

# Glossaire

|               |  |
|---------------|--|
| <b>CHU</b>    | Centre Hospitalier Universitaire                             |
| <b>DIU</b>    | Dispositif Intra-Utérin                                      |
| <b>INED</b>   | Institut National d'Etudes Démographiques                    |
| <b>INPES</b>  | Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| <b>INSERM</b> | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale    |
| <b>IST</b>    | Infection Sexuellement Transmissible                         |
| <b>IVG</b>    | Interruption Volontaire de Grossesse                         |
| <b>HAS</b>    | Haute Autorité de Santé                                      |
| <b>MG</b>     | Médecin Généraliste  |
| <b>MFPP</b>   | Mouvement Français pour le Planning Familial                 |
| <b>MLF</b>    | Mouvement de Libération des Femmes                           |
| <b>RS</b>     | Rapport sexuel   |
| <b>SA</b>     | Semaines d'Aménorrhées                                       |

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>I.Contexte</b> .....  | <b>6</b>  |
| 1. <i>Contexte historique</i> .....                                  | 6         |
| 2. <i>Parcours d'IVG au centre Flora Tristan</i> .....               | 10        |
| <b>II.Matériel et méthode</b> .....                                  | <b>12</b> |
| 1. <i>Objectif de l'étude</i> .....                                  | 12        |
| 2. <i>Type, lieu et durée de l'étude</i> .....                       | 12        |
| 3. <i>Populations</i> .....  | 12        |
| 3.a. <i>Population cible</i> .....                                   | 12        |
| 3.b. <i>Population source</i> .....                                  | 12        |
| 4. <i>Critères de sélection des patientes</i> .....                  | 12        |
| 4.a. <i>Critères d'inclusion</i> .....                               | 12        |
| 4.b. <i>Critères d'exclusion</i> .....                               | 12        |
| 5. <i>Modalités de sélection des patientes</i> .....                 | 13        |
| 6. <i>Outils de recueil des données</i> .....                        | 13        |
| 6.a. <i>Choix des supports</i> .....                                 | 13        |
| 6.b. <i>Caractéristiques des questionnaires</i> .....                | 13        |
| 6.c. <i>Données recueillies dans le dossier des patientes</i> .....  | 14        |
| 6.d. <i>Distribution</i> .....                                       | 14        |
| 7. <i>Méthodes statistiques</i> .....                                | 14        |
| <b>III. Résultats</b> .....  | <b>15</b> |
| 1. <i>Aspect quantitatif</i> .....                                   | 15        |
| 2. <i>Données sociologiques</i> .....                                | 16        |
| 3. <i>Contraceptions utilisées et prescrites</i> :.....              | 17        |
| 4. <i>Connaissances des principaux moyens de contraception</i> ..... | 19        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.a. Connaissances sur la pilule :  | 19        |
| 4.b. Connaissances sur les risques de grossesse et les préservatifs :                   | 22        |
| 4.c. Connaissances sur la pilule du lendemain (Norlevo®)                                | 23        |
| 4.d. Connaissances sur les dispositifs Intra- Utérins                                   | 24        |
| 4.e. Connaissances sur l'implant  | 25        |
| 4.f. Connaissances sur le patch   | 26        |
| 4.g. Connaissances sur l'anneau   | 28        |
| 4.h. Les facteurs sociologiques ont-ils une influence sur les résultats des femmes ?    | 28        |
| 4.i. Les femmes connaissent-elles leur moyen de contraception débuté le jour de l'IVG ? | 28        |
| 4.j. Satisfaction des femmes sur les informations données :                             | 29        |
| 5. Résultats des études comparatives :  | 31        |
| <b>V. Discussion</b>  | <b>33</b> |
| 1. Points faibles de l'étude :  | 33        |
| 2. Points forts de l'étude  | 34        |
| 3. Discussion   | 34        |
| 3.a. Discussion à propos des données sociologiques :                                    | 34        |
| 3.b. Discussion à propos des connaissances sur les moyens de contraception :            | 36        |
| 4. Propositions :   | 40        |
| <b>Conclusion :</b>   | <b>42</b> |
| <b>Résumé</b>   | <b>43</b> |
| <b>Abstract</b>   | <b>44</b> |
| <b>Bibliographie</b>  | <b>45</b> |
| <b>Annexes</b>  | <b>48</b> |

# Liste des tableaux

|                       |  |           |
|-----------------------|--|-----------|
| <i>Tableau I :</i>    | <i>Données sociologiques usuelles.....</i>   | <i>16</i> |
| <i>Tableau II :</i>   | <i>Données sociologiques relatives à la grossesse.....</i>   | <i>16</i> |
| <i>Tableau III :</i>  | <i>Pourcentages de réponses «Je ne sais pas»<br/>pour les oublis de pilule de moins de 12h.....</i>                        | <i>20</i> |
| <i>Tableau IV :</i>   | <i>Pourcentages de réponses «Je ne sais pas»<br/>pour les oublis de pilule de plus de 12h.....</i>                         | <i>21</i> |
| <i>Tableau V :</i>    | <i>Pourcentages de réponses «Je ne sais pas»<br/>pour les connaissances sur le préservatif masculin .....</i>              | <i>22</i> |
| <i>Tableau VI :</i>   | <i>Pourcentages de réponses «Je ne sais pas»<br/>pour les connaissances sur le préservatif féminin .....</i>               | <i>23</i> |
| <i>Tableau VII :</i>  | <i>Pourcentages de réponses «Je ne sais pas»<br/>pour les connaissances sur la pilule du lendemain<br/>(Norlevo®).....</i> | <i>24</i> |
| <i>Tableau VIII :</i> | <i>Connaissances sur les DIU lors de Q2.....</i>   | <i>25</i> |

# Liste des figures

|                   |   |           |
|-------------------|---|-----------|
| <i>Figure 1.</i>  | <i>Contraceptions utilisées par les femmes selon l'âge (données de 2005).....</i>   | <i>8</i>  |
| <i>Figure 2.</i>  | <i>Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde.....</i>  | <i>9</i>  |
| <i>Figure 3.</i>  | <i>Proportion des grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues).....</i> | <i>9</i>  |
| <i>Figure 4.</i>  | <i>Fréquence de l'IVG en nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.....</i>  | <i>10</i> |
| <i>Figure 5.</i>  | <i>Moyens de contraception utilisés au moins une fois par les femmes lors de leur parcours contraceptif.....</i>                          | <i>17</i> |
| <i>Figure 6.</i>  | <i>Contraceptions prévues à court et long terme.....</i>  | <i>17</i> |
| <i>Figure 7.</i>  | <i>Contraceptions prescrites en post-IVG selon les tranches d'âge.....</i>  | <i>18</i> |
| <i>Figure 8.</i>  | <i>Contraceptions envisagées à long terme en post-IVG selon les tranches d'âge.....</i>   | <i>18</i> |
| <i>Figure 9.</i>  | <i>Moyens de contraception identifiés comme tels dans Q1.....</i>   | <i>19</i> |
| <i>Figure 10.</i> | <i>Conduite à tenir face à un oubli de pilule de moins de 12 heures.....</i>  | <i>19</i> |
| <i>Figure 11.</i> | <i>Conduite à tenir face à un oubli de pilule de plus de 12 heures.....</i>   | <i>20</i> |
| <i>Figure 12.</i> | <i>Connaissance de la pilule du lendemain (Norlevo®).....</i>   | <i>23</i> |
| <i>Figure 13.</i> | <i>Conduite à tenir face au décollement du patch.....</i>   | <i>27</i> |
| <i>Figure 14.</i> | <i>Satisfaction des femmes sur les informations données concernant la contraception.....</i>  | <i>29</i> |
| <i>Figure 15.</i> | <i>Moyens de communication souhaités par les femmes.....</i>  | <i>30</i> |
| <i>Figure 16.</i> | <i>Méthodes de contraceptions utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.....</i>   | <i>31</i> |

# Introduction

Plus de 209 000 femmes ont eu recours à une IVG en France en 2011 <sup>(1)</sup>. Pour deux tiers d'entre elles, cette grossesse est due à un aléa de contraception (échec, erreur, absence...). Deux situations sont particulièrement responsables de cela: la mauvaise observance d'une contraception quotidienne et les phases de changement de contraception <sup>(2)</sup>. Le post-partum est aussi une période à haut risque de grossesse non désirée. 20% des femmes multipares qui font une IVG ont un enfant de moins de 1 an <sup>(3)</sup>. C'est une période sensible pour la femme et le couple, la contraception n'est souvent pas leur priorité. C'est aux sages-femmes, premières interlocutrices en suites de couches, de sensibiliser au mieux les femmes sur le risque de grossesses non désirées et sur l'importance d'une contraception adaptée et maîtrisée.

Pour nous donner les moyens d'assurer cette prévention, la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 autorise les sages-femmes à assurer les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention des femmes sans pathologie <sup>(4)</sup>. La prescription et les conseils en contraception sont donc devenus une partie essentielle dans notre métier de sage-femme. Avec le droit reconnu à la profession de prescrire les contraceptifs, de poser les DIU, d'assurer le suivi gynécologique... notre responsabilité est de nous assurer que notre discours convient aux patientes, qu'il leur est adapté et qu'il les aide à utiliser au mieux leur contraception.

À Angers, au centre de planification et d'orthogénie Flora Tristan, 1263 IVG ont été pratiquées en 2013 *(annexe 4)*. La contraception étant un sujet essentiel, le centre Flora Tristan a mis en place de nombreux moyens de communication pour informer au mieux les femmes lors de leur parcours d'IVG (affiches, prospectus, consultations avec différents professionnels...) Mais toutes ces actions préventives sont-elles suffisantes ? A l'issue de la prescription de leur contraception post-IVG, les femmes connaissent-elles bien la contraception prescrite ? Ont-elles toutes les informations nécessaires pour gérer au mieux leur contraception et avoir une efficacité maximale ?

Pour répondre à ces questions, nous avons mis en place une étude cherchant à évaluer les connaissances en contraception des femmes lors de leur parcours d'IVG dans le centre d'orthogénie d'Angers.

# I. Contexte

## 1. Contexte historique

En 2008, il y a eu 43,8 millions d'IVG dans le Monde dont 48% se sont faites dans des conditions inadéquates ce qui a entraîné la mort de 70 000 femmes et 8,5 millions de complications <sup>(4)</sup>. 97% de ces avortements à risque se font dans des pays où l'IVG est illégale. Seulement 25% des pays du globe le légalisent et permettent aux femmes d'avorter dans de bonnes conditions sanitaires avec des professionnels à l'écoute <sup>(4)</sup>. En France, ce droit de la femme n'est apparu que très récemment.

Il y a encore soixante-dix ans en France, l'avortement était passible de la peine de mort. En effet, dans un contexte de guerre où pour le pays, la natalité était primordiale, la loi du 15 février 1942 décrit l'avortement comme un crime contre la sûreté de l'Etat passible de la peine de mort. Marie-Louise Giraud, « faiseuse d'anges », fut guillotinée en 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements <sup>(5)</sup>.

Dix ans après la fin de la Seconde Guerre Mondiale, sous l'impulsion américaine de la « Birth Control league », s'est créé en France, le mouvement de « la Maternité heureuse » qui est devenu en 1960 le « Mouvement Français pour le Planning Familial » (MFPF) <sup>(5)</sup>. Celui-ci avait pour but de « lutter contre les avortements clandestins, d'assurer l'équilibre psychologique du couple, d'améliorer la santé des mères et des enfants » <sup>(6)</sup>. Les actions de ce mouvement étaient limitées par la loi mais permirent de diffuser les idées sur la contraception et la légalisation de l'IVG. Les discours du MFPF touchaient tous les milieux sociaux, politiques et religieux. La répression continua mais fut amoindrie.

En juin 1961, le docteur Fabre ouvrit le premier centre d'information et de prescription contraceptive mais l'approvisionnement était difficile car l'importation de contraceptif était interdite. Entre 1956 et 1967, onze propositions ont été faites pour modifier la loi contre l'avortement mais elles furent toutes repoussées par l'Assemblée Nationale <sup>(5)</sup>. Il fallut attendre mai 1966 pour que Lucien Neuwirth, député de l'Union des Démocrates pour la République (UDR), dépose un projet de loi pour légaliser la diffusion de la contraception, qui fut adopté le 19 décembre 1967 mais appliqué que cinq ans plus tard <sup>(7)</sup>. Cette loi autorisa la fabrication, l'importation, la prescription, la vente et l'utilisation de contraceptif mais restreignait les mineures qui ne pouvaient se procurer un moyen de contraception qu'avec le consentement parental <sup>(7)</sup>. La diffusion de la contraception resta très limitée car sa publicité était interdite et les contraceptifs n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale.

Sous l'impulsion de mai 68, les mouvements féministes s'amplifièrent et prônèrent la liberté sexuelle, apparurent alors les slogans : « un enfant si je veux quand je veux »,

« C'est tellement plus chouette de vivre si l'on est désiré », « Notre corps nous appartient »... Dans ce contexte, se créa une nouvelle organisation : le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) qui promouvait la santé gynécologique des femmes et fit descendre la population dans la rue <sup>(5)</sup>. Les militantes du MLF signèrent à côté de femmes célèbres le « manifeste des 343 » rédigé par Simone de Beauvoir, pétition parue le 5 avril 1971 dans le *Nouvel Observateur* dans laquelle 343 françaises déclarèrent s'être faites avorter. Cette pétition fut connue a posteriori comme le manifeste des 343 salopes suite à une satire du journal *Charlie hebdo* s'en prenant aux hommes politiques de l'époque. Deux ans après, fut publié le « manifeste des 331 » où des médecins revendiquèrent la pratique de l'avortement. Aucune sanction ne fut prise suite à ces pétitions malgré l'illégalité de l'avortement passible de plusieurs années d'emprisonnement. Cette non application de la loi démontra que celle-ci était devenue obsolète <sup>(6)</sup>.

En 1974, la loi Neuwirth fut modifiée et supprima le consentement obligatoire pour les mineurs <sup>(8)</sup>. En juin de la même année, Simone Veil, Ministre de la Santé permit le remboursement de la pilule et présenta en novembre un projet de loi permettant aux femmes d'avoir recours à l'IVG jusqu'à 12SA. Le débat divisa l'Assemblée Nationale au-delà des partis politiques. Simone Veil, malgré les violentes attaques subies, poursuivit sa démarche et permit, le 17 janvier 1975, le vote de la loi qui porte désormais son nom, et dépénalisa l'avortement jusqu'à 12 SA pour une période de 5 ans <sup>(9)</sup>. Cette loi fut adoptée définitivement en 1979. Trois ans après, l'IVG était remboursée par la Sécurité Sociale.

En 1999, la « pilule du lendemain » apparut sur le marché français ; un an après, la loi facilitait l'accès à cette contraception d'urgence qui est dès lors disponible sans ordonnance. Pour les mineures, elle devient gratuite, l'accord parental n'est plus nécessaire pour se la procurer et peut être délivrée par une infirmière scolaire <sup>(6)</sup>.

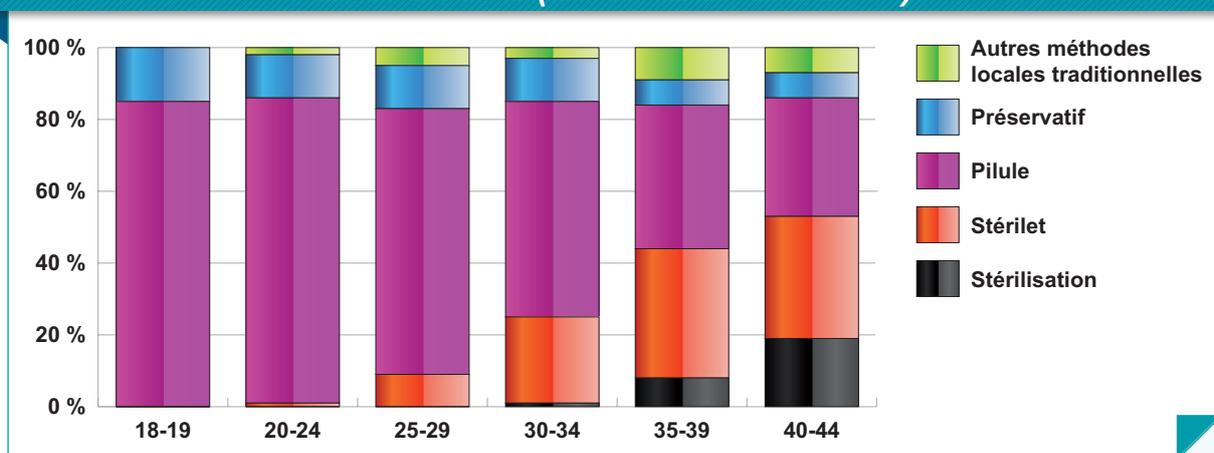
En 2001, la loi Aubry rallonge le délai de l'IVG à 14 SA et permet, entre autre, aux mineures d'y accéder sans l'autorisation parentale <sup>(10)</sup>. Cette loi va aussi permettre une grande avancée en ce qui concerne la stérilisation. En effet, avant le 4 juillet 2001, la stérilisation n'était autorisée que dans un but thérapeutique c'est-à-dire dans le cas d'une contre-indication médicale à une prochaine grossesse. Depuis, la stérilisation féminine ou masculine à visée contraceptive est autorisée. Elle ne peut s'effectuer que dans un établissement de santé, sur une femme majeure, après avoir recueilli sa volonté « libre, motivée et délibérée » (consentement du conjoint non demandé). Un délai de réflexion de 4 mois, un consentement signé par la femme et « une information claire et complète » sur les risques et les conséquences sont obligatoires <sup>(10)</sup>. Les pratiques contraceptives se diversifient grâce à l'apparition de l'implant en 2001 puis du patch et de l'anneau vaginal en 2004.

Une nouvelle loi vient d'être votée fin 2012 pour permettre de faciliter l'accès à la contraception et l'IVG. Depuis le 1er janvier 2013, les différents contraceptifs sont gratuits pour les 15-18ans et l'IVG est remboursée à 100% par la Sécurité Sociale pour toutes les femmes et non plus seulement que pour les mineures <sup>(6)</sup>.

Grâce à cette facilité d'accès, la France est l'un des pays où la contraception est la plus répandue avec une couverture contraceptive de plus de 80% mais reste aussi un pays où la prévalence de l'IVG est importante, en moyenne 15 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (8). Même si ce chiffre reste bien en dessous de la moyenne mondiale de 28 IVG pour 1000 femmes, il est l'un des plus forts d'Europe juste derrière la Suède (17 pour 1000) et loin devant la Grèce (6 pour 1000) et l'Allemagne (6.7 pour 1000) (4).

Pour essayer de diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG, la contraception est devenue un problème de santé publique. En 2007, apparaît la première campagne nationale de promotion de la contraception, lancée par l'INPES, ayant pour slogan : « La meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit » mais celle-ci n'entraîne pas de baisse du nombre d'IVG. S'ensuit une deuxième campagne en 2011 ayant pour but de lutter contre un parcours contraceptif stéréotypé entraînant des soucis d'observance pour les femmes dont les habitudes de vie rendent difficile la bonne utilisation de leur contraception (11). En effet, il existe en France, une « norme contraceptive » c'est-à-dire, un parcours contraceptif type utilisé par les couples: une utilisation prédominante de la pilule et du préservatif au début de la vie sexuelle, puis de la pilule seule quand le couple est stable et enfin le stérilet quand il ne désire plus d'enfant (12).

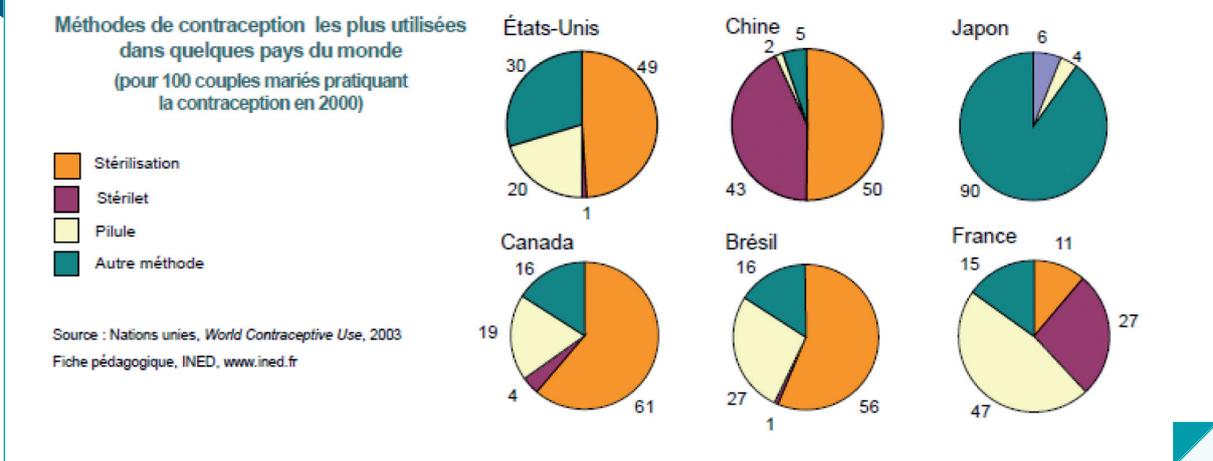
**FIGURE 1. CONTRACEPTION UTILISÉE PAR LES FEMMES SELON L'ÂGE (DONNÉES DE 2005)**



Source: Moreau et Al. Baromètre Santé 2005, INPES

En 2010, la pilule représente plus de la moitié des méthodes contraceptives utilisées, suivie par le stérilet (26%) et le préservatif (10%) (13). La stérilisation ne représente que 2% des moyens de contraception utilisés alors qu'au Canada ou au Brésil ce moyen est majoritairement utilisé et représente environ 60% des méthodes de contraception.

## FIGURE 2. MÉTHODES DE CONTRACEPTION LES PLUS UTILISÉES DANS QUELQUES PAYS DU MONDE



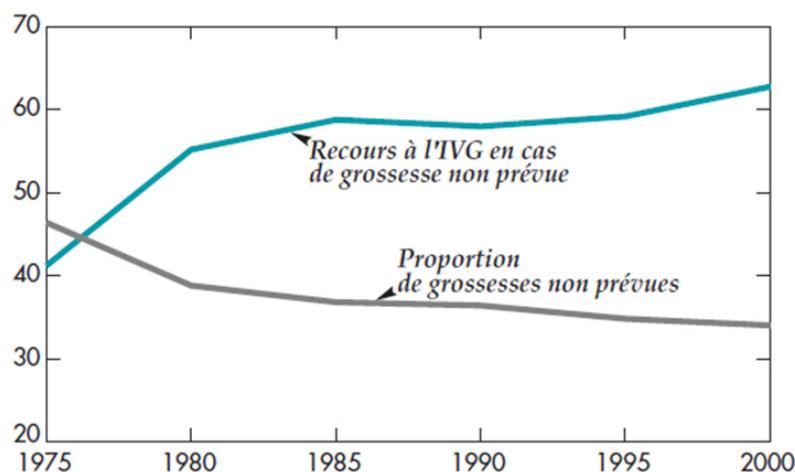
Source: *Contraception dans le Monde*, INED (2005)

Pour lutter contre cette « norme », l'Inpes diffuse alors un document auprès du personnel de santé : « la contraception : comment mieux la personnaliser » (14) et lance une campagne d'information au grand public avec comme accroche : « A chacun sa contraception ». Grâce à ces actions, les messages de prévention deviennent très présents et visibles par tous les français (radio, télévision, affiches...).

Mais malgré les efforts de prévention faits et une couverture contraceptive élevée, le nombre d'IVG reste stable depuis plus de 20 ans avec 209 291 IVG en 2011 (15).

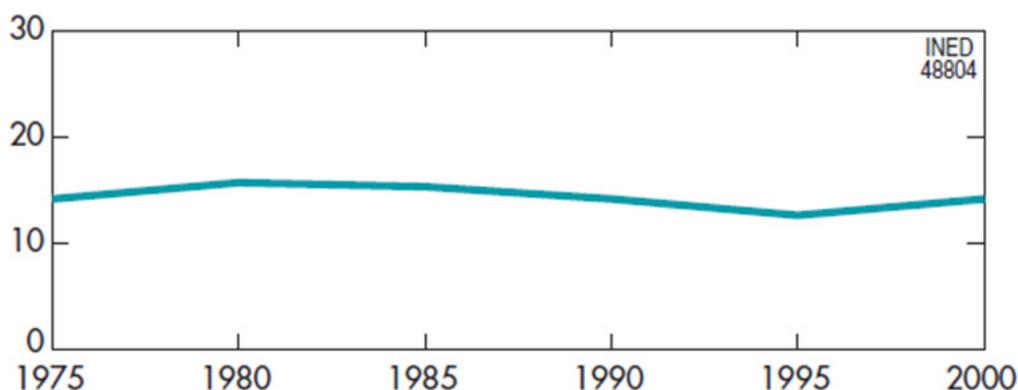
L'étude FECOND réalisée en 2010 par l'Inserm et l'Ined, explique en partie ce paradoxe français. Le nombre de grossesses non désirées diminue, mais par contre le recours à l'IVG lors d'une grossesse non prévue est, lui, plus fréquent, ce qui entraîne cette stagnation du taux d'IVG (16).

## FIGURE 3. PROPORTION DES GROSSESSES NON PRÉVUES (POUR 100 GROSSESSES) ET FRÉQUENCE DU RECOURS À L'IVG (POUR 100 GROSSESSES NON PRÉVUES)



Source: *Population&Société* n°407 de décembre 2004

**FIGURE 4. FRÉQUENCE DE L'IVG EN NOMBRE D'IVG POUR 1000 FEMMES DE 15 À 49 ANS**



Source: *Population&Société* n°407 de décembre 2004

En effet, grâce à la contraception, le nombre de grossesses non désirées est passé de 44% des grossesses en 1975 à 33% en 2004 (16). Le recours à l'IVG, lui est devenu plus fréquent, passant de 4 IVG sur 10 grossesses non prévues en 1975 à 6 sur 10 en 2004 (1). Ceci est dû à l'évolution des mœurs (essor de la scolarité et de l'activité professionnelle des femmes, maternité choisie...). La prévention a donc un effet mais il faut l'accentuer encore et surtout la parfaire pour réussir à diminuer le nombre d'IVG.

## 2. Parcours d'IVG au centre Flora Tristan

Au centre d'orthogénie Flora Tristan d'Angers, le taux d'avortement reste, comme au niveau national, stable avec 1263 IVG en 2013. Sur ces 1263 IVG, 55,5% ont été faites par méthode médicamenteuse (64% à l'hôpital et 36% en semi-ambulatoire) et 44,5% par méthode par aspiration (70% sous anesthésie locale et 30% sous anesthésie générale) (annexe 4).

Tout au long de leur parcours d'IVG, les patientes ont accès aux informations sur la contraception aussi bien grâce aux échanges avec les différents intervenants : médecins, infirmières, psychologues, conseillères conjugales, secrétaires, étudiants, que par différents supports papiers. On retrouve dans les deux salles d'attente des affiches sur les différents moyens de contraception, que faire en cas d'oubli, sur des sites comme « choisirsacontraception.com » (17) ou « planning49.fr », ou encore des livrets détaillés sur les moyens de contraception existants. On retrouve aussi des informations sur les infections sexuellement transmissibles, des adresses d'associations (violences faites aux femmes...)

Le parcours d'IVG au centre Flora Tristan commence par la prise de rendez-vous avec la secrétaire qui explique à la patiente le déroulé de la première consultation et prend les différents renseignements utiles pour constituer le dossier administratif. La première consultation se fait avec un médecin qui élabore le dossier médical, fait une échographie de datation, discute avec

la patiente de son choix d'interrompre sa grossesse, des différentes méthodes d'interruption et des moyens de contraception possibles après l'IVG. Si la patiente décide d'interrompre sa grossesse, elle choisit soit la méthode médicamenteuse à l'hôpital (avant 8SA) ou à domicile (avant 7 SA et sous certaines conditions), soit la méthode par aspiration sous anesthésie locale ou générale. Un entretien avec la psychologue ou la conseillère conjugale est proposé avant et après l'IVG (obligation légale) Les différents rendez-vous sont alors fixés avec la secrétaire en respectant le délai légal de réflexion de sept jours (48 heures en cas d'urgence).

Quelle que soit la méthode, la patiente revient au centre 48 heures avant l'intervention pour la prise de mifégyne® en présence d'une infirmière et après signature du consentement. Pour la méthode médicamenteuse, la prise de cytotec® se fait soit à domicile, soit au centre avec une hospitalisation d'environ 4 heures. Pour la méthode par aspiration, l'intervention se fait soit au centre même pour les anesthésies locales avec une hospitalisation d'environ 4 heures à Flora Tristan soit au bloc opératoire de gynécologie pour les anesthésies générales, avec une hospitalisation d'environ 6 heures dans le service d'hospitalisation de jour au 5e étage de la maternité. La surveillance de la patiente est assurée par une infirmière et la sortie autorisée par un médecin. Avant la sortie, le personnel de santé reparle contraception avec la patiente qui sort avec une ordonnance pour en débiter une le soir même de l'interruption, si un implant ou un stérilet n'a pas déjà été posé. Une visite de contrôle avec un médecin, a lieu deux à trois semaines après l'intervention pour vérifier la normalité des suites et reparler de la contraception (tolérance, oublis, changement...).

Pour les mineures, le parcours est le même mais les jeunes filles devront être accompagnées d'une personne majeure ; le consentement des parents n'est pas requis. L'entretien avec la psychologue ou conseillère conjugale est obligatoire. La contraception est délivrée gratuitement et au niveau administratif les cartes de sécurité sociale et de mutuelle ne sont pas demandées. L'anonymat de la mineure est conservé.

## II. Matériel et méthode

### 1. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances en contraception des femmes lors de leur parcours d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

### 2. Type, lieu et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective descriptive qui s'est déroulée au centre d'orthogénie Flora Tristan du CHU d'Angers sur une période de trois mois, du 16 octobre 2013 au 16 janvier 2014.

### 3. Populations

#### 3.a. Population cible

La population cible de notre étude était l'ensemble des femmes débutant un parcours d'IVG au centre d'orthogénie d'Angers.

#### 3.b. Population source

La population source de notre étude était les femmes débutant un parcours d'IVG au centre d'orthogénie d'Angers du 16 octobre 2013 au 16 janvier 2014.

### 4. Critères de sélection des patientes

#### 4.a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les femmes de tout âge venant pour une demande d'IVG au centre d'orthogénie d'Angers du 16 octobre 2013 au 16 janvier 2014. Les mineures ont aussi été incluses avec l'accord du comité d'éthique.

#### 4.b. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude :

- Les femmes non francophones ou illettrées pour un souci de compréhension du questionnaire
- Les femmes ayant déjà débuté leur parcours d'IVG avant le début du lancement des questionnaires le 16 octobre 2013

## 5. Modalités de sélection des patientes

Les participantes étaient toutes les femmes acceptant de répondre aux questionnaires et correspondant aux critères d'inclusion. Nous leur avons proposé d'entrer dans l'étude par l'intermédiaire d'une lettre d'information (*Annexe 1*) et d'un formulaire de consentement (*Annexe 3*).

Après avis du comité d'éthique, nous avons renforcé nos explications sur le but de cette étude afin de limiter au mieux la possible culpabilisation des femmes. Pour éviter cela, les secrétaires ont donné des explications plus approfondies sur l'étude en distribuant les questionnaires aux femmes. La lettre d'information a été remaniée afin d'être plus explicite et nous avons aussi rencontré chaque médecin du service pour les sensibiliser au problème afin qu'ils puissent expliquer de nouveau que l'étude n'avait pas pour but d'assimiler l'IVG à un échec de contraception. Avec ces modifications, nous avons obtenu l'accord du comité d'éthique pour débiter notre étude.

## 6. Outils de recueil des données

### 6.a. Choix des supports

Pour notre étude, nous avons utilisé des données recueillies à partir de deux questionnaires et du dossier des patientes. Les deux questionnaires nous ont servi à évaluer les connaissances des patientes en début et fin de parcours d'IVG permettant ainsi de voir si les patientes ont appris des informations et si elles les ont retenues.

Le dossier patient nous a permis de recueillir la plupart des données sociologiques des femmes. Nous avons préféré ne pas leur poser ces questions via le questionnaire afin d'éviter la gêne possible occasionnée surtout dans la période émotionnelle qu'est l'IVG.

### 6.b. Caractéristiques des questionnaires

- Premier questionnaire :

Le premier questionnaire (*Annexe 1*) commence par trois questions sociologiques dont les données n'étaient pas retrouvées dans le dossier patient.

La première question concerne le niveau d'étude de la patiente, en effet, plusieurs études dont l'enquête FECOND de 2011 <sup>(13)</sup>, montre que le choix de la contraception et le suivi gynécologique sont influencés par le niveau d'étude. Le niveau d'étude pourrait donc influencer le niveau de connaissance de base sur la contraception ainsi que la compréhension des informations données par le personnel médical.

La deuxième question concerne la situation de couple. L'étude FECOND <sup>(13)</sup> montre que l'implication de la femme envers le choix de sa contraception est plus importante quand la femme est en couple.

La troisième question concerne le suivi gynécologique. Comme pour la première question, celui-ci pourrait influencer le niveau de base de connaissance et la facilité à retenir les informations en partie grâce à la répétition du discours médical.

Le questionnaire est ensuite composé de dix questions à choix multiples sur les différents moyens de contraception et leur utilisation.

- Deuxième questionnaire :

Dans le deuxième questionnaire (*Annexe 2*), la première question sert à évaluer la satisfaction des patientes à propos des informations reçues sur la contraception lors de leur parcours d'IVG. La seconde est une question semi-ouverte qui leur permet de préciser les informations qu'elles auraient souhaité avoir en plus et sous quelle forme. Suivent onze questions à choix multiples sur les moyens de contraception les plus utilisés (pilule, DIU, implant, préservatif, patch). A part pour la pilule, les questions posées sont différentes du premier questionnaire et sont surtout basées sur l'utilisation et les règles d'utilisation des différents contraceptifs en cas d'erreur.

### *6.c. Données recueillies dans le dossier des patientes*

A partir du dossier patient, nous avons recueilli l'âge, la gestité, la parité et les méthodes contraceptives déjà utilisées par les patientes. Les questions concernant leur contraception (passée et présente) nous permettent de comparer leurs connaissances sur les méthodes contraceptives déjà utilisées et celles qu'elles n'ont jamais utilisées. Les autres questions ont permis de définir le contexte sociologique des patientes.

### *6.d. Distribution*

Les premiers questionnaires ont été distribués par la secrétaire du centre d'orthogénie d'Angers lors de l'accueil des femmes pour leur rendez-vous de demande d'IVG. Ils ont été donnés avec une feuille d'information et de consentement. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente. Les patientes remplissaient le questionnaire en salle d'attente puis le rendaient au médecin lors de leur consultation. Les réponses du questionnaire leur ont été données sous forme papier et les médecins étaient à l'écoute des possibles questions. Les seconds questionnaires ont été mis dans les dossiers des patientes et leur ont été remis lors de leur visite post-IVG. Les patientes le remplissaient et le rendaient dans les mêmes conditions que le premier questionnaire.

## **7. Méthodes statistiques**

Les analyses des données ont été réalisées grâce aux logiciels EXCEL, EPI INFO et BIOSTATGV. Nous avons utilisé les tests statistiques du CHI<sup>2</sup> et de Fisher. Nous avons appelé  $p$  la valeur seuil de significativité pour un risque  $\alpha=0.05$ .

# III. Résultats

## 1. Aspect quantitatif

Il y a eu 336 consultations de demande d'IVG entre le 16 octobre 2013 et le 16 janvier 2014. 250 premiers questionnaires ont été distribués lors de la demande d'IVG. 237 femmes l'ont rempli soit 94.8% de participation si l'on se réfère au nombre de questionnaires donnés et de 70.5% si l'on se réfère au nombre de consultations. La différence de nombre entre les consultations faites et les questionnaires distribués représente les femmes :

- à qui le questionnaire n'a pas été proposé car elles n'entraient pas dans les critères d'inclusion (non francophones, illettrées)
- qui ont refusé de participer à l'étude dès l'accueil
- à qui l'étude n'a pas été proposée par oubli

Sur les 237 questionnaires, 7 n'ont pas été exploités car ils étaient incomplets. Soit une population n1 représentant 230 femmes. Pour la suite des résultats, nous parlerons de Q1 pour le premier questionnaire donné avant la visite de demande d'IVG et n1 pour la population de Q1.

Sur les 237 femmes ayant rempli Q1, 20 n'ont pas effectué leur IVG, 23 ne sont pas venues à leur consultation, 9 ont fait leur consultation ailleurs. Sur les 185 restantes, 162 femmes ont rempli le second questionnaire. Si nous nous référons à n1 cela représente une participation de 68.4% et de 87.6% si l'on se réfère au nombre de patientes venues. Sur les 162 questionnaires, 2 n'ont pas été exploités car ils étaient incomplets. Soit une population n2 de 160 femmes. Pour la suite des résultats, nous parlerons de Q2 pour le second questionnaire donné avant la visite de contrôle post-IVG et n2 pour la population de Q2.

## 2. Données sociologiques

Les données sociologiques suivantes ont été récupérées lors de Q1 ou dans le dossier patient.

**Tableau I : Données sociologiques usuelles**

|     |           |            |                         |
|-----|-----------|------------|-------------------------|
| Âge | <15 ans   | 0.4% (1)   | Moyenne : <b>28 ans</b> |
|     | 15-19 ans | 12.2% (28) |                         |
|     | 20-24 ans | 22.6% (52) |                         |
|     | 25-29 ans | 25.2% (58) |                         |
|     | 30-34 ans | 18.3% (42) |                         |
|     | 35-39 ans | 12.6% (29) |                         |
|     | 40-44 ans | 8.3% (19)  |                         |
|     | >44 ans   | 0.4% (1)   |                         |

**12 mineures ont répondu à l'étude et représentent 5.1% de la population.**

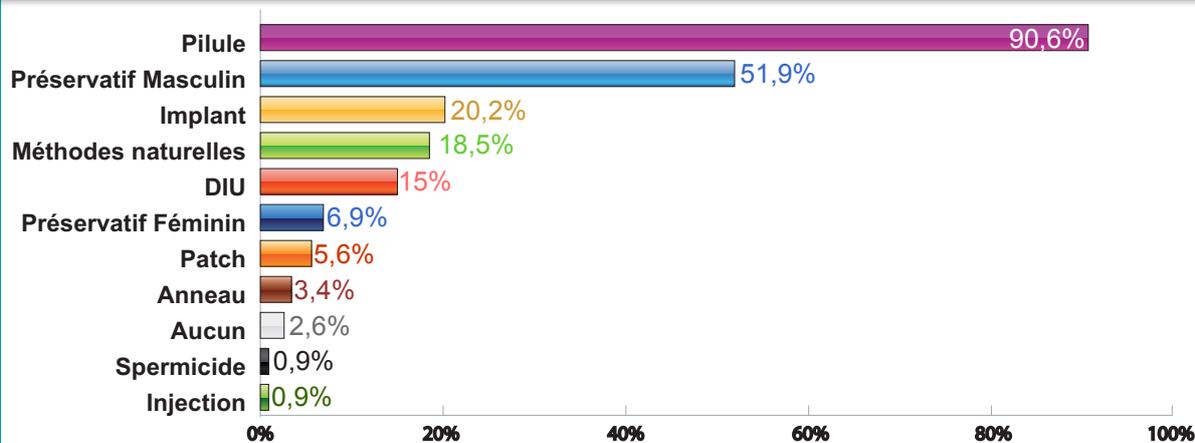
|                              |                            |             |
|------------------------------|----------------------------|-------------|
| Niveau d'étude               | Jamais scolarisé           | 0% (0)      |
|                              | Niveau collège             | 10% (23)    |
|                              | Niveau BEP/CAP             | 20,6% (48)  |
|                              | Niveau BAC                 | 27,4% (63)  |
|                              | Etudes supérieures         | 38,7% (89)  |
|                              | Autre                      | 2,2% (5)    |
| En couple                    | Oui                        | 67,8% (156) |
|                              | Non                        | 30% (69)    |
| Suivi gynécologique régulier | Oui                        | 66,1% (152) |
|                              | par un gynécologue         | 33,5% (77)  |
|                              | par un médecin généraliste | 28,7% (66)  |
|                              | par un gynéco et un MG     | 3,9% (9)    |
|                              | par une sage-femme         | 0% (0)      |
|                              | Non                        | 33,9% (78)  |

**Tableau II : Données sociologiques relative à la grossesse**

|                  |                 |             |                                  |
|------------------|-----------------|-------------|----------------------------------|
| Gestité          | I geste         | 29,6% (69)  | Moyenne :<br><b>3 grossesses</b> |
|                  | II geste        | 17,2% (40)  |                                  |
|                  | III geste       | 20,6% (48)  |                                  |
|                  | > ou = IV geste | 32,6% (76)  |                                  |
| Parité           | nullipare       | 39,9% (93)  | Médiane :<br><b>1 enfant</b>     |
|                  | I pare          | 18,45% (43) |                                  |
|                  | II pare         | 23,2% (54)  |                                  |
|                  | > ou = III pare | 18,45% (43) |                                  |
| Antécédent d'IVG | Aucun           | 68,2% (159) | Médiane :<br><b>0 IVG</b>        |
|                  | 1               | 23,2% (54)  |                                  |
|                  | 2               | 3,4% (8)    |                                  |
|                  | >3              | 5,2% (12)   |                                  |

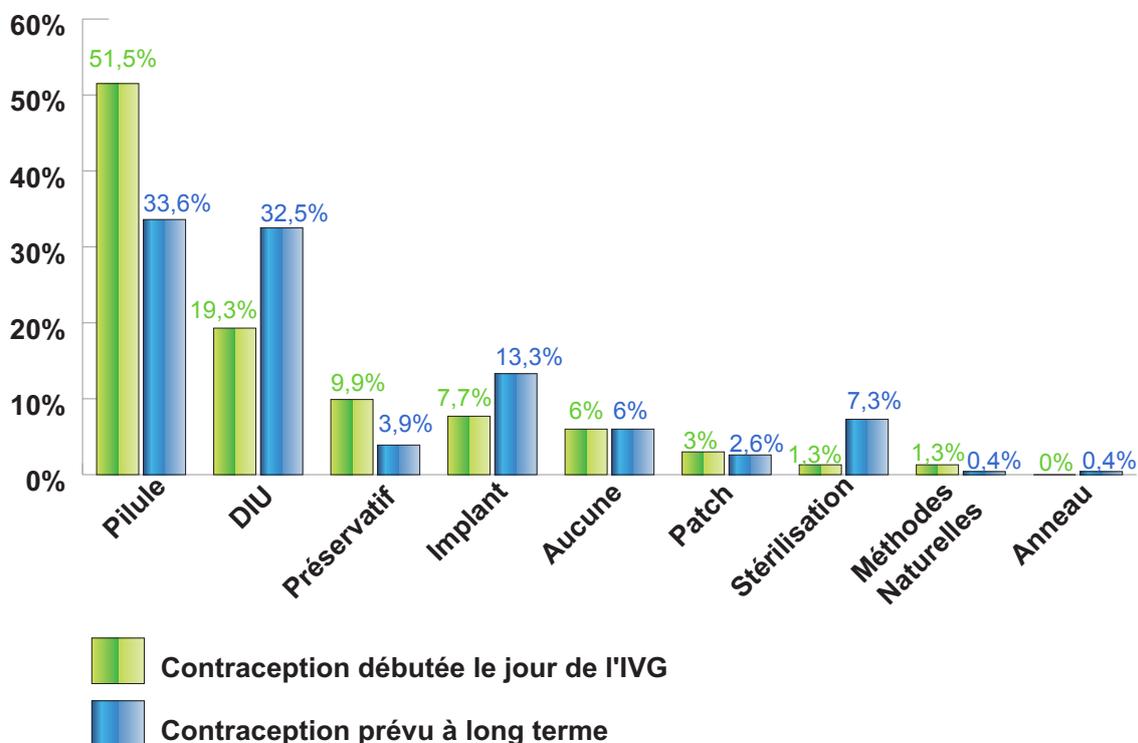
### 3. Contraceptions utilisées et prescrites :

**FIGURE 5. MOYENS DE CONTRACEPTION UTILISÉS AU MOINS UNE FOIS PAR LES FEMMES LORS DE LEUR PARCOURS CONTRACEPTIF**



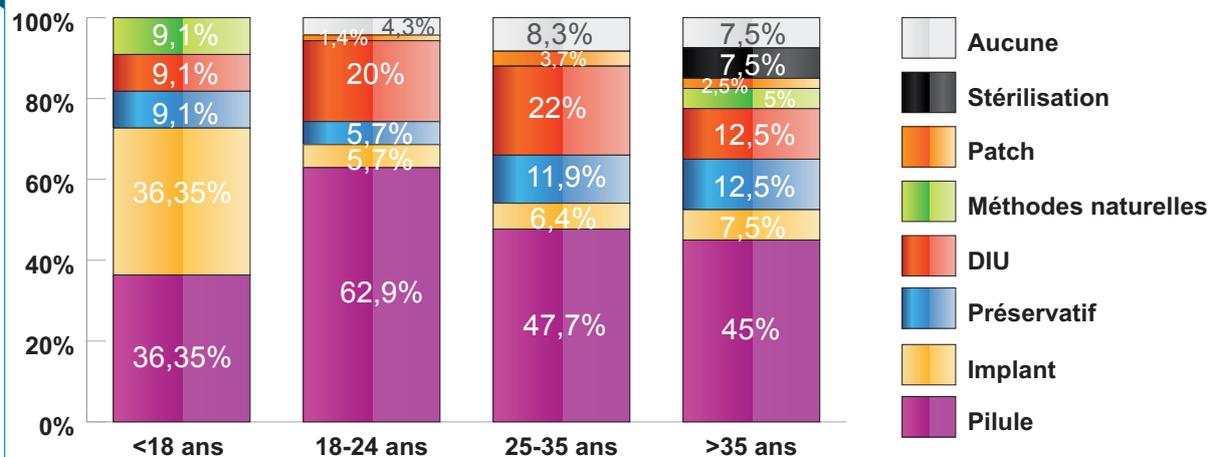
En moyenne, les femmes ont déjà utilisé deux moyens de contraception différents lors de leur parcours contraceptif.

**FIGURE 6. CONTRACEPTIONS PRÉVUES À COURT ET LONG TERME**

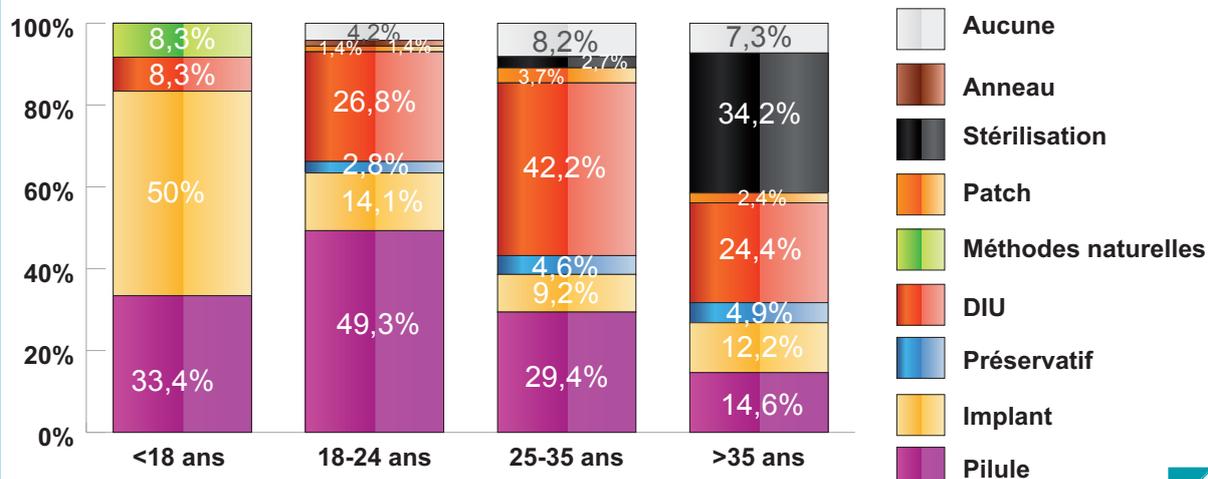


25.6% des femmes avaient prévu de changer de contraception à long terme.

**FIGURE 7. CONTRACEPTIONS PRESCRITES EN POST-IVG SELON LES TRANCHES D'ÂGE**

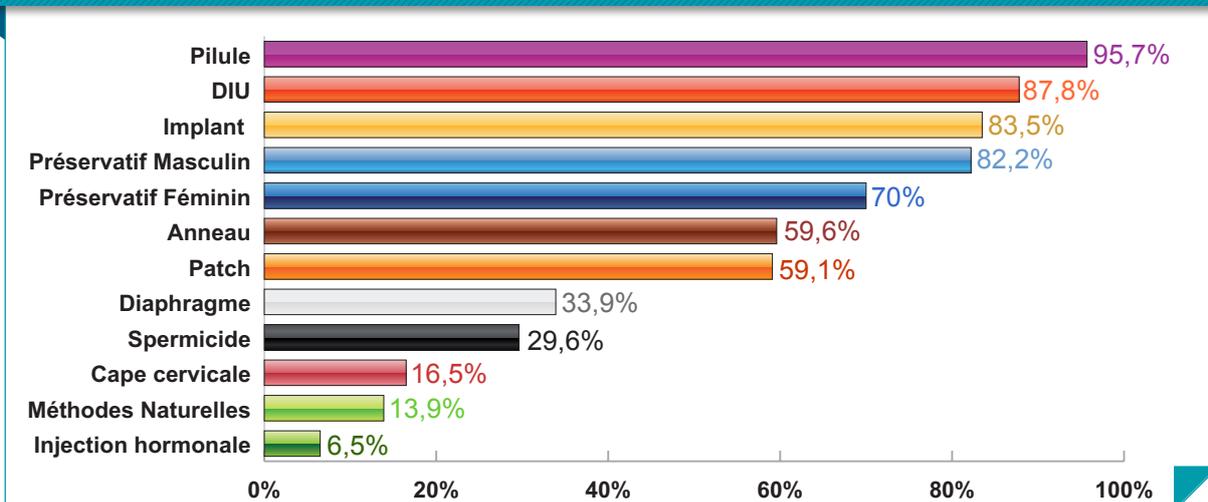


**FIGURE 8. CONTRACEPTIONS ENVISAGÉES À LONG TERME EN POST-IVG SELON LES TRANCHES D'ÂGE**



## 4. Connaissances des principaux moyens de contraception

**FIGURE 9. MOYENS DE CONTRACEPTION IDENTIFIÉS COMME TELS DANS Q1**



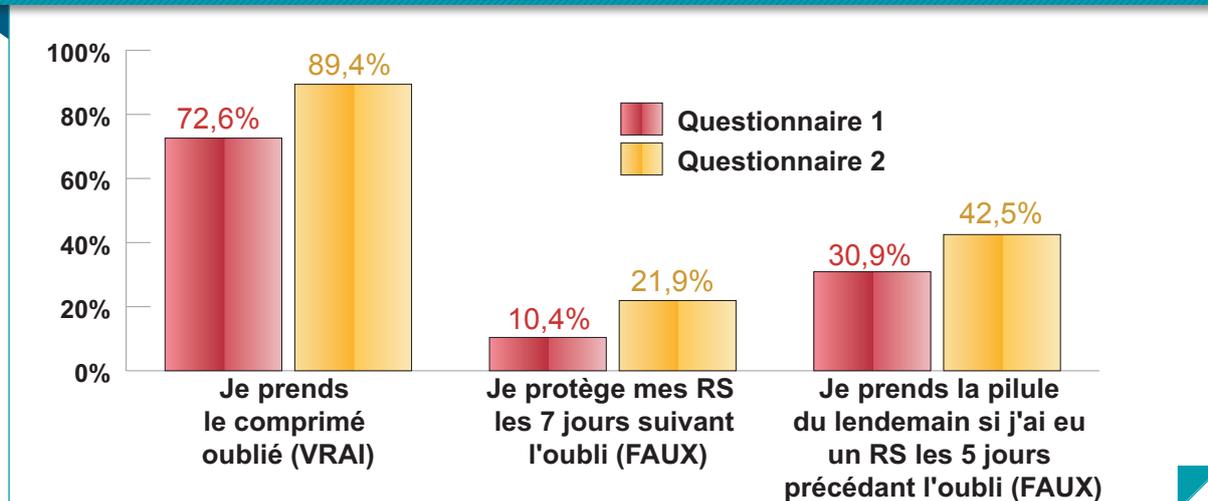
67.4% des femmes (155 de n1) ont eu raison de ne pas identifier la pilule du lendemain comme un moyen de contraception. Aucune femme n'a identifié aucun moyen de contraception.

### 4.a. Connaissances sur la pilule :

#### Oubli de pilule de moins de 12h :

Le graphique suivant représente les pourcentages de bonnes réponses données par les femmes pour chaque item concernant l'oubli de pilule de moins de 12h.

**FIGURE 10. CONDUITE À TENIR FACE À UN OUBLI DE PILULE DE MOINS DE 12 HEURES**



**Tableau III : Pourcentages de réponses «Je ne sais pas» pour les oublis de moins de 12h**

|   | Q1         | Q2       | Différence significative      |
|---|------------|----------|-------------------------------|
| Je prends le comprimé oublié  | 12,2% (28) | 4,4% (7) | OUI (p=0.0004)                |
| Je protège mes RS les 7 jours suivant l'oubli                                   | 12,2% (28) | 1,9% (3) | OUI (p=0.0005)                |
| Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un RS les 5 jours précédant l'oubli | 20% (46)   | 5% (8)   | OUI (p=4.7x10 <sup>-5</sup> ) |

Lors de Q1, 6.1% des femmes (14 de n1) ont donné les bonnes réponses aux 3 items et connaissaient donc exactement la conduite à tenir, contre 19.4% (31 de n2) lors de Q2. D'après le test du CHI<sup>2</sup>, cette amélioration est significative (p=0.0001).

Il y a une amélioration significative pour 2 items sur 3 :

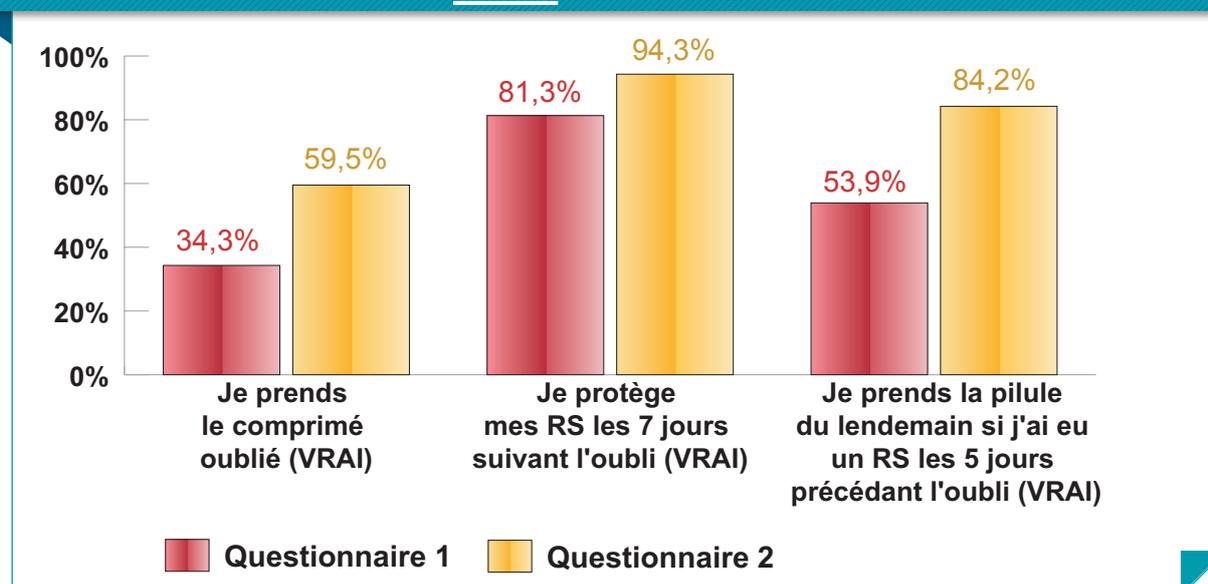
- Je prends le comprimé oublié : p=0.026
- Je protège mes RS les 7 jours suivant : p=0.015
- Je prends la pilule du lendemain : p=0.5 (non significatif)

24.4% des femmes (56 de n1) lors de Q1 et 41.9% (67 de n2) lors de Q2 ont donné des réponses entraînant une surprotection de leur rapport en appliquant la conduite à tenir des oublis de plus de 12h.

### Oubli de pilule de plus de 12h :

Le graphique suivant représente les pourcentages de bonnes réponses données par les femmes pour chaque item concernant l'oubli de pilule de plus de 12h.

**FIGURE 11. CONDUITE À TENIR FACE À UN OUBLI DE PILULE DE PLUS DE 12 HEURES**



**Tableau IV : Pourcentages de réponses «Je ne sais pas» pour les oublis de plus de 12h**

|   | Q1         | Q2       | Amélioration significative |
|---|------------|----------|----------------------------|
| Je prends le comprimé oublié  | 17% (39)   | 7% (11)  | OUI (P=0.006)              |
| Je protège mes RS les 7 jours suivant l'oubli                                   | 10% (23)   | 1,9% (3) | OUI (p=0.003)              |
| Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un RS les 5 jours précédant l'oubli | 19,1% (44) | 5,7% (9) | OUI (p=0.0003)             |

Lors de Q1, 18.7% des femmes (43 de n1) ont donné les bonnes réponses aux 3 items et connaissaient donc exactement la conduite à tenir, contre 52.5% (83 de n2) lors de Q2. D'après le test du CHI<sup>2</sup>, cette amélioration est significative ( $p=5.9 \times 10^{-12}$ ).

Il y a une amélioration significative pour 2 items sur 3 :

- Je prends le comprimé oublié :  $p=0.0009$
- Je protège mes RS les 7 jours suivant :  $p=0.15$  (non significatif)
- Je prends la pilule du lendemain :  $p=0.0002$

21.7% (50 de n1) lors de Q1 et 24.4% (39 de n2) lors de Q2 ne reprennent pas le comprimé oublié mais protègent leur rapport et prennent la pilule du lendemain. Il n'y a pas de différence significative entre Q1 et Q2 ( $p=0.76$ ).

#### **Conduite à tenir face à des vomissements ou des diarrhées :**

Lors de Q1, 26.1% des femmes (60 de n1) savaient qu'il faut reprendre un comprimé s'il y a eu des vomissements ou diarrhées dans les 3 heures suivant leur prise de sa pilule.

28.3% des femmes ont répondu « je ne sais pas » à cette question.

*Concernant les trois questions sur la pilule lors de Q1, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les réponses des femmes ayant déjà utilisé la pilule et celles ne l'ayant jamais utilisée, à l'exception de 2 items :*

- *Je reprends le comprimé lors d'un oubli < 12h :  $p=0.001$  (différence significative).*
- *Je prends la pilule du lendemain si j'ai un RS dans les 5 jours précédents l'oubli de pilule pour les oublis > 12h :  $p=0.02$  (différence significative).*

*Lors de Q2, nous ne retrouvons aucune différence significative sur les questions concernant la pilule entre les femmes utilisant la pilule en post-IVG et celle ne l'utilisant pas.*

#### 4.b. Connaissances sur les risques de grossesse et les préservatifs :

##### Risque de grossesse :

Lors de Q1, les femmes (n1) savaient à :

- 94.3% (217) qu'il y a un risque de grossesse dès le premier rapport sexuel.
- 73.9% (170) qu'il y a un risque de grossesse si leur partenaire utilise la méthode du retrait.
- 64.8% (149) qu'il y a un risque de grossesse si le préservatif est mis juste avant l'éjaculation.
- 21.7% (50) qu'il y a un risque de grossesse même sans pénétration vaginale.

En moyenne à chaque item, 10% des femmes ont répondu « je ne sais pas » à l'exception de l'item concernant le risque de grossesse lors du 1er rapport où 1.3% femmes ont répondu « je ne sais pas ».

14.3% (33) ont bien répondu aux 4 items de la question.

##### Préservatif masculin

Lors de Q1, 97.8% (225) savaient que le préservatif masculin est un moyen de protection contre les IST.

Lors de Q2, les femmes (n2) savaient à :

- 96.8% (152) que les préservatifs ne sont pas réutilisables.
- 77.7% (122) qu'il ne faut pas mettre un préservatif juste avant l'éjaculation car sinon il y a un risque de grossesse.
- 76.4% (120) qu'un préservatif masculin doit être retiré de suite après l'éjaculation.
- 14% (22) que les préservatifs masculins ne sont pas utilisables avec tous les types de lubrifiants.

**Tableau V : Pourcentages de réponses «Je ne sais pas» pour les connaissances sur le préservatif masculin**

|   |            |
|---|------------|
| Peut être mis dans le vagin plusieurs heures avant le RS  | 3,8% (6)   |
| Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation | 10,2% (16) |
| Est réutilisable  | 1,9% (3)   |
| Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants          | 27,4% (43) |

9.6% (15 de n2) ont bien répondu aux 4 items de la question.

*Il est intéressant de noter que le fait d'utiliser le préservatif masculin en post-IVG n'entraîne pas d'augmentation significative de bonnes réponses à la question concernant ce moyen de contraception lors de Q2 ( $0.2 < p < 0.8$ ).*

## Préservatif féminin

Lors de Q1, 71.3% (164) savaient que le préservatif féminin est un moyen de protection contre les IST.

Lors de Q2, les femmes (n2) savaient à :

- 86.6% (136) que le préservatif n'est pas réutilisable.
- 42.0% (66) que le préservatif féminin peut être utilisé avec tout type de lubrifiant.
- 36.3% (57) que le préservatif féminin peut être mis plusieurs heures avant un rapport sexuel.
- 10.8% (17) que le préservatif féminin ne doit pas forcément être retiré juste après l'éjaculation.

**Tableau VI : Pourcentages de réponses «Je ne sais pas» pour les connaissances sur le préservatif féminin lors de Q2**

|  |            |
|--|------------|
| Peut être mis juste avant l'éjaculation sans risque de grossesse | 36,3% (57) |
| Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation        | 29,9% (47) |
| Est réutilisable   | 10,8% (17) |
| Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants                 | 45,9% (72) |

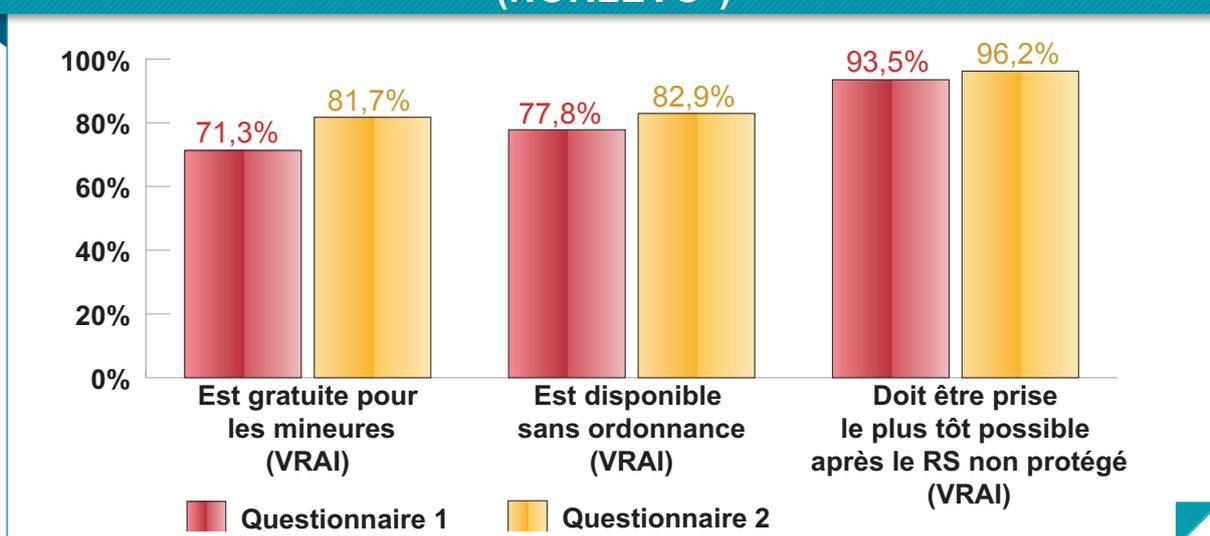
5.7% (9 de n2) ont bien répondu aux 4 items de la question.

*Il est intéressant de noter que le fait d'utiliser le préservatif féminin en post-IVG n'entraîne pas d'augmentation significative de bonnes réponses à la question concernant ce moyen de contraception ( $0.07 < p < 1$ ).*

### 4.c. Connaissances sur la pilule du lendemain (Norlevo®)

Le graphique suivant représente les pourcentages de bonnes réponses données par les femmes pour chaque item concernant la pilule du lendemain (Norlevo®).

**FIGURE 12. CONNAISSANCE DE LA PILULE DU LENDEMAIN (NORLEVO®)**



Lors de Q1, 51.7% (119 de n1) savaient que la pilule du lendemain (Norlevo®) n'est pas efficace 5 jours après le rapport sexuel non protégé. Lors de Q2, 80.4% (127) savaient qu'elle n'est pas efficace 10 jours après le rapport non protégé.

**Tableau VII : Pourcentages de réponses «Je ne sais pas» pour les connaissances sur la pilule du lendemain (Norlevo®)**

|  | Q1         | Q2         | Baisse significative |
|--|------------|------------|----------------------|
| Peut se prendre jusqu'à 5 jours (Q1) / 10 jours (Q2) suivant le RS non protégé | 24,8% (57) | 10,8% (17) |                      |
| Est gratuite pour les mineures   | 25,7% (59) | 13,9% (22) | OUI (p=0.008)        |
| Est disponible sans ordonnance   | 13,5% (31) | 7,6% (12)  | NON (p=0.1)          |
| Doit être prise le plus tôt possible après le RS non protégé                   | 4,3% (10)  | 1,9% (3)   | NON (p=0.3)          |

Lors de Q1, 14.3% des femmes (33 de n1) ont donné les bonnes réponses aux 4 items contre 59.5% (94 de n2) lors de Q2. Nous retrouvons une amélioration significative entre les deux questionnaires ( $p=3.3 \times 10^{-8}$ ). Par contre, aucune évolution significative n'a été démontrée pour chaque item ( $0.77 < p < 0.98$ ).

*Le fait d'utiliser une contraception pouvant nécessiter l'utilisation de la pilule du lendemain telle que la pilule, le patch, l'anneau, les méthodes naturelles ou pas de contraception n'entraîne pas d'augmentation significative de bonnes réponses concernant la question sur la pilule de lendemain par rapport aux femmes utilisant les autres moyens de contraception (DIU, implant, stérilisation) ( $p=0.79$ ).*

#### **4.d. Connaissances sur les dispositifs Intra- Utérins**

Lors de Q1, les femmes savaient à :

- 65.7% (151) que les DIU ne rendent pas stériles.
- 52.2% (120) qu'il est possible de poser un DIU à une nullipare.
- 49.6% (114) que les DIU ne donnent pas d'infection génitale.
- 27.8% (64) que les DIU ne se changent pas forcément tous les 2 ans.

**En moyenne à chaque item, 30.2% des femmes de n1 ont répondu « je ne sais pas ». 7% (16) des femmes ont donné les bonnes réponses aux 4 items de la question.**

*Lors de Q1, le fait d'avoir déjà utilisé le DIU, augmente significativement la probabilité des femmes d'avoir bon aux 4 items de la question ( $p=0.003$ ).*

**Tableau VIII : Connaissances sur les DIU lors de Q2**

|   | DIU au cuivre   |                  | DIU hormonal    |                  |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|   | Bonnes réponses | "Je ne sais pas" | Bonnes réponses | "Je ne sais pas" |
| Ne protège pas des IST  | 88,1% (141)     | 5,0% (8)         | 86,9% (139)     | 6,9% (11)        |
| Peut être efficace jusqu'à 10 ans selon les modèles               | 26,9% (43)      | 24,4% (39)       | 53,1% (85)      | 32,5% (52)       |
| Peut entraîner une aménorrhée                                     | 42,5% (68)      | 16,3% (26)       | 56,9% (91)      | 23,1% (37)       |
| Peut être posé ou retiré par un autre professionnel qu'un médecin | 10,6% (17)      | 10,6% (17)       | 10% (16)        | 20% (32)         |
| N'entraîne pas de gêne lors des RS                                | 83,8% (134)     | 12,5% (20)       | 81,3% (130)     | 15% (24)         |
| Peut être retiré à tout moment                                    | 86,3% (138)     | 10,6% (17)       | 76,9% (123)     | 19,4% (31)       |

Lors de Q2, 1.9% (3) des femmes ont bien répondu aux 6 items concernant le DIU au cuivre, contre 3.1% (5) pour le DIU hormonal. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les connaissances sur les DIU au cuivre et hormonal ( $p=0.1$ ).

*Nous n'avons retrouvé aucune différence significative entre les femmes utilisant le DIU en post-IVG et celles ne l'utilisant pas ( $p=0.5$  pour la question concernant le DIU au cuivre et  $p=1$  pour la question concernant le DIU hormonal).*

#### **4.e. Connaissances sur l'implant**

Les femmes savaient à :

- 89.4% (143) que l'implant ne protège pas des IST.
- 76.9% (123) que l'implant peut être retiré à tout moment.
- 58.1% (93) que l'implant peut entraîner des pertes de sang fréquentes sans gravité.
- 52.5% (84) que l'implant peut entraîner une absence de règles.
- 29.4% (47) que l'implant n'est pas efficace pendant les 5 ans.

**En moyenne à chaque item, 30.2% des femmes ont répondu « je ne sais pas » à l'exception de l'item concernant le retrait de l'implant à tout moment où 17.5% ont répondu « je ne sais pas ». 16.3% (26) ont bien répondu aux 4 items de la question.**

*Le fait d'utiliser l'implant en post-IVG augmente significativement la probabilité des femmes d'avoir bon aux 4 items de la question ( $p=0.0001$ ).*

#### 4.f. Connaissances sur le patch

Lors de Q1, les femmes savaient à :

- 20.9% (48) que le patch s'applique sur la peau et se change toutes les semaines
- 20.4% (47) que le patch s'applique sur la peau et ne se change pas toutes les 3 semaines
- 17.4% (40) que le patch n'est pas remboursé
- 8.3% (19) que le patch peut être recollé au même endroit sans risque de grossesse s'il est décollé il y a moins de 24h

**En moyenne à chaque item, 66.6% des femmes ont répondu « je ne sais pas ».**  
**2.2% (5) ont bien répondu aux 4 items de la question.**

*Les femmes ayant déjà utilisé le patch ont significativement plus de bonnes réponses que celles qui ne l'ont jamais utilisé ( $p=0.03$ ).*

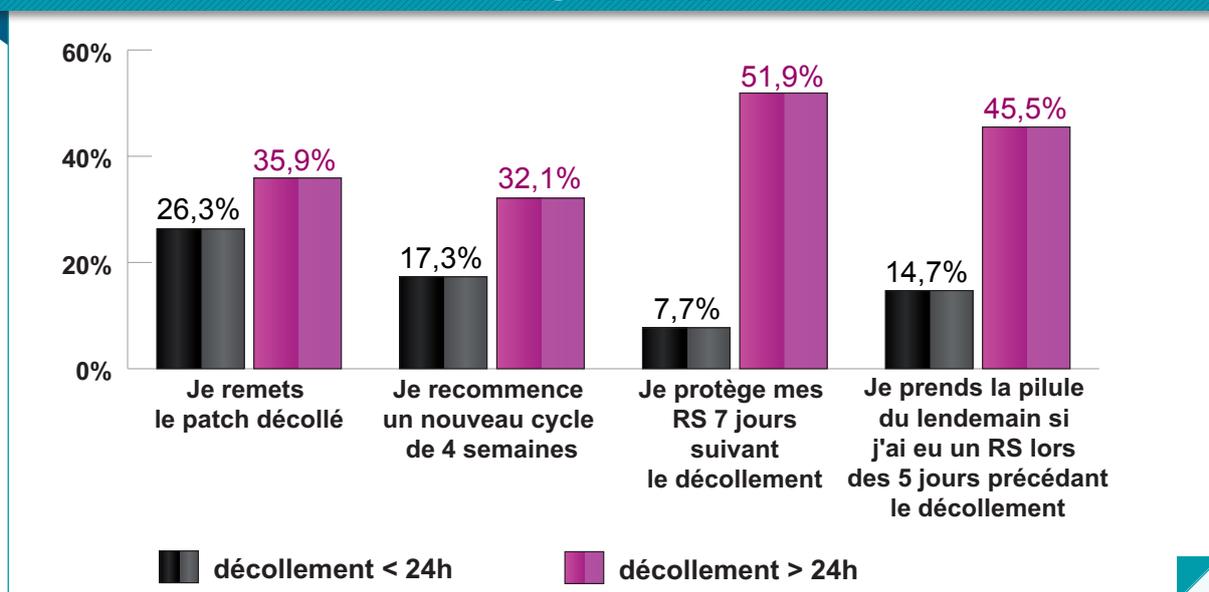
Lors de Q2, les femmes savaient à :

- 38.2% (60) que le patch ne peut pas être collé partout sur le corps.
- 14.7% (23) que le patch ne se change pas toutes les 3 semaines (contre 14.7% au Q1).
- 38.9% (61) que le patch n'est pas remboursé (contre 17.4% au Q1).
- 6.4% (10) que le patch ne contient pas qu'une seule hormone.

**En moyenne à chaque item, 37.6% des femmes ont répondu « je ne sais pas » à l'exception de l'item sur la composition hormonale du patch où 72% ont répondu « je ne sais pas ». 1 femme (0.64%) a bien répondu aux 4 items.**

Le graphique suivant représente les pourcentages de bonnes réponses données par les femmes pour chaque item concernant la conduite à tenir face à un décollement inférieur ou supérieur à 24h.

**FIGURE 13. CONDUITE À TENIR FACE AU DÉCOLLEMENT DU PATCH**



Lors de Q2, en moyenne 53.8% des femmes ont répondu « je ne sais pas » à l'ensemble des conduites à tenir.

En cas de décollement du patch de moins de 24h, 4.5% (7) des femmes ont bien répondu aux 4 items et connaissaient donc exactement la conduite à tenir.

En cas de décollement du patch de plus de 24h, 25% (39) des femmes ont bien répondu aux 4 items et connaissaient donc exactement la conduite à tenir. Cette différence est significative ( $p=9.3 \times 10^{-11}$ )

La différence est significative pour chaque item :

- Je remets le patch décollé :  $p=0.002$
- Je recommence un nouveau cycle :  $p=0.00016$
- Je protège mes RS pendant 7 jours :  $p=2.6 \times 10^{-25}$
- Je prends la pilule du lendemain :  $p=1.26 \times 10^{-13}$

*Pour les questions de Q2, les femmes utilisant le patch n'ont significativement pas plus de bonnes réponses que celles qui ne l'utilisent pas ( $0.2 < p < 1$ ) sauf pour la question concernant le décollement de plus de 24h ( $p=0.01$ ).*

#### 4.g. Connaissances sur l'anneau

Dans Q1, les femmes savaient à :

- 20.4% (47) que l'anneau ne se change pas toutes les semaines.
- 17.4% (40) que l'anneau se change toutes les 3 semaines.
- 11.3% (26) que l'anneau n'est pas remboursé.
- 6.5% (15) que l'anneau peut être remis s'il est resté hors du vagin moins de 3h.

**En moyenne à chaque item, 71.3% des femmes ont répondu « je ne sais pas ».**  
**3.5% (8 de n1) ont bien répondu aux 4 items de la question.**

*Les femmes ayant déjà utilisé l'anneau ont significativement plus de bonnes réponses que les autres ( $5.9 \times 10^{-7} < p < 0.001$ ).*

#### 4.h. Les facteurs sociologiques ont-ils une influence sur les résultats des femmes ?

Pour étudier cela, nous avons classé les résultats des femmes sur les 48 items en deux catégories. Les résultats inférieurs à la moyenne c'est-à-dire inférieurs à 24 bonnes réponses sur 48 et les résultats supérieurs ou égaux à la moyenne donc supérieur ou égaux à 24 bonnes réponses sur 48.

Aucune caractéristique sociologique des femmes n'influence de manière significative les taux de bonnes réponses :

- Les différentes catégories d'âge ( $p=0.055$ )
- Les différentes catégories d'études ( $p=0.16$ )
- Les femmes en couple ou non ( $p=0.08$ )
- Les femmes ayant un suivi gynécologique régulier ou non ( $p=0.07$ )
- Les femmes suivies par un médecin traitant ou un gynécologue ( $p=0.4$ )
- Les primigestes et les multigestes ( $p=0.099$ )
- Les nullipares, les primipares et les multipares ( $p=0.2$ )
- Les femmes ayant déjà eu des IVG ou non ( $p=0.35$ )

#### 4.i. Les femmes connaissent-elles leur moyen de contraception débuté le jour de l'IVG ?

##### **L'Implant**

61.5% des femmes utilisant l'implant ont donné les bonnes réponses à la question concernant ce moyen de contraception.

## La Pilule

22.6% des femmes utilisant la pilule connaissaient la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de moins de 12h, et 56% en cas d'oubli de plus de 12h.

19% savaient quoi faire dans les deux situations.

## Le Patch

20% des femmes utilisant le patch connaissaient la conduite à tenir en cas de décollement de moins de 24h et 80% pour un décollement de plus de 24h.

20% savaient ce qu'il fallait faire pour un décollement de moins et de plus de 24h.

## Le Préservatif

16.7% des femmes utilisant le préservatif masculin ont donné les bonnes réponses à la question concernant ce moyen de contraception. De même pour le préservatif féminin. 5.6% ont donné les bonnes réponses aux deux questions.

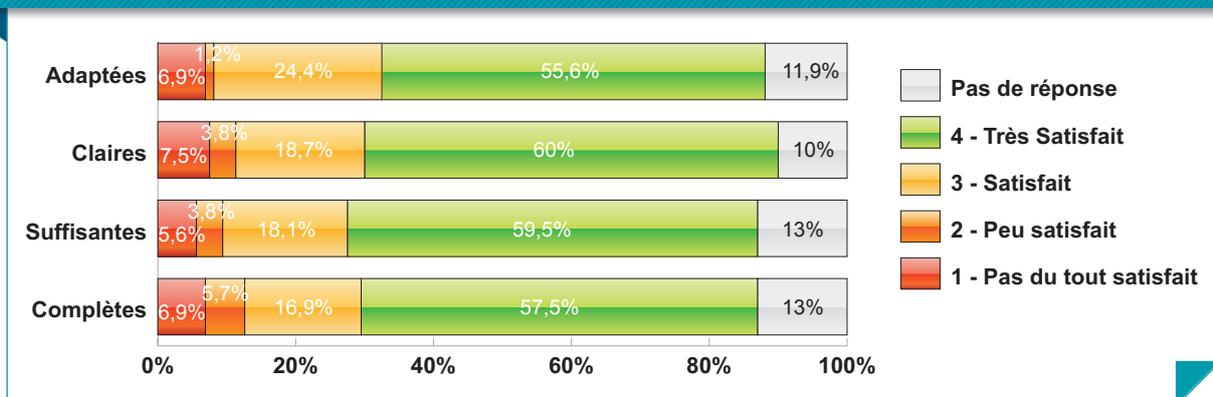
## Les DIU

3.3% des femmes utilisant le DIU ont donné les bonnes réponses aux questions concernant les DIU hormonal et au cuivre.

### 4.j. Satisfaction des femmes sur les informations données :

Lors de Q2, il a été demandé aux femmes de noter de 1 (peu satisfait) à 4 (très satisfait), la qualité des informations données sur la contraception lors de leur parcours d'IVG.

**FIGURE 14. SATISFACTION DES FEMMES SUR LES INFORMATIONS DONNÉES CONCERNANT LA CONTRACEPTION**



Les femmes sont majoritairement satisfaites de la qualité des informations données lors du parcours d'IVG. En moyenne, 12% des femmes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

12.5% des femmes (20 de n2) souhaitaient avoir des informations supplémentaires. Par contre, 99% des femmes ayant trouvé les informations insatisfaisantes n'ont pas souhaité en avoir.

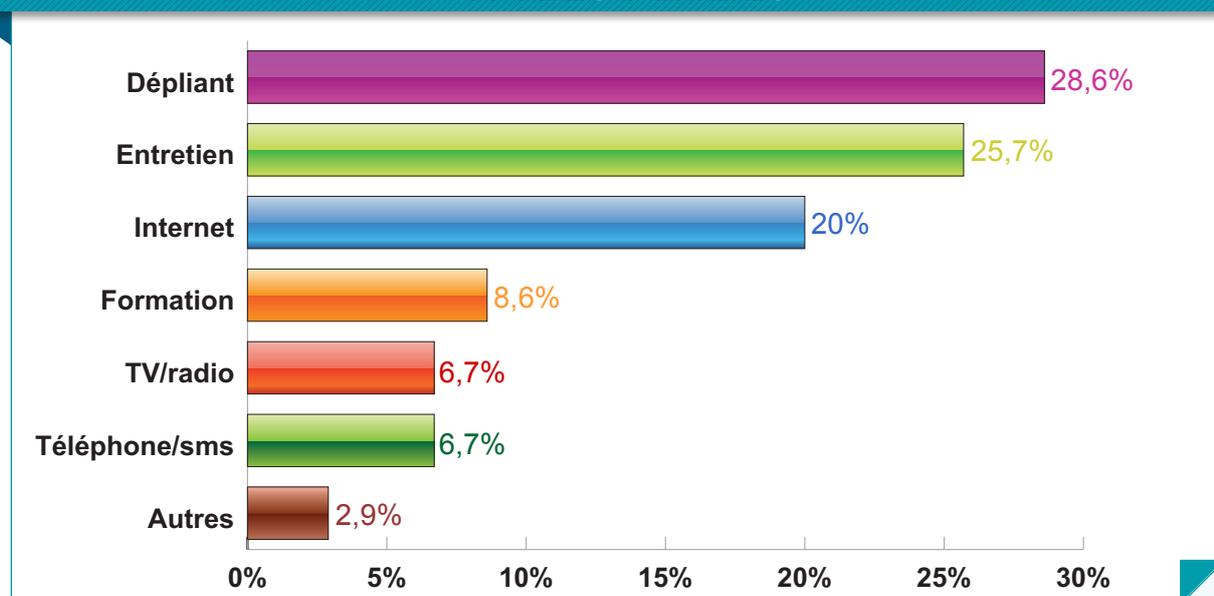
81.3% (13) des femmes souhaitant avoir des informations supplémentaires voulaient en savoir plus sur la contraception :

- 25% (4) sur les moyens de contraception en général
- 18.8% (3) sur les DIU
- 12.5% (2) sur l'implant, (2) sur le patch
- 6.3% (1) sur la pilule, (1) sur les méthodes naturelles

Et 18.7% (3) souhaitaient avoir des informations autres : sur les risques de la contraception, sur les risques pour une prochaine grossesse et sur les IST.

Pour les femmes souhaitant avoir des informations supplémentaires, il a été demandé par quels moyens de communication aimeraient-elles avoir des informations sur la contraception.

**FIGURE 15. MOYENS DE COMMUNICATION SOUHAITÉS PAR LES FEMMES**



Une femme (2.9%) a coché «autres» comme moyen de communication et souhaitait que les informations soit données dès le premier rendez-vous gynécologique.

## 5. Résultats des études comparatrices :

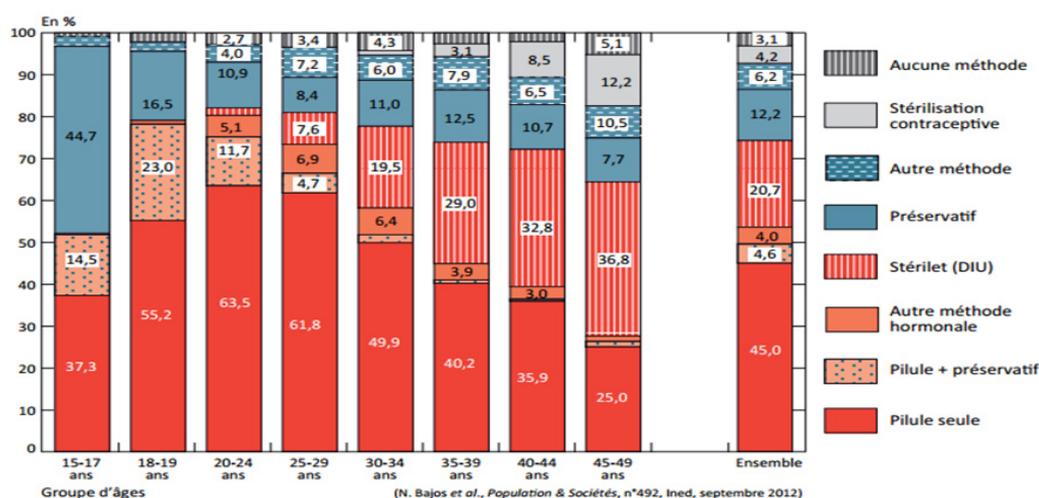
### Les études «COCON» et « FECOND »

L'étude de cohorte COCON faite en 2000 a étudié le recours à l'IVG, les pratiques contraceptives en France, les raisons de changement de méthode et les effets indésirables à court terme en interrogeant 2863 femmes de 18 à 44 ans dont 1569 suivies et interrogées sur 4 ans. L'étude a aussi interrogé la sociologie des femmes ayant recours à l'IVG lors d'une grossesse non prévue. Il en ressort que ces femmes sont principalement en couple, ont un niveau d'étude élevé et ont déjà des enfants.

L'étude FECOND réalisée en 2010 par l'Inserm et l'INED fait suite à l'étude COCON. Elle a interrogé 5275 femmes âgées de 15 à 49 ans, 3373 hommes du même âge via une enquête téléphonique afin d'explorer les pratiques contraceptives depuis l'entrée dans la sexualité, les échecs de contraception, les grossesses prévues et non prévues, le recours à l'avortement et les dysfonctions sexuelles. L'étude a aussi interrogé via un questionnaire 1011 médecins généralistes et gynécologues exerçant dans un cabinet libéral afin d'évaluer leurs connaissances, leurs attitudes et pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive (13).

Cette étude a permis, entre autre, d'actualiser les données sur les méthodes de contraception utilisées en France. L'étude nous montre que la pilule représente environ 50% des moyens de contraception utilisés mais aussi que cette tendance baisse légèrement (sauf chez les 20-24 ans) depuis l'apparition des nouveaux moyens de contraception comme l'implant, le patch, l'anneau (13). L'étude montre aussi que la norme contraceptive française n'a, par contre, pas été modifiée par l'apparition de ces «nouveaux» moyens de contraception comme le montre le schéma ci-dessous.

**FIGURE 16. MÉTHODES DE CONTRACTIONS UTILISÉES EN FRANCE EN 2010 SELON L'ÂGE DES FEMMES**



Sources : Enquête Fecond (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Source: Population&Société n°492 de septembre 2012

## Etude « Les Français et la contraception »

Cette étude de l'INPES est basée sur une enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de 2004 personnes âgées de 15 à 75 ans interrogées du 27 janvier au 7 février 2007 sur leurs connaissances et leurs croyances à propos des risques de grossesse et des différents modes de contraception <sup>(18)</sup>.

Cette étude a permis de mettre en évidence que certaines croyances populaires sont encore très répandues. Ainsi, 50% de leur population croyaient qu'il n'était pas possible d'utiliser le stérilet chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant. De même 53% pensaient qu'il n'était pas possible de tomber enceinte lors du 1er rapport sexuel <sup>(18)</sup>.

Il a aussi été montré que de nombreuses lacunes existaient dans les connaissances des moyens de contraception. Ainsi, en moyenne 55% des français ne connaissaient pas les durées d'utilisation des moyens de contraception tels que l'implant, le patch et l'anneau. De même pour la pilule du lendemain, seuls 5% des français savaient qu'il était possible d'utiliser la pilule du lendemain (Norlevo®) jusqu'à 3 jours suivant le rapport sexuel non protégé ; et un quart pensaient qu'une ordonnance était obligatoire pour se la procurer <sup>(18)</sup>.

# V. Discussion

## 1. Points faibles de l'étude :

Trois principales limites et trois biais ont pu être relevés dans cette étude. Cette dernière a été basée sur deux questionnaires majoritairement différents. Le premier questionnaire donné au début du parcours d'IVG avait pour but d'évaluer les connaissances générales des femmes en matière de contraception. Le second questionnaire, donné en fin de parcours, avait pour but d'évaluer les connaissances des femmes sur leur moyen de contraception débuté dès le jour de l'IVG ainsi que leurs connaissances sur les autres moyens de contraceptions proposés. Il aurait été intéressant d'avoir deux questionnaires identiques afin d'analyser une possible évolution des résultats entre le début et la fin du parcours d'IVG. Cela constitue une des principales limites de l'étude.

Deuxième limite : les patientes n'ont pas toujours eu le temps de remplir les questionnaires, les médecins n'ayant pas toujours la possibilité de leur laisser ce temps. Ainsi, 9 questionnaires n'ont pas été exploités car ils étaient incomplets.

La troisième limite concerne la différence de nombre de questionnaires récupérés lors de Q1 et de Q2. Nous pouvons attribuer cette différence au nombre important de femmes ne venant pas en consultation post-IVG. En effet d'après le bilan 2013 du centre Flora Tristan, 22% des femmes ne sont pas venues en consultation de contrôle.

Trois biais peuvent être relevés notamment un biais de sélection. En effet, les personnes non francophones et illettrées n'ont pas pu remplir les questionnaires pour des raisons de compréhension. Il est possible que le non recrutement de ces personnes ait entraîné une augmentation du niveau éducatif de la population étudiée.

Nous pouvons aussi parler de biais occasionné par le changement de forme des trois premières questions de Q2. L'étude interrogeait les femmes sur leur appréciation des informations données sur la contraception lors de leur parcours d'IVG et si elles souhaitaient avoir plus d'information, sur quels sujets et de quelle manière. Dans de nombreux cas, ces questions ouvertes n'ont pas été remplies ou les réponses étaient contradictoires. Les femmes notaient qu'elles n'étaient pas satisfaites des informations données (entre autre qu'elles étaient incomplètes) mais ne souhaitaient pas avoir plus d'information. Nous pensons que le fait de devoir écrire une réponse ouverte incite les femmes à répondre « non ».

Il peut être mis en évidence un biais d'information. Pour la réalisation de l'étude, nous avons enlevé des affiches dans les salles d'attente qui donnaient les réponses aux questionnaires mais les questionnaires et leurs réponses apportent une source d'information supplémentaire aux patientes. Ces deux actions modifient légèrement les conditions d'information au centre Flora Tristan.

## 2. Points forts de l'étude

L'étude a plusieurs forces. Tout d'abord le caractère prospectif de l'étude qui apporte des données actuelles et permet de questionner les femmes sur des sujets non abordés habituellement.

De plus, les trois mois d'étude représentant un quart de la population annuelle du centre, ainsi que le taux de participation d'environ 70%, nous ont permis d'avoir un échantillon représentatif de la population du centre d'orthogénie.

Nous pouvons aussi souligner la réactivité mise en œuvre lors du lancement des questionnaires. Bien que les questionnaires aient été testés préalablement sur 12 personnes, ils ont dû être modifiés pour faciliter la réflexion et la compréhension. Il a été ainsi mis en place la réponse « Je ne sais pas » deux semaines après le lancement de l'étude, suite à un nombre important de non réponse à certains items. Puis a été modifiée la question concernant la conduite à tenir suite à des vomissements ou diarrhées 3 heures après la prise de pilule, car cette question posée comme elle l'était suscitait des incompréhensions. Ces modifications intervenues tôt dans l'étude ont permis le bon déroulement de celle-ci.

## 3. Discussion

### 3.a. Discussion à propos des données sociologiques :

Les données sociologiques de l'étude ont été comparées avec le bilan annuel de 2013 (*annexe 4*) du centre d'orthogénie Flora Tristan afin de voir si la population étudiée est représentative de la population générale du centre. Nous avons pu constater que l'âge moyen et la répartition des différentes tranches d'âge du bilan 2013 étaient globalement identiques. Nous retrouvons aussi des données similaires concernant la parité et les antécédents d'IVG.

Il n'existe pas de profil type de la femme ayant recours à l'IVG mais dans l'étude il ressort que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-29 ans, contrairement à l'étude FECOND qui retrouvait un taux de recours à l'IVG maximum pour les femmes ayant entre 20 et 24 ans <sup>(12)</sup>. La différence entre les 20-24 ans et les 25-29 ans de notre étude est très petite ; la notion la plus importante est que l'âge moyen des femmes (28 ans) est similaire aux données nationales <sup>(19)</sup>. Nous pouvons aussi noter qu'il y a plus de femmes ayant fait des études supérieures, que les femmes sont majoritairement en couple et ont pour plus de la moitié d'entre elles un suivi gynécologique régulier. Et il est intéressant de mettre en avant que pour la grande majorité des femmes, cette IVG est la première. Ces données sont similaires à celles de l'étude «COCON» faite en 2000. Nous pouvons donc supposer qu'en 13 ans, il n'y a pas eu de changement sociologique important concernant la population des femmes ayant recours à l'IVG.

Contrairement à ce qu’imaginait l’auteur et ce qui a pu être retrouvé dans l’étude «FECOND»: l’âge, le niveau d’étude, le suivi gynécologique, le fait d’être en couple ou non, la parité, la gestité et les antécédents d’IVG n’a entraîné différence significative sur le nombre de bonnes réponses lors de notre étude.

Soit deux notions importantes :

- population représentative
- caractéristiques des patientes sans influence sur le niveau de connaissance

### Contraceptions utilisées et prescrites

Avec 9 femmes sur 10 l’ayant déjà utilisée au moins une fois dans leur parcours contraceptif, la pilule est le moyen de contraception le plus connu et utilisé.

Nous retrouvons ensuite le préservatif masculin déjà utilisé par 1 femme sur 2. Il est fort probable que l’utilisation de ce contraceptif soit sous-estimée dans l’étude car dans les dossiers la question concernant les moyens déjà utilisés n’était pas toujours bien remplie et portait surtout sur les contraceptifs nécessitant une prescription médicale tels que la pilule, l’implant, le DIU... L’utilisation du préservatif féminin au contraire a pu être surestimé car peu de professionnels ont différencié le type de préservatif utilisé. Nous avons donc considéré, quand il n’y avait pas de précision, que les deux types de préservatifs avaient déjà été utilisés.

L’implant et le DIU ont été utilisés par 1 femme sur 5.

Nous retrouvons aussi un nombre important de femmes ayant déjà utilisé des méthodes dites naturelles comme contraception. La principale utilisée est la méthode du retrait. Il se peut que ce nombre soit aussi sous-estimé car la question n’a pas été posée en systématique.

Nous retrouvons une faible utilisation des moyens de contraception non remboursés comme le patch, l’anneau, le spermicide ou non valorisé et peu connu comme l’injection hormonale (Depoprovera®).

En comparant ces résultats avec l’étude de l’INPES sur les Français et la contraception, nous retrouvons une grande différence concernant l’implant. Celui avait déjà été utilisé au moins une fois par une très faible minorité de femmes en 2007 contrairement à notre étude où il a déjà été utilisé par une femme sur cinq. Cette différence peut être expliquée par la promotion de l’implant depuis plusieurs années et l’augmentation de sa prescription en particulier chez les femmes jeunes.

Concernant les contraceptifs débutés le jour de l’IVG, les femmes repartent majoritairement avec une pilule et 1 femme sur 5 avec un DIU. Le pourcentage d’utilisation de la pilule est similaire à celui du bilan 2013 du centre Flora Tristan, par contre il a été observé une moindre utilisation des DIU et de l’implant. Cette diminution est contrebalancée par une plus grande utilisation des préservatifs. Les autres moyens de contraception restent peu fréquents. La stérilisation, peu utilisée en France, reste minoritaire mais n’intéresse pas que les femmes de plus

de 35 ans même si celles-ci restent les plus nombreuses. Son pourcentage ainsi que celui de l'absence de contraception sont sensiblement les mêmes que ceux du bilan.

Nous remarquons qu'aussi bien dans l'étude que dans les données du centre, le nombre de femmes refusant toute contraception est élevé. Il peut être supposé que cela soit lié à la « crise des pilules » de 2013. Il se peut que le climat de crainte lié à la pilule ait desservi les contraceptifs en général. Cela a pu entraîner une peur des méthodes de contraception hormonales et un retour vers les méthodes dites naturelles voire la non contraception. Il faut donc essayer de rassurer ces femmes et sortir du schéma classique de prescription afin de leur proposer un moyen de contraception qui leur convienne. Le DIU au cuivre et les méthodes barrières telles que le préservatif, la cape cervicale et le diaphragme, associées à un spermicide peuvent être de bonnes alternatives aux moyens de contraception hormonaux à condition d'en bien connaître le fonctionnement.

En comparant avec le profil contraceptif des femmes en général (étude «FECOND» faite en 2010), nous pouvons voir que le profil contraceptif des femmes sortant d'un parcours d'IVG est différent (d'après les contraceptions envisagées à long terme). Pour ces femmes, le pourcentage d'utilisation de la pilule est légèrement diminué. Nous remarquons aussi une augmentation importante de l'utilisation de l'implant notamment chez les mineures ainsi que du DIU chez les femmes de moins de 25 ans. Il peut être aussi mis en évidence une faible utilisation du préservatif pour les 18-45 ans et même une absence chez les mineures. Nous pouvons aussi noter un recours à la stérilisation plus important chez les femmes de plus de 35 ans. Ces différences par rapport au profil contraceptif type de la population générale des femmes peuvent être dues à une plus grande sensibilisation des femmes ayant eu une IVG aux risques de grossesse non désirée entraînant une plus grande utilisation des moyens de contraception reconnus pour leur grande efficacité.

### *3.b. Discussion à propos des connaissances sur les moyens de contraception :*

Les trois moyens de contraceptions les plus connus étaient: la pilule, le DIU et l'implant, suivis de très près par le préservatif masculin puis celui féminin moins connus. Il est intéressant de noter que les contraceptifs les plus connus sont remboursés par la Sécurité Sociale.

Les nouveaux moyens hormonaux tels que l'anneau et le patch sont connus de 6 femmes sur 10. Il peut être supposé que ces moyens de contraception sont moins connus car n'étant pas remboursés, les professionnels de santé en parlent moins. En effet, pour beaucoup de femmes, le critère prix est une donnée primordiale pour choisir sa contraception. Ceci est d'autant plus marqué chez les femmes jeunes souvent encore en étude et sans ressource financière propre.

Le diaphragme, le spermicide, la cape cervicale et l'injection hormonale sont des moyens très peu connus. Concernant les trois premiers, nous retrouvons l'aspect non remboursé mais aussi une efficacité contraceptive moindre par rapport aux autres moyens. En effet, en moyenne, ces contraceptifs ont une efficacité de 80% contre 99% pour les contraceptifs couramment utilisés.

Ces deux données peuvent inciter les professionnels de santé à peu parler de ces moyens d'où cette méconnaissance.

Concernant l'injection hormonale, moyen remboursé par la Sécurité Sociale avec une efficacité de 99%, le problème est autre. Ce contraceptif est souvent mal vu par les professionnels de santé du fait de ses contre-indications et ses effets secondaires nombreux. Ceci explique sûrement, le peu d'utilisation de ce moyen et sa méconnaissance.

Peu de femmes ont identifié les méthodes naturelles comme un moyen de contraception. Ceci peut paraître étonnant car ce sont des méthodes peu avouées mais souvent très utilisées notamment les méthodes du retrait et du calcul de cycle. Les campagnes d'informations traitant des contraceptifs dits médicaux et les discours des professionnels sur la faible efficacité des méthodes naturelles ont pu jouer sur cette donnée.

### **Les risques de grossesse et de transmission d'IST**

Les femmes connaissent assez bien les situations à risque de grossesse en l'absence de contraception, sauf dans une situation : trois femmes sur quatre pensent qu'il n'y a pas de risque de grossesse sans pénétration.

Concernant la transmission d'IST, 7 femmes sur 10 ont su identifié les deux moyens de protection que sont les préservatifs masculin et féminin. Pour les femmes s'étant trompé, une grande majorité d'entre elles n'avaient pas identifié le préservatif féminin comme moyen de protection. Une très faible minorité avait cité la pilule et les méthodes naturelles. Nous pouvons attribuer ces bons résultats aux campagnes nationales contre le SIDA qui ont permis de faire rentrer dans les mœurs l'utilisation du préservatif comme protection contre les IST. Nous pouvons aussi penser, que la mise en place de cours d'éducation à la vie sexuelle et affective dans les collèges et lycées ont permis de sensibiliser les jeunes sur la prévention des IST.

### **La pilule**

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé et le mieux connu. Malgré cela de nombreuses méconnaissances et confusions existent. La conduite à tenir en cas d'oublis de moins de 12h est peu connue et confondue avec celle de plus de 12h. En effet, 2 femmes sur 10 lors de Q1 et 4 femmes sur 10 lors de Q2 se surprotégeaient en appliquant le protocole des oublis supérieurs à 12h. Les informations données lors du parcours d'IVG, ont permis une augmentation significative des bonnes réponses et une diminution des réponses « je ne sais pas » entre Q1 et Q2 mais aussi une augmentation du pourcentage de femmes se surprotégeant. Nous pouvons penser que la conduite à tenir de plus de 12h est beaucoup plus expliquée entraînant une désinformation pour les oublis de moins de 12h. Mais cette désinformation aboutit à une surprotection des rapports n'entraînant pas de répercussions néfastes. Au contraire elle peut permettre une meilleure sensibilisation aux oublis de plus de 12h à haut risque de grossesses non désirées.

La principale erreur retrouvée sur la conduite à tenir des oublis de plus de 12h concernait la reprise du comprimé oublié. Un nombre important de femmes se trompaient en ne le reprenant pas même si elles protégeaient leurs rapports et prenaient la pilule du lendemain. Elles représentaient 1 femme sur 4 aussi bien lors de Q1 que de Q2. Nous pouvons en déduire que les informations transmises par les professionnels de santé n'ont pas permis d'apporter des éclaircissements aux femmes sur ce point. De plus, il se peut que dans l'imaginaire des femmes, prendre deux comprimés en même temps constituerait un surdosage et serait donc nocif pour elles d'où une non reprise du comprimé malgré le discours médical.

La conduite à tenir en cas de diarrhée ou vomissement dans les 2 heures suivant la prise de pilule reste mal connue. En effet, 3 femmes sur 4 ne reprennent pas de comprimé, ce qui entraîne un risque de grossesse. Cette situation est régulièrement relevée par les professionnels du centre Flora Tristan, qui s'attache à diffuser autant que possible ces informations aux autres professionnels de santé, eux-mêmes sans doute mal informés.

### Les préservatifs

Les femmes connaissent significativement mieux le préservatif masculin que le féminin. La question concernant les moyens de protection contre les IST montre de nouveau cette différence. Le préservatif masculin est quasi toujours cité comme moyen de protection contre 7 femmes sur 10 pour le préservatif féminin. En effet, ce dernier reste un moyen de contraception peu utilisé. Il a pourtant des avantages non négligeables comme la possibilité d'être mis plusieurs heures avant le RS, sa matière non allergène, sa solidité.... Mais son apparence, non rentrée encore dans les moeurs, et son coût rebutent encore les utilisatrices. Pourtant, l'emploi du préservatif féminin doit être encouragé car c'est le seul moyen de contraception et de protection contre les IST entièrement contrôlé par les femmes.

Très peu de femmes savent que le préservatif masculin ne s'utilise pas avec tous les types de lubrifiants. Cette méconnaissance peut expliquer les grossesses non désirées suite à un problème de préservatif qui a cassé. En effet, les préservatifs masculins utilisés avec des lubrifiants type huile, perdent leur propriétés élastiques et risquent de se rompre. Cette méconnaissance pourrait être évitée si les trois séances annuelles d'éducation à la vie sexuelle et affective prévues par la loi en 2001 étaient organisées dans tous les collèges et lycées pour toutes les classes. Et surtout que ces séances soient vraiment utilisées pour parler de sexualité, contraception... et non juste de l'anatomie et de la biologie humaine.

### Les DIU

Les idées reçues persistent, une femme sur deux pense que le DIU ne peut être posé que chez les femmes ayant déjà eu des enfants, chiffre identique à celui de l'étude de l'INPES sur les connaissances de la population française sur les moyens de contraception (12). Ce chiffre n'est donc pas spécifique aux femmes débutant un parcours d'IVG, mais reflète la persistance des idées reçues des français en général.

9 femmes sur 10 ne savent pas que le stérilet peut être posé ou retiré par un autre professionnel de santé : la sage-femme. Cela s'explique par la méconnaissance du métier de sage-femme et de leur possibilité d'assurer le suivi gynécologique et la prescription de contraception des femmes sans pathologie. D'ailleurs, aucune femme de l'étude ne fait son suivi gynécologique avec une sage-femme. Une campagne nationale d'information sur les compétences des sages-femmes devraient être diffusée afin de faire connaître cette profession et de permettre aux femmes de choisir en toute connaissance leurs professionnels de santé.

Il est intéressant de noter que peu de femmes connaissent la durée d'utilisation des DIU au cuivre et aux hormones. Nous retrouvons cette idée dans l'étude de l'INPES (18), cette méconnaissance perdure donc et peut être assimilée à la population française en général. De plus, la différence entre les deux types de DIU restait floue pour les femmes : certaines ont pu répondre que le DIU au cuivre peut être retiré à tout moment mais pas le DIU hormonal, ou que l'un pouvait entraîner une gêne lors des RS mais pas l'autre... Certaines femmes peuvent se représenter le stérilet comme un corps étranger qui serait différent selon qu'il soit au cuivre ou hormonal d'où ces réponses parfois incohérentes.

### **L'implant**

L'implant reste un moyen de contraception mal connu, et non connu par 1 femme sur 4 dans notre questionnaire. Comme dans l'étude de l'INPES sur les connaissances de français sur la contraception, nous retrouvons un pourcentage élevé de méconnaissance de la durée d'utilisation de l'implant. Et seule 1 femme sur 2 connaissait l'existence de possible spotting ou d'une aménorrhée lors de l'utilisation d'un implant. Cette méconnaissance existe principalement chez les femmes n'utilisant pas l'implant. En effet, 8 femmes sur 10 ayant un implant en post-IVG connaissent l'existence de ces effets secondaires. Ce qui montre, qu'en toute logique, les professionnels de santé n'expliquent en détail que le moyen de contraception prescrit.

### **Le patch et l'anneau**

Ces moyens de contraception restent mal connus. Peu de femmes ont répondu à nos questions, et beaucoup se sont trompées.

Il est intéressant de noter que les femmes connaissent mieux la conduite à tenir lors des décollements de patch de plus de 24h par rapport à ceux de moins de 24h; données retrouvées aussi lors des oublis de pilule. Cela peut signifier que le discours médical est beaucoup plus accentué, à juste titre, sur les oublis à haut risque de grossesse.

### **La pilule du lendemain**

Les informations transmises lors du parcours d'IVG ont permis d'améliorer significativement les connaissances des femmes concernant la pilule du lendemain. En fin de parcours, 6 femmes sur 10 ont donné les bonnes réponses.

Le fait d'utiliser une contraception pouvant nécessiter l'utilisation de la pilule du lendemain telle que la pilule, le patch, l'anneau, les méthodes naturelles ou pas de contraception n'entraîne pas d'augmentation significative de bonnes réponses concernant la question sur la pilule de lendemain par rapport aux femmes utilisant les autres moyens de contraception (DIU, implant, stérilisation). La nette amélioration des bonnes réponses montrent bien que les informations concernant la contraception d'urgence sont données et comprises. On peut par contre se poser la question de l'adaptabilité du discours médical. Les professionnels de santé insistent-ils plus auprès des femmes ayant une contraception pouvant nécessiter la pilule du lendemain ? Ou tiennent-ils un même discours « routinier » pour toutes les femmes ?

### **Connaissances des femmes sur leur moyen de contraception en post-IVG**

Les femmes utilisant la pilule en post-abortum connaissent encore mal leur contraception, notamment la pilule: seule 1 femme sur 5 savait quoi faire lors d'un oubli de moins de 12h, et une sur deux pour les oublis de plus de 12h. Ce qui reste insuffisant pour permettre aux femmes d'éviter un échec de contraception. Mais il est important de noter que les réponses nous ayant permis de donner ces résultats ont été récupérées lors de Q2 soit avant la visite de contrôle post-IVG. Or cette consultation est un moment privilégié pour faire un point sur la contraception utilisée et ré-insister sur les différents conseils d'utilisation. Si le questionnaire avait été donné après cet entretien, il se peut que les taux de bonnes réponses aient été meilleurs.

Globalement, peu de femmes maîtrisaient toutes les questions portant sur leur moyen de contraception. Et le fait de l'utiliser n'augmente significativement pas le nombre de bonnes réponses (exception faite de l'implant et du patch).

### **Satisfaction des femmes sur les informations données concernant la contraception lors de leur parcours d'IVG**

Les femmes sont globalement satisfaites des informations transmises. Les femmes n'étant pas du tout satisfaites représentent une minorité mais 99% d'entre elles ne souhaitaient pas avoir plus d'informations alors qu'elles considéraient les informations comme incomplètes. Il est possible qu'un pourcentage d'entre elles ait mal compris l'échelle de note. Il est possible aussi que ces femmes étaient insatisfaites des informations transmises par les professionnels du centre mais avaient des sources extérieurs d'informations et ne souhaitaient donc pas avoir d'autres informations.

Les femmes souhaitant des informations voulaient principalement avoir des renseignements sur les différentes méthodes contraceptives et une minorité sur les risques liées à la contraception et à l'IVG. Ces femmes préféraient avoir des informations via des dépliants ou un entretien avec un professionnel. Le centre Flora Tristan communique principalement par ces moyens ce qui montre que les moyens de communication du centre sont adaptés à leurs patientes.

## 4. Propositions :

Malgré les efforts faits au niveau national et à l'échelle du centre Flora Tristan, nous constatons dans l'étude, que beaucoup de femmes connaissent encore mal la contraception qu'elles utilisent, ainsi que les autres moyens de contraception. Pour pallier à ce manque, les efforts de prévention doivent être maintenus et accentués. Voici quelques propositions :

**Faire appliquer l'article 22 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 concernant l'information et l'éducation à la sexualité** qui doit être [dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène]. Encore trop peu d'établissement respecte cette obligation. L'éducation sexuelle auprès des jeunes n'est que partiellement et inégalement faite et se centre principalement sur les connaissances anatomiques et biologiques des organes sexuels humains. Cette loi doit être appliquée et la prévention doit être accentuée sur l'aspect psycho-affectif de la sexualité ainsi que sur l'accès à la contraception.

**Améliorer la formation initiale et continue en matière de contraception des professionnels de santé** en particulier les médecins généralistes, les gynécologues, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières scolaires (21). Et donner à ces professionnels les moyens humains de faire une prévention de qualité et adaptée à chaque patiente. En effet, le counseling nécessite du temps que peu de professionnels peuvent ou veulent donner.

**Favoriser l'accès à la contraception.** De nombreux efforts ont déjà été fournis, notamment la campagne nationale d'information « A chacun sa contraception », la gratuité des contraceptifs pour les mineures, les recommandations de l'HAS promouvant la prescription de la contraception d'urgence (pas de recommandation actuellement de prescrire en systématique la pilule du lendemain pour toutes les femmes mais préconisation de le faire au cas par cas) (22). Mais il faut poursuivre et accentuer ces efforts en permettant à toutes les femmes d'accéder à tous les moyens de contraception gratuitement, en prescrivant de façon systématique la contraception d'urgence pour que celle-ci soit mieux connue, plus utilisée et que le délai entre une défaillance de contraception et sa prise soit diminué. Il faut aussi s'assurer que les lois en vigueur soient appliquées. En effet, il existe encore trop de pharmaciens refusant de délivrer la contraception d'urgence de façon anonyme et gratuite aux mineures, ou de médecins refusant de prescrire un moyen de contraception à une mineure sans l'accord de ses parents.

**Améliorer le discours des professionnels de santé.** Les professionnels de santé devraient parler systématiquement de la conduite à tenir en cas de défaillance contraceptive, aussi bien lors de la prescription, que du renouvellement, et aussi des visites pour un autre motif, de la délivrance par le pharmacien ou centre de planification... Plus ces informations sont répétées, plus elles seront assimilées par les femmes. De plus les conseils donnés ne peuvent se limiter aux oublis ou autres erreurs pouvant entraîner un risque de grossesse. Il faut aussi expliquer

aux femmes ce qu'elles doivent faire par exemple lors d'un oubli pilule de moins de 12h et ne pas expliquer que ceux de plus de 12h, même si le risque de grossesse est faible dans cette situation. Pour finir, les professionnels de santé devraient s'assurer que les informations transmises sont bien comprises par les femmes en les questionnant pour qu'elles redisent avec leur mot ce qu'elles doivent faire lors de ces défaillances.

# Conclusion :

Depuis 1974, la légalisation de l'IVG a permis une baisse considérable de la mortalité et de la morbidité liées à l'avortement (0.3 décès pour 100 000 IVG en France soit moins d'un décès par an), en apportant des soins et un accompagnement adaptés aux femmes. La couverture contraceptive française de plus de 80% a permis, elle, de diminuer le nombre de grossesses non désirées mais n'a pas entraîné de baisse du nombre d'IVG. Si nous voulons parvenir à faire diminuer ce nombre, il faut accentuer et améliorer notre discours sur la contraception.

Comme le montre notre étude, les informations sur la contraception transmises aux femmes lors de leur parcours d'IVG ont permis une amélioration des connaissances. Mais ces dernières restent toutefois insuffisantes car, en fin de parcours, les femmes connaissaient encore mal les moyens de contraception en général, mais aussi le contraceptif qu'elles utilisaient. Pour diminuer cette méconnaissance, il faudrait que les différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières) ne cessent de revoir les conduites à tenir lors de chaque consultation, afin que les femmes intègrent mieux les informations importantes. De plus, cette éducation devrait commencer pour tous dès l'adolescence, voire même plus tôt, comme l'oblige la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation sexuelle qui n'est malheureusement qu'encore trop peu appliquée.

Les conditions de la réalisation du mémoire ne nous ayant pas permis d'évaluer à plus long terme les connaissances de ces femmes, nous avons la chance que notre étude soit poursuivie par Fanny Stubbe qui, pour sa thèse en médecine générale, a demandé la permission aux femmes interrogées lors de notre étude de les recontacter un an après pour reparler de leur contraception.

Toutefois, il est important de noter qu'il existe une différence entre ce que les femmes savent et ce qu'elles font. Même si toutes les femmes connaissaient parfaitement leur contraception, il y aurait encore des IVG. Nous ne pouvons pas assimiler les avortements à un problème de contraception (absence, échec, inadéquation de la contraception...). Le processus d'IVG est beaucoup plus complexe. Dans l'étude nous n'avons traité que des connaissances de ces femmes, le côté psychique de l'IVG n'a pas été étudié. Des aspects autres que la contraception entrent en jeu : ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse, grossesse permettant d'avoir une reconnaissance sociale, sentiment de toute-puissance: ça ne peut pas m'arriver...

En France, l'IVG est un droit. Des femmes et des hommes se sont longtemps battus pour dé-pénaliser l'avortement. Et il faut encore se battre et ne pas le considérer comme un acquis. La situation en Espagne le montre bien. Le gouvernement espagnol souhaite réduire le droit à l'avortement ne le rendant possible que pour les femmes enceintes suite à un viol et ayant porté plainte, et celles ayant prouvé que la grossesse met en danger leur vie ou leur santé physique ou psychologique. Le droit à l'avortement reste fragile et doit être protégé pour permettre aux femmes, aux couples de disposer de leur vie et de leur corps.

# Résumé

## Evaluation des connaissances en contraception de femmes en processus d'Interruption Volontaire de Grossesse

Par Marie Quélin, sous la direction du docteur Vanessa Belloeil

### Introduction :

En France, malgré une couverture contraceptive des plus importantes, le nombre d'IVG ne baisse pas. Deux tiers de ces avortements sont dus à des aléas de contraception. L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances en contraception des femmes lors de leur parcours d'IVG.

### Méthode :

Cette étude prospective descriptive s'est intéressée aux connaissances contraceptives des femmes débutant un parcours d'IVG au centre d'orthogénie du CHU d'Angers entre le 16 octobre 2013 et le 16 janvier 2014. Elle s'est basée sur deux questionnaires interrogeant les connaissances sur les différents moyens de contraception. Le premier a été donné avant la consultation de demande d'IVG et 230 femmes y ont répondu. Le second a été distribué à ces mêmes femmes avant la consultation de contrôle post-IVG et 160 femmes l'ont rempli.

### Résultats :

L'étude a pu montrer qu'au début de leur parcours d'IVG, les femmes connaissaient mal les différents moyens de contraception existant et leur utilisation. Les informations transmises par les professionnels de santé ont permis d'améliorer significativement ces connaissances. Mais malgré cela, à la fin de leur parcours d'IVG, peu de femmes connaissaient bien leur moyen de contraception et les conduites à tenir en cas d'échec pour éviter une grossesse non désirée.

### Conclusion :

Il y a une méconnaissance des moyens de contraception en général et surtout des 'nouveaux' contraceptifs comme le patch et l'anneau. Ces derniers sont peu utilisés ce qui renforce le problème de la norme contraceptive française. Pour y remédier, il faudrait : favoriser l'accès à la contraception en rendant les contraceptifs gratuits pour tous, renforcer l'éducation à la sexualité et à la contraception via l'application de la loi du 4 juillet 2001 et accentuer la prévention des grossesses non désirées en insistant régulièrement sur les conduites à tenir en cas d'échec de contraception.

### Mots clés :

IVG, avortement, contraception, connaissances

# Abstract

## Evaluation of women's knowledge about contraception in abortion process

By Marie Quélin supervised by Doctor Vanessa Belloeil

### Introduction :

In France, despite contraceptive coverage more important, the number of abortions did not decrease. Two thirds of these abortions are owed to the contraceptive errors. The objective of the study was to assess the knowledge of women contraception during their abortion process.

### Method :

This prospective descriptive study examined contraceptive knowledge of women starting an abortion process in the family planning clinic Flora Tristan of the university hospital of Angers between 16 October 2013 and 16 January 2014. It was based on two questionnaires asking knowledge of different contraceptive methods. The first was given before the consultation of abortion request and 230 women responded. The second was distributed to these women before control post –abortion consultation and 160 women responded.

### Results :

The study was able to show that at the beginning of their abortions processes, women didn't know the various contraception means and their use. The information provided by health professionals helped to significantly improve this knowledge. But despite this, at the end of their abortions processes, few women knew their contraception and appropriate conduct in case of failure to prevent an unwanted pregnancy.

### Conclusion :

There is a lack of knowledge means of contraception especially the 'news' contraceptions as the patch and the ring. They are few used because they are unreimbursed. That reinforces the problem of French contraceptive standard. To remedy it we should: promote access to contraception by making the means of contraception free for all, strengthen sex education and contraceptive's education through the application of the law of 4 July 2001 and increase prevention of pregnancies unwanted insisting on what women should do in case of failure of contraception.

### Tags :

abortion, contraception, knowledge

# Bibliographie

- 1. Institut National d'Etudes Démographiques**  
Statistiques prévalence avortement  
[www.ined.fr/fr/france/avortements\\_contraception/avortements/](http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/) (lien actif le 30/08/13)  
[www.ined.fr/statistiques\\_ivg/2010/T1\\_2010.html#f01\\_3](http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T1_2010.html#f01_3) (lien actif le 30/08/13)
- 2. D. Hassoun**  
« L'interruption volontaire de grossesse en Europe »  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1.html> (Lien actif le 20/09/2013)
- 3. République française. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 relative**  
« Aux patients, à la Santé et au Territoire »  
*Journal Officiel n°0167 du 22/07/2009 page 12184*
- 4. Institut National d'Etudes Démographiques**  
« L'avortement dans le monde »  
[www.ined.fr/fr/tout\\_savoir\\_population/fiches\\_pedagogiques/naissances\\_natalite/avortement\\_monde/](http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/avortement_monde/)  
(lien actif le 20/09/2013)
- 5. Association Nationale de Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception**  
Historique de l'avortement et de la contraception  
[www.ancic.asso.fr/historique.html](http://www.ancic.asso.fr/historique.html) (lien actif le 02/09/2013)
- 6. Affiche du Mouvement Français pour le Planning Familial**  
« Liberté, Egalité, Sexualité : 50 ans de lutte »  
[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mfpf.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mfpf.pdf) (lien actif le 20/09/2013)
- 7. République française. Arrêté du 28/12/1967 fixant « la régulation des naissances »**  
Texte intégral des débats à l'Assemblée Nationale  
[www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967\\_legalisation\\_pilule/index.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/index.asp) (lien actif le 30/08/13)
- 8. République française. Arrêté du 04/12/1974 (loi n°74-1026) fixant**  
« diverses dispositions relatives à la régulation des naissances »  
*Journal Officiel du 05/12/ 1974 page 12123*

- 9. République française. Arrêté du 17/01/1975 fixant « l'interruption volontaire de grossesse »**  
Texte intégral des débats à l'Assemblée Nationale  
[www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp) (lien actif le 30/08/13)
- 10. République française. Arrêté du 04/07/2001 (loi n°2001-588) fixant « l'interruption volontaire de grossesse et la contraception »**  
Journal Officiel n°156 du 07/07/2001 page 10823  
<http://admi.net/jo/20010707/MESX0000140L.html> (lien actif le 30/08/13)
- 11. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé**  
« Campagne grand public »  
<http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/13/cp130515-contraception.asp> (Lien actif le 30/01/2014)
- 12. N. Bajos, M. Ferrand, C. Moreau**  
« Evolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative »  
*Mini-Revue : MT Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2012*
- 13. N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, C. Moreau et l'équipe de l'enquête FECOND**  
« La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? »  
*Population & Sociétés, n°492, septembre 2012*
- 14. Institut National de Prévention e d'Éducation à la Santé**  
« Comment aider une femme à choisir sa méthode contraceptive »  
*Dépliant à l'attention des professionnels de santé datant de 2005*
- 15. A. Vilain, M-C Mouquet, L. Gonzales, N. De Riccardis (DREES)**  
«Les interruptions volontaires de grossesse en 2011»  
*Etudes et Résulatts, n°843, juin 2013*
- 16. N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon, M. Ferrand**  
« Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans »  
*Population & Sociétés, n°407, décembre 2004*
- 17. Institution Nationale de Prévention et d'Éducation pour la Santé**  
«Choisir sa contraception»  
[www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) (lien actif le 30/01/2014)

**18. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé**

«Contraception: que savent les Français?»

*Dossier de presse du 5 juin 2007*

Diaporama: «Les Français et la contraception»

[www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais\\_et\\_contraception.pdf](http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf) (*lien actif le 30/01/2014*)

**19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**

«Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)»

[www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coB\\_12.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_12.htm) (*lien actif le 20/09/2013*)

**20. Haute Autorité de Santé**

«État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée», avril 2013

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2-clics-5.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2-clics-5.pdf) (*lien actif le 20/09/2013*)

**21. Centre régional d'information et de prévention du SIDA  
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

«Données sur la contraception et l'IVG en France»

*Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, novembre 2012*

**22. Haute Autorité de Santé**

«Contraception d'urgence: prescription et délivrance à l'avance»

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception\\_durgence\\_-\\_synthese\\_et\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf) (*Lien actif le 30/01/2014*)

**23. Inspection Générale des Affaires Sociales**

« Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 »

*Rapport de synthèse octobre 2009*

# Annexes

**Annexe 1. Formulaire de consentement, questionnaire 1  
et ses réponses**

**Annexe 2. Questionnaire 2 et ses réponses**

**Annexe 3. Bilan 2013 du centre d'orthogénie  
Flora Tristan**

**Annexe 4. Contraceptions et mode d'emploi (INPES)**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Emetteur : Catherine HUE – Cellule Promotion - DAMR

## Contraception et Interruption Volontaire de Grossesse

Promoteur : CHU d'Angers - 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9

Investigateur coordonnateur : QUÉLIN Marie et BELLOEIL Vanessa (Directeur du mémoire)

N° du patient : |\_|\_|\_|

Nom du patient : .....

Prénom du patient : .....

L'étudiante sage-femme : QUÉLIN Marie

CHU d'Angers, Service : Ecole de sages-femmes d'Angers

Adresse : Ecole de sages-femmes, C.H.U. Angers 4 rue Larrey 49000 Angers

Tél : 02.41.35.32.32

## m'a proposée de participer à l'étude clinique « Contraception et IVG »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme investigatrice de l'étude.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étudiante sage-femme de l'étude, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé.

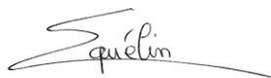
J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme de l'étude.

Je certifie être affiliée au régime de la Sécurité Sociale.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

## J'accepte de participer à l'étude "Contraception et IVG"

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

| Investigateur |   | Patient     |  |
|---------------|---|-------------|--|
| Nom, prénom   | QUÉLIN Marie  | Nom, prénom |  |
| Date          | 16/09/2013  | Date        |  |
| Signature     |  | Signature   |  |

## Questionnaire 1

# Contraception et IVG

Madame, Mademoiselle,

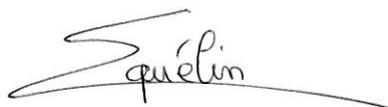
Je suis actuellement en 5<sup>e</sup> année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire pour l'obtention de mon diplôme d'état. L'objectif de mon mémoire, sous la direction du Docteur Vanessa Belloeil, est d'évaluer les connaissances des femmes sur la contraception suite à la prise en charge d'une Interruption Volontaire de Grossesse. Mon but est de voir si les informations données au centre Flora Tristan sont suffisamment adaptées et complètes pour vous permettre de vous approprier votre contraception.

Mes recherches passent par le biais de ce questionnaire à remplir avant votre rendez-vous de demande d'IVG ainsi que par un second questionnaire qui vous sera remis lors de votre visite de contrôle. Ces questions ne sont pas là pour contrôler vos connaissances mais pour me permettre d'évaluer l'impact des informations qui vous sont transmises par le personnel médical lors de votre accompagnement.

Si vous avez la moindre inquiétude ou questions, n'hésitez pas à en parler avec le médecin lors de votre consultation ou à me contacter grâce à mes coordonnées notées en bas de page. Ces questionnaires sont les outils indispensables à mes recherches, je vous remercie de bien vouloir y répondre.

Ces questionnaires sont anonymes, vous pouvez être assurée de la confidentialité des informations recueillies.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et je me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.



Marie QUELIN

e-mail : marie.quelin@orange.fr

Tél. : 06 81 48 12 36

**Merci de rendre ce questionnaire au médecin lors de votre rendez-vous.**

**Question 1 : Quel niveau d'étude avez-vous ?**

- Jamais scolarisé       Niveau BEP, CAP       Etudes supérieures  
 Niveau collège       Niveau BAC       Autre : .....

**Question 2 : Etes-vous en couple ?**

- OUI       NON

**Question 3 : Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?**

- OUI       NON

**Si oui, par quel professionnel de santé ?**

- Gynécologue       Médecin généraliste       Sage-femme       Autre : .....

**Question 4 : Parmi la liste suivant, quel(s) est(sont) le(s) moyen(s) de contraception qui existent ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> la pilule               | <input type="checkbox"/> l'injection hormonale   |
| <input type="checkbox"/> la cape cervicale       | <input type="checkbox"/> le patch  |
| <input type="checkbox"/> l'implant               | <input type="checkbox"/> le préservatif féminin  |
| <input type="checkbox"/> l'anneau vaginal        | <input type="checkbox"/> le stérilet   |
| <input type="checkbox"/> le diaphragme           | <input type="checkbox"/> les méthodes naturelles (calcul de date, glaire cervicale, retrait ...) |
| <input type="checkbox"/> le préservatif masculin | <input type="checkbox"/> aucune  |
| <input type="checkbox"/> le spermicide           |  |
| <input type="checkbox"/> la pilule du lendemain  |  |

**Question 5 : Quel(s) est(sont) le(s) moyen(s) de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- la pilule  
 le préservatif masculin  
 le spermicide  
 le préservatif féminin  
 la méthode du retrait  
 aucun

**Question 6: Vrai ou Faux**

***J'ai un risque de grossesse :***

- |   |                               |                               |   |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---|
| • Même s'il n'y a pas de pénétration vaginale         | <input type="checkbox"/> VRAI | <input type="checkbox"/> FAUX | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| • Si mon partenaire utilise la méthode du retrait     | <input type="checkbox"/> VRAI | <input type="checkbox"/> FAUX | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| • Dès le premier rapport sexuel                       | <input type="checkbox"/> VRAI | <input type="checkbox"/> FAUX | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| • Si le préservatif est mis juste avant l'éjaculation | <input type="checkbox"/> VRAI | <input type="checkbox"/> FAUX | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

**Question 7 : Si j'oublie de prendre ma pilule dans un délai de moins de 12h**

- Je prends le comprimé oublié  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je protège mes rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli car j'ai un risque de grossesse  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Question 8 : Si j'oublie de prendre ma pilule dans un délai de plus de 12h :**

- Je prends le comprimé oublié  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je protège mes rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli car j'ai un risque de grossesse  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Question 9 : Si je vomis ou que j'ai une forte diarrhée dans les 3 heures suivant la prise de ma pilule :**

- Je dois reprendre un comprimé pour que ma contraception soit efficace  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je n'ai pas besoin de reprendre ma pilule, je suis toujours protégée  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Question 10 : Vrai ou Faux**

**La pilule du lendemain (Norlevo®) :**

- Peut se prendre jusqu'à 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est gratuite pour les mineures  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est disponible sans ordonnance  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Doit être prise le plus tôt possible après le rapport sexuel pour qu'elle soit le plus efficace  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Question 11 : Vrai ou Faux**

**Le stérilet appelé aussi Dispositif Intra-Utérin (DIU) :**

- Peut être mis seulement chez une femme ayant déjà eu des enfants  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Donne des infections génitales  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut rendre une femme stérile  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Se change tous les 2 ans  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 12 : Vrai ou Faux**

#### ***Le patch :***

- S'applique sur la peau et se change toutes les semaines  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- S'applique sur la peau et se change toutes les 3 semaines  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est remboursé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être recollé au même endroit sans risque de grossesse s'il s'est décollé il y a moins de 24h  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 13 : Vrai ou Faux**

#### ***L'anneau vaginal :***

- S'applique dans le vagin et se change toutes les semaines  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- S'applique dans le vagin et se change toutes les 3 semaines  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est remboursé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être remis en place sans précaution supplémentaire s'il est resté hors du vagin moins de 3h  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Merci de rendre ce questionnaire au médecin lors de votre rendez-vous.**

## Réponses questionnaire n°1

**Question 4 :** Parmi la liste suivante, selon vous, quel(s) est(sont) le(s) moyen(s) de contraception ?

- la pilule
- le préservatif masculin
- l'implant
- l'anneau vaginal
- le stérilet
- le patch
- le spermicide
- la pilule du lendemain**
- l'injection hormonale
- la cape cervicale
- le préservatif féminin
- le diaphragme

La pilule du lendemain n'est pas un moyen de contraception mais une méthode abortive. Le spermicide et les méthodes naturelles sont des moyens de contraception mais leur efficacité, utilisés seuls, est faible.

**Question 5 :** Quel(s) est(sont) le(s) moyen(s) de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles ?

- la pilule
- le préservatif masculin**
- le spermicide
- le préservatif féminin**
- la méthode du retrait

**Question 6: Vrai ou Faux**

***J'ai un risque de grossesse :***

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Même s'il n'y a pas de pénétration vaginale</li></ul>         | <b>VRAI</b> , une éjaculation proche de la vulve peut entraîner une grossesse.   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si mon partenaire utilise la méthode du retrait</li></ul>     | <b>VRAI</b> , le retrait n'est pas une méthode de contraception fiable (30% d'échecs) car il peut être difficile de se retirer à temps et que l'éjaculation près de la vulve peut suffire à entraîner une grossesse. |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Dès le premier rapport sexuel</li></ul>                       | <b>VRAI</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le préservatif est mis juste avant l'éjaculation</li></ul> | <b>VRAI</b> , pour éviter une grossesse, il faut mettre le préservatif dès le début du rapport car quelques gouttes de liquide spermatique peuvent être émises avant l'éjaculation.                                  |

**Question 7 :** Si vous oubliez de prendre votre pilule dans un délai de **moins** de 12h, vous devez :

1. prendre le comprimé oublié
  2. continuer à prendre votre pilule quotidiennement à heure fixe
- Il n'y a pas de risque de grossesse

**Question 8 : Si vous oubliez de prendre votre pilule dans un délai de plus de 12h, vous devez :**

1. prendre le comprimé oublié (même si cela vous fait prendre 2 comprimés en même temps) et continuer à prendre votre pilule quotidiennement à heure fixe. S'il reste moins de 7 comprimés sur ma plaquette, je finis normalement ma plaquette et j'enchaîne avec la suivante sans faire la semaine d'arrêt (s'il y en a une).
2. protéger vos rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli
3. prendre la pilule du lendemain le plus tôt possible si vous avez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.
4. faire un test de grossesse au minimum 15 jours après votre oubli

**Attention ! Pour la pilule Microval® (pilule progestative), le délai d'oubli est de 3h et non de 12h.**

**Question 9 : Si vous vomissez ou que vous avez une forte diarrhée dans les heures suivants la prise de votre pilule, vous devez :**

1. reprendre un comprimé. Si vous avez une pilule avec des comprimés à des dosages différents, faites attention à bien reprendre le même comprimé au même dosage (sur une plaquette de secours)
2. si l'épisode de vomissement ou de diarrhée perdurent, continuez à prendre votre pilule normalement si possible, protégez vos rapports sexuels avec des préservatifs pendant toute la durée de l'épisode et les 7 jours suivant l'arrêt des vomissements ou des diarrhées. Si vous avez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant le début de l'épisode, prenez la pilule du lendemain le plus tôt possible.

**Question 10 : Vrai ou Faux**

**La pilule du lendemain (Norlevo®) :**

- Peut se prendre jusqu'à 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé **FAUX**, elle n'est efficace que 3 jours suivant le rapport non protégé. (Attention: la pilule du lendemain Ellaone®, elle peut s'utiliser jusqu'à 5 jours)

- Est gratuite pour les mineures **VRAI**, les pharmacies doivent délivrer la pilule du lendemain de façon anonyme et gratuite à toutes les mineures le demandant. Les mineures peuvent aussi obtenir la pilule du lendemain dans les Centres de Planification et d'Éducation Familial, au planning familiale, ainsi qu'auprès de leur infirmière scolaire.

- Est disponible sans ordonnance **VRAI**, sans ordonnance elle coûte environ 8€, et elle est remboursée sur ordonnance.

- Doit être prise le plus tôt possible après le rapport sexuel pour qu'elle soit le plus efficace **VRAI**

### Question 11 : Vrai ou Faux

#### **Le stérilet appelé aussi Dispositif Intra-Utérin (DIU) :**

- Peut être mis seulement chez une femme ayant déjà eu des enfants **FAUX**, il existe des stérilets plus petits adaptés aux utérus des femmes n'ayant jamais eu d'enfant.
- Donne des infections génitales **FAUX**, les infections génitales sont essentiellement transmises lors de comportement sexuel à risque (partenaires multiples, non utilisation du préservatifs...)
- Peut rendre une femme stérile **FAUX**, le risque de stérilité peut venir d'une éventuelle infection génitale haute dont le facteur de risque principal est le comportement sexuel.
- Se change tous les 2 ans **FAUX**, le stérilet se change tous les 5 ans, voir tous les 10 ans dans certains cas. Il existe deux types de stérilets, un à la progestérone et un sans hormone : au cuivre.

### Question 12 : Vrai ou Faux

#### **Le patch :**

- S'applique sur la peau et se change toutes les semaines **VRAI**, mais ne doit jamais être appliqué sur les seins.
- S'applique sur la peau et se change toutes les 3 semaines **FAUX**, il se change toutes les semaines.
- Est remboursé **FAUX**, il n'est pas remboursé, il coûte en moyenne 13€/mois
- Peut être recollé au même endroit sans risque de grossesse s'il s'est décollé il y a moins de 24h **VRAI**

### Question 13 : Vrai ou Faux

#### **L'anneau vaginal :**

- S'applique dans le vagin et se change toutes les semaines **FAUX**, il se change toutes les 3 semaines.
- S'applique dans le vagin et se change toutes les 3 semaines **VRAI**
- Est remboursé **FAUX**, il n'est pas remboursé et coûte environ 16€ par mois
- Peut être remis en place sans précaution supplémentaire s'il est resté hors du vagin moins de 3h **VRAI**

## Questionnaire 2

# Contraception et IVG

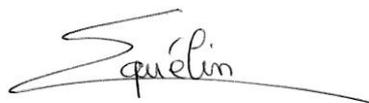
Madame, Mademoiselle,

Je suis actuellement en 5<sup>e</sup> année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire pour l'obtention de mon diplôme d'état. L'objectif de mon mémoire, sous la direction du Docteur Vanessa Belloeil, est d'évaluer les connaissances des femmes sur la contraception suite à la prise en charge d'une Interruption Volontaire de Grossesse. Mon but est de voir si les informations données au centre Flora Tristan sont suffisamment adaptées et complètes pour vous permettre de vous approprier votre contraception.

Ce questionnaire fait suite au premier que nous vous avons remis lors de votre rendez-vous de demande d'IVG. Mes recherches passent par le biais de ce questionnaire à remplir avant votre visite de contrôle, je vous remercie de bien vouloir y répondre.

Ces questionnaires sont anonymes, vous pouvez être assurée de la confidentialité des informations recueillies.

Je vous remercie d'avance pour votre participation et je me tiens à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.



Marie QUELIN

e-mail : marie.quelin@orange.fr

Tél. : 06 81 48 12 36

**Merci de rendre ce questionnaire au médecin lors de votre rendez-vous.**

**Question 1 : Selon vous, les informations qui vous ont été données à propos de la contraception sont-elles :** (cocher une note de 1 (=pas du tout satisfait) à 4 (=très satisfait))

|                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Adaptées:</b>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Claires:</b>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Suffisantes:</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Complètes:</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Question 2 : Souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ?**

OUI

NON

*Si oui*, sur quel(s) sujet(s) : .....

*Si oui*, à partir de quel(s) support(s) :

dépliant

entretien avec un professionnel de santé

formation dédiées à la contraception

autres, précisez : .....

site internet

television/radio

téléphone/sms

## Le Dispositif Intra Utérin (stérilet)

### Question 3 : Vrai ou Faux

#### *Le stérilet au cuivre :*

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être efficace jusqu'à 10 ans selon le modèle utilisé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être posé ou retiré seulement par un médecin  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Entraîne une gêne lors des rapports sexuels  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être retiré à tout moment  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### Question 4 : Vrai ou Faux

#### *Le stérilet hormonal :*

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être efficace jusqu'à 10 ans selon le modèle utilisé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être posé ou retiré seulement par un médecin  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Entraîne une gêne lors des rapports sexuels  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être retiré à tout moment  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

## L'implant

### **Question 5 : Vrai ou Faux**

#### *L'implant :*

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est efficace pendant 5 ans  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut entraîner des pertes de sang fréquentes sans gravité  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être retiré à tout moment  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

## La pilule

### **Question 6 : Si j'oublie de prendre ma pilule dans un délai de moins de 12h**

- Je prends le comprimé oublié  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je protège mes rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli car j'ai un risque de grossesse  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 7 : Si j'oublie de prendre ma pilule dans un délai de plus de 12h :**

- Je prends le comprimé oublié  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je protège mes rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli car j'ai un risque de grossesse  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

## La pilule du lendemain

### **Question 8 : Vrai ou Faux**

#### *La pilule du lendemain (Norlevo®) :*

- Peut se prendre jusqu'à 10 jours suivant le rapport sexuel non protégé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est gratuite pour les mineures  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est disponible sans ordonnance  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Doit être prise le plus tôt possible après le rapport sexuel pour qu'elle soit le plus efficace  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

## Le préservatif

### **Question 9 : Vrai ou Faux**

#### *Le préservatif féminin :*

- Peut être mis dans le vagin plusieurs heures avant le rapport sexuel  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est réutilisable  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 10 : Vrai ou Faux**

#### *Le préservatif masculin:*

- Peut être mis juste avant l'éjaculation sans risque de grossesse  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est réutilisable  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

## Le patch

### **Question 11 : Vrai ou Faux**

#### *Le patch :*

- Peut se s'appliquer partout sur le corps  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Se change toutes les 3 semaines avec 1 semaine d'arrêt entre chaque  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Est remboursé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Contient une seule hormone : la progestérone  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 12 : Vrai ou Faux**

#### *Si mon patch s'est décollé depuis moins de 24 heures:*

- Je dois remettre le patch qui s'est décollé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je recommence un nouveau cycle de 4 semaines (3 semaines de patch + 1 semaine d'arrêt)  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je dois protéger mes rapports les 7 jours suivant le décollé avec une contraception locale (préservatif)  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je dois prendre la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel lors des 5 jours précédant le décollé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

### **Question 13 : Vrai ou Faux**

#### *Si mon patch s'est décollé depuis plus de 24 heures:*

- Je dois remettre le patch qui s'est décollé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je recommence un nouveau cycle de 4 semaines (3 semaines de patch + 1 semaine d'arrêt)  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je dois protéger mes rapports les 7 jours suivant le décollé avec une contraception locale (préservatif)  VRAI  FAUX  Je ne sais pas
- Je dois prendre la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel lors des 5 jours précédant le décollé  VRAI  FAUX  Je ne sais pas

**Merci de rendre ce questionnaire au médecin lors votre rendez-vous.**

## Réponses questionnaire 2 : Le dispositif Intra-Utérin (ou stérilet)

### Question 3 : Vrai ou Faux

#### Le stérilet au cuivre :

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles **FAUX**, la seule protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles est le préservatif féminin ou masculin.
- Peut être efficace jusqu'à 10 ans selon le modèle utilisé **VRAI**
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation **FAUX**, le stérilet au cuivre peut rallonger vos règles ou les rendre un peu plus abondantes mais ne modifie pas vos cycles menstruels.
- Peut être posé ou retiré seulement par un médecin **FAUX**, le stérilet peut être posé ou retiré par les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues.
- Entraîne une gêne lors des rapports sexuels **FAUX**, le stérilet est positionné dans l'utérus et ne peut donc pas être perçu lors des rapports. Seul un fil très court sort du col pour permettre au médecin ou à la sage-femme d'enlever le stérilet. Celui-ci n'entraîne aucune gêne lors des rapports.
- Peut être retiré à tout moment **VRAI**

### Question 4 : Vrai ou Faux

#### Le stérilet hormonal (à la progestérone) :

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles **FAUX**, la seule protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles est le préservatif féminin ou masculin.
- Peut être efficace jusqu'à 10 ans selon le modèle utilisé **FAUX**, le stérilet hormonal est efficace 5 ans.
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation **VRAI**, 1/3 des utilisatrices n'ont plus leurs règles suite à la pose du stérilet hormonal, ceci est sans gravité et montre que la progestérone libérée par le stérilet a bloqué totalement l'ovulation. Après le retrait du stérilet hormonal, les cycles menstruels réapparaîtront.
- Peut être posé ou retiré seulement par un médecin **FAUX**, le stérilet peut être posé ou retiré par les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues.
- Entraîne une gêne lors des rapports sexuels **FAUX**, le stérilet est positionné dans l'utérus et ne peut donc pas être perçu lors des rapports. Seul un fil très court sort du col pour permettre au médecin ou à la sage-femme d'enlever le stérilet. Celui-ci n'entraîne aucune gêne lors des rapports.
- Peut être retiré à tout moment **VRAI**

## Réponses : L'implant

### Question 5 : Vrai ou Faux

#### L'implant :

- Protège des Infections Sexuellement Transmissibles **FAUX**, la seule protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles est le préservatif féminin ou masculin
- Est efficace pendant 5 ans **FAUX**, l'implant n'est efficace que pendant 3 ans voire 2 ans pour les personnes en surpoids important (IMC>30)
- Peut entraîner une absence des règles pendant toute la durée d'utilisation **VRAI**, 30% des utilisatrices n'ont plus leurs règles suite à la pose de l'implant, ceci est sans gravité et montre que l'implant a bloqué totalement l'ovulation. Après le retrait de l'implant, les cycles menstruels réapparaîtront.
- Peut entraîner des pertes de sang fréquentes sans gravité **VRAI**, c'est ce qu'on appelle des « spotting », ces saignements peuvent s'estomper au bout de quelques mois, il est donc important d'attendre quelques mois avant d'enlever l'implant pour cette raison.
- Peut être retiré à tout moment **VRAI**

## Réponses : La pilule

**Question 6 :** Si vous oubliez de prendre votre pilule dans un délai de moins de 12h, vous devez :

1. prendre le comprimé oublié
2. continuer à prendre votre pilule quotidiennement à heure fixe

**Il n'y a pas de risque de grossesse**

**Question 7 :** Si vous oubliez de prendre votre pilule dans un délai de plus de 12h, vous devez :

1. prendre le comprimé oublié (même si cela vous fait prendre 2 comprimés en même temps) et continuer à prendre votre pilule quotidiennement à heure fixe. S'il reste moins de 7 comprimés sur ma plaquette, je finis normalement ma plaquette et j'enchaîne avec la suivante sans faire la semaine d'arrêt (s'il y en a une)
2. protéger vos rapports sexuels avec une contraception supplémentaire (préservatif) pendant les 7 jours suivant l'oubli
3. prendre la pilule du lendemain le plus tôt possible si vous avez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli.
4. Faire un test de grossesse au minimum 15 jours après votre oubli

**Attention ! Pour la pilule Microval® (pilule progestative), le délai d'oubli est de 3h et non de 12h**

### Question 8 : Vrai ou Faux

#### La pilule du lendemain (Norlevo®) :

- Peut se prendre jusqu'à 10 jours suivant le rapport sexuel non protégé **FAUX**, elle doit être prise dans les 3 jours suivant le rapport sexuel non protégé. Attention : plus la prise est rapprochée du rapport non protégé, plus elle est efficace.
- Est gratuite pour les mineures **VRAI**, les pharmacies doivent délivrer la pilule du lendemain de façon anonyme et gratuite à toutes les mineures le demandant. Les mineures peuvent aussi obtenir la pilule du lendemain dans les Centres de Planification et d'Education Familial, au planning familiale, ainsi qu'auprès de leur infirmière scolaire.
- Est disponible sans ordonnance **VRAI**, sans ordonnance elle coute environ 8€, et elle est remboursée sur ordonnance.
- Doit être prise le plus tôt possible après le rapport sexuel pour qu'elle soit le plus efficace **VRAI**

## Réponses : Le préservatif

### Question 9 : Vrai ou Faux

#### Le préservatif féminin :

- Peut être mis dans le vagin plusieurs heures avant le rapport sexuel **VRAI**
- Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation **FAUX**, contrairement au préservatif masculin, le préservatif féminin ne nécessite pas d'être enlevé avant la fin de l'érection.
- Est réutilisable **FAUX**, le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel.
- Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants **VRAI**, le préservatif féminin est fabriqué en polyuréthane ou en nitrile synthétique et ne contient pas de latex, il peut donc être utilisé avec des lubrifiants à base d'eau ou de corps gras sans risque.

## Question 10 : Vrai ou Faux

### préservatif masculin :

Peut être mis juste avant l'éjaculation sans risque de grossesse

**FAUX**, pour éviter une grossesse, il faut mettre le préservatif dès le début du rapport car quelques gouttes de liquide spermatique peuvent être émises avant l'éjaculation.

Doit être retiré le plus tôt possible après l'éjaculation

: **VRAI**, contrairement au préservatif féminin, le préservatif masculin doit être retiré avant la fin de l'érection car sinon le préservatif n'est plus adapté à la taille du pénis, il y a un risque de passage de spermatozoïdes hors du préservatif et donc un risque de grossesse et d'Infections Sexuellement Transmissibles.

Est réutilisable

**FAUX**, le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel.

Peut être utilisé avec tous types de lubrifiants

**FAUX**, contrairement au préservatif féminin, le préservatif masculin est souvent fabriqué en latex, il ne peut être utilisé qu'avec des lubrifiants spécifiques à base d'eau. Les lubrifiants utilisant des corps gras (ex : huile de massage) fragilise le préservatif et augmente le risque de rupture.

## Réponses : Le patch

### Question 11 : Vrai ou Faux

#### Le patch :

- Peut se s'appliquer partout sur le corps **FAUX**, le patch peut s'appliquer sur le ventre, les épaules, la bas du dos, mais jamais sur les seins
- Se change toutes les 3 semaines avec 1 semaine d'arrêt entre chaque **FAUX**, le patch se change toutes les semaines pendant 3 semaines suivies par une semaine sans patch où apparaissent des saignements. Vous êtes protégée les 4 semaines du cycle.
- Est remboursé **FAUX**, il coute environ 13 euros par (boite de 3 patchs)
- Contient une seule hormone : la progestérone **FAUX**, comme la plupart des pilules, il contient 2 hormones : de la progestérone et des œstrogènes.
- Si j'oublie de le changer dans un délai inférieur à 48h, je suis encore protégée **VRAI**, je dois appliquer un nouveau patch et changer les suivants au jour habituellement programmé.

### Question 12 : Si mon patch s'est décollé depuis moins de 24h :

- Je dois recoller le même patch au même endroit
- Je continue à changer mes patchs comme d'habitude, je n'ai pas besoin de recommencer un nouveau cycle de 4 semaines
- Je suis encore protégée

### Question 13 : Si mon patch s'est décollé depuis plus de 24h :

- Je dois remettre un nouveau patch et je recommence un nouveau cycle de 4 semaines (3 semaines de patch + 1 semaine d'arrêt)
- Je protège mes rapports les 7 jours suivant le décollement avec une contraception locale (préservatif)
- Je prends la pilule du lendemain si j'ai eu un rapport sexuel lors des 5 jours précédant le décollement

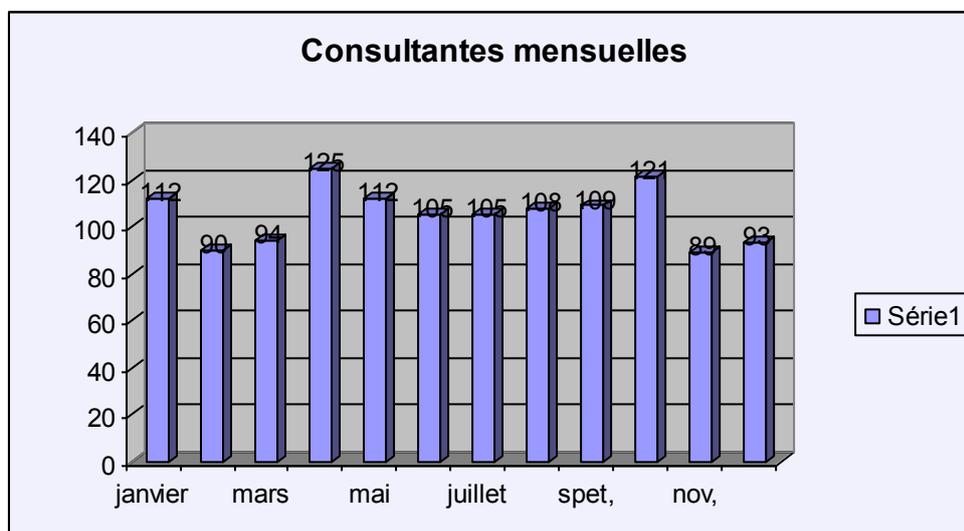
# LE CENTRE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

## 1 Statistiques

Au cours de l'année 2013, 1462 femmes et/ou couples sont venus consulter au centre d'IVG du CHU d'Angers (1318 en 2012).

86 % d'entre elles ont eu une IVG, soit 1263 personnes (1162 en 2012, 88%).

Ainsi, l'année 2013 a vu une augmentation des demandes d'IVG (+ 10.9%) et une **augmentation des IVG réalisées (+ 8.7%)** par rapport à l'année précédente.



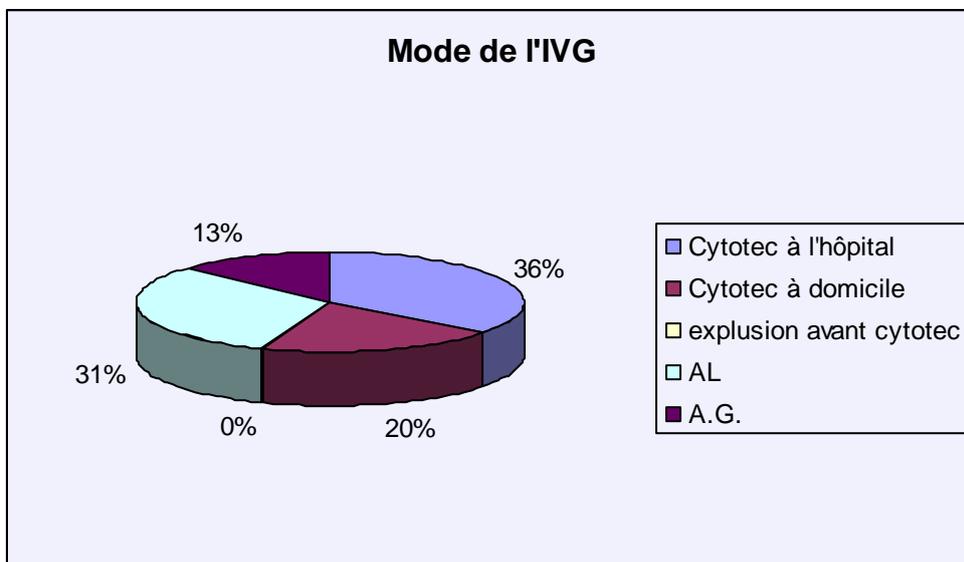
Un premier bilan régional, dans le cadre de la commission IVG du Réseau Sécurité Naissance, montre une légère augmentation des IVG dans certains centres, sans que ce soit la règle. Nous ne disposons pas des chiffres nationaux, ceci étant communiqué par la DREES avec 2 ans de décalage. Nous nous sommes questionnés sur cette augmentation à Angers, et avons évoqué l'hypothèse qu'en ayant réduit le délai d'accueil des patientes, nous avons "recruté" des femmes habitant loin, dans des lieux où l'accès à l'IVG est plus compliqué. Or, cela n'a pas été le cas. De plus, l'hôpital de Château -

Gontier a ouvert une activité IVG depuis septembre, ce qui offre une possibilité aux femmes mayennaises autre que de se rendre à Laval ou à Angers.

Nous avons également développé notre vigilance sur les conséquences possibles des "affaires médiatiques" des pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération (fin 2012/début2013), avec des arrêts inopinés de contraception en dehors du cadre de consultations médicales, pouvant conduire à la survenue de grossesses non désirées. Certes, des patientes ont été dans ce cas, mais pas d'effet de masse constaté.

Il faudra donc attendre les chiffres nationaux pour évaluer cette augmentation dans un contexte plus large que celui d'Angers et de sa périphérie proche.

### Méthode utilisée pour l'IVG :



**Méthode médicamenteuse : 701 = 55.5 % ( 43% en 2012 )**

- 448 à l'hôpital = soit 64% ( 72% en 2012)
- 253 en semi ambulatoire = soit 36 % ( 28%en 2012)

**Méthode par aspiration : 557 = 44.5 % ( 57% en 2012 )**

- 394 sous anesthésie locale = soit 70%
- 163 sous anesthésie générale = soit 30 %

Nous constatons un vrai changement dans le choix des méthodes par rapport à 2012. La méthode médicamenteuse a fait un "bond" de 43 à 55.5%, rejoignant ainsi les données nationales. La réalisation de cette méthode en semi ambulatoire (prise de Mifégyne à l'hôpital, suivie 48h plus tard de la prise de Cytotec à domicile) s'est développée de manière importante (+ 112 femmes en un an, soit + 8% du total des méthodes médicamenteuses).

La répartition des méthodes par aspiration selon le mode d'anesthésie est relativement modifiée, avec augmentation du choix des anesthésies générales.

Nous pensons que la réduction du délai d'accueil des patientes leur a permis de se saisir plus facilement de la méthode médicamenteuse (proposée jusqu'à 8 semaines d'aménorrhée). Avec un accès plus large à la méthode médicamenteuse, le nombre de demandes d'aspiration a diminué. Dans ce cas, le choix d'une anesthésie générale a augmenté en proportion (30% contre 22% en 2012), les créneaux d'anesthésie générale au bloc de gynécologie n'ayant pas été modifiés.

### **IVG demandée, IVG non faite**

199 femmes n'ont pas fait d'IVG pour les raisons suivantes :

- 43% des femmes ont décidé de garder leur grossesse (50% en 2012),
- 20 % ont fait une fausse couche (29% en 2012),
- 9 % n'étaient pas enceintes (3% en 2012),
- 10 % étaient au delà du terme légal de 14 semaines d'aménorrhée (60 % d'entre elles ont gardé leur grossesse et 40% se sont rendues à l'étranger) (7.5% en terme dépassé en 2012),
- 18 % pour d'autres raisons (oeuf clair, grossesse extra-utérine, môle.... IVG faite ailleurs) ( 14% en 2012)

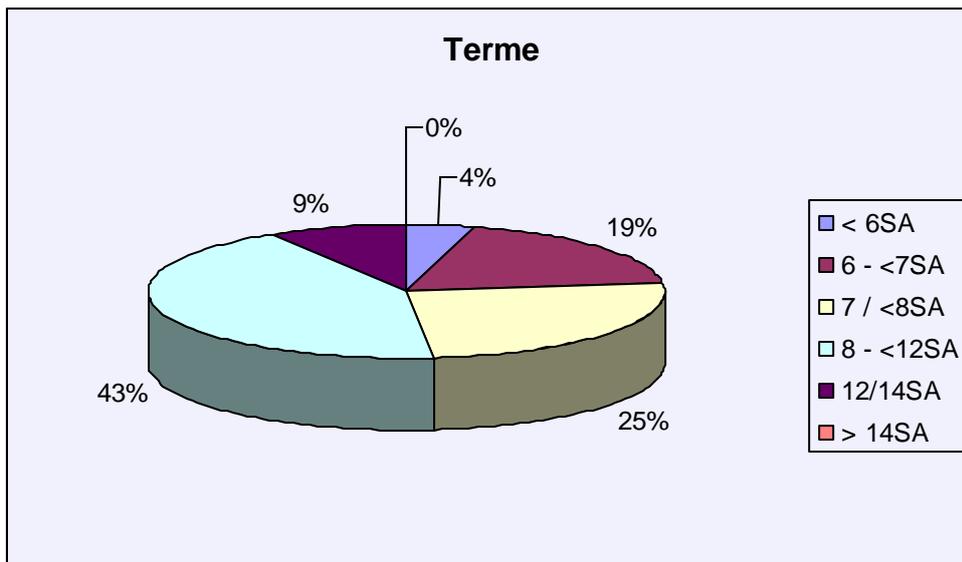
#### **Données sur les consultantes :**

- L'âge moyen reste stable à 27 ans.

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| • < 18 ans =   | 6 % (dont 5% entre 17 et 18 ans ) |
| • 18- 20 ans = | 14%                               |
| • 21-25 ans =  | 23%                               |
| • 26-30 ans =  | 22%                               |
| • 31-35 ans =  | 16%                               |
| • 36-40 ans =  | 13%                               |
| • > 40 ans =   | 5%                                |

Nous constatons une stabilité de la tranche d'âge 18/25 ans, et une augmentation de la représentation de la classe 25-30 ans et plus de 35 ans.

- 87 mineures ont interrompu leur grossesse soit **6 %** ( 80 en 2012 soit 6.8%).
- 93% des femmes habitent dans le Maine et Loire,
- 85% sont d'origine française et 15% d'origine étrangère (idem en 2012)
- **52 % des femmes ne travaillent pas** (17% de femmes au chômage, 14% d'étudiantes, 12% de femmes mères au foyer, 9% de collégiennes ou lycéennes).
- **54% des femmes ont déjà au moins un enfant** ; 19% ont un enfant de moins d'un an (24% en 2012)
- Pour **71% des femmes, il s'agit de leur première IVG.**
- Pour 71% des femmes ayant déjà eu une IVG, il s'agit de la deuxième.
- Le délai par rapport à une précédente IVG reste stable, entre 1 et 5 ans pour plus de la moitié des femmes, avec une nette diminution de 19% à 15% des intervalles < à 1 an entre 2 IVG. Plus de 34% des femmes ont connu une IVG il y a plus de 5 ans.
- Seuls **9%** des femmes ont eu une IVG à **plus de 12 semaines d'aménorrhée.** (12% en 2012)



### Complications des IVG :

52 femmes ont eu une complication suite à leur IVG en 2013, soit **4.1%**. (2.9% en 2012, 5.5% en 2011). Pour près de la moitié d'entre elles, l'absence d'expulsion après méthode médicamenteuse a nécessité une nouvelle dose de Cytotec, ce qui a été suffisant.

Pour l'autre moitié, la rétention embryonnaire ou de membranes a nécessité un curetage sous anesthésie locale ou générale (4 femmes transférées en urgence au bloc de gynécologie).

Ces « complications » sont restées sans conséquence pour les patientes.

Ces données sont en accord avec les données nationales.

### La contraception :

**39%** des femmes n'avaient aucun moyen de contraception (**40%** en 2012).

**Les oublis ou les échecs** (vomissements, mauvaises utilisations...) de la pilule restent importants avec **25%** (27% en 2012).

**Les échecs de préservatifs** représentent **18%** des femmes en demande d'IVG.

**Les méthodes naturelles** sont encore bien présentes (6 % de retrait, et 6% de calcul de dates).

Les grossesses non désirées sous stérilet représentent 1%.

4% des femmes qui ont interrompu leur grossesse la désiraient dans un premier temps.

**Seuls 5%** des femmes en demande d'IVG ont eu recours à la **pilule du lendemain**, sans efficacité (idem en 2012).

Ces données restent stables et montrent que le corps et sa physiologie sont peu connus du grand public, mais également que la pilule reste encore trop prescrite sans que les informations sur sa bonne utilisation soient données ou vérifiées qu'elles aient été bien comprises. La non identification des rapports à risque explique la faible prise de contraceptif de rattrapage ( moyenne nationale de 1/10 rapport à risque avec prise de contraception de rattrapage).

### La contraception en post-IVG.

Toutes les patientes débutent une contraception le jour-même de l'IVG, voire le lendemain matin. Lors des IVG par aspiration, des implants contraceptifs et des D.I.U. peuvent être posés en post-opératoire immédiat.

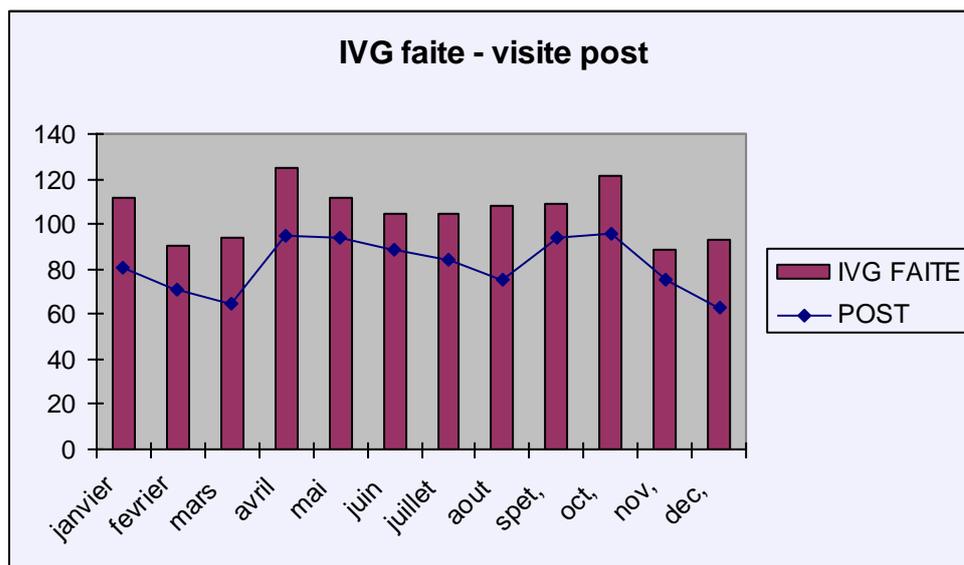
- **49 %** des femmes ont demandé **une pilule** (44% en 2012)
- **24 % un stérilet** (16% DIU cuivre et 8% Mirena )
- **13% des femmes ont eu un implant contraceptif** (19% en 2012)
- **6% ont choisi l'utilisation du préservatif, et près de 5% n'a pas souhaité de contraception malgré nos recommandations.**
- 1 % a fait une demande de stérilisation
- Le patch et l'anneau vaginal restent encore minoritaires (non remboursés)

Ces chiffres sont globalement stables par rapport à 2012, même si nous constatons une augmentation du choix de la pilule, une chute des implants contraceptifs, et surtout une apparition de femmes refusant tout moyen de contraception.

Tout ceci doit probablement être mis en lien avec un mouvement général de crainte des hormones, notamment de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération, et avec des demandes croissantes de contraception non hormonale (cf bilan ci-dessous du centre de planification).

### La visite de contrôle :

**982 femmes** sont venues en visite de contrôle post-IVG, **soit 78%**. (74% en 2012).



De façon systématique, nous envoyons un courrier de rappel aux patientes non venues afin de leur proposer un nouveau rendez-vous, tout en leur redonnant les indications de cette visite et les mises en garde par rapport au risque éventuel d'échec de l'IVG.

Cette visite de contrôle permet de s'assurer de la bonne réussite de l'IVG, mais aussi et surtout de refaire le point sur le projet contraceptif des femmes.

Nos inquiétudes quant aux femmes qui ne viennent pas restent sans solution. Comment faire comprendre l'importance de cette consultation à nos patientes?

Nous insistons déjà énormément sur ce temps de la prise en charge, et les femmes reçoivent ces informations à plusieurs reprises, de façon orale et écrite.

Ces chiffres doivent être relativisés par comparaison aux chiffres nationaux de 50% environ de visite de contrôle après IVG. Nous avons donc une bonne fréquentation des patientes après leur IVG. Reste à poursuivre nos efforts pour que les 20% restantes viennent elles aussi.

## Contraception, mode d'emploi

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Désormais, les femmes peuvent recourir à l'implant, au patch ou encore à l'anneau contraceptif. Ces progrès sont importants. Ils permettent aujourd'hui à chacun et chacune de choisir la contraception qui lui convient le mieux, plus confortable et adaptée à sa situation.

### Les différentes méthodes contraceptives

| La méthode   | Sa particularité et ses avantages  | Son prix <sup>8</sup>   | Comment l'obtenir ?  |
|--|--|---|--|
| <b>Les méthodes hormonales :</b><br><b>Elles sont constituées d'hormones qui bloquent l'ovulation.</b>   |  |   |  |
| <p><b>Les pilules contraceptives</b></p> <p>Il en existe de deux types : les pilules combinées qui associent deux hormones dans leurs comprimés (oestrogène et progestatif) ; les pilules progestatives qui contiennent uniquement un progestatif.</p> | <p>Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant les 21 jours du cycle ou pendant 28 jours selon le type de pilule.</p> <p>En cas d'oubli supérieur à 3 heures pour une pilule progestative microdosée, et à 12h pour une pilule oestroprogestative, la pilule n'est plus efficace.</p> | <p>De 5 € à 36€ pour trois mois. Certaines sont remboursées à 65 % par l'assurance maladie. Il existe également des pilules génériques.</p> <p>Gratuite dans les CPEF<sup>9</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; pour les mineures</li> <li>&gt; pour les non assurées sociales</li> </ul> | <p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances<sup>10</sup></p> <p>On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie</p> |
| <p><b>Le patch contraceptif</b></p>  | <p>Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine, à renouveler chaque semaine pendant 3 semaines. La 4<sup>ème</sup> semaine, sans patch, provoque l'apparition des règles.</p>  | <p>15 € par mois non remboursés par l'assurance maladie</p>   | <p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances.</p> <p>On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.</p>             |
| <p><b>L'implant contraceptif</b></p>   | <p>Un bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre, inséré sous la peau du bras sous anesthésie locale (quelques minutes de pose). Il est efficace trois années d'affilée. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire.</p>   | <p>138 € remboursé à 65 % par l'assurance maladie</p>   | <p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme dans certaines circonstances.</p> <p>On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.</p>             |

<sup>8</sup> Prix indicatifs pratiqués en Métropole en 2007.

<sup>9</sup> Centre de planification et d'éducation familiale.

<sup>10</sup> Après un accouchement, ou une IVG.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <p><b>L'anneau contraceptif</b></p>                         | <p>Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin. On le laisse en place pendant trois semaines. La quatrième semaine, sans anneau, provoque l'apparition des règles.</p>   | <p>15 € par mois<br/>non remboursé par l'assurance maladie</p>  | <p>Prescrit par un médecin ou une sage femme.<br/><br/>On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.</p>  |
| <p><b>Le dispositif intra utérin</b></p>                    |   |   |  |
| <p><b>Le stérilet, ou dispositif intra utérin (DIU)</b></p> | <p>Il en existe de deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet est placé dans l'utérus par un médecin (2 minutes de pose).<br/>Il peut être gardé de 4 à 10 ans.<br/>Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire.</p>  | <p>Le DIU au cuivre : 27,44 € (remboursé à 65 % par l'Assurance maladie).<br/><br/>Le DIU hormonal : 130€ (remboursé à 65 % par l'Assurance maladie).<br/><br/>Gratuit dans les CPEF :<br/>&gt; pour les mineures,<br/>&gt; pour les non assurées sociales.</p> | <p>Prescrit par un médecin.<br/><br/>On l'obtient avec une ordonnance en pharmacie.</p>  |
| <p><b>Les méthodes barrières</b></p>                        |   |   |  |
| <p><b>La cape cervicale, le diaphragme</b></p>              | <p>La cape se présente comme un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus.<br/><br/>Le diaphragme est une coupelle en latex que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide.<br/><br/>Ces deux moyens de contraception empêchent le passage des spermatozoïdes. Ils peuvent être posés au moment du rapport, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de les garder pendant 8 heures après le rapport. Ils sont réutilisables.</p> | <p><b>Cape cervicale</b> : 39,5 € en latex.<br/>52 € en silicone (non remboursée par l'assurance maladie)<br/><br/><b>Diaphragme</b>: 33 € en latex, 42 € en silicone. Remboursé par l'assurance maladie sur la base de 3,14 €.</p>                             | <p>Prescrit par un médecin ou une sage femme, qui en déterminent la taille.<br/><br/>Ils sont vendus en pharmacie sur présentation d'une ordonnance.<br/><br/>En outre, le diaphragme peut être obtenu au planning familial.</p> |
| <p><b>Les spermicides (l'ovule, la crème, l'éponge)</b></p> | <p>Les spermicides détruisent les spermatozoïdes. L'ovule ou la crème se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport. L'éponge peut être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après, est efficace pendant 24 heures.</p>  | <p>7 à 16 € selon le type, pour plusieurs doses<br/>Non remboursé</p>   | <p>On les obtient sans ordonnance en pharmacie.</p>  |
| <p><b>Le préservatif masculin</b></p>                       | <p>En latex, il en existe une grande variété.<br/><br/><b>Il protège du VIH et des IST.</b></p>   | <p>A partir de 20 centimes le préservatif.<br/>Non remboursé par l'assurance maladie.<br/><br/>Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.</p>  | <p>Sans ordonnance en pharmacie, grandes surfaces, distributeurs automatiques, bureau de tabac.</p>  |

|                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <p><b>Le préservatif féminin</b></p> | <p>Gaine en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Peut être mis plusieurs heures avant et retiré plusieurs heures après le/les rapports sexuels avec un même partenaire.</p> <p>C'est le seul moyen de contraception, avec le préservatif masculin, <b>à protéger du VIH et des IST.</b></p> | <p>8,70 € la boîte de 3.<br/>Non remboursé.</p> <p>Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage</p> | <p>Sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF.</p> |
|--------------------------------------|--|--|---|

*Rapport-gratuit.com*   
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES