

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE : ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2013

ECHECS DE LA CONTRACEPTION ET IVG

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME
D'ETAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 14 mai 2013

par

Marie-Catherine GROUSSET

née le 12/02/1989, à Limoges

Mme Nathalie Chartier-Prevost.....Maître de Mémoire

Mme Marie-Noëlle Faury..... Guidante

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement

- Mme Chartier Prevost ma maître de mémoire pour son encadrement et son aide.
- Mme Faury ma guidante pour sa disponibilité, ses conseils et son aide précieuse et constante tout au long du mémoire.
- Les sages-femmes du centre de planification de l'HME de Limoges pour leur accueil aimable et leur collaboration très efficace pour le recueil des questionnaires.
- Mr Douam pour son aide dans l'utilisation du logiciel Excel 2010.
- Ma sœur pour son soutien et son dévouement tout au long de mes études, qu'elle trouve ici l'expression de ma plus vive reconnaissance.
- Ma famille et mes ami(e)s pour leur présence et leur aide durant mes études de sage-femme.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : CONTRACEPTION ET IVG

1. LES METHODES CONTRACEPTIVES
 - 1.1 Définitions
 - 1.2 La contraception hormonale
 - 1.3 Les autres méthodes
 - 1.4 La contraception d'urgence
2. L'USAGE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE
3. LES CONNAISSANCES DES FRANCAIS
4. LES CAUSES D'ECHEC
5. PREVENTION ET LEGISLATION FRANCAISE
 - 5.1 La législation française
 - 5.2 Les campagnes de prévention
6. LES CONDITIONS DE PRESCRIPTION
 - 6.1 En théorie
 - 6.2 En pratique
 - 6.3 La communication
 - 6.4 La mémorisation

7. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

7.1 En Europe

7.2 En France

7.3 Selon l'âge

7.4 Selon d'autres facteurs

DEUXIEME PARTIE : PROTOCOLE DE RECHERCHE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 Constat

1.2 Problématique

1.3 Objectifs

1.4 Hypothèses

1.5 Intérêt de l'étude

2. METHODOLOGIE

2.1 Type d'étude

2.2 La population

2.3 Les variables

2.4 Réalisation de l'étude

2.5 Méthode d'analyse

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE ET DE LA POPULATION

1.1 L'étude

1.2 La population

2. TYPE DE CONTRACEPTION UTILISEE ET CAUSES D'ECHEC

2.1 Méthodes contraceptives utilisées

- 2.2 Contraceptions utilisées chez les 18-24 ans
- 2.3 Contraceptions utilisées chez les 25-34 ans
- 2.4 Contraceptions utilisées chez les 35 ans et plus
- 2.5 Durée d'utilisation de la méthode avant l'IVG
- 2.6 Les causes d'échecs de la pilule selon les patientes
- 2.7 Les causes d'échecs du préservatif selon les patientes
- 3. DEGRE DE SATISFACTION DES PATIENTES
 - 3.1 Degré de satisfaction de la méthode contraceptive
 - 3.2 Degré de satisfaction selon le type de méthode contraceptive utilisé
 - 3.3 Profil des patientes peu ou pas satisfaites de leurs méthodes
- 4. DEGRE D'ADAPTATION DE LA METHODE
 - 4.1 Méthode considérée comme adaptée par la patiente
 - 4.2 Causes d'inadaptation de la méthode selon les patientes
 - 4.3 Causes d'inadaptation en fonction des différentes méthodes contraceptives
 - 4.4 Méthodes contraceptives et causes d'inadaptation
 - 4.5 Profil des patientes satisfaites de leur méthode alors qu'elles la jugent inadaptée
- 5. LES PRESCRIPTEURS ET L'INFORMATION DELIVREE EN CONSULTATION
 - 5.1 Le profil des prescripteurs
 - 5.2 Informations reçues lors des consultations selon la spécialité du prescripteur

5.3 Somme des informations reçues par la patiente sur les 6 items de la question précédente

5.4 Informations reçues par les patientes utilisant des préservatifs

5.5 Possibilité pour la patiente de poser toutes ses questions selon les prescripteurs

5.6 La patiente a reçu toutes les informations dont elle avait besoin

5.7 Satisfaction globale pour l'information reçue lors des consultations

QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. VALIDITE DE L'ETUDE

1.1 Points forts

1.2 Points faibles

2. REPONSE AUX HYPOTHESES

2.1 Première hypothèse principale

2.2 Deuxième hypothèse principale

2.3 Première hypothèse secondaire

2.4 Deuxième hypothèse secondaire

3. PROPOSITIONS

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Depuis la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, les femmes doivent pouvoir avoir accès à une contraception et à une information de qualité pour maîtriser elles-mêmes leur fécondité.

Or, malgré une large diffusion des méthodes contraceptives au cours des 30 dernières années, le nombre de grossesses non désirées ne diminue pas.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) remis à Mme Roselyne Bachelot le 02/12/2010 a estimé que la couverture contraceptive française s'élève à 80 %. Les français sont les plus gros consommateurs de produits contraceptifs en Europe mais c'est également eux qui ont le taux d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) le plus élevé : c'est ce que les chercheurs appellent le paradoxe français. [1]

Le nombre de grossesses non prévues est estimé à 33 % et 60 % d'entre elles aboutiront à une IVG. De plus, 2/3 de ces grossesses non désirées surviennent chez des femmes déclarant utiliser une contraception. [2]

Selon un rapport sur la sexualité, la contraception et la prévention publié par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en juin 2009, les échecs de la contraception seraient en grande partie imputables à la faible implication de la femme dans le choix de sa méthode contraceptive, à un manque d'information ou de connaissance des femmes sur ce sujet ainsi qu'à une inadéquation entre les méthodes

utilisées par la femme et ses conditions de vie sociale, affective et sexuelle. [3]

A Limoges en 2011, il y a eu environ 400 IVG chez des femmes qui déclaraient utiliser une méthode contraceptive au moment du rapport fécondant. Nous allons donc nous intéresser aux causes d'échec de la contraception chez les femmes ayant eu une IVG à l'hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges et plus particulièrement aux conditions de prescription des méthodes contraceptives.

Dans une première partie, nous présenterons les différentes méthodes contraceptives disponibles en France, l'usage qu'en font les français et leurs connaissances sur ce sujet. Nous aborderons les causes d'échecs de la contraception, la législation française et les campagnes de prévention réalisées dans ce domaine ainsi que les conditions de prescriptions. Puis, nous verrons quelques chiffres concernant l'IVG en Europe puis en France.

Ensuite, nous présenterons le protocole de recherche et les résultats de notre étude.

Enfin, nous analyserons les résultats afin de répondre aux hypothèses émises.

PREMIERE PARTIE : CONTRACEPTION ET IVG

1. LES METHODES CONTRACEPTIVES

Dans cette première partie, nous allons répertorier les différentes méthodes de contraception et de contraception d'urgence disponibles en France.

1.1 Définitions

La contraception est l'ensemble des méthodes qui permettent d'obtenir une infécondité temporaire et réversible.

Quatre critères sont obligatoires :

L'efficacité : on compare un degré de sécurité absolu théorique à un degré d'efficacité pratique : c'est l'indice de Pearl.

L'innocuité : la méthode doit être sans danger pour l'homme et pour la femme sur le plan local et général. Elle doit être également sans danger pour une éventuelle grossesse en cas d'échec de la méthode, pour les futures grossesses et au long cours.

La réversibilité : la méthode doit permettre un retour à une fécondité normale à l'arrêt du contraceptif.

L'acceptabilité : c'est le fait que la méthode soit acceptée et comprise par la patiente. Ce dernier critère dépend de facteurs individuels, il est donc très subjectif.

1.2 La contraception hormonale

	Généralités	Indice de Pearl	Coût et remboursement
OESTRO PROGESTATIVE	JASMINE ^R	0.1 %	2.42 à 11.6 € / plaquette. Remboursée à 65 % pour certaines pilules
PROGESTATIF	ANDROCUR ^R LUTERAN ^R	0.5 %	ANDROCUR ^R : 65 % LUTERAN ^R : 100 %
MICRO PROGESTATIF	CERAZETTE ^R MICROVAL ^R	0.1 %	CERAZETTE ^R : Non remboursée MICROVAL ^R : Remboursée 65 %
IMPLANT	IMPLANON ^R	0.08 %	138.15 € Remboursé 65 %
PATCH	EVRA ^R	0.6 %	14.6 €/mois Non remboursé
ANNEAU	NUVARING ^R	0.4-0.6 %	15 € / mois Non remboursé

1.3 Les autres méthodes

	Généralités	Indice de Pearl	Coût et remboursement
DIU	Cuivre Hormonal	C : 0.6 % H : 0.1-06 %	C : 27.44 € H : 125.45 % Remboursé : 65 %
Diaphragme (D) et cape (C)	D : BIVEA ^R C : OVES ^R	D : 6-16 % C : 16-32 %	40€ l'unité Remboursé : 3.14 €
Crèmes spermicides	SEMICID ^R PATENTEX ^R	3.5 %	1-1.77 € par dose. Non remboursées
Préservatif		M : 1 % F : 3.5 %	M : 0.72 € F : 2.14 € Non remboursé
Retrait		15-30 %	
Abstinence périodique	T : Température O : Ogino K : Knaus	T : 2-3 % O : 15 % K : 7-38 %	

1.4 La contraception d'urgence

	Généralités	Indice de Pearl	Coût et remboursement
NORLEVO^R	1 cp de 1.5 mg lévonorgestrel	1.5-2 %	7.95 € Remboursé : 65 %
ELLAONE^R	30 mg d'acétate d'ulipristal	1.5 %	Remboursé : 65 %
DIU AU CUIVRE		Presque 0 %	27.44 € Remboursé : 65 %

2. L'USAGE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE

D'après le Baromètre Santé 2005, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17,5 ans. L'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est passé de 26,5 ans en 1977 à 30 ans en 2004. La période entre le premier rapport sexuel et la première maternité est passée à 9,5 ans. Les femmes doivent donc avoir une contraception efficace sur une plus longue durée. [6]

Ce tableau issu du Baromètre Santé 2010 montre le pourcentage d'utilisation de chaque méthode selon la catégorie d'âge en France métropolitaine. [6]

Age	Pilule	DIU	Implant, Patch, Anneau	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19	78,9	0	2,8	18,3	0	0
20-24	83,4	3,7	5,4	7,2	0	0,3
25-34	63,4	20,3	6,2	8,7	0,1	0,8
35-44	43,4	36	3,9	11,6	0,2	1,4
45-49	35,5	43,2	3,4	9,7	0,4	2,6
Total	55,5	26	4,7	10,3	0,1	1,2

Mise à part pour les 45-49 ans, la pilule est la méthode la plus utilisée. Son utilisation n'a cessé d'augmenter au cours des quarante dernières années même si son usage tend à se stabiliser.

Le stérilet arrive en 2^{ème} position parmi les méthodes les plus utilisées mais il concerne essentiellement les femmes de plus de 35 ans et surtout celles qui ont déjà eu des enfants. Son utilisation est marginale chez les moins de 30 ans et ne concerne que 2,4 % des femmes sans enfant. En effet, de nombreux gynécologues refusent encore de prescrire un stérilet chez une nullipare bien que les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2004 l'autorisent. [6]

Une véritable norme contraceptive s'est donc établie depuis plusieurs années. Elle consiste à prescrire la pilule et à l'associer au préservatif en début de vie sexuelle puis uniquement la pilule pour les couples stables et enfin le stérilet pour les femmes plus âgées qui ne désirent plus d'enfant.

3. LES CONNAISSANCES DES FRANÇAIS

D'après l'étude « les français et la contraception » de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) [7], 97 % connaissent la pilule et le préservatif masculin, 93 % le stérilet et presque les trois quart des personnes interrogées connaissent également le préservatif féminin et le diaphragme.

Les autres méthodes sont moins bien connues du grand public. En effet, les crèmes spermicides sont connues de 52 % des français, le patch de 48 % et l'implant et l'anneau vaginal de 44 %.

Cependant, parmi les français qui connaissent ces nouvelles méthodes, la moitié ne connaît ni la durée d'efficacité du patch ni celle de l'anneau vaginal et 59 % ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant.

Malgré les interventions sur la sexualité et les nombreuses campagnes d'information dont ils sont la cible, les adolescents ne sont pas mieux informés que leurs aînés puisque un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans pense que la pilule peut protéger du VIH et des Infections Sexuellement Transmissibles.

A ce manque d'information, s'ajoutent de nombreuses idées reçues.

Ainsi 22 % des français et 34 % des jeunes de 15 à 20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile. 24 % pensent qu'elle fait grossir et enfin 50 % des français pensent que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant. [7]

Par ailleurs, 53 % des français croient qu'une femme ne peut pas débiter une grossesse si elle a un rapport sexuel pendant ses règles, et 64 % pensent qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse facilement repérables si la femme connaît son cycle. [7]

Enfin, même si une grande partie de la population française a « entendu parler de la contraception d'urgence », seulement 5 % des français et (15 % des 15-20 ans) qui connaissent la contraception d'urgence, savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé. Un quart de la population des 15-54 ans ne savent pas qu'il est inutile d'avoir une ordonnance pour se la procurer. [7]

Cette étude montre à quel point les connaissances des français concernant les méthodes contraceptives et leur utilisation sont insuffisantes. A cela s'ajoutent de grandes lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation de la contraception d'urgence. Les femmes sans travail, ayant des problèmes financiers ou un bas niveau d'études semblent être les plus dépourvues en matière d'information concernant la contraception. [7]

4. LES CAUSES D'ÉCHEC

De nombreux facteurs psychologiques, démographiques, sociologiques et économiques peuvent être responsables de l'échec d'une méthode contraceptive. [9]-[10]-[11]

Une mauvaise utilisation de la méthode :

L'utilisation de la pilule au cours de la vie d'une femme (17-50 ans) représente 8 000 comprimés. Ils doivent être pris sans oubli, sans décalage horaire, sans problèmes digestifs. Un tel parcours est difficile à réaliser et ce, d'autant plus, si la femme a des relations irrégulières ou des rythmes de vie irréguliers. [8]

Les chiffres de l'INPES de 2007 montrent que la pilule est oubliée :

- Une fois tous les 3 mois : en moyenne.
- Une fois par mois dans 42 % des cas.
- Une fois tous les 6 mois dans 13 % des cas.
- Une fois par an dans 11 % des cas. [8]

Pour le préservatif, le principal risque d'échec est lié à la rupture mais également à de mauvaises conditions d'utilisation.

Pour le patch, le principal risque d'échec est lié à son décollement.

Un manque de connaissances et des idées erronées sur la contraception :

Cela concerne surtout les hommes et les femmes qui sont sortis très tôt du milieu scolaire. Cependant, il existe aussi un certain nombre de lacunes chez des femmes exerçant une profession dans le secteur tertiaire.

A cela s'ajoute l'influence erronée des amis et la non lecture de la notice d'utilisation.

Des ressources insuffisantes :

D'après l'étude Fecond réalisée en 2012 par l'INSERM, le coût de la méthode au long cours ainsi que le suivi médical peuvent présenter un frein réel à l'utilisation de méthodes efficaces.

En effet, comme le montre le tableau récapitulatif des méthodes contraceptives, un grand nombre de produits sont peu ou pas remboursés. Les produits remboursés ne le sont qu'à 65% et les 35% restants sont à la charge de la mutuelle.

Or, les femmes démunies ne possèdent pas forcément de mutuelle et ces 35% restent à leur charge.

Les femmes les plus touchées sont les 20-24 ans car il s'agit d'une période de transition où elles quittent le domicile parental et où elles doivent s'assumer financièrement. Bien souvent, la santé passe au second plan par rapport aux autres charges du quotidien et elles préfèrent se tourner vers les méthodes dites « naturelles » gratuites mais d'une efficacité très relative. [12]

Le mode de vie :

Il s'agit des femmes célibataires ayant des relations occasionnelles mais également des couples qui se stabilisent et pour qui l'emploi d'une méthode contraceptive locale devient moins systématique.

La non reconnaissance de la sexualité de certaines femmes :

Cela concerne les jeunes femmes issues de familles très religieuses qui ne leur reconnaissent pas le droit à une sexualité avant le mariage. C'est également le cas des jeunes adolescentes dont les parents n'acceptent pas leur sexualité ou pour qui le sujet est tabou. La non

communication avec le partenaire ou son absence de soutien peuvent être également un frein à son utilisation.

La non adéquation entre la méthode prescrite et la vie sociale, affective et sexuelle de la femme :

La meilleure contraception pour un couple n'est pas forcément celle qui a la meilleure efficacité théorique mais celle qu'il choisit librement. En pratique, les méthodes réputées très efficaces en théorie sont très contraignantes et présentent un réel problème de gestion au quotidien pour la femme, ce qui peut aboutir à des erreurs, des oublis voire un abandon de la méthode.

L'ambivalence du désir de grossesse :

Désirer une grossesse, ne signifie pas forcément désirer un enfant ; la grossesse peut avoir différentes significations pour une femme. Il peut s'agir :

- D'un rite d'initiation : la femme désire l'état de grossesse mais pas un enfant.
- De la recherche d'une reconnaissance sociale de la part de son entourage. Dans ce cas, la grossesse est réfléchie et programmée.
- D'une manière de combler un sentiment de solitude et d'abandon chez des femmes ayant eu une enfance difficile.
- D'une femme qui ne pense pas pouvoir être féconde.

Par ailleurs, la femme peut avoir un désir inconscient de grossesse qui se manifeste par des plaintes somatiques contre la méthode contraceptive (nausées avant la prise de la pilule, prise de poids et sensation de gonflement depuis l'utilisation de la méthode) mais aussi par

des oublis de comprimés répétés et des reports ou annulations de rendez-vous pour le renouvellement de la méthode. [13]

Les adolescentes :

Elles sont un cas à part et d'autres facteurs interviennent dans leurs échecs de contraception comme la recherche d'un statut social, l'influence des ami(e)s, une faible estime de soi, une confusion entre être femme et être mère, auxquels s'ajoutent les difficultés d'accès à une structure de planification ou aux pharmacies.

En conclusion, il est possible de cerner certaines situations où la femme sera plus à risque de rencontrer un échec avec sa méthode contraceptive. Il s'agit :

- Des adolescentes dont la sexualité n'est pas acceptée en raison de la religion ou de normes culturelles.
- Des femmes célibataires qui alternent des périodes de célibat et des périodes de retrouvailles non prévisibles.
- Des femmes en situation de précarité ou d'addiction.
- Des femmes en post-partum ou en post-abortum.
- Des femmes qui désirent une grossesse mais pas un enfant.
- Des femmes qui veulent inconsciemment vérifier leur fécondité.

5. PREVENTION ET LEGISLATION FRANCAISE

5.1 La législation française

Dans le but de limiter le nombre des grossesses non désirées, la législation française a, au cours des 50 dernières années, mis en place un certain nombre de mesures législatives visant à libéraliser la contraception et à rendre son accès plus facile et plus libre notamment pour les mineures.

Voici répertoriés ci-dessous les différents textes qui ont permis cette libéralisation de la contraception en France et en ont facilité l'accès. [2]-[14]

La loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 proposée par le député et médecin Lucien Neuwirth autorise l'accès à la contraception et à l'information des femmes, tout en encadrant rigoureusement ce processus.

La loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 sur la régulation des naissances autorise les mineures à recevoir des contraceptifs sans autorisation parentale dans les centres de planification familiale.

En 1999, la France est le premier pays au monde à autoriser la délivrance de la pilule du lendemain NORLEVO^R sans prescription médicale.

La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 a permis de faciliter l'accès à la contraception d'urgence. Elle devient disponible en pharmacie avec ou sans ordonnance et est délivrée de manière anonyme et gratuite pour les mineures. De plus, les infirmières en milieu scolaire sont habilitées à la distribuer.

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 autorise les médecins à prescrire des moyens de contraception aux mineures sans l'accord de leurs parents.

L'objectif 97 de la loi du 9 août 2004 est d'améliorer l'accès des femmes à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 prévoit que :

- Les sages-femmes puissent prescrire la contraception et en assurer la surveillance en dehors de toute situation pathologique.
- Les pharmaciens puissent, sur présentation d'une ordonnance périmée de moins de 1 an, prescrire les contraceptifs oraux nécessaires à la poursuite du traitement pour une période de 6 mois. [15]

5.2 Les campagnes de prévention

En complément des textes de lois relatifs à la contraception, de nombreuses campagnes d'information ont été mises en œuvre pour améliorer la prévention des grossesses non désirées notamment auprès des plus jeunes.

L'article 22 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, stipule qu'une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène.

A la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), la Haute Autorité de Santé a émis en 2004, 14 recommandations de pratiques cliniques intitulées « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». [15] Ces recommandations étaient destinées aux

professionnels de santé habilités à prescrire des méthodes contraceptives. Elles comportent une mise à jour des méthodes contraceptives disponibles en France, les critères psycho-sociaux à prendre en compte, les moyens d'accompagner un couple dans le choix d'une méthode et enfin, les différentes options contraceptives possibles dans des situations physiologiques ou pathologiques particulières. [Annexe 1]

Il leur a également été remis une brochure qui présente de manière synthétique la conduite à tenir en cas d'échec de la méthode contraceptive et les modalités de recours à la contraception d'urgence : « contraception, pour une prescription adaptée » ainsi que l'adresse du site internet du ministère de la santé et des solidarités où ils peuvent avoir accès à un dossier relatif à la contraception et à l'IVG ainsi qu'aux coordonnées des établissements apportant une aide, une information et une consultation sur la contraception dans l'ensemble des départements français.

Depuis 2007, l'INPES réalise chaque année des campagnes d'information sur la contraception. [16]

La campagne débutée le 15 septembre 2007 : « la meilleure contraception : c'est celle que l'on choisit », était destinée à mieux faire connaître les différentes méthodes contraceptives au grand public. Elle comportait des mini-films passés à la télévision et des brochures récapitulatives. L'INPES a également mis en place un site internet www.choisirsacontraception.com et un numéro anonyme et gratuit disponible 7J/7 où le grand public peut poser des questions.

Le 14 septembre 2009, l'INPES a lancé une nouvelle campagne « faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ? ». L'objectif était de favoriser le dialogue au sein du

couple et de lutter contre de nombreuses idées reçues sur la contraception.

Enfin, en plus de ces campagnes de prévention, l'INPES met à la disposition des professionnels de santé divers outils gratuits comme une fiche pratique : « la contraception : consultation de suivi et observance » et une carte : « que faire en cas d'oubli de pilule ? » sur laquelle le professionnel pourra noter le nom de la pilule prescrite et le délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse. De plus, le professionnel pourra remettre à la patiente une brochure récapitulative des différentes méthodes de contraception disponibles : « choisir sa contraception ». Enfin, le professionnel dispose d'un document afin de l'aider dans sa prescription. Il s'agit de la brochure intitulée « comment aider une femme à choisir sa contraception ? ».

6. LES CONDITIONS DE PRESCRIPTION

6.1 En théorie

La consultation de contraception est le cadre idéal pour que la patiente reçoive une information qui lui soit adaptée. Le prescripteur doit autant que faire se peut, lui délivrer des messages simples et précis sur :

- Les différentes méthodes qui s'offrent à elle et leur efficacité.
- Leurs avantages et leurs inconvénients.
- Le mode d'emploi de la méthode qu'elle aura choisie.
- Le lieu où elle pourra se la procurer et à quel prix.
- La conduite à tenir en cas d'échec.
- Les critères devant l'amener à consulter.
- Les coordonnées du centre de planification familiale le plus proche de chez elle, ainsi que l'adresse des sites Internet créés par l'INPES où elle pourra retrouver toutes ces informations.

Afin que la patiente fasse un choix éclairé, le professionnel pourra s'aider des échantillons proposés par les entreprises pharmaceutiques et compléter cette information en remettant à la patiente une brochure récapitulative sur la contraception. [17]-[18]

6.2 En pratique

Du 16 juin au 31 décembre 2003, une étude (EPILULE) a été réalisée sur les conditions de prescription des méthodes contraceptives. Elle comportait deux enquêtes : la 1^{ère} auprès de 208 médecins généralistes et la 2^{ème} auprès de 2802 femmes âgées de 16 à 54 ans. [19]-[20]

- Lors de la première prescription d'un contraceptif, 60,4 % des médecins généralistes de cette étude délivrent une information orale et seulement 20 % d'entre eux l'accompagnent d'un support écrit.
- Lors du renouvellement de prescription, 48,1 % s'informent systématiquement de l'observance de la méthode par la patiente. 35,4 % occasionnellement et 16,5 % le font rarement.
- Seulement 34 % des médecins généralistes font un rappel systématique des conduites à tenir en cas d'oubli. Pour 51,4 % d'entre eux, cette information est délivrée occasionnellement et rarement pour 14,6 %.
- Lorsque l'on interroge les patientes, elles sont loin d'être satisfaites. 23 % s'estiment peu ou pas informées. Un quart des femmes se sentent peu informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli et s'agissant de la contraception d'urgence, elles sont encore plus nombreuses à se déclarer sous-informées (63%).

Cette enquête montre bien à quel point l'information délivrée lors des consultations de contraception est faiblement adaptée.

6.3 La communication

Lors des consultations de contraception, le médecin est confronté à une patiente en bonne santé auprès de laquelle il doit jouer un rôle de conseiller et d'éducateur. Il se trouve alors hors de la situation pour laquelle il a été formé. Cela peut le désorienter et lui poser des difficultés pour prendre en compte les attentes de la patiente, d'autant plus que la relation médecin-patient a évolué vers une plus grande implication de la patiente dans les décisions la concernant.

D'après la HAS, deux modèles de communication ont fait la preuve de leur efficacité en matière de contraception. [21]-[22]

Le premier modèle est le counseling. C'est une démarche de conseil et d'accompagnement de la patiente afin de favoriser l'expression de son choix. Le soignant doit faire preuve de neutralité vis-à-vis des informations fournies.

Le deuxième modèle est la démarche éducative qui a pour objectif de promouvoir la santé des patientes tout en les rendant autonomes.

Ces deux méthodes sont associées à une meilleure connaissance des produits contraceptifs et à leur utilisation sur une plus longue période (niveau de preuve 1) ainsi qu'à une meilleure satisfaction des patientes et des médecins concernant la consultation.

De plus, les compétences en matière de communication peuvent être apprises et entretenues et l'amélioration de ces compétences n'allonge pas la durée de la consultation. [21]

Toujours afin d'améliorer la qualité de l'information donnée aux patientes, la HAS souligne l'importance du modèle BERGER décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [21] Il s'agit des 5 étapes majeures d'une consultation de contraception :

- **Bienvenue** : le médecin accueille la patiente.
- **Entretien** : il s'informe des raisons de la visite de la patiente, de ses besoins et de son expérience en matière de contraception.
- **Renseignements** : il l'informe sur les différentes méthodes contraceptives tout en s'assurant de la compréhension de la patiente.

- **Explication** : il délivre une information claire et adaptée sur l'emploi de la méthode choisie ainsi que sur la conduite à tenir en cas d'échec.
- **Retour** : lors des consultations de suivi, le médecin s'assure de la bonne observance de la méthode.

Cependant, le prescripteur ne doit pas oublier que, comme le montrent Shannon et Weaver dans leur modèle positiviste sur la communication [22], il y a une différence entre le message émis par le prescripteur et le message reçu par la patiente. Il est donc primordial qu'il adapte son discours aux capacités de compréhension de la patiente et qu'il s'assure qu'elle l'ait bien compris.

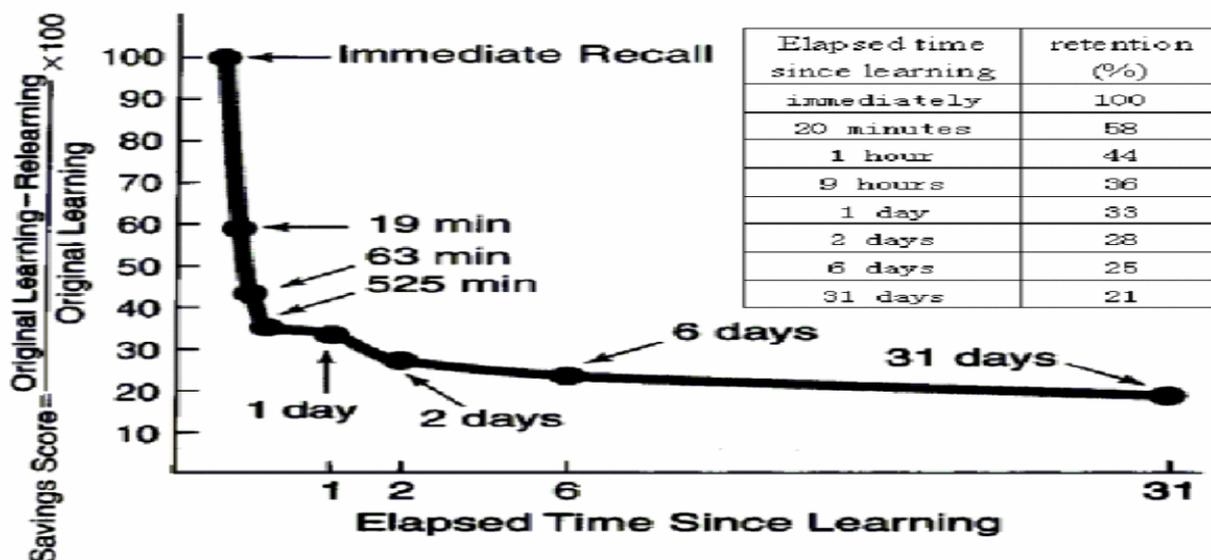
6.4 La mémorisation

Les capacités de mémorisation sont très variables d'un individu à l'autre et sont influencées par de nombreux facteurs externes comme le bruit, la chaleur du lieu et des facteurs propres à l'individu comme la fatigue et le stress par exemple.

Il a été mis en évidence trois grandes formes de mémorisation. [23]

Il y a ceux qui ont une mémoire visuelle : il leur suffit de lire un texte pour le connaître et être capable de le répéter. Ensuite, il y a ceux qui ont une mémoire auditive : il leur faut entendre le texte pour l'apprendre. Enfin, la troisième catégorie, ceux qui ont une mémoire kinesthésique, préféreront écrire le texte pour s'en souvenir. Chaque individu privilégie une ou deux de ces trois formes de mémorisation mais elles peuvent être utilisées tour à tour.

Cependant quel que soit le type de mémorisation utilisé préférentiellement par chaque individu, une partie seulement sera retenue et la majorité sera oubliée rapidement. C'est ce que montre Hermann Ebbinghaus [23] avec sa courbe de déperdition de mémoire ci-dessous.



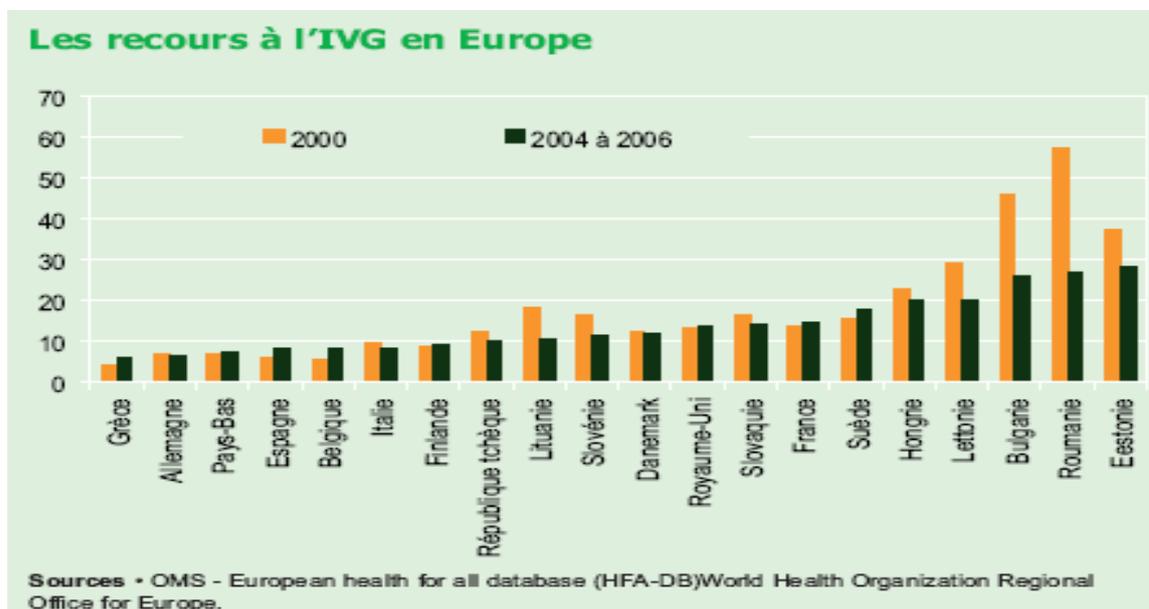
Après 1 heure, la moitié de l'information est oubliée et un mois après il n'en reste que 20 %.

Cela montre bien qu'une masse importante d'information délivrée rapidement lors d'une consultation ne peut pas être retenue de manière satisfaisante et être utilisée de manière optimale en cas de besoin. D'où l'importance de délivrer une information claire, concise mais précise et surtout de l'associer à une brochure récapitulative à laquelle la patiente pourra se référer, plusieurs mois après, si elle se trouve dans une situation problématique et qu'elle ne sait plus quelle conduite adopter. D'autant plus que dans ces brochures, elle trouvera à la fois les règles générales de conduite à tenir selon sa contraception mais également de nombreux numéros de téléphones et de nombreuses adresses internet qui lui permettront d'avoir une réponse rapide et juste.

7. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

7.1 En Europe

D'après les données de l'OMS de 2007 sur le nombre d'IVG pratiquées dans les différents pays européens, la France se situerait en 14^{ème} position sur 20. [24]



7.2 En France

200 000 IVG sont pratiquées chaque année en France. L'Institut National des Etudes Démographiques estime que 40 % des femmes y auront recours au moins une fois dans leur vie. [24]

Il existe de grandes disparités selon les départements et entre la France métropolitaine et les DOM TOM.

Voici répertorié ci-dessous, le nombre d'IVG pour 1 000 femmes en 2007 selon les départements français. [25]

- Les DOM-TOM arrivent en premier avec :
 - 43.5 ‰ en Guadeloupe
 - 38.2 ‰ en Guyane
 - 23.6 ‰ en Martinique
 - 21.2 ‰ à la Réunion
 - L'Ile de France arrive en 7^{ème} position sur 21 avec 19.3 ‰.
 - Le Limousin se situe à la 13^{ème} place sur 21 avec 12.5 ‰.
- Enfin, les Pays de la Loire arrivent à la dernière place avec 10.5 ‰.

7.3 Selon l'âge

Le tableau ci-dessous montre la répartition des IVG en pourcentage selon la classe d'âge. [25]

	2001	2005	2006	2007
15-19 ans	13,2 %	14,4 %	14,4 %	14,3 %
20-24 ans	24,5 %	25,5 %	24,8 %	24,8 %
25-29 ans	21,9 %	20,7 %	21,3 %	22 %
30-34 ans	19,2 %	18,7 %	18,2 %	17,7 %
35-39 ans	14,5 %	13,8 %	14,1 %	14 %
40-44 ans	5,8 %	5,9 %	6,1 %	6,1 %
45-49 ans	0,6 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %

De 2001 à 2007, la classe d'âge la plus concernée est celle des 20-24 ans suivie de près par les 25-29 ans. Viennent ensuite les 30-34 ans puis les 15-19 ans. Après 35 ans, le pourcentage d'IVG décroît de manière significative.

7.4 Selon d'autres facteurs

Toutes les catégories sociales sont concernées. Cependant, les femmes ayant recours de façon répétée à l'IVG semblent être confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières. [26]

Par ailleurs, la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG avaient changé de méthode contraceptive dans les 6 mois précédant la survenue de la grossesse non désirée. Cela montre bien l'attention particulière à porter à la contraception des femmes lors de certaines phases de transition de leur vie. Comme, par exemple, en début de vie sexuelle, lors du changement de partenaire, en post-partum ou en post-abortum. Il ne faut donc pas tenir compte uniquement des profils à risque mais également des situations à risque. [15]

Il a également été constaté une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesses non prévues. En effet, actuellement, 6 grossesses sur 10 (62 %) non prévues aboutiront à une IVG contre 4/10 (41 %) en 1975. Le recours plus systématique à l'IVG peut s'expliquer par l'existence d'une norme sociale du bon moment pour être mère. Cela correspond à une relation stable, un logement assuré et une situation professionnelle établie. [15]

DEUXIEME PARTIE : PROTOCOLE DE RECHERCHE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 Constat

D'après l'INSEE, en 2004, c'est 53% de la population féminine et 55,9% de la population masculine de 15 à 50 ans, soit environ 30 millions de personnes en France qui sont concernées par l'utilisation de la contraception au cours de leur vie.

Or, malgré de nombreuses campagnes d'information et de prévention, les connaissances des français en matière de contraception restent insuffisantes. A cela s'ajoutent de nombreuses croyances erronées.

C'est pourquoi les consultations de contraception devraient être le moment propice pour les patientes afin de recevoir une information claire et précise sur la contraception. Les praticiens devraient prendre le temps de délivrer des messages simples sur l'utilisation de la méthode choisie par la patiente, ses avantages et ses inconvénients et surtout sur la conduite à tenir en cas d'échec. Cette information devrait être accompagnée d'une brochure récapitulative avec les coordonnées des lieux où la patiente peut s'adresser en cas de problèmes.

Malheureusement, cette information ne semble pas être délivrée systématiquement ni de manière optimale. De plus, l'existence d'une

norme contraceptive a été constatée : les prescripteurs auraient tendance à stéréotyper la prescription des méthodes contraceptives sans prendre réellement le temps de s'assurer de l'adéquation entre la méthode qu'ils prescrivent et les conditions de vie de la femme.

Or, le manque d'information et le fait d'imposer une méthode sont deux facteurs responsables d'échec de la méthode contraceptive pouvant conduire à une IVG.

Il semble donc important d'analyser la situation de prescription et de repérer les difficultés existantes en matière de prescription afin de trouver une conduite à tenir adéquate pour prévenir ces facteurs de risques de grossesses non désirées chez les femmes ayant une IVG.

1.2 Problématique

Quelles sont les raisons de ces grossesses débutées sous contraception et aboutissant à une IVG ?

1.3 Objectifs

Objectif principal

Déterminer quels sont les facteurs liés aux échecs de la méthode contraceptive chez les patientes ayant eu une IVG.

Objectif secondaire

Connaitre le point de vue des femmes ayant eu une IVG concernant leurs consultations de prescription de contraception.

1.4 Hypothèses

Hypothèses principales

Les échecs sont en grande partie en lien avec un manque d'information médicale sur le mode d'emploi des méthodes contraceptives et/ou sur les méthodes de rattrapage et/ou sur les lieux où se les procurer.

Des profils particuliers peuvent être mis en évidence chez les femmes ayant eu une IVG alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive.

Hypothèses secondaires

Les patientes qui ont débuté une grossesse sous contraception pensent que la méthode qui leur a été prescrite n'était pas adaptée à leur situation.

L'information perçue par les patientes dépend de la fonction du prescripteur (généraliste, spécialiste, sage-femme).

1.5 Intérêt de l'étude

Cette étude pourrait contribuer à une prise de conscience plus concrète des différents facteurs qui sont en lien avec des échecs de la contraception. Elle attire l'attention des prescripteurs sur les éléments à prendre en compte pour que la patiente fasse un usage plus efficace de la contraception.

2. METHODOLOGIE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et exhaustive.

2.2 La population

Les critères d'inclusion

L'ensemble des femmes ayant débuté une grossesse sous contraception et ayant eu recours à une IVG à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges entre mars et octobre 2012.

Les critères d'exclusion

Sont exclues de cette étude les patientes mineures, celles sous tutelle ou curatelle ainsi que celles ayant des difficultés de compréhension et d'expression de la langue française.

La taille de la population

En 2011, 400 patientes ont eu recours à une IVG alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive.

De mars à octobre 2012, la taille de la population est estimée à environ 200 patientes.

2.3 Les variables

Pour la 1^{ère} hypothèse principale sur la qualité de l'information reçue par les patientes en consultation

Les variables qualitatives sont :

- Satisfaction de la patiente par rapport à la consultation sur une échelle de 1 à 4 de insatisfait à très satisfait.
- Possibilité pour la patiente de poser toutes ses questions.
- Compréhension des informations données.
- Délivrance d'une brochure récapitulative.

Pour la 2^{ème} hypothèse principale sur le profil des patientes

Les variables qualitatives sont :

- Profession de la patiente et celle de son conjoint.
- Situation personnelle : en couple ou célibataire.
- Type de contraceptif utilisé et type d'échec rencontré.

Et les variables quantitatives sont :

- Age des patientes lors de l'échec.
- Parité.

Pour la 1^{ère} hypothèse secondaire pour évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive à la situation de la femme

Les variables qualitatives sont :

- Appréciation par la patiente de l'adéquation ou non de sa méthode par rapport à sa situation et justification de la non adéquation.
- Durée d'utilisation.
- Satisfaction de la patiente concernant l'information reçue.

Et les variables quantitatives sont :

- Satisfaction de la méthode sur une échelle de 1 à 4 de insatisfait à très satisfait.

Pour la 2^e hypothèse secondaire pour évaluer le profil des prescripteurs

Les variables qualitatives sont :

- Sexe du prescripteur.
- Généraliste, spécialiste ou sage-femme.

2.4 Réalisation de l'étude

L'étude s'est déroulée de mars à octobre 2012.

Des questionnaires [ANNEXE 2] ont été distribués aux patientes le jour de l'IVG par les sages-femmes de l'Espace Choisir de l'HME de Limoges. Elles les ont récupérés le jour même une fois remplis.

Ce questionnaire comporte 4 parties :

- La 1^{ère} partie comporte des renseignements généraux.
- La 2^{ème} partie permet de connaître le type de méthode utilisée et la satisfaction de la patiente concernant cette méthode contraceptive.
- La 3^{ème} partie s'intéresse au prescripteur et au degré de satisfaction de la patiente concernant l'information reçue lors de ses consultations de contraception.

Enfin, le questionnaire se termine par une question ouverte où la patiente peut laisser des commentaires ou faire des remarques supplémentaires.

2.5 Méthode d'analyse

Les données recueillies par les questionnaires ont été traitées à l'aide du logiciel informatique Microsoft Office EXCEL 2010.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE ET DE LA POPULATION

1.1 L'étude

- Nombre total de questionnaires distribués et récupérés : 146
- Nombre total de questionnaires exploitables : 143

La population « source » est donc composée de 143 femmes.

1.2 La population

L'âge

La moyenne d'âge est de 27,3 ans. Les extrêmes sont : 18 ans et 41 ans.

La population a été répartie en 3 classes d'âge :

- 18-24 ans : 39.16 %
- 25-34 ans : 44.06 %
- \geq 35 ans : 16.78 %

La parité

La moyenne du nombre d'enfants est de : 0.95.

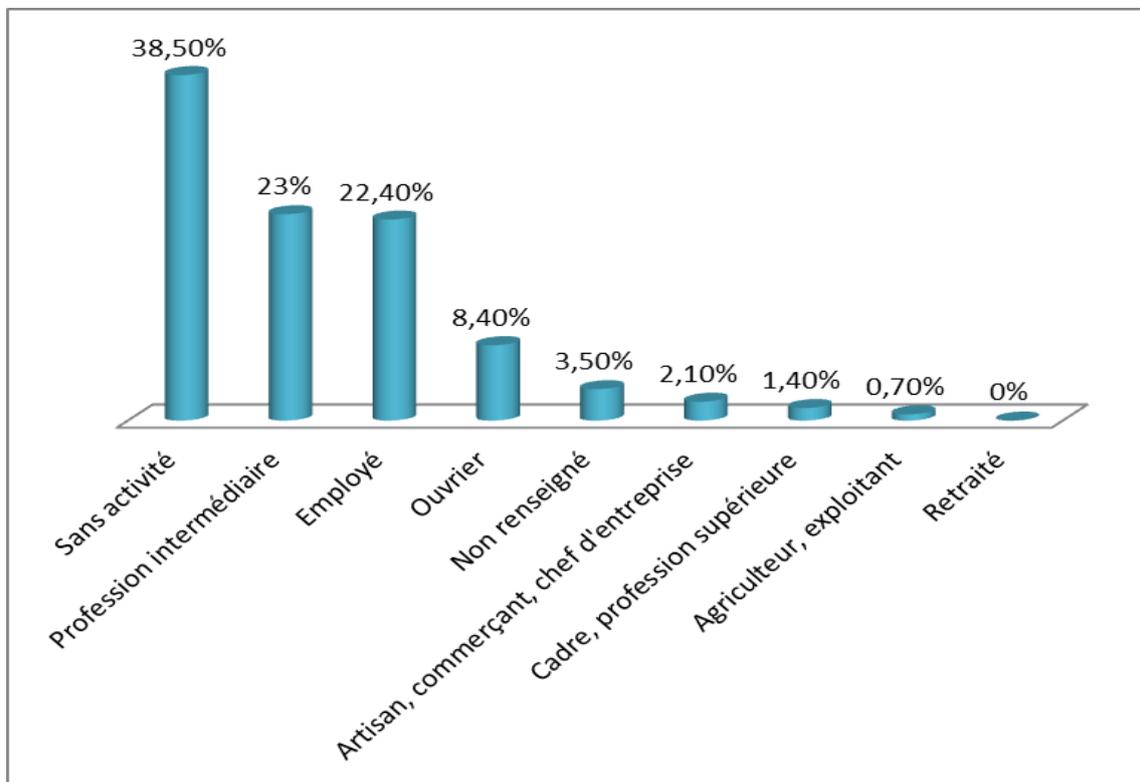
Les deux extrêmes sont : 0 enfant et 4 enfants.

- 0 enfant : 42.0 %
- 1 enfant : 29.4 %
- 2 enfants : 22.4 %
- 3 enfants : 4.1 %
- 4 enfants : 2.1 %

Le statut matrimonial

62.94 % des femmes sont en couple et 37.06 % sont célibataires.

Le statut professionnel des patientes



38.5 % de la population étudiée est sans profession.

23.0 % font partie des professions intermédiaires.

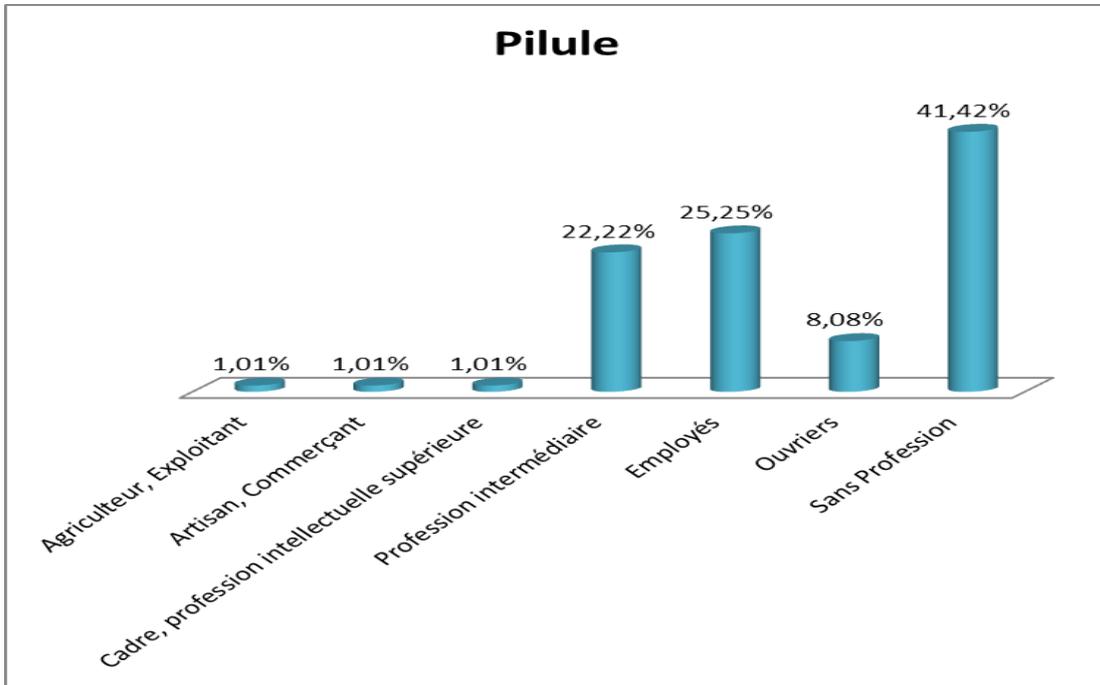
22.4 % sont des employées.

1.4 % sont cadres ou exercent une profession intellectuelle supérieure.

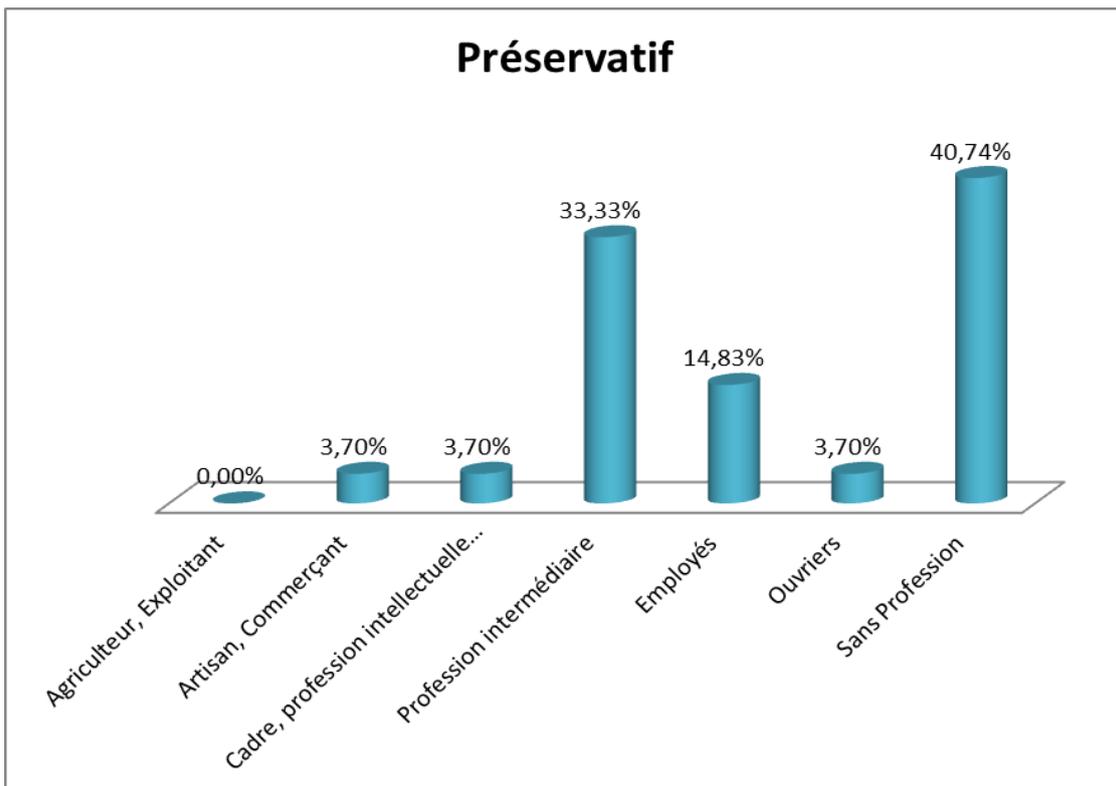
Le statut professionnel des patientes selon leur âge

	18-24 ans	25-34 ans	≥ 35 ans
Agriculteurs Exploitants	1.85 %		
Artisans Commerçants Chefs d'entreprises		3.28 %	4.35 %
Cadres Professions intellectuelles supérieures	1.85 %		4.35 %
Professions intermédiaires	12.96 %	31.15 %	30.4 %
Employés	12.96 %	31.15 %	26.1 %
Ouvriers	3.7 %	13.11 %	8.7 %
Sans profession	66.68 %	21.31 %	26.1 %

Le statut professionnel des patientes qui utilisent la pilule

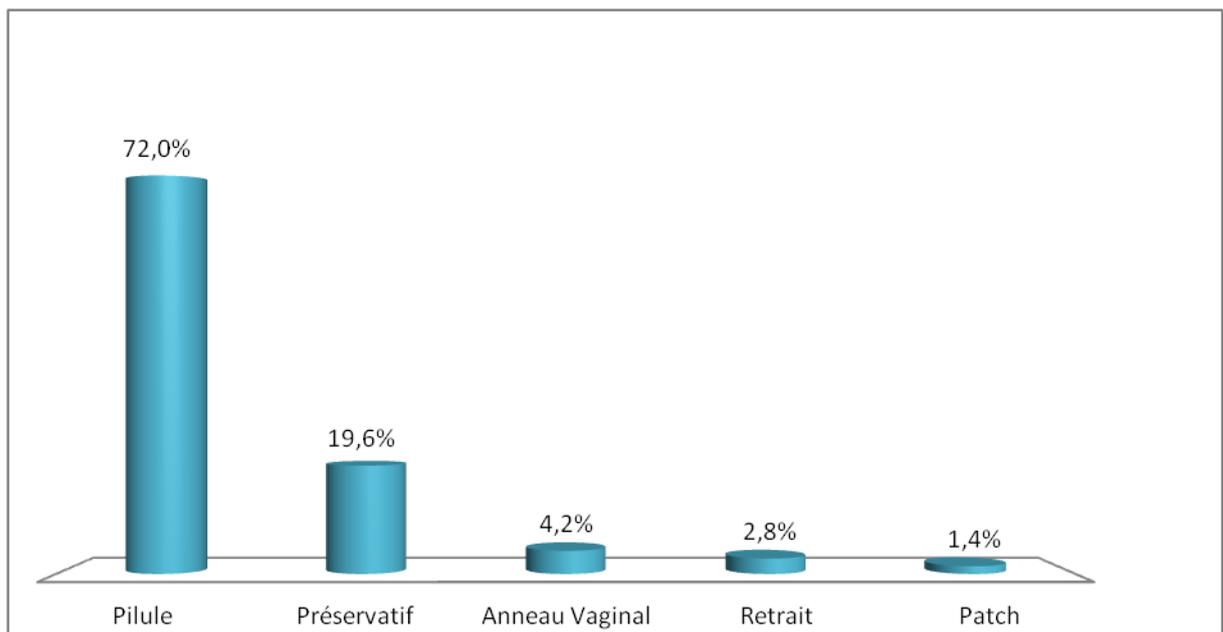


Le statut professionnel des patientes qui utilisent le préservatif



2. TYPE DE CONTRACEPTION UTILISEE ET CAUSES D'ECHEC

2.1 Méthodes contraceptives utilisées



- 72.0 % des patientes utilisaient une pilule.
- 19.6 % utilisaient le préservatif.
- La cape, le stérilet et l'implant ne sont pas retrouvés dans cette population.

Hormis la méthode du retrait, on ne retrouve pas d'autres méthodes dites « naturelles ».

2.2 Contraceptions utilisées chez les 18-24 ans

L'effectif des 18-24 ans est de 56 patientes (39.16 %).

Les méthodes contraceptives utilisées par les 18-24 ans sont :

- La pilule : 76.79 %
- Le préservatif : 19.64 %
- Le patch : 3.57 %

2.3 Contraceptions utilisées chez les 25-34 ans

L'effectif est de 63 patientes (44.06 %).

Les méthodes contraceptives utilisées chez les 25-34 ans sont :

- La pilule : 74.60 %
- Le préservatif : 14.29 %
- L'anneau vaginal : 7.94 %
- La méthode du retrait : 3.17 %

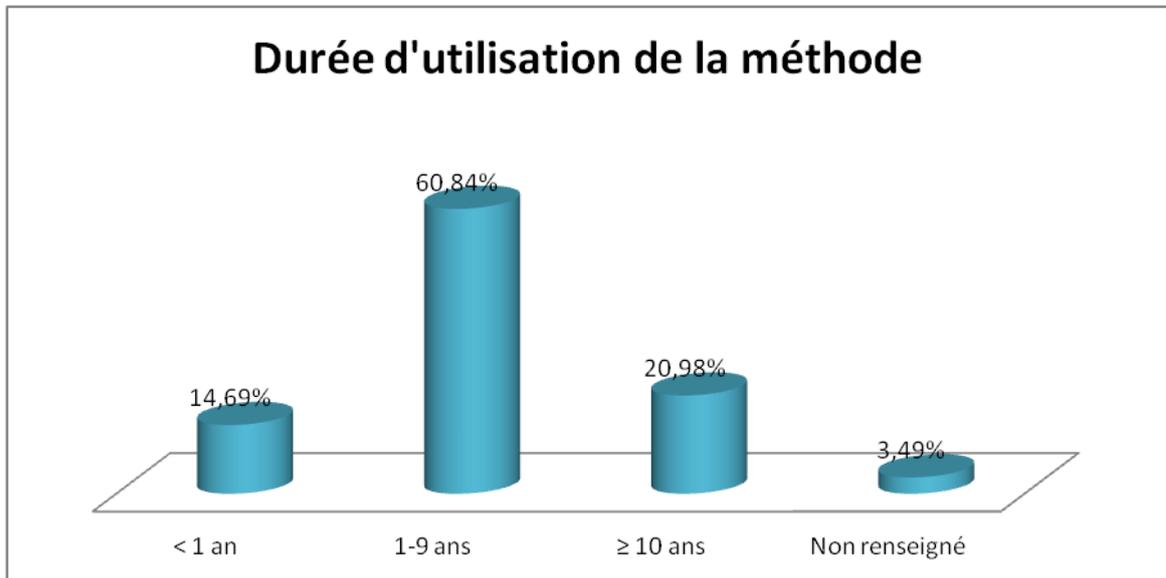
2.4 Contraceptions utilisées chez les 35 ans et plus

L'effectif est de 24 patientes (16.78 %).

Les méthodes contraceptives utilisées chez les 35 ans et plus sont :

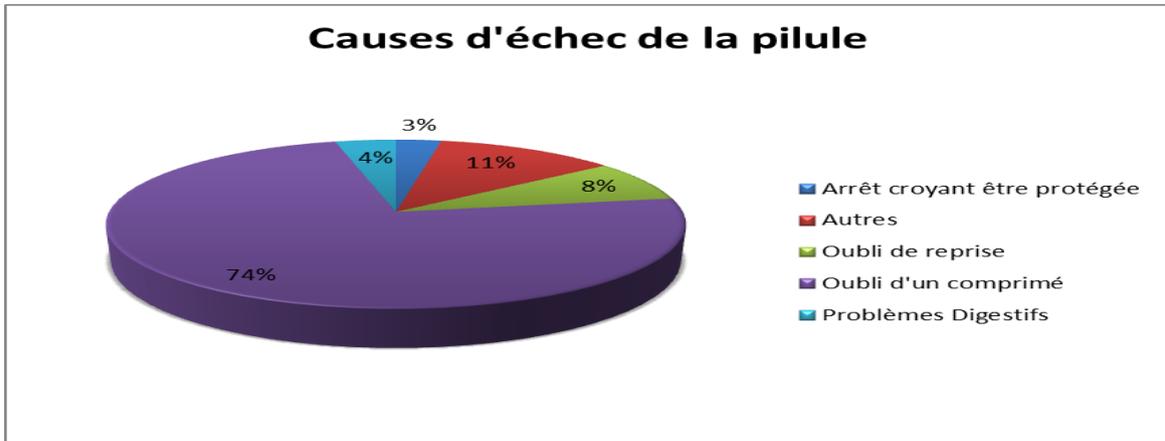
- La pilule : 54.17 %
- Le préservatif : 33.33 %
- La méthode du retrait : 8.33 %
- L'anneau : 4.17 %

2.5 Durée d'utilisation de la méthode avant l'IVG



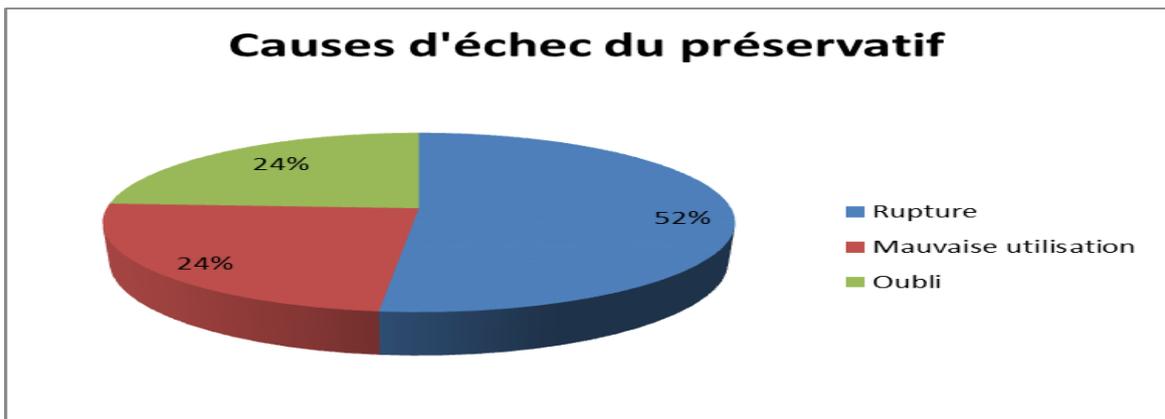
La durée moyenne d'utilisation de la méthode contraceptive avant l'échec est de 5,23 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 24 ans.

2.6 Les causes d'échecs de la pilule selon les patientes



- Oubli d'un comprimé : 74 %
- Autres : 11 %
- Oubli de reprise après les 7 jours d'arrêt : 8 %
- Problèmes digestifs : 4 %
- Arrêt de la pilule en croyant être toujours protégée : 3 %

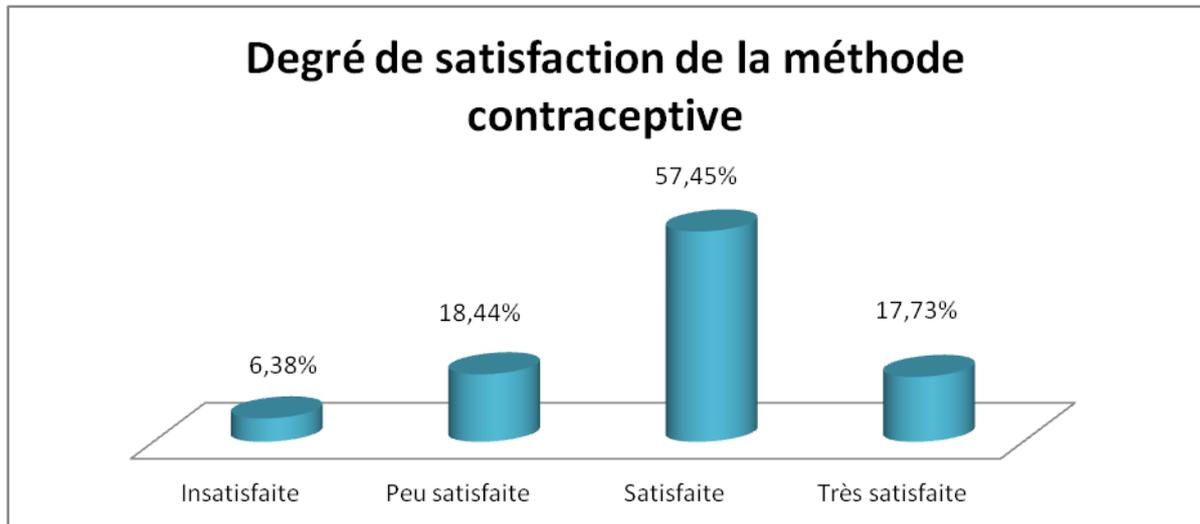
2.7 Les causes d'échecs du préservatif selon les patientes



- Rupture du préservatif : 52 %
- Mauvaise utilisation : 24 %
- Oubli : 24 %

3. DEGRE DE SATISFACTION DES PATIENTES

3.1 Degré de satisfaction de la méthode contraceptive



2 patientes n'ont pas répondu à cette question. L'effectif de la population est donc de 141 pour cette question.

3.2 Degré de satisfaction selon le type de méthode contraceptive utilisé

	Pilule	Préservatif	Patch	Anneau	Retrait
Insatisfait	6 %	4 %		33 %	
Peu satisfait	20 %	14 %		17 %	
Satisfait	58 %	57 %	100 %	33 %	75 %
Très satisfait	16 %	25 %		17 %	25 %

3.3 Profil des patientes peu ou pas satisfaites de leur méthode

Cela concerne 35 patientes soit 24.82 % de la population de cette étude.

L'âge :

* 18-24 ans : 48.57 %

* 25-34 ans : 42.86 %

* \geq 35 ans : 8.57 %

Durée d'utilisation :

* < 1 an : 20 %

* 1-9 ans : 68.57 %

* \geq 10 ans : 11.43 %

Méthode contraceptive :

* Pilule : 77.1 %

* Préservatif : 14.3 %

* Anneau : 8.6 %

4. DEGRE D'ADAPTATION DE LA METHODE

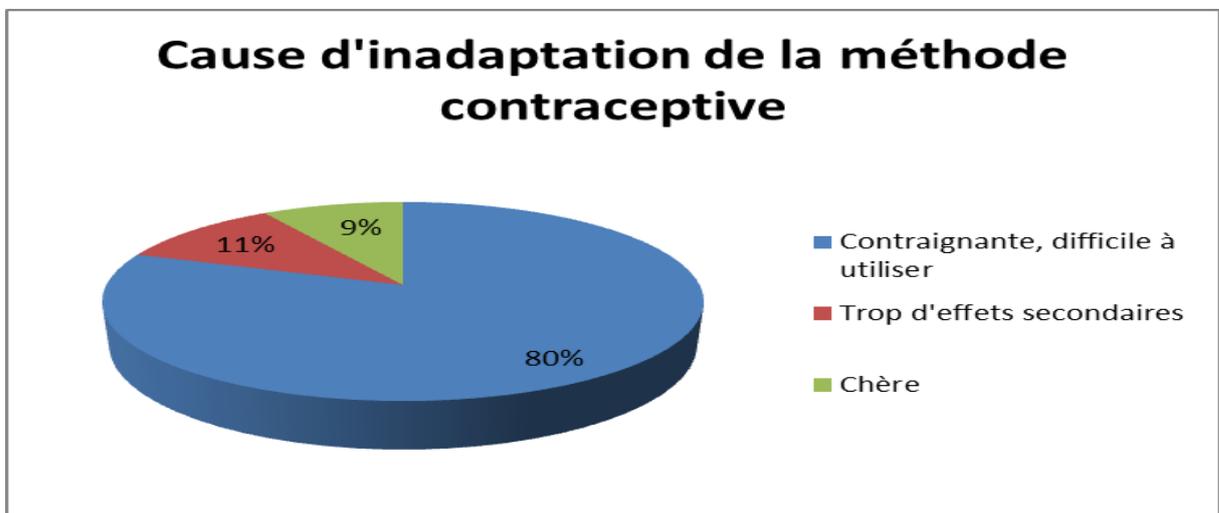
4.1 Méthode considérée comme adaptée par la patiente

3 patientes n'ont pas répondu à cette question. L'effectif de la population est donc de 140 pour cette question.

- Méthode considérée comme adaptée : 60 %
- Méthode considérée comme inadaptée : 40 %

4.2 Causes d'inadaptation de la méthode selon les patientes

Cette question concerne les 56 patientes qui considéraient que leur méthode contraceptive ne leur était pas adaptée.



- 80 % des patientes considèrent que la méthode est contraignante ou difficile à utiliser.
- Méthode difficile à se procurer : 0 %

4.3 Causes d'inadaptation en fonction des différentes méthodes contraceptives

Ce tableau montre les causes d'inadaptation et les principales méthodes contraceptives les plus retrouvées pour chaque cause.

	Contraignante	Effets secondaires	Trop chère
Pilule	80 %	83.33 %	80 %
Préservatif	13.33 %	16.66 %	
Anneau	4.45 %		
Retrait	2.22 %		
Patch			20 %

La pilule (80 %) et le préservatif (13.33 %) sont les deux principales méthodes jugées trop contraignantes par les patientes. Viennent ensuite l'anneau (4.45 %) puis la méthode du retrait (2.22 %).

Pour les effets secondaires, c'est la pilule qui arrive en premier avec 83.33 % puis le préservatif avec 16.66 %.

Enfin, la pilule (80 %) puis le patch (20 %) sont les deux méthodes estimées trop chères par les utilisatrices.

4.4 Méthodes contraceptives et causes d'inadaptation

Ce tableau montre pour chaque méthode contraceptive quelles sont les principales causes d'inadaptation.

	Pilule	Préservatif	Anneau	Retrait	Patch
Contraignante	80 %	85.7 %	100 %	100 %	
Effets secondaires	8.9 %	14.3 %			
Trop chère	11.1 %				100 %

Pour la pilule, la principale cause d'inadaptation est le fait que ce soit une méthode contraignante (80 %) puis le fait qu'elle soit trop chère (11.1 %) et enfin, le fait qu'elle présente trop d'effets secondaires (8.9 %).

Pour le préservatif, les deux causes d'inadaptation sont le fait que la méthode soit contraignante (85.7 %) et le fait qu'elle ait trop d'effets secondaires (14.3 %).

L'unique cause d'inadaptation de l'anneau et de la méthode du retrait est liée à la contrainte pour l'emploi de ces méthodes.

Enfin, le patch présente comme seule cause d'inadaptation un coût trop important.

4.5 Profil des patientes satisfaites de leur méthode alors qu'elles la jugent inadaptée

45 % des femmes de cette étude se disent satisfaites voire même très satisfaites (17.73 %) de leur méthode contraceptive, mais seulement 60 % la jugent adaptée.

Il y a donc 28 patientes sur 143 qui sont satisfaites ou très satisfaites de leur méthode alors qu'elle la jugent inadaptée.

Durée moyenne d'utilisation :

* 5.1 ans

Type de méthode contraceptive utilisée

* Pilule : 78.57 %

* Préservatif : 14.29 %

* Anneau : 3.57 %

* Retrait : 3.57 %

Causes d'inadaptation

* Méthode contraignante : 89.3 %

* Méthode trop chère : 7.1 %

* Méthode avec trop d'effets secondaires : 3.6 %

5. LES PRESCRIPTEURS ET L'INFORMATION DELIVREE EN CONSULTATION

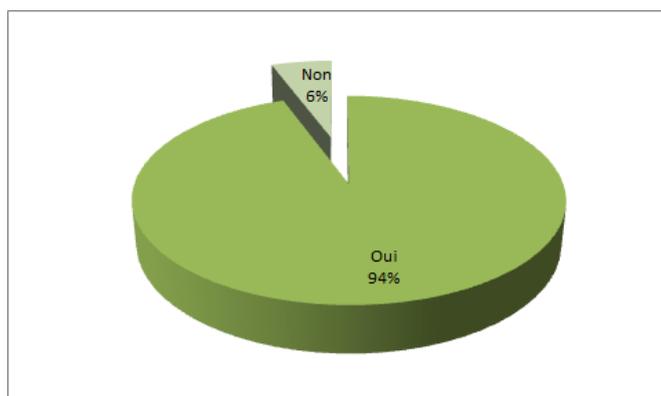
5.1 Le profil des prescripteurs

11 patientes n'ont pas répondu. L'effectif total est donc de 132 pour cette question.

- Généraliste : 60 soit 45.45 %
- Spécialiste : gynécologue-obstétricien : 69 soit 52.27 %
- Sage-Femme : 3 soit 2.27 %

5.2 Informations reçues lors des consultations selon la spécialité du prescripteur

Information concernant les différentes méthodes contraceptives existantes :



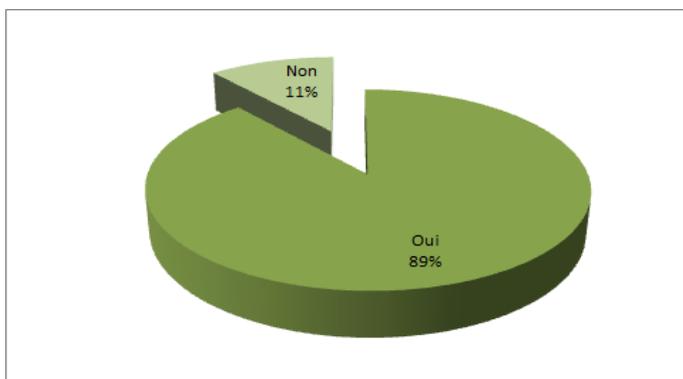
Oui : 94 %

Généraliste : 92 %

Spécialiste : 96 %

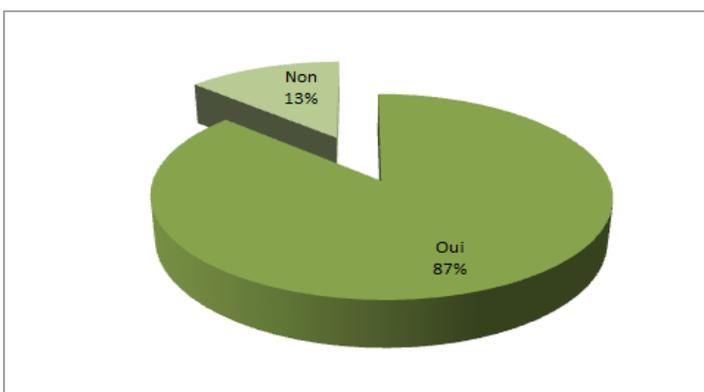
Sage-femme : 100 %

Information sur les avantages et inconvénients des différentes contraceptions :



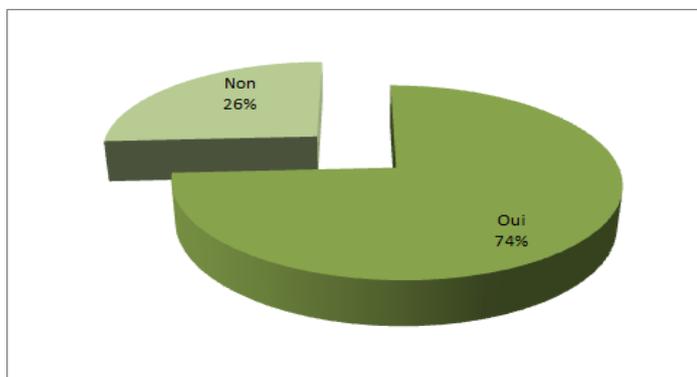
Oui : 89 %
Généraliste : 85 %
Spécialiste : 91 %
Sage-femme : 67 %

Information sur le mode d'emploi de la méthode contraceptive choisie :



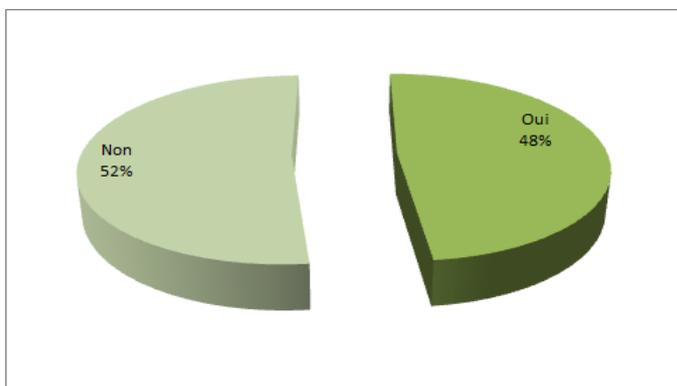
Oui : 87 %
Généraliste : 83 %
Spécialiste : 90 %
Sage-femme : 100 %

Information sur la conduite à tenir en cas d'échec de la méthode contraceptive :



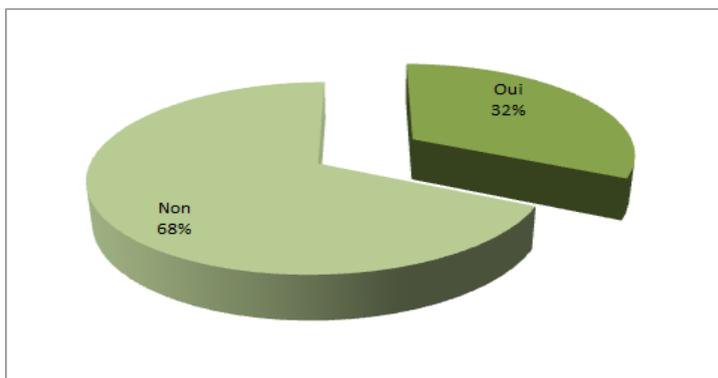
Oui : 74 %
Généraliste : 68 %
Spécialiste : 78 %
Sage-femme : 100 %

Informations et coordonnées des lieux où s'adresser en cas de problème :



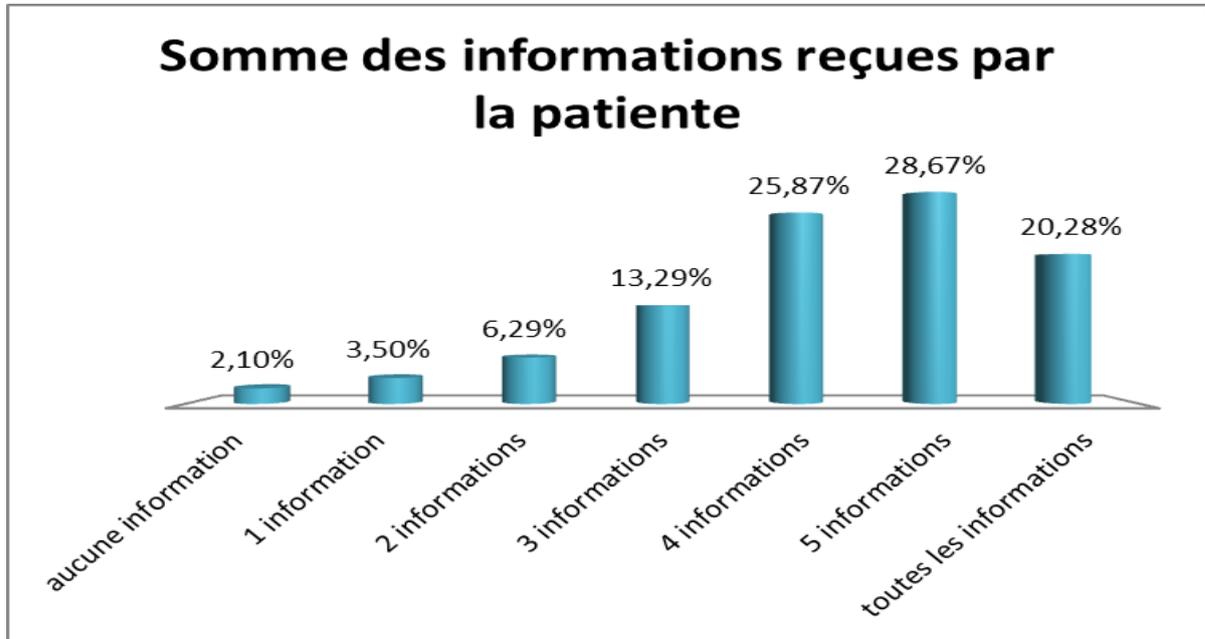
Oui : 48 %
Généraliste : 47 %
Spécialiste : 48 %
Sage-femme : 100 %

Brochure récapitulative donnée lors de la consultation :



Oui : 32 %
Généraliste : 35 %
Spécialiste : 28 %
Sage-femme : 67 %

5.3 Somme des informations reçues par la patiente sur les 6 items de la question précédente



- Aucune information : 2.10 %
- Toutes les informations : 20.28 %

5.4 Informations reçues par les patientes utilisant des préservatifs

Information sur le mode d'emploi :

Oui : 75 % Non : 25 %

Information sur la conduite à tenir en cas d'échec :

Oui : 75 % Non : 25 %

5.5 Possibilité pour la patiente de poser toutes ses questions selon les prescripteurs

96.50 % des patientes ont pu poser toutes leurs questions lors des consultations.

Les motifs énoncés par les 3.5 % des patientes n'ayant pas pu poser toutes leurs questions sont :

- « manque d'écoute », « mal à l'aise », « manque de temps ».

Pourcentage des prescripteurs avec lesquels les patientes ont pu poser toutes leurs questions :

- Généraliste : 95 % Spécialiste : 97 % Sage-femme : 100 %

5.6 La patiente a reçu toutes les informations nécessaires

- Oui : 92.31 % Non : 7.69 %

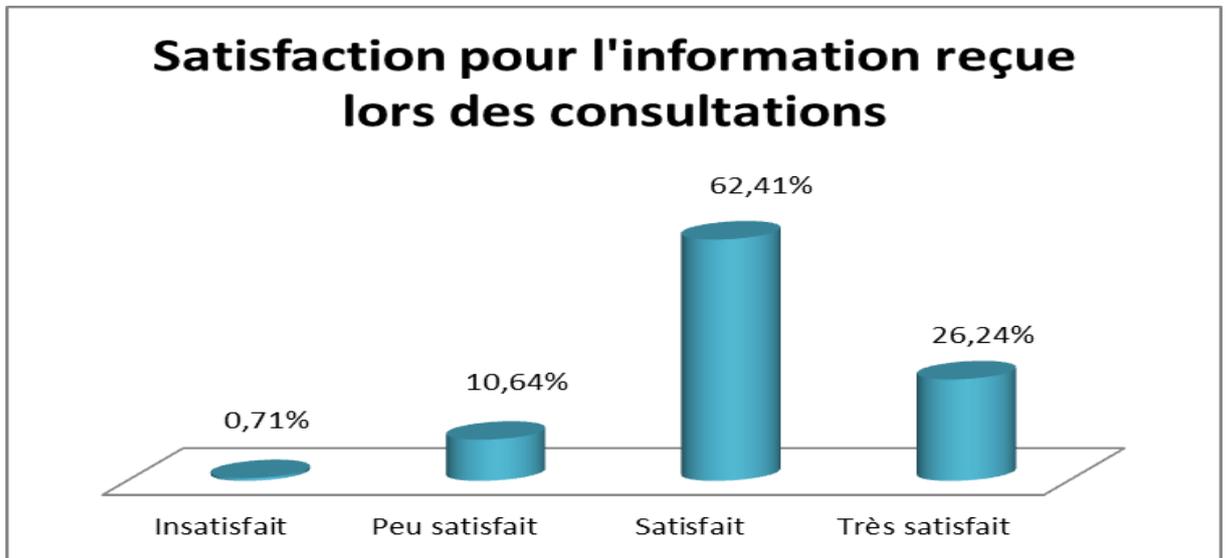
Informations ayant fait défaut lors des consultations :

« réponse pas claire », « absence d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé » *réponse retrouvée deux fois*
« manque d'information sur les effets secondaires des pilules »,
« absence de l'ensemble des informations ».

Pourcentage des prescripteurs avec lesquels les patientes ont reçu toutes les informations dont elles avaient besoin

- Généraliste : 90 % Spécialiste : 93 % Sage-femme : 100 %

5.7 Satisfaction globale pour l'information reçue lors des consultations



- Insatisfait : 0.71 %
- Peu satisfait : 10.64 %
- Satisfait : 62.41 %
- Très satisfait : 26.24 %

QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. VALIDITE DE L'ETUDE

1.1 Points forts

143 questionnaires ont été recueillis sur 8 mois, l'effectif total est donc conséquent. De plus, les femmes les ont très bien remplis. Seulement 3 étaient ininterprétables car il manquait trop de réponses. Sur les 143 recueillis, une voire maximum deux réponses par questionnaire faisaient défaut mais il ne s'agissait pas de questions cruciales.

Le profil socio-économique de la population de cette étude est représentatif de celui de la population générale. En ce qui concerne les méthodes contraceptives, on retrouve bien la norme contraceptive. Cependant, il y a des différences notables dans les méthodes utilisées par les patientes de cette étude et par celles utilisées par les femmes de la population générale.

1.2 Points faibles

Il existe un biais de mémorisation du fait que les patientes ont été interrogées sur des événements qui se sont, pour certaines, produits il y a de nombreuses années.

Dans cette étude, j'ai exclu volontairement les personnes mineures car il m'aurait fallu une autorisation parentale pour leur soumettre le questionnaire. Or les 15-18 ans représentent une catégorie de la population très soumise à la norme contraceptive et ayant recours de manière assez importante aux IVG. Il aurait donc été intéressant de pouvoir étudier cette classe d'âge.

Certaines questions auraient dû être plus détaillées notamment celles sur le degré de satisfaction des patientes concernant leur contraception et concernant la consultation.

Enfin, concernant le statut professionnel des patientes, il aurait été intéressant de distinguer les femmes sans profession car au chômage de celles sans profession car étudiantes.

2. REPONSE AUX HYPOTHESES

2.1 Première hypothèse principale

Les échecs sont en grande partie en lien avec un manque d'information médicale sur le mode d'emploi des méthodes contraceptives et/ou sur les méthodes de rattrapage et/ou sur les lieux où se les procurer.

96.5 % des patientes considèrent avoir pu poser toutes leurs questions lors des consultations et 92.31 % estiment avoir reçu toutes les informations dont elles avaient besoin.

Elles ont en majorité reçu les informations concernant :

- Les différentes méthodes contraceptives : 94 %
- Leurs avantages et leurs inconvénients : 89 %
- Le mode d'emploi précis de la méthode choisie : 87 %
- La conduite à tenir en cas d'échec : 74 %

En revanche, elles sont une minorité à avoir eu les coordonnées des lieux où s'adresser en cas de problèmes (48 %) et à peine un tiers (32 %) ont reçu une brochure récapitulative lors de leurs consultations.

Lorsque l'on fait la somme des informations qu'elles ont reçues, on s'aperçoit qu'un quart (25.18 %) a reçu 3 ou moins de 3 informations sur les 6, la moitié (54.54 %) a reçu 4 à 5 informations sur 6 et seulement un cinquième (20.28 %) les a toutes reçues.

Elles ont certes reçues des informations diverses lors des consultations mais sur toutes les informations que l'on délivre à l'oral, une petite partie seulement est retenue par la patiente et une grande

partie (79 % en 1 mois) est oubliée par la suite sauf si on accompagne cette information d'un support écrit. Or, l'INPES met gratuitement à la disposition des professionnels de santé des brochures récapitulatives à distribuer aux patientes pour qu'elles puissent s'y référer en cas d'échec de leur méthode et qu'elles puissent y trouver la conduite à tenir et/ou les numéros de téléphone où elles pourraient se renseigner.

On en conclut que, bien que les patientes estiment avoir été bien informées lors des consultations, elles n'ont en réalité pas reçu toutes les informations nécessaires et que les informations qui leur ont fait défaut sont celles qui leurs auraient été utiles lors de l'échec de leur méthode et qui auraient pu leur éviter de débiter une grossesse non désirée.

L'hypothèse est donc confirmée : les échecs sont en partie imputables à un manque d'information médicale sur les endroits où s'adresser en cas d'échec de leur méthode contraceptive et sur le manque de support auquel se référer en cas de problèmes.

2.2 Deuxième hypothèse principale

Des profils particuliers peuvent être mis en évidence chez les femmes ayant eu une IVG alors qu'elles utilisaient une méthode contraceptive.

Profil général :

Dans cette étude, tout comme le montrait l'INSEE en 2007 [24], les femmes les plus touchées par les IVG sont avant tout les 25-34 ans : 44.06 % dans notre étude avec une moyenne d'âge de 27.3 ans. Elles sont suivies de près par les 18-24 ans (39.16 %). Les femmes de plus de 35 ans, elles, sont beaucoup moins nombreuses (16.78 %) probablement

parce qu'à cet âge, les femmes ont davantage recours à des méthodes plus efficaces comme le stérilet.

D'après l'étude de l'INPES « les français et la contraception » [7], les femmes sans profession ont plus de risques d'avoir une grossesse non désirée à la fois de par le manque de ressources pour avoir une contraception efficace que de par le manque d'informations lié soit à un bas niveau d'étude soit à une exclusion sociale rendant l'accès à une information de qualité difficile.

Dans notre étude, on constate que 38.5 % des femmes sont sans profession et que les cadres et professions intellectuelles supérieures ne sont que 1.4 %. De même, quelle que soit la tranche d'âge de cette étude, les sans profession arrivent soit en 1ère position pour les 18-24 ans : 66.68 % soit en 2^{ème} position comme pour les 25-34 ans : 21.31 % et les plus de 35 ans : 26.1 %.

De plus, comme le soulignait l'article de la HAS sur les causes d'échecs de la contraception [10], les femmes de 18-24 ans sont particulièrement à risque car c'est une période de transition entre la vie au domicile parental et l'acquisition de leur indépendance, période où elles disposent de peu de ressources économiques et où la santé passe au second plan.

Dans notre étude on constate que plus de la moitié des femmes de cette tranche d'âge sont sans profession ce qui accroît d'autant plus leur précarité financière. Or, lorsque l'on regarde le type de méthode contraceptive utilisée par cette classe d'âge, on constate un nombre élevé de méthodes peu ou pas remboursées comme la pilule (76.79%) et le préservatif (19.64%) et à des taux bien supérieurs à ceux de la population générale.

Enfin, l'article du ministère de la santé sur la prévention des grossesses non désirées [15], montrait un recours plus systématique aux IVG ces dernières années en raison de l'existence d'une norme sociale du bon moment pour être mère lié à l'allongement de la durée des études des femmes et aux contraintes qu'elles peuvent rencontrer dans leur profession.

Or, justement dans notre étude on constate que 62.94 % des femmes vivent en couple. De plus, la majorité d'entre elles sont soit nullipares (42 %) soit primipares (29.4 %). Les multipares sont peu nombreuses dans cette étude : 4.1 % de 3e pare et 2.1 % de 4e pare. Il ne s'agit donc pas que de femmes qui interrompent leur grossesse parce qu'elles sont seules ou parce qu'elles ont déjà plusieurs enfants mais plutôt parce qu'un enfant à ce moment-là n'est pas envisageable en raison des contraintes liées à leur situation professionnelle et/ou financière.

Profil contraceptif :

Dans cette étude, tout comme dans celle du Baromètre Santé de 2010 [6], on retrouve bien l'existence d'une véritable norme contraceptive.

Quelle que soit la classe d'âge, la pilule est la méthode la plus utilisée et même bien plus que dans la population générale (55.5 %). Dans cette étude, elle est utilisée par 72.03 % des femmes et son utilisation varie de 76.79 % chez les 18-24 ans à 54.17 % chez les plus de 35 ans.

Dans la population générale, le stérilet arrive en 2^{ème} position à partir de 25 ans (20.3 %) et son utilisation augmente largement avec l'âge pour atteindre 43.2 % chez les 45-49 ans.

Dans cette étude, c'est le préservatif qui arrive en 2^{ème} position avec 19.58 % d'utilisation. Cependant, on constate une augmentation de son utilisation avec l'âge. En effet, seulement 19.64 % des 18-24 ans et 14.29 % des 25-34 ans y ont recours alors que cette méthode est utilisée par un tiers des plus de 35 ans (33.33 %). On peut en déduire que les 18-24 ans utilisent les préservatifs afin de se protéger des IST lorsqu'elles ne sont pas stabilisées en couple puis une fois stabilisées, elles l'abandonnent au profit de la pilule. Enfin, son utilisation est plus importante chez les femmes de 35 ans qui ne souhaiteraient plus utiliser de méthode hormonale.

Les autres méthodes hormonales sont peu utilisées : le patch < 4% et l'anneau vaginal de 4-8 %. Tout comme le souligne l'étude de l'INPES sur « les français et la contraception » ces méthodes pourtant efficaces ne sont pas suffisamment bien connues du grand public.

Malgré la mise en évidence d'une norme contraceptive, on constate de grandes différences entre les chiffres de l'étude du Baromètre Santé 2010 et cette étude.

Tout d'abord en ce qui concerne la pilule, son utilisation est plus importante dans cette étude que dans la population générale : 72 % contre 55.5 %. Cette différence augmente avec l'âge et à partir de 25 ans, les femmes de cette étude ont plus recours à la pilule que les femmes de l'étude du baromètre santé 2010.

Il en va de même pour le préservatif qui est deux fois plus utilisé par les femmes de cette étude que par les femmes de l'étude du baromètre santé : 19.6 % / 10.3 %. Pour les plus de 35 ans son utilisation est ici multipliée par 3. Or, c'est à partir de cet âge que les femmes se tournent vers le DIU ou l'implant et abandonnent les méthodes

plus contraignantes et moins efficaces comme la pilule et le préservatif. Dans cette étude, on ne retrouve aucune femme ayant débuté une grossesse non désirée sous stérilet ni sous implant. Ce sont donc bien des méthodes très efficaces mais encore peu prescrites et particulièrement peu utilisées par les femmes jeunes. Cela pourrait en partie expliquer pourquoi les femmes de plus de 35 ans de cette étude sont moins nombreuses : à cet âge, elles abandonnent la pilule au profit de méthodes plus efficaces sur une plus longue période et dont le taux d'échec est bien plus faible que la pilule et le préservatif utilisés par leurs cadettes.

Or, justement les femmes de plus de 35 ans de cette étude ayant recours à une IVG suite à un échec de leur méthode font exception à cette règle et elles utilisent beaucoup plus la pilule (54.17 % /43.4 %) et le préservatif (33.33 % / 11.6 %) que les femmes du baromètre santé 2010.

En ce qui concerne la méthode du retrait, on trouve des taux 3 fois plus importants chez les 25-34 ans et 8 fois plus importants chez les plus de 35 ans par rapport à la population générale. Cela montre bien qu'il s'agit d'une méthode inefficace et dont les rares utilisatrices rencontrent un fort taux d'échecs.

Durée d'utilisation :

D'après l'article du ministère de la santé sur la prévention des grossesses non désirées [15], les échecs de la contraception surviendraient dans les 6 premiers mois après un changement de méthode.

Or, plus de la moitié des femmes de cette étude (60.84 %) utilisaient leur méthode contraceptive depuis plus de 1 an soit en moyenne 5.23 ans. On est donc confronté non pas un problème de

connaissance pour l'utilisation de la méthode mais à un problème de gestion de la méthode au quotidien.

En effet, comme nous l'avons vu dans la 1^{ère} hypothèse principale, l'information sur le mode d'emploi précis de la méthode est délivrée pour 87 % d'entre elles. Ce sont donc des femmes qui savent utiliser leur méthode contraceptive mais dont la gestion de la méthode au quotidien pose problème puisque 80 % citent comme principale cause d'insatisfaction le fait que la méthode est trop contraignante et difficile à utiliser. Arrive ensuite le fait que la méthode présente trop d'effets secondaires : 11 % puis le fait qu'elle est trop onéreuse : 9 %.

En ce qui concerne la pilule, elles sont très peu nombreuses à attribuer l'échec à une erreur d'utilisation : 3 % seulement croyaient être protégées après l'arrêt de la pilule et 4 % ont rencontré des problèmes avec leur méthode suite à un trouble digestif. Par contre, elles sont 74 % à avoir oublié un comprimé et 8 % à avoir oublié de reprendre la pilule après la période d'arrêt des 7 jours.

Pour le préservatif, le problème est inverse. La cause d'échec la plus retrouvée est liée à une mauvaise utilisation et non pas à un oubli. En effet, 52 % ont eu une rupture et 24 % une mauvaise utilisation contre seulement 24 % qui disent l'avoir oublié. On pourrait alors supposer qu'étant donné que le préservatif ne nécessite pas de prescription et donc pas de consultation médicale, ces patientes soient moins bien informées sur leur méthode. Or, 75 % d'entre elles disent avoir eu une information sur le mode d'emploi de la méthode et sur la conduite à tenir en cas d'échec.

Dans cette étude, le préservatif étant en majorité utilisé par des femmes de plus de 35 ans (33.33 %) et sans profession (40.74 %), l'hypothèse la plus plausible serait que, suite à une mauvaise utilisation de la méthode, ces patientes considèrent qu'en raison de leur âge, elles ont

très peu de risque de débiter une grossesse et donc elles ne prennent pas de précautions supplémentaires comme la pilule du lendemain. Pour appuyer cette hypothèse, on peut se référer aux résultats de l'INPES sur « les français et la contraception » [7]. Elle mettait en évidence des lacunes majeures sur les connaissances concernant la physiologie du cycle féminin puisque 53 % pensaient qu'il n'était pas possible de débiter une grossesse suite à un rapport au moment des règles et 64 % d'entre elles pensaient qu'il existait des jours au cours du cycle sans risque de grossesse. Enfin, rares étaient celles qui connaissaient la contraception d'urgence et ses modalités d'utilisation.

En conclusion, cette hypothèse est confirmée. Bien que tous les âges et toutes les catégories professionnelles soient concernées, il existe bien des profils à risques notamment les femmes jeunes sans profession et ayant recours à des méthodes peu ou pas remboursées comme la pilule ou le préservatif.

Il existe également une norme sociale du bon moment pour être mère puisque la majorité des femmes sont en couple et sans enfant.

Cette étude montre bien l'existence d'une norme contraceptive où l'on prescrit essentiellement la pilule et où des méthodes plus efficaces comme le DIU ou l'implant sont encore très marginales. Cependant il existe des différences entre cette étude et celle du baromètre santé de 2010 permettant de mettre en évidence les méthodes qui sont le plus à risque d'échec comme la pilule, le préservatif et la méthode du retrait utilisés de manière bien plus importante que dans la population générale.

Enfin, contrairement à l'article du ministère de la santé qui montrait que les échecs contraceptifs avaient lieu dans les 6 mois qui suivaient le changement de méthode, il apparaît dans cette étude, que les échecs ont lieu chez des femmes qui utilisaient leur méthode depuis plusieurs années (5.22 ans en moyenne et 60.84 % depuis plus d'un an). Il ne s'agit donc

pas d'un problème de connaissance sur la méthode mais d'un problème de gestion de la méthode au quotidien.

2.3 Première hypothèse secondaire

Les patientes qui ont débuté une grossesse sous contraception pensent que la méthode qui leur a été prescrite n'était pas adaptée à leur situation.

40 % des femmes de cette étude pensent que leur méthode ne leur était pas adaptée. Lorsqu'on les interroge sur les causes d'inadaptation, il en ressort que 80 % d'entre elles considèrent leur méthode comme étant trop contraignante et difficile à utiliser. La pilule arrive en tête avec 80 % suivie par le préservatif avec 13.33 %. Les autres méthodes sont citées mais de manière moins importante. Cela rejoint bien ce que montrait l'étude de l'INPES en 2007 à savoir que l'utilisation de la pilule au long cours est très contraignante et que son utilisation durant plusieurs années sans oublis est difficile à réaliser alors qu'il existe d'autres méthodes plus efficaces et plus faciles à utiliser comme le DIU et l'implant. Cependant ces méthodes sont encore peu prescrites comme on peut le voir avec cette étude et la norme contraceptive est, elle, très présente même si elle ne satisfait pas les utilisatrices.

La 2^{ème} cause d'inadaptation est le fait que la méthode présente trop d'effets secondaires : 11 %. Ici, seuls la pilule et le préservatif sont cités.

Enfin la 3^{ème} cause d'inadaptation est le prix de la méthode : 9 %, avec la pilule qui arrive en 1^{er} avec 80 % et le patch en 2^{ème} avec 20 %.

Comme nous l'avons vu dans le tableau récapitulatif des méthodes

contraceptives, les pilules sont peu ou pas remboursées et le patch ne l'est pas du tout. Ce sont des méthodes onéreuses au long cours. Comme le montrait l'étude Fecond réalisée par l'INSERM en 2012, le coût de la méthode peut représenter un frein à son utilisation au long cours. Or justement dans cette étude, nous avons essentiellement des femmes sans profession et qui utilisent majoritairement la pilule (41.42 %).

Lorsque l'on interroge les patientes sur le degré de satisfaction de leur méthode, on constate que la majorité d'entre elles sont satisfaites de leur méthode contraceptive (57.45 %) voire même très satisfaites (17.73 %). Seulement 18.44 % sont peu satisfaites et 6.38 % en sont insatisfaites.

Lorsque l'on s'intéresse plus précisément aux différentes méthodes, on constate que le patch et la méthode du retrait sont très appréciés par les utilisatrices : 100 % de satisfaction pour le patch et 75 % pour la méthode du retrait. Cela peut sembler paradoxal puisque 100 % des femmes qui ont recours à la méthode du retrait et qui considèrent cette méthode comme inadaptée citent comme unique cause le fait que la méthode soit contraignante. On a donc des femmes satisfaites de cette méthode malgré le fait qu'elle soit contraignante. Comme nous l'avons vu précédemment les femmes de cette étude ayant recours à la méthode du retrait sont des femmes de plus de 35 ans essentiellement. On peut en conclure qu'il s'agit des femmes souhaitant arrêter les méthodes hormonales comme la pilule et les méthodes contraignantes comme le préservatif. Cependant on peut se demander si ces femmes ont été bien informées sur les autres méthodes non hormonales et plus efficaces qui s'offrent à elle comme le DIU au cuivre ou la stérilisation aussi bien pour elle que pour leur partenaire.

En revanche, pour l'anneau vaginal les avis sont plus mitigés car exactement la moitié des utilisatrices sont peu ou pas satisfaites de cette

méthode et l'autre moitié en est satisfaite voire très satisfaite. Les femmes qui considèrent que l'anneau ne leur est pas adapté citent uniquement le fait que la méthode est contraignante. Cela peut être lié à la gêne ressentie par les femmes à l'idée d'avoir un corps étranger en elles, ou peut être lié à la gêne occasionnée par l'anneau une fois en place.

Pour la pilule et le préservatif, un quart des femmes en sont peu ou pas satisfaites. La moitié en est satisfaite et le dernier quart en est très satisfaite. Ces deux méthodes semblent donc être appréciées des utilisatrices ; cependant, ce sont justement ces deux méthodes qui arrivent en tête des 3 causes d'inadaptation à savoir le fait que ce soit des méthodes contraignantes, avec de nombreux effets secondaires et trop chères.

On a donc 75.18 % de femmes qui se disent satisfaites voire très satisfaites de leur méthode mais seulement 60 % la considèrent comme adaptée.

Il y a donc 28 patientes qui considèrent leur méthode comme inadaptée mais qui s'en satisfont. Ces patientes ont le même profil que les autres femmes de cette étude à savoir que ce sont des femmes qui utilisent leur méthode depuis 5,1 ans en moyenne, que pour la plupart, elles ont recours à la pilule (78.57 %) puis au préservatif (14.29 %) et dont la principale cause d'inadaptation est le fait que la méthode est trop contraignante (89.4 %). A noter que ces 28 patientes ont également le même profil que les patientes qui se disent peu ou pas satisfaites de leur méthode. Ces dernières ont elles aussi recours en 1^{er} à la pilule (77.1 %) puis au préservatif (14.3 %) et utilisent leur méthode pour la majorité depuis plus d'un an : 80%. On peut donc en conclure que ces femmes, qui ont les mêmes caractéristiques que les femmes de cette étude qui se disent satisfaites de leur contraception, ont conscience d'utiliser une

méthode qui n'est pas adaptée à leurs conditions de vie mais dont elles se satisfont faute de mieux. Sachant que dans cette étude, on retrouve l'existence de la norme contraceptive, cela montre à quel point il est important de sortir de cette norme pour laisser aux femmes la possibilité de faire un choix parmi toutes les méthodes qui s'offrent à elles. Cela suppose aussi de ré-évaluer régulièrement la méthode contraceptive avec la femme car une méthode qui peut lui convenir au début comme la pilule peut vite devenir au long cours une méthode contraignante et qui pourra alors être remplacée par une méthode plus facile à gérer comme le DIU ou l'implant.

En conclusion, l'hypothèse est confirmée car, bien que les femmes de cette étude se disent en majorité satisfaites de leur méthode, elles sont presque la moitié à la trouver inadaptée à leur mode de vie (40 %). Il aurait été intéressant d'interroger les femmes qui considèrent leur méthode comme inadaptée pour savoir quelle méthode elles envisagent après l'IVG.

2.4 Deuxième hypothèse secondaire

L'information perçue par les patientes dépend de la fonction du prescripteur : généraliste, spécialiste ou sage-femme.

N'ayant eu que trois patientes dont la contraception avait été prescrite par une sage-femme, j'ai exclu ces dernières car elles sont trop peu nombreuses pour pouvoir être représentatives et pour pouvoir être comparées aux médecins généralistes et spécialistes.

Parmi la population de cette étude, on retrouve 60 généralistes et 69 spécialistes. Les 2 effectifs étant proches, il est possible de les comparer.

Les patientes estiment avoir reçu toutes les informations dont elles avaient besoin (93 % /90 %) et avoir pu poser toutes les questions qu'elles souhaitent (97 % / 95 %) aussi bien avec les médecins spécialistes qu'avec les médecins généralistes. Elles sont en majorité satisfaites (62.41 %) voire très satisfaites (26.24 %) de l'information qu'elles ont reçu lors de leurs consultations de contraception.

Bien que les résultats soient très proches, les médecins spécialistes donnent plus d'informations que les médecins généralistes concernant :

- Les différentes méthodes : 96 % / 92 %
- Leurs avantages et inconvénients : 91 % / 85 %
- Le mode d'emploi : 90 % / 83 %
- La conduite à tenir en cas d'échec : 78 % / 68 %

Moins de la moitié des deux effectifs a donné les coordonnées des lieux où s'adresser en cas de problèmes : 48 % des spécialistes / 47 % des généralistes.

En revanche, même si les deux effectifs ne distribuent pas de brochure récapitulative systématiquement, ce sont les médecins généralistes (35 %) qui en donnent plus que les médecins spécialistes (28 %).

Les chiffres de cette étude sont bien supérieurs à ceux de l'enquête Epilule réalisée en 2003 [19] puisque seulement 20 % des généralistes distribuaient un support écrit contre 35 % dans cette étude. De même, seulement 34 % donnaient une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli contre 68 % ici, soit le double. Bien qu'il semble y avoir une amélioration dans l'information délivrée lors des consultations, il n'en reste pas moins que le nombre de brochures récapitulatives distribuées est encore insuffisant et qu'une information aussi cruciale que la conduite à tenir en cas d'oublis devraient être délivrée à 100 % et revue lors des

consultations de renouvellement tout en abordant l'observance et la satisfaction de la méthode contraceptive en cours.

Dans notre étude, il aurait été intéressant de savoir si les patientes avaient eu recours à la contraception d'urgence et, si non, pourquoi : par manque d'information sur ses modalités d'utilisation ou par non conscience du risque de grossesse ?

En conclusion, l'hypothèse est rejetée car les médecins généralistes et les médecins spécialistes donnent sensiblement le même type d'informations et beaucoup omettent de donner les coordonnées des lieux où s'adresser en cas de problème ainsi qu'une brochure récapitulative.

3. PROPOSITIONS

Les recherches bibliographiques et les résultats de cette étude montrent que de nombreux points pourraient être améliorés pour aider les femmes à mieux gérer leur méthode contraceptive.

Tout d'abord, il est crucial de sortir de cette norme contraceptive et d'étendre la prescription du DIU et de l'implant à tous les âges. Il est important de mieux faire connaître ces méthodes encore marginales et faisant l'objet de nombreux préjugés. Pour cela, il faut à la fois renforcer l'information qui est faite dans les milieux scolaires mais aussi auprès des professionnels de santé qui sont encore trop nombreux à refuser un DIU à une nullipare.

Toujours concernant les prescripteurs, ils devraient être davantage formés au modèle BERCER de l'OMS lors de leur cursus universitaire. Les nouvelles générations devraient être sensibilisées à l'importance de sortir de la norme contraceptive, c'est-à-dire, concrètement :

- Proposer toutes les méthodes possibles à chaque femme, ne pas se cantonner à la pilule et faire davantage connaître l'anneau, le patch, l'implant et le DIU.
- Ré-évaluer à chaque consultation, l'adéquation de la méthode avec la vie de la femme, sa satisfaction et son observance pour ne pas hésiter à proposer une autre méthode en cas d'insatisfaction ou d'inadaptation.
- Pour les femmes jeunes et/ou en difficultés financières, bien aborder le problème du coût de la méthode au long cours.
- Rappeler le risque important d'échec avec les méthodes dites naturelles et les déconseiller.

- Faire passer des messages simples pour combattre les principales idées reçues à savoir « qu'il existe des jours du cycle sans risque de grossesse » ou « qu'on ne peut pas débuter une grossesse pendant ses règles ».
- Enfin, faire une ordonnance de NORLEVO^R en préventif pour que la patiente l'ait en avance et bien en expliquer le mode d'emploi.

Lors des consultations de contraception, on constate que les patientes reçoivent de nombreuses informations mais il ne leur est pas distribué de brochures récapitulatives ni les coordonnées des personnes qu'elles peuvent contacter en cas de problème. Sachant que l'INPES a créé de nombreuses brochures et qu'elles sont données gratuitement aux prescripteurs, il faut insister auprès de ces derniers sur l'importance de les distribuer systématiquement lors des consultations.

CONCLUSION

La prévention des grossesses non désirées est un problème de société et un enjeu de santé publique.

Bien que la pilule et les préservatifs aient représenté un progrès indéniable dans l'émancipation de la femme et la maîtrise de sa sexualité, en venant supplanter la méthode du retrait et l'abstinence périodique, elles semblent aujourd'hui être prescrites de manière trop systématique.

Cependant, depuis la polémique sur les pilules de 3 et 4^e génération et leur déremboursement en mars 2013, on assiste à une remise en cause du « tout pilule » dans un pays où la norme contraceptive était pourtant très rigide. On peut espérer que cet incident incite davantage les prescripteurs à proposer d'autres méthodes et à mieux adapter leurs prescriptions aux conditions de vie de la femme d'autant plus qu'elles disposent actuellement de méthodes leur permettant de contrôler leur fécondité en accord avec leur choix personnels.

Un autre point fort de 2013 serait, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, de prendre en charge à 100% les contraceptifs remboursables (pilule, stérilet et implant contraceptif) pour les mineures de 15 à 18 ans.

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas d'une méthode de contraception, on peut aussi espérer que la stérilisation, qui est pourtant la méthode la plus

employée dans le reste du monde, se développe davantage en France pour les femmes ayant atteint l'âge. En effet, elle ne concerne que 3,9 % des femmes et 0,3 % des hommes de notre pays. A titre de comparaison, aux Etats-Unis, c'est 24 % des femmes et 13 % des hommes qui y ont recours et au Royaume-Uni, c'est 8 % des femmes et 21 % des hommes.

ANNEXES

ANNEXE 1

Les recommandations de la HAS : « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ».

1. L'écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique dépend du degré d'implication du couple dans le choix de la méthode.

2. La première consultation devrait, autant que faire se peut, être réservée à la question de la contraception.

3. Dans le cas des adolescentes, elles doivent être reçues sans leurs parents et il doit leur être rappelé le caractère confidentiel de la consultation. Il est important de rester neutre et de ne pas avoir d'a priori sur leurs activités sexuelles ni sur leur désir d'avoir un enfant. La contraception chez une adolescente nécessite un suivi régulier et rapproché.

4. Tenir compte du modèle BERGER élaboré par l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé) pour mener à bien la consultation.

5. Lors de la première consultation, il faut réaliser le recueil des antécédents ainsi qu'un examen clinique. Cependant, si la patiente ne présente pas de problème particulier, les examens gynécologiques et biologiques peuvent être reportés à la prochaine consultation surtout pour les mineures.

6. La contraception oestro-progestative est l'une des méthodes de première intention pour les femmes qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers.

7. La pilule micro-progestative ne doit pas être considérée comme une méthode de deuxième intention, mais il faut bien évoquer leurs effets secondaires possibles avec la femme pour une meilleure tolérance de cette méthode.

8. Le Dispositif Intra Utérin (DIU) est une méthode de première intention à ne pas réserver qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants.

9. Il faut informer les patientes lors de la prescription des possibilités de rattrapage, de leur efficacité, de leur fonctionnement et de leur modalité d'accès.

10. Les méthodes de stérilisation masculine et féminine peuvent dans certains cas être une méthode de contraception mais elles nécessitent un délai de réflexion de quatre mois, la signature d'un consentement éclairé et elles ne peuvent être réalisées sur des personnes mineures.

11. Recommander les préservatifs pour les patientes ayant des partenaires multiples est indispensable.

12. L'aménorrhée lactationnelle comporte un risque élevé d'échec et devrait être réservée à des femmes connaissant bien leur cycle, la méthode et pouvant s'exposer à un risque de grossesse.

13. A partir de 35 ans, il est souhaitable de ré-évaluer la méthode contraceptive utilisée en raison du risque accru de cancer et de maladie cardio-vasculaire.

14. En cas d'oubli trop fréquent de la pilule, il est recommandé d'envisager une autre méthode de contraception.

ANNEXE 2

Questionnaire distribué aux patientes.

Madame,

Etudiante en 4^e année de sage-femme à Limoges, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur consultation de contraception et sur les causes d'échec des méthodes contraceptives chez les femmes ayant eu une IVG.

Je vous serai donc très reconnaissante de bien vouloir répondre au questionnaire suivant qui restera anonyme et dont les réponses seront couvertes par le secret médical.

Je vous en remercie par avance.

Marie-Catherine Grousset

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre situation ?
 - Célibataire
 - En couple
3. Quelle est votre profession ?
4. Quelle est la profession de votre conjoint ?
5. Avez-vous des enfants ?
 - Oui

Non

Si oui : combien ?

6. Cocher le ou les moyen(s) de contraception que vous utilisiez avant l'IVG et préciser quelles sont la ou les causes d'échecs (vous pouvez cocher plusieurs cases).

La pilule

Oubli d'un comprimé

Oubli de reprise après la période d'arrêt de 7J

Arrêt en croyant être toujours protégée

Problèmes digestifs (diarrhée, vomissements)

Autres

Le préservatif

Oubli

Rupture

Mauvaise utilisation

Le patch

Oubli (de le changer ou de le remettre)

Décollement

L'anneau vaginal

Oubli

La cape ou le diaphragme vaginal

Oubli

Mauvais positionnement

Le stérilet

L'implant

La méthode du retrait

Une méthode dite naturelle (température, Ogino, Knaus)

7. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?

8. Avant l'échec, quel était votre degré de satisfaction concernant cette méthode ? (cocher la case correspondante)

- Insatisfaite
- Peu satisfaite
- Satisfaite
- Très satisfaite

9. Pensez-vous que cette méthode vous était adaptée ?

- Oui
- Non

Si non : pourquoi ?

- Méthode trop chère
- Méthode contraignante, difficile à utiliser
- Difficultés à se procurer la méthode
- Méthode avec trop d'effets secondaires
- Autres : à préciser

10. Le professionnel qui vous suit pour votre contraception est-il ? (cocher une case par colonne)

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Un homme | <input type="radio"/> Un généraliste |
| <input type="radio"/> Une femme | <input type="radio"/> Un gynécologue-obstétricien |
| | <input type="radio"/> Une sage-femme |

11. Lors de vos consultations de contraception, le prescripteur vous a-t-il informé sur :

Les différentes méthodes contraceptives existantes ?

Oui

Non

Leurs avantages et inconvénients ?

Oui

Non

Le mode d'emploi précis de votre méthode ?

Oui

Non

La conduite à tenir en cas d'échec ?

Oui

Non

Vous a-t-il donné les coordonnées des lieux où vous pouviez vous adresser en cas de problèmes ?

Oui

Non

Vous a-t-il remis un support écrit (brochure récapitulative sur les méthodes, leurs utilisations, et que faire en cas de problème) ?

Oui

Non

12. Pendant les consultations, avez-vous toujours pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ?

Oui

Non

Si non : pourquoi ?

13. Lors des consultations pensez-vous avoir reçu toutes les informations que vous souhaitiez ?

Oui

Non

Si non : pourquoi ? Quelles informations vous ont manqué ?

14. Globalement, comment évaluez-vous l'information reçue lors de vos consultations de contraception ?

Insatisfaisante

Peu satisfaisante

Satisfaisante

Très satisfaisante

Désirez-vous faire des remarques supplémentaires ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Legendre Noémie. « Les français et la contraception: une utilisation paradoxale ». La revue de l'infirmière. 10/2007, n°134, p.10.

[2] De Crécy M-A. « La contraception : une solution adaptée à chaque femme ». La revue du praticien. 01/2008, tome 58, n°1, p.5, 6, 15, 16, 21-39, 41-47, 50-52.

[3] Bajos Nathalie. « Rapport sur la sexualité, la contraception et la prévention ». INSERM-INED U822. DRESS. Juin 2009.

[4] Serfaty David. « La contraception ». 4e édition Masson, 2011.

[5] Le prix des méthodes contraceptives.
<http://www.contractions.org/menu.htm>
(consulté le 21/12/2011).

[6] Baromètre Santé 2010.
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
(consulté le 04/09/2011).

[7] Etude de l'INPES : « les français et la contraception ».
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
(consulté le 04/09/2011).

[8] Aubain.C, Jourdain Menninger.D. « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence ». Rapport mensuel de l'Inspection des Affaires Sociales, 10/2009, 104-A.

[9] Les causes d'échec des méthodes contraceptives.
<http://www.has-sante.fr>
(consulté le 20/12/2011).

[10] Les causes d'échec des méthodes contraceptives.
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf
(consulté le 20/12/2011).

[11] Les causes d'échecs des méthodes contraceptives.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf
(consulté le 20/12/2011).

[12] Nathalie Bajos. « Etude fecond ». INSERM-INED. 2012.

[13] P Bernard et P Lachcar. « Les contraceptions difficiles ». http://www.syngof.fr/~syngof/pages/fmc/contraception_diff.html.
(consulté le 10/10/2012).

[14] Législation française et contraception.
<http://www.sante.gouv.fr/les-lois.html>
(consulté 20/08/2011).

[15] Instruction du 21 octobre 2010 du Ministère de la Santé et des Sports, relative à l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et à la prise en charge des IVG.
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/1011/ste_20100011_0100_0099.pdf
(consulté le 21/12/2011).

[16] Campagnes de prévention et d'éducation sur la contraception.
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
(consulté le 19/12/2011).

[17] Brochures d'information.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1372.pdf>
http://www.inpes.sante.fr/RA2007/html/enfants_jeunes/

(consulté le 20/12/2011).

[18] J.Hopkins, R.A Hatcher, W.Rinehart, R.Blackburn, J.S Geller, J.D Selton. "Eléments de technologie de la contraception: manuel à l'intention du personnel Clinique". Octobre 2012.

[19] N.Saminou. « Etat des lieux de la formation des étudiants sages-femmes en matière de contraception ». Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. Enquête EPILULE p10.

[20] Enquête EPILULE.

<http://www.mgfrance.org/content/blogcategory/2/1507/1/5/>

(consulté le 20/12/2011).

[21] Recommandations de la HAS, modèle BERCER de l'OMS et modèles de communication.

http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

(consulté le 20/08/2011).

[22] Les modèles de communication.

<http://www.ecogesam.ac-aix-marseille.fr/Resped/Admin/Com/SciInfCom.htm>

(consulté le 05/01/2012).

[23] La mémoire et courbe d'Hermann Ebbinghaus.

<http://www.memetique.org/forum/index.php?topic=1366.0>

(consulté le 24/02/2013).

[24] M. Macchi. « Evaluation de l'application des recommandations de la HAS de 2004 sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG. »

Thèse de Médecine Générale. 16/12/2010.

http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/macchi_these_contraception.pdf
(consulté le 10/10/2012)

[25] Nombre d'IVG pour 1000 femmes. Champ : France entière. Source DRESS (SAE-PMSI) INSEE. Estimation pour 2007.

[26] N.Bajos, C.Moreau, H.Leridon, M.Ferrand. « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? ». Population et société. 12/2004, n°407.

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/69/publi_pdf1_pop.et.soc.francais.407.pdf

(consulté le 20/12/2011).

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : CONTRACEPTION ET IVG	9
1. LES METHODES CONTRACEPTIVES	9
1.1 Définitions	9
1.2 La contraception hormonale	10
1.3 Les autres méthodes	11
1.4 La contraception d'urgence	11
2. L'USAGE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE	12
3. LES CONNAISSANCES DES FRANCAIS	14
4. LES CAUSES D'ECHEC.....	16
5. PREVENTION ET LEGISLATION FRANCAISE.....	20
5.1 La législation française	20
5.2 Les campagnes de prévention	21
6. LES CONDITIONS DE PRESCRIPTION.....	24
6.1 En théorie.....	24
6.2 En pratique	24
6.3 La communication.....	25
6.4 La mémorisation.....	27

7.	L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	29
7.1	En Europe	29
7.2	En France	29
7.3	Selon l'âge	30
7.4	Selon d'autres facteurs	31
	DEUXIEME PARTIE : PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	32
1.	PRESENTATION DE L'ETUDE	32
1.1	Constat	32
1.2	Problématique	33
1.3	Objectifs	33
	Objectif principal	33
	Objectif secondaire.....	33
1.4	Hypothèses	34
	Hypothèses principales	34
	Hypothèses secondaires.....	34
1.5	Intérêt de l'étude.....	34
2.	METHODOLOGIE	35
2.1	Type d'étude	35
2.2	La population	35
	Les critères d'inclusion	35
	Les critères d'exclusion	35
	La taille de la population	35
2.3	Les variables	36
2.4	Réalisation de l'étude	37

2.5	Méthode d'analyse	38
TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE.....		39
1.	PRESENTATION DE L'ETUDE ET DE LA POPULATION	39
1.1	L'étude	39
1.2	La population	39
	L'âge	39
	La parité	39
	Le statut matrimonial	40
	Le statut professionnel des patientes	40
	Le statut professionnel des patientes qui utilisent la pilule	42
	Le statut professionnel des patientes qui utilisent le préservatif	42
2.	TYPE DE CONTRACEPTION UTILISEE ET CAUSES D'ECHEC	43
2.1	Méthodes contraceptives utilisées	43
2.2	Contraceptions utilisées chez les 18-24 ans.....	44
2.3	Contraceptions utilisées chez les 25-34 ans.....	44
2.4	Contraceptions utilisées chez les 35 ans et plus	44
2.5	Durée d'utilisation de la méthode avant l'IVG	45
2.6	Les causes d'échecs de la pilule selon les patientes	46
2.7	Les causes d'échecs du préservatif selon les patientes	46
3.	DEGRE DE SATISFACTION DES PATIENTES	47
3.1	Degré de satisfaction de la méthode contraceptive	47
3.2	Degré de satisfaction selon le type de méthode contraceptive utilisé	47
3.3	Profil des patientes peu ou pas satisfaites de leur méthode	48

4.	DEGRE D'ADAPTATION DE LA METHODE	49
4.1	Méthode considérée comme adaptée par la patiente	49
4.2	Causes d'inadaptation de la méthode selon les patientes	49
4.3	Causes d'inadaptation en fonction des différentes méthodes contraceptives	50
4.4	Méthodes contraceptives et causes d'inadaptation.....	51
4.5	Profil des patientes satisfaites de leur méthode alors qu'elles la jugent inadaptée.....	52
5.	LES PRESCRIPTEURS ET L'INFORMATION DELIVREE EN CONSULTATION.....	53
5.1	Le profil des prescripteurs.....	53
5.2	Informations reçues lors des consultations selon la spécialité du prescripteur	53
5.3	Somme des informations reçues par la patiente sur les 6 items de la question précédente	56
5.4	Informations reçues par les patientes utilisant des préservatifs	56
5.5	Possibilité pour la patiente de poser toutes ses questions selon les prescripteurs	57
5.6	La patiente a reçu toutes les informations nécessaires.....	57
5.7	Satisfaction globale pour l'information reçue lors des consultations	58
	QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	59
1.	VALIDITE DE L'ETUDE.....	59
1.1	Points forts	59
1.2	Points faibles.....	59

2. REPONSE AUX HYPOTHESES.....	61
2.1 Première hypothèse principale.....	61
2.2 Deuxième hypothèse principale.....	62
2.3 Première hypothèse secondaire.....	69
2.4 Deuxième hypothèse secondaire.....	72
3. PROPOSITIONS.....	75
CONCLUSION.....	77
ANNEXES.....	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87
TABLE DES MATIERES.....	91