



**HAL**  
open science

# Intérêt d'une information systématique structurée sur l'adhésion à la contraception dans un CeGIDD à La Réunion

Marine Benoit

► **To cite this version:**

Marine Benoit. Intérêt d'une information systématique structurée sur l'adhésion à la contraception dans un CeGIDD à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03672009

**HAL Id: dumas-03672009**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03672009>**

Submitted on 19 May 2022

**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.

**UNIVERSITÉ DE LA REUNION  
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE022M

**THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Intérêt d'une information systématique structurée  
sur l'adhésion à la contraception dans un CeGIDD à la Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 14 Avril 2022  
à La Réunion

**Par Marine BENOIT  
née le 28/04/1993**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Catherine MARIMOUTOU**

**Madame le Docteur Stella HOANG**

**Madame le Docteur Anaïck MIEL**

**Directeur de Thèse :**

**Docteur Roland RODET**

# Sommaire

1.	Introduction	5
2.	Méthode	10
2.1.	Déroulement de l'enquête	10
2.2.	Population de l'enquête	10
2.2.1.	Critères d'inclusion	10
2.2.2.	Critères de non-inclusion	10
2.3.	Questionnaire de l'enquête et parcours contraception	10
2.4.	Critères de jugement	13
2.4.1.	Critères de jugement principaux	13
2.4.2.	Critères de jugement secondaires	13
2.5.	Analyses statistiques	14
2.6.	Aspects éthiques	15
3.	Résultats	15
3.1.	Caractéristiques de la population	15
3.2.	Comparaison des caractéristiques des patientes contraception / pas de contraception (Tableaux 1 et 2)	18
3.3.	Taux et type de contraception prescrites et observance des entretiens pour les patientes suivies en parcours contraception	21
3.4.	Taux d'observance de la contraception et différences entre patientes observantes versus non observantes	22
3.5.	Satisfaction globale à 6 mois	23
4.	Discussion	24
5.	Conclusion	27
	Bibliographie	28
	<b>Figures et tableaux</b>	
	<i>Figure 1 : Parcours contraception proposé</i>	13
	<i>Figure 2 : Flow chart de l'étude</i>	15
	<i>Tableau 1. Caractéristiques des patientes de la cohorte</i>	16
	<i>Tableau 2. Analyse univariée des caractéristiques des patientes des deux groupes</i>	19
	<i>Tableau 3. Analyse univariée des caractéristiques des patientes en fonction de l'observance aux consultations de suivi</i>	22
	<b>Annexes</b>	
	<i>Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête</i>	33
	<i>Annexe 2 : Affiches des consultations de contraception</i>	37
	<i>Annexe 3 : Supports papier utilisés</i>	38

- Liste des abréviations utilisées

- **BERCER** : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explications, Retour
- **CeGIDD** : Centre de santé sexuelle et Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
- **CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
- **COP** : Contraceptifs œstro-progestatifs
- **DIU** : Dispositif Intra Utérin
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HSH** : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PReP** : Prophylaxie Pré-Exposition
- **PEP** : Prophylaxie Post-Exposition
- **PvVIH** : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- **S.U.M.P.P.S** : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
- **TPE** : Traitement Post-Exposition
- **TROD** : Test rapide d'orientation diagnostique

## 1. Introduction

Le concept de santé sexuelle développé dès 1975 par l'OMS définit la santé sexuelle par « un état de bien-être physique, psychologique et social associé à la sexualité ». La promotion de la santé sexuelle entre dans le champ de la santé publique avec des programmes de prévention globale : sexualité des personnes en situation de handicap physique, psychique ou social, éducation sexuelle, contraception et orthogénie, prise en charge des dysfonctionnements sexuels et de la trans-identité, ainsi que la prévention des risques liés à la sexualité (légal ou infectieux) dont le dépistage des IST qui étaient jusqu'alors assurés par l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Construit en 2016 sur la base des CDAG-CIDIST et des centres de santé sexuelle préexistants, les CeGIDD (**C**entre **G**ratuit d'**I**nformation, de **D**épistage et de **D**iagnostic des infections sexuellement transmissibles dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales) assurent dans leurs missions la surveillance épidémiologique de la population : décrire les caractéristiques sociodémographiques des populations fréquentant les centres, l'activité de dépistage concernant le VIH, les hépatites virales et autres IST réalisés ainsi que les activités de vaccination, contraception, **P**rophylaxie **P**ost **E**xposition (PEP) et **P**ré **E**xposition **P**rophylaxie (PrEP) et traitement des IST en font partie (1).

Le CeGIDD Nord Est assure ses missions sur le Secteur Nord et Est de l'île de La Réunion à la fois au CHU Félix GUYON site principal, dans l'annexe Est du G.H.E.R. et dans son antenne de l'Université de La Réunion, site Nord. Il comprend aussi une équipe mobile permettant de répondre aux demandes de prévention extra muros, dans les « écarts » de l'île.

Le S.U.M.P.P.S. (**S**ervice **U**niversitaire de **M**édecine **P**réventive et de **P**romotion de la **S**anté) a établi depuis très longtemps en partenariat avec l'équipe hospitalière pour promouvoir la santé sexuelle et des permanences hebdomadaires existent, dont une que nous avons initiée à l'initiative du Dr. RODET pour répondre aux besoins d'information et de prévention en contraception auprès des jeunes femmes étudiantes.

En France en 2020, on estime à 300 000 le nombre de grossesses non programmées et on enregistre 222 000 le nombre d'IVG réalisées, ce nombre restant

stable. En 2020, l'incidence des IVG à la Réunion est supérieure à la moyenne nationale, rapportée à la population générale : 4430 IVG ont été réalisées, dont 2399 en milieu hospitalier, 2026 en cabinet libéral et 3 en centre de santé (2). Deux tiers de ces IVGs surviendraient alors que la femme déclare utiliser un moyen de contraception (3). Elles sont d'autant plus fréquentes dans les six mois qui suivent un changement de contraception. Entre 2010 et 2016, 25% des naissances non désirées font suite à un échec de contraceptif (4). Une majorité de femmes ayant recours à l'IVG (61 %) ne s'estiment pas à risque de grossesse, ce qui incite à renforcer l'éducation thérapeutique à la contraception, l'accompagnement et l'information relative à la contraception qu'elle soit régulière ou d'urgence (plus facilement accessible depuis les années 2000.)

La Réunion a des particularités qui influencent l'accès aux soins. Sa géographie tumultueuse entre les sites volcaniques et la forêt tropicale crée une disparité des secteurs quant à l'accès aux soins et à l'emploi. Sa population (859 900 habitants en janvier 2020) est plutôt jeune, avec une mobilité importante intra territoriale mais aussi périphérique vers Madagascar, Les Comores, Mayotte et l'Île Maurice, ainsi que la métropole. Le sexe ratio H/F est de 2,43 avec une moyenne d'âge de 50,4 ans. On compte 54,8% d'hétérosexuels pour 37,7% d'homo/bisexuels. L'épidémie V.I.H. y est contrôlée mais en progression constante, comme en métropole : 1057 PVVIH en 2019 dont 41 nouveaux cas (jeunes H.S.H ou hétérosexuels ayant séjourné dans les pays de la zone à forte endémie virale).

En particulier à la Réunion, les informations relatives aux risques liés aux comportements sexuels en population sont peu diffusées ce qui entraîne un retard de dépistage du VIH ainsi qu'un recours important à l'IVG. Il est à noter également un taux important de violences sexuelles (5). Les hommes et les femmes pèsent rarement les bénéfices/risques de la contraception au moment de débiter une relation ou expérience sexuelle. La contraception est de loin préférée à l'IVG pour prévenir les grossesses non désirées. Elle est alors souvent envisagée par les couples que lorsqu'elle est perçue comme un moyen de ne pas revivre une IVG. (6)(7).

L'école reste une des premières sources d'information sur la contraception. Le premier rapport sexuel chez les femmes à la Réunion a lieu en moyenne vers 18 ans alors que la première contraception est débutée en moyenne vers 19,5 ans soit 1,5 ans après le début de la sexualité (5). Ce retard s'explique en partie par des idées

reçues sur la contraception, telles que « *elle fait grossir* », « *c'est dangereux pour la santé* », « *la pilule rend stérile* », « *le stérilet n'est pas efficace* », « *seule une femme ayant déjà eu des enfants peut avoir un stérilet* ». Ces croyances sur la contraception sont renforcées par les informations véhiculées par les médias notamment via certains scandales dont celui de 2012 avec le déremboursement en urgence des pilules de 3<sup>ème</sup> génération (8). Les *fake news* favorisent un biais cognitif en attisant la peur et l'inquiétude, en manipulant le raisonnement et en confortant les préjugés. Les raisons peuvent être politiques, commerciales, religieuses et culturelles. Il en résulte une perte d'adhésion aux réseaux traditionnels d'information, une perte de confiance dans les institutions et les autorités sanitaires au profit d'une information électronique immédiate, mal filtrée, non vérifiable, vraie ou fausse et diffusée rapidement. Nous assistons ainsi en France à une désaffection de la contraception hormonale alors que l'usage des autres moyens de contraception augmente régulièrement. Ce rejet questionne le rôle des médias et des institutions dans la compréhension et l'interprétation du rapport bénéfice- risque des produits de santé (9)(10). Les acteurs de la santé ont un rôle majeur à jouer en répondant aux idées reçues des femmes, mais des patientes rapportent souvent le manque d'écoute du praticien référent quant à leurs choix possibles de moyens contraceptifs.

La loi du 4 Mars 2002 dite Loi Kouchner rappelle que le défaut d'information est actuellement l'un des principaux facteurs de mise en cause de la responsabilité des professionnels de santé. L'absence d'utilisation et la mauvaise observance de la contraception sont les conséquences d'une mauvaise adéquation entre le choix du praticien et celui de la patiente. Le choix du praticien peut lui même être influencé d'une part par l'âge, le contexte socio-économique, la parité de la patiente d'autre part par sa spécialité et le type de pratique réalisé (pose, retrait d'implant et DIU) (11). Les méthodes contraceptives considérées comme les plus efficaces, méthodes dites modernes (DIU, implant, COP) sont souvent plus détaillées par le praticien contrairement aux méthodes dites traditionnelles (coïtus interruptus, méthode Ogino, Billings...) qui sont moins abordées en entretien. (12).

En règle générale, le choix d'un contraceptif par une patiente dépend de la connaissance qu'elle en a, et de l'influence d'une personne ayant ce type de contraception et la satisfaction de cette dernière (13). Le modèle délibératif (ou de décision médicale partagée - « *nous choisissons ensemble* ») apparaît comme le plus

adapté à la consultation de contraception, la contraception devant s'adapter à la vie de la femme et non l'inverse. Il est recommandé que cette consultation soit structurée et personnalisée selon le modèle BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) durant laquelle un comportement attentif et une qualité de la communication interpersonnelle sont nécessaires, avec pour résultat une augmentation de l'utilisation et satisfaction à deux ans (14). Les principaux thèmes à aborder sont l'efficacité, les risques et effets indésirables, le coût, la durée d'action et l'aspect pratique. Il convient de déterminer les besoins de la patiente et d'adapter la discussion en accord avec ses besoins, d'établir un plan de suivi (objectifs à atteindre, difficultés à les atteindre et moyens à développer pour lutter contre ses difficultés). Les informations médicales données doivent être compréhensibles, précises, mesurées et sans jugements afin d'être retenues par la patiente. Il convient de s'assurer en fin d'entretien de la bonne compréhension de la patiente, en l'incitant à reformuler les messages importants et en s'assurant qu'elle comprend ses options et fait un choix libre et éclairé (15). L'utilisation de supports papiers et/ou informatisés peut être aussi une aide au choix (13).

Le conseil en contraception devrait dans l'idéal être abordé lors de chaque consultation de suivi gynécologique même si le motif de consultation n'est pas en lien avec la contraception. Toutefois, la limite de temps et de moyen contraint le professionnel de santé dans l'entretien. Un questionnaire remis en salle d'attente ciblant le passé gynécologique de la patiente, ses connaissances et attentes en matière de contraception permet de cibler d'emblée les patientes à risque de grossesse non désirée et nécessitant un entretien et suivi renforcé (16)(10).

Il n'existe pas de référentiel idéal concernant la fréquence de ce suivi. Il existe en effet un risque de sur ou sous-estimer un symptôme ou effet rapporté en lien avec la contraception si l'évaluation est réalisée trop tôt ou trop tard (17). De plus, il est difficile d'évaluer l'effet s'il existe d'un suivi renforcé sur une meilleure utilisation et à plus long terme du moyen contraceptif choisi. Ces consultations de suivi sont l'occasion pour le professionnel de renforcer la motivation de la patiente et lui redonner des instructions de bon usage du contraceptif. (18)(19).

Toutefois, un suivi à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois puis annuel semble une fréquence acceptable pour évaluer l'observance et l'adhérence de la patiente.

Nous avons donc voulu, pour les raisons précédentes, assurer un conseil de contraception en centre de dépistage et évaluer nos pratiques en vue de les améliorer. Pour ce faire, il nous a paru utile :

- De réaliser une enquête sur les données du CeGIDD à propos de la contraception : étude de la prévalence et des caractéristiques des patientes sans contraception
- De comparer les caractéristiques des patientes ayant déjà une contraception et celles n'en ayant pas
- De mesurer l'acceptabilité de la prescription de la contraception (observance de la contraception) et du suivi (observance des consultations) parmi les patientes suivies en parcours contraception.

## **2. Méthode**

Lors de notre stage de gynécologie médicale au CeGIDD Nord-Est, nous avons effectué une enquête systématique auprès des usagères reçues pour une problématique de santé sexuelle. (Dépistage d'IST(s), consultation de gynécologie, suivi de traitement d'une IST).

### **2.1. Déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée de janvier à septembre 2021 au CeGIDD Nord-Est de la Réunion les mardis et jeudis après-midi de 13h30 à 17h00, et les mercredis après-midi aux mêmes horaires sur le campus universitaire du Moufia à Sainte Clotilde, antenne du CeGIDD. La période d'initiation de l'enquête a eu lieu de janvier à avril 2021.

### **2.2. Population de l'enquête**

#### 2.2.1. Critères d'inclusion

L'enquête a intéressé des femmes majeures en âge de procréer ayant ou pas une contraception au moment du recrutement, ayant donné leur consentement oral pour participer à l'enquête, ayant une bonne maîtrise de la langue, ayant ou pas une couverture maladie (auquel cas, la contraception a été délivrée gratuitement par le service), pouvant être contactées par téléphone.

#### 2.2.2. Critères de non-inclusion

Les patientes mineures, ménopausées, les femmes enceintes, celles ne souhaitant pas participer à l'enquête ou être contactées par téléphone, les patientes transgenres en cours de procédure de changement de sexe, les patientes ne parlant pas français couramment, les femmes déclarant une addiction (alcool, drogues), une pathologie psychiatrique non stabilisée n'ont pas été retenues dans cette étude.

### **2.3. Questionnaire de l'enquête et parcours contraception**

Nous avons proposé un parcours contraception formalisé. (Cf. Figure 1)

Un questionnaire visant à évaluer les connaissances en matière de contraception a été remis à chaque patiente consultant anonymement pour un dépistage d'ISTs ou une consultation en santé sexuelle (prise en charge d'ISTs, traitement post exposition TPE, traitement pré-exposition *Prep*) et ayant donné son accord oral pour participer à cette enquête. Le questionnaire au format papier a été remis au moment de l'attribution d'un numéro d'anonymat lors de l'enregistrement de la patiente au secrétariat et rempli

par la patiente en salle d'attente avant l'entretien avec le médecin (20). Les résultats aux questions se basent sur du déclaratif spontané sans intervention pouvant influencer les réponses.

Le questionnaire, composé de 32 questions a été rédigé sous forme de questions à choix multiples, unique ou cases à remplir. (Cf annexe 1) Sa réalisation prenait en moyenne 8 minutes. La première partie s'intéresse au milieu socio-culturel de la patiente (âge, lieu de naissance, lieu de vie actuel, niveau d'étude, couverture sociale, aides sociales). La seconde partie cible le suivi gynécologique de la patiente : suivi/absence de suivi, si suivi par quel professionnel de santé (gynécologue, sage-femme ou médecin traitant) et à quelle fréquence (tous les 6 mois, 1 fois par an, moins d'1 fois par an), ses antécédents gynécologiques afin de cibler la contraception la plus adaptée (ménarches abondantes, présence d'algoménorrhée), son utilisation passée ou actuelle et les connaissances qu'elle en a (moyen de contraception connu parmi les méthodes mécaniques, de courte durée d'action et longue durée d'action) ainsi que ses craintes possibles.

La troisième partie du questionnaire s'oriente autour de l'historique personnelle de grossesses non programmées et d'infections sexuellement transmissibles (ISTs) :

- Connaissance de la contraception d'urgence (21)(22), prises de contraception d'urgence par le passé
- IST connues déjà contractées et traitées
- Nombre d'IVG (médicamenteuses et chirurgicales) réalisées
- Nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois (réguliers ou occasionnels).

Au cours de l'entretien, le questionnaire a été revu question par question avec le professionnel de santé. Les points déclarés non compris par la patiente ont été repris et expliqués de façon à obtenir la réponse spontanée la plus adéquate. Un rappel d'informations sur la contraception se basant sur le modèle BERCER, recommandé par l'OMS, a été réalisé en fin d'entretien.

Deux supports papiers ont été utilisés au cours de cette consultation d'informations.

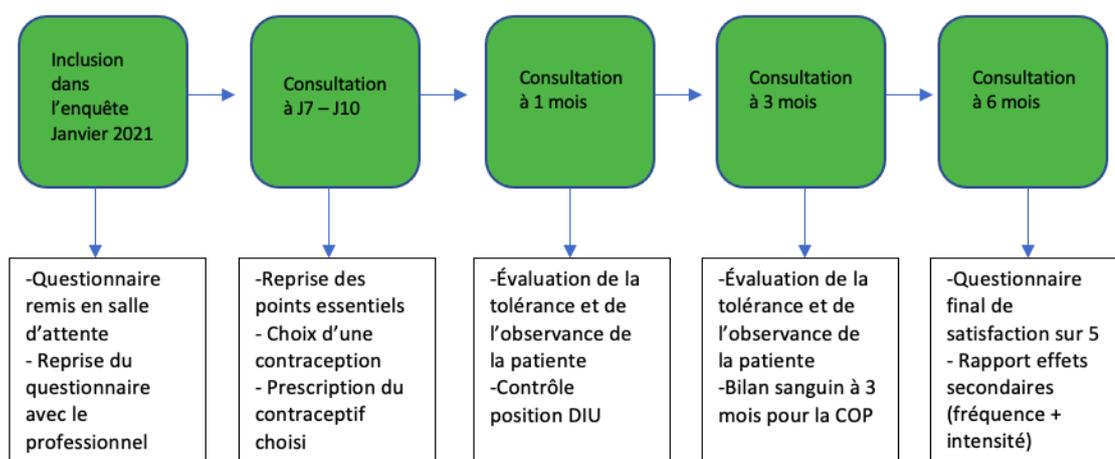
- Un premier tableau regroupant les différents modes de contraception par catégories a été remis à chaque patiente, dans lequel étaient détaillés les méthodes barrière (préservatif féminin et masculin, diaphragme et cape cervicale associées aux spermicides), les méthodes de courte durée d'action (contraception orale oestro-progestative, micro et macro progestative, patch oestro-progestatif, anneau oestro-progestatif et oestro-progestatif injectables), et les méthodes de longue durée d'action (implant, DIU hormonal et au cuivre) (23). Sous chacune des méthodes étaient détaillés l'efficacité (indice de Pearl), le mécanisme, la durée, les effets secondaires potentiels. (cf. Annexe N°2). Ont été abordées oralement les méthodes naturelles (Méthode Ogino, Coïtus interruptus, Méthode Billings...) (24)(25)
- Un deuxième prospectus également remis aux patientes détaillait le coût de chaque méthode et son taux de remboursement. (cf. Annexe n°3)

Pour les patientes désireuses d'initier une contraception, un deuxième rendez-vous de consultation contraception a été fixé au moment du rendu des résultats du dépistage d'ISTs soit en moyenne entre J7 et J10 après le premier entretien. Pour les patientes dont le résultat était rendu immédiatement (TROD), un deuxième rendez-vous en présentiel ou par téléconsultation a été proposé, au choix de la patiente. Cette procédure a été faite selon les recommandations de la HAS, qui rappellent l'intérêt d'une consultation rapprochée au minima annuelle, de 1 à 3 mois après l'insertion d'un DIU, à 3 mois pour les usagères de la COP (14)(26), à la demande et au besoin de la patiente.

Lors de la consultation de rendu des résultats des examens faits selon la situation, les informations sur les différents moyens de contraception existants ont été reprises en fonction des demandes et besoins de la patiente exprimés lors de l'entretien initial. Ce second échange a été réalisé systématiquement avec le même professionnel de santé pour répondre au mieux aux questions de la patiente et parvenir à un choix éclairé de cette dernière, en évitant une perte d'informations et une relation médicale différente. Une contraception choisie par la patiente avec l'aide du médecin a été prescrite en fin de consultation et un suivi systématique dans le cadre des soins courants a été proposé à 1 mois, 3 mois et 6 mois date à laquelle se terminait l'enquête. Pour les patientes n'y présentant aucune contre-indication et ayant choisi une contraception œstro-progestative, une prise de la tension artérielle a été réalisée comme recommandée par le CNGOF (13).

Les patientes ayant déjà une contraception et/ou celles ne souhaitant pas en initier n'ont pas été revues ni rappelées après le rendu des résultats de dépistage et/ou la consultation de santé sexuelle.

Un entretien final complété à 6 mois a recensé les effets secondaires potentiels rapportés par la patiente liés à la contraception prescrite (spottings, douleurs, baisse de la libido, acné, pertes vaginales, prise de poids...), à quelle fréquence (jamais, périodiquement, la plupart du temps) et à quelle intensité (faible, moyen, sévère) (27). Une auto-évaluation finale du bien-être de la patiente concernant sa santé sexuelle depuis l'initiation de sa contraception a été réalisée, selon un score de 1 à 5 (1 : pas du tout satisfaite, 2 : peu satisfaite, 3 : moyennement satisfaite, 4 : globalement satisfaite, 5 : très satisfaite). (Cf. Annexe 4)



*Figure 1 : Parcours contraception proposé*

## 2.4. Critères de jugement

### 2.4.1. Critères de jugement principaux

- Prévalence des patientes sans contraception et leurs caractéristiques par rapport aux patientes ayant déjà une contraception
- Taux et type de contraception prescrite et observance des consultations de suivi

### 2.4.2. Critères de jugement secondaires

- Taux d'observance de la contraception si prescrite au décours de l'enquête et caractéristiques des patientes observantes vs non observantes

- Satisfaction des patientes suivies à 6 mois sur leur prise en charge globale et leur méthode contraceptive.

## **2.5. Analyses statistiques**

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel P-value io. Les caractéristiques des patientes ont été étudiées à l'aide de moyennes avec leur écart types et médianes (Q25 et Q75 compris) ainsi que des prévalences pour les variables quantitatives (âge des patientes, l'âge des premiers rapports, le nombres d'enfants, d'IVG antérieures et le nombre de prise de contraception d'urgence passé)

Pour les variables qualitatives, les pourcentages sont présentés dans le tableau 1.

Une analyse univariée a été réalisée en fonction des deux groupes initialement constitués (contraception initiale / absence de contraception). Pour les moyennes des variables quantitatives précédemment décrites, un test de Welch a été réalisé.

Un test du Chi2 a été utilisé pour les données sur les informations obtenues en contraception (via cercle amical, familial, médecin généraliste, gynécologue/sage-femme, école/planning-familial, internet).

Un test de Fisher a permis d'analyser les données suivantes : ville de résidence, pays de Naissance, satisfaction de la vie sexuelle, niveau d'études, couverture sociale, lieu de recrutement, suivi gynécologique (médecin traitant ou gynécologue) et fréquence du suivi, connaissance de la contraception d'urgence, antécédent d'IST, consommation de toxiques (alcool, drogues dures, cannabis).

Une p value < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Pour les patientes suivies en parcours contraception, les caractéristiques des patientes (contraception prescrites, couverture maladie, fréquence du suivi, lieu de recrutement, ville de résidence) en fonction du nombre de consultations totales ont été comparées via un test de Kruskal-Wallis (comparaison du nombre de consultations par catégories de type de contraception) et de Mann-Whitney pour les variables recours à la CU et satisfaction de la vie sexuelle pour des raisons de simplification (échantillon de patientes limité).

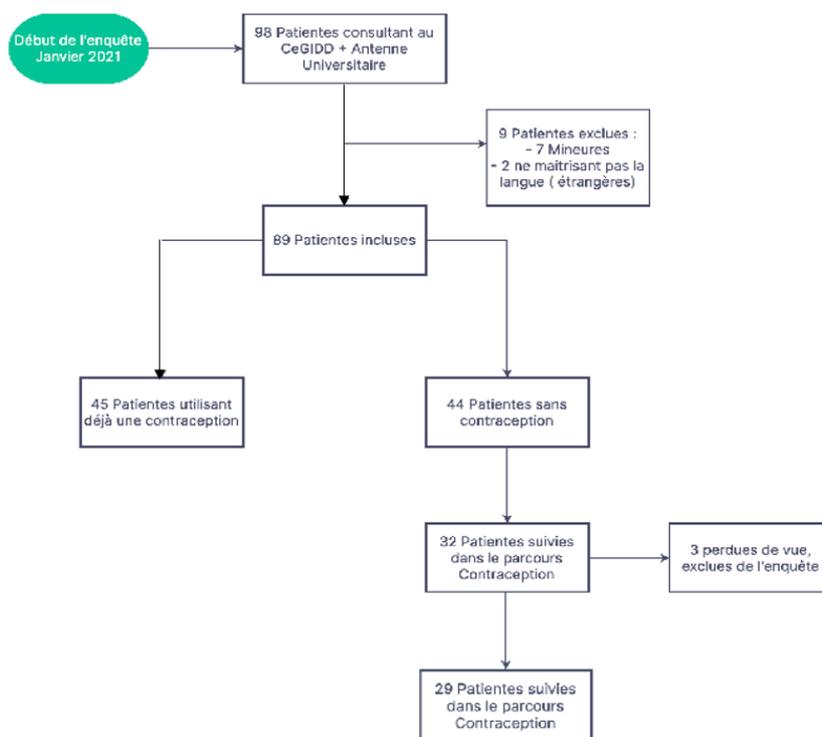
Une moyenne du score de satisfaction et du nombre de consultations totales ont été réalisées.

## 2.6. Aspects éthiques

Le contenu des questionnaires correspond aux données qu'il est recommandé de recueillir dans le cadre d'une procédure de contraception, et le rythme des consultations/entretiens est en accord avec les recommandations de bonne pratique. L'enquête n'a pas modifié le rationnel de prescription possible d'une contraception. Un consentement oral de non-opposition à l'utilisation des données anonymisées du questionnaire à des fins d'analyse a été recueilli auprès de chaque patiente participant à l'enquête. Aucun moyen de correspondance entre les questionnaires remplis et l'identité des patientes n'a été conservé après la fin de l'enquête.

## 3. Résultats

Les résultats ont été obtenus sur la population d'étude recrutée comme résumé dans le flow chart ci-dessous.



*Figure 2 : Flow chart de l'étude*

### 3.1. Caractéristiques de la population

Sur la période de l'enquête, 98 patientes se sont présentées pour une prise en charge au CeGIDD (antenne universitaire comprise) et leurs caractéristiques sont

décrites dans le Tableau 1. Sept patientes mineures et deux patientes ayant une pratique limitée du français n'ont pas été incluses. 89 patientes ont ainsi été recrutées de janvier à fin avril 2021 sur le CeGIDD Nord-Est et son antenne universitaire du Campus du Moufia à Sainte Clotilde. Parmi elles, 29 ont été demandeuses d'une contraception et ont été suivies sur une période de six mois par téléphone et/ou en consultation présenteielle selon les recommandations actuelles de suivi de contraception.

***Tableau 1. Caractéristiques des patientes de la cohorte***

	<i>Moyenne (écart-type)</i>	<i>Médiane [Q25-75]</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>N</i>
Âge	23.2 (6.05)	21.0 [19.0; 25.0]	18.0	51.0	89
Age 1er rapport	16.4 (2.99)	16.0 [16.0; 18.0]	0	21.0	89
Nombre d'IVG	0.292 (0.815)	0 [0; 0]	0	6.00	89
Prises de la CU	2.01 (2.23)	1.00 [0; 3.00]	0	10.0	89
Nombres d'enfants	0.146 (0.466)	0 [0; 0]	0	2.00	89
	<i>Pourcentages</i>	<i>N</i>			
Jamais d'IVG	79%	71			
1 IVG ou plus par le passé	21%	18			
Pas d'enfants	90%	80			
1 enfant ou plus	10%	9			
Jamais recours à la CU	27%	24			
Prise d'une CU ou plus	73%	65			

		<i>N (%)</i>
Situation familiale	Célibataire	89 (100%)
Niveau d'étude	Études supérieures	48 (54%)
	Baccalauréat Général	29 (33%)
	Baccalauréat Professionnel	7 (7.9%)
	Brevet	5 (5.6%)
	Pas de couverture	1 (1.1%)
	CMU-C	1 (1.1%)
Pays de Naissance	Réunion	41 (46%)
	France métropolitaine	31 (35%)
	Étranger	11 (12%)
	Autres DOM	6 (6.7%)
Ville Résidence	Saint Denis	69 (78%)

	Secteur Est (Saint André, Saint Anne, Saint Benoit)	11 (12%)
	Secteur Ouest (La possession, Saint Paul)	8 (9%)
	Secteur Sud (Petite île)	1 (1.1%)
Lieu de recrutement	CeGIDD Nord-Est	73 (82%)
	Université	15 (17%)
	Saint Benoit	1 (1.1%)

*Tableau 1. Caractéristiques des patientes de la cohorte (suite)*

		N (%)
Contraception actuelle	Oui	45 (51%)
	Non	44 (49%)
Si contraception en cours, laquelle ?	Orale	32 (36%)
	Préservatif masculin	26 (29%)
	Implant	4 (4.5%)
	DIU cuivre	5 (5.6%)
	DIU hormonal	5 (5.6%)
	Aucune	17 (19%)
Antécédent d'IST	Aucune	66 (74%)
	Chlamydiae	13 (15%)
	Gonocoque	3 (3,4%)
	Mycoplasme	3 (3,4%)
	Herpès génital	2 (2,2%)
	Condylomes	1 (1.1%)
	Syphilis	1 (1.1%)
Connaissance utilisation CU	Oui	54 (61%)
Suivi Gynécologique	Par Gynécologue ou Sage-Femme	43 (48%)
	Pas de suivi	38 (43%)
	Médecin généraliste	8 (9%)
Fréquence du suivi gynécologique	à la demande	42 (47%)
	Annuel	21 (24%)
	Semestriel	5 (5.6%)
	Pas de suivi	21 (24%)
Informations par Gynécologue ou Sage-Femme	oui	35 (39%)
Informations via les parents	oui	33 (37%)

Informations via le médecin traitant	oui	34 (38%)
Informations via l'école et/ou planning familial	oui	59 (66%)
Informations via le cercle amical	non	43 (48%)
Consommation de toxiques	aucune	57 (64%)
	Alcool occasionnel	14 (16%)
	Alcool, cannabis	12 (13%)
	Alcool et drogues dures	3 (3.4%)
	Cannabis occasionnel	3 (3.4%)
Satisfaction de la vie sexuelle	oui	70 (79%)

### **3.2. Comparaison des caractéristiques des patientes contraception / pas de contraception (Tableaux 1 et 2)**

Sur les 89 patientes incluses dans cette enquête, 32 ont été demandeuses d'une contraception dont 3 ont été perdues de vue au cours du suivi des 6 mois et ont donc été exclues de l'analyse statistique. L'âge moyen de la population étudiée était de 23,2 ans [(écart type 6,05) (min 18 ans, max 51 ans)]. L'âge du premier rapport était en moyenne vers 16,4 ans (max : 21 ans, 1 seule patiente vierge) et la prise de la contraception d'urgence en moyenne était de 2 (1,82 pour le groupe contraception antérieure et 2,20 pour le groupe sans contraception). 73% des patientes ont déjà eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence et 21% ont déjà eu recours à une IVG par le passé. Seuls 10% des patientes de l'enquête ont déjà eu un ou plusieurs enfants. Le nombre d'IVG, d'enfants et de recours à la contraception d'urgence est comparable dans les deux groupes.

51% des patientes avaient déjà une contraception antérieure à la consultation (N=45). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes sur l'âge, l'âge des 1<sup>ers</sup> rapports, le nombre d'IVG réalisées antérieurement ainsi que le nombre de prises de contraception d'urgence. Il n'a également pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes sur le lieu de recrutement, la fréquence du suivi gynécologique et le choix du professionnel de santé (gynécologue, sage-femme ou médecin traitant), le niveau d'étude, la couverture maladie et les aides sociales, les antécédents d'ISTs contractées et traitées, le pays de naissance ainsi que la satisfaction de la vie sexuelle (évaluation subjective propre à chaque patiente).

Concernant les modes d'informations à la contraception, on ne note pas de différence pour les catégories « Via médias/internet », « École/plannings familiaux » dans les deux groupes. En revanche, il existe une différence statistiquement significative pour les catégories « Informations via Médecin Traitant », « Via Gynécologue ou Sage-femme », « Via les parents », « via le cercle amical » (respectivement p 0,01 ; p 0,021 ; p 0,02 ; p 0,026) en faveur du groupe « Contraception actuelle » qui semble bénéficier de plus d'informations sur la contraception via ces modes que le groupe « Pas de contraception ».

De même, le nombre de partenaires sur les 12 derniers mois en moyenne est plus important dans le groupe « Contraception actuelle » versus « Pas de contraception » (2,82 en moyenne vs 1,89 avec  $p < 0,02$ , test de Welch). Les patientes sans contraception semblent également plus réparties sur le secteur Nord que les patientes avec contraception (86% contre 69%,  $p < 0,01$ , test de Fisher)

*Tableau 2. Analyse univariée des caractéristiques des patientes des deux groupes*

		Contraception actuelle (n = 45)	Pas de contraception actuelle (n = 44)	n	p	Test
Age 1er rapport (moyenne)		16.8 ( $\pm 1.6$ )	16.0 ( $\pm 3.9$ )	89	0.24	Welch
Nombres d'IVG passées (moyenne)		0.3 ( $\pm 0.6$ )	0.3 ( $\pm 1.0$ )	89	0.83	Welch
	Jamais d'IVG	38 (80%)	23 (79%)	71	-	-
	1 IVG ou plus	12 (20%)	6 (21%)	18	-	-
	Pas d'enfants	53 (88%)	27 (93%)	80	-	-
	1 enfant ou plus	7 (12%)	2 (7%)	9	-	-
Nombres de prises de la contraception d'urgence (moy.)		1.8 ( $\pm 2.0$ )	2.2 ( $\pm 2.4$ )	89	0.42	Welch
	Jamais de CU	14 (24%)	13 (45%)	27	-	-
	1 prise ou plus de CU	46 (76%)	16 (55%)	62	-	-
Antécédent d'IST	Aucune	32 (71%)	34 (77%)	66	0.53	Fisher
	Chlamydiae	7 (16%)	6 (14%)	13	-	-
	Gonocoque	1 (2.2%)	2 (4.5%)	3	-	-
	Mycoplasme	3 (6.7%)	0 (0%)	3	-	-
	Herpès génital	1 (2.2%)	1 (2.3%)	2	-	-
	Condylomes	0 (0%)	1 (2.3%)	1	-	-
	Syphilis	1 (2.2%)	0 (0%)	1	-	-
Connaissance utilisation de la CU	oui	29 (64%)	25 (57%)	54	0.46	Chi2
Couverture maladie	Assurance maladie + Mutuelle	23 (51,2%)	17 (41,3%)	39	0.6	Fisher
	Assurance maladie	14 (31%)	20 (45,5%)	32	-	-
	CMU	7 (16%)	6 (14%)	13	-	-

	CMU-C	1 (2.2%)	0 (0%)	1	-	-
Informations via école / planning familial	oui	34 (76%)	25 (57%)	59	0.062	Chi2
	non	11 (24%)	19 (43%)	30	-	-
Informations via le cercle amical	oui	27 (60%)	16 (36%)	43	<b>0,026</b>	Chi2
	non	18 (40%)	28 (64%)	46	-	-
Informations via gynécologue/ sage-femme	oui	23 (51%)	12 (27%)	35	<b>0,021</b>	Chi2
	non	22 (49%)	32 (73%)	54	-	-
Informations via les parents	oui	22 (49%)	11 (25%)	33	<b>0,02</b>	Chi2
	non	23 (51%)	33 (75%)	56	-	-
Informations via Internet / média	oui	25 (56%)	18 (41%)	43	0.17	Chi2
	non	20 (44%)	26 (59%)	46	-	-
Informations via le médecin traitant	oui	25 (56%)	9 (20%)	34	<b>&lt;0.001</b>	Chi2
	non	20 (44%)	35 (80%)	55	-	-

Suivi Gynécologique	Gynéco-SF	23 (51%)	20 (45%)	43	0.21	Fisher
	Médecin généraliste	6 (13%)	2 (4.5%)	8	-	-
	Pas de suivi	16 (36%)	22 (50%)	38	-	-
Fréquence suivi, n	à la demande	18 (40%)	25 (56%)	42	<b>0.043</b>	Fisher
	Pas de suivi	9 (20%)	12 (27%)	21	-	-
	Annuel	12 (27%)	6 (14%)	18	-	-
	Semestriel	5 (11%)	0 (0%)	5	-	-
	1 fois	1 (2.2%)	0 (0%)	1	-	-

***Tableau 2. Analyse univariée des caractéristiques des patientes des deux groupes (suite)***

		Contraception actuelle oui (n = 45)	Contraception actuelle non (n = 44)	n	p	Test
Lieu de recrutement	CeGIIDD	38 (84%)	35 (80%)	73	0.83	Fisher
	Université	7 (16%)	8 (18%)	15	-	-
	Saint Benoit	0 (0%)	1 (2%)	1	-	-
Niveau d'étude	Études supérieures	29 (64%)	19 (43%)	48	0.24	Fisher
	Baccalauréat Général	11 (24%)	18 (41%)	29	-	-
	Baccalauréat Professionnel	3 (6.7%)	4 (9.1%)	7	-	-
	Brevet	2 (4.4%)	3 (6.8%)	5	-	-
Consommation de drogues	Aucune	25 (56%)	32 (73%)	57	0.21	Fisher
	OH occasionnel	18 (40%)	8 (17%)	26	-	-
	OH + cannabis occasionnel	9 (20%)	3 (6.8%)	12	-	-
	Drogues dures	1 (2.2%)	2 (4.5%)	3	-	-
	Cannabis	1 (2.2%)	2 (4.5%)	3	-	-
Pays de Naissance	Réunion	21 (46,2%)	22 (50%)	43	0.082	Fisher
	France métropolitaine	21 (44%)	10 (23%)	30	-	-
	Étranger	2 (4.4%)	8 (18%)	10	-	-
	Autres DOM	2 (4.4%)	4 (9%)	6	-	-
Satisfaction de la vie sexuelle	oui	39 (87%)	31 (70%)	70	0.089	Fisher
	non	6 (13%)	13 (30%)	19	-	-
Nombre de partenaire dans les 12 derniers mois (moyenne)		2.8 (±2.2)	1.9 (±1.5)	89	<b>0.02</b>	Welch
Ville Résidence, n	Saint Denis	31 (69%)	38 (86%)	69	<b>&lt;0.01</b>	Fisher
	Secteur Est	6 (13%)	5 (11%)	11	-	-
	Secteur Ouest	8 (18%)	0 (0%)	8	-	-
	Secteur Sud	0 (0%)	1 (2.3%)	1	-	-



### **3.3. Taux et type de contraception prescrites et observance des entretiens pour les patientes suivies en parcours contraception**

Une analyse univariée a été réalisée dans le groupe de patientes (n= 29) « parcours contraception » pour analyser les caractéristiques des patientes selon le nombre de consultations totales (présentielles et téléconsultations) (Tableau 3). Le nombre de consultations s'étend d'une à cinq (moyenne  $2,9 \pm 1,3$  ; médiane 3), l'âge moyen des patientes est de 21,5 ans et le nombre d'IVG antérieures est en moyenne de 0,4.

Une contraception oestro-progestative orale a été prescrite pour 28% des patientes, un DIU hormonal pour 24%, un DIU au cuivre pour 17%, un implant pour 14%, une méthode barrière type diaphragme pour 10% et une contraception oestro-progestative type patch pour 7% d'entre elles.

Il n'a pas été retrouvé de différences statistiquement significatives sur la présence d'un suivi gynécologique antérieur et sa fréquence, le lieu de recrutement et le lieu de résidence, le recours à la contraception d'urgence, la satisfaction de la vie sexuelle pouvant expliquer l'observance des patientes. Aucune différence n'a été retrouvée sur les nombres d'IVG antérieures, ni parmi les craintes initiales possibles liées à la contraception (saignements, absence de règles, inefficacité, interaction avec d'autres médicaments/dangereuse pour l'organisme, troubles de la libido et/ou de l'humeur) ni parmi les critères de choix initiaux (facilité d'utilisation, non hormonal, longue durée d'action, meilleure efficacité possible, peu d'effets secondaires, facilité d'approvisionnement, démarrage sans un tiers).

Le nombre de consultations total est moins important chez les patientes avec une contraception oestro-progestative orale (Moyenne 2,6 ; médiane 2) en comparaison avec les patientes ayant fait le choix d'un autre mode de contraception. ( $p < 0,021$ , test de Kruskal-Wallis)

**Tableau 3. Analyse univariée des caractéristiques des patientes en fonction de l'observance aux consultations de suivi**

		Moyenne Cs (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Contraception prescrite	COP orale	2.6 (±1.3)	2.0 [2.0 - 3.2]	1	5	8	<b>0.021</b>	Kruskal-Wallis
	DIU hormonal	4.0 (±0.8)	4.0 [3.5 - 4.5]	3	5	7	-	-
	DIU cuivre	2.8 (±0.4)	3.0 [3.0 - 3.0]	2	3	5	-	-
	Implant	3,5 (±1.7)	4.0 [3.3 - 4.3]	1	5	4	-	-
	Diaphragme Kaya	1.7 (±0,6)	2.0 [1.5 - 2.0]	1	2	3	-	-
	COP patch	1.0 (±0)	1.0 [1.0 - 1.0]	1	1	2	-	-
Couverture	Assurance maladie	2.6 (±1.2)	3.0 [2.0 - 3.0]	1	5	15	0.11	Kruskal-Wallis
	Assurance maladie et mutuelle	3.6 (±1.3)	4.0 [3.0 - 4.7]	1	5	1	-	-
	CMU	2.2 (±1.3)	2.0 [1.7 - 2.5]	1	4	4	-	-
Fréquence de suivi	à la demande	3.1 (±1.3)	3.0 [2.5 - 4.0]	1	5	15	0.15	Kruskal-Wallis
	Pas de suivi	3.1 (±1.4)	3.0 [2.0 - 4.0]	1	5	10	-	-
	Annuel	1.7 (±0.5)	2.0 [1.7 - 2.0]	1	2	4	-	-
Lieu de recrutement	CeGIDD	2.6 (±1.3)	2.5 [1.7 - 3.2]	1	5	16	0.33	Kruskal-Wallis
	Université	3.3 (±1.4)	3.5 [2.0 - 4.2]	1	5	12	-	-
	Saint Benoit	3.0 (±-)	3.0 [3.0 - 3.0]	3	3	1	-	-
Suivi Gynécologique	Pas de suivi	3.1 (±1.3)	3.0 [2.0 - 4.0]	1	5	15	0.42	Kruskal-Wallis
	Gynécologue-SF	2.6 (±1.4)	2.0 [2.0 - 3.0]	1	5	13	-	-
	Médecin généraliste	4.0 (±-)	4.0 [4.0 - 4.0]	4	4	1	-	-

### **3.4. Taux d'observance de la contraception et différences entre patientes observantes versus non observantes**

Sur 29 patientes recrutées dans le « parcours contraception », 20 ont poursuivies leur mode de contraception choisis avec le praticien lors du second entretien au moins jusqu'au dernier entretien à 6 mois du début de l'enquête. 9 d'entre elles ont arrêté, n'ont pas initié le contraceptif choisi ou n'ont pas été observantes jusqu'à la fin de l'enquête. Pour les patientes non observantes, le score de satisfaction a été automatiquement noté à 1 = pas du tout satisfaite.

On note une différence statistiquement significative entre les patientes « observantes » versus « non observantes » sur le type de contraception prescrite, les patientes « moins observantes » ayant plus fréquemment choisi la COP ( $p = 0,041$ , test de Kruskal-Wallis). Il existe également une différence sur la crainte d'une prise de poids plus fréquente chez les patientes observantes ( $p < 0,01$  test de Mann-Whitney), la crainte d'une infertilité secondaire suite au démarrage de la contraception chez les

patientes non observantes ( $p = 0,026$  Mann-Whitney). Le recours à la contraception d'urgence est plus fréquent dans le passé gynécologique des patientes observantes versus non observantes ( $p = 0,02$ , test de Mann-Whitney). Enfin, l'information préalable sur la contraception via le cercle amical semble plus fréquente chez les patientes observantes ( $p < 0,01$ , test de Mann-Whitney).

Aucune différence n'a été retrouvée sur les caractéristiques propres à chaque patiente (âge, âge des 1ers rapports, lieu de recrutement, lieu de naissance, ville de résidence, niveau d'études, aides sociales, antécédent d'IVG et IST), craintes initiales et critères de choix.

### **3.5. Satisfaction globale à 6 mois**

En moyenne le score de satisfaction globale à 6 mois est de 3,28 (écart type 1,75) pour un minimum de 1 et un maximum de 5 (soit une médiane à 4,00).

Les principaux effets secondaires rapportés par les patientes à 6 mois sont les spotting pour 13% d'entre elles avec une fréquence périodique pour une intensité de faible à moyenne. Sont également rapportées des douleurs sporadiques de faible intensité chez 10% des patientes. Parmi les effets secondaires moins fréquents rapportés, on note une polyménorrhée (6%), une chute de cheveux (3%), des migraines sans aura (3%), des troubles de l'humeur (3%).

## 4. Discussion

Cette enquête avait pour but d'évaluer le besoin d'un suivi gynécologique en matière de contraception dans un centre de dépistage à la Réunion :

- Identifier les caractéristiques des usagères du CeGIDD Nord-Est
- Cibler les populations à risque de grossesses non désirées, identifier leurs caractéristiques et évaluer leur connaissance des moyens contraceptifs
- Leur proposer une contraception et un suivi renforcé afin d'évaluer l'impact sur l'adhérence au suivi et l'observance à moyen terme du contraceptif et leur satisfaction globale concernant leur santé sexuelle

Notre premier critère de jugement était de déterminer la prévalence des patientes sans contraception initiale et leurs caractéristiques en comparaison avec celles en ayant déjà une au moment du premier entretien. La moitié des patientes consultant au moment de l'enquête au CeGIDD n'avait pas de contraception initiale. Peu de différences ont été mises en évidence entre ces patientes et celles détentrices d'un moyen contraceptif que ce soit en termes d'âge, de nombres d'enfants, de recours à l'IVG et sur leurs caractéristiques socio-économiques. Les sources d'informations sur la contraception via les parents, le cercle amical et les professionnels de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme) semblent plus fréquents pour les patientes ayant déjà fait le choix d'un contraceptif. Il est difficile de corréler le comportement sexuel de ces patientes et l'usage d'une contraception même s'il semble qu'elles aient plus de relations sexuelles que les autres patientes (nombres de partenaires sur 12 mois supérieurs). Ces mêmes patientes ont plus facilement recours à la contraception d'urgence, possiblement en lien avec une plus grande perception du risque de grossesses non désirées en cas de mésusage de la contraception choisie. Ces résultats suggèrent ainsi l'influence importante d'un tiers (médical ou pas) en termes d'informations et de recours à la contraception bien plus que les facteurs externes et le passé médical et gynécologique propre à chaque patiente.

Notre deuxième critère de jugement principal portait sur le taux et type de contraception prescrite en fonction de l'observance du suivi (présence aux consultations programmées). Les utilisatrices de la COP orale (un tiers des patientes) montrent un moins bon suivi des consultations programmées par rapport aux autres patientes.

Nos critères de jugement secondaires portaient sur l'observance de la contraception à 6 mois (fin de l'enquête) et les caractéristiques des patientes observantes versus non observantes. Aucune différence n'a été retrouvée sur l'observance de la méthode contraceptive en fonction de la situation socio-économique et familiale des patientes. Les utilisatrices de la COP montrent une moins bonne observance de leur contraception que les utilisatrices de méthodes de longue durée d'action, possiblement en lien avec une crainte plus grande d'effets secondaires tels qu'une infertilité secondaire. Ceci pourrait également s'expliquer par le fait que la prescription de la COP sur plusieurs mois permet à ces patientes de pouvoir s'approvisionner et gérer leur prise du contraceptif sans nécessité de reconsulter de manière rapprochée. Par contraste, les patientes ayant fait le choix d'une contraception de longue durée d'action sont plus impliquées dans le suivi du fait de la nécessité de l'intervention d'un tiers (pose, retrait, surveillance).

Le score de satisfaction à 6 mois (deuxième critère de jugement secondaire) montre une satisfaction plutôt bonne du suivi et de la prise en charge de ces patientes ainsi que peu d'effets secondaires rapportés.

Aucune enquête similaire n'a été réalisée auparavant à la Réunion en centre de dépistage. Notre enquête a permis de recruter en parcours contraception un tiers des patientes de la cohorte initiale avec peu de pertes de vue. La possibilité de téléconsultation présente l'avantage de réduire les barrières au suivi de distance et de temps possibles notamment pour les patientes ayant des limites de déplacement (étudiantes, personnes sans véhicule personnel) ; et de limiter les pertes de vue.

Plusieurs limites sont tout de même à noter. Tout d'abord, la période en pleine crise de pandémie de Covid-19 associée aux mesures de couvre-feu ont limité la venue aux consultations des patientes malgré la possibilité de suivi par télé-médecine (28). Ce suivi par téléconsultation n'assure d'ailleurs pas une transmission de l'information aussi performante qu'en présentiel et peut conduire à des erreurs de diagnostic et perte d'informations (29). En raison du nombre restreint de patientes incluses dans l'enquête, il existe possiblement un biais de sélection et les résultats ne sont donc pas applicables à la population générale. Presque la moitié des femmes changent ou

arrêtent leur contraception dans l'année de son initiation (30). Une période de 6 mois ne permet donc pas d'évaluer l'observance ainsi que la satisfaction à long terme (en années) et certains effets secondaires, changement ou arrêt de contraceptifs ont pu ne pas être mis en évidence à la suite du suivi (31).

Plusieurs études ont montré que les revenus et la couverture maladie de la patiente ont un rôle subsidiaire dans le choix du moyen de contraception contrairement à l'âge et à la situation familiale (12)(32). L'accès gratuit à la contraception et son suivi gynécologique associé jusqu'à l'âge de 25 ans en France a pour but de permettre un plus grand accès à toutes les femmes et de réduire ainsi les inégalités sociales.

Le critère de choix de la contraception reste en premier lieu l'efficacité contraceptive avant l'absence d'effets secondaires (effets délétères sur la santé, interaction avec d'autres médicaments). Entre ensuite en jeu la satisfaction de la vie sexuelle et la fréquence d'utilisation (33).

La consultation de contraception est donc une étape cruciale du suivi gynécologique d'une femme. Elle est complexe et nécessite une structure et un personnel soignant formé à délivrer une information claire, précise et dénuée de jugements. Le gynécologue reste la personne de contact de référence en matière de contraception pour les patientes, avant même le partenaire qui joue un rôle décisif dans le choix du contraceptif pour seulement 10% des femmes (12). Un nombre important de femmes utilisent une contraception sans en informer leur partenaire. L'implication des hommes à travers l'éducation et la promotion de la discussion intra-couple sur la contraception permet d'augmenter le soutien du partenaire, l'acceptation et l'observance de la contraception par la patiente (17).

Des études sur des couples ont par ailleurs montré qu'hommes comme femmes seraient en mesure d'accepter une méthode sûre et efficace de contraception masculine si plusieurs méthodes étaient disponibles. Cela représenterait notamment une alternative acceptable pour les patientes présentant des contre-indications ou ayant fait l'expérience d'effets secondaires non acceptables entraînant l'arrêt de leur méthode contraceptive (34). Ces voies restent cependant encore au stade de développement (35). C'est également la possibilité pour les femmes de se départir des rôles de genre en matière de féminité, fertilité et maternité (36)

Cette enquête souligne donc l'importance de former les professionnels de santé au counseling bienveillant et à délivrer une information en accord avec les besoins de la patiente et du couple. Elle pointe la nécessité de poursuivre l'activité de gynécologie au CeGIDD Nord-Est et de la développer (augmentation des plages horaires, plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux habilités) face à la demande croissante de ses usagères. Enfin, l'activité délocalisée avec le bus santé au sein de l'Université du Moufia (antenne Universitaire) doit également être poursuivie et renforcée afin de former les populations les plus jeunes et les plus défavorisées à la contraception et aux risques en lien avec leur santé sexuelle.

## **5. Conclusion**

L'enquête n'a pas retrouvé de différences de caractéristiques entre les patientes ayant une contraception et celles n'en ayant pas. Elle met toutefois en évidence que les patientes ayant déjà une contraception ont plus facilement recours à la contraception d'urgence, probablement en lien avec une meilleure sensibilisation vis-à-vis du risque de grossesse non désirée. Paradoxalement, l'utilisation de la COP orale ne s'associe pas à une meilleure observance du suivi ce qui justifie un renforcement du counseling. L'information transmise reste un des éléments clés de cette consultation spécifique. Des études contrôlées, à plus long terme et sur une plus grande cohorte incluant les CeGIDDs Ouest et Sud seraient utiles pour évaluer l'impact dans le temps de ce suivi gynécologique structuré.

## - Bibliographie

1. Lailler G, Comboroure JC, Florence S, Troussier T, Pilorgé F, Sarr A. Premier bilan sur l'activité des CEGIDD, France, 2016. Bull Epidémiologique Hebd. 2018;(40-41):818-26.
2. DREES. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. 2021 sept.
3. Dutriaux N. Échecs de contraception : quelle réalité ? Vocat Sage-Femme. juill 2013;12(103):15-8.
4. Bonnet C, Blondel B, Moreau C. A rise in births following contraceptive failure in France between 2010 and 2016: results from the French national perinatal surveys. BMC Womens Health. déc 2021;21(1):115.
5. Observatoire Régional de la Santé Réunion. Enquête KABP RÉUNION 2012. Connaissances, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels. 2012.
6. Tsui AO, Casterline J, Singh S, Bankole A, Moore AM, Omideyi AK, et al. Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions. Glob Public Health. sept 2011;6(sup1):S1-24.
7. L'Heudé A, Gobenceaux A-S, Machuron F, Toullalan O, Azuar AS, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. Gynecol Obstet Fertil Senol. juill 2019;47(7-8):574-81.
8. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'homonophobie ? Gynecol Obstet Fertil Senol. juill 2018;46(7-8):561-2.
9. Rossin B. Fake news et contraception. Sexologies. sept 2021;30(3):173-9.
10. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF . Gynecol Obstet Fertil Senol. déc 2018;46(12):777-85.
11. Dehlendorf C, Grumbach K, Vittinghoff E, Ruskin R, Steinauer J. A Study of Physician Recommendations for Reversible Contraceptive Methods Using Standardized Patients. Perspect Sex Reprod Health. déc 2011;43(4):224-9.
12. Oppelt PG, Baier F, Fahlbusch C, Heusinger K, Hildebrandt T, Breuel C, et al. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? Arch Gynecol Obstet. juin 2017;295(6):1483-91.
13. Linet T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol. déc 2018;46(12):792-8.
14. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Haute Autorité de Santé; 2019.
15. Gavin L, Pazol K. Update: Providing Quality Family Planning Services — Recommendations from CDC and the U.S. Office of Population Affairs, 2015. 2016;65(9):231-4.
16. Ugurlucan FG, Demir O, Tas S, Dural O, Yasa C, Yalcin O. Contraception counselling during gynecology visit — does a questionnaire help? Ginekol Pol. 2020;91(10):7.

17. Norquist JM, Girman C, Fehnel S, DeMuro-Mercon C, Santanello N. Choice of recall period for patient-reported outcome (PRO) measures: criteria for consideration. *Qual Life Res.* août 2012;21(6):1013-20.
18. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception.* mai 2013;87(5):625-30.
19. Mack N, Crawford TJ, Guise J-M, Chen M, Grey TW, Feldblum PJ, et al. Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 avr 2019;4(4):CD004317.
20. Raine-Bennett TR, Rocca CH. Development of a brief questionnaire to assess contraceptive intent. *Patient Educ Couns.* nov 2015;98(11):1425-30.
21. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. La contraception d'urgence. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol.* déc 2018;46(12):799-805.
22. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* oct 2015;37(10):936-42.
23. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse – Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Haute Autorité de Santé; 2017 nov.
24. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. *RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* déc 2018;46(12):873-82.
25. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4). *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* nov 2015;37(11):1033-9.
26. Steenland MW, Rodriguez M-I, Marchbanks PA, Curtis KM. How does the number of oral contraceptive pill packs dispensed or prescribed affect continuation and other measures of consistent and correct use? A systematic review. *Contraception.* mai 2013;87(5):605-10.
27. Clerson P, Graesslin O, Gater A, Taylor F, Filonenko A, Schellschmidt I, et al. EVAPIL-R Scale: Continuous Development and Validation of a Tool to Assess Patient-Reported Tolerability of Different Contraceptive Methods in Longitudinal Studies. *Clin Ther.* mai 2014;36(5):638-647.e3.
28. Steenland MW, Geiger CK, Chen L, Rokicki S, Gourevitch RA, Sinaiko AD, et al. Declines in contraceptive visits in the United States during the COVID-19 pandemic. *Contraception.* déc 2021;104(6):593-9.
29. Lee S, Hitt WC. Clinical Applications of Telemedicine in Gynecology and Women's Health. *Obstet Gynecol Clin North Am.* juin 2020;47(2):259-70.
30. Simmons RG, Sanders JN, Geist C, Gawron L, Myers K, Turok DK. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2019;220(4):376.e1-376.e12.
31. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* mai 2013;87(5):611-24.

32. Agostini A, Godard C, Laurendeau C, Benmahmoud A, Lafuma A, Doz M, et al. Effectiveness and cost of contraception in France (FACET study): a cohort study from the French National Healthcare Insurance Database. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* oct 2018;229:137-43.
33. Judge-Golden CP, Wolgemuth TE, Zhao X, Mor MK, Borrero S. Agreement between Self-Reported "Ideal" and Currently Used Contraceptive Methods among Women Veterans Using the Veterans Affairs Healthcare System. *Womens Health Issues.* juill 2020;30(4):283-91.
34. Richard C, Pourchasse M, Freton L, Esvan M, Ravel C, Peyronnet B, et al. Male contraception: What do women think? *Prog En Urol.* déc 2021;S1166708721005789.
35. Thirumalai A, Amory JK. Emerging approaches to male contraception. *Fertil Steril.* juin 2021;115(6):1369-76.
36. Alspaugh A, Barroso J, Reibel M, Phillips S. Women's Contraceptive Perceptions, Beliefs, and Attitudes: An Integrative Review of Qualitative Research. *J Midwifery Womens Health.* janv 2020;65(1):64-84.

## Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

### Consultation Contraception - CeGIDD

<i>Numéro d'anonymat</i>	<input type="text"/>
<i>Prénom</i>	<input type="text"/>
<i>Age</i>	<input type="text"/>
<i>Numéro de téléphone</i>	<input type="text"/>
<i>Pays de naissance</i>	<input type="text"/>
<i>Ville de résidence</i>	<input type="text"/>
<i>Niveau d'étude</i>	Sélectionner...
<i>Activité professionnelle</i>	Sélectionner...
<i>Domaine d'activité</i>	<input type="text"/>
<i>Couverture maladie</i>	Sélectionner...
<i>Situation de famille</i>	Sélectionner...
<i>Aides sociales</i>	<input type="text"/>

#### ENTRETIEN MÉDICAL

<i>Age de votre 1er rapport sexuel?</i>	<input type="text"/>
<i>Vos règles sont plutôt:</i>	<input type="checkbox"/> douloureuses <input type="checkbox"/> nécessite des antalgiques <input type="checkbox"/> abondantes <input type="checkbox"/> peu abondantes <input type="checkbox"/> non douloureuses
<i>Etes-vous suivi sur le plan gynécologique</i>	<input type="radio"/> oui, par le gynécologue et/ou sage-femme <input type="radio"/> oui, par le généraliste <input type="radio"/> non
<i>Si Oui, à quelle fréquence?</i>	<input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 1 an <input type="radio"/> > 1 an <input type="radio"/> à la demande <input type="radio"/> Pas de suivi
<i>Pourquoi ?</i>	<input type="text"/>
<i>Désirez-vous un enfant actuellement?</i>	Sélectionner...
<i>Avez-vous une contraception?</i>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<i>Si oui,</i>	<input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> DIU hormonal <input type="radio"/> Implant <input type="radio"/> Mécanique (préservatif, diaphragme) <input type="radio"/> Méthode naturelle <input type="radio"/> DIU cuivre <input type="radio"/> Autre méthode hormonale (patch, anneau) <input type="radio"/> Abstinence

Si non, désirez-vous initier/changer une contraception?

oui  non

Pourquoi ?

Quels sont les moyens de contraception que vous connaissez?

- Contraception Orale (progestative et oestro-progestative)
- Patch
- Anneau
- Diaphragme et cape cervicale
- Préservatif masculin
- préservatif féminin
- Implant
- DIU hormonal
- DIU au cuivre
- méthode naturelle (retrait, méthode Ogino)
- Méthode définitive (stérilisation)

Par qui, avez-vous été informé?

- Parents
- Médecin traitant
- Gynécologue et/ou sage-femme
- Cercle amicale
- à l'école/ lieu de travail
- Sur Internet

Quels sont vos critères de choix d'une contraception ?

- Facile d'utilisation
- Non hormonal
- Protège des IST
- Longue durée d'utilisation
- Meilleure efficacité
- Peu d'effets secondaires
- Possibilité de démarrer et d'arrêter sans un tiers
- Facilité d'approvisionnement (coût, présent en pharmacie)

Quelles sont vos craintes?

- Absence de règles
- Saignements (type spottings)
- Inefficacité
- Interaction avec d'autres traitements
  
- Risque d'infection
- Oubli
- Troubles de la libido
- Prise de poids
- Douleurs secondaires
- Acné
- Infertilité secondaire
- Dangereux pour l'organisme
- Troubles de l'humeur

Une contraception adaptée pourrait-elle améliorer votre quotidien ou votre vie sexuelle?

oui  non

Etes-vous satisfaite de votre sexualité?

oui  non

Si non, pourquoi

- Douleurs lors des rapports
- Trouble de la libido
- Pertes anormales
- Mauvaise connaissance de son corps / de la sexualité
- Difficulté de dialogue avec le ou les partenaires
- Blocage - peurs
- Pas à l'aise avec son corps

**Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence?**  oui  non

Si oui, Combien

**Connaissez-vous les risques liés à la contraception d'urgence?**  oui  non

**La contraception d'urgence est-elle dangereuse?**  oui  non

**Peut-on l'utiliser plusieurs fois?**  oui  non

---

**Avez-vous déjà eu une IVG?**  oui  non

Si oui,

Médicamenteuse: combien

Chirurgicale: combien

**Avez-vous eu des grossesses?**  oui  non

Si oui, Combien

**Avez-vous des enfants?**  oui  non

Si oui, Combien

**Avez-vous déjà eu au moins une IST?**  oui  non

Si oui, avez-vous été traité?  oui  non

Quels IST?

- Syphilis
- Chlamydiae
- Gonocoque
- Herpès
- LGV
- Mycoplasme
- Hépatite B
- Hépatite C
- VIH

**Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois**

- partenaire régulier
- partenaire occasionnel

**Date du dernier rapport à risque (sans préservatif, sans contraception)**

**Avez-vous des antécédents de maladie personnels ou familiaux contre indiquant la prescription d'une contraception progestative ou oestro-progestative ?**

- Migraines avec aura
- Tabac (après 35 ans)
- IMC
- Cancers familiaux du sein ou de l'utérus
- Accidents thromboemboliques veineux ou artériels
- Dyslipidémie
- Diabète avec complications vasculaires
- HTA non contrôlée
- Pathologie hépatique sévère

**Faites-vous usage de drogues parfois?**

- Intraveineuses
- Nasal (Poppers, cocaïne,...)
- Oral (alcool, Zamal...)

*Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange d'argent, ou de bénéfices secondaires (logement, transport...)?*

oui  non

*Contraception prescrite au décours de la consultation*

*Suivi à J7*

- en consultation  
 par téléphone  
 par mail  
 injoignable (recontacter patiente par lettre)

*Suivi à M1*

- en consultation  
 par téléphone  
 par mail  
 injoignable

*Commentaires*

*Suivi à M3*

- en consultation  
 par téléphone  
 par mail  
 injoignable

*Commentaires*

***Nombres de consultations/ téléconsultations totales sur 3 mois :***

CeGIDD NORD Est  
CHU Félix GUYON  
Antenne Universitaire Campus Moufia - **Mercredi de 13h30 à  
16h30**

# CONSULTATION DE CONTRACEPTION

**MARDI et JEUDI de 13h00 à 17h00**



- Information
- Prescription et pose
- Contraception d'urgence
- Frottis cervico-vaginal
- Suivi

Avec ou sans prise de rendez-vous - 02 62 90 55 69

Ce document vient en complément et ne se substitue pas aux conseils d'un professionnel de santé.



## MÉTHODES BARRIÈRES

**Capot avec spermicide.** Dôme très fin en silicone qui vient recouvrir le col de l'utérus. Doit s'utiliser associé à un spermicide. Réutilisable. Il forme une barrière physique qui empêche le passage du col de l'utérus par les spermatozoïdes.



**Spermicide.** Gel ou ovule. Il forme une barrière chimique qui détruit les spermatozoïdes ou les rend inactifs. A associer à une méthode barrière.



**Préservatif féminin.** Gaine munie d'un anneau souple aux deux extrémités. Il se place dans le vagin. A usage unique. Il forme une barrière physique qui empêche le passage du col de l'utérus par les spermatozoïdes.



**Diaphragme avec spermicide.** Coupelle en silicone à placer soi-même dans le vagin. Doit s'utiliser associé à un spermicide. Réutilisable.



Il forme une barrière physique qui empêche le passage du col de l'utérus par les spermatozoïdes.

**Préservatif masculin.** Gaine souple. Il se déroule sur le pénis en érection juste avant le rapport. A usage unique. Il forme une barrière physique qui empêche le passage du col de l'utérus par les spermatozoïdes.



## MÉTHODES DE COURTE DURÉE D'ACTION

**Anneau.** Anneau souple à placer soi-même dans le vagin.  
- bloque l'ovulation  
- épaissit les sécrétions du col de l'utérus empêchant le passage et l'ascension des spermatozoïdes vers les trompes de Fallope, - réduit l'épaisseur de la muqueuse utérine.



**Patch.** Patch transdermique à coller soi-même sur la peau.  
- bloque l'ovulation  
- épaissit les sécrétions du col de l'utérus empêchant le passage et l'ascension des spermatozoïdes vers les trompes de Fallope, - réduit l'épaisseur de la muqueuse utérine.



**Pilule.** Comprimé par voie orale.  
La dose et la nature des hormones varient selon le type de pilule.  
- bloque l'ovulation (sauf pour certaines pilules progestatives)  
- épaissit les sécrétions du col de l'utérus empêchant le passage et l'ascension des spermatozoïdes vers les trompes de Fallope, - réduit l'épaisseur de la muqueuse utérine.



**Injection.** Injection intramusculaire.  
- bloque l'ovulation  
- épaissit les sécrétions du col de l'utérus empêchant le passage et l'ascension des spermatozoïdes vers les trompes de Fallope, - réduit l'épaisseur de la muqueuse utérine.



## MÉTHODES DE LONGUE DURÉE D'ACTION

**DIU Cuivre.** Dispositif en T autour duquel est enroulé un fil de cuivre. Il est placé dans l'utérus.  
Le cuivre  
- rend les spermatozoïdes moins mobiles et moins viables dans l'utérus.  
- créé une inflammation de la muqueuse utérine.



**DIU Progestatif.** Dispositif en T composé d'un petit réservoir contenant le progestatif. Il est placé dans l'utérus. Cette hormone épaissit les sécrétions (appelées glaire cervicale) et bloque ainsi les spermatozoïdes avant leur ascension dans le col de l'utérus et diminue l'épaisseur de la muqueuse utérine.



**Implant.** Bâtonnet cylindrique flexible contenant un progestatif. Il est inséré sous la peau à l'intérieur du bras. Diffuse un progestatif dans le sang. Il bloque l'ovulation, l'épaissit les sécrétions (appelées glaire cervicale) et diminue l'épaisseur de la muqueuse utérine.



La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. Toutes les méthodes de contraception présentent des contre-indications, des précautions d'emploi et des effets indésirables. Quelle que soit la méthode, le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des IST. Pour plus d'informations, consultez votre professionnel de santé.

Des contraceptions définitives sont également disponibles, parlez-en avec votre professionnel de santé.

# Contraception : aide au choix

MÉTHODES BARRIÈRES		MÉTHODES DE COURTE DURÉE D'ACTION			MÉTHODES DE LONGUE DURÉE D'ACTION			
Fréquence de manipulation	A chaque rapport							
	Posée quelques heures avant ou au moment du rapport. Important de la garder 8 heures après le rapport.	Se place dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport.	Peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport.	Posée quelques heures avant ou au moment du rapport. Important de la garder 8 heures après le rapport.	Posé juste avant chaque rapport			
Procédures d'initiation par un professionnel	OUI Prescription (médecin ou sage-femme)	NON Accès libre	NON Accès libre	OUI Prescription (médecin ou sage-femme)	NON Accès libre	NON OUI Prescription (médecin ou sage-femme)	OUI Prescription, insertion/pose et retrait par un professionnel de santé	
Hormones	NON						OUI Action contraceptive générale	
Maintien de l'ovulation	OUI						OUI Action contraceptive générale	
Taux de grossesses de la première année	32 femmes ayant accouché	29	21	16	15	0,8	0,2	
Efficacité en utilisation courante en % (1) (2)	16 femmes n'ayant pas accouché				3	0,05	0,05	
Risques : à connaître et/ou devant amener à une prise en charge par un professionnel de santé (3)	Ruptures et glissements pour les préservatifs. Allergies aux constituants (4).						Infections, perforation, expulsions. Impacts sur les cycles : - règles plus importantes avec les DIU aux cuivres - spotting, réduction, absence de règles pour les DIU progestatifs. (4).	
<p><b>Les contre-indications, les précautions et effets indésirables sont des points importants dont il faut prendre connaissance et discuter avec votre professionnel de santé.</b>  <b>Ces éléments sont disponibles dans les notices de chaque produit et sur la base de données publique des médicaments.</b>  <b>Les symptômes qui imposent un avis médical seront présentés par votre professionnel de santé.</b></p>								

(1) Efficacité en utilisation courante: Organisation mondiale de la santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Agence des États-Unis pour le développement international, Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS, 2011. (2) LHAS recommande que l'efficacité pratique courante en fonction du mode de vie soit présentée à la femme (HAS, aide à la décision médicale partagée, Juillet 2014). (3) Ces effets nécessitent une prise en charge par un professionnel de santé. Cette liste est non exhaustive. Pour la liste complète des EIS, se référer aux RCP des produits. (4) Fiche Memo. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum) et post-IVG; HAS, mise à jour novembre 2013; (5) RCP ou (des) produit(s). 86504294-1219 PH-PF-WHC-FR-0081-1 - Boyer HealthCare SAS - SAS au capital de 47 857 291,14 € - RCS Lille Métropole 706 580 180

# LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>DIU (Dispositif Intra-Utérin)</b> Il en existe deux types : au cuivre ou Lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : 125,15 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PILULE CONTRACEPTIVE</b> Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,88 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p><b>PATCH CONTRACEPTIF</b> Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4<sup>e</sup> semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 15 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>IMPLANT CONTRACEPTIF</b> Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>106,44 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. <sup>2</sup> Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. <sup>3</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>ANNEAU VAGINAL</b> Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4<sup>e</sup> semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE</b> Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : environ 45 €. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : environ 60 €. Non remboursé.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF<sup>3</sup>. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF MASCULIN</b> En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 56 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>3</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF FÉMININ</b> Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>3</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. <sup>3</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>SPERMICIDES</b> Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 7 à 19 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PROGESTATIFS INJECTABLES</b> Un progestatif de synthèse (médroxyprogesterone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,44 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE</b> Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site <a href="http://www.choisirsacontraception.fr">www.choisirsacontraception.fr</a> ou <a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a> rubrique « Contraception » (voir le livret d'information « Stérilisation à visée contraceptive »).</p>	<p>Remboursées à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.



Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

**Intérêt d'une information systématique structurée sur l'adhésion à la contraception dans un CeGIDD à la Réunion**

**Résumé**

**Introduction :** L'IVG est en augmentation chaque année en France et notamment à la Réunion. L'absence de contraception liée à une mauvaise connaissance et la crainte d'effets secondaires ou son mauvais usage en est la principale raison. Les CeGIDD ont pour mission la prise en charge globale de la santé sexuelle des patients.

**Méthode :** Nous avons évalué les connaissances en contraception des usagères du CeGIDD Nord-Est et de son antenne universitaire, puis proposer une contraception associée à un suivi pour celles n'en ayant pas. Une analyse univariée a été réalisée sur les caractéristiques des patientes ayant une contraception initiale et les autres. Une seconde analyse a été réalisée dans le groupe "Parcours contraception" pour évaluer les différences entre patientes en fonction du taux d'observance des consultations de suivi et de la contraception prescrite.

**Résultats :** L'information est davantage obtenue via les parents, les médecins spécialistes et traitant et le cercle amical pour les patientes ayant déjà recours à une contraception. Aucune différence n'a été mise en évidence concernant le statut professionnel et socio-économique des patientes. Pour les patientes suivies, les utilisatrices de la contraception œstro-progestative montrent une moins bonne observance du suivi et de leur contraception. Les patientes qui ont été observantes ont davantage recours à la contraception d'urgence.

**Conclusion :** La consultation de contraception est une étape majeure du suivi gynécologique et doit être structurée. Les professionnels de santé doivent être aidés pour un entretien spécifique face à la demande croissante des patientes d'un suivi de leur santé sexuelle. L'activité gynécologique des CeGIDD est amenée à se développer afin de répondre au mieux à cette problématique.

**Discipline :** Gynécologie Médicale

**Mots-Clés :** Contraception, Education thérapeutique, Adhésion aux soins

**Impact of structured counseling for contraception in a sexual health center in Reunion Island**

**Abstract**

**Background:** Abortion rates are increasing each year in France, particularly in Reunion Island. The main factors are misuse, or lack of contraceptive use due to ignorance or fear of side effects. CeGIDD centers aim to provide overall patient's sexual healthcare

**Method:** We did evaluate women's knowledge on contraception at the North-East CeGIDD center and its university office and did propose contraception with follow-up to those who didn't have any. A univariate analysis was performed on characteristics of women already on contraceptive use and those beginning use. A second analysis was performed in the « Contraception parcours » group to evaluate the patient's compliance to the follow-up and the contraception use according to the chosen contraceptive method.

**Results:** Women already aware of birth control methods had usually been advised through their relatives, doctors (GP and specialist) or friends. No statistical difference was found regarding social economic status. Patient using oral contraception have a lower compliance and a lower follow-up rate. On the other hand, patients with good compliance have a higher rate of emergency contraceptive use.

**Conclusion:** Medical counseling on contraception is essential in the overall women's gynecologic care and must be structured. Given the increasing need of sexual healthcare follow-up in women's population, healthcare providers must be trained to provide appropriate help. CeGIDD Nord-Est center aims to reinforce its gynecologic healthcare to deal with this public health problem.

**Discipline :** Gynecology

**Keywords :** Contraception, Counseling, Patient education, Care management, Compliance