



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation des connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur les
moyens de contraception :
Etude descriptive et analytique réalisée au centre d'orthogénie de l'hôpital
de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 7 mars 2019 à 18h
au Pôle Formation
Par Sophie Vincent - Vanlerberghe

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Monsieur le Docteur Benoît SAVATIER

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Margaux BECARD

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. »

Simone Veil, 26 novembre 1974, Assemblée Nationale

Liste des abréviations utilisées

DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
GNP	Grossesse non prévue
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
LNG	Lévonorgestrel
DSG	Désogestrel
POP	Pilule Oestro-progestative
CPEF	Centre de Planning et d'Education Familiale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
GEU	Grossesse Extra-Utérine
CPP	Comité de Protection des Personnes
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
HTA	Hypertension Artérielle

SOMMAIRE

Remerciements

Liste des abréviations utilisées

Résumé en français et en anglais.....p1

Introduction.....p3

Rappels.....p5

I) La contraception.....p5

A) Généralités sur les méthodes contraceptives

1) Les méthodes accessibles sans prescription médicale

a) Les méthodes naturelles

b) Les préservatifs masculins et féminins

c) Le diaphragme et la cape cervicale

d) Les spermicides

e) La méthode MAMA

2) Les méthodes soumises à prescription médicale

a) Les contraceptifs oestro-progestatifs

b) Les contraceptifs progestatifs

c) Les contraceptifs d'urgence

d) La contraception non hormonale

e) La stérilisation tubaire et la vasectomie

B) Utilisation de ces méthodes

1) Dans le monde

2) En France

C) Quels obstacles à une bonne contraception ?

II) L'interruption volontaire de grossesse.....p19

A) Généralités

B) Les méthodes proposées

1) Le choix de la méthode

2) La méthode médicamenteuse

3) La méthode chirurgicale

4) Les complications possibles de l'IVG

a) Les complications de la méthode médicamenteuse

b) Les complications de la méthode chirurgicale

C) Evolution du recours à l'IVG

Patientes et méthode.....p24

A) Description et buts de l'étude.....p24

B) Description de la population étudiée et du questionnaire.....p24

1) La population étudiée

2) Le questionnaire

3) Avis du CPP

C) Analyse statistique.....p26

Résultats.....p27

A) Caractéristiques de la population étudiée.....p27

1) Âge

2) Catégories socioprofessionnelles

3) Informations sur la contraception

4) Contraception utilisée

5) Première IVG

B) Réponses au questionnaire.....p30

1) Généralités

2) Concernant le préservatif

3) Concernant la pilule

4) Concernant le patch et l'anneau

5) Concernant le stérilet

6) Concernant l'implant

7) Concernant les autres moyens de contraception

8) Après un rapport à risque

C) Analyse bivariée.....p39

Discussion.....p42

Conclusion.....p48

Brochure « La contraception en pratique ».....p49

Bibliographie.....p65

Annexes.....p70

Annexe 1 : Document d'information remis aux patientes avant de remplir le questionnaire

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Réponses au questionnaire

RÉSUMÉ

Contexte : De nos jours, malgré une large diffusion de méthodes contraceptives, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) reste stable.

Méthode : Etude prospective, descriptive, réalisée par questionnaire anonyme, distribué en salle d'attente aux femmes au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais, du 1^{er} Juin au 30 Septembre 2018. L'objectif est d'évaluer le niveau de connaissance des femmes ayant recours à une IVG sur les différents moyens de contraception.

Résultats : 145 femmes ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge est de 28,03 ans. Le score global de bonnes réponses est de 25,51/41, soit un taux de 62,22%. Les taux de bonnes réponses les plus faibles ont été obtenus pour les parties concernant le patch et l'anneau contraceptif (37,24%), les méthodes traditionnelles (46,55%) et l'implant (56,44%). La partie concernant la pilule n'est maîtrisée qu'à 67,59%, bien que ce soit le moyen de contraception le plus diffusé. Nous avons mis en évidence une influence significative de l'activité professionnelle ($p < 0,05$) sur le niveau de connaissance des patientes, non corrélée à l'âge.

Conclusion : L'amélioration des connaissances sur les méthodes contraceptives représente un enjeu majeur de santé publique. Dans ce contexte, une brochure a été élaborée. C'est une aide à la compréhension et un document ressource en cas de défaillance du moyen contraceptif.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

Background: Nowadays, despite a wide distribution of contraceptive methods, the number of Voluntary Interruption of Pregnancy remains stable.

Method: A prospective, descriptive and anonymous questionnaire was distributed to women in the waiting room of the interruption of pregnancy department in Calais hospital, from June 1st through September 30th, 2018. The objective is to evaluate the level of knowledge of women who have had an abortion on different forms of contraception.

Results: 145 women answered the questionnaire. The average age is 28.03 years old. The overall score of correct answers is 25.51/41, a rate of 62.22%. The lowest accurate response rates were obtained for the patch and the contraceptive ring (37.24%), the traditional methods (46.55%), and the implant (56.44%). The level of knowledge of the pill was only 67.59%, despite the pill being the most widely used contraceptive method. We found that professional education significantly influenced the level of knowledge of patients ($p < 0.05$), uncorrelated with age.

Conclusion: Improving knowledge of contraceptive methods is a major public health challenge and opportunity. In this context, an informative and comprehensive brochure has been created. This is a helpful tool and could be a resource in case of contraceptive method failure.

INTRODUCTION

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures permettant de diminuer la probabilité de conception ou de l'éviter ».

Le désir de réguler les naissances a existé de tout temps et dans toutes les sociétés. Divers moyens ont été utilisés : mariages retardés, tabous sexuels, infanticides, avortements et contraceptifs rudimentaires (1).

Avortements et contraception sont longtemps restés secrets et source de répression pour ceux qui l'exerçaient.

En France, c'est le 19 décembre 1967 que Lucien Neuwirth fait voter une loi autorisant la vente et l'utilisation des méthodes de contraception (1). L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est légalisée en 1975 avec la loi Veil, et modernisée avec la loi du 4 juillet 2001.

De nos jours, malgré une grande diffusion des méthodes contraceptives, nous constatons que le nombre d'IVG reste stable. On peut donc supposer que cette stabilité n'est pas due à un manque de moyens contraceptifs, mais plutôt à leur méconnaissance et leur mésusage.

Nous avons donc voulu évaluer, chez les femmes ayant recours à une IVG, leurs connaissances en matière de contraception.

Nous aborderons dans un premier temps les notions générales et les données actuelles relatives aux moyens contraceptifs et à l'IVG. Puis nous décrirons et analyserons l'étude descriptive réalisée au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais sur les connaissances des femmes en ce qui concerne la contraception.

RAPPELS

I. La contraception

A) Généralités sur les méthodes contraceptives

Malgré la diversité des méthodes offertes aux femmes, la contraception idéale n'existe pas. Chaque méthode comporte ses avantages et ses inconvénients.

On peut distinguer deux groupes :

- Les méthodes accessibles sans prescription médicale
- Celles soumises à prescription médicale

1) Les méthodes accessibles sans prescription médicale

a) Les méthodes naturelles

Sont regroupées sous cette appellation plusieurs méthodes contraceptives dont l'efficacité est discutée.

- Le retrait avant éjaculation
- La méthode des températures : lors de l'ovulation, la température s'élève de 0,2 à 0,4°C sous l'action de la progestérone.
- La méthode Billings, ou observation de la glaire cervicale : modification de l'aspect de cette glaire pendant le cycle.
- La méthode Ogino ou abstinence périodique : aucun rapport pendant les jours supposés féconds.
- Le système « Persona » : utilisation d'un lecteur informatisé permettant des tests urinaires d'ovulation pendant le cycle.

b) Les préservatifs masculins et féminins

Ils empêchent le passage des spermatozoïdes dans le vagin et donc la fécondation.

Ils représentent la seule méthode protégeant également contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) (2).

Depuis décembre 2018, dans une démarche de prévention des MST, un préservatif masculin (EDEN) peut être prescrit par les médecins et les sages-femmes. Il est remboursé à 60% par la Sécurité Sociale.

c) *Le diaphragme et la cape cervicale*

Ils peuvent être posés au moment du rapport sexuel mais aussi jusqu'à deux heures avant. Ils doivent être laissés en place pendant 8 heures après le rapport (et retirés au plus tard dans les 24 heures qui suivent). Ils doivent être utilisés en association avec un spermicide pour une meilleure efficacité.

Ils peuvent être réutilisés plusieurs fois, à condition de bien les laver après usage.

d) *Les spermicides*

Ce sont des substances, sous forme de gel ou encore d'éponge, qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils sont le plus souvent utilisés avec une autre méthode (préservatif, cape ou diaphragme).

e) *La méthode MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et Aménorrhée*

Elle consiste en un allaitement maternel exclusif jour et nuit (6 à 10 tétées par jour d'une durée d'au moins 10 min) avec un intervalle de moins de 4 heures entre deux tétées le jour, et 6 heures la nuit. Cette méthode est efficace en cas d'aménorrhée persistante et jusqu'aux 6 mois de l'enfant (2).

2) Les méthodes soumises à prescription médicale

a) Les contraceptifs oestro-progestatifs

Ils peuvent être administrés par voie orale, vaginale ou transdermique en continu ou en discontinu. Tous les oestro-progestatifs ont la même efficacité contraceptive quelle que soit leur voie d'administration. Leur mode d'action est :

- d'inhiber l'ovulation par rétrocontrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- de modifier la glaire cervicale, rendant le col utérin imperméable aux spermatozoïdes.
- d'entraîner une atrophie de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation.

i) La pilule oestro-progestative (POP)

Elle associe un œstrogène de synthèse (l'éthinylestradiol) ou naturel (17- β -oestradiol) et un progestatif de synthèse de deuxième, troisième voire quatrième génération.

Elle nécessite la prise quotidienne d'un comprimé pendant 21 jours, suivie d'un arrêt de 7 jours. Il existe également des plaquettes de 28 jours où la prise est continue.

ii) Le patch contraceptif

Il s'agit d'un dispositif transdermique qui diffuse une quantité fixe d'œstrogènes et de progestatifs de synthèse. Le patch agit sur le même mode d'action que la POP. Il doit être appliqué sur le ventre, les épaules ou encore le bas du dos.

Il doit être changé de façon hebdomadaire pendant 3 semaines, suivies d'une semaine d'arrêt.

iii) L'anneau vaginal

Il s'agit d'un dispositif flexible en plastique poreux, contenant une association

d'oestrogènes et de progestatifs, délivrés quotidiennement. Il doit être inséré tout au fond du vagin et laissé en place durant 3 semaines, suivies d'une semaine d'arrêt.

iv) Contre-indications absolues des oestro-progestatifs

- Thrombophilie acquise ou constitutionnelle
- Antécédent personnel ou familial au premier degré de pathologie thrombo-embolique veineuse ou artérielle
- Tabagisme > ou = 15 cigarettes/ jours si âge > 35 ans
- HTA non contrôlée
- Diabète avec complications vasculaires
- Migraines avec aura
- Antécédent personnel de cancer du sein
- Hépatopathies sévères
- Autres maladies hormono-dépendantes (méningiome, otospongiose, lupus très évolutif...)

b) Les contraceptifs progestatifs

Souvent considérés comme une contraception de seconde intention, ils existent depuis plus de 40 ans. Ils concernent les femmes pour lesquelles l'éthinylestradiol est contre-indiqué, notamment en cas de contre-indications cardiovasculaires, temporairement dans le post-partum ou encore au cours de l'allaitement (3). Parmi eux, on distinguera les microprogestatifs oraux, l'implant sous cutané, le dispositif intra-utérin hormonal puis les macroprogestatifs oraux et injectables.

i) Les microprogestatifs oraux

La pilule microprogestative contient de très faibles doses de progestatif, le Lévonorgestrel (LNG) ou le Désogestrel (DSG). Elle nécessite une prise quotidienne et rigoureuse à heure fixe pour garantir son efficacité.

ii) L'implant sous cutané

Le NEXPLANON® est un petit bâtonnet cylindrique en plastique souple, de 4 cm de long sur 2 mm de diamètre, qui contient de l'étonogestrel. Il est inséré sous la peau à la face interne du bras, sous anesthésie locale. Sa durée d'action est de 3 ans. L'effet contraceptif est immédiat quand l'implant est inséré dans les 5 premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant son retrait (4).

iii) Le dispositif intra-utérin (DIU) hormonal

Il existe trois types de DIU (communément appelé « stérilet ») au LNG en France : MIRENA®, JAYDESS® et KYLEENA®.

- MIRENA® : Il contient 52 mg de LNG et mesure 32 mm. Il entraîne une atrophie endométriale, un épaissement de la glaire cervicale et une suppression partielle de l'activité ovarienne. Sa durée d'utilisation est de 5 ans. Son principal inconvénient est la survenue de métrorragies dans les premiers mois. Son avantage est l'installation d'une aménorrhée chez 50 à 80% des femmes.(5,6)

- JAYDESS®, a le même mode d'action que MIRENA. Il contient 13,5 mg de LNG, est plus fin de 4 mm et plus court de 2 mm, rendant sa pose plus aisée. Sa durée d'action est de 3 ans (7).

- KYLEENA® : récemment arrivé sur le marché, il contient 19,5 mg de LNG, mesure 30 mm et a une durée d'utilisation de 5 ans.

iv) Les macroprogestatifs

- Les macroprogestatifs per os

Bien qu'ils n'aient pas l'AMM en France en tant que contraceptifs, ils ont un effet anti ovulatoire puissant lorsqu'ils sont administrés plus de 21 jours par mois.

Les plus utilisés sont : l'acétate de nomégestrol (LUTENYL®), l'acétate de chlormadinone (LUTERAN®) et la promégestone (SURGESTONE®).

Ils sont indiqués en cas de contre-indications aux oestrogènes, d'intolérance aux contraceptions oestro-progestatives et microprogestatives. Indiqués également en cas de pathologies gynécologiques oestrogénodépendantes (mastopathies, endométriose, myomes utérins ou hyperplasie endométriale) (4)

- Progestatif injectable

Principalement utilisée dans les pays en voie de développement, cette contraception reste une méthode d'exception en France, réservée aux femmes ne pouvant pas s'astreindre à des prises orales quotidiennes et ayant une contre-indication au DIU.

Il s'agit d'une injection intramusculaire de 150 mg de médroxyprogestérone (DEPO-PROVERA®), faite entre le 1^{er} et le 5^{ème} jour du cycle, et renouvelée tous les 90 jours.

L'effet contraceptif s'exerce essentiellement en bloquant l'ovulation, d'où la grande efficacité de cette méthode. Cependant, elle possède de nombreux effets secondaires que sont les signes d'hypoestrogénie (sécheresse vaginale, bouffées vasomotrices), la prise de poids, les saignements intercurrents, la diminution de la densité minérale osseuse et un retour de la fertilité différé de 3 à 12 mois après la fin théorique de l'activité du produit.(3)

v) Contre-indications absolues des progestatifs

- Cancer du sein et autres tumeurs hormono-dépendantes
- Thrombose veineuse profonde en cours ou récente (< 3 mois)
- Accident vasculaire artériel (IDM, AVC) en cours ou récent
- Méningiomes
- Hépatopathies sévères
- Hépatite virale évolutive

c) Les contraceptifs d'urgence

Autorisée en France depuis 1999, il s'agit d'une méthode d'exception. Elle est utilisée après un rapport à risque.

Il en existe 2 types :

i) hormonal

- L'acétate d'Ulipristal (ELLAONE®) : une prise unique per os, au plus tard jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. (5)
- Le lévonorgestrel (NORLEVO®) : une prise unique dans les 72 heures suivant un rapport non protégé.

Il est important d'informer les patientes que cette contraception d'urgence n'est pas efficace à 100% et qu'elle doit être prise le plus rapidement possible après le rapport à risque.

ii) non hormonal : le DIU au cuivre

Il doit être inséré au plus tard dans les 5 jours suivant le rapport à risque. Il provoque une réaction locale de l'endomètre qui empêche la nidation. Il s'agit d'une méthode très efficace et utile qui a l'avantage d'offrir une contraception à long terme après sa pose (6).

d) La Contraception non hormonale

Le DIU au cuivre ne contient pas d'hormone. Une fois en place dans l'utérus, il induit une réaction locale empêchant la nidation. Par les ions cuivre, il entraîne également une réaction lytique sur les spermatozoïdes empêchant la fécondation.

Il existe différents modèles en fonction des conditions anatomiques. Ainsi il existe des DIU standards et d'autres de petite taille dits « short » pour les femmes nullipares.

La pose du DIU au cuivre est conseillée en période de règles. Son retrait peut se faire à n'importe quel moment du cycle et sa durée d'action est de 5 ans.

Il n'a pas été démontré de réduction de l'efficacité contraceptive du DIU au cuivre lors de la prescription associée d'anti-inflammatoires (9,10).

e) La stérilisation tubaire et la vasectomie

Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation à visée contraceptive.

Il s'agit de méthodes contraceptives non réversibles, nécessitant un consentement éclairé et un délai de réflexion de 4 mois obligatoires entre deux consultations.

Une intervention chirurgicale est réalisée dans les 2 cas.

La stérilisation féminine consiste en une ligature des trompes, par section, pose de clips ou électrocoagulation, empêchant ainsi la fécondation.

La vasectomie consiste à obturer, voire couper les canaux déférents. Cette intervention empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge, aboutissant à une azoospermie (11).

B) Utilisation de ces méthodes

1) Dans le monde

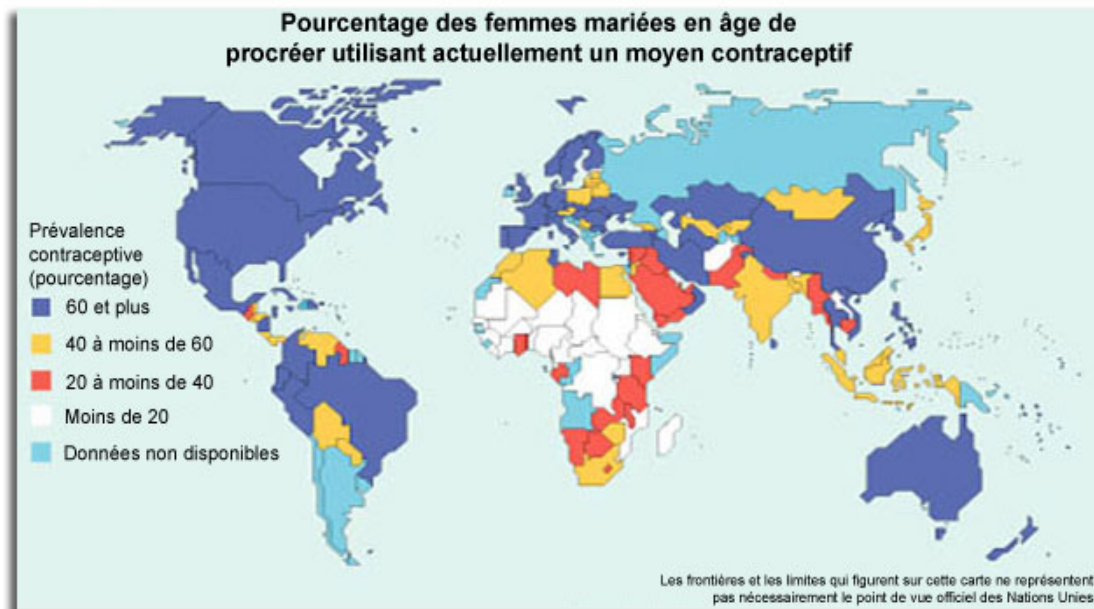
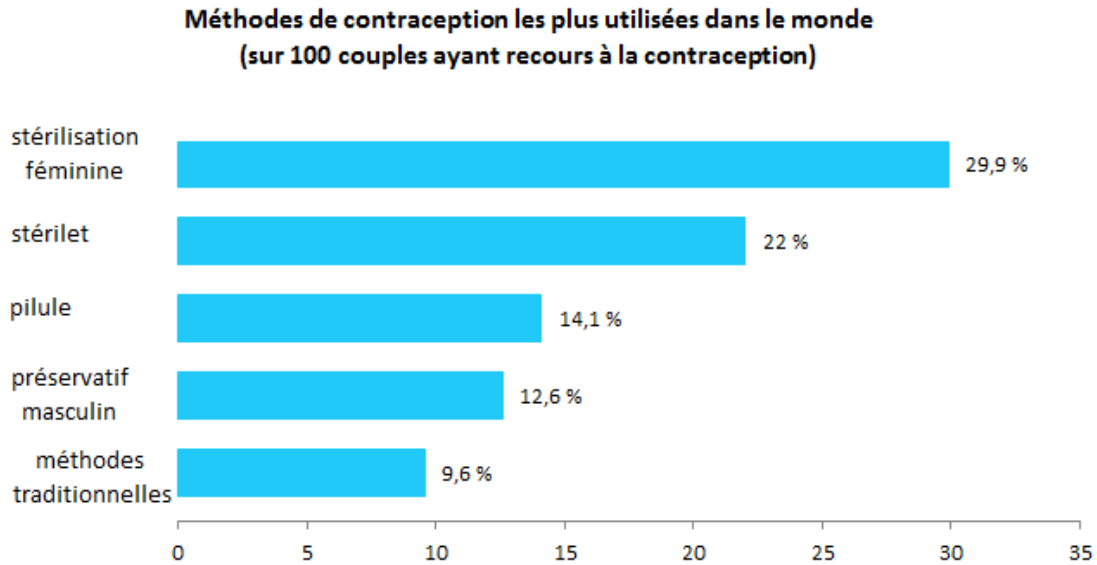


Figure 1 : utilisation des moyens contraceptifs dans le monde (source ONU)

Une étude réalisée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) en 2011 montre que environ 63% des femmes de 15 à 49 ans vivant en couple utilisent un moyen de contraception. Ce recours est variable en fonction des pays. Certains couples n'ont pas recours à la contraception (stérilité avérée ou désir d'enfant). 90% des couples concernés par la contraception utilisent des méthodes modernes. Les autres ont recours aux méthodes naturelles (retrait ou méthode du calendrier).

La stérilisation féminine est la contraception la plus utilisée dans le monde, devant le stérilet, la pilule et le préservatif.



Source : Word Contraceptive Patterns 2013, Division de la population, Nations unies

Figure 2 : méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde

Les usages varient beaucoup d'un pays à l'autre. En effet, la pilule et le préservatif masculin sont privilégiés dans les pays développés ; la stérilisation féminine et le stérilet dans les pays en développement.

2) En France

Selon l'enquête Baromètre Santé réalisée en 2016, plus de 7 femmes sur 10 ont recours à une méthode contraceptive médicalisée. La pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5%) (Figure 3), surtout chez les 15-19 ans (60,4%) et les 20-24 ans (59,4%).

Le DIU apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7%), et remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de la pilule (31,6%) chez les femmes de 30-34 ans. Il devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6%).

Parmi les autres méthodes hormonales, l'implant est le plus diffusé (4,3 % des

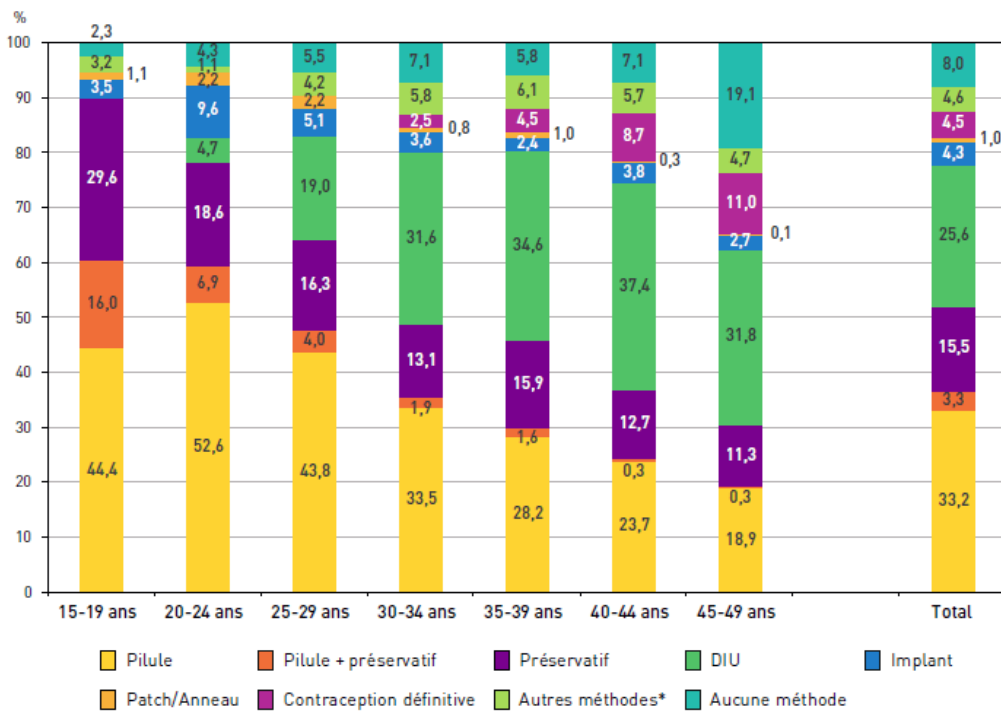
femmes). Sa proportion est plus importante chez les 20-24 ans (9,6%). Il est le 3^{ème} contraceptif utilisé dans cette tranche d'âge après la pilule et le préservatif. Comme pour le DIU, on remarque « un effet parité », l'implant étant davantage proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants (24,1% vs 7,4% pour les nullipares)

La contraception définitive augmente avec l'âge et concerne majoritairement les femmes de 40 ans et plus (8,7% des 40-44 ans et 11% des 45-49 ans).

Le recours à une méthode non médicalisée (préservatif, retrait, méthodes naturelles ou locales) concerne 20,1% des femmes de 15-49 ans, le préservatif représentant 77,1% de cette catégorie.

Le préservatif est le moyen de contraception le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6%) parfois en association avec la pilule (16% des cas). La proportion des femmes y ayant recours décline au fil de l'âge mais il reste utilisé par plus de 10% des femmes de plus de 40 ans.

Les méthodes naturelles, locales sont utilisées par une minorité de femmes (4,6%), principalement après 25 ans, indépendamment du fait d'avoir déjà eu des enfants ou non.



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

Malgré les polémiques de ces dernières années autour des méthodes contraceptives, la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée entre 2013 et 2016, ne montrant pas de désaffection vis-à-vis de la contraception.

La contraception la plus utilisée en France reste donc la pilule, suivie par le DIU et le préservatif.

Le taux d'utilisation des autres méthodes reste faible.

C) Quels obstacles à une bonne contraception ?

Dans un pays où le taux de couverture contraceptive est très élevé (12), le nombre d'IVG reste stable. C'est ce qu'on appelle « le paradoxe français ».

Malgré les mesures mises en place pour une meilleure diffusion de l'information sur la contraception, de nombreuses idées préconçues persistent et contribuent à des échecs contraceptifs et donc, à un recours à l'IVG. Une étude réalisée par l'INPES baptisée « Les Français et la contraception », réalisée en 2007 a interrogé des personnes âgées de 15 à 75 ans sur leurs connaissances et leurs croyances à propos des risques de grossesse et des différents moyens de contraception (13).

Cette étude a mis en évidence que certaines croyances populaires sont encore très répandues. Par exemple, 50% de la population étudiée croyait qu'un stérilet ne pouvait pas être posé chez une nullipare, alors que 53% pensaient que tomber enceinte lors du premier rapport sexuel était impossible (13). Il a aussi été retrouvé d'importantes lacunes dans les connaissances des moyens de contraception. Ainsi, 55% de la population ne connaissaient pas les durées d'utilisation de l'anneau, le patch ou encore l'implant contraceptif (13).

Il semble également important de souligner que quel que soit le moyen contraceptif, les écarts entre efficacités théoriques et pratiques peuvent être élevés. Par exemple, si la pilule est théoriquement efficace à 99,7%, son efficacité pratique n'est plus que de 97,6% en France (14). Le taux d'abandon de cette méthode après une année d'utilisation est de

30% en France (15). Par ailleurs, quelle que soit la méthode contraceptive utilisée, l'efficacité pratique diminue au cours du temps (16).

D'autre part, les usages contraceptifs sont marqués par l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, puis dès que les femmes ont une relation stable par le recours à la pilule (17,18). Une fois le nombre d'enfants souhaités atteint, la pilule est remplacée par le DIU. Ce modèle désignant pour chaque période de la vie une contraception bien spécifique est appelé « la norme contraceptive française » (19).

En attribuant une méthode aux femmes selon leur âge et leur situation relationnelle, cette norme limite la possibilité de choisir le contraceptif qui leur convient. Or, du choix contraceptif dépend l'acceptabilité, de laquelle dépend l'observance nécessaire à certains produits comme la pilule. La norme contraceptive française, en limitant le choix des femmes en matière de contraception, réduit l'efficacité contraceptive. Les échecs contraceptifs dus aux défauts d'observance sont l'une des principales causes de recours à l'IVG en France (20).

II) L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

A) Généralités

Les Grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse, ou suite à un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitaient pas être enceintes (21).

Près de 60% des GNP se terminent par une IVG (22). L'IVG est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales (23).

B) Les méthodes proposées

1) Le choix de la méthode

Deux consultations sont nécessaires. Le choix de la méthode repose sur le souhait de la femme et sur le terme de la grossesse, en collaboration avec le médecin ou la sage-femme.

- Jusqu'à 7SA révolues, les deux techniques sont possibles. La méthode médicamenteuse est généralement préférée.

- De 7SA +1jour à 9 SA, les deux techniques sont toujours possibles, mais l'IVG médicamenteuse devra obligatoirement être réalisée en établissement de santé.

- De 9SA + 1 jour à 14 SA, seule la technique chirurgicale est indiquée.

Quelle que soit la méthode retenue, elle est systématiquement précédée d'un dépistage des IST et suivie d'une consultation de contrôle 2 à 3 semaines post-abortum.

La contraception est discutée à chaque étape du protocole.

2) La méthode médicamenteuse

Elle représente actuellement 64% des IVG. Cette technique repose sur l'utilisation de deux médicaments : un antiprogestérone, la mifépristone (MYFEGYNE®) puis d'une

prostaglandine, le misoprostol (GYMISO®). Elle est très efficace, avec un taux de réussite de 95 à 98%.

Lors de la seconde consultation, la patiente prend par voie orale, en présence du médecin ou de la sage-femme, 600mg de mifépristone (soit 3 comprimés).

La patiente est informée que les quelques saignements pouvant survenir ne sont pas synonymes d'expulsion.

Pour que l'IVG soit efficace, il est donc indispensable de prendre les 400 microgrammes de misoprostol (soit 2 comprimés) 36 à 48 heures plus tard.

Rapidement après la prise de misoprostol, des contractions douloureuses apparaissent et les saignements se font plus abondants. Ils durent en général 2 heures, et persistent en moindre abondance pendant environ 3 semaines (24,25,26).

3) La méthode chirurgicale

Cette méthode est pratiquée par un médecin, dans un établissement de santé jusque 14 SA. La prise en charge ambulatoire est la règle.

Cette méthode est efficace dans presque 100% des cas, et sera utilisée en dernier recours en cas d'échec de la méthode médicamenteuse. (27)

L'IVG instrumentale consiste en une préparation préalable du col, à l'aide des mêmes molécules que dans l'IVG médicamenteuse, suivie d'une aspiration du contenu utérin (28).

L'anesthésie peut être locale ou générale.

Si la patiente souhaite une contraception post-IVG par DIU ou implant, celui-ci pourra être mis en place en fin d'intervention.

4) Les complications possibles de l'IVG

a) Les complications de la méthode médicamenteuse (27)

- hémorragie
- malaise vagal
- infection (endométrite, salpingite)
- douleurs abdominales intenses
- troubles digestifs
- éruptions cutanées
- rétention ovulaire
- échec

b) Les complications de la méthode chirurgicale (27, 29)

- liées à l'anesthésie
- malaise vagal
- hémorragie
- perforation utérine
- déchirures cervicales
- infection
- maladies thrombo-emboliques chez les patientes à risque
- échec
- synéchies utérines
- béances cervicales

Quelle que soit la méthode utilisée, le retentissement psychoaffectif pour la patiente est non négligeable.

C) Evolution du recours à l'IVG

Les données statistiques relatives aux IVG sont actuellement de 3 types :

1) Les statistiques annuelles d'établissement (SAE) : permettent de connaître la méthode utilisée mais ne recensent pas les IVG réalisées en ville. Ce sont les SAE qui sont utilisées depuis 2001 pour estimer le nombre d'IVG (30).

2) Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) : ne distingue pas les IVG des IMG. Il est moins fiable que les SAE.

3) Les bulletins d'interruption de grossesse (BIG) remplis par l'équipe médicale. Ils renseignent le terme, le nombre de grossesses précédentes, la situation familiale et professionnelle.

Selon la DREES 216 700 IVG ont été réalisées en France en 2017. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les jeunes femmes restent les plus concernées (20-24 ans), avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017.

Toujours selon cette même étude, les écarts régionaux perdurent, ce taux variant du simple au double selon les régions. 48 100 IVG ont été réalisées hors structure hospitalière, soit 22% de la totalité des IVG. A l'hôpital, le nombre d'IVG chirurgicales ne cesse de diminuer pour atteindre 41%, soit 32% de la totalité des IVG.

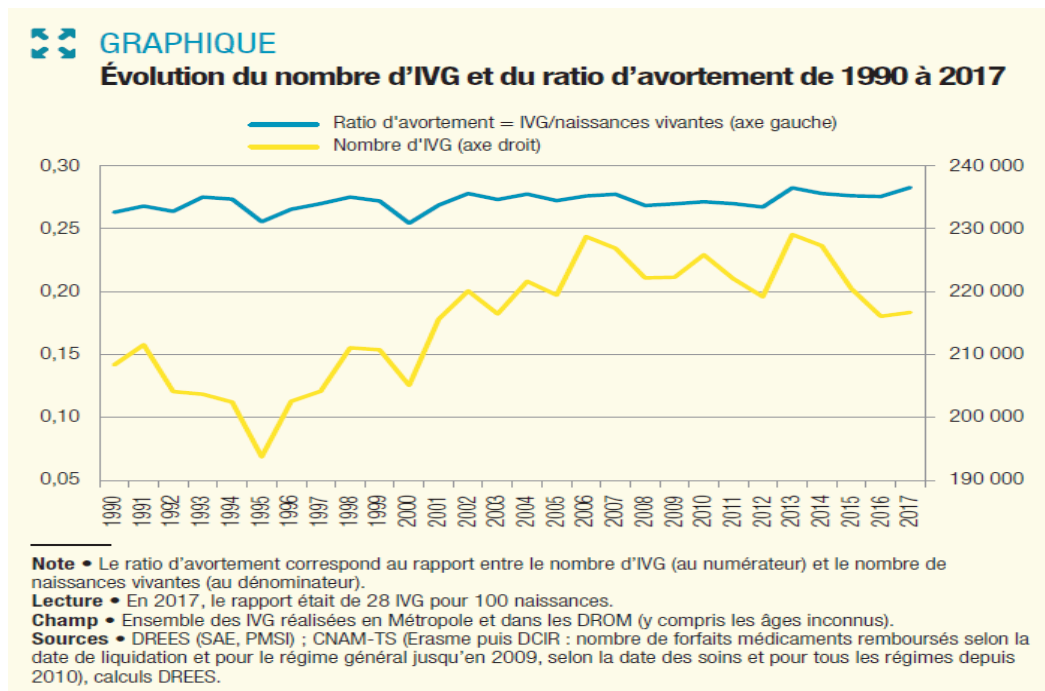


Figure 4 : Evolution du nombre d'IVG de 1990 à 2017

En 2017, dans la région Hauts de France, 17 414 IVG ont été réalisées, dont 474 au centre hospitalier de Calais. Cela représente une évolution de l'activité pour ce centre d'orthogénie de 26,4% entre 2016 et 2017.

Nous avons vu préalablement la diversité et la facilité d'accès des moyens contraceptifs en France avec leur paradoxe. Ce dernier est multifactoriel avec, entre autres, l'installation d'une norme contraceptive.

Néanmoins, selon le résultat de plusieurs enquêtes (COCOON, FECOND, rapport INPES), un défaut d'information semble également être impliqué dans la méconnaissance des moyens contraceptifs.

C'est la raison pour laquelle, nous avons décidé de réaliser cette étude évaluant les connaissances des femmes recourant à une IVG sur les différents moyens de contraception.

PATIENTES ET METHODE

A) Description et buts de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et monocentrique, ayant pour objectif principal d'évaluer les connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur moyens de contraception.

Le critère de jugement principal était le taux de bonnes réponses au questionnaire distribué.

L'objectif secondaire était de décrire le taux de bonnes réponses par sous-parties, c'est à dire par moyen contraceptif.

B) Description de la population étudiée et du questionnaire :

1) La population étudiée

Pour cette étude, nous avons inclus toutes les patientes consultant pour une IVG au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais sur une période de 4 mois (du 1^{er} juin au 30 septembre 2018).

Elles devaient savoir lire, écrire, et parler le français.

2) Le questionnaire (Annexe 1)

L'étude a été réalisée par questionnaire anonyme, distribué aux patientes en salle d'attente lors de leur première consultation.

Pour élaborer ce questionnaire, nous nous sommes inspirés d'idées reçues et de questions fréquemment rencontrées en consultation ou retrouvées dans les forums de discussion.

Il en a résulté un Quizz de 41 questions sous forme de VRAI /FAUX. Celui-ci a été préalablement testé et validé par l'équipe soignante afin de s'assurer de sa bonne compréhensibilité.

Il était composé de deux parties :

- une première partie intitulée « Généralités », reprenait les caractéristiques de la population (âge, profession, information sur la contraception, contraception antérieure, notion de recours antérieur ou non à une IVG).
- Une seconde partie comprenant les 41 questions, elle-même scindée en 8 sous-parties (« Généralités sur la contraception, préservatif, pilule, patch et anneau contraceptif, stérilet, implant, autres méthodes contraceptives et contraception d'urgence »).

Une fois le questionnaire rempli, il était récupéré lors de la consultation avec le médecin ou la sage-femme.

Afin d'améliorer la participation à l'étude et dans un but éducatif, les réponses (Annexe 2) étaient remises aux patientes à la fin de l'entretien. Des explications complémentaires pouvaient être données si elles le souhaitaient.

Ces réponses ont été élaborées à partir des recommandations de la HAS, de recommandations internationales et de ressources bibliographiques.

3) Avis du Comité de Protection des Personnes (CPP)

Le projet de cette étude a été soumis au Dr Vasseur, président du CPP Nord Ouest IV. Jugée non interventionnelle, l'étude ne nécessitait pas l'avis préalable d'un CPP ni de déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

C) Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée avec l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les données ont été analysées grâce au logiciel R 3.3.2 (31). Les variables qualitatives étaient décrites sous forme de proportion. L'intervalle de confiance à 95% était calculé à l'aide de la loi binomiale.

Les variables quantitatives étaient décrites sous forme de moyenne avec une déviation standard et un intervalle de confiance à 95% calculé à l'aide du théorème central limite.

Si les variables quantitatives ne suivaient pas une loi normale, elles étaient décrites avec l'aide d'une médiane et de l'intervalle interquartile.

La normalité d'une variable était évaluée graphiquement, avec l'aide du test Shapiro Wilk ainsi qu'avec la réalisation d'un QQ-Plot.

Les variables quantitatives étaient croisées avec les variables qualitatives à l'aide d'un test paramétrique de Student ou d'une Anova si la condition de normalité était respectée.

Dans le cas contraire, un test non paramétrique de Wilcoxon ou de Kruskal Wallis était utilisé.

Les variables quantitatives étaient croisées avec les variables quantitatives à l'aide d'une régression de Pearson si les conditions étaient respectées, à l'aide d'un test de Spearman dans le cas contraire.

L'ensemble des tests était réalisé avec un risque alpha de 5%.

RÉSULTATS

A) Caractéristiques de la population étudiée

145 patientes ont accepté de répondre au questionnaire durant la période de recueil.

1) Âge :

L'âge moyen était de 28,03 ans ,IC 95% [26,86 ; 29,19]. L'âge minimum était de 15 ans. L'âge maximal était de 45 ans.

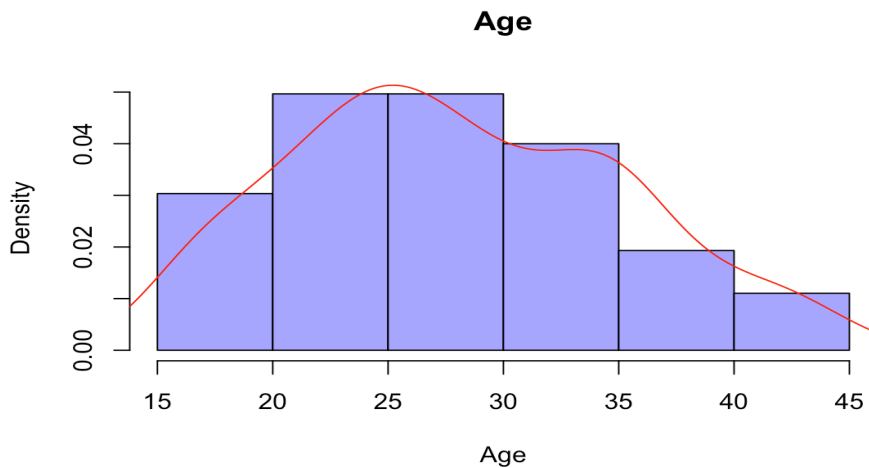


Figure 1 : Âge de la population étudiée

2) Catégorie socioprofessionnelle :

- 49,66 % IC 95% [41,25% ; 58,07%] (n=72) des patientes déclaraient avoir une activité professionnelle.
- 21,38% IC 95% [15,01% ; 28,95%] (n= 31) étaient femmes au foyer.
- 14,48% IC 95% [9,19% ; 21,28%] (n=21) étaient en recherche d'emploi.
- 7,59% IC 95% [3,85% ; 13,17%] (n=11) étaient étudiantes.
- 5,52% IC 95% [2,41% ; 10,58%] (n= 8) étaient lycéennes.
- 1,38% IC 95% [0,17% ; 4,89%] (n=2) étaient collégiennes.

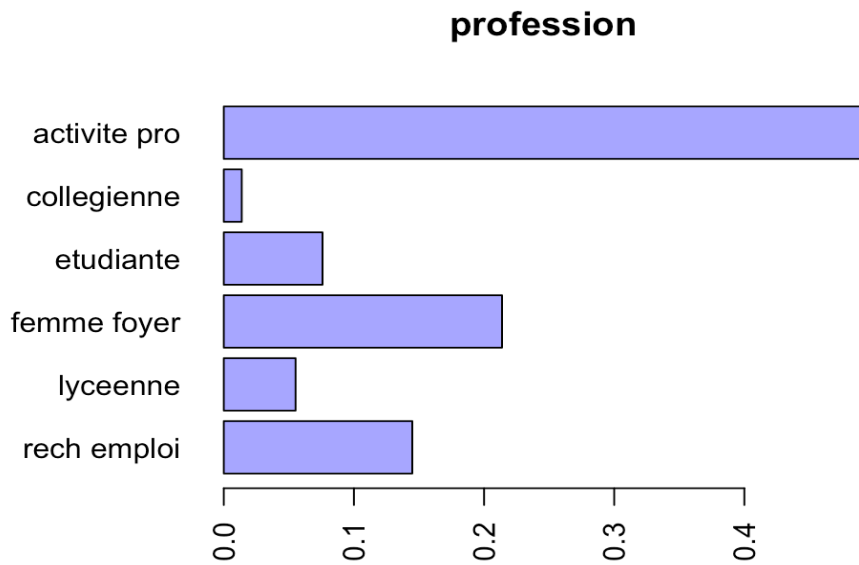


Figure 2 : Catégorie socioprofessionnelle

3) Informations sur la contraception :

Concernant l'information sur les différents moyens de contraception, 93,10% IC 95% [87,68% ; 96,64%] des patientes (n= 135) déclaraient avoir déjà été informées.

Parmi celles-ci, les moyens d'information étaient les suivants (plusieurs pouvaient être cochés) :

- 75% IC 95% [66,86% ; 82,02%] (n= 102) par un gynécologue.
- 42,65% IC 95% [34,21% ; 51,41%] (n= 58) par leur médecin traitant.
- 33,09% IC 95% [25,26% ; 41,67%] (n=45) par leur mère.
- 24,26% IC 95% [17,33% ; 32,36%] (n=33) par une sage-femme.
- 18,38% IC 95% [12,26% ; 25,93%] (n=25) par un centre de planning et d'éducation familiale (CPEF).
- 11,03% IC 95% [6,31% ; 17,54%] (n= 15) par les forums internet.
- 5,88% IC 95% [2,57% ; 11,26%] (n=8) par un(e) ami(e).

- 5,88% IC 95% [2,57% ; 11,26%] (n=8) par une infirmière scolaire.
- 1,47% IC 95% [0,18% ; 5,21%] (n=2) par leur père.

4) Contraception utilisée :

Concernant la contraception par elle-même, 49,66% IC 95% [41,25% ; 58,07%] (n=72) des patientes déclaraient ne pas avoir de moyen de contraception au moment de la consultation.

Dans le cas contraire, soit 50,34% IC 95% [41,93% ; 58,75%] (n=73) de la population étudiée, la majorité d'entre elles prenait la pilule (69,86% IC 95% [58% ; 80,06%] (n=51)).

La proportion des autres moyens de contraception était de :

- 10,96% IC 95% [4,85% ; 20,46%] (n=8) pour le stérilet
- 9,59% IC 95% [3,94% ; 18,76%] (n= 7) pour le préservatif
- 4,11% IC 95% [0,86% ; 11,54%] (n=3) pour l'association pilule + préservatif
- 2,74% IC 95% [0,33% ; 9,55%] (n=2) pour le patch
- 1,37% IC 95% [0,03% ; 7,4%] (n=1) pour l'implant
- 1,37% IC 95% [0,03% ; 7,4%] (n=1) pour l'anneau

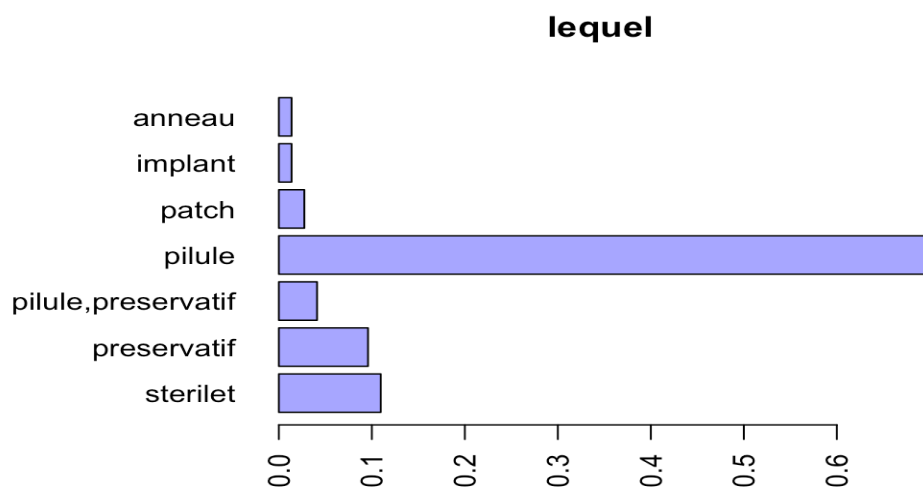


Figure 3: Différents moyens de contraception utilisés par les patientes

5) 1^{ère} IVG :

Enfin, pour 71,72% IC 95% [63,65% ; 78,88%] des patientes (n=104), il s'agissait d'un premier recours à l'IVG.

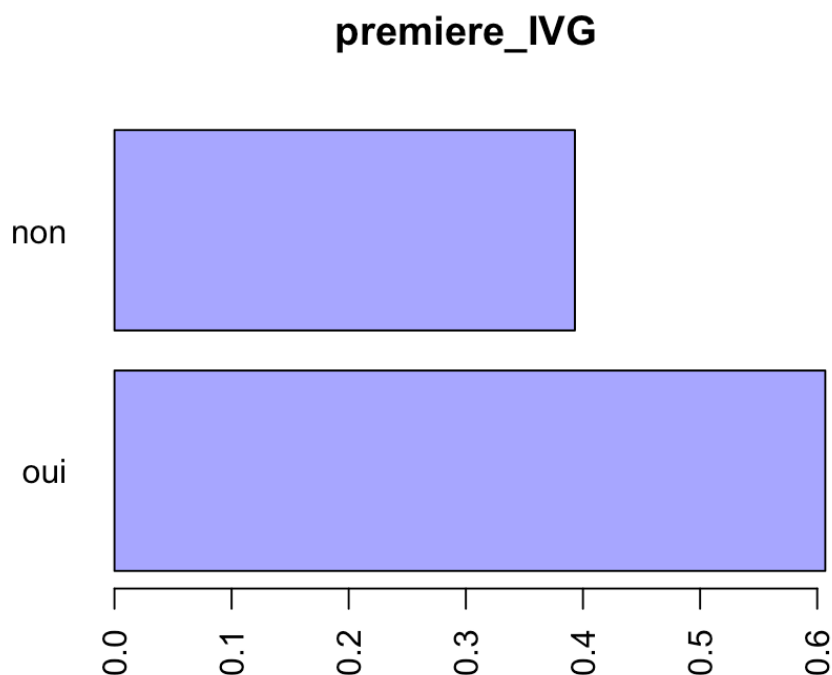


Figure 4 : Notion de première IVG dans la population étudiée

B) Les réponses au questionnaire

Les bonnes réponses sont représentées en bleu, les mauvaises réponses en rouge, et les « ne sait pas » en vert. Les données sont exprimées en pourcentage.

Pour l'estimation des scores et taux de bonnes réponses, les « ne sait pas » ont été considérés comme des mauvaises réponses pour l'analyse.

1) Généralités

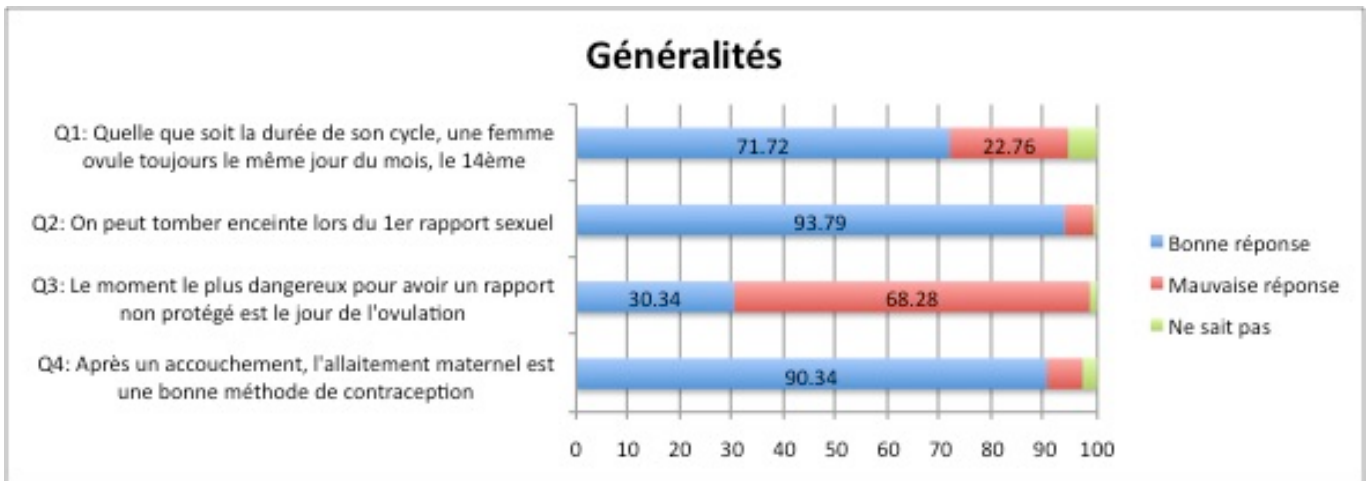


Figure 5 : Généralités

Le taux moyen de bonnes réponses pour cette partie « Généralités » est de 71,55% IC 95% [68,07% ; 75,03%].

Cette partie semble relativement maîtrisée par les patientes.

Elles sont conscientes du risque de grossesse dès le premier rapport sexuel.

Cependant, 69,66% IC 95% [61,48% ; 77,01%] des patientes pensent qu'avoir un rapport sexuel précisément au moment de l'ovulation est plus dangereux.

2) Concernant le préservatif

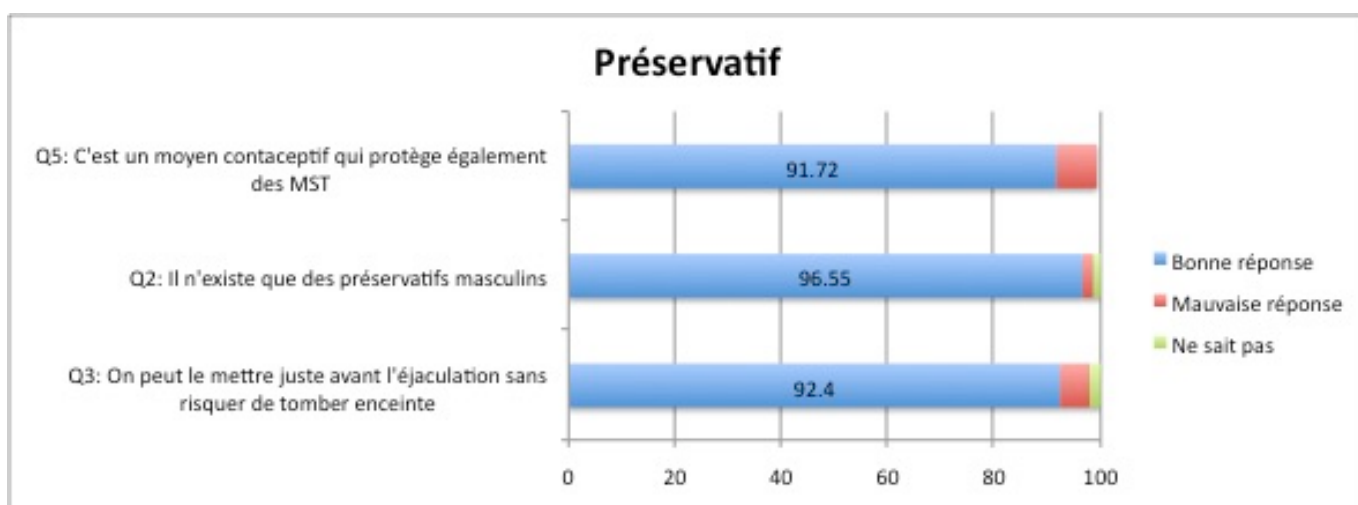


Figure 6: Concernant le Préservatif

Le taux moyen de bonnes réponses pour cette partie « concernant le préservatif » est de 93,56% IC 95% [91,41%; 95,71%].

Même si le taux de bonnes réponses est élevé pour cette partie, nous pouvons souligner que 8,28% IC 95% [4,35% ; 14,01%] des personnes interrogées ne savent pas que le préservatif protège également contre les MST.

De même 7,59% IC 95% [3,85% ; 13,17%] des patientes ne savent pas que le préservatif doit être mis en place dès le début du rapport sexuel.

3) Concernant la pilule :

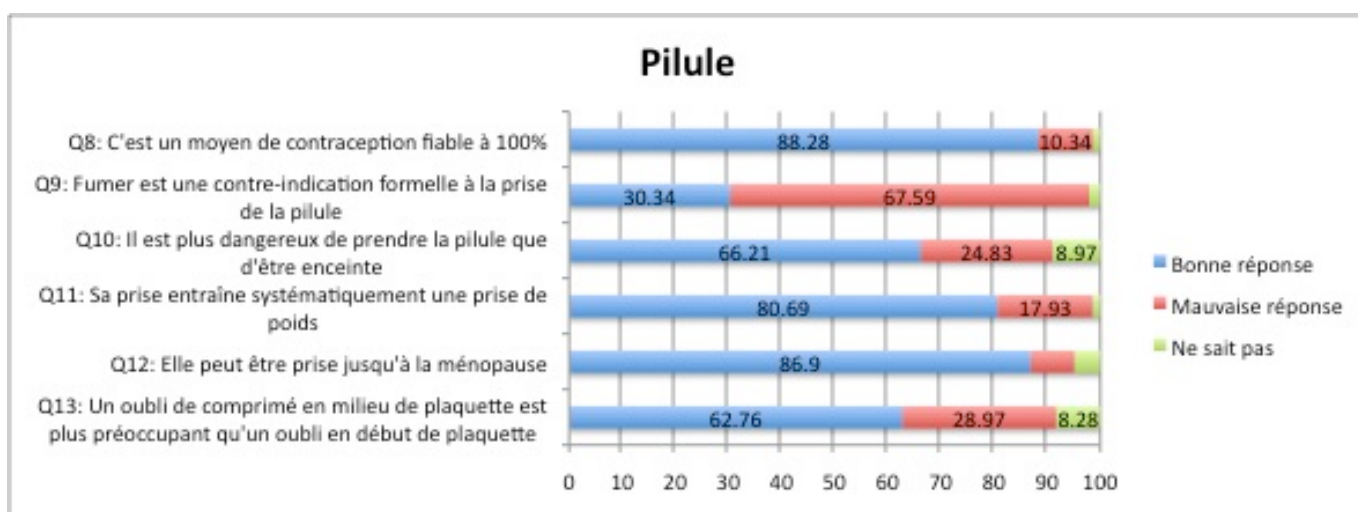


Figure 7 : Concernant la pilule

Le taux moyen de bonnes réponses pour cette partie est de 67,59%, IC 95% [64,35% ; 70,82%].

Les pourcentages de bonnes réponses sont relativement élevés (> 80%), sauf pour les questions 9, 10 et 13.

En effet, 69,66% IC 95% [61,48% ; 77,01%] des patientes pensent que fumer est une contre-indication formelle à la prise de pilule.

33,79% IC 95% [26,15% ; 42,11%] ne savent pas que les risques liés à la grossesse sont supérieurs à ceux de la contraception par pilule.

Enfin, 37,24%, IC 95% [29,36% ; 45,65%] des patientes ne maîtrisent pas la notion d'oubli de comprimé.

4) Concernant le patch et l'anneau contraceptif

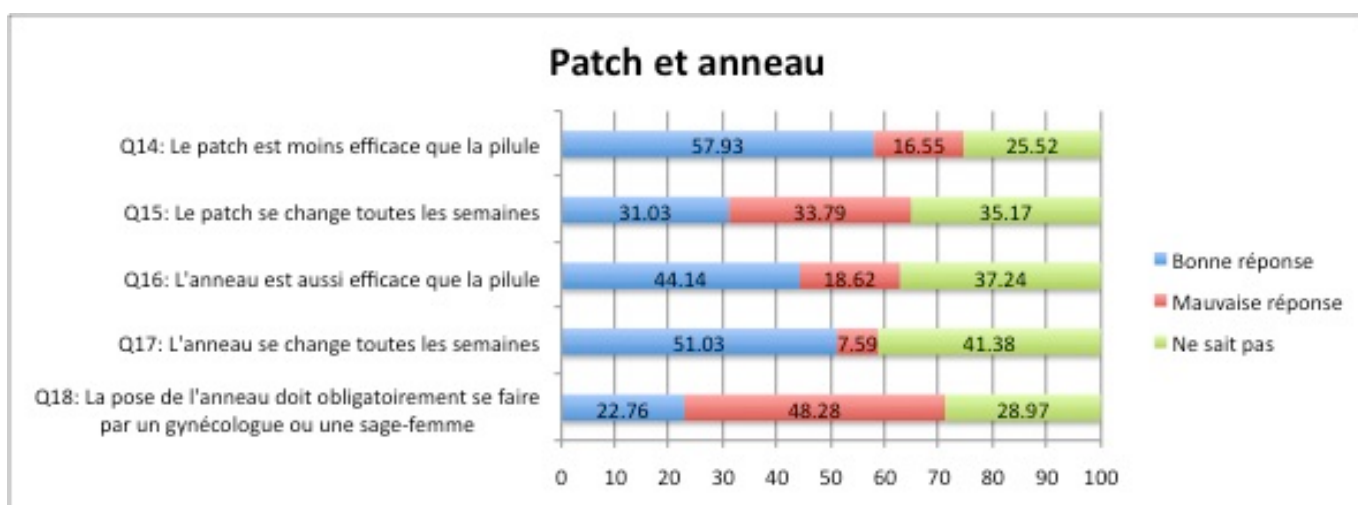


Figure 8 : Concernant le patch et l'anneau contraceptif

Le taux moyen de bonnes réponses concernant le patch et l'anneau est de 37,24%, IC 95% [32,28 ; 42,2%].

C'est le taux le plus faible constaté dans cette étude.

Ainsi, 42,07% IC 95% [3,93% ; 50, 54%] ignorent que patch et pilule ont la même efficacité contraceptive. De même pour l'anneau, avec 55,86% IC 95% [47,39% ; 64,09%] de mauvaises réponses.

68,97% IC 95% [60,76% ; 76,38%], des patientes ne savent pas que le patch se change toutes les semaines.

48,97% IC 95% [40,58% ; 57,39%] pensent que l'anneau se change toutes les semaines (toutes les 3 semaines en réalité) et 77, 24% IC 95% [69,55% ; 83,79%] pensent que l'anneau doit forcément être posé par un gynécologue ou une sage-femme.

5) Concernant le stérilet

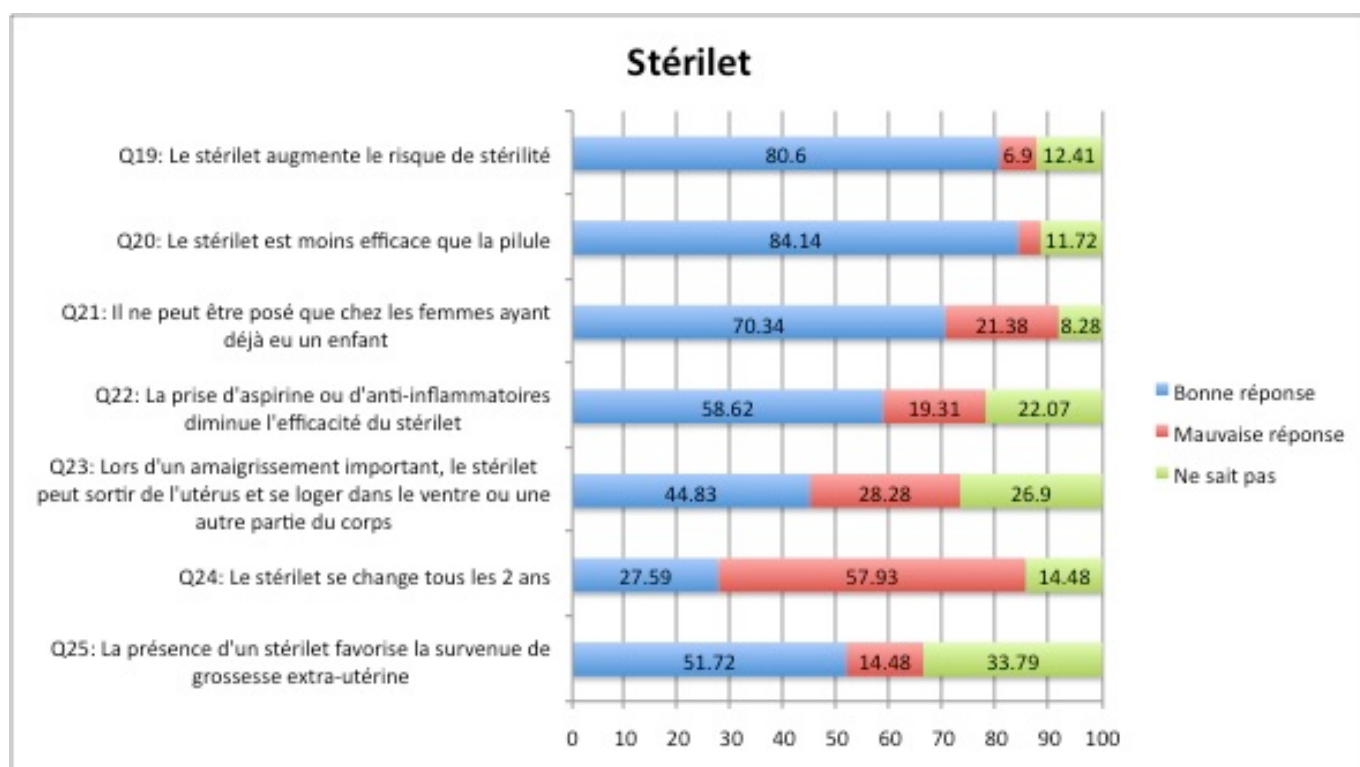


Figure 9 : Concernant le stérilet

Le taux moyen de bonnes réponses pour la partie stérilet est de 61,64%, IC 95% [57,59% ; 65,69%].

La durée d'utilisation du stérilet est non maîtrisée par 72,41% IC 95% [64,38% ; 79,5%] des patientes.

41,38% IC 95% [33,27% ; 49,85%] pensent que la prise d'anti inflammatoires diminue l'efficacité du stérilet (hormonal ou au cuivre).

55,17% IC 95% [46,7% ; 63,43%] pensent que, lors d'un amaigrissement important, le stérilet peut sortir de l'utérus et migrer dans une autre partie du corps.

Enfin, un peu moins d'une femme sur deux (48,28%, IC 95% [39,91% ; 56,72%]) pense que le stérilet favorise la survenue de grossesse extra-utérine.

6) Concernant l'implant

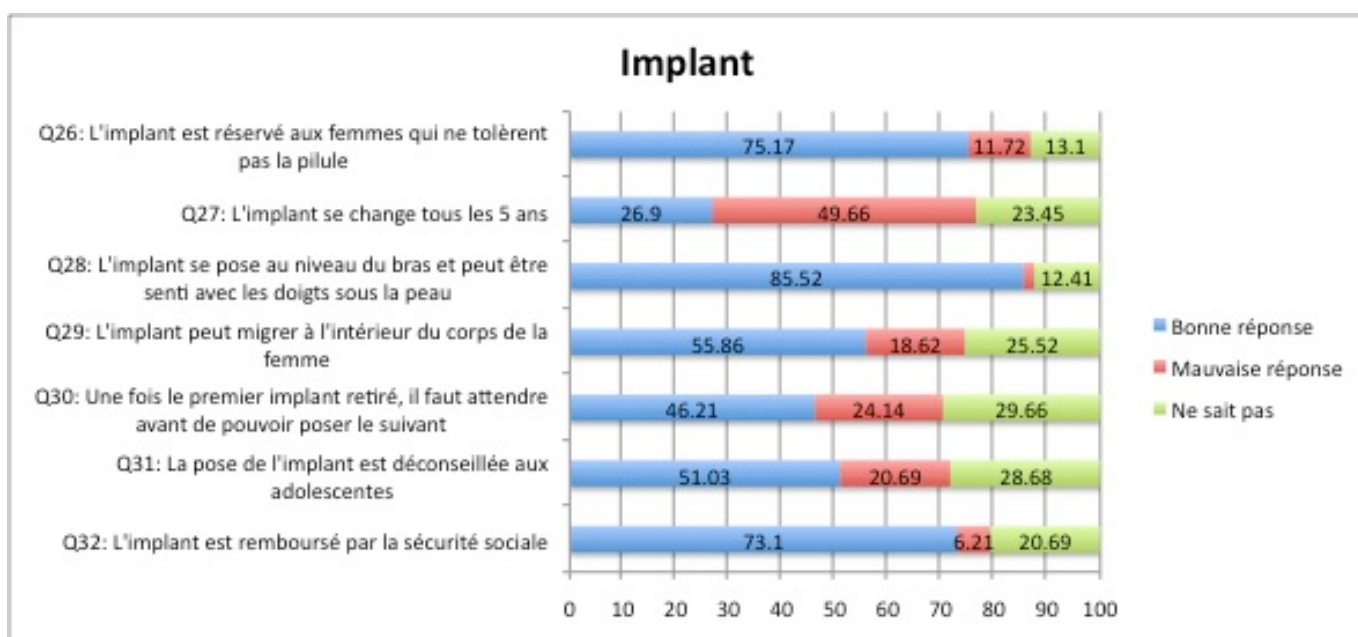


Figure 10: Concernant l'implant

Le taux moyen de bonnes réponses pour la partie « Implant » est de 56,44%, IC 95% [51,9% ; 60,97%].

La durée d'utilisation de l'implant n'est pas connue de 73,1% IC 95% [65,11% ; 80,12%] des patientes.

Par ailleurs, près de la moitié des femmes pense que l'implant peut migrer à l'intérieur du corps (44,14% IC 95% [35,91% ; 52,61%]), qu'il est déconseillé aux adolescentes (48,97% IC 95% [40,58% ; 57,39%]) et que lors de son retrait, le nouvel implant ne peut pas être posé dans le même temps (53,79% IC 95% [45,33% ; 62,1%]).

7) Concernant les autres moyens de contraception

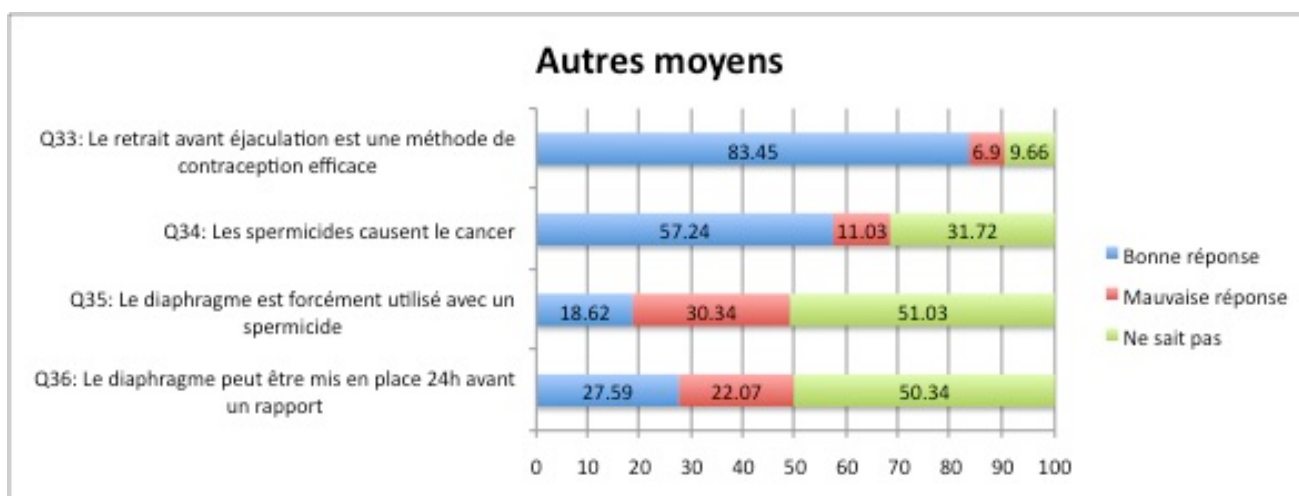


Figure 11 : Concernant les autres moyens de contraception

Le taux moyen de bonnes réponses pour cette partie est de 46,55%, IC 95% [42,09% ; 51,01%]. Il s'agit du taux le plus faible après l'anneau et le patch.

L'utilisation du diaphragme est méconnue par 81,38% IC 95% [74,08% ; 87,36%] des patientes, qui ne savent pas qu'il est recommandé d'utiliser un spermicide avec ce dernier.

De même 72,41% IC 95% [64,38% ; 79,5%] ignorent qu'il peut être mis en place 24h avant le rapport.

8) Après un rapport à risque

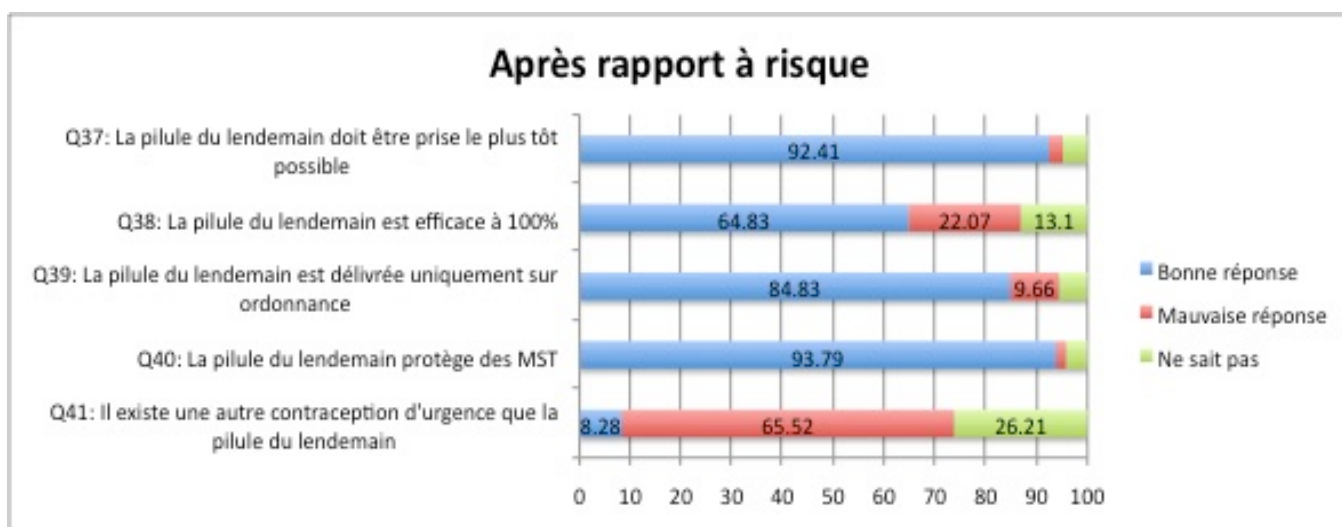


Figure 12 : Après un rapport à risque

Le taux moyen de bonnes réponses pour cette dernière partie du questionnaire est de 68,83%, IC 95% [65,62% ; 72,03%].

Cette partie semble maîtrisée par les patientes, à l'exception de la dernière question : 91,72% IC 95% [85,99% ; 95,65%] d'entre elles ne savent pas que le DIU au cuivre est également un moyen de contraception d'urgence.

Il faut également souligner que 35,17% IC 95% [27,43%, 43,53%] d'entre elles considèrent la pilule du lendemain comme efficace à 100%.

C) Analyse bivariée

Le score global de bonnes réponses est de 25,51/41 IC 95% [24,54 ; 26,48].

Le taux moyen global de bonnes réponses est de 62,22%, IC 95% [59,85% ; 64,59%]

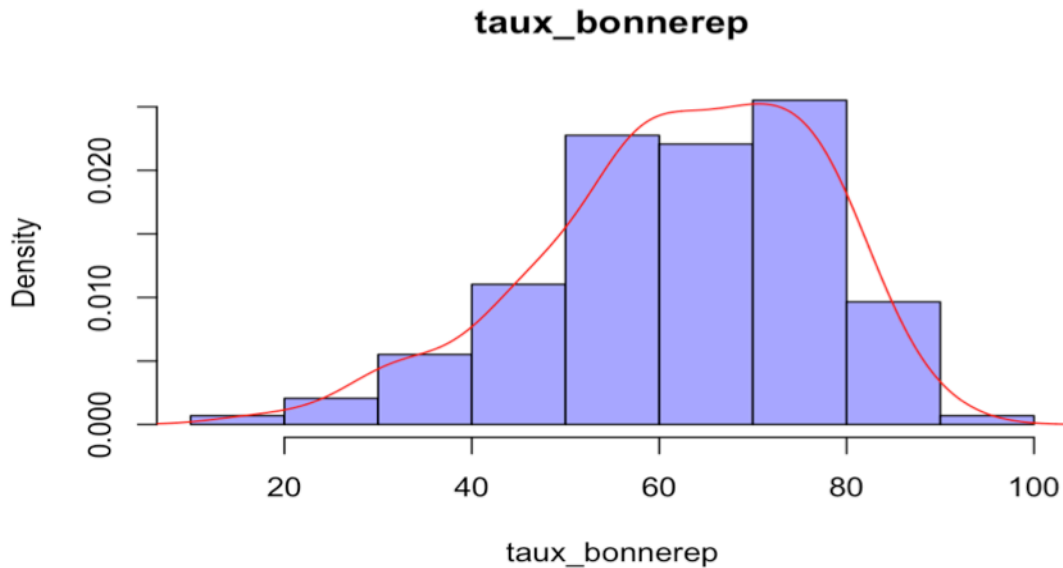


Figure 13 : Taux global de bonnes réponses

Nous avons cherché à savoir s'il y avait un lien entre le taux de bonnes réponses et d'autres variables.

Nous avons retrouvé une différence significative ($p= 0,02316$) en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des patientes.

Les 3 catégories se démarquant avec un taux de bonnes réponses plus élevé étaient les femmes ayant une activité professionnelle, les étudiantes et les femmes en recherche d'emploi.

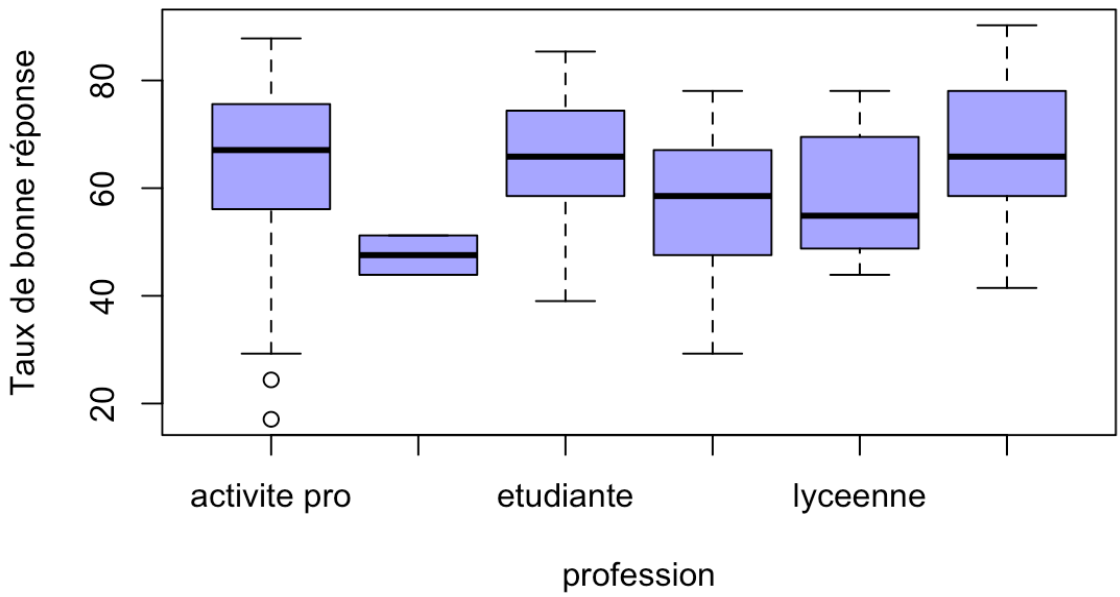


Figure 14 : lien taux de bonnes réponses et activité professionnelle

Au regard du Q-Q Plot Test, cette différence ne semble pas être associée à l'âge, avec un coefficient de corrélation de pearson $r=0,03024966$ ($p=0,7179618$).

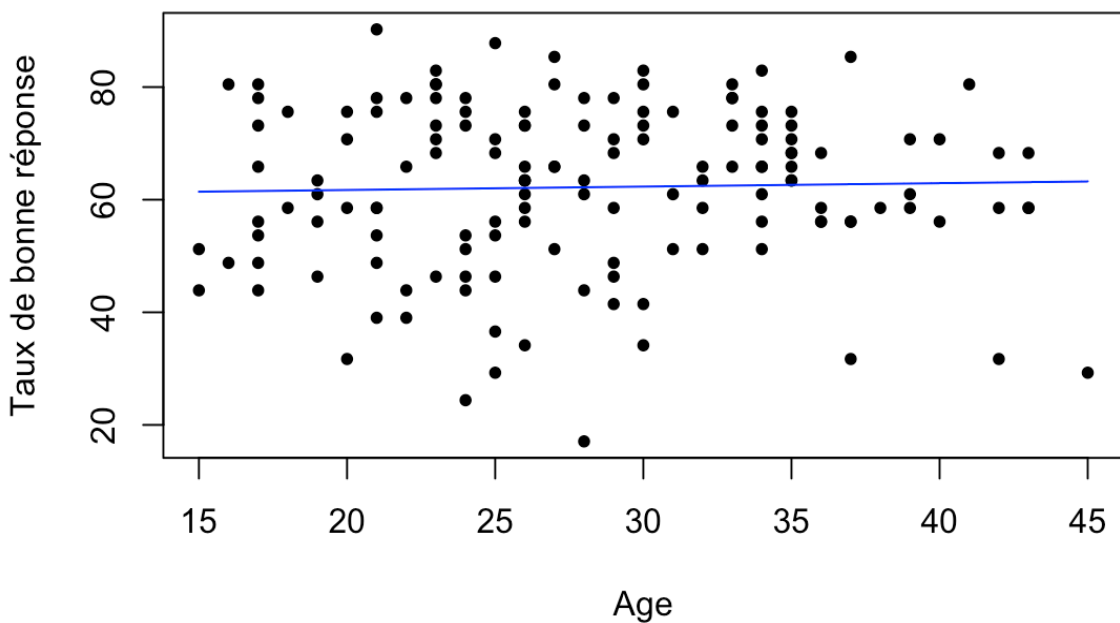


Figure 15 : Q-Q Plot Test de la corrélation entre l'âge et le taux de bonnes réponses

Par ailleurs, le taux de bonnes réponses n'était pas significativement influencé par les

autres variables ($p > 0,05$) que sont :

- l'information antérieure sur la contraception
- l'utilisation d'un moyen contraceptif
- La notion de première IVG ou non.

DISCUSSION

1. Confrontation des résultats avec la littérature médicale

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur les moyens contraceptifs. L'objectif secondaire recherchait l'influence de certaines variables sur ce niveau de connaissance.

L'âge moyen de la population étudiée était de 28 ans, proche de la moyenne d'âge nationale de recours à l'IVG, qui est de 27,5 ans.

Le taux de bonnes réponses global était de 62,22%.

Environ une patiente sur deux déclarait avoir une activité professionnelle (49,66%). 21,38% étaient femmes au foyer et 14,48% étaient en recherche d'emploi.

Cette tendance a également été retrouvée par Annick Vilain en 2011 (32), qui constatait que l'IVG ne concernait pas davantage les femmes les moins diplômées.

Néanmoins, l'analyse comparative des données de notre étude a retrouvé une influence significative de la catégorie socioprofessionnelle sur le taux de bonnes réponses.

En effet, les catégories « en activité professionnelle », « en recherche d'emploi » et « étudiante » ont obtenu significativement plus de bonnes réponses que les autres. Cette influence de la catégorie socioprofessionnelle n'était pas corrélée à l'âge, et les autres variables n'avaient pas d'influence significative sur le taux de bonnes réponses.

Cette discordance entre le niveau de connaissance relativement élevé et la surreprésentation des catégories socioprofessionnelles moyennes ou supérieures interroge sur l'existence d'une autre cause que la méconnaissance des moyens contraceptifs à la survenue de la GNP chez ces femmes.

Parmi les patientes étudiées, 28,28% avaient déjà eu recours à une IVG. Les données de la littérature mettent en évidence une augmentation progressive du recours

multiple à l'IVG. Cela s'explique par l'allongement de la durée comprise entre le premier rapport sexuel et la conception du premier enfant. Le fait d'avoir plusieurs IVG renvoie aux difficultés de gérer un parcours contraceptif sans faille dans le cadre de trajectoires affectives et sexuelles de plus en plus diversifiées (33)

Concernant la couverture contraceptive, 50,34% des patientes de notre étude déclaraient avoir un moyen de contraception qui n'a donc pas fonctionné, ce qui correspond à la revue de la littérature (34,35)

Les parties « concernant le préservatif », « la pilule » et « le stérilet » apparaissent comme les mieux maîtrisées avec respectivement 93,56%, 67,59% et 61,64% de bonnes réponses. Ces trois moyens de contraception étant très largement mis en avant par la « norme contraceptive française », ces résultats semblent cohérents.

Néanmoins, le taux moyen de bonnes réponses à la partie « concernant la pilule » n'était tout de même que de 67,59%. La pilule étant le moyen contraceptif le plus utilisé en France, on peut s'étonner que les connaissances des patientes interrogées sur cette méthode ne soient pas meilleures.

De fait, 69,86% des patientes de notre étude demandaient l'IVG suite à un échec de contraception par pilule.

D'autre part, après un dépôt de plainte en 2012, la France connaît une « crise des pilules ». Entre 2010 et 2016, on assiste à une diminution du recours à la pilule (36, 38), bien que celle-ci reste le premier moyen de contraception utilisé.

Plus qu'une crise sanitaire, c'est l'image de la pilule qui semble s'être modifiée au fil des générations (36) : elle est aujourd'hui moins considérée comme un objet d'émancipation par les femmes les plus jeunes.

Cette « crise » a conduit à la recomposition des inégalités sociales d'accès à la

contraception (37). Si les femmes les plus diplômées qui ont abandonné la pilule se sont davantage tournées vers le DIU, les femmes d'un niveau d'éducation intermédiaire ont davantage opté pour le préservatif. Les femmes sans diplôme, quant à elles, ont davantage opté pour des méthodes telles que le retrait ou le calcul des dates.

La partie « concernant un rapport à risque » semble relativement maîtrisée, avec un taux de bonnes réponses de 68,83%. Néanmoins avec seulement 8,28% de bonnes réponses à la question 41 sur le DIU au cuivre, ce faible taux souligne les lacunes des femmes sur les moyens contraceptifs utilisables en urgence.

En effet, plus d'un million de contraceptions hormonales d'urgences (Norlevo, Ellaone), sont vendues chaque année (39). Une enquête effectuée en 2012 dans 5 pays européens dont la France (40), montrait que seulement 24% des femmes à risque de GNP avaient utilisé une contraception d'urgence (20% en France). Près de la moitié des femmes n'ayant pas utilisé de contraception d'urgence évoquait ne pas se sentir à risque de grossesse. Les autres évoquaient des raisons comme « la contraception d'urgence ne marche pas, est trop chère, est dangereuse ... », permettant de penser que les campagnes d'information ne sont pas suffisantes.

De plus, si le taux de recours à la contraception d'urgence a bien augmenté depuis les années 2000, il n'a pas été observé en parallèle de changement des pratiques contraceptives ou de diminution du taux d'IVG en France (41).

Concernant les connaissances sur l'implant, le patch et l'anneau contraceptif, les taux de bonnes réponses étaient parmi les moins élevés, avec respectivement 56,44%, et 37,24%.

La littérature met en évidence le fait que la mise sur le marché dans les années 2000 de

ces nouveaux contraceptifs hormonaux ne s'est pas accompagnée d'une diffusion massive de ces méthodes. Les principales raisons évoquées étaient le manque de formation des médecins sur ces dispositifs, et le non-remboursement de ces derniers (1).

Concernant les connaissances sur le stérilet, le taux de bonnes réponses était de 61,64%. De nombreuses idées préconçues perdurent, avec 41,38% des femmes qui pensent que les anti-inflammatoires sont contre-indiqués avec un stérilet au cuivre, 55,17% que lors d'un amaigrissement le stérilet peut migrer, ou encore 48,28% que le stérilet favorise la survenue de GEU.

En outre, 72,41% des patientes ne maîtrisent pas sa durée d'utilisation.

Ces méconnaissances et idées préconçues concernant le DIU et l'implant, associées à la « norme contraceptive française », entraînent une sous-utilisation de ces moyens, pourtant efficaces.

En effet l'utilisation des contraceptions réversibles de longue durée d'action ou Long-Acting Reversible Contraception System (LARCS) chez les adolescentes permet une meilleure observance et réduit le taux de GNP selon l'essai CHOICE mené à St Louis (USA) (1). Une large cohorte prospective de femmes de 15 à 19 ans s'est vu proposer une contraception réversible gratuite (42, 43), avec une recommandation plus appuyée sur les LARC (Implant sous cutané et DIU). Les jeunes femmes étaient ensuite suivies pendant 2-3 ans pour évaluer le taux de grossesse, naissance et IVG. Parmi les 1404 femmes suivies et conseillées, 72% ont choisi les LARCS. Pour les jeunes femmes incluses dans la cohorte, les taux de grossesse, de naissance et d'IVG étaient divisés par 5 par comparaison aux femmes du même âge aux Etats-Unis. Cet essai a permis de montrer que la contraception, et notamment les LARCS, associée à un counseling (une consultation structurée) et un suivi des femmes, diminuait les grossesses adolescentes

quelle que soit leurs issues.

2. Les points faibles de notre étude

Notre étude présente des limites : tout d'abord, il existe un biais de recrutement. En effet, la population consultant dans un service d'orthogénie n'est pas représentative de la population générale. De plus, la population du Calaisis apparaît comme étant dans une grande précarité. Nous avons volontairement réalisé cette étude dans ce centre car très peu de travaux sur la contraception ont été menés chez des femmes en situation de précarité sociale et économique. Or ce sont ces femmes qui sont le plus à risque de GNP (21). Plusieurs rapports ont été produits par des organisations non gouvernementales (ONG), notamment Médecins du Monde. La couverture contraceptive est difficile à évaluer chez les femmes en situation de précarité mais semble faible par rapport à la population générale. On observe une plus grande utilisation des méthodes naturelles et/ou traditionnelles.

Une étude multicentrique, menée sur la population générale serait plus puissante.

Le remplissage des questionnaires était soumis au volontariat des patientes et à l'implication de l'équipe. Certains questionnaires nous ont été rendus partiellement remplis.

Nous avons tout de même choisi de les inclure en considérant les « non réponses » comme des mauvaises réponses.

3. Perspectives

Notre étude comparée aux données de la littérature, montre que le recours à l'IVG n'est pas uniquement dû à un manque de connaissances théoriques. En effet, ce niveau

de connaissances est largement influencé par de nombreux facteurs sociaux, culturels et économiques.

De plus, il faut noter que les motifs d'IVG ne concernent pas que des grossesses non prévues. Certaines situations personnelles (séparation du couple, problème de santé ou financier imprévu, précarité professionnelle...) amènent la femme à interrompre une grossesse initialement désirée. Cette éventualité est peu étudiée dans la littérature.

Il faut adapter le moyen contraceptif à chaque patiente. C'est la condition pour en améliorer son observance. Pour cela, une meilleure connaissance du panel des contraceptifs par les interlocuteurs médicaux et paramédicaux de la patiente est souhaitable, afin d'améliorer l'information donnée à la patiente.

Une formation plus approfondie pour les internes en médecine générale (actuellement seulement 3 mois en gynécologie) serait probablement un préalable utile.

De même, une meilleure formation de la population générale – notamment à l'école – permettrait de lutter plus efficacement contre les idées reçues encore vivaces.

Enfin, des outils simples et abordables pour toute femme, quel que soit son niveau de connaissance et d'instruction peuvent être élaborés afin de limiter au maximum les grossesses non prévues liées au mésusage d'un contraceptif.

CONCLUSION

La contraception fait partie du quotidien des soins de gynécologie et de médecine générale. Elle représente un enjeu majeur de santé publique nécessitant une prise en charge éducative.

Notre étude s'est intéressée à la première étape de toute démarche éducative, à savoir, essayer de déterminer les connaissances et les représentations des patientes.

Les moyens contraceptifs sont facilement accessibles par la population.

Il apparaît donc essentiel d'optimiser les politiques de santé permettant de réduire les échecs de la contraception lorsque celle-ci est utilisée (44).

Dans le but de répondre au mieux aux besoins éducatifs des patientes et dans un souci de compréhension de chacune, un fascicule intitulé « La contraception en pratique » a été créé. Sur un ton humoristique, il a pour objectif d'attirer l'attention des patientes et reprend, de la façon la moins médicalisée possible, les aspects pratiques des moyens contraceptifs les plus courants.

Ces illustrations ne dispensent pas d'une explication orale mais pourraient constituer un document d'appui complémentaire.

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends »

Benjamin Franklin



l.

Les contraceptifs

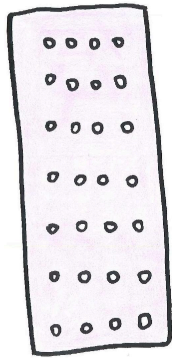
« À ne pas oublier »

A.

Les contraceptifs

Hormonaux

La Pilule



- * 1 comprimé par jour
 - * A prendre à heure fixe
 - * Pendant 21 jours, puis 7 jours de pause (avec des règles)
- ou
- * Pendant 28 jours d'affilée (avec ou sans règles, en fonction des pilules)

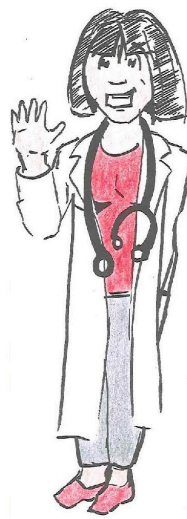
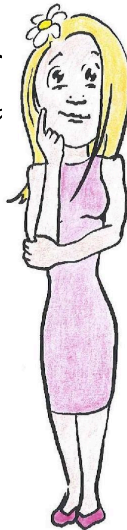


LA PILULE NE PROTEGE PAS DES MST!



ET SI JE N'AI PAS DE REGLES ENTRE 2 PLAQUETTES ?

OU SI J'AI DES SAIGNEMENTS PENDANT LA PLAQUETTE ?



CE N'EST PAS GRAVE, ET IL NE FAUT SURTOUT PAS ARRÊTER NI DÉCALER LA PRISE DU COMPRIMÉ SUIVANT!

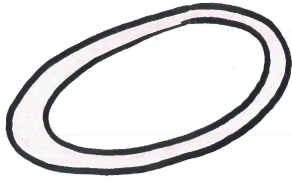
AVEC NICO, ON A VOULU APPLIQUER LA PARITÉ : JE PRENAIS LA PILULE LES JOURS PAIRS, ET LUI LES JOURS IMPAIRS ...

BEN NON ...

ET CA A MARCHÉ ???



L'anneau vaginal



- * À insérer profondément dans le vagin (comme un tampon)
- * À garder pendant 3 semaines
- * Ne pas en mettre la 4^{ème} semaine



S1, S2 et S3



S4



L'ANNEAU NE PROTÈGE PAS DES MST



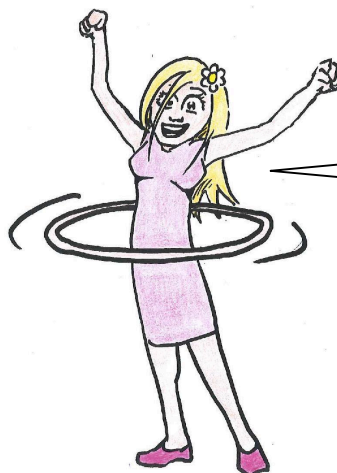
ET S'IL RESSORT TROP TÔT, JE FAIS QUOI ?



SI CELA FAIT MOINS DE 3 HEURES, TU PEUX LE REMETTRE ...

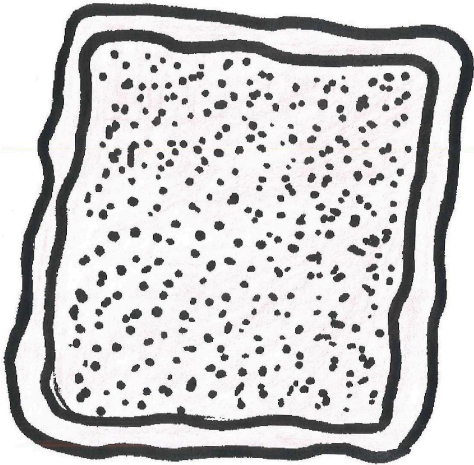


SI CELA FAIT PLUS DE 3 HEURES, REGARDE LES PAGES 10 ET 11 DE CETTE BROCHURE !



FINALEMENT, Y A PAS D'ÂGE POUR JOUER AVEC UN ANNEAU !

Le patch



- * À coller sur le ventre, l'épaule ou le bas du dos
- * Le garder pendant une semaine sans l'enlever
- * Le changer toutes les semaines pendant 3 semaines
- * Ne pas en mettre la 4^{ème} semaine



S1



S2



S3



S4

- * Si tu oublies de le changer, tu restes protégée pendant 2 jours



LE PATCH NE PROTÈGE PAS DES MST



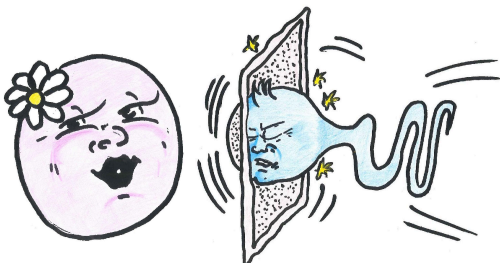
NORMALEMENT, LE PATCH
RÉSISTE À L'EAU ...

DONC TU PEUX TE LAVER OU
FAIRE DU SPORT SANS
L'ENLEVER !

MAIS IL PEUT PARFOIS
SE DÉCOLLER !!!

DANS CE CAS, IL FAUT EN REMETTRE
UN NEUF LE PLUS VITE POSSIBLE

SI CELA FAIT PLUS D'UNE JOURNÉE,
REGARDE LES PAGES 10 et 11 DE CETTE

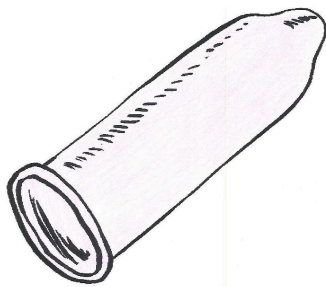


B.

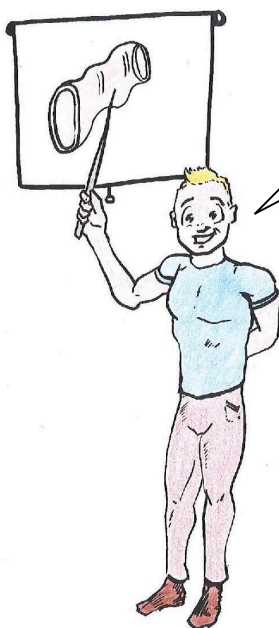
Les contraceptifs

Mécaniques

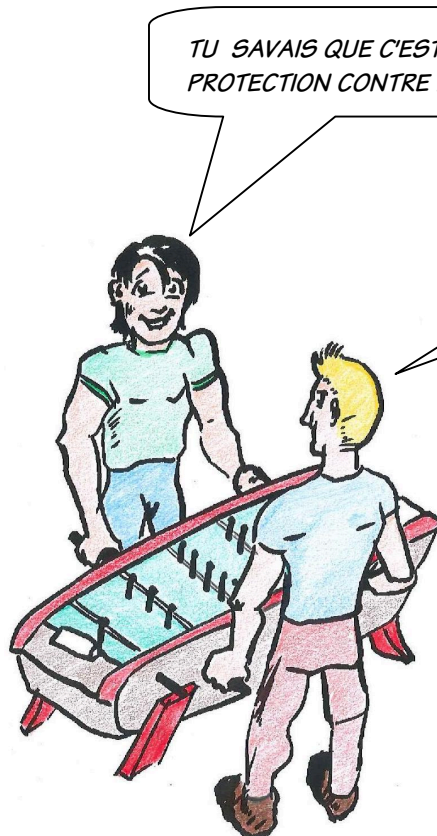
Le préservatif



- * Peut être utilisé seul ou avec un autre moyen de contraception
- * À mettre sur le pénis en érection avant la pénétration
- * À changer à chaque rapport sexuel

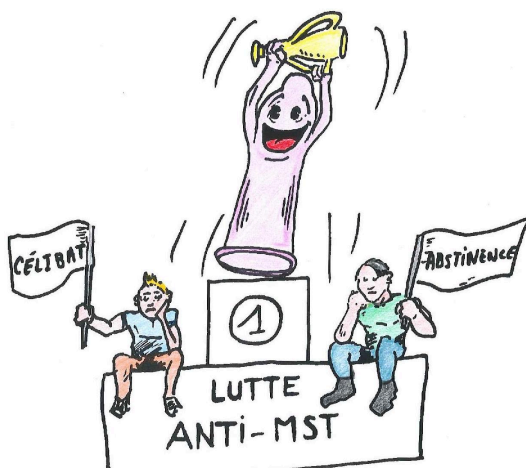


IL EXISTE AUSSI UN PRÉSERVATIF FÉMININ !



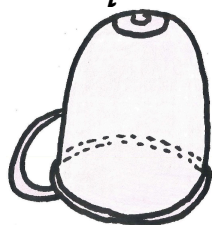
TU SAVAIS QUE C'EST LA SEULE PROTECTION CONTRE LES MST ?

Ouais !
ET EN PLUS C'EST SANS ORDONNANCE !

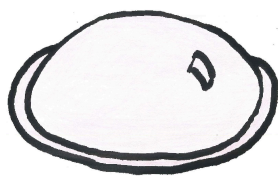


La cape, le diaphragme et le spermicide

- * Ils se placent au fond du vagin (comme un tampon) et recouvrent le col de l'utérus.
- * Ils n'ont pas la même forme. C'est pourquoi le diaphragme est plus efficace chez les femmes qui ont déjà eu des enfants.



La cape



Le diaphragme

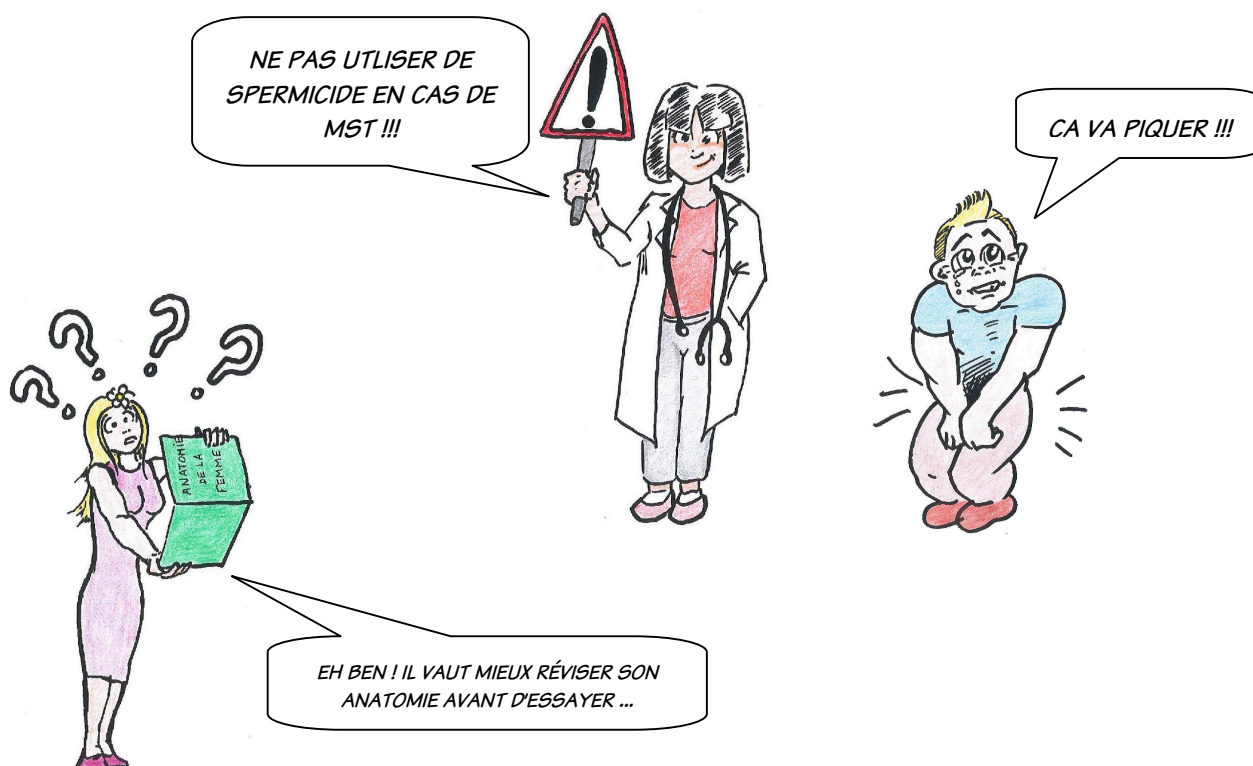


Le spermicide
(en gel ou en ovule)

- * Il vaut mieux utiliser un spermicide (produit qui détruit les spermatozoïdes) en même temps (c'est plus efficace)
- * Il faut les poser 2 heures avant le rapport
- * Ils doivent être laissés en place pendant au moins 8 heures après le rapport
- * Mais pas plus de 24 heures
- * Ils sont réutilisables, à condition de les laver après chaque utilisation



CES DISPOSITIFS NE PROTEGENT PAS DES MST

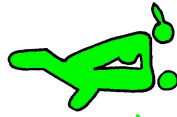


C.

En cas d'oubli ...

Les situations à risque

* Contraceptif bien pris, pas d'oubli



RIEN À
CRAINdre

* Tout va bien ! Profites-en !

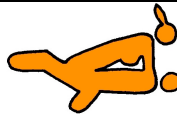
* Oubli de pilule



Ou
*

Vomissements après la prise de la pilule

SANS rapport non protégé dans la semaine précédente



PAS DE
PROTECTION

SORTEZ
COUVERTS !

* Mettre un préservatif jusqu'aux prochaines règles
* Poursuivre la pilule / patch / anneau comme d'habitude jusqu'aux prochaines règles
* En cas de retard de règles, faire un test de grossesse

* Oubli de pilule



Ou
*

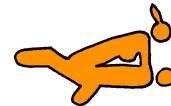
Vomissements après la prise de la pilule

AVEC rapport non protégé dans la semaine précédente



ALERTE
ROUGE !!!

* Utiliser une contraception d'urgence (voir page suivante)
* Puis appliquer les consignes ci-dessus :

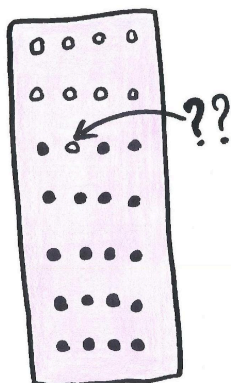


* En cas de retard de règles, faire un test de grossesse

* Préservatif qui craque



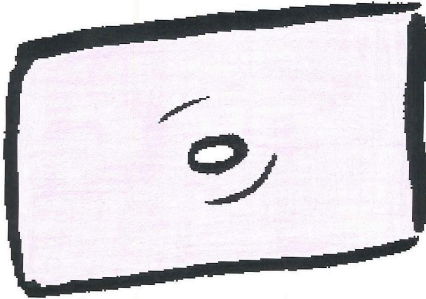
Avec ou sans rapport non protégé dans la semaine précédente



La contraception d'urgence

C'est surtout :

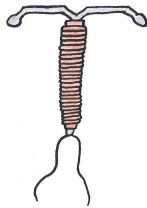
La pilule du lendemain :



- * À prendre le plus tôt possible après le rapport non protégé
- * Disponible sans ordonnance
- * Ne peut pas servir de contraceptif habituel (usage ponctuel)

Mais c'est aussi :

Le stérilet au cuivre :



- * Il peut être posé dans les 5 jours qui suivent le rapport non protégé
- * Il sert ensuite de contraceptif habituel

AUCUNE CONTRACEPTION
D'URGENCE NE PROTÈGE DES
MST !!!



DONC IL FAUT SE FAIRE
DÉPISTER APRÈS UN
RAPPORT NON PROTÉGÉ !

II.

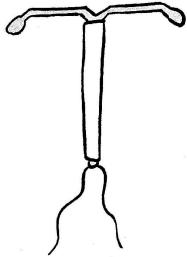
Les contraceptifs

« Esprit tranquille »

Le stérilet

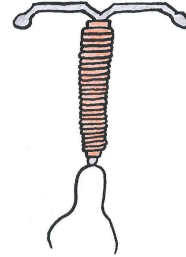
- * C'est le gynéco, le médecin traitant ou la sage-femme qui le pose dans l'utérus
- * On le garde pendant 5 ans (puis on le change)

Il en existe 2 types :



Stérilet hormonal

Il est efficace 2 jours après la pose



Stérilet au cuivre
(sans hormones)

Il est efficace tout de suite



LE STERILET NE PROTEGE PAS DES MST!



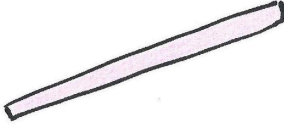
C'EST SIMPLE,
PRATIQUE ET
EFFICACE !!!

ET ON PEUT EN METTRE UN MÊME
SI ON N'A JAMAIS EU D'ENFANT !!!



L'implant

C'est le gynéco, le médecin traitant ou la sage-femme qui l'insère sous la peau



- * Il mesure 4 cm
- * On l'insère sous la peau du bras
- * On le garde pendant 3 ans
- * Efficace tout de suite si posé pendant les règles

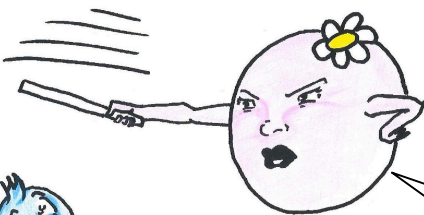


L'IMPLANT NE PROTEGE PAS DES MST !



SUPER PRATIQUE QUAND ON A TENDANCE À OUBLIER SA PILULE !

ET UNE FOIS QU'IL EST POSÉ, PLUS BESOIN D'Y PENSER !



QUAND JE DIS NON, C'EST NON !!!



*SI TU VEUX PLUS DE RENSEIGNEMENTS,
N'HÉSITE PAS À DEMANDER DE L'AIDE À TON
MÉDECIN, À TON GYNÉCO OU À TA SAGE-FEMME !*



BIBLIOGRAPHIE

1. Vigoureux S, Le Guen M. Current knowledge on contraceptive on contraceptive knowledge in France : CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018.
2. OMS | Contraception [Internet]. WHO. [cité 15 dec 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
3. Duranteau L. Contraception par progestatifs. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesgy00-44372 [Internet]. 30 janv 2008 [cité 15 dec 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/69221/resultatrecherche/8>
4. Pr Sophie CATTEAU-JONARD. Contraception progestative. 2017.
5. Backman T. Benefit-risk assessment of the levonorgestrel intrauterine system in contraception.
6. Glasier A.F., Smith K.B., van der Spuy Z.M., Ho P.C., Cheng L., Dada K., et al. Amenorrhea associated with contraception-an international study on acceptability.
7. Fiche Avis nouveau médicament - jaydess_06112013_synthese_ct13150.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/jaydess_06112013_synthese_ct13150.pdf
8. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. Rev Prat. 61:849-857.
9. Thonneau P, Almont Th, de La Rochebrochard E, Maria B. Risk factors for IUD failure: results of a large multicentre case-control study. Human Reprod 2006;21:2612–6.

10. Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4(4).
11. HAS. Fiche Mémo Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. Avril 2013. 3p.
12. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Soc* 2012 ; 492
www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/ .
13. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. « Contraception : que savent les Français ? ». Dossier de presse du 5 juin 2007.
14. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod Oxf Engl* 2007;22:2422–7. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dem184>.
15. 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* 2009;24:1387–92. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dep027>.
16. Moreau C, Trussell J, Michelot F, Bajos N. The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives: results from a French national cohort study. *Am J Public Health* 2009;99:441–2.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.118935>.
17. Le Guen M, Rouzaud-Cornabas M, Ventola C, Moreau C. Patterns and challenges of men's involvement in birth control : the example of France. Chicago : Etats-Unis d'Amérique ; 2017.
18. Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Rech Sociol Anthropol* 2017 ; 2 :45-65

19. Bajos N, Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Sante* 2004 ; 22/117-42.
20. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Circumstances inducing contraceptive failures and post-abortion prescriptions : analysing the contraceptive trajectories of women who abort. Rev Fr Aff Soc* 2011 ;1:148-61.
21. Rossier C, Michelor F, Bajos N, COCON Group. Modeling the process leading to abortion : an application to French Survey data. *Stud Fam Plann* 2007 ;38 :163-72.
22. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *INED* 2015 ;29 :31.
23. Loi 74-1026 du 4 décembre 1974. Disposition relative aux régulations des naissances [Internet]; 1974 [cité 9 avr 2013. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jopdf.jsp?numJO=0&dateJO=19741205&numTexte=&pageDebut=12123&pageFin=>].
24. Direction générale de la Santé (DGS). Dossier guide : Interruption volontaire de grossesse [Internet]. *Dicom*; 2014. Disponible sur: http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_IVG_2014.pdf
25. Teboul M. L'IVG par méthode médicamenteuse. *Décembre* 2015;454:157.
26. Deruelle P, Graesslin O, Luton D. *Protocoles en gynécologie obstétrique - CNGOF*. 3^e ed. Elsevier Masson; 2016.
27. Lansac J, Lecomte P, Marret H. Chapitre 30 : Interruption volontaire de grossesse. In: *Gynécologie pour le praticien*. 8^e ed. Elsevier Masson; 2014. p. 47388.

28. Direction générale de la Santé (DGS). Interruption volontaire de grossesse (IVG) : Dossier guide [Internet]. Dicom; 2017. Disponible sur: https://ivg.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-2.pdf
29. Body G, Daraï E, Luton D, Marès P. Item 36 : Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, réalisée dans le cadre légal dans un délai de 14 SA. In: Gynécologie Obstétrique (CNGOF). 3^e ed. Elsevier Masson; 2015.
30. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009". Etudes et Résultats, DREES. 2011 juin;(765):1-6.
31. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2016. <https://www.R-project.org/>. Disponible sur : <https://www.R-project.org/>
32. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc 2011;1:116—47.
33. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Rev Epidemiol Sante Publique 2013 ;61 :291-8.
34. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R, Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care 2014;19:93–101. <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2013.865164>.
35. Bajos N, Oustry P, Leridon H. Social inequalities in access to contraception in France. Popul Engl Ed 2004;59:415–37. <http://dx.doi.org/10.3917/pope.403.0415>.
36. Moreau C, Trussell J, Michelot F, Bajos N. The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives: results from a

- French national cohort study. *Am J Public Health* 2009;99:441–2.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.118935>.
37. Vigoureux S. Epidemiology of induced abortion in France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016;45:1462–76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.024>.
38. Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are all contraceptive failures unintended pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999;31(246–7):260.
39. Aubin C, Menninger DJ. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. *Rapp IGAS* 2009;99. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf>.
40. Vigoureux S, Bajos N, Ringa V, FECOND Group. Effect of parent-daughter communication about sex on the use of less effective contraception among women from ages 15-24 years in France. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017 ;31 :33-9.
41. Vilain A, Mouquet M. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. *Etudes et résultats n°924 juillet DREES* 2015 ;1-6.
42. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med* 2014;371: 1316—23.
43. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:115 [e1—7].
44. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Abortion guideline. United-Kingdom: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press; 2011

ANNEXES

Annexe 1 : document d'information remis au patient avant de remplir le questionnaire

Mesdames,

Dans le cadre d'un travail de recherche sur les moyens de contraception, un questionnaire vous a été remis avant votre consultation.

Ce travail cherche à tester vos connaissances en matière de contraception, afin de mieux répondre à vos attentes.

Il s'agit d'un Quizz sous forme de Vrai / Faux, totalement anonyme qui ne sera utilisé que pour ma thèse de docteur en médecine.

Cependant, si vous le désirez, vous pouvez refuser de participer à cette étude.



Je vous remercie d'avance pour votre participation !
Sophie Vincent, interne de médecine générale

Annexe 2 : questionnaire

Questionnaire

I) Généralités

- AGE :

- PROFESSION :

O collégienne O lycéenne O étudiante

O femme au foyer O en recherche d'emploi O en activité professionnelle

- AVEZ-VOUS DEJA EU DES INFORMATIONS SUR LES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION ?

O oui O non

- SI OUI, PAR QUI ou QUEL MOYEN ?

O mère O père O ami (e)

O internet, forums de discussion

O médecin traitant O gynécologue O infirmière scolaire O sage femme

O centre de planification familiale

O autre, préciser :

- ACTUELLEMENT AVEZ-VOUS UN MOYEN DE CONTRACEPTION ?

O oui O non

- SI OUI, LEQUEL ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

O pilule O préservatif O implant O stérilet

O patch O anneau

O autre, préciser :

- EST-CE LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)?

O oui O non

II) QUESTIONS



<u>Généralités</u> :	VRAI	FAUX
1-Quelle que soit la durée de son cycle, une femme ovule toujours le même jour du mois, le 14 ^{ème}		
2- On peut tomber enceinte lors du premier rapport sexuel		
3-Le moment le plus dangereux pour avoir un rapport non protégé est le jour de l'ovulation		
4- Après un accouchement, l'allaitement maternel est une bonne méthode de contraception		

<u>Concernant le préservatif :</u>	VRAI	FAUX
5-C'est un moyen contraceptif qui protège également des maladies sexuellement transmissibles (MST)		
6-Il n'existe que des préservatifs masculins		
7-On peut le mettre juste avant l'éjaculation sans risquer de tomber enceinte		

<u>Concernant la pilule :</u>	VRAI	FAUX
8-C'est un moyen de contraception fiable à 100%		
9-Fumer est une contre indication formelle à la prise de pilule		
10-Il est plus dangereux de prendre la pilule que d'être enceinte		
11-Sa prise entraîne systématiquement une prise de poids		
12-Elle peut être prise jusqu'à la ménopause		
13- Un oubli de comprimé en milieu de plaquette est plus préoccupant qu'un oubli en début de plaquette		

<u>Concernant le patch et l'anneau contraceptif</u>	VRAI	FAUX
14-Le patch est moins efficace que la pilule		
15-Le patch se change toutes les semaines		
16-L'anneau est aussi efficace que la pilule		
17-L'anneau se change toutes les semaines		
18-La pose de l'anneau doit obligatoirement se faire par un gynécologue ou une sage femme		

<u>Concernant le stérilet</u>	VRAI	FAUX
19-Le stérilet augmente le risque de stérilité		
20-Le stérilet est moins efficace que la pilule		
21-Il ne peut être posé que chez les femmes ayant déjà eu un enfant		
22-La prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires diminue l'efficacité du stérilet		
23-Lors d'un amaigrissement important, le stérilet peut sortir de l'utérus et se loger dans le ventre ou une autre partie du corps		
24-Le stérilet se change tous les 2 ans		
25- La présence d'un stérilet favorise la survenue de grossesse extra-utérine		

<u>Concernant l'implant</u>	VRAI	FAUX
26- L'implant est réservé aux femmes qui ne tolèrent pas la pilule		
27-L'implant se change tous les 5 ans		
28- L'implant se pose au niveau du bras et peut être senti avec les doigts sous la peau		
29- L'implant peut migrer à l'intérieur du corps de la femme		
30- Une fois le premier implant retiré, il faut attendre avant de pouvoir poser le suivant		
31- La pose d'un implant est déconseillée aux adolescentes		
32-L'implant est remboursé par la sécurité sociale		

<u>Concernant les autres moyens de contraception :</u>	VRAI	FAUX
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Méthodes naturelles</u> (retrait, courbe de température ...) - <u>Spermicides</u> (introduits dans le vagin avant un rapport pour tuer les spermatozoïdes) - <u>Diaphragmes .cape</u> (« dôme en caoutchouc souple recouvrant le col de l'utérus, empêchant le passage des spermatozoïdes) 		
33-Le retrait avant éjaculation est une méthode de contraception efficace		
34-Les spermicides causent le cancer		
35-Le diaphragme est forcément utilisé avec un spermicide		
36-Le diaphragme peut être mis en place 24h avant un rapport		

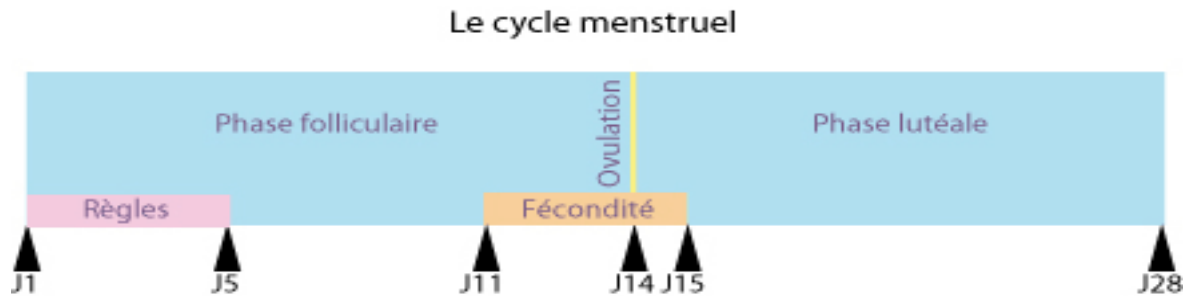
Après un rapport à risque :	VRAI	FAUX
37-La pilule du lendemain doit être prise le plus tôt possible		
38- La pilule du lendemain est efficace à 100%		
39-La pilule du lendemain est délivrée uniquement sur ordonnance		
40- La pilule du lendemain protège des Maladies Sexuellement Transmissibles		
41-Il existe une autre contraception d'urgence que la pilule du lendemain		

Annexe 3 : réponses au questionnaire

III) Réponses

GENERALITES

- 1- FAUX. Le cycle menstruel est composé de 3 phases : La phase folliculaire - L'ovulation - La phase lutéale



Un cycle normal dure en moyenne 28 jours. L'ovulation a alors lieu au 14^e jour.

Si l'on a un cycle plus court (par exemple 21 jours) : La phase lutéale ne varie pas (14 jours). Si l'on calcule à partir du 1^{er} jour des règles : $21-14=7$. L'ovulation a donc lieu le 7^e jour.

Si l'on a un cycle plus long (par exemple 33 jours). $33-14=19$. L'ovulation a donc lieu le 19^e jour.

Donc une femme n'ovule pas forcément au 14^e jour. Cela dépend de la durée de son cycle.

- 2- VRAI. On peut tout à fait tomber enceinte lors du premier rapport sexuel, d'autant si celui-ci n'est pas protégé.
- 3- FAUX. La fécondation ayant lieu dans les trompes, il est probable que les rapports sexuels les plus féconds (où l'on a le plus de chance de tomber enceinte) soient ceux ayant lieu deux à trois jours avant l'ovulation ; ce qui donne le temps aux spermatozoïdes d'aller à la rencontre de l'ovule.
- 4- FAUX.
Pour que ce soit VRAI, il faut 3 conditions :
- 1) Il doit être exclusif (le bébé ne prend que le sein et rien d'autre)
 - 2) Le nourrisson doit avoir moins de 6 mois
 - 3) La maman ne doit pas avoir eu de nouveau ses règles depuis l'accouchement (retour de couches).

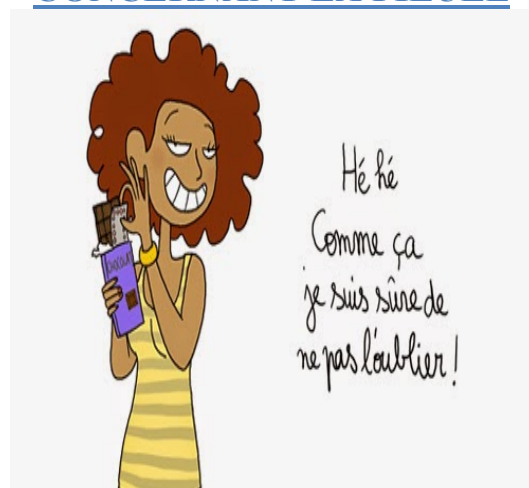
Sous ces 3 conditions, le pourcentage de femmes qui sont de nouveau enceintes alors qu'elles allaitent est inférieur à 2%

CONCERNANT LE PRESERVATIF



- 5- VRAI. Le préservatif est un bon moyen de protection contre les MST. A noter qu'il est moins efficace pour prévenir une grossesse lorsqu'il est utilisé comme seule méthode contraceptive, en raison des fréquentes erreurs ou incidents qui accompagnent son utilisation (mauvaise mise en place, glissement, rupture...).
- 6- FAUX. Il existe également des préservatifs féminins.
- 7- FAUX. Le préservatif doit être mis en place dès le début du rapport sexuel, avant la pénétration. En effet, le liquide séminal peut contenir des spermatozoïdes. On peut donc tout à fait tomber enceinte même si il n'y a pas eu d'éjaculation.

CONCERNANT LA PILULE



- 8- FAUX. Des grossesses surviennent dans 5% à 15% des cas chez les femmes utilisant la pilule, en raison des accidents d'utilisation (oublis, vomissements).
- 9- FAUX. On peut prendre la pilule même si on fume. Le médecin adaptera le type de pilule.
- 10- FAUX. Le risque de survenue d'une complication grave de la grossesse est presque 6 fois plus élevé que celui d'un effet indésirable de la pilule.

- 11- FAUX. La pilule ne fait pas systématiquement grossir.
- 12- VRAI. En l'absence de contre indication, la pilule peut tout à fait être prise jusqu'à la ménopause
- 13- FAUX. Tout oubli de comprimé entraîne un risque de grossesse quel que soit le moment du cycle.

CONCERNANT LE PATCH ET L'ANNEAU CONTRACEPTIF



- 14- FAUX. L'efficacité est identique puisque les mêmes quantités d'hormones sont délivrées quotidiennement. De plus, les oublis sont moins fréquents qu'avec la pilule.
- 15- VRAI. Le patch se change toutes les semaines pendant 3 semaines avec un arrêt pendant une semaine.
- 16- VRAI. L'anneau est aussi efficace que la pilule
- 17- FAUX. L'anneau se change toutes les 3 semaines avec un arrêt pendant une semaine. Il n'est pas remboursé par l'assurance maladie (comme le patch).
- 18- FAUX. La pose de l'anneau s'effectue par la femme elle-même et ne requiert pas le recours à un médecin ou une sage-femme.

CONCERNANT LE STERILET



- 19- FAUX. Les infections des trompes pouvant être à l'origine des problèmes de fertilité ne sont pas dues à la présence d'un stérilet, mais aux MST transmises par les partenaires sexuels.

- 20- FAUX. La fréquence des grossesses sous stérilet hormonal ou au cuivre est inférieure à 1%. En revanche, en comptant les oublis, prescriptions non adaptées ou incidents, la fréquence des grossesses sous pilule peut atteindre 15%.
- 21- FAUX. Le stérilet n'est pas réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants.
- 22- FAUX. D'après les dernières recommandations, les anti inflammatoires peuvent être utilisés sans encombre pour réduire la durée des règles des utilisatrices du stérilet, ne diminuant pas son efficacité.
- 23- FAUX. Le stérilet ne peut pas sortir de l'utérus pour se loger dans une autre partie du corps.
- 24- FAUX. La majorité des stérilets peut être laissée en place pendant 5 ans.
- 25- FAUX. Le stérilet diminue la probabilité de survenue de toutes les grossesses, donc aussi le risque de grossesse extra utérine

CONCERNANT L'IMPLANT



- 26- FAUX. Il peut être utilisé chez toutes les patientes en l'absence de contre indication.
- 27- FAUX. L'implant se change tous les 3 ans.
- 28- VRAI. L'implant est en fait un petit tube en plastique de 4 cm de long que l'on glisse sous la peau du bras (en général au dessus du coude) sous anesthésie locale.
- 29- FAUX. L'implant ne bouge quasiment pas et ne peut donc pas migrer dans le corps.
- 30- FAUX. Il n'est pas nécessaire de faire une pause. Le nouvel implant peut être posé le jour même.
- 31- FAUX. L'implant peut être proposé à une adolescente, surtout si la prise régulière de pilule est difficile pour elle.
- 32- VRAI. L'implant est remboursé par la sécurité sociale.

CONCERNANT LES AUTRES METHODES DE CONTRACEPTION



- 33- FAUX. La méthode du retrait est responsable de grossesses dans 20% des cas.
- 34- FAUX. Les spermicides ne causent pas de cancer.
- 35- VRAI. Il est recommandé d'utiliser le diaphragme avec les spermicides.
- 36- VRAI. Le diaphragme peut être posé 24h avant un rapport.

APRES UN RAPPORT A RISQUE

- 37- VRAI. La pilule du lendemain doit être prise dès que possible après le rapport sexuel non protégé. Il en existe deux types: NORLEVO® à prendre dans les 3 jours après un rapport à risque ; 5 jours pour l'autre pilule ELLAONE®.
- 38- FAUX. La pilule du lendemain n'est pas efficace à 100%. Si, malgré sa prise, il y a un retard de règles, il est recommandé d'effectuer un test de grossesse et de consulter son médecin.
- 39- FAUX. La pilule du lendemain est disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les centres de planification familiale et à l'infirmierie des établissements scolaires. Elle peut être délivrée de façon anonyme et gratuite aux jeunes filles mineures.
- 40- FAUX. La pilule du lendemain ne protège absolument pas des maladies sexuellement transmissibles.
- 41- VRAI. Le stérilet au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence. Il doit alors être posé dans les 7 jours suivant le rapport à risque.

Ça a été difficile, ça m'a pris du temps, mais j'ai enfin trouvé le contraceptif qui me convient.



Les trois lois de la contraception

- 1) Toute méthode de contraception vaut mieux que pas de contraception du tout
- 2) Contraception d'un jour n'est pas toujours
- 3) La meilleure contraception c'est celle que vous choisissez, en connaissance de cause

AUTEUR : Nom : VINCENT-VANLERBERGHE

Prénom : Sophie

Date de Soutenance : 7 mars 2019

Titre de la Thèse : Evaluation des connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur les moyens de contraception : Etude descriptive et analytique réalisée au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : Interruption Volontaire de Grossesse, contraception, éducation, connaissance

Résumé :

Contexte : De nos jours, malgré une large diffusion de méthodes contraceptives, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses reste stable.

Méthode : Etude prospective, descriptive, réalisée par questionnaire anonyme, distribué en salle d'attente aux femmes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais, du 1^{er} Juin au 30 Septembre 2018. L'objectif est d'évaluer le niveau de connaissance des femmes ayant recours à une IVG sur les différents moyens de contraception.

Résultats : 145 femmes ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge est de 28,03 ans. Le score global de bonnes réponses est de 25,51/41, soit un taux de 62,22%. Les taux de bonnes réponses les plus faibles ont été obtenus pour les parties concernant le patch et l'anneau contraceptif (37,24%), les méthodes traditionnelles (46,55%) et l'implant (56,44%). La partie concernant la pilule n'est maîtrisée qu'à 67,59%, bien que ce soit le moyen de contraception le plus diffusé. Nous avons mis en évidence une influence significative de l'activité professionnelle ($p < 0,05$) sur le niveau de connaissance des patientes, non corrélée à l'âge.

Conclusion : L'amélioration des connaissances sur les méthodes contraceptives représente un enjeu majeur de santé publique. Dans ce contexte, une brochure a été élaborée. C'est une aide à la compréhension et un document ressource en cas de défaillance du moyen contraceptif.

Composition du Jury :

Président : Pr SUBTIL Damien

Assesseurs : Pr CATTEAU-JONARD Sophie, Dr BAYEN Sabine, Dr SAVATIER Benoît, Dr BECARD Margaux