55% trouvent l'implant meilleur que l'ancienne méthode qu'elles utilisaient. Seulement 3% ne sont pas satisfaites par le stérilet et 12% par l'implant (26). De manière générale, ces deux méthodes sont bien mieux acceptées que les autres méthodes avec, encore une fois, une acceptabilité plus importante du DIU par rapport à l'implant (figure 10).

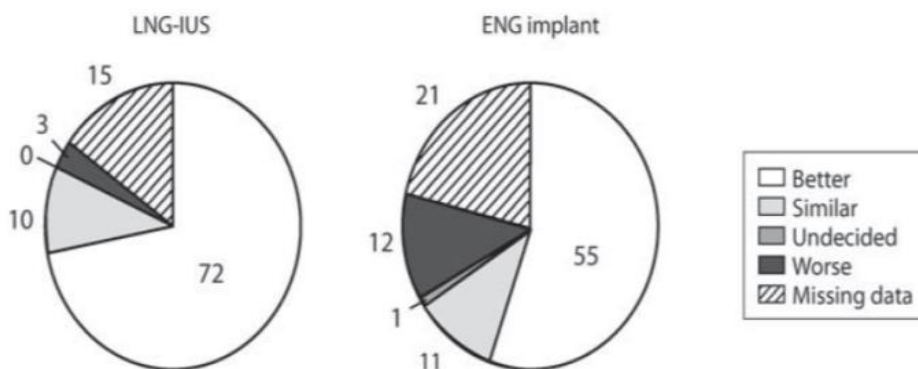


Figure 10 : comparaison du taux de satisfaction de l'implant et du DIU par rapport à la dernière méthode contraceptive utilisée. LNG-IUS = DIU ; ENG implant = Implant (19).

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer l'insatisfaction de ces femmes envers ces méthodes contraceptives les rendant donc susceptibles d'être arrêtées. Les deux premières causes d'arrêt de ces méthodes sont les douleurs pelviennes et les spotting. Le taux d'arrêt prenant en compte ces deux motifs varie entre 6 et 17% (27).

La présence de dysménorrhées initiales est également un motif d'arrêt de ces méthodes, avec 21% d'arrêt vs. 11% pour le DIU et 16% pour l'implant chez les femmes sans troubles du cycle initial (9).

La nulliparité, que l'on pourrait penser être un motif d'arrêt, peut être considérée comme sans effet sur la poursuite ou non du DIU ou de l'implant avec 18% d'arrêt parmi les nullipares et 19% d'arrêt chez les multipares (9).

Je n'ai malheureusement pas trouvé d'étude ayant montré un lien entre l'âge (< 25 ans) et le taux d'arrêt des méthodes réversibles.

Quoi qu'il en soit, les différents experts s'accordent à dire qu'une information intelligible et loyale sur la méthode, la technique de pose et de retrait, ainsi qu'un soutien et une discussion en cas de survenue d'effets indésirables, sont nécessaires au maintien de cette haute acceptabilité des LARC.

Il apparaît évident que les LARC sont des méthodes hautement acceptables par rapport aux autres méthodes. Cependant, si les femmes sont globalement satisfaites par ces méthodes, plusieurs obstacles pavent le chemin vers leur prescription.

Du côté médical tout d'abord, il a été constaté que l'utilisation des LARC chez les femmes de moins de 30 ans est plus importante si les femmes se font suivre par un gynécologue de formation et non un médecin généraliste. Ainsi 8,4% des patientes régulièrement suivies par un gynécologue obtiennent une prescription de DIU ou d'implant contre 2,7% de celles suivies par un médecin généraliste. Le taux de prescription d'implant n'est pas différent, que la femme soit suivie en gynécologie ou par un généraliste, mais celui de DIU l'est, avec 5,2% de prescription par les gynécologues contre 1,1% par les médecins généralistes (3).

La prescription médicale de LARC n'est donc pas une pratique courante en France, chez les femmes de moins de 30 ans. De nombreuses peurs et croyances erronées font obstacle. Celles concernant le DIU sont bien connues mais peu de données sont disponibles en ce qui concerne l'implant.

La prescription d'un DIU dépendant du type de formation du médecin, et 84% des médecins généralistes pensent que le DIU est contre indiqué chez les femmes nullipares, contre 69% des gynécologues obstétriciens. Tous praticiens confondus, 52% ne le prescrivent pas par peur d'une grossesse extra-utérine (GEU), 38% par peur des Infections Génitales Hautes (IGH) et 80% en cas d'antécédent d'IGH ou de MST, ou si la patiente a eu plus d'un partenaire sexuel durant l'année écoulée. Seulement 30% des médecins pensent qu'il s'agit d'une contraception réversible, efficace, sûre et pratique (25).

De manière générale, les médecins sont inquiets de poser des DIU chez des nullipares car l'hystérométrie y est plus petite, et le col de l'utérus plus difficile à franchir. Mais des DIU de tailles adaptées ont été mis en vente. Même s'il n'existe aucun accord professionnel sur l'utilisation de misoprostol (Cytotec®) 200 ou 400 µg pour la pose, certains médecins l'utilisent pour ouvrir le col, en association à une prémédication antalgique par Ibuprofène.

En ce qui concerne le risque d'IGH à Chlamydia Trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae, celui-ci est reconnu chez les femmes ayant des partenaires sexuels multiples, qu'elles portent ou non un DIU. La pose d'un DIU ne leur est pas formellement contre-indiquée mais certaines informations et recommandations devront leur être délivrées : risque accru d'IGH dans les 20 jours suivant la pose puis retour à un risque similaire à celui de la population générale ; examen clinique et dépistage des infections par prélèvement (prélèvement vaginal et PCR urine) en cas de risque accru, sans nécessité de retarder la pose du DIU ; pas de nécessité d'antibioprophylaxie en cas de facteur de risque (28). En cas d'IGH survenant après la pose du

DIU, bien que la HAS recommande le retrait du DIU, certaines études suggèrent de débiter d'abord une antibiothérapie adaptée avec une réévaluation de la symptomatologie à 72h (28). Dans tous les cas, la pose d'un DIU doit amener à une discussion sur le risque potentiel d'IGH, essentiellement lié à la pratique sexuelle et non au DIU en lui-même.

En ce qui concerne l'idée que le DIU favorise les GEU, celle-ci est fautive. En effet, le DIU prévient très bien la survenue d'une grossesse, quelle que soit sa localisation, avec une efficacité de 99,5% dans la prévention des grossesses intra-utérines et 95% pour la prévention des GEU. Par ailleurs, certaines études ont montré que les femmes utilisant un stérilet avaient 1,6 fois moins de risque de GEU que les femmes sans contraception (29).

Beaucoup s'opposent également à l'insertion du DIU par manque d'expérience et de pratique. Toutefois, l'insertion est aujourd'hui facilitée par des dispositifs de pose à une main et des techniques d'insertion simplifiées comme la méthode de pose directe dite méthode « Torpille » : insertion du DIU sans pince Pozzi® ni hystérométrie, consistant à introduire le tube d'insertion jusqu'à sentir une légère résistance correspondant au passage de l'orifice interne du col, puis à pousser le DIU dans la cavité utérine et retirer le matériel d'insertion (30). Et malgré l'accès à des formations médicales.

En ce qui concerne l'implant, les freins sont moins connus et essentiellement portés par le manque de pratique concernant la pose, et la difficulté concernant son retrait. Quelques fausses idées circulent concernant une éventuelle contre-indication de l'implant avec le tabac ou l'hypertension artérielle (HTA).

Le manque de temps est également largement invoqué dans la non prescription des LARC par les médecins.

De nombreux freins ont pu être mis en évidence du côté médical, mais il en existe également du côté des femmes. Parmi les obstacles concernant le DIU mieux connus et exprimés que ceux concernant l'implant, deux principaux ressortent : la contre-indication chez les nullipares pour 54% des patientes et les risques de stérilité pour 57% (3). De manière générale, l'obstacle principal des femmes à l'utilisation des LARC est le manque d'information ou la mésinformation concernant la sûreté et l'efficacité de ces méthodes contraceptives. Par ailleurs, certaines jeunes femmes ont une mauvaise perception du risque de grossesse et de leur capacité à tomber enceinte et n'estiment pas être dans le besoin d'une contraception à haute efficacité. Enfin, dans 32% des cas, les femmes n'utilisent pas de LARC par coercition

masculine, leur compagnon les contraignant à utiliser la méthode contraceptive de son choix (31).

Si la formation des médecins à l'utilisation des méthodes contraceptives telles que le DIU et l'implant chez les jeunes femmes est importante et son intérêt bien démontré, il n'en reste pas moins nécessaire de comprendre comment les jeunes femmes envisagent ces méthodes.

3. De nos jours en Seine-Saint-Denis

3.1. Accès à la contraception et à l'IVG en Seine-Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis rencontre des difficultés d'accès à la contraception avec, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, une proportion de femme sans contraception et une proportion d'IVG plus importantes que dans le reste de l'Île-de-France. Aussi me semble-t-il important de commencer ce chapitre en faisant un recensement des praticiens à même de s'occuper de la santé sexuelle et reproductive des femmes.

La Seine-Saint-Denis fait partie des départements sous-dotés en médecins en exercice, quelle que soit la spécialité, juste avant l'Essonne et la Seine-et-Marne, et compte en 2017, environ 4 000 médecins diplômés. Parmi eux, on dénombre 1 630 médecins généralistes, formés et aptes (sans que tous ne le fassent) à assurer le suivi contraceptif de leurs patientes (32).

Le nombre de gynécologues en activité en Seine-Saint-Denis n'est pas disponible, mais ce département fait partie des deux zones les moins dotées en praticiens de cette spécialité. La densité de gynécologues y est de moins de 76 praticiens pour 10 000 femmes (32).

Ces différents spécialistes et généralistes exercent en secteur libéral ou hospitalier, et sont censés pouvoir conduire un suivi contraceptif. Parmi eux, tous ne pratiquent pas l'IVG.

Ainsi, dans le département du 93, on dénombre seulement 26 gynécologues et 12 généralistes pratiquant l'IVG en libéral, au cabinet, et 121 centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit 1/10^{ème} des CPEF de France, parmi lesquels 54 pratiquent l'IVG. De plus, 14 structures hospitalières la pratiquent également (33).

3.2 Santé sexuelle des jeunes femmes de moins de 25 ans en Seine-Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis compte à ce jour 1 571 000 habitants, dont 162 700 femmes de moins de 30 ans, soit 10,3% de la population de ce département. Parmi les jeunes de moins de 25 ans, 16,2% déclarent vivre en couple (ou concubinage). Dans la population des femmes de 18-24 ans, 55% sont scolarisées, 40,5% n'ont pas de diplôme, un brevet des collèges ou un Brevet d'Etude Professionnel (BEP), et 32,9% sont au chômage (11).

La couverture contraceptive des femmes séquano-dionysiennes est moins importante que dans le reste de l'Île-de-France. Tout âge confondu, 88,5% de ces jeunes femmes déclarent utiliser un moyen de contraception contre 90,7% en Île-de-France et 92,3% en France métropolitaine. Parmi les jeunes femmes de moins de 30 ans, 80,1% des Séquano-Dionysiennes ont un moyen de contraception contre 89,4% en Île-de-France et 93,7% en France métropolitaine (figure 11) (10). La population des jeunes femmes de moins de 30 ans apparaît dès lors plus exposée aux risques de survenue de grossesses non-désirées et d'IVG.

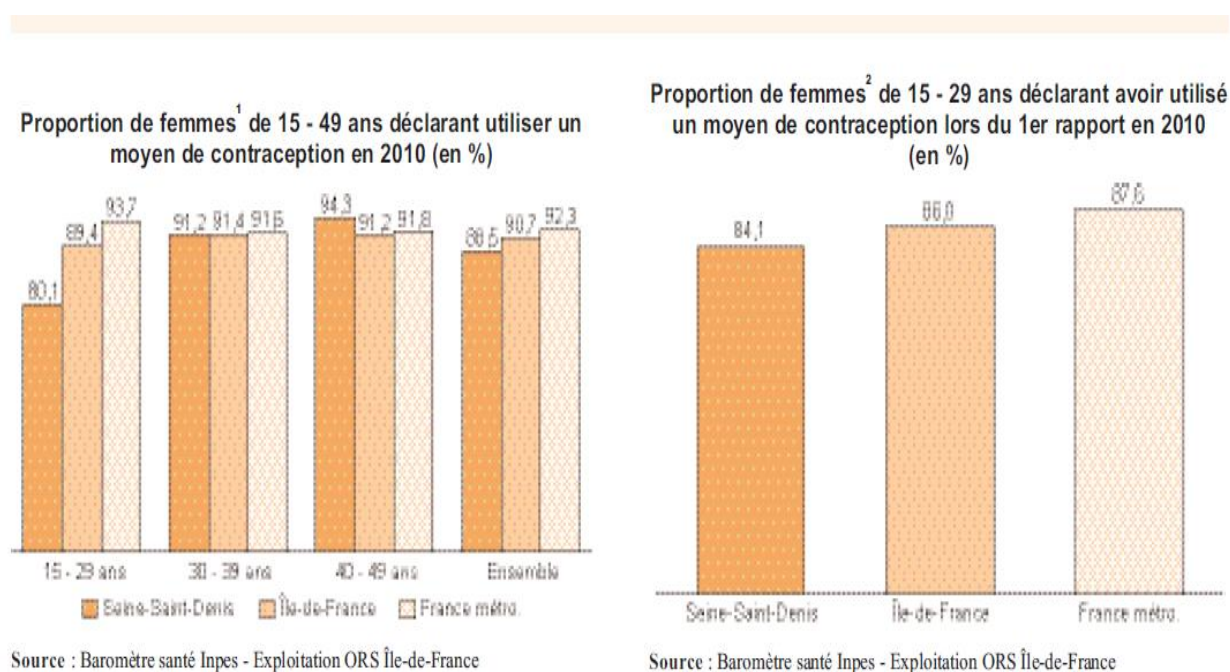
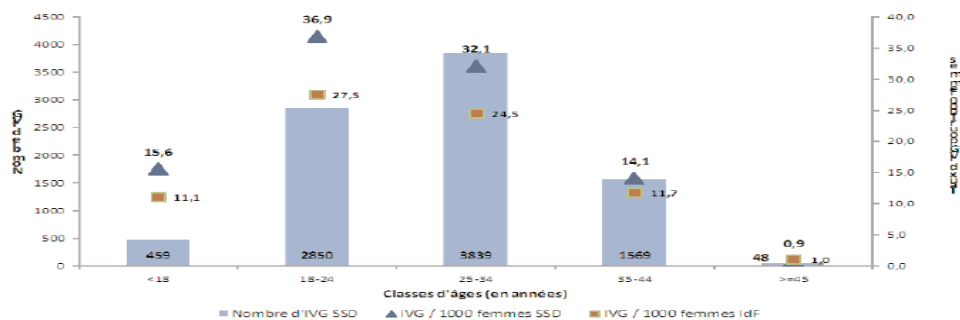


Figure 11 : Couverture contraceptive en Seine-Saint-Denis, en Île-de-France et en France métropolitaine (10)

En 2012, 8 800 Séquano-Dionysiennes ont réalisé une IVG selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'assurance maladie, dont 2 850 chez les jeunes femmes de 18-24 ans, soit un peu plus d'1/4. Le taux de recours à

l'IVG est maximal entre 18 et 24 ans avec un taux à 36,9‰ en Seine-Saint-Denis, contre 19,5‰ entre 18 et 19 ans et 27‰ entre 20 et 24 ans en Île-de-France (figure 12)(2,6,10).

Nombre d'IVG des Séquano-dionysiennes et taux d'IVG pour mille femmes domiciliées en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France selon l'âge en 2012



Sources : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursement, assurés du régime général), INSEE (estimation de population 2010) - Exploitation ORS Île-de-France

Figure 12 : IVG en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France (10)

La Seine-Saint-Denis est donc un département où la couverture contraceptive est inférieure à celle de la France ou de l'Île-De-France et où le recours à l'IVG y est supérieur chez les jeunes femmes de moins de 25 ans. Si ces jeunes femmes semblent avoir plus de difficultés d'accès et/ou d'acceptabilité de la contraception, je n'ai pas trouvé pour autant d'étude faisant état spécifiquement des connaissances et des obstacles de ces patientes sur les différents contraceptifs.

Au cours des 6 mois que j'ai passé au centre médical de santé de Bagnolet, j'ai réalisé des consultations de gynécologie concernant la contraception, la sexualité des femmes jeunes, ainsi que des consultations d'IVG médicale. Les jeunes femmes que nous voyions habitaient toutes dans le département, à Bagnolet, et la majorité d'entre elles avait moins de 25 ans puisque les consultations leurs étaient réservées. La majeure partie avait poursuivi leur scolarité jusqu'au lycée. Celles qui avaient poursuivi des études supérieures étaient minoritaires. La plupart étaient célibataires. Quelques-unes étaient mariées et mères d'un enfant en moyenne. Beaucoup d'entre elles avaient déjà réalisé au moins une IVG. Je me souviens très clairement d'une jeune fille de 19 ans, que nous avons vu trois fois en six mois pour trois IVG médicamenteuses, et qui prenait l'acte d'interruption de grossesse comme une preuve qu'elle n'était pas stérile. Les consultations étant dédiées à la sexualité, j'abordais systématiquement la question de la contraception. Parmi les jeunes filles utilisant une

méthode contraceptive lors des rapports sexuels, la pilule hormonale (type Optilova®) était souvent citée, mais aussi les méthodes « naturelles » comme le comptage des jours, le retrait, ou la courbe de température. Très peu utilisaient l'implant et quasiment aucune des jeunes filles que j'ai pu voir en consultation ne connaissait le DIU. Celles qui voulaient une contraception demandaient toujours une contraception discrète, que les parents ne pourraient remarquer, et fiable. La proposition de l'implant ou du DIU me semblait alors appropriée, mais je me retrouvais confrontée à des refus quasiment systématiques. Les raisons invoquées étaient souvent liées à un manque de connaissance des différents moyens de contraception et à de fausses croyances. Ayant fait ces constatations, l'idée de réaliser une thèse faisant état des connaissances de ces jeunes femmes sur les méthodes hormonales de longue durée d'action, dans le but de favoriser leur prescription afin de diminuer le taux de recours à l'IVG, m'a semblé opportune. La deuxième partie de cette thèse est donc la présentation de l'enquête réalisée.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude ambulatoire, descriptive, observationnelle, réalisée par questionnaire dirigé, diffusé dans les centres de santé et de planification familiale de Seine-Saint-Denis, entre Janvier 2017 et Décembre 2017, s'adressant aux jeunes femmes de 18 à 25 ans et s'intéressant à l'acceptabilité et aux freins à l'utilisation des contraceptifs réversibles de longue durée d'action que sont le DIU et l'implant.

2. Méthodologie

2.1 Population ciblée

L'enquête concernait les jeunes femmes de 18 à 25 ans inclus. Celles-ci ont été recrutées sur la base du volontariat, lors de consultations de gynécologie et d'IVG, en centre de santé et de planification familiale en Seine-Saint-Denis.

Les critères de non inclusion dans l'enquête étaient les suivants : mineures (< 18 ans) et femmes âgées de plus de 25 ans, refus de répondre au questionnaire, patientes ne parlant, ne lisant ou n'écrivant pas français.

2.2 Questionnaire

Le questionnaire a été conçu avec l'aide et l'expertise du Dr E. Piet et portait sur l'état des connaissances et les réticences de ces jeunes femmes à propos de la contraception, notamment celles concernant le stérilet et l'implant contraceptif.

L'objectif principal de cette enquête était de savoir si le stérilet et l'implant pouvaient être des méthodes de contraception acceptables et acceptées par les jeunes femmes de moins de 25 ans dans la prévention des grossesses non-désirées, et dans le cas contraire de comprendre les réticences des patientes à leur prescription.

Le questionnaire comportait 4 parties pour un total de 13 questions :

- Une partie épidémiologique sur les caractéristiques des jeunes femmes sondées (âge, situation conjugale, situation professionnelle, lieu d'habitation). Questions 1 à 4.
- Une partie concernant les antécédents gynécologiques et sexuels des jeunes femmes (rapports sexuels, antécédents d'IVG, nombre d'enfants). Questions 5,6, 7 et 11.
- Une partie portant sur les motifs de consultation (IVG, contraception, routine...). Questions 8 et 9.
- Une dernière partie portant sur les connaissances des contraceptifs, notamment du stérilet et de l'implant ainsi que sur les réticences à leur utilisation. Questions 10, 12 et 13. Ces deux dernières questions possèdent un espace pour commentaires libres.

Le questionnaire est disponible en annexe (annexe 3).

2.3 Recueil des données

Il avait été initialement proposé en commission de thèse le recrutement de 100 patientes. J'ai testé moi-même le questionnaire au centre de santé de Bagnolet lors de consultations gynécologiques dédiées aux jeunes femmes de moins de 25 ans, afin de m'assurer qu'il ne prenne pas plus de 10 minutes à être rempli. Je l'ai ensuite diffusé à tous les plannings familiaux et centres de santé de Seine-Saint-Denis. Pour cela, je suis allée deux fois à une commission générale regroupant les médecins et les conseillères conjugales des différents plannings familiaux du 93. Après avoir explicité mon questionnaire, il a été convenu qu'il serait envoyé par mail aux centres de santé et que chacun me les renverrait par voie postale, à mon domicile. Le recueil a été fastidieux et dix questionnaires ont dû être exclus

des analyses statistiques pour diverses raisons : 6 concernaient des patientes de moins de 18 ans ou de plus de 25 ans, et 4 étaient incomplets.

3. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel et les réponses répertoriées de façon binaire afin d'être traitées. Depuis ce tableur Excel des résultats concernant les données socio-démographiques des patientes, les connaissances en matière de contraception et l'acceptabilité du DIU et de l'implant ont été extraits. Ces résultats ont été exprimés sous forme de chiffres et de pourcentages, et sous forme de graphique pour en simplifier la lecture (histogramme et graphique de secteur).

L'enquête étant observationnelle et les données peu nombreuses, elles n'ont pas été soumises à des tests statistiques particuliers.

RESULTATS

1. Généralités

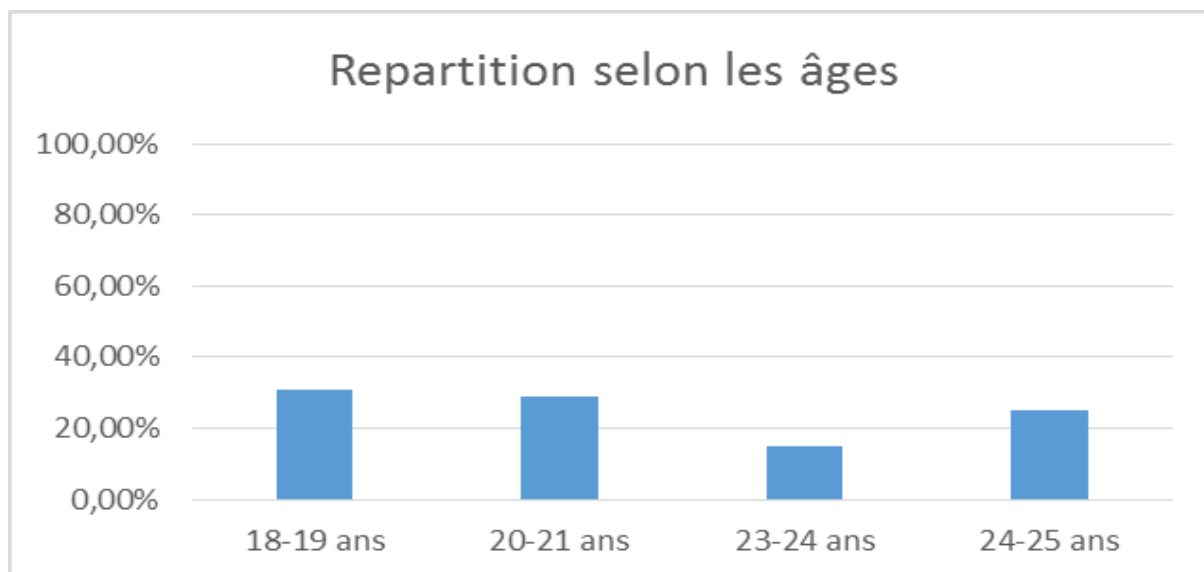
Le recueil des questionnaires s'est fait prospectivement, sur une durée totale de 12 mois. Cent questionnaires ont été analysés au total, et dix ont été exclus des analyses statistiques.

Parmi ces 10 questionnaires, 4 concernaient des femmes de moins de 18 ans, 2 concernaient des femmes de plus de 25 ans, 4 étaient incomplets.

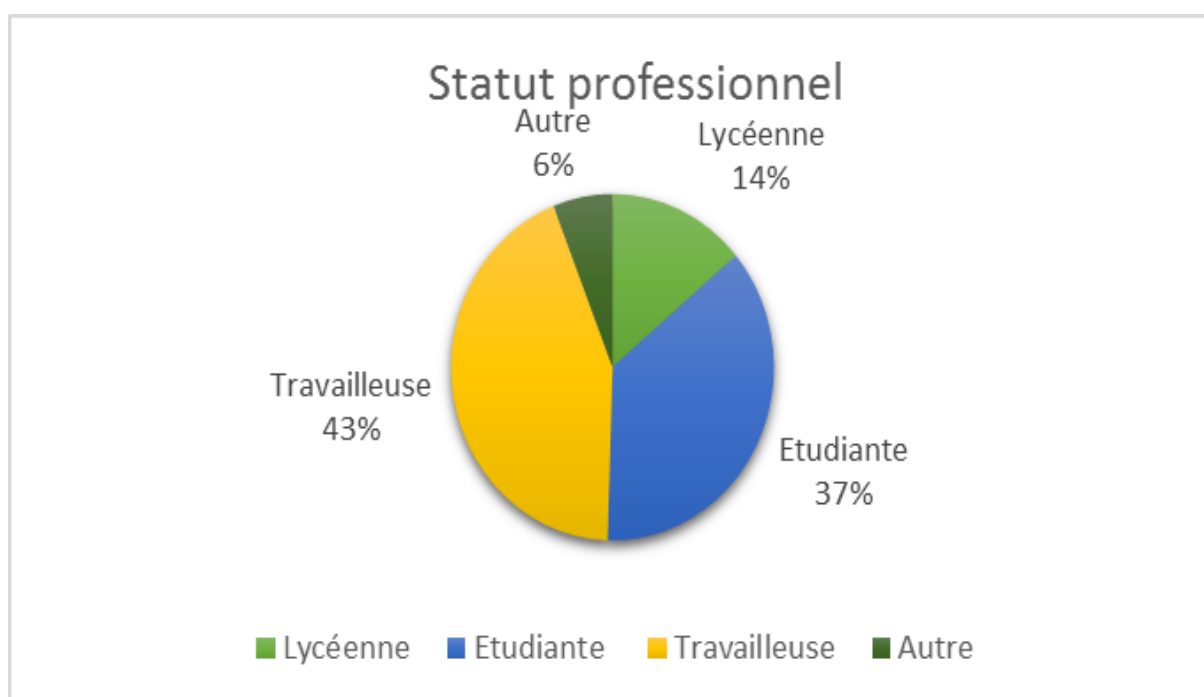
Au total, 90 questionnaires ont été analysés pour le rendu de cette enquête.

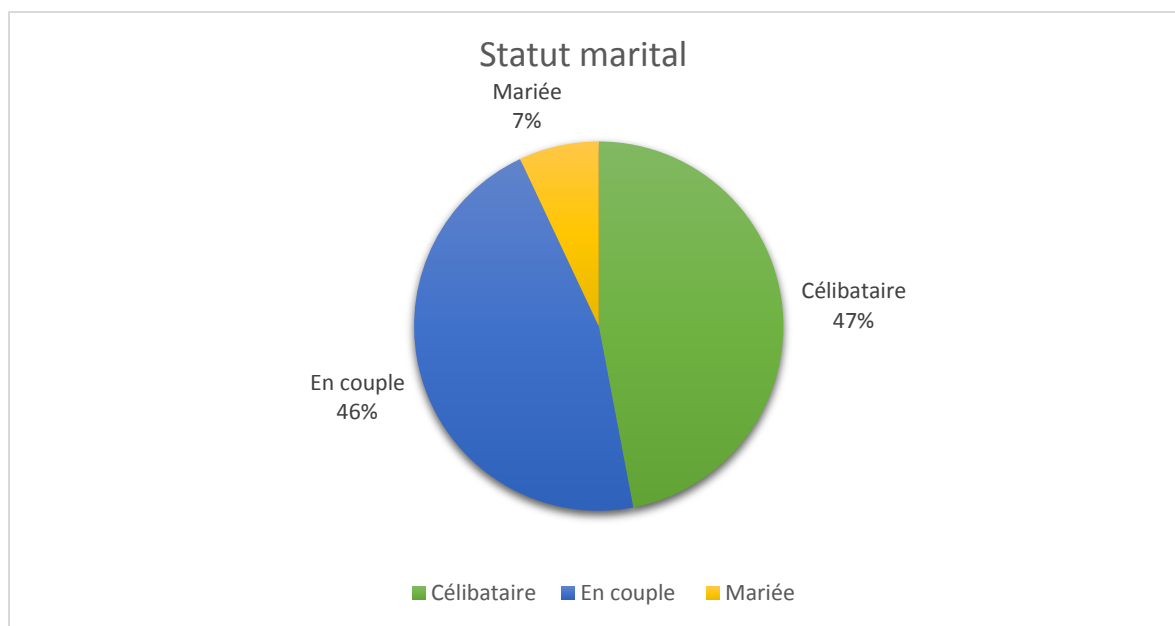
2. Caractéristiques des patientes incluses

La moyenne d'âge des patientes interrogées est de 21,2 ans. Parmi les 90 jeunes femmes, 31% ont entre 18 et 19 ans (n=28), 29% entre 20 et 21 ans (n=26), 15% entre 23 et 24 ans (n=13) et 25% entre 24 et 25 ans (n=23).



Ce recensement compte 14% de lycéennes (n=13), 37% d'étudiantes (n=34), 43% de travailleuses (n=40) et 6% de femmes sans emploi ou ne faisant pas d'étude (n=6). 47% déclarent être célibataires (n=42), 46% se disent en couple (n=41) et 7% des femmes sont mariées (n=6).

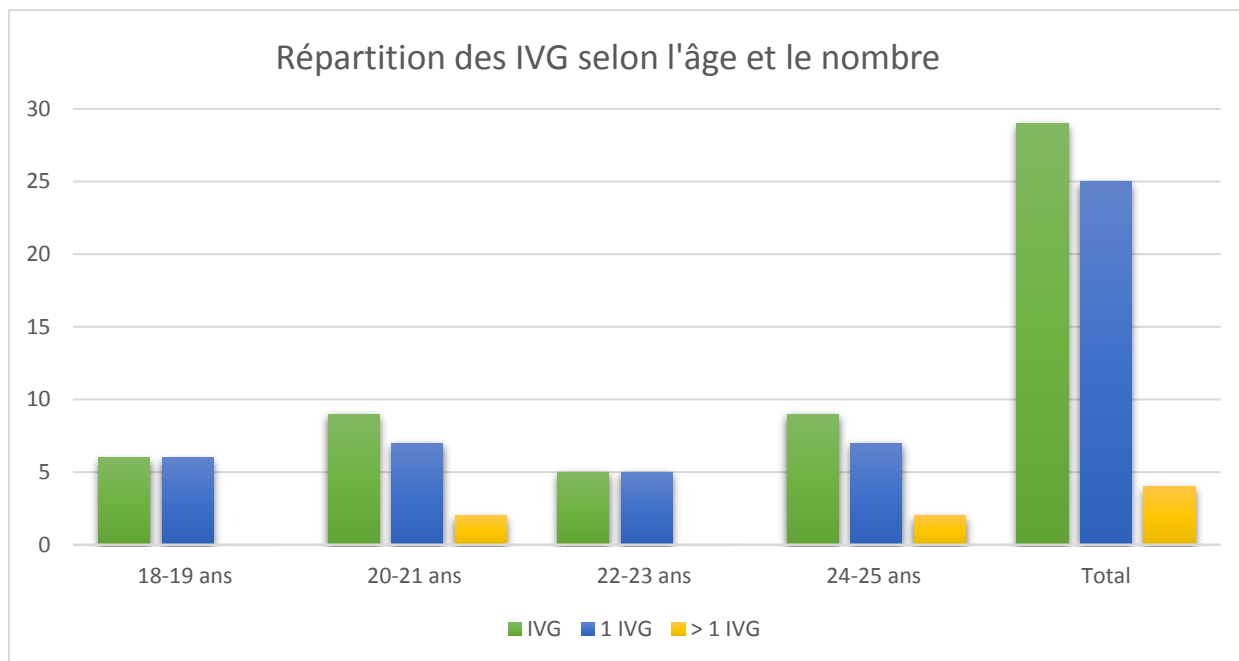




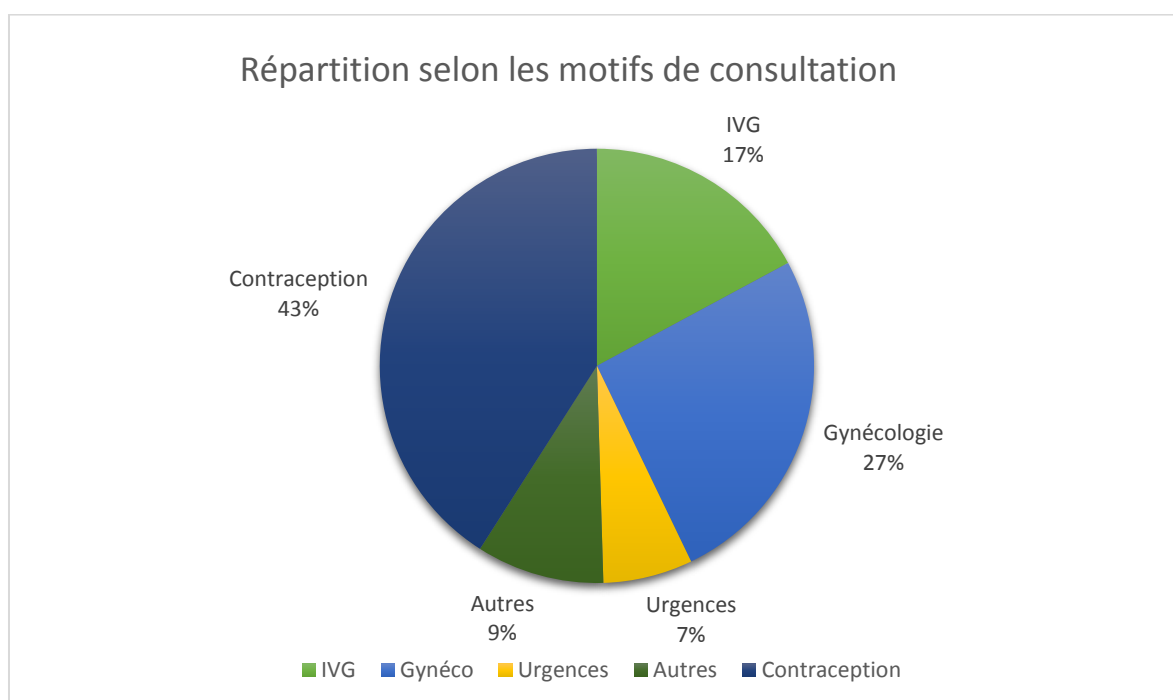
Concernant leur sexualité, 93% des jeunes femmes interrogées déclarent avoir des rapports sexuels (n=84). 11% des jeunes femmes sexuellement actives n'utilisent aucune contraception (n=9), dont 3 ont eu recours à l'IVG une fois, et 1 déclare ne connaître aucune méthode contraceptive. Les autres jeunes femmes utilisent ou ont utilisé, pour 66% d'entre elles, la pilule (n=56), 19% l'implant (n=15), 8% le DIU (n=7) et 7% les injections de Dépopovéra® (n=6). 43 utilisent le préservatif, associé ou non à une autre méthode.

29 femmes ont eu recours à l'IVG, soit 1/3 de la population étudiée, dont 25 une seule fois et 4 plus d'une fois. Les IVG sont majoritaires dans les tranches d'âge des 20-21 ans et des 24-25 ans et la moyenne d'âge au moment de l'IVG est de 21,7 ans. 3% de lycéennes ont réalisé une IVG (n=1), 45% d'étudiantes (n=13), 48% de travailleuses (n=14) et 3% de jeunes femmes au chômage (n=1).

La maternité concerne 15% des femmes (n=14), 11 ont un seul enfant et 3 plus d'un enfant.

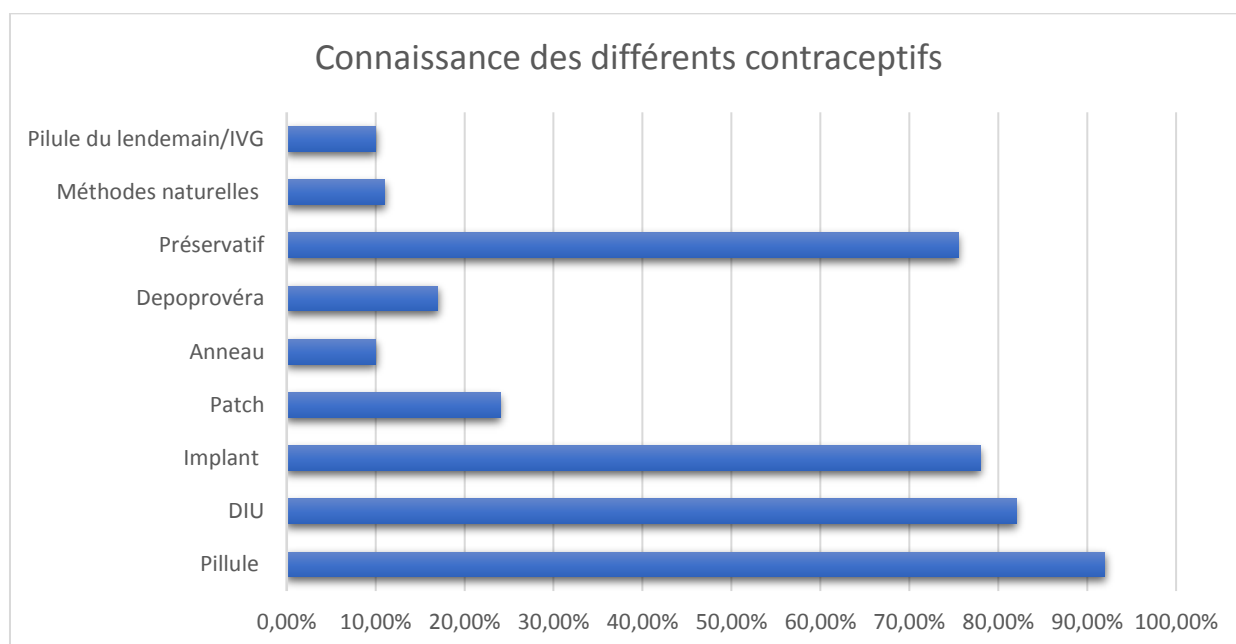


Concernant les motifs de consultation, 43% des femmes ont été interrogées lors d'une consultation de contraception (n=40), 18% lors d'une consultation relative à une IVG (n=17), 27% lors d'une consultation gynécologique de routine (n=25), 7% lors d'une consultation d'urgence (n=7), et 9% lors d'autres consultations (n=9). Parfois plusieurs motifs de consultation sont cités.

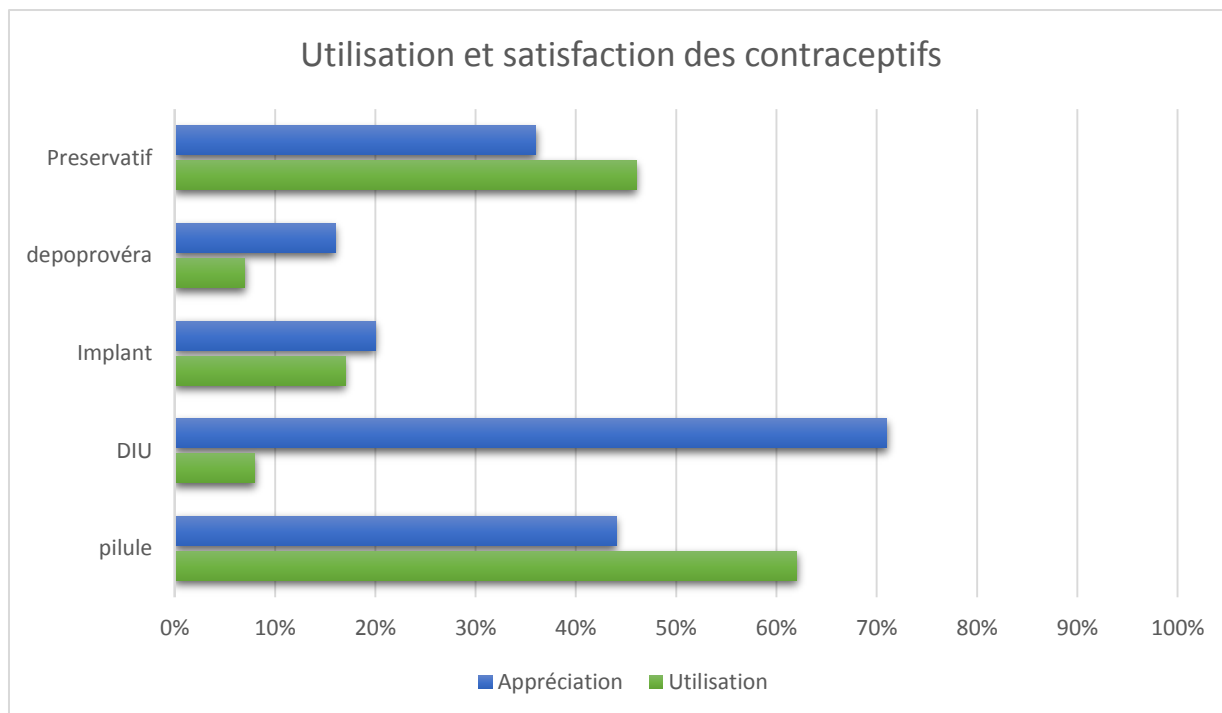


3. Connaissance et acceptabilité des différents moyens de contraception

Concernant les connaissances des différentes méthodes contraceptives, 92% déclarent connaître la pilule (n=83), 82% le DIU (n=74), 78% l'implant (n=71), 75% le préservatif (n=68), 24% le patch (n=22), 18% les injections intramusculaires de Dépoprovéra® (n=16), 11% les méthodes naturelles (n=10) et 10% l'anneau cervical (n=9). 10% de ces jeunes femmes citent la pilule du lendemain et l'IVG comme des méthodes contraceptives (n=9).

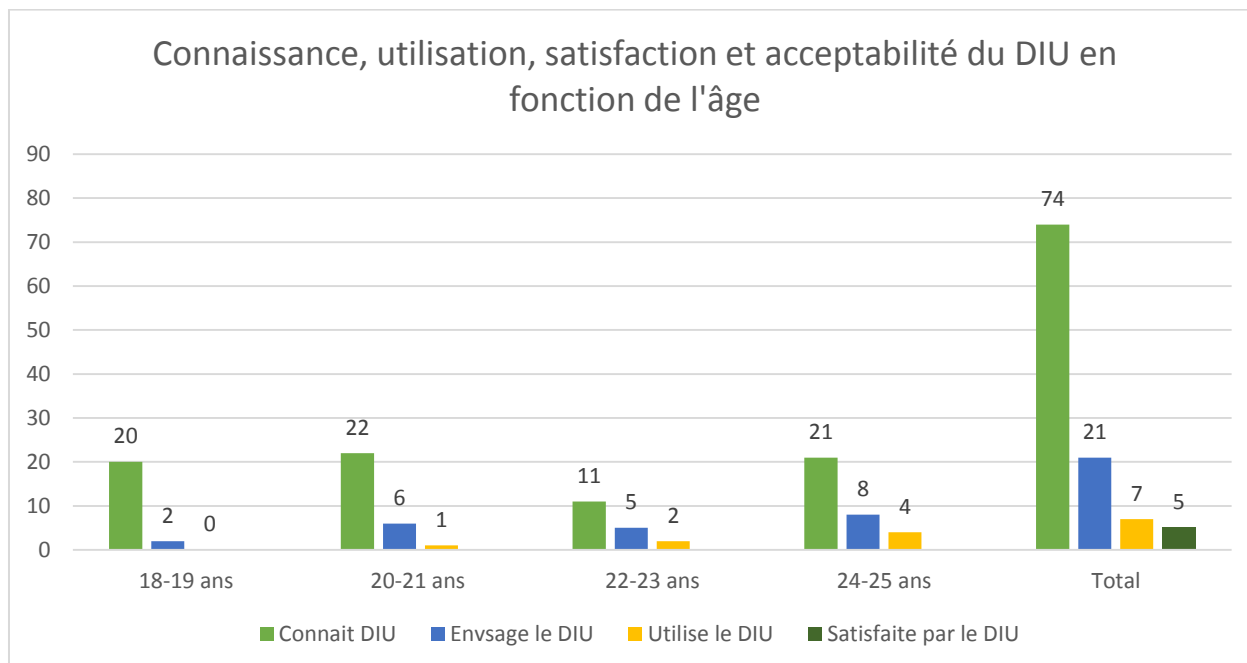


A propos de l'utilisation et de la satisfaction des différents contraceptifs, 62% des jeunes femmes ont déjà utilisé la pilule (n=56), 8% le DIU (n=7), 17% l'implant (n=15), 7% les injections de Dépoprovéra® (n=6) et 46% le préservatif (n=43). Pour chaque méthode contraceptive utilisée, une précision concernant l'appréciation de la méthode est demandée. Ainsi, parmi les utilisatrices de la pilule, seule 44% déclarent être satisfaites. Parmi les utilisatrices du préservatif 36% sont contentes de la méthode. 71% des utilisatrices de DIU sont satisfaites de l'expérience alors que seulement 20% des utilisatrices d'implant se déclarent satisfaites.



Parmi les 40 consultations « contraception », 30% concernent la pilule (n=12) et le motif principal évoqué est l'habitude de cette contraception. 35% concernent une LARC (n=14) dont 8 femmes désirant un DIU, 5 un implant, 1 soit un DIU soit un implant, le motif principal invoqué étant la fiabilité et la sûreté de ces méthodes. 6 femmes n'ont pas renseigné leur souhait, 2 désirent le Dépoprovéra®, 1 vient pour des informations et 1 autre vient pour la pilule du lendemain. 3 souhaitent un retrait de leur implant après l'apparition d'EI (trouble du cycle et prise de poids) et 1 le retrait de son DIU (douleur lors des rapports).

4. A propos du DIU

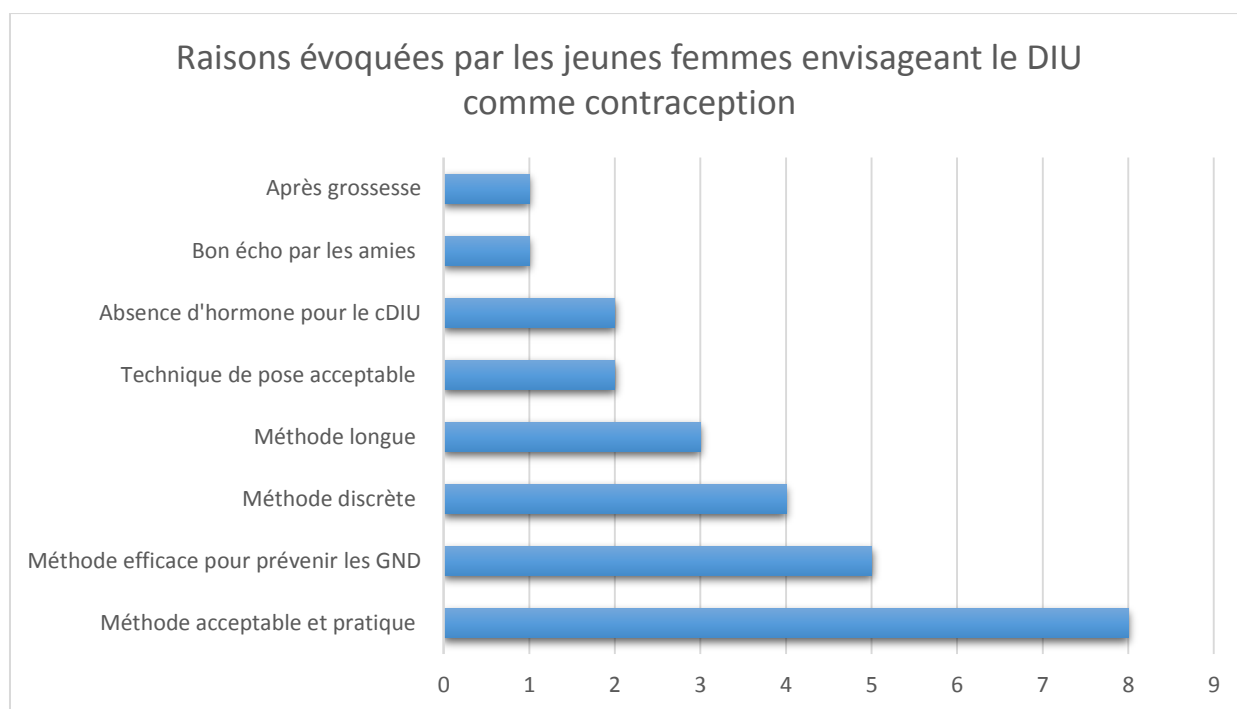


Le DIU est connu par 82% des jeunes femmes questionnées (n=74), sans différence majeure selon l'âge, avec 25% des jeunes femmes qui ont entre 18 et 19 ans (n=20), 31% entre 20 et 21 ans (n=22), 16% entre 22 et 23 ans (n=11) et 28% entre 24 et 25 ans (n=21). Le statut socio-professionnel de ces femmes est le suivant : 10% de lycéennes (n=7), 40% d'étudiantes (n=30), 47% de travailleuses (n=36). Parmi les jeunes filles connaissant le DIU, 56% n'ont eu ni IVG ni enfant (n=42), 8% ont eu au moins 1 IVG et 1 enfant (n=6), 25% ont déjà eu au moins 1 IVG (n=19) et 9% sont mères (n=7).

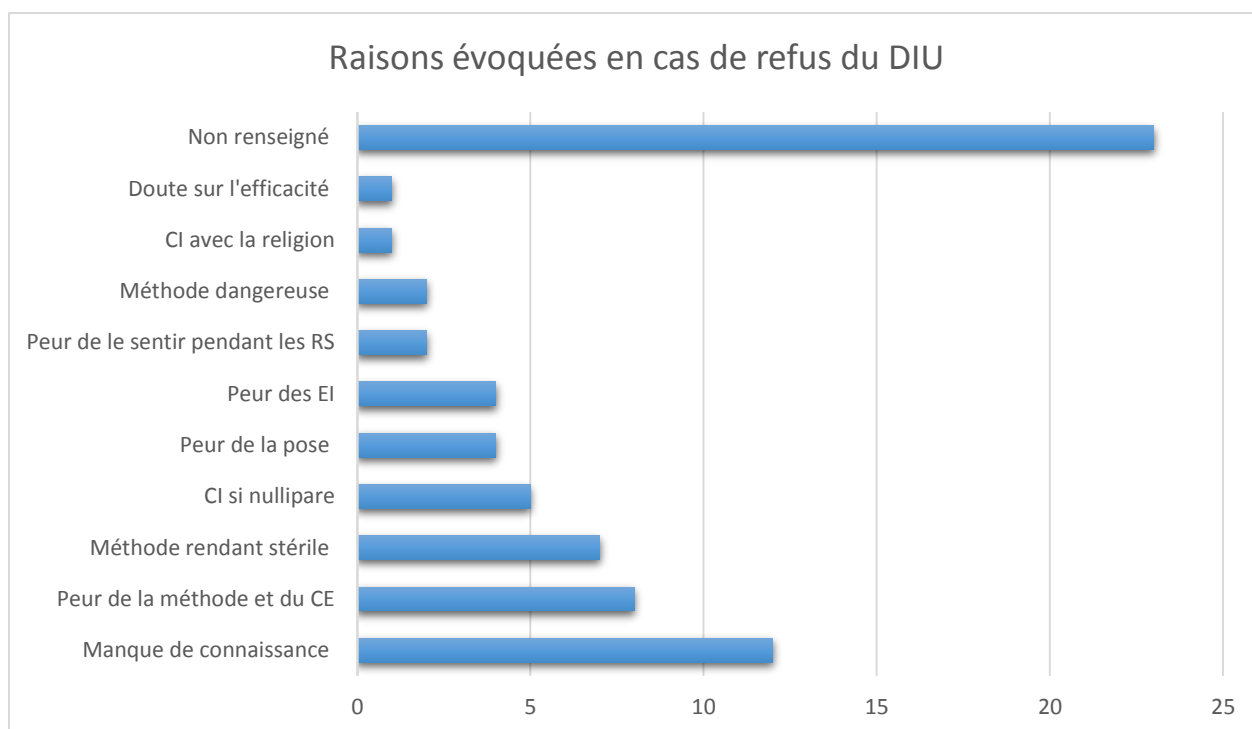
7 jeunes femmes ont déjà utilisé le DIU comme contraceptif, soit 8% de la population interrogée. L'âge moyen des femmes ayant déjà utilisé un DIU est de 24 ans (1 a entre 20 et 21 ans, 2 entre 22 et 23 ans, et 4 entre 24 et 25 ans). Parmi ces femmes ayant testé le DIU on ne retrouve aucune lycéenne, 29% d'étudiantes (n=2) et 71% de travailleuses (n=5). Enfin, toutes ont eu au moins 1 grossesse quelle qu'en soit l'issue : 3 sont mères, 3 ont eu recours à l'IVG et 1 a eu 2 grossesses dont 1 IVG.

71% des femmes se disent satisfaites par le DIU (n=5), et 28% des jeunes femmes le connaissant l'envisagent comme contraception (n=21), majoritairement après l'âge de 20 ans.

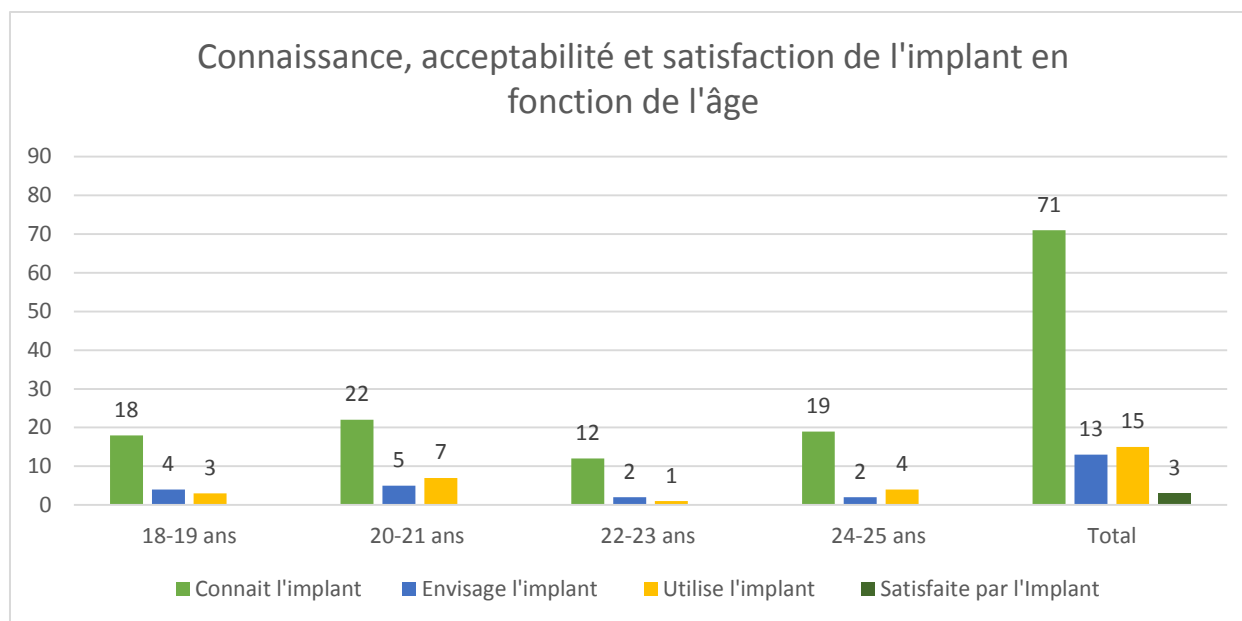
Les raisons évoquées par les jeunes femmes pouvant envisager le DIU comme une méthode contraceptive pour elle-même sont les suivantes : méthode fiable, acceptable et pratique (n=8), méthode efficace de prévention des GND (n=5), méthode discrète (n=4), méthode longue (n=3), technique de pose acceptable (n=2), absence d'hormone concernant le cDIU (n=2), seulement après grossesse (n=1), bon écho par les amies (n=1).



Les raisons évoquées par les jeunes femmes n'envisageant pas cette méthode contraceptive sont les suivantes : manque de connaissance concernant la méthode (n=12), peur de la méthode et/ou d'un corps étranger (n=8), méthode rendant stérile (n=7), méthode non-indiquée chez les femmes nullipares (n=5), peur de la technique de pose (n=4), peur des EI (n= 4), doute concernant la fiabilité (n=4), peur de le ressentir pendant les rapports (n=2), méthode dangereuse (n=2), méthode contre indiquée par la religion (n=1), ne souhaite pas d'hormones (n=1). 23 femmes n'ont pas renseigné cet item.



5. A propos de l'implant

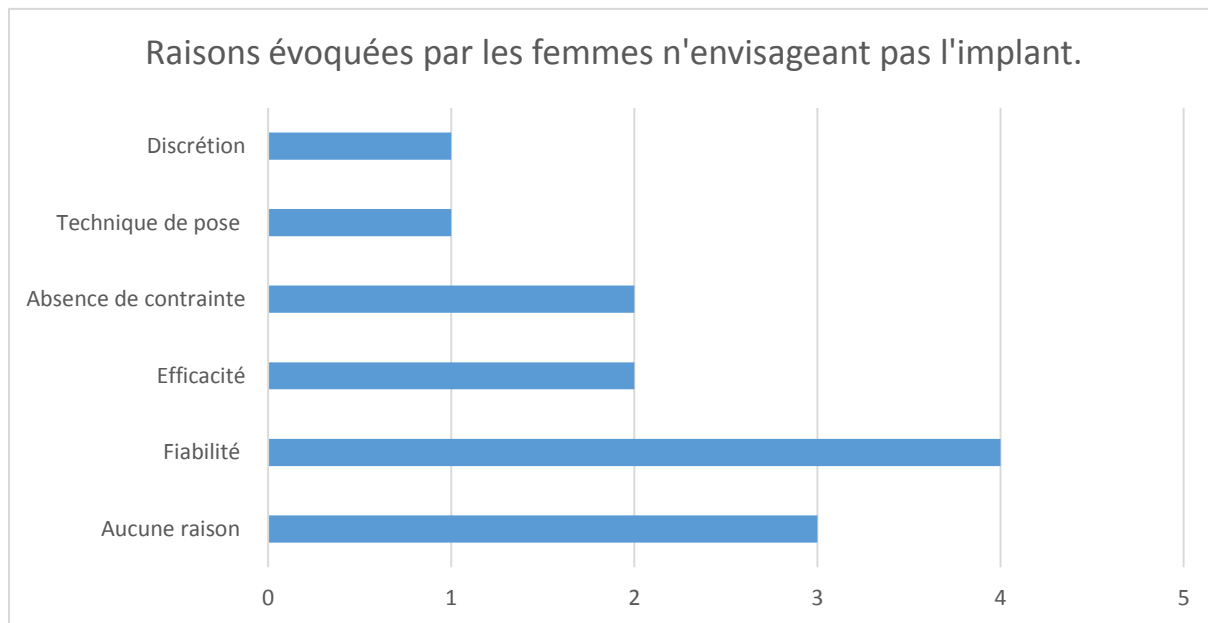


L'implant est connu par 78% des jeunes femmes questionnées (n=71), sans différence significative selon l'âge, 25% des jeunes femmes qui ont entre 18 et 19 ans (n=18), 30% entre 20 et 21 ans (n=22), 18% entre 22 et 23 ans (n=12) et 27% entre 24 et 25 ans (n=19). Le statut socio-professionnel de ces femmes est le suivant : 11% sont lycéennes (n=8), 40% étudiantes (n=28), 50% travailleuses (n=35) et 3 présentent un statut mixte (étudiantes et travailleuses). Parmi ces jeunes femmes connaissant l'implant, 55% n'ont jamais été enceinte (n=39), 10% ont eu au moins 1 IVG et 1 enfant (n=7), 27% ont eu au moins 1 IVG (n=19) et 8% sont mères (n=6) sans avoir eu d'IVG.

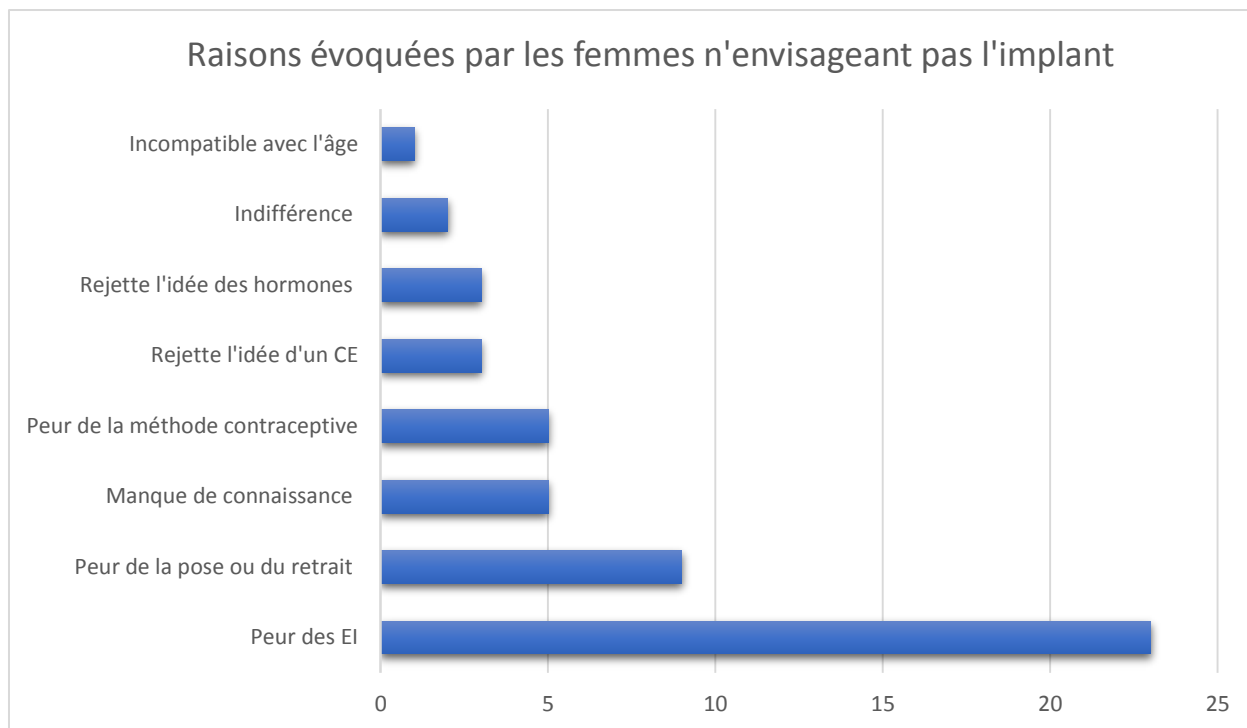
15 jeunes femmes ont déjà utilisé l'implant comme contraceptif, soit 17% de la population interrogée. La moyenne d'âge des femmes ayant déjà utilisé un implant est de 21 ans (3 ont entre 18 et 19 ans, 7 entre 20 et 21 ans, 1 entre 22 et 23 ans et 4 entre 24 et 25 ans). Parmi ces femmes ayant testé l'implant on retrouve 6% de lycéennes (n=1), 53% d'étudiantes (n=8) et 40% de travailleuses (n=6). Enfin, 6 sont nulligestes, 5 ont déjà pratiqué une IVG et 4 ont un enfant.

20% des femmes sont satisfaites par l'implant (n=3), et 17% des jeunes femmes le connaissant l'envisagent comme contraception (n=13), majoritairement avant l'âge de 22 ans.

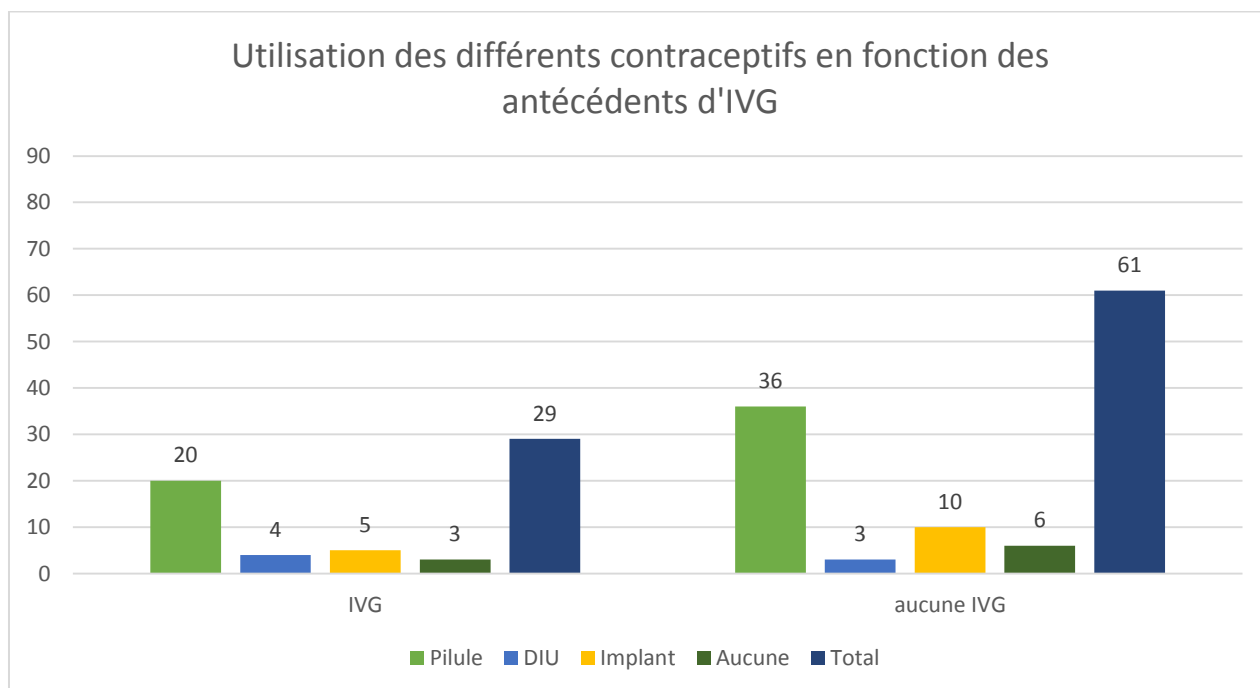
Parmi les raisons évoquées chez les jeunes femmes envisageant cette méthode, on retrouve : fiabilité (n=4), aucune raison (n=3), efficacité (n=2), absence de contrainte (n= 2), technique de pose (n=1), discrétion (n=1).



Parmi les raisons évoquées chez les jeunes femmes n'envisageant pas cette méthode, la crainte de la prise de poids et de la perturbation du cycle est citée majoritairement (n=23), viennent ensuite la peur de la pose et du retrait (n=9), puis celle de la méthode (n=5) et son ignorance (n=5), enfin le rejet des Corps Etrangers (n=3) et le rejet des hormones (n=3). L'âge et l'indifférence concernant la méthode ne sont que peu cités.



6. Concernant le groupe de femme ayant réalisé une ou plusieurs IVG



La part de femmes ayant réalisé au moins une IVG représente 1/3 de la population étudiée (n=29). La moyenne d'âge est de 21,7 ans, et à parts quasiment égales, elles sont

étudiantes (n=13) ou travailleuses (n=14). Seule 1 lycéenne et 1 femme sans emploi ont eu recours à l'IVG.

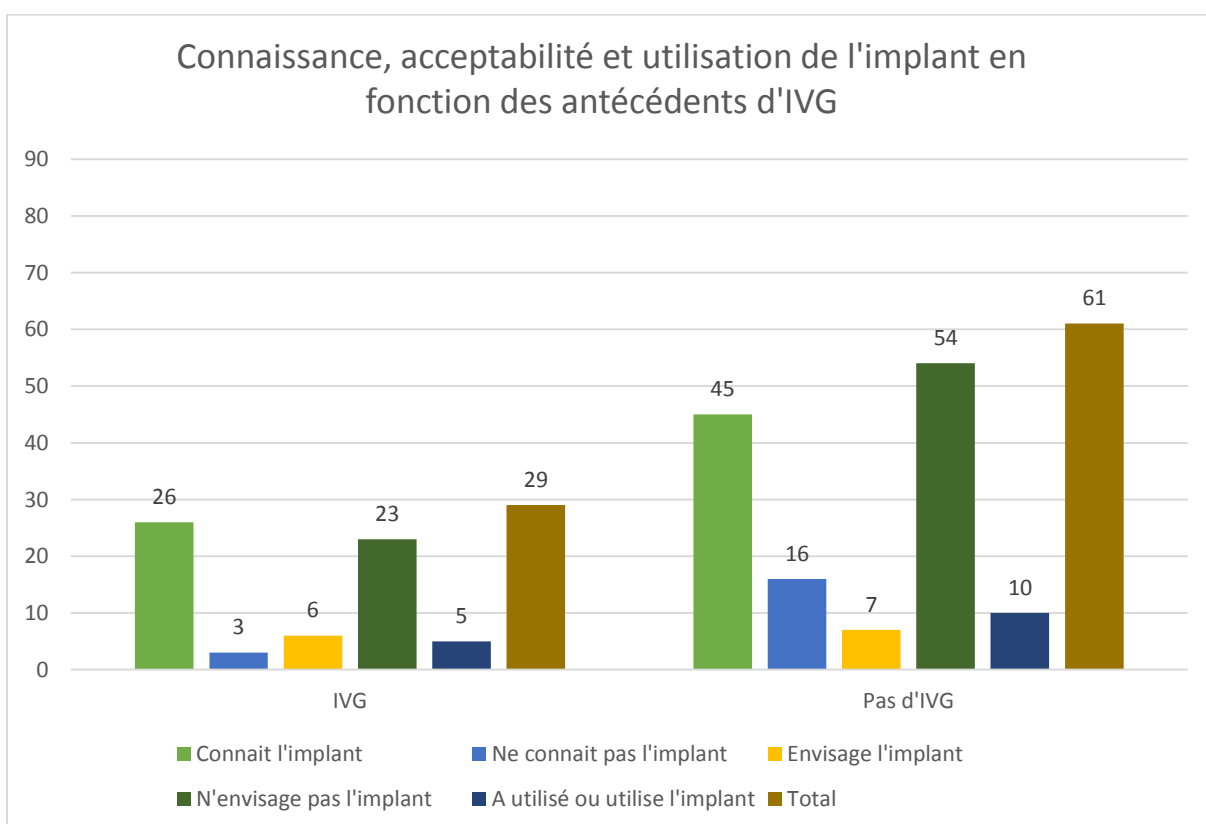
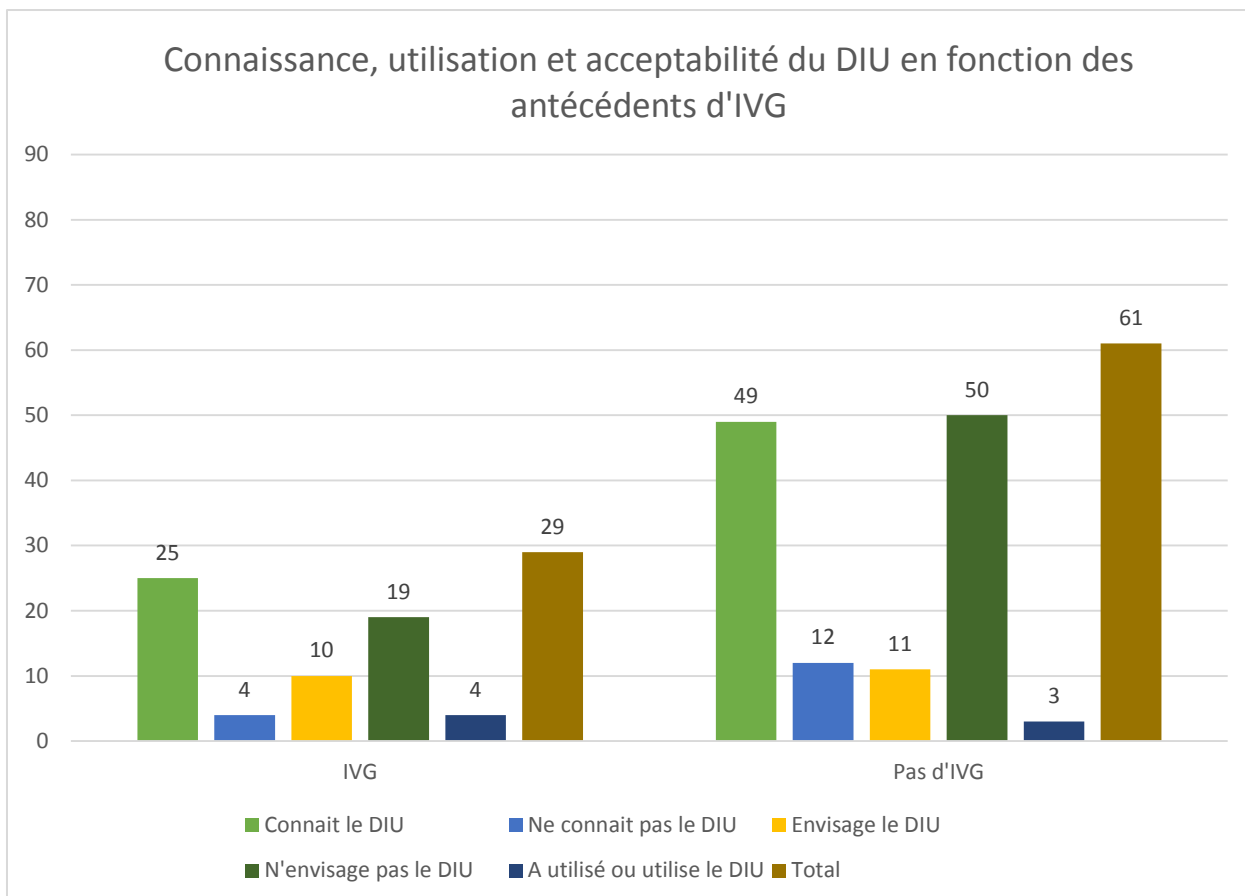
Le profil contraceptif général des femmes ayant recouru à l'IVG varie peu de celui des femmes n'y ayant jamais eu recours. 3 jeunes femmes n'ont aucune contraception, soit 10% de cette population spécifique. En grande majorité elles déclarent avoir déjà utilisé la pilule et le préservatif (n=20 soit 69% et n=13 soit 45% respectivement), suivi par les LARC (n=9 soit 31%). Cependant le recours au DIU est meilleur si la femme a déjà eu recours à l'IVG (n=4).

Le taux de connaissance des LARC est important dans la population des femmes ayant déjà réalisé une IVG, et quasiment similaire pour les 2 méthodes : 86% connaissent le DIU (n=25) et 90% connaissent l'implant (n=26). Dans le groupe de femmes ayant déjà réalisé une IVG, 14% des femmes ne connaissent pas le DIU (n=4) et 10% ne connaissent pas l'implant (n=3), tandis que dans le groupe de femmes n'ayant pas réalisé d'IVG, 20% ne connaissent pas le DIU (n=12) et 26% ne connaissent pas l'implant (n=16).

Dans le groupe de femmes ayant déjà réalisé une IVG, 34% envisagent le DIU comme méthode contraceptive (n=10) et 20% l'implant (n=6). Dans le groupe de femmes n'ayant pas réalisé d'IVG, 18% envisagent le DIU (n=11) et 11% l'implant (n=7). Le taux de femmes n'envisageant aucune de ces méthodes reste majoritaire quel que soit le statut gynécologique.

Le DIU est porté par 14% des femmes ayant un antécédent d'IVG (n=4) et 5% des femmes n'en ayant pas (n=3), mais qui ont déjà eu une grossesse. L'implant, quant à lui, est porté par 17% des femmes avec (n=5) ou sans (n=10) antécédents d'IVG.

Quelle que soit la méthode suggérée, les patientes ayant eu recours à l'IVG et qui n'envisagent ni le DIU (n=19) ni l'implant (n=23) évoquent la peur de la méthode comme motif, peur concernant essentiellement la fiabilité du contraceptif.



DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Résultats principaux

La connaissance des différents contraceptifs est excellente parmi les jeunes femmes Séquano-Dionysiennes : 92% connaissent la pilule, 82% le DIU, 78% l'implant et 75% le préservatif. La couverture contraceptive concerne 89% des femmes questionnées ayant des rapports sexuels. Suivant un modèle français établi, ces jeunes femmes utilisent préférentiellement la pilule et le préservatif, puis les LARC, avec 62% d'utilisatrices de pilule, 46% d'utilisatrices de préservatif, et seulement 17% d'utilisatrices d'implant et 8% d'utilisatrices de DIU. Les antécédents d'IVG ne modulent pas le modèle contraceptif suivi par les jeunes Séquano-Dionysiennes puisqu'on retrouve 69% d'utilisatrices de pilule pour 31% d'utilisatrices de LARC après une ou plusieurs IVG.

Le profil de satisfaction des différentes méthodes contraceptives suit une tendance inverse à celui des utilisations. Ainsi le DIU est bien plus apprécié que la pilule et l'implant, avec respectivement 71% de femmes satisfaites, vs. 44% et 20%.

La connaissance des LARC est particulièrement bonne, avec 82% des jeunes femmes qui déclarent connaître le DIU et 78% qui déclarent connaître l'implant. Les connaissances concernant ces deux méthodes ne semblent pas être influencées par l'âge des femmes, mais semblent être dépendantes de leur statut professionnel, avec une grande majorité d'étudiantes et de travailleuses connaissant les LARC, et une minorité de lycéennes. Les antécédents d'IVG semblent également avoir une influence. En effet, le pourcentage de femmes ne connaissant pas le DIU passe de 20% à 14% après une IVG et celui des femmes ne connaissant pas l'implant de 26% à 10% après une IVG. Il semble donc que la consultation pour IVG soit un moment clé dans la vie des jeunes femmes pour compléter leurs connaissances sur les différentes méthodes contraceptives à haute efficacité. Toutefois, favoriser l'accès à ces méthodes très efficaces avant la réalisation d'une IVG permettrait d'en faire diminuer le nombre, dans cette population qui y est plus souvent confrontée.

Si le DIU et l'implant sont bien connus, leur utilisation reste faible, avec seulement 8% d'utilisatrices de DIU et 17% d'utilisatrices d'implant parmi les femmes ayant répondu à cette enquête. Les facteurs influençant le port du DIU sont l'âge, supérieur à 24 ans, le statut professionnel, avec 71% de travailleuses portant un DIU, les antécédents de grossesses (quelle qu'en soit la finalité), 100% des DIU sont portés par des femmes ayant au moins eu une IVG

et/ou une grossesse menée à terme, et les antécédents d'IVG, le pourcentage de porteuses de DIU passe de 5% à 14% après une IVG. Le seul facteur influençant la pose d'un implant est l'âge, supérieur à 22 ans. Le statut professionnel ne semble pas jouer un rôle important puisqu'autant d'étudiantes que de travailleuses y ont recours. Les antécédents d'IVG ne semblent pas non plus influencer, le pourcentage de porteuses d'implant étant stable à 17%.

L'acceptabilité de ces deux méthodes est en revanche très différente. 71% des jeunes femmes ayant utilisé un DIU sont satisfaites, contre 20% des femmes ayant eu un implant. Toutefois le nombre de femmes envisageant l'une ou l'autre des méthodes est faible avec 28% des jeunes femmes envisageant un DIU et 17% un implant. Parmi les quelques jeunes femmes envisageant l'une ou l'autre des méthodes, les raisons principalement évoquées sont la fiabilité et la praticité des LARC. Plusieurs jeunes femmes expriment très clairement que le DIU est un bon moyen de prévention des GND. Enfin la discrétion est une motivation importante pour l'utilisation des deux méthodes. Les raisons principales évoquées par les femmes n'envisageant pas le DIU sont le manque de connaissance, les fausses croyances concernant une stérilité potentielle et la contre-indication de la méthode avec la nulliparité. Certaines disent même que c'est une méthode dangereuse. La raison principale évoquée par celles n'envisageant pas l'implant est de loin la peur de la survenue d'EI. Le manque d'information n'intervient qu'en 3^e position. Une des femmes pense qu'il est contre-indiqué du fait de son âge. Les jeunes Séquano-Dionysiennes envisageant ces méthodes semblent très bien renseignées sur leurs avantages. En revanche, parmi les jeunes femmes ne les envisageant pas, le manque d'information est un motif quasi unanimement évoqué comme frein à l'utilisation des LARC. Les fausses informations et croyances concernent essentiellement le DIU. Enfin la peur, qu'elle concerne la pose ou les effets indésirables potentiels, se retrouve dans les 2 méthodes. Nous pouvons donc supposer que l'apport d'une information claire et véritable sur le DIU et l'implant - information concernant autant l'efficacité, la fiabilité, les techniques de pose et de retrait, que ses effets indésirables potentiels - permettrait de démystifier la peur engendrée par ces méthodes, et de motiver les jeunes femmes à les choisir, quel que soit leur âge ou leurs antécédents gynécologiques.

Les jeunes femmes de Seine-Saint-Denis connaissent donc bien la contraception mais suivent un modèle préétabli concernant le choix de leur méthode contraceptive, préférant la pilule, méthode réversible et efficace certes, mais à la fiabilité dépendant de l'observance, aux

méthodes à haute efficacité et fiabilité que sont le DIU et l'implant. Parmi les femmes utilisant une LARC, celles ayant un implant sont majoritaires, ce qui ne semble pas étonnant vu l'âge moyen de la population de cette enquête, alors que la satisfaction concernant la méthode est bien meilleure avec un DIU. Quoi qu'il en soit, les femmes préfèrent utiliser des méthodes dont elles ne sont pas pleinement satisfaites. Le recours aux méthodes hautement efficaces que sont le DIU et l'implant reste faible et peu acceptable pour ces jeunes femmes pour des raisons directement liées à un manque d'information, et l'accès à ces méthodes reste soumis à de nombreux freins. L'âge concerne les deux méthodes. Les antécédents d'IVG concernent essentiellement le DIU, et il est dommage d'attendre d'y avoir recours pour proposer cette méthode. Enfin, en ce qui concerne les freins évoqués par les patientes, le premier, qui concerne essentiellement le DIU, et dans une moindre proportion l'implant, est le manque de connaissance et les fausses croyances concernant ces méthodes. Le second est la peur des effets indésirables, qui, même s'ils sont réels, devraient leur être expliqués, afin qu'ils paraissent moins effrayants. Dans ces conditions, favoriser l'accès à une information claire, loyale et adaptée à ces jeunes femmes paraît être la première chose à faire pour leur permettre de choisir librement la contraception qu'elles estimeront la mieux adaptée à leur mode de vie.

2. Forces, biais et limites de l'étude

2.1 Biais et limites de l'étude

2.1.1 Recrutement des patientes

Mon recueil de données m'a permis de recruter 90 jeunes femmes, qui représentent une population très restreinte de Seine-Saint-Denis. J'ai conscience qu'à elles seules, elles ne peuvent donner un aperçu véritable des connaissances et réticences en matière de contraception des quelques 160 000 jeunes femmes de moins de 30 ans de ce département. Toutefois elles représentent un échantillon départemental assez vaste puisque beaucoup des centres de planification familiale du 93 ont participé : Bondy, Bobigny, Bagnollet, Saint-Denis, Villetaneuse, Montreuil, Aubervilliers, Livry-Gargan, La Courneuve, Sevran, Rosny-Sous-Bois, Drancy, Le Blanc Mesnil. Les résultats généraux semblent être similaires à ceux des études menées en France, ce qui me fait supposer que cette population est comparable à la population générale des jeunes femmes de cette tranche d'âge en France.

A posteriori, le choix d'avoir concentré mon recrutement seulement dans les centres de planification familiaux me semble être une erreur. Diffuser mon questionnaire à des médecins libéraux, gynécologues ou généralistes, m'aurait permis de recruter plus de femmes.

2.1.2 Méthode

Mon questionnaire a été validé par la commission des thèses de ma faculté, mais je regrette de ne pas avoir participé à une séance de « permanence thèse » sur l'élaboration d'un questionnaire. Cela m'aurait peut-être permis de mieux cibler mes questions et de ne pas en omettre.

En ce qui concerne la forme du questionnaire, elle a été validée par ma directrice de thèse ainsi que par la commission des thèses de ma faculté. Le questionnaire est lisible, les questions claires et pour la plupart fermées avec un mode de réponse binaire. Les cadres de réponses aux quelques questions libres sont suffisamment grands.

En ce qui concerne le fond du questionnaire, plusieurs remarques me viennent à l'esprit après le recueil.

Concernant les questions sur les données épidémiologiques des patientes, il me semble que la question n° 3 sur leur situation conjugale avait peu d'intérêt. En effet les connaissances et réticences des patientes à des méthodes contraceptives telles que les LARC sont plutôt liées à leur statut professionnel et à leur « niveau d'éducation ». Gardons à l'esprit cependant que pour 32% femmes le choix de la contraception leur est imposé par leur mari (31). A ce titre, peut-être qu'une question de type « *avez-vous choisi votre contraception vous-même ?* » aurait été plus pertinente.

La question n° 4 « *où vivez-vous* » me paraît importante mais n'était pas assez explicitée. Je souhaitais avoir connaissance de la ville de résidence des jeunes femmes, afin de m'assurer que des patientes de tout le département étaient incluses. Beaucoup ont simplement renseigné le département « 93 » ou si elles vivaient chez leur parent, seules ou en concubinage. Néanmoins, grâce au cachet postal et aux enveloppes nominatives, j'ai pu constater que plusieurs centres du département de Seine Saint Denis avaient participé.

Concernant les questions sur les antécédents gynécologiques et sexuels des jeunes femmes, il aurait été judicieux d'ajouter certaines questions telles que : « *Quelle contraception utilisez-*

vous lors de votre/vos IVG ? » en sous-question de la question n°6, pour faire une étude de sous-groupe afin de déterminer avec quelle(s) contraception(s) ces jeunes femmes étaient le plus exposées aux grossesses non-désirées et à l'IVG. Les résultats des études montrent que les LARC protègent de la survenue de GND, et l'étudier dans ma population me semble aujourd'hui intéressant.

Une autre question qui aurait pu être ajoutée est « *Quelle est votre contraception actuelle ?* » en plus de la question n° 11. En effet la question n° 11 ne le précisait pas et il m'a été impossible de déterminer avec exactitude combien de jeunes femmes utilisaient la pilule, le DIU ou l'implant à l'instant *t*.

Concernant les questions sur les connaissances et l'acceptabilité des contraceptifs, et notamment du DIU et de l'implant, je pense qu'une question très explicite telle que « *Pensez-vous que l'implant et/ou le DIU soit de bonnes méthodes contraceptives pour prévenir les IVG ?* » aurait dû apparaître en toute dernière question afin d'avoir un avis tranché des jeunes femmes. Même si d'autres questions m'ont permis de constater que beaucoup des jeunes femmes ne les envisageaient pas, il m'était impossible de savoir précisément si elles les auraient utilisées en prévention des IVG et des GND.

Bien que le questionnaire me semble incomplet, certaines questions ont été très bien renseignées, permettant ainsi une bonne exploitation des résultats. Les questions n° 12 et n° 13 concernant le DIU et l'implant, et surtout les parties libres « *Qu'en pensez-vous* » et « *L'utiliserez-vous pour vous-même et pourquoi* », ont été très bien complétées, permettant de mettre en évidence les freins et les motivations à l'utilisation de l'implant et du DIU chez ces jeunes filles.

2.2 Forces de l'enquête, validité externe.

Concernant l'enquête, je n'en ai pas trouvé d'autres portant sur les connaissances et les freins à l'utilisation des LARC chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans vivant en Seine-Saint-Denis, qui, rappelons-le, font partie des populations présentant le plus de risque de grossesses non-désirées et d'IVG (2,10). Même si l'effectif des patientes est faible, les données concernant l'état des connaissances et des réticences des jeunes femmes à l'utilisation des LARC sont assez bien renseignées. La mise en évidence de ces résultats peut permettre aux médecins s'occupant de la santé sexuelle de ces jeunes femmes de mieux s'adapter à elles.

Par ailleurs, les résultats dans cette population restreinte de jeunes femmes sont quasiment similaires aux résultats retrouvés dans certaines enquêtes menées sur la population nationale française. Ainsi le taux de couverture contraceptive est quasiment identique, avec 89% de jeunes filles couvertes dans mon enquête, et 80% en Seine-Saint-Denis chez les moins de 30 ans (10). Comme dans la population générale, les jeunes Séquano-Dionysiennes utilisent les différentes méthodes contraceptives en suivant le « modèle français », utilisant préférentiellement la pilule (associée ou non au préservatif) puis l'implant et le DIU. Cependant, que ce soit dans cette enquête ou dans les études, la satisfaction concernant les différentes méthodes utilisées suit une toute autre tendance. En effet, comme le montre M. Short dans son étude « *Acceptability of long acting, progestin-only contraception in Europe : a two years prospective, non interventional study* », les utilisatrices de LARC sont globalement plus satisfaites que les utilisatrices de pilule, 84% contre 53%, et les femmes sont globalement plus satisfaites du DIU (85%), que de l'implant (80%) (9). Mon enquête retrouve le profil de satisfaction suivant : 71% de femmes satisfaites par le DIU, 44% par la pilule et 20% par l'implant. Il apparaît donc urgent de réorienter le choix de jeunes Séquano-Dionysiennes, mais également des jeunes femmes françaises, vers des contraceptions qui semblent mieux les satisfaire.

En ce qui concerne les LARC, cette enquête met en évidence une sous-utilisation de ces méthodes dans la population des jeunes femmes de moins de 25 ans, avec seulement 8% d'utilisatrices du DIU et 17% de porteuses d'implant, soit 23% d'utilisatrices de LARC. Les résultats retrouvés par C. Moreau sont les suivants : 5,2% d'utilisatrices de LARC parmi les moins de 25 ans en France (3).

Les mêmes facteurs influençant le choix de l'une ou l'autre des méthodes sont retrouvés. Dans cette enquête, l'âge de plus de 24 ans, le statut professionnel de travailleuse et les antécédents d'IVG semblent moduler le recours au DIU. C. Moreau évoque, quant à elle, dans ses études, les mêmes facteurs d'influence, et retrouve 0% de porteuse de DIU avant l'âge de 20 ans et 3,7% de porteuses entre 20 et 24 ans. Elle identifie également une variabilité selon le statut professionnel avec 5,3% de DIU chez les travailleuses et 0,4% chez les étudiantes. Enfin elle relate une différence selon les antécédents d'IVG avec 0,7% de porteuse de DIU parmi les femmes sans antécédents d'IVG contre 14,7% après 1 IVG (3,25).

Le facteur modulant le port de l'implant dans cette enquête semble n'être que l'âge, de moins de 20 ans. C'est également un facteur retrouvé dans la population des jeunes femmes de

moins de 25 ans, par C. Moreau, avec 2,8% de porteuses d'implant entre 18 et 20 ans contre 5,4% entre 20 et 24 ans (3). C. Moreau retrouve également les antécédents d'IVG comme modulateur du recours à l'implant, avec 1,5% d'implant chez les femmes de moins de 25 ans sans antécédents d'IVG contre 7,4% chez les femmes avec des antécédents d'IVG (3). L'âge et la parité sont des facteurs modulant l'accès des jeunes femmes aux LARC, essentiellement par réticences des professionnels de santé. Cependant certaines jeunes femmes pensent également que l'âge ou la parité sont des éléments contre-indiquant ces contraceptifs. L'accès à une information de qualité semble donc nécessaire, le plus tôt possible, pour permettre à ces jeunes filles de les choisir précocement.

Enfin, les raisons invoquées par les jeunes femmes interrogées et qui n'envisagent pas les LARC sont les mêmes que celles retrouvées dans les études nationales. Dans mon enquête, la plupart évoquent le manque de connaissances et la peur de la méthode et des EI. Les études évoquent que 54% des patientes pensent que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares et 57% pensent qu'il rend stérile, ce qui reflète bien le manque de connaissance et la trop grande désinformation concernant cette méthode (3).

Cette enquête rejoint donc les enquêtes nationales et présente une bonne validité externe. Cela m'a permis de prendre en compte sérieusement les freins et réticences émis par les patientes de mon enquête quant à l'utilisation des LARC, et de leur proposer des pistes de réflexions sérieuses, censées favoriser leur utilisation. C'est l'objet du prochain chapitre.

3. Perspectives pour l'avenir

Les LARC semblent être des méthodes moyennement acceptables pour les jeunes femmes de Seine-Saint-Denis présentant pourtant plus de risque de grossesses non-désirées. Le DIU est moins porté mais plus apprécié et plus souvent envisagé que l'implant chez les jeunes femmes acceptant ces méthodes.

Comme nous l'avons constaté dans cette enquête, et comme les études françaises le montrent, le manque d'information est un des freins principaux à l'utilisation des LARC par les jeunes séquano-dionysiennes. Favoriser l'accès à l'information apparaît donc primordial. Cette information devrait être à mon sens délivrée le plus tôt possible, car l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 ans, et le risque de grossesses non-désirées est important. Si l'information ne peut être trouvée dans un cadre familial, elle peut être délivrée lors de

séances d'éducation sexuelle scolaires. Ces séances devraient intervenir tôt dans la scolarité des jeunes afin qu'ils puissent avoir une perception juste des risques encourus lors du début de leur vie sexuelle (tant sur le plan des IST que des grossesses non désirées). La loi du 4 juillet 2001 rend obligatoire « *l'éducation à la sexualité tout au long de l'enseignement primaire et secondaire à raison de 3 séances par an et par niveau* » (21). Toutefois cette obligation se heurte souvent à des problèmes de moyens et de faisabilité. Une autre possibilité envisageable est l'accès aux jeunes Séquano-Dionysiennes de 15-16 ans à des consultations gratuites, dédiées à la contraception. Lors de ces consultations, devrait être délivré, par un médecin spécialiste de la contraception des jeunes femmes, une information explicite et vraie concernant tous les moyens de contraceptions disponibles, y compris le DIU et l'implant. Cela implique évidemment que chacun de ces médecins soit informé des recommandations concernant l'utilisation de ces deux méthodes, hautement efficaces, mais pour lesquelles de nombreux freins existent encore du côté médical. Aussi, afin de compléter et poursuivre cette éducation, dans les salles d'attentes des CPEF, comme dans celles des gynécologues et des médecins généralistes, il devrait y avoir des brochures d'information disponibles, adaptées aux jeunes femmes et à leur capacité de compréhension, concernant chacune des méthodes contraceptives. Ainsi informées le plus tôt possible, ces jeunes femmes pourraient s'orienter plus facilement vers le choix d'un LARC. Par ailleurs, cette éducation à la sexualité et à la contraception devrait également être dispensée aux jeunes hommes, car si le choix final de sa contraception revient à la femme, sensibiliser également les hommes aux risques de grossesses et d'IST semblent primordial, afin que les femmes ne se sentent pas seules responsables.

De fausses informations circulent encore à propos de l'utilisation des LARC, et du DIU notamment, freinant les jeunes femmes de Seine-Saint-Denis dans leur choix. Ainsi, l'idée fautive, de sa contre-indication en cas de nulliparité est véhiculée depuis longtemps, et entretenue par le nombre important de médecins, généralistes ou gynécologues, y adhérant encore. Un travail important doit donc être fait du côté des médecins, afin qu'ils tiennent compte des recommandations de la HAS qui, rappelons-le, ne contre-indique pas l'utilisation du DIU chez les jeunes femmes nullipares et même le « *recommande en première intention chez toutes les jeunes femmes, quelle que soit leur parité* » (24). Si les médecins sont formés à l'utilisation du DIU chez les jeunes nullipares, alors ils seront plus à même de le proposer à ces

jeunes femmes, et de répondre à leurs craintes. Enfin, certaines jeunes femmes interrogées déclarent que le DIU est dangereux et rend stérile. D'ailleurs, beaucoup de jeunes femmes connaissent le DIU sous son autre nom, « stérilet ». Il me semble que cette dénomination est tout à fait inadaptée. Cette méthode contraceptive se heurte à de nombreux obstacles dans sa prescription et son acceptation. Conserver ce nom, dans lequel le mot « stérile » est clairement entendu, me paraît être une erreur, susceptible de créer de nombreux malentendus.

Certaines jeunes femmes expriment leurs craintes concernant la fiabilité de ces méthodes. Je suppose que leurs peurs sont fondées puisque l'action et l'efficacité de ces méthodes sont complètement indépendantes de leur observance et de toute prise orale. Il faut leur rappeler toutefois que le DIU et l'implant présentent les deux meilleurs indices de Pearl (respectivement 0,2 et 0,05) et que ce sont les deux seules méthodes qui présentent une efficacité théorique égale à leur efficacité pratique. Cela fait partie de l'information à délivrer lors d'une consultation de contraception, en leur expliquant que s'amener d'une contrainte de prise quotidienne et donc d'une observance souvent contraignante est un gage de fiabilité et d'efficacité.

Enfin, la peur est une raison souvent citée. Elle peut concerner la survenue d'effets indésirables (trouble du cycle et prise poids), une des raisons majeures expliquant le refus de l'implant essentiellement, et parfois du DIU, par les jeunes filles interrogées. Leur peur est justifiée puisque l'apparition de trouble du cycle est un motif d'arrêt de la méthode dans 21% des cas, toutes méthodes réversibles de longue durée d'action confondues (9). Pourtant, l'apparition de ces troubles n'entraîne l'arrêt de ces méthodes que dans un petit nombre de cas. Prévenir les patientes de cette possibilité d'apparition d'effets indésirables leur permettrait de choisir en connaissance de cause. En ajoutant évidemment que ces méthodes sont réversibles immédiatement, et peuvent être facilement retirées en cas de répercussions néfastes sur leur qualité de vie, sans que cela n'entraîne de séquelles.

Les peurs exprimées concernent également la pose et le retrait du DIU comme de l'implant. Il est vrai que les techniques de pose comme de retrait peuvent sembler douloureuses et inquiétantes. Toutefois, nous avons à disposition de nombreux moyens et techniques pour les rendre quasiment indolores. Lors des consultations de contraception il me semble important voire presque obligatoire d'aborder la pose et le retrait de chacune des méthodes, en

expliquant les modalités en termes de technique de pose, de temps et de ressenti des patientes. Ainsi, pour l'implant il me semble important de dire qu'une anesthésie locale sera pratiquée à l'aide de Xylocaïne® injectable, de montrer l'inserteur en amont de la pose, afin que la patiente ne soit pas surprise le jour de la consultation, et d'expliquer (à l'aide d'un mannequin) comment la pose se déroule. Pour le DIU, il me paraît nécessaire d'insister auprès des médecins sur le fait que la prise de Misoprostol (Cytotec®) n'est pas recommandée et provoque de violentes douleurs pelviennes : « *Le misoprostol n'apporte pas de bénéfice pour faciliter la pose d'un DIU (au cuivre ou au lévonorgestrel) mais augmente les effets secondaires (NP1). Il n'y a pas de bénéfice à ce jour au misoprostol pour la pose des DIU quelle que soit la parité* » (34). Par ailleurs, il est nécessaire de leur expliquer que certaines méthodes, telle que la technique Torpille, permettent l'insertion du DIU sans utiliser de pince Pozzi®, responsables elles aussi du déclenchement de contraceptions utérines. Il me semble enfin important d'expliquer aux jeunes femmes que la pose du DIU est rapide, mais nécessite l'insertion d'un spéculum pour l'insertion du DIU. Aujourd'hui des DIU dits « short », de taille réduite, sont spécialement adaptés à la hauteur utérine moindre des nullipares. Quelques douleurs peuvent être ressenties au passage du col utérin, mais elles doivent s'estomper rapidement. Souvent les douleurs persistent chez les jeunes femmes qui ont été invitées à prendre du misoprostol. Le plus important est que les jeunes femmes soient détendues lors de la pose, ce qui est rendu possible d'une part par l'apport d'une information intelligible et d'autre part par l'assurance d'une relation de confiance entre le médecin et sa patiente. Une démonstration sur mannequin devrait être proposée également afin de démystifier ce moment qui les effraie.

Enfin, à notre époque où la société culpabilise les femmes d'utiliser des méthodes contraceptives estimées polluantes ou d'utiliser des méthodes hormonales mettant soi-disant en jeu leur santé, il me paraît important de poser un cadre précis avec nos jeunes patientes. Tout d'abord, il existe des DIU « short » au cuivre, sans hormone (Mona Lisa®, Multi Load®, NT/UT/TT380®) permettant une contraception efficace non-hormonale. Par ailleurs, les DIU hormonaux et l'implant sont des contraceptifs exclusivement progestatifs, permettant de s'amender de la prise d'œstrogène. Par ailleurs, le Jaydess®, le DIU le plus couramment utilisé chez les jeunes patientes, présente une délivrance journalière hormonale très faible et inférieure à l'équivalent d'une prise d'un comprimé oral contraceptif par semaine. Si la peur des hormones peut paraître justifiée de nos jours, c'est le rôle du médecin de rassurer ses

patientes quant à l'utilisation de ces méthodes et de les laisser choisir librement le contraceptif qu'elles estiment le mieux adaptée à leur sexualité.

CONCLUSION

Le département de Seine-Saint-Denis possède un des plus forts taux de recours à l'IVG chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, et un taux de couverture contraceptive inférieur à celui de la France. Le DIU et l'implant contraceptif sont des méthodes bien connues des jeunes Séquano-Dionysiennes de moins de 25 ans. Leur utilisation paraît cependant peu acceptable pour ces jeunes femmes et reste encore prudente et bien inférieure à celle de la pilule hormonale. L'utilisation du DIU est inférieure à celle de l'implant. Pourtant, la satisfaction concernant ces méthodes suit un schéma inverse. Le DIU est une méthode hautement satisfaisante pour les patientes l'utilisant, bien au-delà de la pilule et de l'implant. De nombreux freins du côté des jeunes patientes de Seine-Saint-Denis bloquent l'accès à ces contraceptifs : le manque de connaissance, le trop grand nombre de fausses croyances, ainsi que la peur des effets indésirables. Tous ces freins peuvent être levés par l'accès à une information claire, loyale et adaptée, donnée à nos jeunes patientes, délivrée par des médecins formés et au fait des recommandations d'usage des contraceptifs chez les jeunes femmes. Ainsi, poursuivre tant l'éducation du corps médical que l'éducation des patientes semble être une évidence pour favoriser l'accès à ces méthodes hautement efficaces, afin de diminuer le risque de grossesses non désirées et d'IVG chez ces jeunes femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amate P, Luton D, Davitian C. [Contraception and adolescence]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. juin 2013;20(6):707 - 13.
2. DRESS. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
3. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. Fertil Steril. août 2013;100(2):451 - 8.
4. Moreau C, Bohet A, Trussell J, Bajos N, FECOND group. Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. Contraception. avr 2014;89(4):314- 21.
5. INPES 2011. Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
6. Vigoureux S. [Epidemiology of induced abortion in France]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1462 - 76.
7. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C, et al. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Hum Reprod Oxf Engl. nov 2006;21(11):2862 - 7.
8. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. Hum Reprod Oxf Engl. juin 2009;24(6):1387 - 92.
9. Short M, Dallay D, Omokanye S, Stauch K, Inki P. Acceptability of long-acting, progestin-only contraception in Europe: a two-year prospective, non-interventional study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. févr 2014;19(1):29 - 38.
10. Observatoire régional de santé. Observatoire régional de santé en Ile de France: la santé observée en seine saint denis. 2014. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tabord93MaJ2014_janv2015/Fiche_3-1-3_WEB.pdf
11. Insee. Dossier complet–Département de la Seine-Saint-Denis (93) | Insee. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-93>
12. ANCIC. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. 2013. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
13. Bajos N. La contraception en France: nouveau contexte nouvelles pratiques? Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

14. Moreau C. Evolution des pratiques contraceptives en France: impact social et démographique. Disponible sur: http://www.jle.com/download/mtg-282922-evolution_des_pratiques_contraceptives_en_france_impact_social_et_demographique.pdf
15. ANSM. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) de janvier 2013 à décembre 2015 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Evolution-de-l-utilisation-en-France-des-Contraceptifs-Oraux-Combines-COC-de-janvier-2013-a-décembre-2015-Communiqué>
16. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005;25.
17. Santé publique France. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
18. Moreau C, Bohet A. Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*. août 2016;94(2):152 - 9.
19. Régnier-Loilier A. Evolution des naissances et des grossesses non désirées en France. Disponible sur: http://demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s51748.pdf
20. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. avr 2012;50(4):389 - 94.
21. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf
22. Insee. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
23. Mazuy M. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
24. HAS. Méthodes contraceptives: focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
25. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. janv 2014;89(1):9 - 16.
26. Short M, Dallay D, Omokanye S, Hanisch JU, Inki P. Acceptability of the levonorgestrel releasing-intrauterine system and etonogestrel implant: one-year results of an

- observational study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. févr 2012;17(1):79- 88.
27. Hathaway M, Torres L, Vollett-Krech J, Wohltjen H. Increasing LARC utilization: any woman, any place, any time. Clin Obstet Gynecol. déc 2014;57(4):718- 30.
 28. Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM, INFECTIOUS DISEASE COMMITTEE, SPECIAL CONTRIBUTOR. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. mars 2014;36(3):266- 74.
 29. Bouyer J. [Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence, risk factors and outcomes]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). nov 2003;32(7 Suppl):S8-17.
 30. Journal de bord d'une jeune médecin généraliste de Seine-Saint-Denis. LA MÉTHODE DE POSE DIRECTE DES DISPOSITIFS ET SYSTÈMES INTRA-UTÉRINS OU TECHNIQUE DE LA TORPILLE. 2015. Disponible sur: <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Brochure-EL.pdf>
 31. Lotke PS. Increasing Use of Long-Acting Reversible Contraception to Decrease Unplanned Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. déc 2015;42(4):557- 67.
 32. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en région Ile de France. 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf
 33. ARS. Projet régional pour favoriser la réduction des inégalités régionale d'accès à l'avortement en ile de France". 2017. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/IVG-FRIDA-2015.pdf>
 34. CNGOF. État des lieux et expertise de l'usage hors AMM du misoprostol en gynécologie-obstétrique : travail du CNGOF. 2013. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_AVIS_misoprostol.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : loi n° 74-1026 relative à la régulation des naissances

5 Décembre 1974

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

12123

LOIS

LOI n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — L'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 3. — Peuvent seuls être vendus les produits, médicaments ou objets contraceptifs ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché accordée par le ministre chargé de la santé publique.

« Sous réserve des dispositions prévues par le deuxième alinéa de l'article 4 de la présente loi, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie sur prescription médicale.

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement hospitalier ou dans un centre de soins agréé.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 2. — Le deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est abrogé et remplacé par la disposition suivante :

« Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations médicales, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition. »

Art. 3. — L'article 5 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 5. — Toute propagande antinataliste est interdite. Toute publicité commerciale concernant les contraceptifs est interdite, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 4. — L'article 6 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 6. — Pour les départements d'outre-mer, un règlement d'administration publique fixe des conditions particulières de délivrance des contraceptifs et du fonctionnement des centres de planification et d'éducation familiale. »

Loi n° 74-1026 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 937 ;
Rapport de M. Neuvillat, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1076) ;
Discussion et adoption le 28 juin 1974.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 207 (1973-1974) ;
Rapport de M. Robert Schmitt, au nom de la commission des affaires sociales, n° 62 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 7 novembre 1974.

Assemblée nationale :

PROJET DE LOI, DÉPOSÉ LE 20 MAI 1974, N° 1284 ;
Rapport de M. Neuvillat, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1284) ;
Discussion et adoption le 20 novembre 1974.

Art. 5. — I. — Le 1^{er} de l'article 7 de la loi susindiquée du 28 décembre 1967 est modifié comme suit après les mots « en infraction » :

« ...aux dispositions des articles 2 et 3 ou des règlements pris pour leur application. »

II. — Le 1^{er} du II du même article est supprimé.

III. — Le II (2^e) du même article est modifié comme suit après les mots « sera entendus » :

« ...aux dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 4 ou des règlements pris pour son application ou pour celle de l'article 6. »

Art. 6. — Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 149 du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Le centre de protection maternelle et infantile de circonscription comporte obligatoirement les formations sanitaires suivantes :

« Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales dans lesquelles pourront être examinés les futurs couples et les parents ;

« Des consultations de médecine infantile, d'enfants du premier et du second âge ;

« Une consultation de lutte contre la stérilité ;

« Une consultation de conseil génétique ;

« Un centre de planification ou d'éducation familiale.

« Ces trois dernières formations peuvent être regroupées avec les consultations prénuptiales et prénatales sous la dénomination de « consultations sur les problèmes de la naissance ». »

Art. 7. — Le paragraphe a de l'article L. 283 du code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :

« ...y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 8. — Le paragraphe 1^{er} de l'article 1038 du code rural est complété par les dispositions suivantes :

« ...y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 9. — Il est ajouté à l'article 84 de la loi n° 66-589 du 12 juillet 1966 modifiée, relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations de base comprennent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 10. — Au chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale intitulé « Aide médicale », est inséré, entre l'article 181 et l'article 182, un article 181-1 ainsi libellé :

« Art. 181-1. — L'aide médicale peut être également obtenue pour les médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que pour les analyses et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives, selon une procédure particulière fixée par décret. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 décembre 1974.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

JACQUES CHIRAC.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

JEAN LECANUET.

Le ministre de l'agriculture,

CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du travail,

ROBERT DUBOIS.

Le ministre de la santé,

SIROUZE VEU.

Le secrétaire d'Etat aux départements

et territoires d'outre-mer,

OLIVIER STIER.

Annexe 2 : Loi n°75-17 relative à l'interruption volontaire de grossesse

18 Janvier 1975

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

739

LOIS

LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975
relative à l'interruption volontaire de la grossesse (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dans la teneur suit :

TITRE I^{er}

Art. 1^{er}. — La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. — Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. — Après le chapitre III du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».

Art. 4. — La section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

Interruption volontaire de la grossesse
pratiquée avant le fin de la dixième semaine.

« Art. L. 162-1. — La femme enceinte qui son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

Loi n° 75-17 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 1287 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 3534) ;
Discussion les 26, 27 et 28 novembre 1974 ;
Adoption le 28 novembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 114 (1974-1975) ;
Rapport de M. Jean Néron, au nom de la commission des affaires sociales, n° 328 (1974-1975) ;
Discussion les 13 et 14 décembre 1974 ;
Adoption le 14 décembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1408 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1417) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 166 (1974-1975) ;
Rapport de M. Néron, au nom de la commission des affaires sociales, n° 167 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 16 décembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1403 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1407) ;
Discussion et adoption le 26 décembre 1974.

Sénat :

Rapport de M. Jean Néron, au nom de la commission des affaires sociales, n° 171 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 29 décembre 1974.
Édition du *Journal* constitutionnel en date du 15 janvier 1975, publiée au Journal officiel du 16 janvier 1975.

« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

« Art. L. 162-3. — Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-4 :

« 1^o Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

« 2^o Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

« a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

« b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4.

« Un arrêté précisant dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

« Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

« L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a sollicité aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

« Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

« Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

« Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de convention, en application de la loi n° 70-1218 du 21 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

« Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

« Art. L. 162-10. — Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

« Art. L. 162-11. — L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

« Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7. »

Art. 5. — La section II du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.

« Art. 162-12. — L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attentent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met ou peut provoquer la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

« Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

« Art. L. 162-13. — Les dispositions des articles L. 162-8 et L. 162-9 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. »

Art. 6. — La section III du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION III

Dépouilles certifiées.

« Art. L. 162-14. — Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. »

TITRE III

Art. 7. — 1. — L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I

Etablissements d'hospitalisation réservés des femmes enceintes.

II. — A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots « une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé » sont remplacés par les mots « un établissement d'hospitalisation privé ».

III. — L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« Art. L. 178. — Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (3^e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11. »

IV. — Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 178-1. — Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

« Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive. »

Art. 8. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. — Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 181-3. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret. »

Art. 10. — L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 647. — Sans préjudice des dispositions de l'article 69 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présenter comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

« En cas de provocation, de propagande ou de publicité ou moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie. »

Art. 11. — Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre I^{er} restera en vigueur.

L'application des articles L. 161-1, L. 630 et L. 739 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. — Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

« Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, sont tenues de les connaître... »

(Le reste sans changement.)

Art. 13. — En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. — Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. — Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 10. — Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n° 67-8196 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'Institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 17 janvier 1975.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

JACQUES CHIRAC.

Le ministre d'État, ministre de l'intérieur,
MICHEL POMATOPOULI.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

JEAN LECANUET.

Le ministre du travail,
MICHEL DURAFOUR.

Le ministre de la santé,

ERNAUD VAILL.

Annexe 3 : Questionnaire

Université Paris Descartes

Pauline SOULIER, interne en Médecine générale

Questionnaire sur la contraception à destination des jeunes femmes

Je réalise ma thèse de médecine sur la couverture contraceptive des jeunes femmes de Seine Saint-Denis. C'est la raison pour laquelle ce questionnaire vous concerne directement.

Il vise à connaître et comprendre vos croyances et perceptions sur l'implant contraceptif et le dispositif intra-utérin (plus communément appelé stérilet).

Ce questionnaire est anonyme et votre identité ne sera dévoilée d'aucune manière.

En revanche, il me permettra d'établir des données fiables sur lesquelles appuyer mes recherches pour rédiger ma thèse.

Il ne vous prendra que quelques minutes. D'avance, je vous remercie de votre contribution.

1	Quel âge avez-vous ?	
2	Quelle est votre situation ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Lycéenne Etudiante Travailleuse
3	Quelle est votre situation conjugale ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Célibataire En couple Mariée
4	Où vivez-vous ?	
5	Avez-vous des rapports hétérosexuels (avec une personne de sexe opposé) ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Oui Non
6	Avez-vous déjà eu recours à l'IVG au cours de votre vie ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Oui Non Si oui, combien de fois ? <input type="text"/>
7	Avez-vous des enfants ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Oui Non Si oui, combien ? <input type="text"/>
8	Quel est le motif de votre consultation ? <i>Entourez la mention concernée</i>	Contraception IVG Autre, précisez :
9	Si vous venez pour une contraception, laquelle désirez-vous et pourquoi ? <i>Quelques mots</i>	

10	Quels moyens de contraception connaissez-vous ? <i>Les énumérer</i>	- - - - - - -	
11	Quelles méthodes contraceptives avez-vous déjà utilisées ?		
	Qu'en avez-vous pensé ?		
12	Connaissez-vous l'implant contraceptif ? <i>Entourez la mention concernée</i>		Oui Non
	Qu'en pensez-vous ?		
	L'envisageriez-vous pour vous-même et pourquoi ?		
13	Connaissez-vous le stérilet ? <i>Entourez la mention concernée</i>		Oui Non
	Qu'en pensez-vous ?		
	L'envisageriez-vous pour vous-même et pourquoi ?		

Je vous remercie infiniment d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Pauline SOULIER

Titre en français

Le dispositif intra-utérin et l'implant sont-ils des méthodes contraceptives acceptées par les jeunes femmes Séquano-Dionysiennes de 18 à 25 ans, pour la prévention des grossesses non désirées ? Mieux comprendre les freins des patientes à leur utilisation pour mieux les prescrire.

Etude ambulatoire par questionnaire dirigé portant sur les connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, consultant en planning familial, en Seine-Saint-Denis.

Résumé

Introduction : Les contraceptifs de longue durée d'action sont des méthodes efficaces dans la prévention des interruptions volontaires de grossesse mais restent sous utilisés parmi les moins de 25 ans en France. Le taux annuel d'IVG en France est de 14‰, et de 19,5‰ avant 20 ans et 27‰ entre 20 et 24 ans. En Seine-Saint-Denis, le taux de recours annuel à l'IVG des moins de 25 ans est de 36,9‰.

Matériels et méthodes : Cette étude menée en Seine-Saint-Denis, auprès de jeunes femmes de moins de 25 ans, vise à étudier l'acceptabilité et les freins à l'utilisation des LARC.

Résultats : Le DIU est largement connu mais très peu utilisé, et seulement par des femmes ayant déjà eu une grossesse. La satisfaction est excellente mais très peu l'envisagent comme contraception. Le principal frein à son utilisation est le manque d'information. L'implant est largement connu, mais peu utilisé, sans influence de la parité. La satisfaction est médiocre et peu l'envisagent comme contraceptif. La peur des effets indésirables est l'obstacle principalement évoqué. Parmi les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG, l'acceptabilité des LARC est meilleure et l'utilisation du DIU privilégiée.

Conclusion : Les jeunes Séquano-Dionysiennes utilisent peu les LARC. Le profil de satisfaction favorise largement le DIU à l'implant. Le manque d'information et la mésinformation, sont les freins évoqués par les femmes n'envisageant aucune de ces contraceptions. Toutes ces raisons peuvent être solutionnées par l'accès à une information, sur chacune des méthodes, décernée par des médecins ayant reçus une formation spécifique, et lors de séance d'éducation contraceptive, devant intervenir le plus tôt possible

Mots clés (français) : Dispositif intra-utérin ; Implant ; Prévention ; grossesses non désirées ; Interruption Volontaire de Grossesse ; Acceptabilité ; Information

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06