

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Caroline GOSSELIN

Présentée et soutenue publiquement le 2004

**La contraception chez les femmes en situation de précarité dans
l'agglomération nantaise : étude auprès de 93 patientes.**

Président : Monsieur le Professeur BARRIER
Directeur de thèse : Docteur Christian AGARD

TABLE DES MATIERES

TABLES DES ILLUSTRATIONS	p9
INTRODUCTION	p12
Chapitre 1 ETAT DES LIEUX	p14
<u>1- La contraception</u>	<u>p14</u>
<u>1.1- Définition</u>	
<u>1.2. Rappels anatomophysiologiques</u>	p14
1.2.1- Rappels anatomiques	
1- Organes génitaux féminins	
2- Organes génitaux masculins	
1.2.2- Rappels physiologiques	
1- Le cycle menstruel	
2- Les stades de la reproduction	
<u>1.3 - Les différentes méthodes de contraception</u>	p20
1.3.1- Méthodes naturelles	
1- Le coït interrompu ou méthode du retrait	
2- Méthode Ogino ou abstinence périodique	
3- Méthode des températures	
4- Méthode Billings ou observation de la glaire cervicale	
5- L'abstinence	
6- Le coït anal	

1.3.2- Méthodes mécaniques

1- Préservatifs

2- Spermicides

3- Diaphragmes

4- Dispositifs intra-utérins DIU

1.3.3- Méthodes hormonales

1- Pilules estroprogestatives

2- Le patch contraceptif

3- L'anneau contraceptif

4- Pilules progestatives

5- La contraception d'urgence

4- Les progestatifs injectables

1.3.4- L'efficacité relative des contraceptifs

1.3.5 - La notion de contraception idéale

1. 4- Evolution

p32

1.4.1- Histoire de la contraception

1.4.2- Quelques chiffres concernant la contraception

2- La Précarité

p36

2.1- Qu'est-ce que la précarité ?

p36

2.1.1- Définitions

2.1.2- Législation

2.1.3- Les critères de précarité

2.2- La précarité en France p39

2.2.1- Aperçu historique

2.2.2- Les chiffres en 2004

2.3 - Les couvertures sociales p42

1- Le régime général

2- La complémentaire

3- La CMU

4- L'AME

2.4- L'accès aux soins p43

2.4.1- Généralités, études,

2.4.2- L'accès aux soins à Nantes

1- Les médecins généralistes

2- La PASS ou consultation Jean Guillon au CHU

3- Le planning familial ou MFPPF

4- Le centre de planification, d'éducation familiale d'interruption
volontaire de grossesse du CHU

5- le centre de dépistage anonyme et gratuit au CHU ou CDAG

6- Médecins du monde

7- Le triangle ou centre méthadone

8- Le foyer Tréméac,

9- Infirmeries des foyers St Benoît, St Yves, de la croix rouge

Chapitre 2 L'ETUDE p49

1- Introduction p49

2- Matériel p49

2.1- Bibliographie

2.2- Décision et objectifs de la recherche

2.3- Les thèmes abordés

3- Méthode p51

3.1- Préparation du protocole d'enquête

3.2- Les lieux et mode de distribution, période de l'enquête

3.3- Critères d'inclusion et définition des groupes

3.4- Analyse des questionnaires

4- Résultats p54

4.1- Résultats de l'enquête p54

4.1.1- Population représentée

1- Provenance des patientes

2- Age des patientes

3- Nationalité

4- Mode de vie

5- Situation familiale

6- Prise en charge sociale

4.1.2- recours à la contraception

1- Utilisation d'une contraception

2- Choix de la méthode de contraception

3- Accès à la consultation gynécologique

- 4- Suivi gynécologique
- 5- Antécédents gynéco-obstétricaux
- 6- Informations

4.2- Résultats comparatifs entre les femmes précaires et non précaires p60

4.2.1- Répartition

- 1- Provenance des patientes
- 2- Age des patientes
- 3- Nationalité
- 4- Mode de vie
- 5- Situation familiale
- 6- Prise en charge sociale

4.2.2- Recours à la contraception

- 1- Utilisation d'une contraception
- 2- Choix de la méthode de contraception
- 3- Réponses à la question « Si vous n'en utilisez pas, pourquoi ? »
- 4- Réponses à la question : « Qui consultez-vous ? »
- 5- Le suivi gynécologique
- 6- Antécédents gynéco-obstétricaux
- 7- L'information
- 8- Cas particuliers

5- Discussion

p71

5.1- Hypothèses et axes de réflexion

5.2- Analyses des résultats de notre étude

- 5.2.1- Les caractéristiques sociologiques
- 5.2.2- Le choix de la contraception

- 5.2.3- Les données médicales
- 5.2.4- Le suivi gynécologique
- 5.2.5- L'accès à l'information
- 5.2.6- Cas particuliers

6- Conclusions de l'étude p80

- 6.1-Intérêts de l'étude
- 6.2-Limites
- 6.3-Solutions proposées

CONCLUSION p85

BIBLIOGRAPHIE p87

ANNEXE 1 Documentations pour les patientes p93

ANNEXE 2 Recommandations p97

ANNEXE 3 Le questionnaire p99

ANNEXE 4 Tables des données p101

Tables des illustrations

Les tableaux

Tableau n°1 : Organes sur lesquels agissent les méthodes de contraception. WINCKLER M. Contraceptions : mode d'emploi. 2001. Au diable Vauvert, 447p, p 65. p20

Tableau n°2 : Les contraceptifs oraux progestatifs. Contraception et interruption volontaire de grossesse. Compilations Prescrire, 2002, p2. p26

Tableau n°3 : Eléments de choix d'une contraception. Compilation Prescrire, 2002, p1. p28

Tableau n°4 : Efficacité relative des différents contraceptifs WINCKLER M. Contraceptions : mode d'emploi. 2001. Au diable Vauvert, 447p, p71. p31

Tableau n°5 : Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes de notre étude p59

Les schémas

Schéma n°1: Rapports régionaux des organes génitaux internes féminins ROHEN JW, YOKOCHI C. Anatomie humaine : atlas photographique d'anatomie systématique et topographique, 2^{ème} édition, Vigot 1991, 471p, p327. p15

Schéma n°2: Emplacement des organes génitaux masculins. ROHEN JW, YOKOCHI C. Anatomie humaine : atlas photographique d'anatomie systématique et topographique, 2^{ème} édition, Vigot 1991, 471p, p310. p16

Schéma n°3 : Le cycle menstruel. EMPERAIRE JC. Gynécologie endocrinienne du praticien. Frisons Roche, 1995, 190p, p10. p18

Schéma n°4 : La fécondation WINCKLER M. Contraceptions : mode d'emploi. 2001. Au diable Vauvert, 447p, p 65. p19

Les photographies

Photographie n°1 : Organes génitaux externes : vue gynécologique ROHEN JW, YOKOCHI C. Anatomie humaine : atlas photographique d'anatomie systématique et topographique, 2^{ème} édition, Vigot 1991, 471p, p334. p15

Photographie n°2: Le préservatif féminin, DIRECTIVES DE LA SOGC. Consensus canadien sur la contraception. JOGC, 2004.pp158-436, p397. p22

Photographie n°3: Les spermicides, fiches d'information du MFPPF Nantes. p23

Photographie n°4 : Diaphragmes et capes cervicales DIRECTIVES DE LA SOGC. Consensus canadien sur la contraception. JOGC, 2004.pp158-436, p399. p24

Les graphiques

Graphique n°1 : Provenance des patientes p54

Graphique n°2 : Mode de vie p55

Graphique n°3 : Activité p56

Graphique n°4 : Utilisez-vous une contraception ? p56

Graphique n°5 : Si non, pourquoi ? p57

Graphique n°6 : Si oui, laquelle ? p57

Graphique n°7 : Qui consultez-vous ? p58

Graphique n°8 : Avez-vous déjà eu un examen gynécologique ? p58

Graphique n°9 : Répartition des groupes de femmes précaires et non précaires p60

Graphique n°10 : Provenance des patientes précaires et non précaires p60

Graphique n°11 : Age p61

Graphique n°12 : Activité p61

Graphique n°13 : Utilisez-vous une contraception ? p62

Graphique n°14 : Choix de la méthode de contraception p63

Graphique n°15 : Si vous n'en utilisez pas, pourquoi ? p63

Graphique n°16 : Causes de non utilisation chez les femmes précaires ?	p64
Graphique n°17 : Age des femmes qui déclarent ne pas utiliser de contraception	p64
Graphique n°18 : Provenance des femmes qui déclarent ne pas utiliser de contraception	p64
Graphique n°19 : Accès à la consultation	p65
Graphique n°20 : Si vous ne consultez pas, pourquoi ?	p65
Graphique n°21 : Si l'examen gynécologique n'a jamais été effectué, pourquoi ?	p66
Graphique n°22 : Nombre de grossesses	p67
Graphique n°23 : Nombre d'IVG	p67
Graphique n°24 : Savez-vous que faire en cas d'oublis en cas d'oubli de pilule ?	p68
Graphique n°25 : Peut-on utiliser plusieurs moyens de contraception ?	p68
Graphique n°26 : A votre avis, la pilule protège-t-elle du sida ?	p69
Graphique n°27 : Utilisez-vous une contraception, chez les sans logements ?	p69
Graphique n°28 : Utilisez-vous une contraception, chez les étrangères ?	p70
Graphique n°29 : Utilisez-vous une contraception, chez les moins de vingt ans ?	p70

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé reconnaît que les soins de santé génésiques et sexuels font partie des droits fondamentaux de la personne (1). Aujourd'hui en France, environ 5 millions de personnes vivent en situation de précarité (2).

Le choix et le vécu d'une contraception dépendent de plusieurs facteurs souvent intriqués : l'accès à des renseignements pratiques, les aptitudes comportementales particulières et l'environnement (3). Les échecs de contraception sont dus à l'absence de moyen de contraception, mais également à l'irrégularité de sa pratique et à l'inadéquation de la méthode utilisée avec le mode de vie. La contraception constitue un enjeu de santé publique. Les personnes en situation de vulnérabilité apparaissent donc spécialement concernées (4).

Le conseil en contraception et sa prescription, l'exercice de la gynécologie en médecine générale s'adressent à toutes les femmes et concernent par conséquent tous les médecins qui les reçoivent. Or d'après une enquête publiée par le conseil de l'ordre des médecins, sur les 80000 généralistes français un sur dix pratique de manière régulière des gestes de gynécologie médicale courante (5). Alors, y a-t-il un désintérêt ou un manque de formation du monde médical? Et surtout, qui répond à toutes ces femmes à propos de leur sexualité ? Qui les informe et les aide à choisir leur contraception ?

A ma connaissance, il existe très peu d'études sur la santé des femmes en situation de précarité et notamment sur leurs vécus et usages de la contraception. Elles semblent moins bien informées que les autres femmes (6). Le recours aux consultations gynécologiques paraît plus compliqué (7). Pour ces femmes, l'utilisation de la contraception est peut-être moins fréquente : ont-elles le choix de leur(s) méthode(s) de contraception et comment les vivent-elles ? On peut aussi penser qu'il y a plus d'échecs de la contraception chez ces femmes mais est-ce vérifié et dans ce cas, existe-t-il des solutions?

Dans la première partie de ce travail, nous définirons ce qu'est la contraception. Nous rappellerons les bases d'anatomophysiologie, les différentes méthodes de contraception existant actuellement en France, leur évolution, et la notion de contraception idéale. Nous effectuerons une approche de la précarité avec la problématique de l'accès aux soins et des couvertures sociales qui le conditionnent. Dans ce cadre, nous présenterons les différents centres de soins destinés aux plus démunis à Nantes.

La deuxième partie de ce travail est la réalisation d'une étude prospective auprès de 93 patientes provenant de différents centres de consultation de l'agglomération nantaise recevant des femmes, de janvier à août 2004. Le but de cette étude est de comparer des femmes dites en situation de précarité avec un groupe de femmes de la population générale, pour comprendre quelles sont les particularités en matière de contraception des femmes en situations de précarité. Nous nous intéresserons à l'accès à la consultation, et au(x) moyen(s) de contraception choisi(s). Les caractéristiques sociales et médicales ainsi que les connaissances des patientes seront également évaluées dans cette étude.

Chapitre 1 Etat des lieux

1- La contraception

1.1- Définition

La contraception vient du mot anglais « contraception » et signifie prévention de la fécondation ou de manière plus générale, de la grossesse (8) Il s'agit donc de l'ensemble des méthodes visant à éviter temporairement une grossesse. Ces méthodes sont variées car elles interviennent à différents stades de la reproduction.

Tableau 1 : Organes sur lesquels agissent les méthodes contraceptives

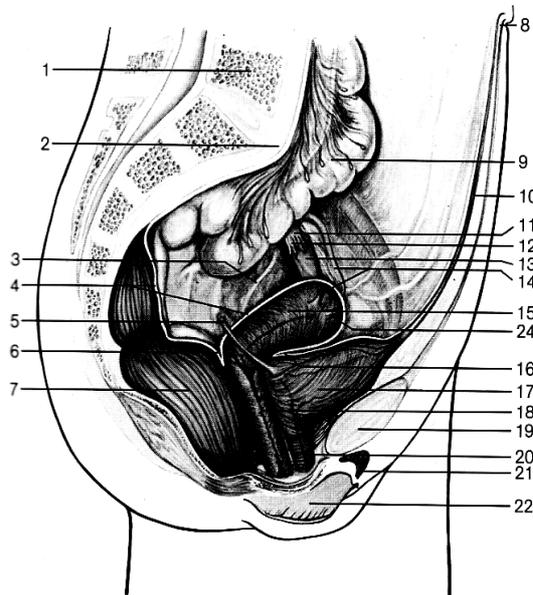
Organe	Méthode contraceptive
Ovaires	Pilule combinée Méthodes naturelles Implant progestatif Injections de progestatifs
Trompes	Ligature des trompes
Utérus	DIU (dispositif intra-utérin) Pilule progestative Implant progestatif Injections de progestatifs
Col	Par effet barrière : diaphragme, cape cervicale, éponge, spermicides Par effet sur la glaire cervicale : pilule progestative, implant progestatif, injections de progestatifs
Vagin	Préservatif féminin
Pénis	Préservatif masculin Coït interrompu
Spermatozoïdes	Spermicides DIU
Déférents	Vasectomie
Testicules	Méthodes expérimentales : vaccins, hormones

1.2- Rappels anatomo-physiologiques

Effectuons maintenant quelques rappels de l'anatomie des organes génitaux masculins et féminins, et de la physiologie du cycle féminin et de la fécondation, afin de comprendre le fonctionnement et l'utilisation des différentes méthodes de contraception.

1.2.1- Rappels anatomiques

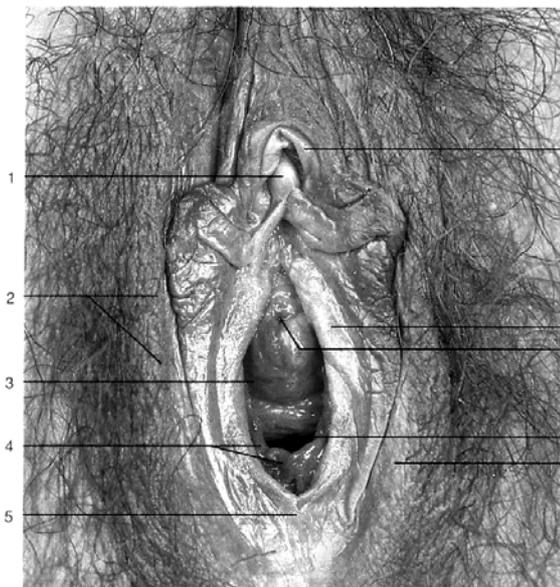
Schémas n°1 : Rappports régionaux des organes génitaux internes féminins (9)



Rappports régionaux des organes génitaux internes féminins (vue médiale) (dessin semi-schématique) (W.).

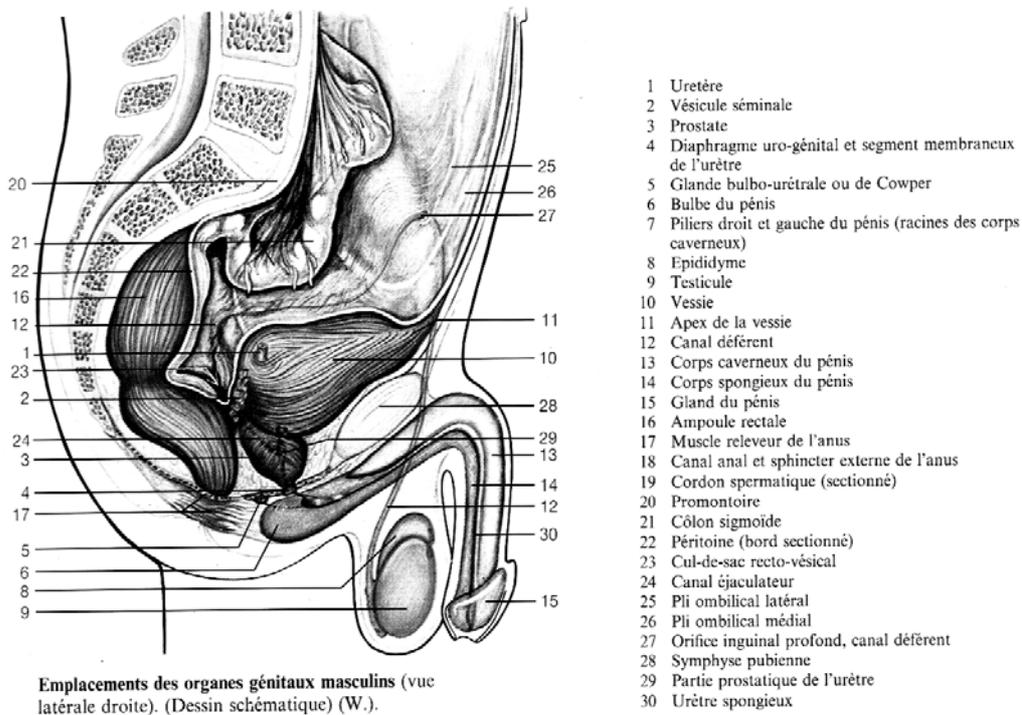
- 1 Corps de la 5^e vertèbre lombaire
- 2 Promontoire
- 3 Uretère gauche
- 4 Péritoine (bord sectionné)
- 5 Uretère droit (coupé)
- 6 Cul-de-sac recto-utérin (cul-de-sac de Douglas)
- 7 Rectum
- 8 Omphalic
- 9 Côlon sigmoïde
- 10 Pli ombilical médian avec l'ouraque
- 11 Ampoule de la trompe utérine
- 12 Franges de la trompe
- 13 Ovaire
- 14 Trompe utérine
- 15 Utérus
- 16 Cul-de-sac recto-utérin (cul-de-sac vésico-utérin sur le dessin)
- 17 Vessie
- 18 Vagin
- 19 Symphyse pubienne
- 20 Urètre
- 21 Clitoris
- 22 Petite lèvre
- 23 Insertion de la trompe utérine sur le fond de l'utérus
- 24 Ligament rond de l'utérus
- 25 Ligament propre de l'ovaire
- 26 Ligament suspenseur de l'ovaire
- 27 Artère iliaque commune droite (recouverte par le péritoine)

Photographie n°1: Organes génitaux externes : vue gynécologique (9)



- 1 Gland du clitoris
- 2 Grande lèvre
- 3 Vestibule du vagin
- 4 Hymen
- 5 Commissure labiale postérieure
- 6 Corps du clitoris
- 7 Petite lèvre
- 8 Orifice externe de l'urètre
- 9 Orifice vaginal
- 10 Uretere
- 11 Annexes de l'utérus
- 12 Prépuce du clitoris
- 13 Pilier du clitoris
- 14 Glande vestibulaire majeure (glande de Bartholin)
- 15 Anus et sphincter externe de l'anus
- 16 Ligament ombilical médian conté
- 17 Vessie
- 18 Ampoule de la trompe utérine
- 19 Ovaire
- 20 Isthme de la trompe utérine
- 21 Ligament suspenseur de l'ovaire
- 22 Muscle bulbo-caverneux et bulbe
- 23 Tissu conjonctif du périnée
- 24 Sphincter externe de l'anus

Schémas n°2 : Emplacement des organes génitaux masculins (9)



Le cycle menstruel féminin est réalisé par l'intervention de plusieurs facteurs neuro-hormonaux qui se reproduisent avec une périodicité régulière (28 jours environ). Le premier jour des règles a été choisi comme le jour 1 du cycle. La muqueuse utérine a une existence fonctionnelle liée aux hormones sexuelles. L'endomètre au contraire, évolue constamment sous l'action permanente des estrogènes et la présence intermittente de progestérone. Les estrogènes favorisent la prolifération tandis que la progestérone a une action anti-estrogène et des actions spécifiques sur les trois compartiments glandulaire, stromal et vasculaire ce qui rend l'endomètre capable de nider un ovule fécondé quelques jours auparavant ou de préparer à une desquamation correcte (ce sont les règles ou hémorragie menstruelle).

Le contrôle du cycle menstruel est effectué par le noyau arqué de l'hypothalamus qui sécrète la LH-RH, les cellules gonadotropes de l'hypophyse qui sécrètent la LH et la FSH sous l'action de la LH-RH, et les follicules ovariens immatures qui répondent à cette stimulation gonadotropes en augmentant de taille et en sécrétant des quantités croissantes d'estradiol.

Le cycle menstruel peut être divisé en 3 phases distinctes (10) :

La *phase pré-ovulatoire* correspond à la période au cours de laquelle les estrogènes déterminent la prolifération de la muqueuse utérine qui croît régulièrement.

La *rupture folliculaire* et les modifications qui l'accompagnent réduisent momentanément les capacités sécrétoires du follicule, d'où une baisse du taux d'estrogènes.

Pendant la *phase post-ovulatoire*, le corps jaune sécrète des estrogènes et de la progestérone. Cette synergie estro-progestative modifie l'endomètre dont le destin est lié à celui de l'ovule précédemment émis. Si l'ovule est fécondé et implanté – vers le 23^{ème} jour d'un cycle de 28 jours- son trophoblaste sécrète de l'HCG. Sinon, le corps jaune involue après une durée de vie de 12 à 14 jours, entraînant une chute assez brutale du taux des estrogènes et de la progestérone. Le tarissement de ces deux hormones détermine au niveau de l'endomètre des phénomènes de stase de vasoconstriction avec nécrose et hémorragie (ce sont les règles).

L'ovulation est un phénomène cyclique défini par l'expulsion d'un ovocyte mûr prêt à être fécondé hors d'un follicule ovarien. Elle est précédée de la croissance et de la maturation du follicule et de l'ovocyte. Elle se produit au 14^{ème} jour d'un cycle idéal de 28 jours, grâce à une dissociation des cellules périovocytaires et à la rupture de la paroi folliculaire. Elle est suivie de la formation du corps jaune (11). La régulation du cycle ovarien qui permet qu'un seul des follicules ovariens soit sélectionné à chaque cycle pour aboutir au follicule mûr, à l'ovulation et à la formation du corps jaune, est le résultat d'interactions complexes entre l'ovaire et le système hypothalamo-hypophysaire (régulation neuro-endocrine), au sein des différents compartiments ovariens (régulation paracrine) et à l'intérieur des cellules elles-mêmes (régulation autocrine) (10).

Schéma n°3 (10)

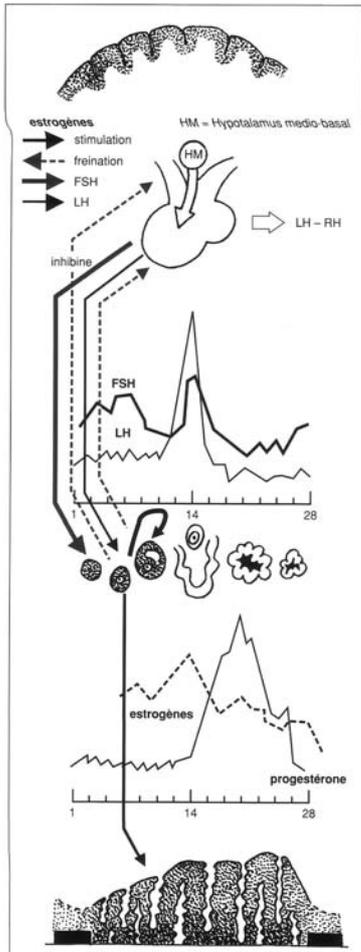


Figure 14 - La phase pré-ovulatoire
 Outre leurs effets périphériques, les estrogènes exercent une action trophique ovarienne locale et agissent en retour (feed-back) sur la sécrétion de FSH et de LH.

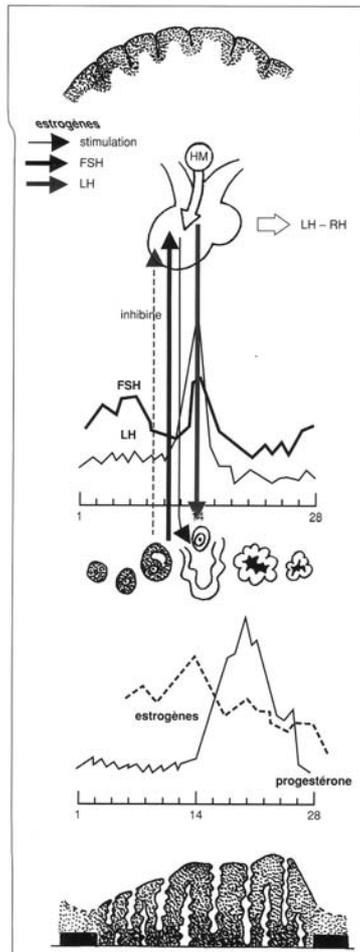


Figure 15 - L'ovulation
 On admet que le pic de sécrétion préovulatoire des estrogènes a un rôle majeur dans le déclenchement de la décharge ovulante des gonadotrophines.

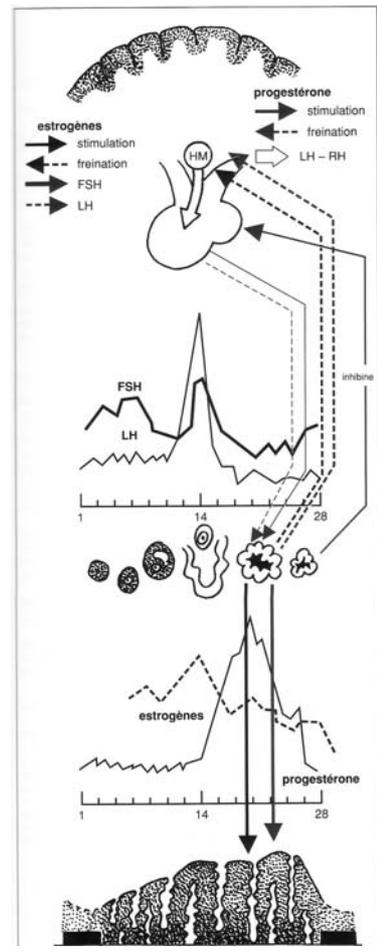
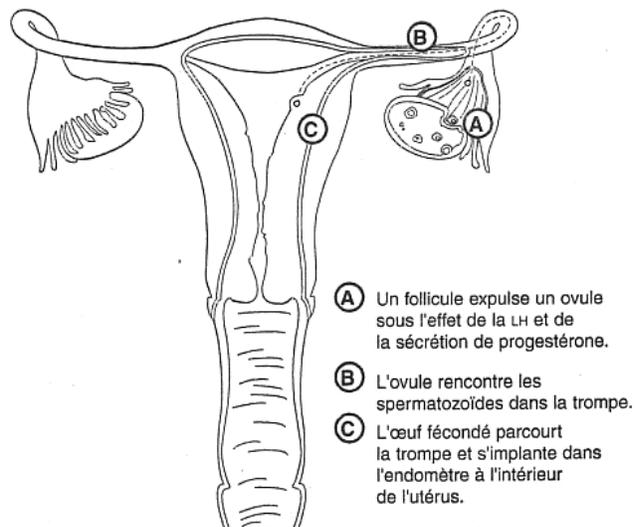


Figure 16 - La phase post-ovulatoire (ou lutéale)
 Les gonadotrophines (LH surtout) ont une influence déterminante sur la vie du corps jaune, au moins au cours de la première semaine postovulatoire. Inversement, leur sécrétion est en partie modulée par les hormones du corps jaune (feed-back).

Du côté de l'homme, l'érection liée au désir sexuel est provoquée par l'afflux de sang dans les corps caverneux du pénis. L'éjaculation due à l'excitation des nerfs éjaculateurs, survient ensuite grâce à de puissantes contractions des vésicules séminales et des muscles périnéaux qui font avancer le sperme vers l'urètre et le méat urinaire. La quantité de sperme correspondant à chaque éjaculation est d'environ 4 cm³, chaque cm³ contenant 50 à 100 millions de spermatozoïdes en moyenne, capables de fécondation plusieurs jours après l'éjaculation (12).

La fécondation est l'ensemble des phénomènes physiques, cytologiques et biochimiques qui aboutissent à la fusion de deux cellules hautement spécialisées que sont l'ovocyte et le spermatozoïde, pour former l'œuf ou zygote et créer un nouvel individu. La rencontre des deux gamètes haploïdes est précédée du cheminement des spermatozoïdes dans les voies génitales mâles et femelles et sa capacitation, d'une maturation de l'ovocyte, de l'ovulation et de la captation de l'ovule entourée de sa corona radiata par la trompe. Elle peut être décrite en quatre temps : la traversée des annexes ovocytaires grâce à des enzymes telles que la hyaluronidase, la corona penetrating enzyme, l'acronisine et la neuraminidase (dès l'entrée du spermatozoïde, les cellules de la corona radiata se rétractent), la fusion gamétique, l'activation zygote ou achèvement de la méiose et rétraction de la masse cytoplasmique qui permet de rendre la zone pellucide infranchissable à d'autres spermatozoïdes, et la restauration de la diploïdie. L'œuf ainsi constitué chemine ensuite dans la trompe pendant trois à quatre jours, il franchit la jonction tubo-utérine le 4^{ème} jour et reste libre deux jours environ dans la cavité utérine, au stade de blastocyste, avant d'adhérer à la muqueuse endométriale (11).

Schéma n°4 : la fécondation



1.3- Les différentes méthodes de contraception

1.3.1- Les méthodes naturelles

Les méthodes naturelles consistent à éviter la fécondation en modifiant le déroulement du coït ou en tenant compte des périodes naturelles de non- fécondité de la femme.

Elles sont en général mal connues, plus ou bien utilisées et surtout mal appréciées en raison d'une efficacité moindre par rapport à la pilule ou au DIU par exemple. Notons pourtant qu'avant 1940, les générations les moins fécondes sont celles qui sont nées à la fin du XIXème siècle, alors qu'il n'existait ni pilule ni stérilet ce qui donne une idée de l'efficacité des méthodes « traditionnelles » (13). Il ne faut donc pas les négliger car elles peuvent être utiles pour certaines femmes. Comme l'explique Martin Winckler dans son livre « Contraception : Mode d'emploi » : « n'oublions pas que n'importe quelle méthode vaut mieux que pas de contraception du tout (...) l'efficacité que l'on doit attendre d'une méthode est différente selon que l'on veut absolument éviter une grossesse ou espacer des grossesses désirées, (...) et elles ont l'avantage d'avoir peu d'effets secondaires, d'éviter de recourir à des accessoires et de pouvoir les pratiquer sans prescription médicale. » (5)

En voici cinq exemples:

1- Le coït interrompu ou « retrait » : il consiste en un retrait du pénis hors du vagin avant l'éjaculation (12). C'est une méthode de contraception naturelle très ancienne, est encore aujourd'hui souvent utilisée. Il est cité par des femmes qui pensent ainsi être protégées d'une éventuelle grossesse mais l'efficacité de cette méthode est faible car du sperme peut s'écouler avant l'éjaculation, une goutte pouvant contenir quelques centaines de milliers de spermatozoïdes (5).

2- La méthode Ogino ou abstinence périodique inventée par le chirurgien japonais du même nom, consiste pour une femme à compter pendant un an la durée de ses cycles en repérant la durée du plus court et la durée du plus long, ceci permettant en soustrayant les

jours fertiles de déterminer la période sans risque de grossesse. Cette méthode est peu fiable chez les femmes ayant un cycle régulier encore moins chez les autres (5).

3- La méthode des températures est plus précise. La température s'élève de 0,2 à 0,4°C sous l'action de la progestérone sécrétée au moment de l'ovulation et pendant les quatorze jours suivants. Comme l'ovule survit 48 heures, et les spermatozoïdes jusqu'à sept jours, les rapports ayant lieu plus de trois jours et moins de sept jours après l'élévation de température sont en principe sans risque d'entraîner une grossesse. Il s'agit de s'abstenir de relations sexuelles, chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours, du 7^{ème} au 16^{ème} jour. Il existe plusieurs pièges. La température peut varier pour d'autres motifs que l'ovulation (une infection virale par exemple). L'ovulation peut survenir plus tôt que prévue ou même à n'importe quel moment du cycle (sous l'effet d'une émotion par exemple). La période d'abstinence correspond au moment de plus intense libido.

4- La méthode Billings ou observation de la glaire cervicale est fondée sur la modification sous l'effet des oestrogènes de la glaire cervicale.

5- Le coït anal est essentiellement utilisé pour contourner la nécessité d'arriver au mariage avec un hymen intact chez les jeunes filles d'origine musulmane souhaitant avoir des relations sexuelles.

1.3.2-Les méthodes mécaniques

1- Les préservatifs

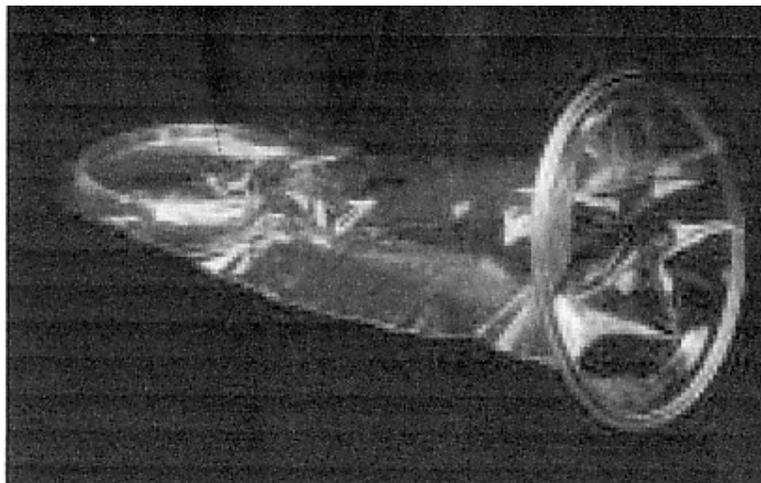
Les préservatifs masculins constituent la contraception mécanique la plus utilisée au monde d'autant plus qu'ils possèdent la qualité de protéger les deux partenaires des IST (infections sexuellement transmissibles) et de réduire ainsi la prévalence du cancer du col de l'utérus chez la femme.

Les préservatifs féminins s'étendent progressivement mais difficilement. Ils sont commercialisés en France depuis 1999 et demeurent peu diffusés et mal connus des

personnels de santé. Ils permettent à la femme de se protéger sans être obligée de dépendre de l'homme. Ils ont aussi l'avantage d'être en polyuréthane pour ceux ou celles qui sont allergiques au latex et présentent un plus grand diamètre que le préservatif masculin pour les hommes dont l'érection disparaît à la pose d'un préservatif plus ou moins serré. Des essais de pose doivent être conseillés aux patientes. Placer le préservatif féminin sur la verge en érection est fortement déconseillé. Il est recommandé, selon l'étude réalisée par François Deniaud à Paris en 2001 auprès de 102 patients, publiées dans le BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire), de ne pas hésiter à montrer le préservatif féminin et expliquer les raisons de sa forme, de renforcer l'information et la formation des personnels de santé notamment les médecins et les pharmaciens et de le rendre disponible pour toute femme consultant dans un centre IST, CDAG (centres de dépistage anonyme et gratuit), centre de planification ou centre médico-social (14). Le prix devrait aussi être abordable au même titre que le préservatif masculin.

Photographie n°2 : le préservatif féminin (3)

(Voir Annexe 1)



2- Les spermicides

Le rôle des spermicides est de détruire ou d'inactiver les spermatozoïdes. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes ou d'éponges. Les ovules ont une latence

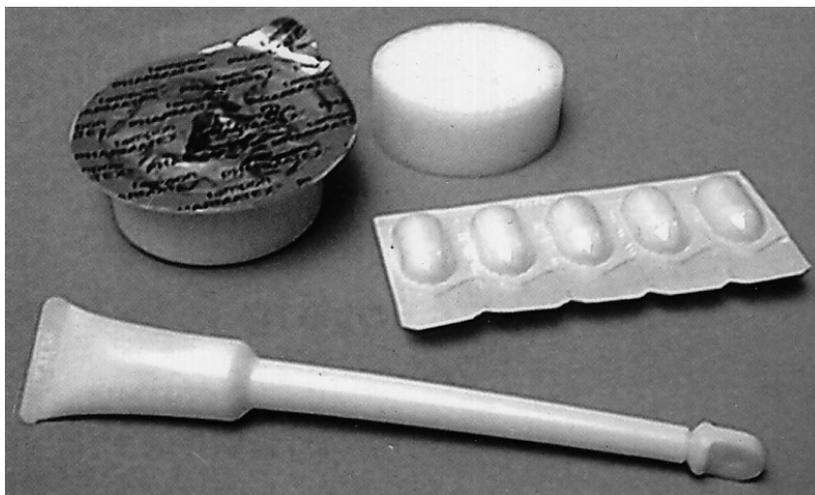
d'environ dix minutes, le temps qu'ils fondent ce qui ne les place pas en position de choix. Les crèmes et éponges sont efficaces immédiatement et l'éponge peut servir pour plusieurs rapports sexuels successifs mais est plus chère. Les spermicides ne protègent pas des IST et sont inactivés par les savons. L'efficacité contraceptive s'évalue par un indice de Pearl inférieur à 1 si le produit est correctement utilisé, les échecs étant dus pour la plupart à une utilisation incorrecte ou une absence d'utilisation.

Il est nécessaire de respecter les conditions suivantes :

- utilisation systématique avant chaque rapport, quelle que soit la période du cycle ;
- s'abstenir de tout lavage ou irrigation vaginal avec un savon avant ou après le rapport, seule une toilette externe à l'eau pure est possible
- interrompre le traitement en cas de survenue ou d'aggravation de lésion génitale
- se méfier d'un médicament utilisé par voie vaginale (antifongiques, antitrichomonas, antibactériens, antiseptiques, antiherpétiques, estrogènes locaux) est susceptible d'inactiver une contraception locale par spermicide.

Ils ne sont pas remboursés par la sécurité sociale coûtent environ 8 € le tube de 72 grammes ou les 6 unidoses. (15)

Photographie n°3: Les spermicides (éponge, ovules et crème)



3- Diaphragme et cape cervicale

Ils sont très peu utilisés en France contrairement aux Etats-Unis où la prévalence de l'obésité associée fréquemment à l'hypertension artérielle et au diabète de type II contre-indique l'utilisation des pilules oestro-progestatives. La pose nécessite un apprentissage (des essais doivent être pratiqués avec le médecin ne serait-ce que pour choisir la taille), des précautions (attention aux coups d'ongle qui peuvent déchirer le diaphragme) et de l'aisance (la plupart des femmes présentent des difficultés aux manipulations vaginales). De plus, ils doivent être enduits de spermicides ce qui complique leur utilisation. Il faut les commander par l'intermédiaire du planning par exemple.

Photographie n°4 : Diaphragme



4- DIU

Le DIU est appelé couramment en France stérilet, ce qui a pour conséquence de faire penser qu'il rend stérile, et explique peut être sa faible utilisation (16% des femmes tout âge confondu, 5% chez les 20 24 ans, 15 % chez les 25 29 ans, 23 % chez les 30 34, 30% chez les 35 40 et 40% environ chez les plus de 40 ans) (16). C'est une méthode contraceptive fiable avec un taux d'échecs (grossesses non désirées) inférieur à 1% par an. La mise en place d'un DIU est un geste simple réalisable par tout médecin ayant une pratique gynécologique et ayant bénéficié d'un apprentissage. (17)

Il en existe deux sortes.

Les DIU au cuivre (UT-380°, Sertalia°, NovaT° ...) peuvent être laissés en place 5 ans, pendant lesquels la surveillance clinique annuelle et l'information des patientes doivent permettre de dépister rapidement une infection ou un déplacement secondaire du DIU. Il est important de bien sélectionner les patientes. Les DIU sont déconseillés chez les femmes ayant des partenaires multiples en raison des risques infectieux et chez les femmes ayant des règles douloureuses et abondantes car elles le seront encore plus. Le prix est d'environ 20 € ils sont remboursés par la sécurité sociale à 65% (15).

Le DIU au progestatif (Mirena°) délivre du lévonorgestrel dans la cavité utérine ce qui augmente son efficacité et diminue les ménorragies (1/3 des femmes seraient en aménorrhée) (18). Il peut être laissée en place 5 ans. Son prix est d'environ 130 € il est remboursé par la sécurité sociale à 65% (15).

1.3.3- La contraception hormonale

1- Les pilules estro- progestatives :

La pilule estroprogestative empêche l'ovulation par blocage de l'hypophyse qui ne stimule donc plus les ovaires, c'est le mode d'action majeur. Elle aurait aussi un effet sur la glaire cervicale afin de la rendre moins perméable aux spermatozoïdes et sur l'endomètre pour diminuer son épaisseur ce qui le rend moins propice à l'implantation et réduit l'abondance et la durée des règles.

Il faut prendre un comprimé chaque jour à la même heure pendant 21 jours puis arrêter sept jours, puis reprendre le premier comprimé de la nouvelle plaquette. Il ne faut jamais s'arrêter plus de sept jours. Il est habituel de débiter au premier jour des règles mais on peut aussi commencer dès le jour de la demande de pilule car ce délai d'attente est source de nombreux échecs ! (19) Des spotting ou bien ou une absence de saignement pendant la semaine d'arrêt de pilule ne doivent pas entraîner un arrêt de pilule. Il n'est jamais nécessaire de faire de fenêtre thérapeutique (22).

En cas d'oubli de pilule défini par un décalage horaire de plus de douze heures, les rapports sexuels doivent être protégés (préservatifs) au minimum les sept jours suivant l'oubli

et il faut prendre une pilule du lendemain (NORLEVO°) s'il y a eu un rapport non protégé dans les trois jours précédant l'oubli (20).

Tableau n°2

Contraceptifs oraux estroprogestatifs (1)

Progestatif		Estrogène : <i>éthynylestradiol</i> (2)				
		normodosés (50 µg)		mininidosés (de 20 à 40 µg)		
		monophasiques	séquentiels	monophasiques	biphasiques	triphasiques
1 ^{re} et 2 ^e générations	<i>lévonorgestrel</i>	–	–	MINIDRIL° Remb. Séc. Soc.	ADEPAL° Remb. Séc. Soc.	TRINORDIOL° Remb. Séc. Soc.
	<i>lynestrénol</i>	–	OVANON°	–	–	–
			PHYSIOSTAT°			
	<i>noréthistérone</i>	MILLI ANOVLAR° Remb. Séc. Soc.	–	ORTHO-NOVUM°	MINIPHASE° Remb. Séc. Soc.	TRIELLA° Remb. Séc. Soc.
	<i>norgestrel</i>	STÉDIRIL° Remb. Séc. Soc.	–	–	–	–
<i>norgestriénone</i>	PLANOR°	–	–	–	–	
3 ^e génération	<i>désogestrel</i>	–	–	CYCLÉANE° 20 = MERCILON°	–	–
				CYCLÉANE° 30 = VARNOLINE° (3)		
	<i>gestodène</i>	–	–	HARMONET° = MÉLIANE°	–	PHAEVA° = TRI-MINULET°
				MINULET° = MONEVA°		
<i>norgestimate</i>	–	–	CILEST° = EFFIPREV°	–	–	

Minidril°, Adépal° et Trinordiol° ainsi que Miniphase° et Triella° sont des pilules estroprogestatives remboursées. Elles sont beaucoup moins chères que les pilules de troisième génération (environ 7€ la boîte de trois plaquettes contre 20 à 30€ par boîte pour les 3^{èmes} générations) (15). Les pilules de 3^{ème} génération (Minesse°, Mélodia°, Cycléane 20°, Varnoline°, Harmonet°, Minulet°...) n'ont pas d'avantages clairement démontrés en termes de risque cardiaque ou cérébrovasculaire, de tolérance fonctionnelle ou d'efficacité, et elles semblent exposer à un risque plus élevé de thrombose veineuse (21). Il est donc justifié de les

proposer en seconde intention, s'il existe par exemple un souci de tolérance (mastodynie, prise de poids, aggravation de l'acné...) avec une pilule classique. Il faut adapter selon la patiente. Pour une primo prescription, on peut essayer une pilule environ trois mois, puis modifier la prescription si besoin jusqu'à ce que l'on en trouve une qui convienne à la patiente.

Les contre-indications sont nombreuses et orientent la prescription des pilules estroprogestatives (voir tableau n°11)

Il existe en aussi une liste importante et non exhaustive d'effets secondaires (prise de poids, mastodynie, céphalée, acné...)

Des interactions médicamenteuses sont à prendre en compte (par exemple : anticonvulsivants : Dihydan°, Tégréto° et certains antibiotiques : Ampicilline°, les cyclines ?)

Un bilan biologique initial contenant une glycémie à jeun et un cholestérol total semble suffisant (22), on peut y ajouter un dépistage des IST si besoin (HIV Chlamydiae, Syphilis...) et vérifier la couverture vaccinale concernant notamment l'hépatite B et la rubéole.

La surveillance est aussi clinique : poids, tension artérielle, ainsi que l'examen des seins et l'examen gynécologique.

En pratique, il s'agit surtout - après avoir vu avec la patiente l'absence de contre-indication médicale et choisit la méthode en connaissance de causes - de bien expliquer le fonctionnement de la pilule et sa prise pour une meilleure compréhension et donc une meilleure observance ; sans oublier la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Tableau n°3: Eléments de choix d'une contraception

Situation	Contraception féminine	Contraception estroprogestative	Progestatif seul	Stérilet	Contraception locale Diaphragme
Hypertension artérielle		contre-indiqué en cas d'antécédents ou d'HTA évolutive	non contre-indiqué	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve
Antécédents de thrombose veineuse ou artérielle		contre-indiqué	pas de preuve de l'augmentation du risque	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve
Affection cardiaque		contre-indiqué du fait de l'augmentation du risque thrombo-embolique	pas de preuve de l'augmentation du risque	contre-indiqué du fait du risque d'endocardite	utilisable sans réserve
Tabagisme		importante aggravation du risque cardio-vasculaire après 35 ans	non contre-indiqué	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve
Antécédent d'affection pelvienne inflammatoire		utilisable sans réserve	contre-indiqué : les progestatifs augmentent le risque de GEU	contre-indiqué	utilisable sans réserve
Antécédent de GEU		utilisable sans réserve	contre-indiqué : les progestatifs augmentent le risque de GEU	contre-indiqué	utilisable sans réserve
Aménorrhée secondaire		contre-indiqué en cas d'hyperprolactinémie ; utilisable dans les autres cas après bilan hormonal	non recommandé du fait de l'anxiété engendrée par les irrégularités cycliques	prudence du fait des risques de stérilité	utilisable sans réserve
Allaitement		contre-indiqué : la lactation peut être inhibée	utilisable, mais aucune étude n'a étudié le devenir de ces enfants alors que le progestatif se retrouve dans le lait	utilisable 5 à 6 semaines après l'accouchement	non utilisable du fait des modifications anatomiques du post-partum
Cancers estrogéno-dépendants		contre-indiqué	les auteurs ne se prononcent pas	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve
Môle hydatiforme		contre-indiqué tant que les taux de HCG sont élevés	contre-indiqué tant que les taux de HCG sont élevés	utilisable si les taux de HCG sont surveillés	utilisable sans réserve
Antécédents d'accidents vasculaires cérébraux		contre-indiqué	ne modifie pas la coagulation	méthode de choix	pas utilisable du fait des handicaps
Femmes paraplégiques		contre-indiqué du fait des risques de thromboses veineuses	utilisable	les ménorragies induites par le stérilet peuvent être mal tolérées	l'hypotonie des muscles périnéaux rend ces méthodes peu utilisables
Epileptiques en cours de traitement		choisir un fort dosage (50 µg au moins) à cause du risque de "pilule endormie"	contre-indiqué car l'induction enzymatique hépatique affecte aussi les progestatifs	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve
Diabète		contre-indiqué en cas d'artériopathie, d'hypertension, de dyslipidémie ou de tabagisme utilisable chez les diabétiques jeunes sans facteur de risque	utilisable sans réserve	utilisable mais le risque infectieux est accru	utilisable sans réserve
Affections hépatobiliaires évolutives		contre-indiqué	utilisable sous contrôle biologique	utilisable sans réserve	utilisable sans réserve

2- Le patch contraceptif EVRA°

Il s'agit d'un dispositif transdermique estroprogestatif, délivrant 20µg d'éthinylestradiol et 150µg de norelgestromine par 24h. Il doit être laissé en place une semaine d'affilée, 3 semaines sur 4. Il mesure 20cm², coûte 15 €les 3 et n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Il n'a pas été démontré qu'il y ait moins d'oubli avec 1 patch par semaine qu'avec 1 comprimé par jour (23).

3- L'anneau contraceptif NUVARING°

Comme le patch, il est sorti récemment sur le marché en France (Décembre 2003), il est donc peu connu pour l'instant et l'on pas beaucoup de recul sur son utilisation. L'anneau contient 207mg d'éthinylestradiol et 11.7 mg d'étonorgestrel, il est mis en place dans le vagin pour 3 semaines et enlevé 1 semaine. Il coûte environ 11 € et n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

4- La contraception d'urgence : NORLEVO°

La contraception post-coïtale repose sur la prise dans les 72 heures d'un rapport non protégé de 2 comprimés de 0,75mg de lévonorgestrel à 12 heures d'intervalle. Une étude datant de 2002 démontre que la contraception d'urgence peut être efficace jusqu'au 5^{ème} jour (sachant qu'elle sera d'autant plus efficace qu'elle est prise tôt) et qu'une seule prise de 1,5 mg de lévonorgestrel est possible ce qui simplifie le protocole et améliore l'observance (24) Elle est délivrable en pharmacie sans ordonnance, gratuitement et anonymement pour les mineures.

5- Les pilules progestatives

Leur efficacité est moindre que celles des associations estroprogestatives (la plupart ne bloque pas l'ovulation mais joue uniquement sur l'épaississement de la glaire cervicale et la diminution de l'endomètre). Elles sont de ce fait réservées aux cas de contre-indications définitives ou transitoires aux estrogènes (par exemple : antécédents de phlébite ou fumeuse de plus de 35 ans). (22)

La prise est quotidienne pendant 28 jours sans arrêt. Elles entraînent fréquemment des métrorragies. Citons par exemples Microval^o qui est remboursée et Cérazette qui n'est pas remboursée.

6- Les progestatifs injectables

L'implant Implanon^o se place en sous cutané 7cm au dessus du pli du coude, à la face interne du bras non dominant. Il est non biodégradable et contient 68mg d'étonorgestrel par implant (ce qui correspond à une dose de 40ug/24h d'étonorgestrel), il mesure 40mm sur 2mm. Il coûte 130 € et est remboursé par la sécurité sociale. Il peut être laissé en place 3 ans.

Il constitue une alternative à la pilule progestative contraignante de par sa prise quotidienne à horaire fixe ou aux injections tous les 3 mois. Il est aussi apprécié parfois par celles qui sont sujettes aux oublis de pilules fréquents mais qui supporte d'avoir des saignements irréguliers.

Les injections trimestrielles de progestatifs disponibles en France sont l'acétate de méthoxyprogestérone (Dépo-Provera) et l'énanthate de noréthistérone (Noristérat). Ils peuvent parfois être utilisés chez les femmes qui ne souhaitent pas que leur partenaire soit au courant de leur contraception (ils sont utilisés en Afrique par exemple) ou bien pour celles dont l'adhérence à la contraception semble difficile comme chez les patientes hospitalisées en psychiatrie (?). Ils ne devraient plus être choisis aujourd'hui en fonction des contraintes et de fréquents effets secondaires.

1.3.4- Efficacité respective des différentes méthodes de contraception

L'efficacité d'une méthode de contraception se mesure par l'indice de Pearl. Ce chiffre représente le nombre de grossesses par mois par 100 « années-femmes » soit 1200 mois.

$R = (\text{nombre de grossesses accidentelles} / \text{nombre de cycles observés}) * 1200$

R désigne le nombre de grossesses accidentelles pour 100 années/ femme d'utilisation.

Tableau n°4

Tableau 2 : Efficacité respective des méthodes de contraception

Méthode contraceptive	% de grossesses observé
Rapports sexuels sans contraception	
Femmes jeunes (avant 30 ans)	80-90 %
Femmes de 40 ans	40-50 %
Femmes de 45 ans	10-20 %
Femmes de 50 ans	0-5 %
Méthodes « naturelles » – (p. 88)	
Coït interrompu	jusqu'à 17 %
Méthode des températures	jusqu'à 25 %
Allaitement au sein exclusif	2 %
Méthodes « barrière » – (p. 100)	
Préservatifs masculins	jusqu'à 15 %
Spermicides utilisés seuls	5-25 %
Préservatifs féminins	jusqu'à 15 %
Diaphragme	4-20 %
Contraception hormonale – (p. 128)	
Pilules combinées (avec estrogène)	0,1-3 %
Pilules progestatives (sans estrogène)	0,3-4 %
Progestatifs injectables (Dépo-Provera)	0-1 %
Implant sous-cutané (Implanon)	0-0,07 %
Dispositifs intra-utérins (stérilets) – (p. 220)	
DIU au cuivre Gyne-T380	0,2-1 %
DIU au cuivre MLCu 375	0,2-1 %
DIU au lévonorgestrel Mirena	0,1-0,2 %
Contraception chirurgicale – (p. 347)	
Ligature des trompes	0-0,5 %
Vasectomie	0-0,15 %

(Adapté d'après John Guillebaud, *Contraception-Your Questions Answered*, Churchill Livingstone, Londres, 2000.)

1.2.5- La contraception idéale

- 1- Elle devrait être relativement bon marché, facile d'accès, sans avoir à recourir à un médecin : c'est le cas des préservatifs mais pas de la pilule.
- 2- Ce devrait être une méthode utilisable par les femmes car les femmes doivent pouvoir contrôler leur fécondité sans dépendre des hommes.
- 3- Elle devrait être à 100% efficace sans que l'utilisateur/trice ait besoin d'intervenir (comme avec l'implant Implanon ou le DIU Mirena)
- 4- Son utilisation doit être confortable et indépendante des rapports sexuels car plus une contraception nécessite de manipulations plus le risque d'échecs est grand.
- 5- Elle devrait être entièrement réversible, autrement dit le retour à la fertilité doit être total et immédiat.
- 6- Elle devrait être dénuée de tout effet indésirable.
- 7- Elle devrait avoir des avantages autres que contraceptifs comme par exemple de protéger des IST.
- 8- Elle devrait être acceptée par toutes les religions et toutes les cultures.

Voilà la définition de la contraception idéale selon John Guillebaud, spécialiste mondialement connu de la contraception (5).

Pour compléter, je citerai les trois lois de Martin Winckler (5) :

- 1- Il y a des méthodes plus efficaces que d'autres, mais, quand une grossesse n'est pas désirée, n'importe quelle contraception vaut mieux que pas de contraception du tout !
- 2- La meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère mais celle que l'utilisatrice choisit en connaissance de cause.
- 3- La sexualité change avec la vie. La contraception aussi !

1.4- Evolution et pratiques

1.4.1- Histoire de la contraception

La limitation des naissances est un souci très ancien imposé par la nécessité de restreindre la taille du groupe pour en assurer sa survie à certains moments de son histoire, car le plus souvent, la mortalité infantile imposait une fécondité aussi élevée que possible (13).

Dans l'Antiquité, la contraception, l'avortement, l'infanticide et l'abandon d'enfant étaient pratiqués. Cette volonté d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, individuelle ou collective, institutionnelle ou non, a toujours rencontré une résistance et une opposition de la part des instances religieuses, philosophiques ou politiques. En France, à partir du III^{ème} ou IV^{ème} siècle de notre ère, toute pratique contraceptive est condamnée en raison de l'extension du christianisme qui n'admet de pratique sexuelle que dans le mariage et à seule fin de procréation, le plaisir étant énergiquement rejeté au profit de la chasteté et de la mortification. Au long du Moyen-âge, les pratiques contraceptives paraissent se limiter aux classes supérieures (aristocrates et lettrés), les connaissances transmises par les textes grecs et latins n'étant accessibles qu'aux lettrés c'est-à-dire prêtres et médecins. Avec la Renaissance s'opère un retour vers le corps, la sexualité et les plaisirs: la contraception largement utilisée fait l'objet de nombreuses publications portant surtout sur le retrait, les manœuvres post-coïtales, les éponges et injections intra-vaginales et les breuvages contraceptifs. (Fallope en 1564 invente un condom imprégné d'herbes.) Aux XVII^e et XVIII^e siècles, on observe une évolution sociale, économique et religieuse en parallèle aux progrès de la médecine, et une amélioration des connaissances concernant la reproduction et ses mécanismes. De plus, la vie de l'enfant acquiert un statut et doit être protégée de l'infanticide. Les enfants ne naissent plus dans les milieux aisés qu'au début du mariage : on commence à penser que les grossesses répétées ne sont pas souhaitables pour des raisons esthétiques et physiologiques (25). A partir du XIX^e siècle, la politique officielle encourage la limitation des naissances :

Paul Robin crée à Paris le premier centre d'information et de vente de produits anticonceptionnels. (26)

Mais à la suite de « la grande guerre », une loi est votée en 1920 visant à interdire toute propagande et pratiques contraceptives ; l'avortement devient un crime passible de la cour d'Assise. Une « avorteuse » est ainsi exécutée en 1943. Par la suite, le premier dispensaire « Birth Control » est créé à Suresnes en 1935 par le Dr Jean Dalsace. Après la seconde guerre mondiale, le courant d'opposition à cette loi se développe de plus en plus et Madame le Docteur Lagroua Weill-Hallé forme l'association « La maternité heureuse », devenant le « planning familial » en 1960. La loi Neuwirth de 1967 (27) et la loi Veil de 1975 autorisant l'IVG constituent les dernières étapes de cette libéralisation. La population française devient rapidement une des premières utilisatrices et bénéficiaires des méthodes contraceptives. Précisons que le remboursement de la contraception par l'Assurance Maladie est voté en 1974 ainsi que l'anonymat et la gratuité pour les mineures et non assurés sociaux dans les centres de planification. De même, l'IVG est remboursé par l'Assurance Maladie depuis 1982.

La dernière étape intéressante de notre cheminement est l'autorisation (sous certaines conditions) de la publicité relative aux contraceptifs et notamment aux préservatifs. La dernière campagne date de 2002. Malheureusement il n'y en a pas eu en 2003-2004 alors qu'elles sont l'occasion d'une visibilité publique, trop rare en France, des problèmes de sexualité (28).

1.4.2- Les chiffres de la contraception

Dans le monde, 300 millions de couples n'ont accès à aucun service de planning familial. Si les grossesses non désirées étaient évitées, le taux de croissance mondiale chuterait de 19%. (28)

Il y a en France 30 millions de femmes, 80 000 généralistes dont 1/10 pratique la gynécologie et 6000 gynécologues dont la plupart exercent en région urbaine. (5)

Selon l'Observatoire régional de la santé en 2000, moins de 5% des femmes déclarent ne pas utiliser de méthodes contraceptives parmi les 15-19 ans en Pays de Loire, ce chiffre monte à 10% au niveau national. Pour les 20-25 ans il est de 3% au niveau régional et national. La proportion de femmes sans contraception diminue avec le niveau d'étude (6,2% chez les moins diplômées) (3). Quand on prend en compte l'ensemble de la population féminine en France de 18 à 44 ans, c'est-à-dire que l'on exclue les femmes stériles ou stérilisées, enceintes ou cherchant à l'être, et les femmes sans partenaire sexuel, il reste que trois femmes sur quatre déclarent utiliser une méthode de contraception (29).

Parmi celles-ci, la pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (60%), devant le DIU (23%). La pilule est d'ailleurs toujours en expansion (40% des femmes en France prenaient la pilule en 1978 contre 60% en 2001). Les autres méthodes réversibles (préservatifs, retrait, abstinence périodique, spermicides...) sont en recul : elles sont passées de 43 à 16 % entre 1978 et 2001 et les préservatifs représentent plus des 2/3 de ce groupe (alors que le retrait venait largement en tête en 1978). La méthode choisie dépend souvent de l'âge : 83% des 18-19 ans et 86% des femmes de 20-24 ans utilisent la pilule alors que les mères de famille préfèrent le DIU (24% chez les femmes mères d'un enfant vivant en couple, 42% chez les mères de deux enfants) (16).

Cependant, malgré la diffusion des moyens de contraception, le nombre de grossesses donnant lieu à une IVG ne diminue pas. On estime qu'il y a environ 200 000 avortements en France par an. 11000 sont dus à des oublis de pilule. 7000 concernent des mineures. 3000 mineures accouchent chaque année d'un enfant souvent conçu trop tôt. Près de 30% des 760 000 naissances surviennent alors que les femmes déclarent qu'elles n'avaient pas prévu d'être enceintes à ce moment là. 19% des femmes de 15-75 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie, proportion qui atteint 25% chez les 25-35 ans. En Pays de Loire, plus de 7600 IVG ont été réalisées en 2000, correspondant à 9,5% des femmes de 15 à 49 ans ; ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale mais reste élevé. Cette situation résulte non seulement de l'absence de contraception mais également de l'irrégularité de sa pratique, de l'ambivalence du désir de grossesse, d'enfants ou de se prouver sa fécondité, et de la fréquente inadéquation de la méthode utilisée avec les

conditions de vie sociale, affective et sexuelle. Les personnes en situation de vulnérabilité et précarité sociale apparaissent donc particulièrement concernées par ces difficultés.

Aujourd'hui, il y a en France 1 600 000 femmes qui prennent une pilule de troisième génération entièrement à leur charge (30) alors qu'il existe des pilules remboursées ; il faut imaginer les conséquences notamment quand la prescription est effectuée pour une femme en difficulté sociale, d'autant que leur efficacité n'est pas jugée supérieure (22).

2- La Précarité

2.1- Qu'est-ce que la précarité ?

L'insertion sociale est une trajectoire qui dépend de plusieurs facteurs : le revenu, le logement, l'emploi, le santé, l'éducation. Une défaillance d'un de ces facteurs peut être suffisante pour faire basculer un individu dans la précarité.

2.1.1- Définitions

Selon le dictionnaire Larousse ce qui est précaire est instable, mal assuré, incertain, provisoire. (32)

Le terme précarité est lancé dans les années 70 et repris dans le rapport Oheix contre la précarité et la pauvreté : il stipule qu'il existe des individus et des familles pauvres non seulement par manque d'argent mais aussi d'éducation, d'activité professionnelle, des difficultés de logement et d'accès aux soins...On parlera ensuite de «nouvelle pauvreté» dans les années 80, puis de « fracture sociale » et enfin d' « exclusion » (33). Selon Wresinski, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi même dans un avenir prévisible. » (34)

La pauvreté n'est évidemment pas une maladie qui relève de soins ou de traitements médicaux, mais elle contribue à révéler les dysfonctionnements de notre société, et surtout de notre système de soins et de protection sociale sensé garantir la santé pour tous (35). Jacques Lebas remarque aussi qu'il est étonnant qu'en France, la prise de conscience et la prise en charge des personnes en situation de précarité se fassent ou tout du moins aient été instaurées

par des organismes humanitaires. Aujourd'hui encore, à Nantes notamment, Médecins du monde poursuit son action, nous en reparlerons.

Revenons maintenant sur les définitions :

Le *pauvre* appartient à l'ordre du monde et en appelle à la charité des individus, des organismes caritatifs et des institutions religieuses, il est difficile de définir la pauvreté dans l'absolu : c'est une notion généralement considérée comme relative selon les époques et les sociétés (36).

Le *marginal* lui, est plutôt étrange, celui qui vit différemment, l'*exclu* celui qui en appelle aux dispositifs d'urgences et d'exception.

Le *malade en situation de précarité*, est celui qui vit dans une situation instable où divers facteurs de précarité peuvent s'associer : précarité du travail, des ressources, du mode de vie, du lieu de vie, du statut juridique et administratif, du type de prise en charge médico-sociale (35).

On peut même distinguer différentes catégories de malades précaires (37). Le premier groupe comprend des jeunes en rupture récente suite à un évènement familial, un traumatisme tel un viol ou une agression physique, une perte d'emploi mal gérée, la découverte d'une séropositivité, l'engrenage de la toxicomanie... Le deuxième groupe est constitué de malades figés dans une situation de précarité chronique, il s'agit des sans domicile fixe. Le troisième groupe comprend les étrangers en situation irrégulière. Et le quatrième groupe englobe tous les malades en voie de précarisation, ceux dont le seuil de ressources est trop élevé pour bénéficier d'aides mais qui n'ont pas assez de liquidité pour faire l'avance de frais du ticket modérateur ou souscrire un contrat complémentaire auprès d'une mutuelle. C'est ce groupe qui paraît le plus en augmentation actuellement.

Devant toutes ces situations de précarité, il faut s'inquiéter de savoir où en sont les droits sociaux des patients concernés, quels sont leurs besoins en terme de soins, de

psychologie, leur demande sociale et quelle est la filière de soins la mieux adaptée pour eux ? Parfois la situation de ces personnes est tellement fragile qu'il suffit d'un obstacle pour les déstabiliser et les entraîner dans la spirale de la précarité et de l'exclusion. C'est donc à nous, les médecins, de savoir les recevoir, les écouter, en respect du code de déontologie médical et du serment d'Hippocrate.

2.1.2- Législation

Selon l'article 7 du code de déontologie médicale « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation familiale, leur appartenance ou leur non- appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit apporter son concours dans toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » (38)

Dans le serment médical il est dit : « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité (...) Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. » (39)

On peut aussi ajouter le préambule de la constitution dans lequel il est noté : « La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.» (40)

Tout ceci souligne le sens et la dimension de l'engagement du médecin. Si l'on considère que près de 4 millions de personnes vivent en France dans la grande pauvreté, alors chaque médecin est concerné par ce problème. La précarité n'est pas une maladie en soi mais entraîne une vulnérabilité organique et psychique pouvant conduire au renoncement des soins

ce qui aggrave la vulnérabilité pré- existante. Si le soin peut être un moyen de réintégration, il place les professionnels de santé devant de nouvelles responsabilités sociales et éthiques (31).

2.1.3- Les critères de précarité

En juin 2004, à Nantes, l'équipe du Professeur Lombrail a publié des critères de vulnérabilité sociale explorés par auto questionnaires et validés par entretiens avec des assistantes sociales.

Les 5 caractéristiques retenues étaient:

1- Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle), CMU complémentaire ou AME (aide médicale d'état ? oui/non

2- Avez-vous une mutuelle santé ou assurance maladie complémentaire ? oui/non*

3- Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou examens médicaux ? oui/non

4- Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parent isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire vieillesse ? oui/non

5- Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1^{er} emploi ? oui/non

* à la différence des quatre autres caractéristiques, c'est la réponse négative à cette caractéristique qui permet d'identifier une situation de vulnérabilité sociale.

Selon cette étude, une situation de vulnérabilité sociale a été définie selon la règle suivante : « être concerné par au moins 1 des 5 critères : 1 ou 4 ou 2+3 ou 1+5 ou 3+5 ». (41) Elle m'a parue importante à citer car elle permet d'identifier plus facilement les personnes en situation de vulnérabilité afin de mieux répondre à leurs besoins. Par contre, nous ne l'avons pas utilisée pour notre étude car elle n'était pas encore publiée.

2.2- La précarité en France

2.2.1- Aperçu historique

L'histoire de l'humanité montre que, dès les temps les plus lointains, la vie en société a poussé les hommes à pratiquer entre eux une certaine forme de solidarité (42).

Chez les peuplades dites primitives, dans les cités antiques, les plus favorisés viennent en aide aux plus démunis. L'Égypte et la Grèce connaissent déjà « l'aide sociale ». A Rome, on distribue des denrées alimentaires aux nécessiteux ainsi que des soins médicaux gratuits ; vers 380 après JC apparaît le premier établissement en Europe destinés aux indigents malades (des établissements similaires existaient depuis longtemps en Orient).

L'avènement du christianisme fait connaître à l'Occident de nouvelles valeurs : l'amour du prochain et la charité, l'assistance deviennent un devoir. Au VI^{ème} siècle les hôpitaux se multiplient et accueillent les pauvres et miséreux (le mot hôpital vient d'ailleurs de hospitalis domus « maison où l'on reçoit des hôtes »), ils constituent pour eux un lieu de réconfort avec une possibilité de réinsertion sociale et spirituelle. Ce n'est qu'à partir du XIII^{ème} siècle que la médicalisation de l'hôpital débute. Au XVI^{ème}, l'assistance commence à se laïciser relayée par les villes puis l'Etat, mais la mendicité est interdite sous peine de sanctions sévères. Dans le préambule de la constitution de 1793 il est écrit « la société doit subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant un travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. » (40) D'exclus, le malheureux devient un citoyen pauvre qui a des droits sur la société.

Mais ces idées ne commencèrent à être réellement appliquées qu'au XX^{ème} :

En 1893, création de l'AMG aide médicale gratuite.

En 1905, institution de l'aide au vieillard, infirmes et handicapés.

En 1945, mise en place de la sécurité sociale solidaire par l'ordonnance du 4 Octobre qui avait pour objectif de garantir l'ensemble de la population contre les risques sociaux (43).

En 1958, Loi Debré imposant à tous les médecins hospitalo-universitaires d'être à temps plein à l'hôpital au bénéfice de tous les malades, y compris les plus défavorisés.

En 1988, création de RMI revenu minimum d'insertion (42).

En 1998, vote de la loi n°98-657 du 29 Juillet d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion qui comporte trois axes : garantir l'accès aux droits fondamentaux, prévenir les exclusions et mieux agir ensemble contre les exclusions (40).

En 2000, face à la montée de la précarité et de la pauvreté, devant l'inégalité pour la prévention et les soins : mise en place de la CMU. Le but est d'offrir à toute personne le droit de se soigner, lui donner les moyens d'être autonome, reconnaître le droit pour tous d'avoir une place dans la société. Le projet de loi comporte 3 dispositions majeures : la prise en charge des soins par le régime de sécurité sociale, le bénéfice d'une protection complémentaire gratuite pour les 6 millions de personnes les plus défavorisées ,et la dispense d'avance de frais. Cette loi permet aussi la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (ou PASS), dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (ou PRAPS), pour faciliter l'accès des personnes les plus démunies aux structures de soins (44).

2.2.2- Quelques chiffres

En France, la pauvreté concerne environ 5 millions de personnes, la grande pauvreté en touche 1.5 millions et l'exclusion 300 000. (45). Au premier trimestre 2003, le nombre de chômeur s'élève à 2,7 millions de personnes soit 9,9% de la population active en France (7,9% dans la région) (3).

En 2002, 4,5 millions de personnes étaient couvertes par la CMU soit 7% de la population française dont 147 000 en Pays de Loire soit 4% de la population de la région (3). Parmi les patients ayant la CMU 10% sont en ALD contre 6% pour le régime général.10% des personnes touchant le RMI n'ont pas la CMU (46). 150 000 à 200 000 personnes restent privées de toute couverture maladie parce qu'elles méconnaissent leur droit ou renoncent à les faire valoir devant la complexité des démarches administratives ce qui aboutit parfois à des ruptures de droits (44).

Lors d'une étude effectuée à Nantes en 1998, auprès de 99 personnes désocialisées (sans résidence stable ou disposant d'un domicile précaire (squat , foyer d'hébergement, hôtel) recrutées à la boutique solidarité ou à l'infirmierie de St Benoît ou à la maison de jour Francisco Ferrer ou à Médecins du Monde : environ 1/3 des personnes interrogées dit avoir

des problèmes de santé, et plus de la moitié d'entre elles ne consultent pas facilement un médecin, essentiellement pour des raisons financières et/ou de couverture sociale, mais aussi parce qu'elles ne savent pas comment faire ni où aller. De fait, 53% des sans abri n'ont pas vu de médecin généraliste depuis au moins un an (47). Médecins du Monde remarque aussi que 20 % des patients venant consulter ne sont pas à proprement parler des exclus, il s'agit souvent de femmes disposant d'un logement, d'une relative insertion professionnelle et le plus souvent d'une couverture sociale mais la faiblesse de leur revenu ne leur permet pas de faire l'avance de frais qu'il s'agisse de payer une consultation, des médicaments ou un forfait hospitalier. (48)

Les CDI (contrats à durée indéterminée) ont fait place aux CDD (contrats à durée déterminée) dont la proportion a doublé en dix ans, ce qui aggrave la précarisation des personnes en les mettant dans une situation plus instable. Parmi les 9 millions de familles françaises, 1.6 millions sont monoparentales et ce sont elles qui évoluent le plus rapidement vers la pauvreté. 42.3% d'entre elles seraient considérées comme en situation de précarité (49).

2.3- Les couvertures sociales

Les couvertures sociales conditionnent l'accès aux soins, il est donc important de les connaître et d'en comprendre le fonctionnement.

2.3.1- Le régime général

Il date de l'ordonnance du 4 Octobre 1945 et a pour objectif prioritaire de garantir l'ensemble de la population contre les risques sociaux (maladies, maternité, invalidité, vieillesse, veuvage, accidents de travail, maladies professionnelles...). Il couvre donc une majorité de la population aujourd'hui en France (environ 47 millions de personnes) (43).

Il se divise en plusieurs régimes :

- le régime général (CPAM : caisse primaire d'assurance maladie)
- les régimes particuliers (par exemple EDF électricité de France)
- le régime agricole (MSA mutuelle sociale agricole)

- le régime d'assurance maladie des professions indépendantes
- les régimes spéciaux de salariés non agricoles (par exemple : militaires ou SNCF société nationale des chemins de fer)

Il permet le remboursement des frais engagés par le patient qui règle le médecin, le pharmacien ou tout autre professionnel de santé sauf dans certains cas où la caisse verse directement aux structures de soins ou aux médecins les sommes qui leur sont dues. C'est le cas dans le système « médecin référent » ou bien avec les personnes ayant la CMU. Le remboursement n'est pas intégral : il est modulé. L'assuré prend à sa charge une partie de la dépense appelée le ticket modérateur. Certaines affections donnent droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30 + affections hors liste et polyopathologies invalidantes) (43).

2.3.2- La complémentaire

Le remboursement du ticket modérateur peut se faire par les mutuelles ou assurances complémentaires, qui sont des organismes privés auprès desquels il est possible de s'inscrire et de cotiser.

2.3.3- La CMU ou Couverture Maladie Universelle

C'est un accès à la couverture maladie obligatoire (CMU de base) sans critère d'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle et une offre d'une couverture complémentaire gratuite (CMU complémentaire) mis en place depuis le 1^{er} janvier 2000. Quatre millions et demi de personnes bénéficient aujourd'hui de la CMU en France. Pour bénéficier de la CMU les ressources du foyer (aide au logement, prestations familiales, allocation parentale, allocation chômage, salaires) des 12 mois précédents doivent être inférieures à 6798 Euros. Ce plafond évolue en fonction de la composition de la famille.

2.3.4- L'AME ou Aide Médicale d'Etat

Il s'agit d'un accès aux soins dispensés par un établissement de santé public ou privé participant au service public, sans avance de frais, ni ticket modérateur ou forfait hospitalier. Environ 160 000 mille personnes bénéficient aujourd'hui de l'AME : ce sont les étrangers en situation irrégulière, ou en situation régulière résidant depuis moins de trois mois en France, les français expatriés ou résidant dans les territoires d'outre mer.

2.4- L'accès aux soins

2.4.1- Généralités, études

Malgré ce qui est écrit dans la loi et réaffirmé dans le code de déontologie médicale, l'accès aux soins reste parsemé d'embûches qui sont d'autant plus importantes que les personnes sont vulnérables (étrangères, isolées, déboussolées...) et que les démarches administratives sont multiples et complexes (37). On remarque trois types d'obstacles majeurs à l'accès aux soins : culturels et psychosociaux, administratifs et réglementaires, et financiers (50). Les contacts avec les médecins et les structures de soins ne sont pas simples et les raisons de ces difficultés sont nombreuses : absence de couverture sociale en dépit de l'instauration de la Couverture Maladie Universelle, refus de « rentrer dans le circuit » ou perte de repère ou d'estime de soi qui permet de faire la démarche de consulter, et parfois réticence des professionnels.

La santé constitue un élément important des trajectoires de précarisation. Un mauvais état de santé risque de déséquilibrer des situations sociales et professionnelles déjà instables, et il est souvent un obstacle pour l'obtention d'un emploi salarié. Réciproquement, la précarité entraîne des conditions de vie et un état psychologique propices à l'apparition de pathologies. Les personnes sont affectées dans leurs corps et dans leur psychisme par la faiblesse de leurs ressources, la vulnérabilité de leur situation, la fragilité de leurs rapports sociaux, voire leurs difficultés à se projeter en termes positifs dans l'avenir. (51)

La première étude intéressante sur le sujet date des années 90 et est citée dans « le plan d'accès aux plus démunis. » (47) Elle concernait 99 personnes considérées comme « sans domicile » à Nantes et parmi elles 85 hommes et 14 femmes. Selon cette étude, près de

la moitié présentaient des problèmes de santé et plus de la moitié d'entre elles ne consultaient pas facilement un médecin, essentiellement pour des raisons financières et/ou de couverture sociale mais aussi parce qu'elles ne savaient pas comment faire ni où aller. 53% des sans-abri n'avaient pas vu de médecin depuis plus d'un an et lorsqu'une structure était sollicitée, il s'agissait avant tout de Médecins du Monde ou du CHU. Cependant, le médecin était le plus apprécié des professionnels de santé, il était considéré comme attentif et prenant le temps d'écouter. Ces personnes disaient préférer le circuit de droit commun mais on constatait un décalage dans la pratique, le recours aux urgences étant le plus souvent utilisé. Autre remarque de cette étude : il semblait difficile pour ces personnes de s'approprier les lieux de santé pour des raisons de culture ou d'image de leur corps et de leur santé, et cela d'autant qu'ils étaient marginalisés et avaient donc perdu les repères vis-à-vis de leur corps de leur santé et des dispositifs de soins.

La deuxième étude, effectuée en 2002 par Pierre Le Mauff et Elisabeth Blanchard, concernait 317 patients « sans domicile fixe » recrutés dans deux foyers d'accueil de La Roche sur Yon (52). Là aussi on retrouve une majorité d'hommes (92.7%) et donc une faible représentation des problèmes féminins. On y apprend que les médecins généralistes proposent une grande diversité de solutions dans le champs biopsychosocial allant de l'écoute à l'orientation vers des structures spécialisées; cela grâce à une prise en charge globale centrée sur le patient, la coordination des soins, et la connaissance des possibilités locales dans les domaines médicaux, sociaux et associatifs.

2.4.2- L'accès aux soins à Nantes

Il semble qu'à Nantes, l'accès aux soins soit varié et surtout assez vaste. En effet, en tant que communauté urbaine de grande taille et avec une volonté de développer une solidarité locale, la ville de Nantes se distingue particulièrement ; elle possède un riche réseau d'aides possibles aux plus démunis du médecin généraliste aux structures associatives en passant bien sûr par l'hôpital. Même si les personnes en situation de précarité font souvent appel aux urgences – car lorsque émerge une demande, elle est souvent perçue comme

urgente – il existe des structures d'accueil qui leur sont destinés particulièrement et où l'accent est mis sur la prévention.

La liste suivante énumère de façon non exhaustive des structures de soins qui accueillent des femmes en situation de précarité :

L'hôpital

- La PASS
- Le CPEF
- Les urgences
- Le service de gynéco-obstétrique

En ville

- Les médecins généralistes
- Les gynécologues
- Les cliniques
- les associations :
 - MFPF
 - MDM
 - Le Triangle
 - Le centre Tréméac...

Nous avons choisi de préciser l'activité de ceux avec qui nous avons travaillé pour notre étude.

1- Les médecins généralistes

Les médecins généralistes restent en première ligne car ce sont ceux qui reçoivent a priori le plus de femmes en difficulté. Cela semble cependant très variable d'un cabinet à l'autre en raison de l'engagement du médecin à pratiquer la gynécologie et aussi à recevoir des personnes démunies. De plus, l'avance des frais représente un obstacle à la consultation. C'est pourquoi le système de médecin référent semble intéressant. Pourtant peu généralisé, il

permet à la sécurité sociale et à l'assurance maladie complémentaire, dans le cadre d'un contrat, de payer directement le médecin. Ce système évite l'avance de frais par le patient, il favorise peut-être ainsi l'accès aux soins pour tous. Ce fonctionnement permet aussi au patient d'avoir un médecin traitant qui le connaît, qui centralise son dossier et de privilégier ainsi la prévention.

2- PASS ou consultation Jean Guillon au CHU

La PASS est située au 1^{er} étage aile ouest du CHU Hôtel Dieu, et propose des consultations de médecine générale, des consultations sociales, et des soins infirmiers sans avance de frais pour les personnes défavorisées. Les consultations sont proposées sur rendez-vous le matin, sans rendez-vous l'après midi et sont assurées par l'interne de médecine générale ou un médecin généraliste vacataire ou le docteur Agard. Elle a ouvert ses portes le 15 Novembre 1999 et compte environ 3000 consultations annuelles. Il est important de rappeler que l'accès aux soins des patients en situation de précarité est une priorité en matière de santé publique. L'égalité des soins représente l'un des droits fondamentaux des malades. La prise en charge des personnes étrangères s'inscrit directement dans cette problématique (53).

Malgré l'affluence des personnes étrangères, la consultation ne doit pas se limiter à l'accueil de ce public. La prise en charge des jeunes, des familles surendettées, des personnes sans domicile fixe, reste une réalité et un objectif à poursuivre. Une importance particulière est donnée à la continuité des soins : accès aux droits, délivrance des médicaments... Bien que la finalité de la PASS soit la réintégration des patients dans le système de droit commun, certains patients étrangers, du fait de leur statut, sont contraints à consulter au CHU pour une durée plus ou moins longue.

3- Le planning familial ou MFPPF

Situé au 16 rue Paul Bellamy à Nantes, le MFPPF offre la possibilité de recevoir des informations, d'accéder à des consultations médicales, de faire un dépistage des IST gratuitement pour les personnes sans ressources et de façon confidentielle pour les mineures.

Les patientes sont reçues par des conseillères conjugales avec ou sans rendez-vous ou en consultation médicale sur rendez-vous. Les consultations sont assurées par des gynécologues et des médecins généralistes.

Les mineures représentent la part la plus importante de la fréquentation du planning (<18 ans 55,5%, 18 à 20 ans 20.5%, 21 à 25% 19.4%, 26 à 30 ans 3.2% et >30ans 1.4%) (54). Une des spécificités du centre est de favoriser l'accès à la contraception pour les jeunes, en leur offrant un lieu de parole et réflexion sur la sexualité et leur santé, ce qui n'est pas toujours possible avec la famille ou le médecin traitant. Le planning est également un lieu d'apprentissage pour les futures démarches de santé et pour la reconnaissance de leurs droits et de leur protection.

4- Le centre de planification, d'éducation familiale et d'interruption volontaire de grossesse

Ce centre déménage le 25 septembre 2004 et se trouve au pôle Mère-Enfant du CHU Hôtel Dieu. Il rassemble une équipe pluridisciplinaire formée de médecins (gynécologues et généralistes) et de conseillères conjugales et familiales. Les patients viennent pour des entretiens individuels ou en couple à cause de difficultés dans la vie familiale, affective ou sexuelle, pour des consultations médicales en vue de la prise d'une contraception, d'une interruption volontaire de grossesse, du dépistage d'infections sexuellement transmissibles. Des actions d'information et de prévention sur la contraception, les IVG, la pilule du lendemain, les IST, la vie affective et sexuelle sont aussi menées. Pour les mineures et les personnes sans couverture sociale les consultations, examens et délivrance de contraceptifs peuvent être anonymes et gratuits.

5- le centre de dépistage anonyme et gratuit au CHU ou CDAG

Il est situé au 1^{er} étage du CHU aile ouest, propose un dépistage du VIH et des hépatites ainsi que les autres maladies sexuellement transmissibles.

6- Médecins du monde

Née en 1980, l'association a trois objectifs : aider, soigner, et témoigner. Médecins du Monde, à Nantes est situé au 33 rue Fouré, et accueille toutes les personnes en difficulté. Il s'agit de consultations médicales, sociales ou psychologiques ainsi que des soins infirmiers et la dispense de médicaments. Tout y est gratuit et les permanences sont assurées le plus souvent par de professionnels bénévoles du corps médical, paramédical et social, actifs ou retraités. Par ailleurs, les différents centres de la mission France constituent un formidable observatoire des mutations et des changements sociaux (55).

7- Le triangle ou centre méthadone

Le triangle est situé 8 rue Kervégan. Les soins y sont anonymes et gratuits. Il s'agit d'information, de prévention, de prises en charge médicale, psychologique et sociales des toxicomanes et de leurs familles. L'équipe est constituée de médecins, infirmières, éducateurs et psychologues.

8- Le foyer Tréméac

Ce foyer accueille les jeunes filles mineures en difficulté, entourées par des éducateurs psychologues et infirmière. Il s'agit d'un foyer d'hébergement.

9- Infirmieries des foyers St Benoît, St Yves, de la croix rouge ...

Il faut consulter le guide de l'urgence sociale à Nantes édité par la mairie de Nantes. Il précise non seulement les lieux possibles de soins à Nantes mais aussi les adresses de restaurants sociaux, de foyers d'hébergement d'urgence, les centres d'aide contre l'alcool ou les drogues... Bref, il s'agit d'un outil utile pour le médecin généraliste qui a souvent un rôle d'orientation de ces personnes en situation de précarité; d'autant que les difficultés sont le plus souvent multiples et cumulatives d'ordres physiques, psychologiques, administratives, sociales, familiales, professionnelles, et que le réseau hospitalier et associatif nantais est riche de possibilités à connaître.

Chapitre 2 L'étude

1- Introduction

Le choix du sujet s'est imposé au fur et à mesure de mon cheminement de formation médicale, que ce soit lors de mes stages de gynéco-obstétrique à Dakar et à St Nazaire, lors de mon stage chez le praticien et de mon expérience face à la précarité à la PASS et au foyer St Benoît, ou lors de mes vacances depuis un an au planning familial. Le thème de la contraception m'a paru essentiel dans le sens où les conséquences sur la vie des patientes me semblent immenses. Quand on vit dans des conditions difficiles, où trouver les informations et comment choisir une méthode de contraception sans connaître? Quand on n'a pas de moyen financier ni de sécurité sociale ou de mutuelle, quand on ne parle pas français ou que l'on n'ose pas demander parce qu'on est « trop jeune » ou « étrangère », à qui s'adresser ?

Ce qui semblait intéressant était de repérer ces femmes en difficulté, de comprendre leurs réels besoins en matière de contraception, quels étaient leurs recours aux consultations, leur suivi gynécologique, leurs antécédents gynéco-obstétricaux, leur utilisation et choix de la méthode de contraception, leurs connaissances.

Cette étude porte sur les pratiques de 93 femmes de l'agglomération nantaise, réparties en deux groupes selon des critères d'appartenance au groupe des femmes « précaires » ou non « précaires » afin de comparer les pratiques des femmes en situation de précarité avec celles des femmes de la population générale.

2- Matériel

2.1-Bibliographie

Lors des recherches bibliographiques, je me suis aperçue qu'il existait des publications sur les populations précaires. A la Roche sur Yon par exemple, on relevait les motifs de consultations et les différentes prises en charges effectuées de 317 patients consultants des structures de soins destinées aux plus démunis. On comptait 294 hommes et 23 femmes soit 80% d'hommes. L'importance de la prise en compte des problèmes de santé chez les personnes démunies comme facteur d'aide à la resocialisation grâce à l'amélioration de l'état de santé et par l'accompagnement psychologique était soulignée (52). Une autre étude à Avignon montrait les caractéristiques socio-administratives, les pathologies et la consommation médicale de 350 patients consultant une PASS (dont 56% d'hommes). Les résultats étaient comparés en fonction de l'origine des patients dans le but de comprendre les différences entre patients français et étrangers au sein des populations précaires (56). Ces enquêtes ne s'intéressaient pas particulièrement aux femmes en situation de précarité : on ne connaît donc pas les pathologies présentées par ces femmes, leurs demandes et leurs besoins spécifiques.

Il y avait aussi de nombreux articles sur la contraception : surveillance sous contraceptifs oraux (27), prescription chez les adolescentes (57), avis sur la contraception orale (58)... Mais je n'ai pas trouvé d'article concernant les femmes en situation de précarité et leur suivi gynécologique ni leur vécu de la contraception mis à part l'étude qualitative de la sociologue Janine Mossuz Lavau qui a pour point de départ la prévention du VIH chez les femmes en situation de vulnérabilité et qui apporte quelques notions sur la contraception (7).

Ces recherches ont permis de mieux appréhender les thèmes de la précarité et de la contraception afin de pouvoir préciser les objectifs de notre étude.

2.2- Objectifs de la recherche

Au cours des recherches théoriques (bibliographie) et pratiques (consultations), et après de multiples discussions avec les médecins, conseillères conjugales ou autres intervenants dans le monde de la précarité et de la contraception à Nantes, il est donc apparu nécessaire d'effectuer une étude locale.

L'objectif était de proposer un questionnaire dans différents lieux de consultations médicales de l'agglomération nantaise (cabinets de médecine générale, PASS, plannings de l'hôpital et familial, médecins du monde...) afin de constituer un recueil d'informations concernant un groupe de femmes d'origines diverses.

Des groupes ont ensuite été constitués selon des critères définis ci-après, afin de faire apparaître les différences de vécus, de connaissances ou d'utilisations de la contraception. Il s'agit d'une étude prospective avec analyse rétrospective sur les pratiques des femmes en situation de précarité à Nantes en matière de contraception.

2.3- Les thèmes abordés

Dans cette recherche, les moyens d'accéder à la contraception ont été étudiés à travers les lieux de consultation choisis par les patientes pour leur suivi gynécologique et/ou leur prescription de contraception, et les motifs de non consultation. Ensuite, l'utilisation ou non d'une contraception, le choix de la méthode contraceptive, et les raisons de la non utilisation, constituent les principaux éléments traités dans cette étude.

Les antécédents gynéco-obstétricaux sont parfois révélateurs du vécu et des échecs de la contraception chez les femmes. Ils ont donc été précisés ainsi que des notions à propos de la contraception d'urgence et des infections sexuellement transmissibles.

3- Méthode

3.1- Préparation du protocole d'enquête

Le questionnaire, support de cette étude, a été élaboré avec l'aide du Dr Agard médecin interniste responsable de la PASS, du Dr Senand du département de médecine générale et l'avis du Dr Meslé médecin généraliste, responsable du CIVG de St Jacques. Il définit tout d'abord l'identité de la patiente c'est-à-dire son âge, sa nationalité, sa situation

familiale et professionnelle ainsi que son régime de sécurité sociale. Ces items permettent ensuite de définir l'appartenance au groupe précaire ou non précaire.

Dans ce questionnaire, les thèmes précédemment cités ont été organisés en trois parties :

- la consultation et son accès qui conditionneront l'accès à la contraception
- la contraception à proprement dit et les antécédents gynéco-obstétricaux
- et les connaissances de la patientes : sur la contraception d'urgence, les IST et les lieux d'accueil et de soins possibles en cas de survenue d'une grossesse.

Voir Annexe 3

3.2- Lieux d'enquête et distribution des questionnaires

La répartition des questionnaires s'est faite entre différents centres de l'agglomération nantaise:

- la PASS : 30 questionnaires
- le planning familial : 30 questionnaires
- un cabinet de médecine générale à Rezé : 30 questionnaires
- le planning de St Jacques : 15 questionnaires
- Médecins du monde : 15 questionnaires
- le centre Tréméac : 5 questionnaires
- le Triangle : 5 questionnaires.

Cet ensemble constitue un panel de lieux possibles de consultations pour toutes les femmes de l'agglomération nantaise. Il n'a pas pour objectif d'être exhaustif. La distribution dans chaque site s'est faite de façon aléatoire. Le questionnaire était remis à une patiente qui le remplissait seule ou avec l'aide d'un interprète si nécessaire. Les questionnaires étaient ensuite récupérés et validés par une confirmation de la patiente. Il était en effet important de

savoir si celle-ci avait bien compris les questions et si elle en avait d'autres concernant le questionnaire ou la contraception.

L'étude s'est déroulée sur une période de huit mois, du 10/01/2004 au 3/09/2004.

130 questionnaires ont été remis. 93 questionnaires ont été récupérés remplis et analysés. Un questionnaire était inexploitable. 9 questionnaires ont été récupérés vierges et 27 ont été perdus.

3.3- Critères d'inclusion et définition des groupes

Pour participer à l'enquête, les femmes devaient être âgées de 15 à 45 ans. Seules ont été prises en compte les femmes qui ont accepté de répondre au questionnaire mais de manière générale, les femmes se sont montrées disponibles et coopérantes. Plusieurs ont même noté que le sujet était intéressant.

Nous avons utilisé une cotation selon les réponses à la première partie nommée « identité ».

Nationalité : française = 0 point, étrangère = 2 points

Mode de vie : maison = 0 pt, foyer d'hébergement, hôtel ou sans logement = 3 pts

Situation familiale : vie maritale ou concubinage = 0 pt, célibataire = 0 pt, enfants à charge = 1 pt, seule avec enfants = 2 pts

Activité : travail = 0 pt, chômage = 2 pts, étudiante = 0 pt, sans activité salariée = 1 pt

Prise en charge : régime obligatoire : sécurité sociale = 0 pt, CMU = 3 pts, AME = 3 pts, pas de prise en charge = 3 pts ; régime complémentaire : mutuelle = 0 pt, CMU = 3 pts, pas de complémentaire = 2 pts

Les femmes ayant obtenu 3 points ou plus sont incluses dans le groupe précaire.

Ce système de score est le fruit d'une réflexion avec le Dr Agard et le Dr Senand. Il ne s'agit pas d'un score ayant fait l'objet d'étude préalable mais il a semblé pertinent et pratique pour répartir les patientes. Ces critères diffèrent de ceux validés par l'équipe du Professeur Lombrail dans le but d'établir « un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. » (40). Les critères de notre étude ont en effet été

déterminés avant cette publication et sont basés essentiellement sur le logement, l'activité et la prise en charge de sécurité sociale sans préciser si la patiente avait des difficultés financières pour payer ses médicaments ou ses examens médicaux, si elle bénéficiait des minima sociaux et le temps depuis lequel elle était au chômage si c'était le cas.

3.4-Analyse des questionnaires

L'analyse des questionnaires a été effectuée au département de médecine générale avec l'aide de Dr Rémi Senand grâce au logiciel épi info. Deux groupes de femmes précaires et non précaires ont été définis selon les critères suscités et comparés, afin de préciser les enseignements et les implications de ce travail. La signification statistique des différences relevées entre les groupes a été réalisée par le test du khi deux, grâce au logiciel Systat 10.2.

4- Résultats

Ces résultats concernent les 93 patientes ayant répondu aux questionnaires entre Janvier et Août 2004 dans différents centres de consultations répartis dans l'agglomération nantaise.

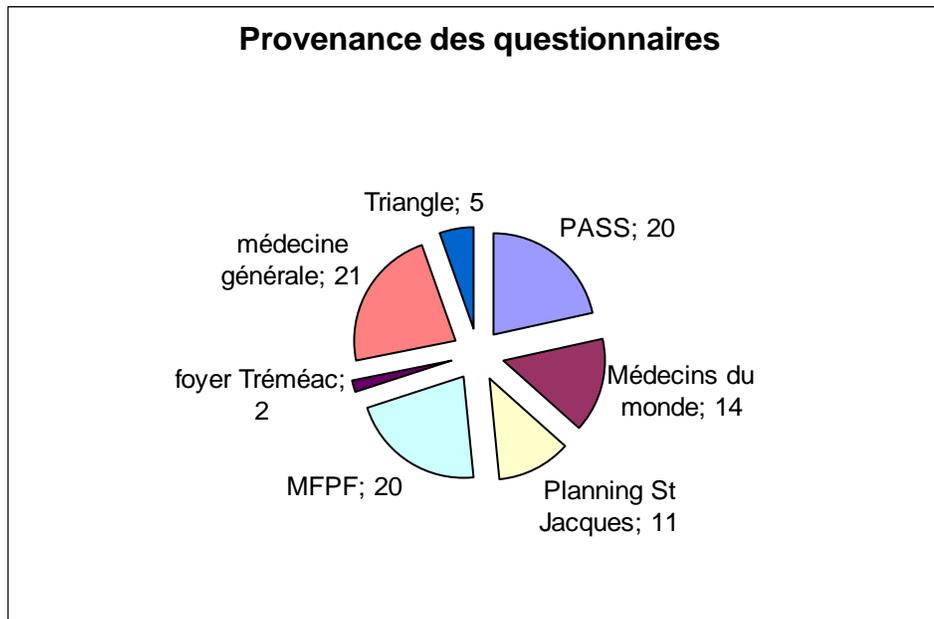
4.1- Résultats de l'enquête

4.1.1- Populations représentées

1-Provenance des questionnaires

Dans notre étude, les patientes qui ont répondu au questionnaire, proviennent de différents lieux de consultation de l'agglomération nantaise.

Graphique n°1 :



2- Age

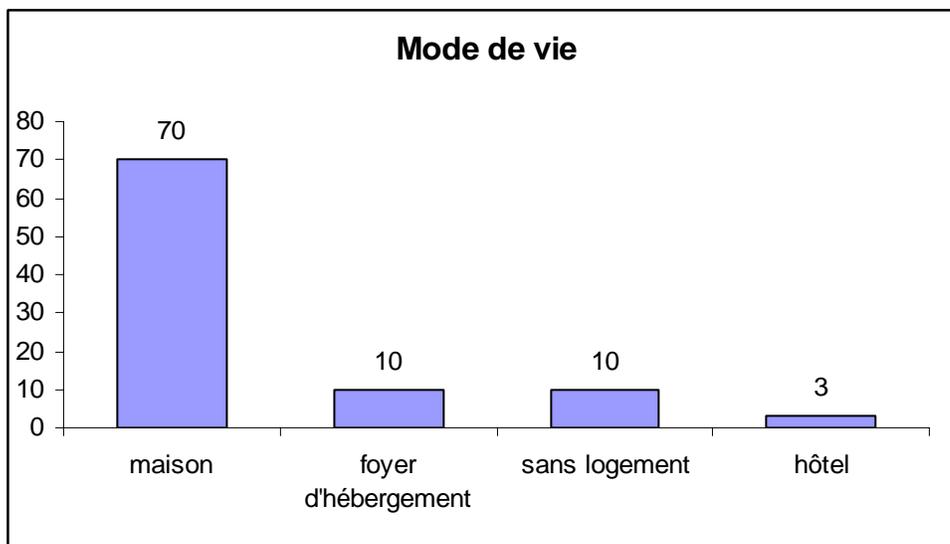
Dans notre étude, 81.7° /o ont moins de 30 ans. Elles sont âgées de 24 ans en moyenne (extrémités 15-45 ans).

3- Nationalité

66% des 93 patientes sont françaises, 34% sont étrangères. La moitié, soit 54%, des femmes précaires sont étrangères. Mais, 97% des femmes étrangères sont précaires : 4 russes, 2 ukrainiennes, 4 roumaines, 6 nigérianes, 2 centre africaines, 1 congolaise, 2 camerounaises, 3 marocaines, 4 algériennes, 3 turques, 1 malgache. La plupart de ces patientes étrangères ont été rencontrées à la PASS (15/20 soit 75% des patientes de la PASS) et à Médecins du monde (12/14 soit 85.7% des patientes de MDM), les autres: MFPF (3/20) et planning de St Jacques (2/11).

4- Mode de vie

Graphique n°2

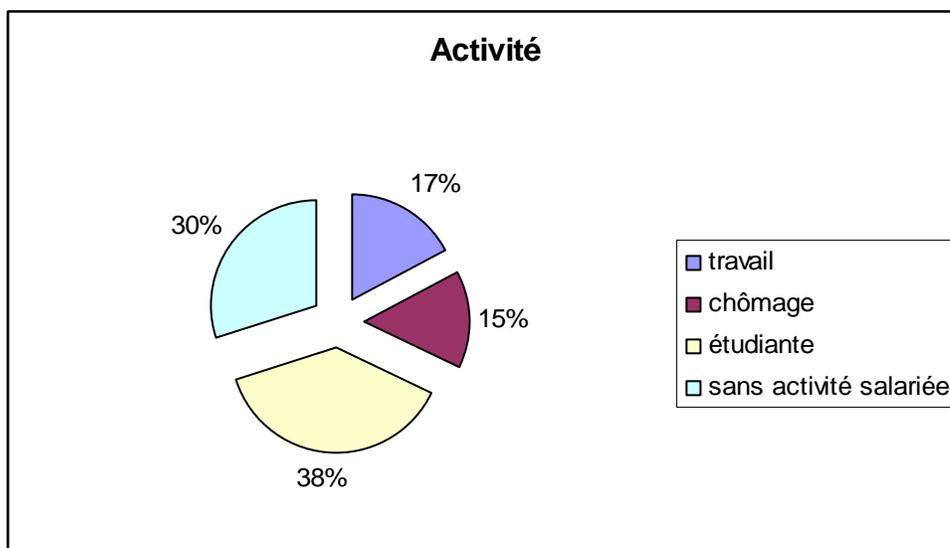


5- Situation familiale

Sur les 93, 32 femmes vivent en couples ou sont mariées et 61 sont célibataires. 24.7% des femmes ont des enfants : 28.1% des femmes vivant en couples et 22.9% des célibataires.

6- Activité

Graphique n°3



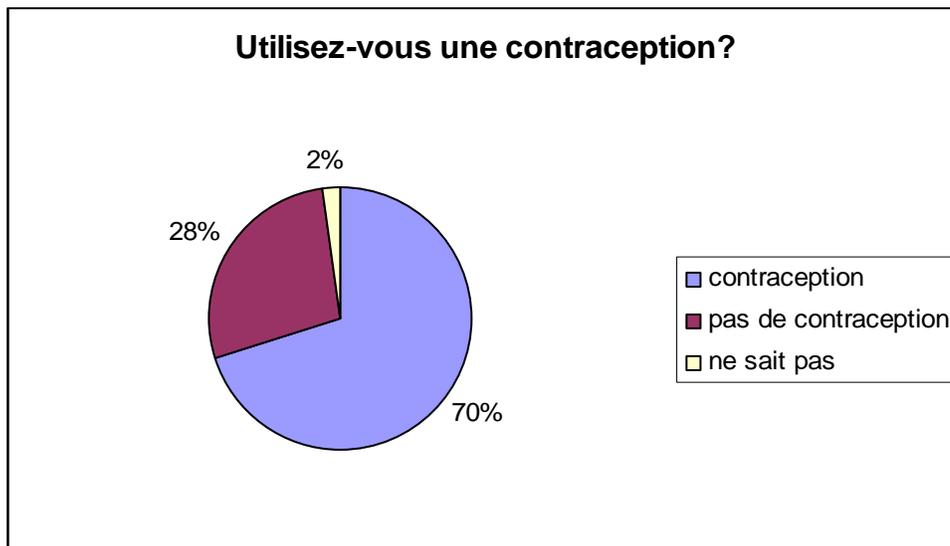
7- Régimes de prise en charge sociale

Pour le régime obligatoire, 49 femmes sur 93 ont une sécurité sociale, 35 ont la CMU, et 9 n'ont aucune prise en charge. Pour le régime complémentaire, 45 femmes ont une mutuelle privée, 27 ont la CMU complémentaire et 21 n'en ont pas.

4.1.2- Recours à la contraception

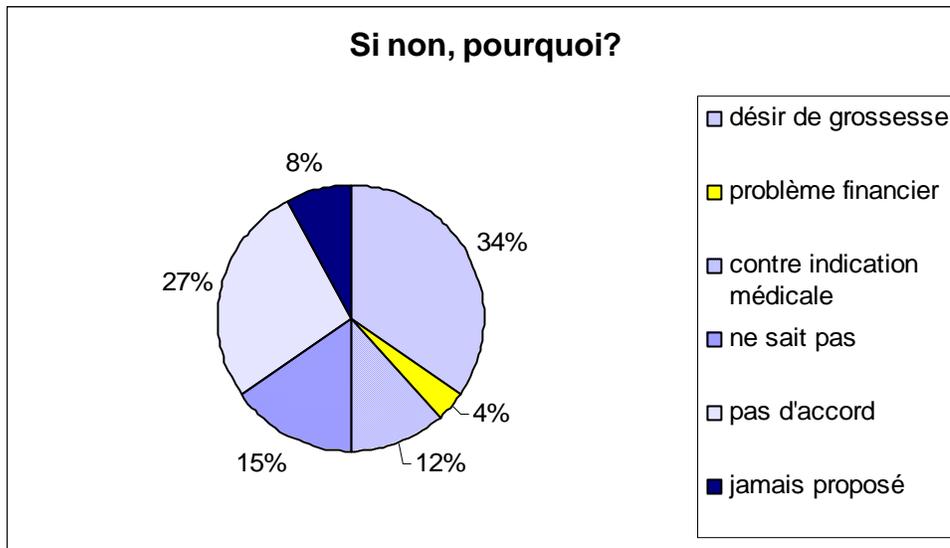
1- Utilisation d'une contraception

Graphique n°4



Sur les 93 patientes : 65 femmes déclarent utiliser une contraception.

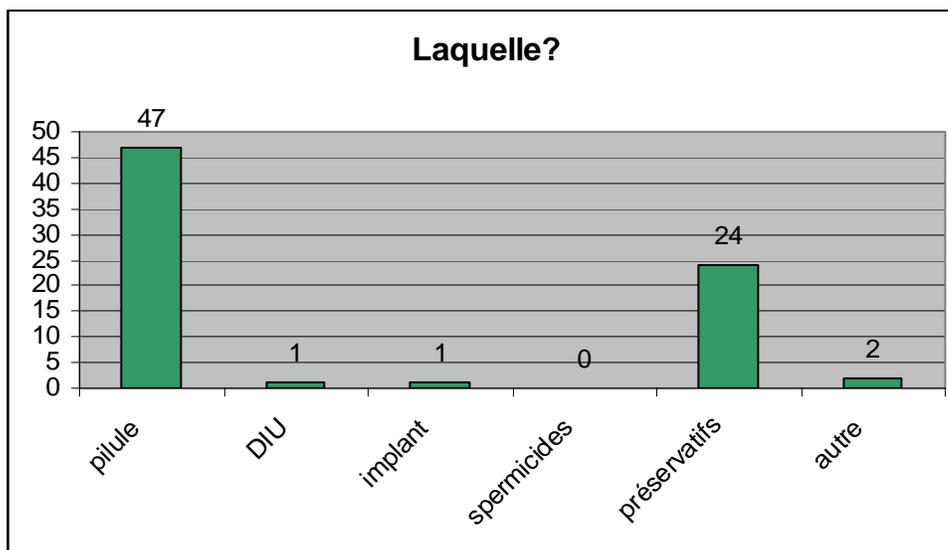
Graphique n°5



Les patientes n'utilisent pas de contraception pour un désir de grossesse (n=9), pour des raisons financières (n=1), à cause d'une contre indication médicale (n=3), par conviction morale ou religieuse (n= 7) et par ignorance (n=6).

2- Choix de la méthode de contraception

Graphique n°6

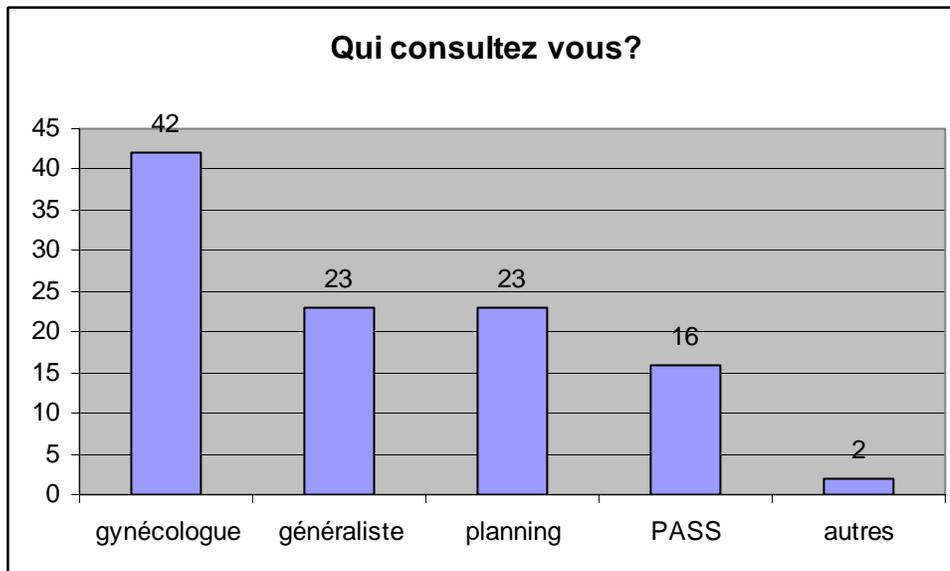


72.3% des femmes qui déclarent utiliser une contraception prennent la pilule. Cette méthode est donc majoritaire. Les préservatifs sont aussi fréquemment utilisés : 36.9% des patientes ayant une contraception les utilisent. Les autres méthodes sont moins répandues :

une patiente a un implant, une autre a un DIU , deux utilisent des méthodes naturelles et aucune des spermicides.

3- Accès à la consultation gynécologique

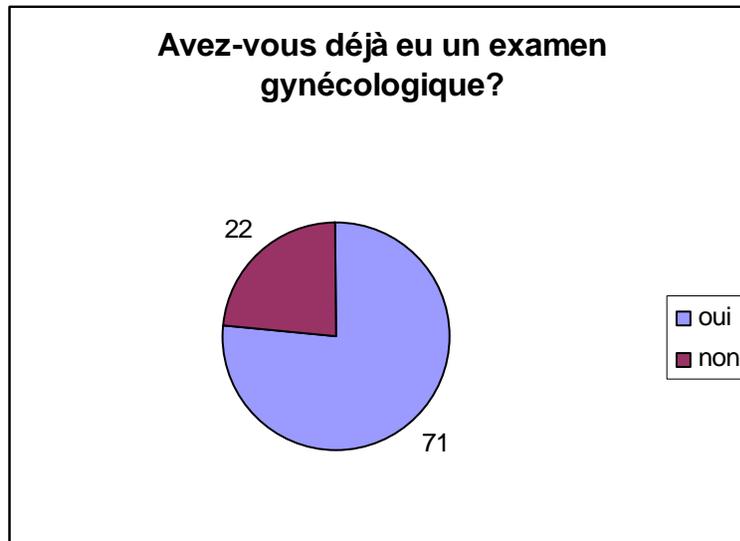
Graphique n°7



Les deux réponses « autres » correspondaient à Médecins du monde. Et, quand on pose la question « si vous ne consultez pas, pourquoi ? » : 5 patientes répondent qu'elles ont des problèmes financiers, 8 disent ne pas oser consulter et 5 ne savent pas pourquoi elles ne consultent pas.

4- Suivi gynécologique

Graphique n°8



Chez les femmes qui ont déjà eu un examen gynécologique, il date de moins d'un an pour 85% d'entre elles. L'examen gynécologique est pratiqué pour 65 des patientes une fois par an et pour 17 d'entre elles de façon moins régulière. Lorsque l'examen gynécologique n'est pas effectué, 16 patientes disent qu'on ne leur a pas proposé, 7 l'ont refusé et 11 ne savent pas pourquoi (il était possible de cocher plusieurs items).

5- Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau n°5

	1	2	3	4	5	10	12	total
Grossesse(s)	15 Femmes	10 Fe	10 Fe	6 Fe	5 Fe		1 Fe	126
Enfant(s)	11 Fe	20 Fe	3 Fe					60
Fausse(s) couche(s)	12 Fe	2 Fe		1 Fe				24
IVG	20 Fe	1 Fe	1 Fe	1 Fe		1 Fe		39
GEU	1 Fe		1 Fe					4
ITG	1 Fe							1
IST	18 Fe							

D'après ce tableau, 15 femmes ont eu une grossesse, 10 en ont eu deux, dix en ont trois, six en ont quatre, cinq en ont eu cinq et une en a eu douze. 20 femmes ont eu une IVG, une en a eu deux, une en a eu trois, une en a eu quatre et une en a eu dix. Il est surprenant de

noter qu'une femme a eu 12 grossesses dont 10 IVG. La discordance entre la somme des enfants + des FCS+ des IVG+ des GEU+ des ITG =122 et le nombre total de grossesses=126 correspond probablement à la mauvaise compréhension de la question par certaines femmes. De même le nombre d'IST n'est peu indicatif car les femmes confondent parfois mycoses ou cystite et IST.

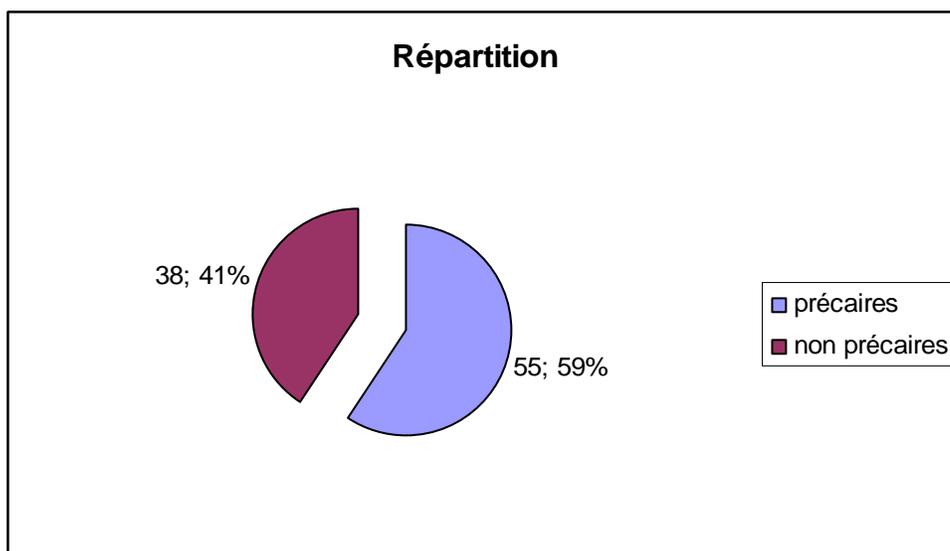
6- Information

23 patientes répondent qu'il n'est pas possible d'utiliser plusieurs moyens de contraception en même temps et 7 disent ne pas savoir. 49 patientes sur 93 ne savent ce qu'il faut faire en cas d'oublis de pilule. 4 patientes possèdent une pilule du lendemain ou contraception d'urgence chez elles, 80 n'en ont pas chez elles, et 8 ne savent pas répondre à cette question. 2 patientes répondent que la pilule protège du sida et 7 ne savent pas.

4.2- Résultats comparatifs entre les femmes précaires/non précaires

4.2.1- Répartition

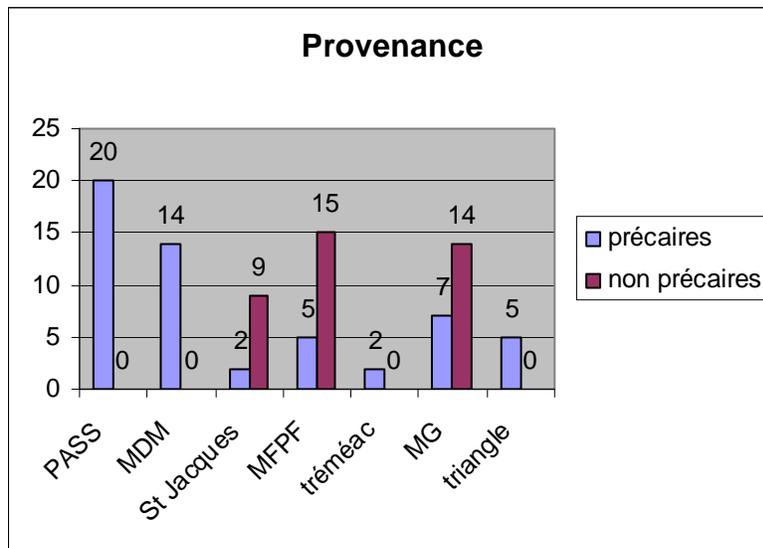
Graphique n°9



Selon nos critères de précarité, les 93 patientes de notre étude se répartissent en deux groupes : 55 femmes précaires et 38 femmes non précaires.

1-Provenance des patientes

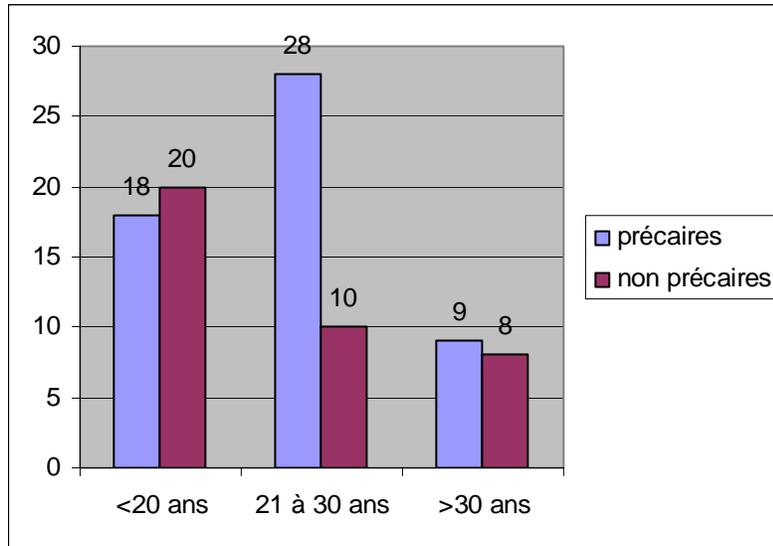
Graphique n°10



Les patientes en situation de précarité proviennent essentiellement de la PASS et de MDM mais on les retrouve aussi à Tréméac et au Triangle, ainsi qu'au planning familial et au planning de l'hôpital, et dans le cabinet de médecine générale. Ces trois derniers lieux rassemblent toutes les femmes non précaires de notre étude.

2- Age

Graphique n°11



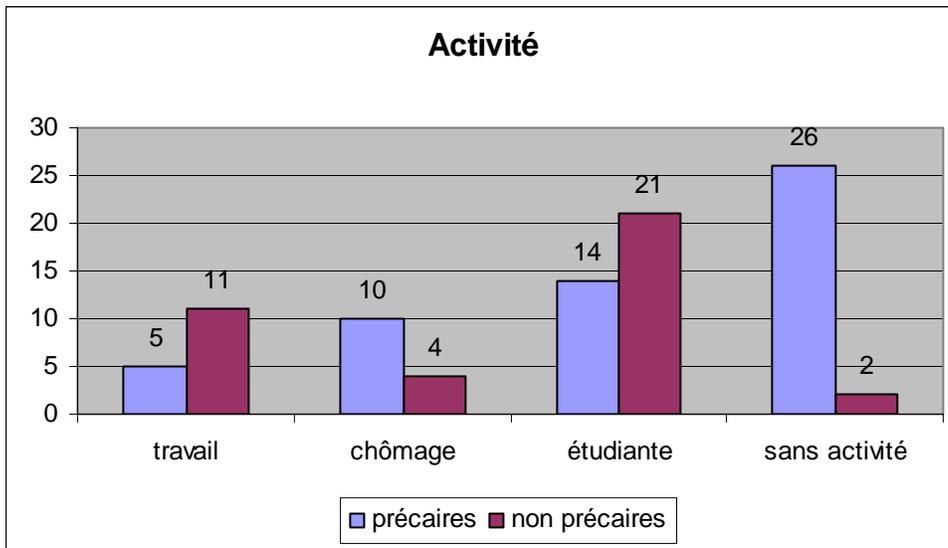
Il existe une différence significative ($p < 0,05$) dans la répartition des âges des patientes. Les femmes précaires sont plus souvent âgées de 20 à 30 ans, ce qui explique peut être aussi leur plus fort désir de grossesse.

3- Situation familiale

24% des femmes ont des enfants. Chez les femmes en situation de précarité : 23 sont mariées dont 7 ont des enfants, 32 sont célibataires dont 7 ont de enfants. Chez les femmes non précaires : 8 sont mariées dont 1 a des enfants et 30 sont célibataires dont 8 ont des enfants. Donc, 41.8% des femmes précaires vivent maritalement contre 21% des femmes non précaires. 25.4% des femmes précaires ont des enfants et 23.7% des femmes non précaires.

4- Activité

Graphique n°12



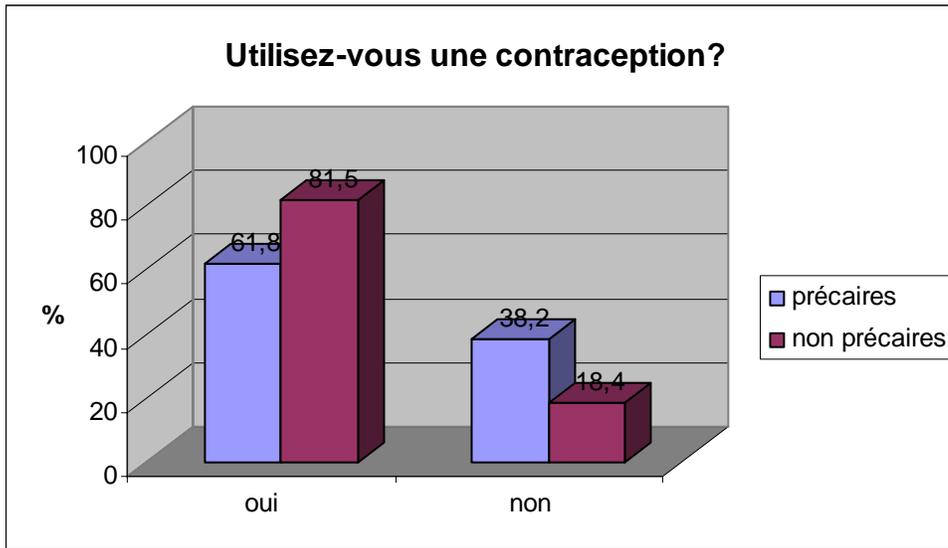
5- Prise en charge sociale

Concernant les régimes obligatoire et complémentaire: 36 sur 38 femmes non précaires ont une sécurité sociale contre 13 femmes précaires seulement. 35 femmes non précaires ont une mutuelle, 3 femmes non précaires n'ont pas de prise en charge complémentaire. Chez les femmes précaires : 13 ont la sécurité sociale et 10 une mutuelle ; 35 ont la CMU et 27 la CMU complémentaire ; 18 n'ont pas de complémentaire et 7 n'ont aucune prise en charge. Au total, 23% des femmes en situation de précarité possèdent une sécurité sociale contre 94.7% des femmes non précaires, 63.6% ont la CMU, et 12.7% n'ont aucune sécurité sociale; 18.1% ont une mutuelle contre 92% chez les femmes non précaires, 49% ont la CMU complémentaire et 32.7% n'ont aucune assurance complémentaire. Les femmes non précaires n'ayant de prise en charge correspondaient à des mineures qui consultaient de façon confidentielle, elle était donc probablement ayant droit de leurs parents mais ne pouvait s'en servir.

4.2.2- Recours à la contraception

1-Utilisation d'une contraception

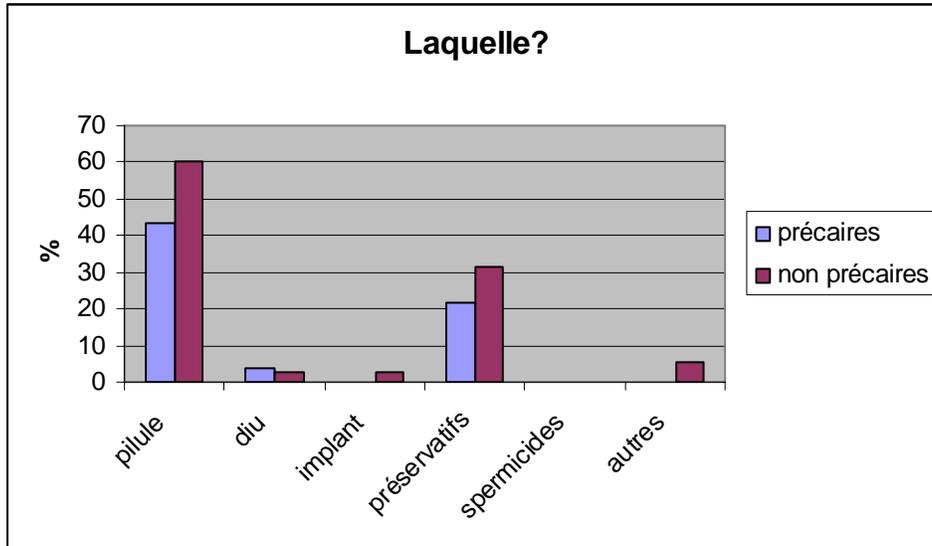
Graphique n°13



Les femmes précaires utilisent moins la contraception (n=34) que les femmes non précaires (n=31). La différence est significative (p0.05).

2- Choix de la méthode de contraception

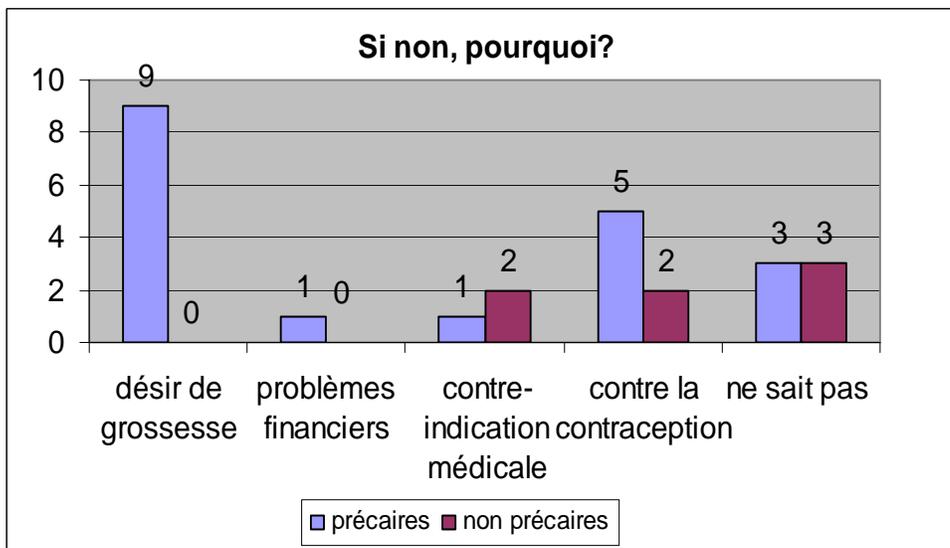
Graphique n°14



Les méthodes de contraception sont choisies dans les mêmes proportions.

3- « Si vous n'en utilisez pas, pourquoi ? »

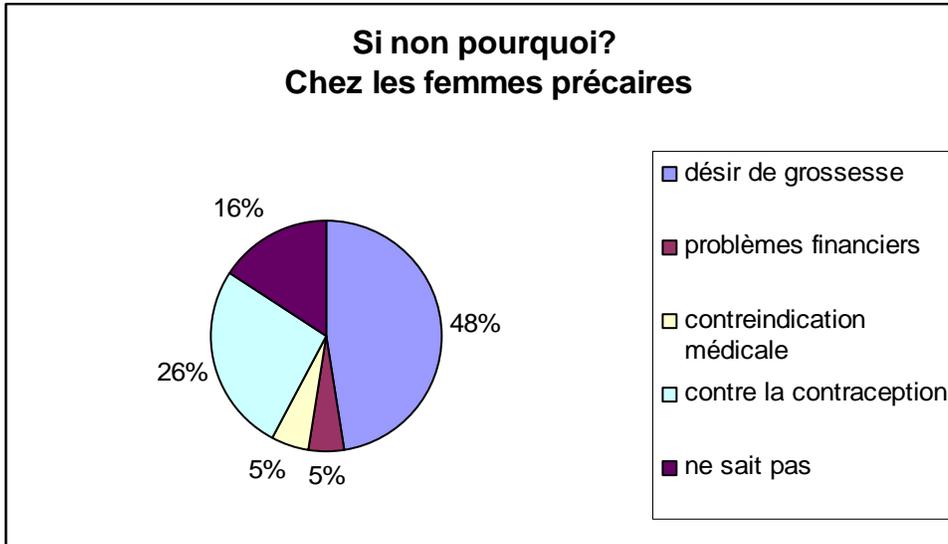
Graphique n°15



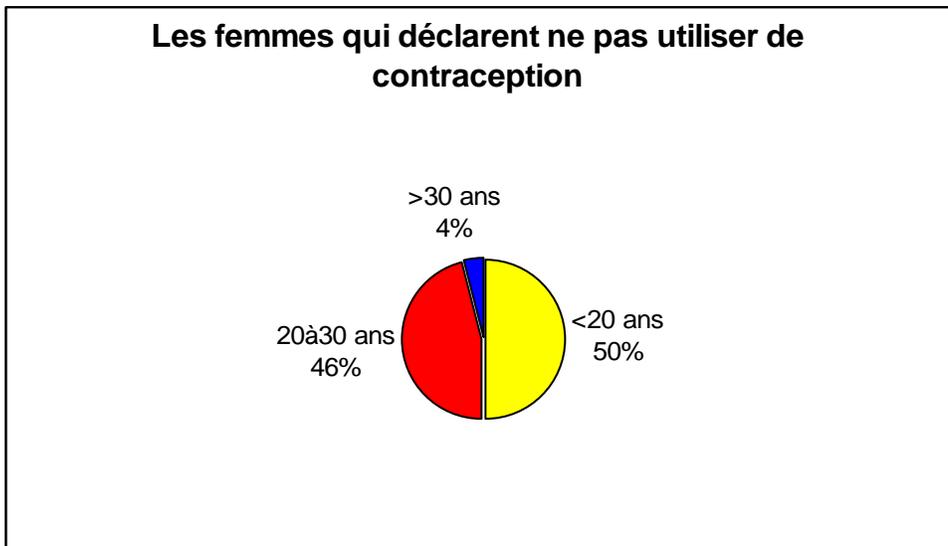
La première cause de non utilisation de la contraception est le désir de grossesse (n=9). L'absence de contraception est donc justifiée, on aurait pu choisir d'exclure ces femmes de notre étude mais nous avons pris en compte toutes les réponses. La deuxième

raison évoquée par la femme est la conviction morale ou religieuse. On retrouve en suite les problèmes financiers, les contre-indications médicales et l'ignorance.

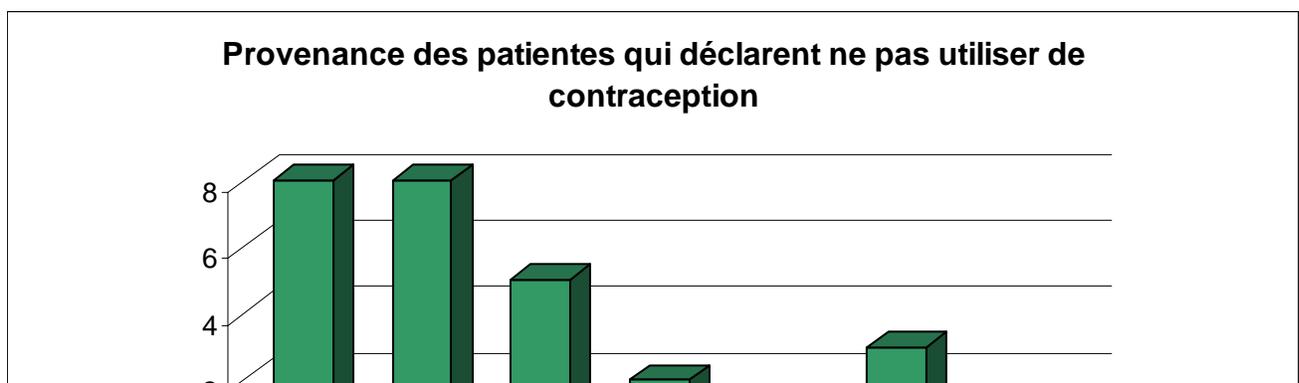
Graphique n°16



Graphique n°17



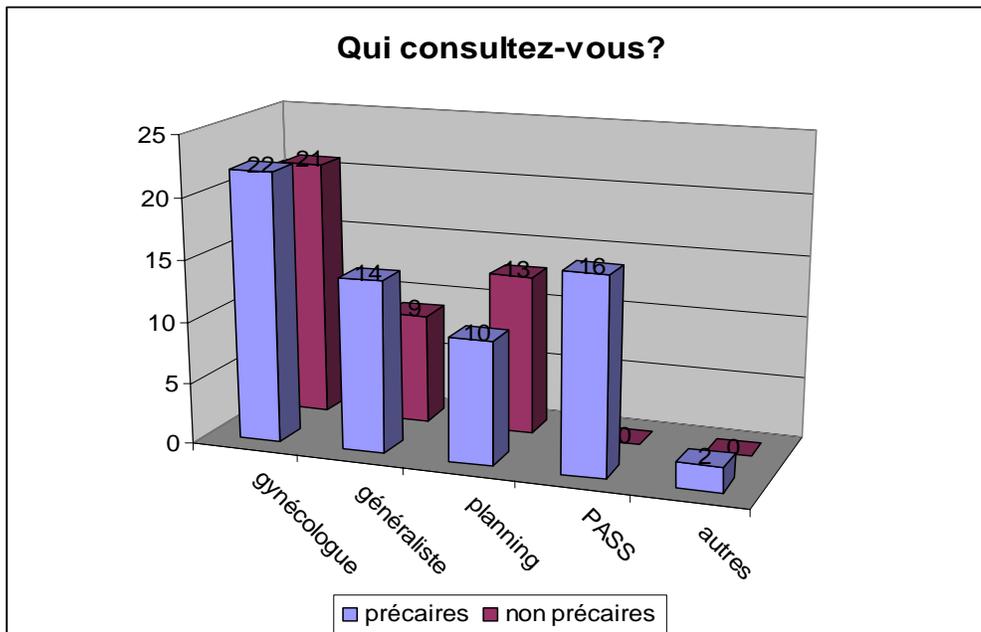
Graphique n°18



4- « Qui consultez-vous ? »

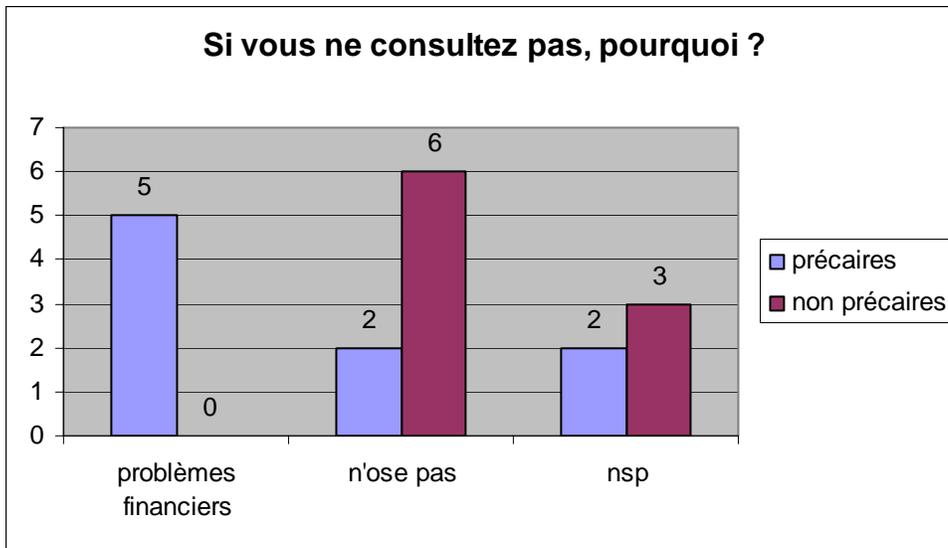
Il s'agit de savoir où les femmes s'adressent pour une prescription de contraception ou pour leur suivi gynécologique. Il était possible de répondre plusieurs items à cette question. Le planning familial et le planning de l'hôpital ont été rassemblés dans cette question pour la simplifier.

Graphique n°19



34% des femmes précaires consultent un gynécologue, 22% leur médecin généraliste 16% le planning, 25% la PASS et 3% les MDM. 49% des femmes non précaires consultent un gynécologue, 21% leur médecin généraliste et 30% le planning.

Graphique n°20



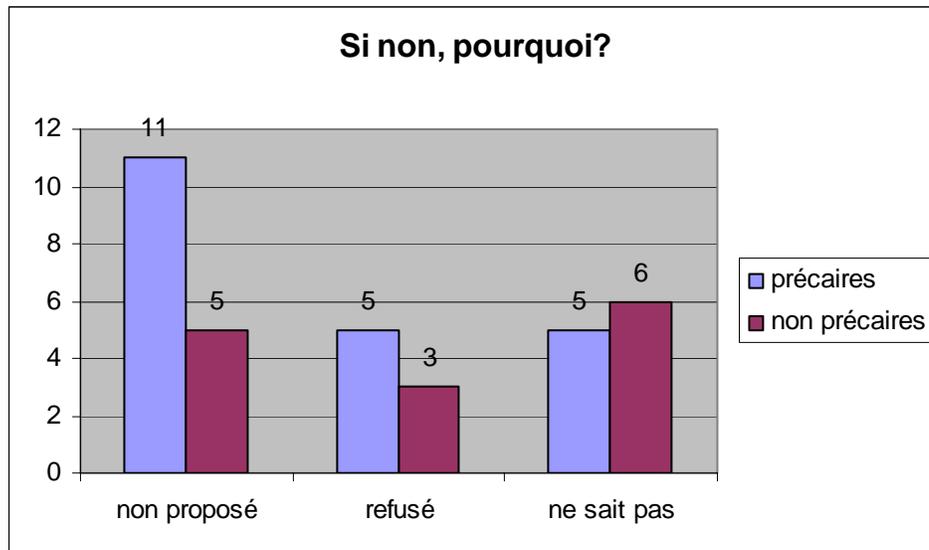
« Ne sait pas » regroupe celles qui ne savent pas où s'adresser et celles qui ne savent pourquoi elles ne consultent pas. Ces chiffres concernent seulement les 18 femmes qui renoncent parfois à consulter.

5- Le suivi gynécologique

41 femmes en situation de précarité (soit 74.5%) et 30 femmes non précaires (soit 78.8%) ont déjà eu un examen gynécologique dont respectivement 36 et 29 il y a moins d'un an. Il n'y a pas de différence significative dans le fait d'avoir déjà eu un examen gynécologique ($p < 0,05$). Par contre les femmes précaires sont suivies moins régulièrement. Parmi les femmes ayant déjà eu un examen gynécologique, il date de plus d'un an pour 13 femmes précaires et 4 femmes non précaires et il n'a jamais été effectué pour 6 femmes précaires et 5 femmes non précaires.

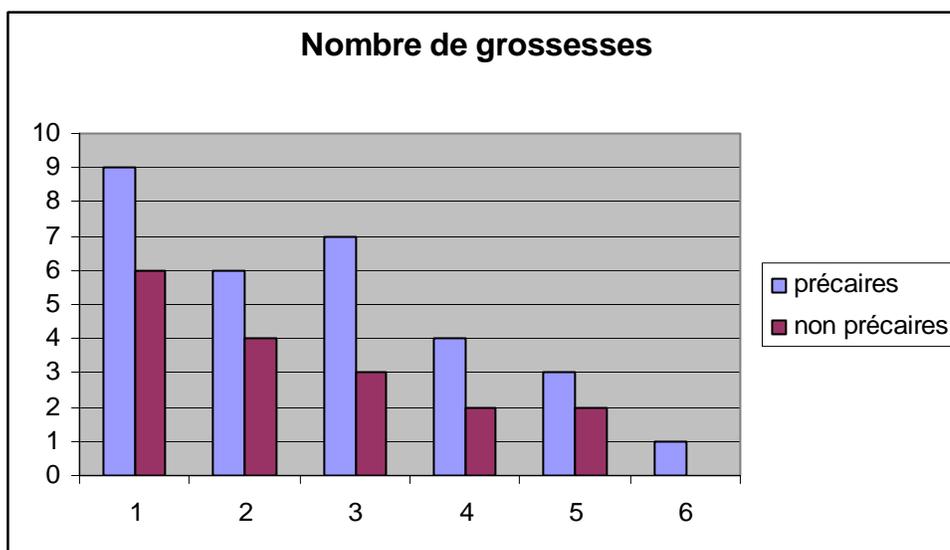
Lorsque l'examen gynécologique n'a jamais été effectué :

Graphique n°21



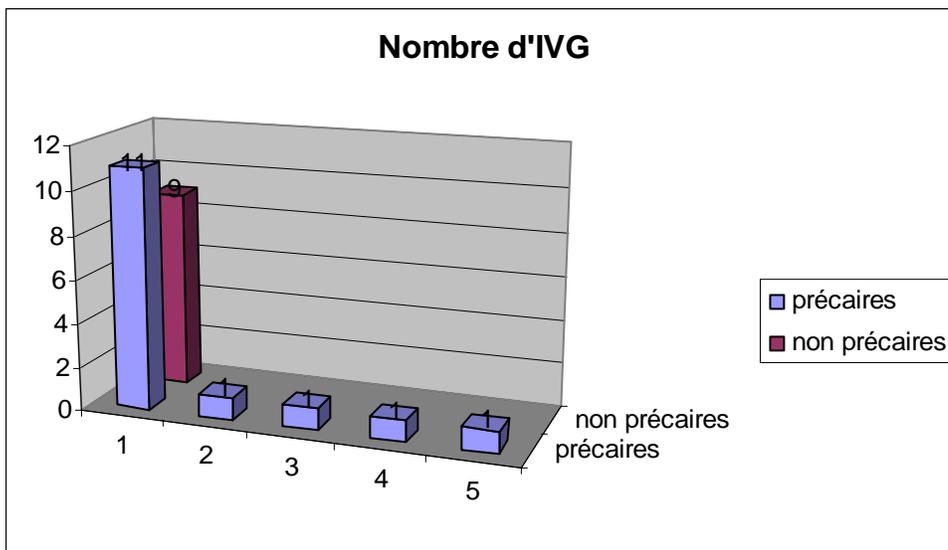
6- Les antécédents gynéco-obstétricaux

Graphique n°22



Sur ce graphique nous voyons que 10 femmes précaires ont un enfant, 13 en ont deux. 1 femme non précaire a un enfant, 7 en ont deux et 3 en ont trois. 7 femmes précaires avaient fait une fausse couche spontanée, 1 en avait fait 2 et 1 autre 4. Chez les femmes non précaires : 5 avaient fait une fausse couche et 1 en avait fait 2.

Graphique n°23



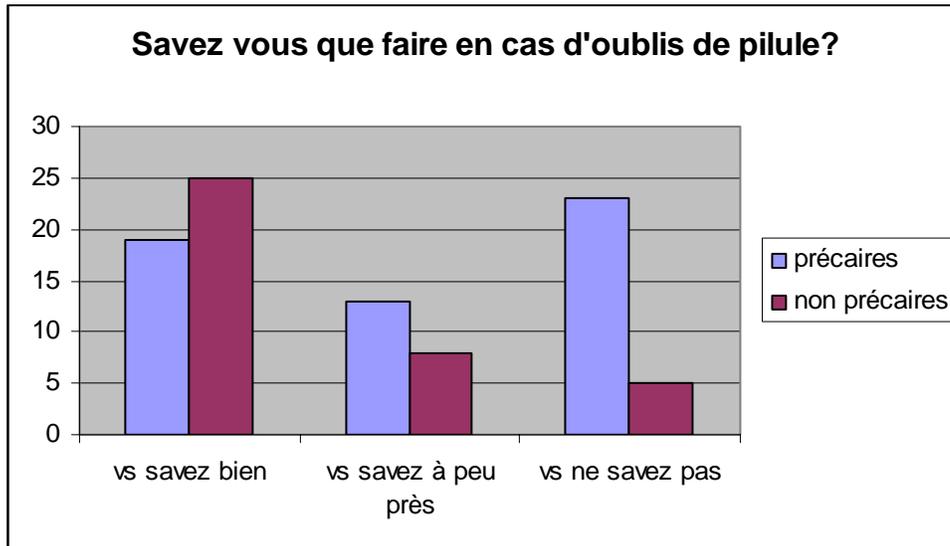
27% des femmes précaires et 23% des femmes non précaires ont eu une IVG. Par contre le nombre d'IVG est plus élevé chez les femmes en situation de précarité (respectivement 30 et 9 IVG chez les femmes précaires et non précaires). Ceci est expliqué par les IVG itératifs qu'on ne retrouve que chez les femmes en situation de précarité.

7- L'information

A propos de la pilule du lendemain, ont été prises ne compte les réponses « oui » pour « quand » et « où » prendre et trouver la pilule du lendemain, ainsi que pour la question « en avez vous chez vous ? ». Pour la question « faut-il une ordonnance ? », ce sont les réponses « non » qui ont été comptabilisées car la pilule du lendemain est effectivement remboursée sur ordonnance pour les majeures mais elle est disponible pour toutes les femmes sans ordonnance. Au total, les femmes en situation de précarité sont moins informées car

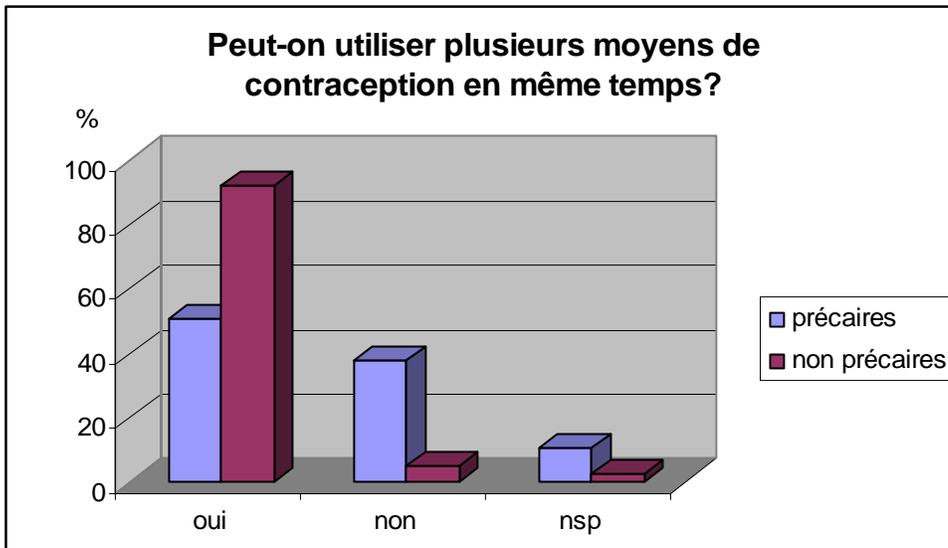
54.5% d'entre elles savent à quel moment la prendre et 54.5% où se la procurer versus 81.5% et 86.8% des femmes non précaires. La différence significative (p0.01).

Graphique n°24



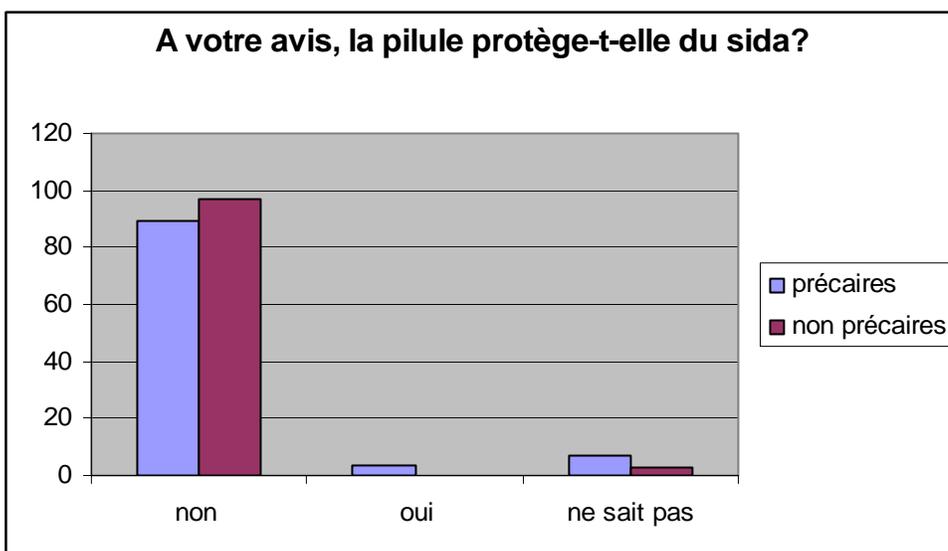
Les femmes précaires connaissent moins la conduite à tenir en cas d'oublis de pilule. 36 femmes précaires savent à peu près ou ne savent pas ce qu'il faut faire contre 25 femmes non précaires. La différence est aussi significative (p0.001).

Graphique n°25



A la question « peut-on utiliser plusieurs moyens de contraception en même temps ? », la réponse attendue est « oui ». Effectivement, il est possible d'utiliser simultanément la pilule et les préservatifs par exemple. Et les femmes en situation de précarité sont moins informées. Seules deux femmes non précaires répondent négativement et une ne sait pas répondre alors que 21 femmes en situation de précarité répondent négativement et six ne savent pas. La différence est significative ($p < 0.001$).

Graphique n°26

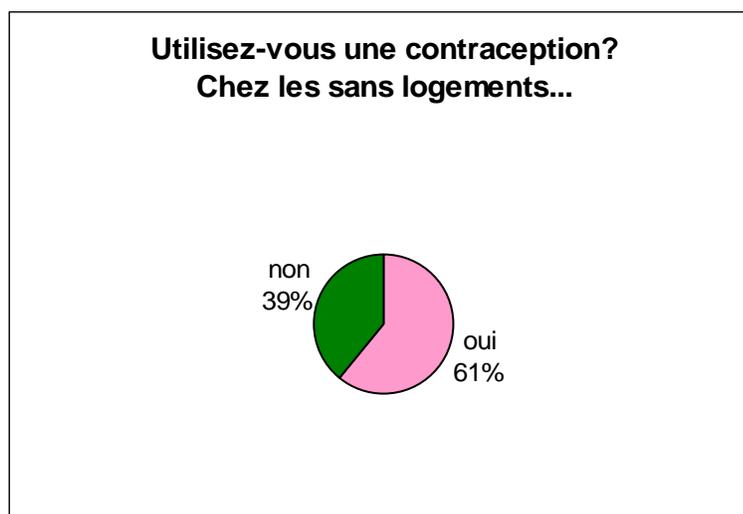


Seules des femmes précaires répondent que la pilule protège du sida (n=2 !). Et sur les 93 patientes, quatre femmes en situation de précarité et une femme non précaire ne savent pas répondre à la question « la pilule protège-t-elle du sida ? ». La différence entre les deux groupes est significative (p0.001).

8- Cas particuliers :

Selon le mode vie, nous avons sélectionné les patientes sans logement, vivant à l'hôtel ou en foyer d'hébergement : elles sont 23 sur 93 soit 24.7%.

Graphique n°27



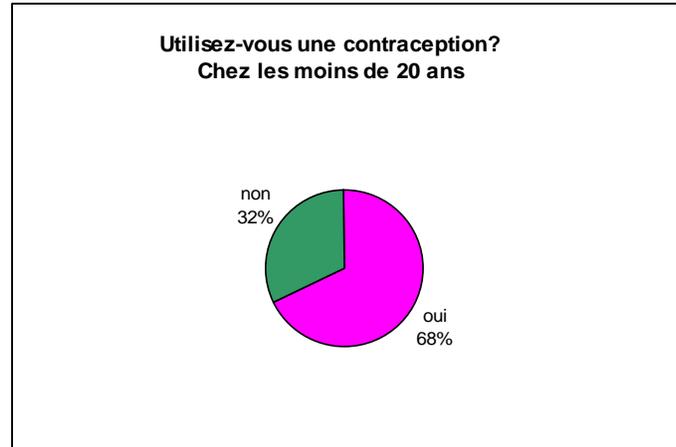
14 patientes sur 23 déclarent utiliser une contraception soit 60.8%, il n'en reste donc 9, soit 38.2%, qui n'utilisent pas de contraception. Ce chiffre est plus important que celui de la population générale et même que celui du groupe précaire. Le fait de ne pas avoir de logement serait donc un facteur de risque supplémentaire. Il était possible de donner une réponse double à cette question, certaines n'utilisent donc que la pilule, d'autres que les préservatifs, d'autres les deux. Il n'y a pas d'autres moyens de contraception cités dans ce groupe. 9 femmes sur 23, soit 43 %, utilisent des préservatifs, ce qui est supérieur aux chiffres des autres groupes. Ce résultat est probablement augmenté par la proportion de prostituées qui ont répondu au questionnaire, lors d'une consultation à la PASS ou à

Médecins du Monde, et qui appartiennent au groupe des femmes précaires, même si elles n'ont pas été identifiées spécifiquement.

Graphique n°28



Graphique n°29



11 femmes étrangères sur 17, soit 64.7%, utilisent la pilule et 16.1% d'entre elles utilisent les préservatifs, ce qui correspond aussi aux moyennes nationales (16). Parmi les femmes qui déclarent ne pas utiliser de contraception, la moitié a moins de 20 ans (13 sur 28) et 82% proviennent de la PASS, de MDM et des plannings. Chez les moins de 20 ans et les sans logement qui utilisent une contraception, 76% et 78% choisissent le préservatif associé ou non à la pilule, elles semblent donc sensibilisées à la prévention des IST. Les femmes étrangères n'utilisent le préservatif qu'à 29%.

5- Discussion

5.1- Hypothèses et axes de réflexion

L'accès aux soins est fonction des ressources financières, de l'aptitude à effectuer des démarches administratives et du régime de prise en charge sociale: le recours à la contraception est donc a priori plus compliqué chez les femmes en situation de précarité. L'utilisation d'une contraception dépend des conditions de vie, elle est donc aussi vraisemblablement moins aisée chez les femmes en situation de précarité. Le nombre d'IVG

ne diminue pas en France et cela semble être une des conséquences de carences en matière de contraception. Le nombre de séroconversions au VIH augmente actuellement en France et notamment chez les femmes hétérosexuelles en situation de précarité.

Ce qui est dit sur la sexualité en France reste le plus souvent tributaire des discours moralisants ou de « performance », de marchandisation du corps et du sexe, ou encore d'une approche médicalisée laissant peu de place au vécu social et psychique (59). Paradoxalement, la contraception est un sujet peu abordé de façon courante et on peut penser que son accessibilité et son acceptabilité se pose encore plus difficilement pour des personnes qui cumulent des éléments de vulnérabilité dus à leur situation familiale, affective, culturelle, sociale et économique.

Une étude qualitative réalisée par J. Mossuz Lavau en 2002, a réuni 928 femmes en situation de précarité (7). Ce projet s'est intégré dans un programme national de réduction des risques sexuels car les contaminations au VIH augmentent encore aujourd'hui et notamment dans les milieux défavorisés. Ces femmes ont donc échangé lors de groupes de parole sur le corps, la sexualité, la contraception, les IST. Cette enquête nous a permis de mieux comprendre dans certains aspects, les femmes en situation de précarité et ainsi, de compléter notre étude quantitative.

5.2- Analyse des résultats de notre étude

5.2.1- Les caractéristiques sociologiques

Dans notre étude, les patientes ayant répondu au questionnaire, proviennent de différents lieux de consultations de l'agglomération nantaise. Il s'agit de lieux d'accueil et de soins nantais destinés aux femmes en général et qui ont accepté de travailler avec nous lors de cette étude. Ils ne représentent pas l'ensemble des structures existant et certains centres comme les plannings ont dans leurs objectifs l'éducation à la contraception, les femmes rencontrées y sont donc peut être déjà sensibilisées et récemment informées.

La moyenne d'âge des femmes de notre étude est de 24 ans. Elles sont donc assez jeunes. 75.3% des patientes n'ont pas d'enfant, ce qui n'est pas étonnant étant donné qu'en France, l'âge moyen de la femme à la naissance de son premier enfant est de 28 ans (4). 41.8% des femmes précaires sont mariées contre seulement 21% des femmes non précaires et les femmes non précaires ont plus souvent des enfants hors mariage que les femmes précaires. 47% des femmes précaires sont sans activité et 18% sont au chômage alors que seulement 5.2% des femmes non précaires sont sans activité. 9% des femmes précaires travaillent contre 28.9% des femmes non précaires. Tout ceci démontre que les femmes précaires ne peuvent être autant autonomes que les femmes non précaires. N'ayant pas de profession, elles n'ont pas de revenus propres, elles sont donc financièrement et parfois aussi psychologiquement dépendantes de leurs maris: cela a des conséquences sur le choix et le vécu de la contraception.

La moitié des femmes en situation de précarité sont étrangères. Les résultats de l'étude de J Mossuz Lavau mettent eux aussi en lumière une surreprésentation des femmes étrangères et notamment musulmanes parmi les femmes en situation de vulnérabilité. Elle nous explique que « les femmes musulmanes présentent des traits propres qui les font apparaître comme encore plus démunies que les autres en terme de bagages scolaire et professionnel. Ainsi, 61.4% d'entre elles n'ont aucun diplôme, contre 28.9% des catholiques et 37.7% des sans religion. 57.4% sont femmes au foyer, contre 15% pour les 2 autres groupes qui comportent plus d'élèves/étudiantes/femmes en formation, plus de chômeuses et plus d'actives. Elles sont aussi plus nombreuses à être mariées : 63.7% contre 18.1% des catholiques et 10% des sans religion. Elles ne sont pratiquement jamais célibataires vivant en couple, situation fortement prohibée par l'islam. » (60)

On remarque que 70 des femmes interrogées possèdent un domicile alors que les 23 autres vivent en foyer d'hébergement, à l'hôtel ou sont sans logement. La moitié des femmes en situation de précarité a donc des problèmes de logement. Cela a forcément des répercussions sur les pratiques contraceptives et les échecs. Concernant les régimes de sécurité sociale, il existe une différence importante entre les deux groupes puisque 23% seulement des femmes en situation de précarité possèdent une sécurité sociale contre 94.7% des femmes non précaires (même si 62% ont une CMU). 18.1% ont une mutuelle contre

92% chez les femmes non précaires et 32.7% n'ont aucune assurance complémentaire. L'absence de sécurité sociale est un facteur important de vulnérabilité par la limitation de l'accès aux soins qui l'entraîne.

5.2.2- Le choix de la contraception

Pour ce qui concerne la contraception, 61.8% des femmes précaires de notre étude déclarent utiliser une méthode de contraception contre 81% des femmes non précaires. Ce chiffre correspond à celui trouvé dans l'enquête de J Mossuz Lavau auprès des femmes en situation de vulnérabilité (66.4%). La différence entre les deux groupes est significative. Pourtant, si on retire les 9 femmes en situation de précarité qui déclarent avoir un désir de grossesse, on ne retrouve plus de différence dans les 2 groupes: 21.8% des femmes précaires et 18.4% des femmes non précaires n'utilisent pas de contraception. Tous ces chiffres restent supérieurs à ceux énoncés pour l'ensemble des femmes en France par N Bajos, chercheur à l'INSERM, puisque selon elle : «globalement la proportion des femmes qui ne désirent pas d'enfant et qui déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception demeure très faible (2.6%) » (64).

Respectivement 70.6% et 74.1% des femmes précaires et non précaires déclarant utiliser une contraception ont choisi la pilule, 0.5 et 0.03% le DIU et une seule femme l'implant. On remarque que la pilule reste le mode de contraception le plus utilisé comme dans les études publiées (16 ; 74). Le préservatif est plutôt choisi en début de vie sexuelle et le DIU réservé aux femmes ayant déjà un ou deux enfants. On peut donc parler de pratiques stéréotypées.

Le choix d'une méthode de contraception est intimement lié à deux notions fondamentales : la part biologique qui nous est commune et la part symbolique, psychologique et affective de la sexualité dans la vie de chacun (8). Ce choix dépend aussi des connaissances des femmes. L'accès à des renseignements pratiques et pertinents est donc essentiel. Les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes ont là un rôle déterminant. Il s'agit d'offrir des renseignements sur l'éventail des méthodes de contraception disponibles et l'efficacité de chacune d'entre elles, les caractéristiques propres

à chacune des méthodes de contraception, les effets indésirables courants, les risques et les avantages pour la santé, la façon de bien utiliser la méthode choisie, les mesures à prendre lorsque les problèmes surgissent, les stratégies visant à soutenir l'utilisation systématique à long terme de la méthode choisie par une personne ou par un couple, la contraception d'urgence et les moyens d'éviter les IST. De plus, pour se procurer un moyen de contraception et l'utiliser correctement et de façon systématique, des aptitudes comportementales particulières sont requises comme la compréhension et la motivation (2). La présence de facteurs environnementaux favorables tels que l'accès aux soins, des moyens de contraception abordables...influence aussi le choix, l'acceptation et l'observance. Il est peu probable que les personnes qui vivent des relations abusives ou paralysantes, qui ne peuvent se procurer un moyen de contraception, qui n'ont qu'un accès limité aux soins, qui sont pharmacodépendantes ou qui font face à des préoccupations plus urgentes soient en mesure d'avoir efficacement recours à la contraception (2). La proposition d'une contraception suppose donc une tentative de compréhension du mode de vie de la patiente et parfois d'aborder des sujets tels que les violences conjugales.

Les femmes en situation de précarité de notre étude expliquent ainsi les raisons de non utilisation de la contraception : pour des raisons financières (une femme), à cause d'une contre-indication médicale (une femme), sans savoir pourquoi (trois femmes), par refus de la contraception (cinq femmes) et par désir de grossesse (neuf femmes). Chez les femmes non précaires les raisons sont différentes : aucune n'a de désir de grossesse ni de problème financier, deux présentent une contre-indication médicale, deux sont contre la contraception et trois ne savent pas pourquoi elles n'utilisent pas de contraception. Les raisons financières ne sont donc pas majoritaires comme on aurait pu le croire et même si certaines n'ont peut-être pas osé l'écrire. Par contre, il est surprenant de voir que 8.6% des patientes se disent contre la contraception : il aurait été intéressant de savoir pourquoi. Et 6.4% ne savent pas pourquoi elles n'utilisent pas de contraception : il est probable qu'il s'agissent de femmes peu informées, précaires ou non.

En résumé, il existe une différence significative entre les femmes précaires et non précaires dans le fait d'utiliser ou non une contraception. Par contre, lorsqu'une contraception est utilisée, il n'y a pas de différence au niveau de la répartition du choix des méthodes.

5.2.3- Les données médicales

Dans notre étude, on compte 39 IVG : 30 chez 15 femmes précaires et 9 chez 9 femmes non précaires. Le pourcentage de femmes concernées par l'IVG dans les deux groupes ne diffère pas (15 femmes sur 55 soit 27.2% et 9 femmes sur 38 soit 23.6%). Par contre, le nombre d'IVG est supérieur chez les femmes précaires et elles sont les seules à réitérer les IVG. Le recours à l'IVG est stable au cours de ces dernières années et le taux annuel d'IVG est de l'ordre de 15%o femmes en âge de procréer. Une légère augmentation a été enregistrée chez les moins de 25 ans (de 21 à 24%o pour les 20-24 ans et de 6 à 7%o pour les 15-18 ans) (4). Au total, environ 210 000 IVG sont ainsi pratiquées chaque année. Selon N. Bajos, et d'après une étude réalisée sur 5 ans auprès de 3000 femmes : une grossesse sur trois est non prévue aujourd'hui en France et parmi celles-ci, 35% sont dues à l'absence de contraception mais 21% surviennent sous pilule, 9% avec un DIU, 12% avec des préservatifs et 23% avec des méthodes naturelles (74). La majorité des grossesses non prévues et donc des grossesses donnant lieu aux IVG sont donc dues à des échecs de contraception.

Quand on analyse les causes des grossesses non désirées, on retrouve de multiples causes (63). La démarche contraceptive semble impossible pour certaines femmes car elles sont dans une situation trop difficile tant du point de vue socio-économique que du point de vue personnel. La question de la contraception présuppose une capacité sociale à maîtriser sa vie, elle ne peut pas se poser pour certaines femmes. Des grossesses surviennent parce que les femmes se croyaient infertiles, d'autres parce que les femmes sont plus ou moins ambivalentes quant au désir de grossesse. La contraception se situe au cœur du rapport homme/femme et la dominance masculine influence quelquefois la relation, la femme n'arrivant pas à imposer le préservatif par exemple. Quelques échecs de la contraception sont dus à un déficit d'informations et de la reconnaissance sociale de la sexualité : cela concerne surtout les mineures qui ne peuvent parfois que difficilement aborder le sujet avec leurs

parents, leurs professeurs ou leur médecin et les femmes chez qui les relations sexuelles sont interdites avant le mariage (les centres d'éducation et de planification sont là pour elles). La méthode est inadéquate lorsque la contraception est prescrite sans avoir évoqué avec la patiente son mode de vie : il s'agit le plus souvent de la pilule qui est la méthode de contraception la plus prescrite en France mais qui ne correspond pas toujours à la vie de la femme (horaires irréguliers, logement variable...). L'accident survient chez des femmes qui ne souhaitent pas être enceintes et se situaient clairement dans une démarche contraceptive mais l'efficacité pratique diffère de son efficacité théorique : c'est par exemple la grossesse sous DIU.

Au total, le nombre d'IVG est significativement plus élevé chez les femmes en situation de précarité même si la proportion de femmes ayant eu une IVG ne diffère pas dans les deux groupes. Cela s'explique par la répétition des IVG chez les femmes en situation de précarité. La notion de plus fort désir de grossesse joue aussi probablement un rôle dans ces résultats.

5.2.4- Le suivi gynécologique

L'adoption d'une approche préventive, l'offre de renseignements précis et les efforts en vue d'être accessible, dans le cadre d'une relation fondée sur le respect mutuel, la confiance, la communication ouverte et la bienveillance, permettront la prise de décisions éclairées (2). Selon M. Winckler, les femmes qui viennent consulter sont prêtes à apprendre, aptes à comprendre, et désireuses de prendre en charge leur contraception à conditions qu'on prenne le temps de définir des besoins avec elles, de leur expliquer les mécanismes fondamentaux avec lesquels elles doivent compter, et de répondre à leurs questions sans jugement de valeur (5).

L'examen gynécologique est réalisé chez les femmes en situation de précarité autant que chez les femmes non précaires. En effet, 74 et 78% d'entre elles en ont déjà eu un. Par contre, le suivi semble moins régulier chez les femmes en situation de précarité puisque si on regroupe les femmes qui n'ont jamais eu d'examen gynécologique et celle dont l'examen

date de plus d'un an – autrement dit, celles qui sont pas ou peu suivies – on compte 34.5% des femmes précaires et 23.6% des femmes non précaires. Ces résultats sont peu étonnants, car il est évidemment plus difficile d'organiser un suivi lorsque d'autres problèmes sociaux, financiers ou familiaux prédominent. Mais on note que les causes le plus fréquentes de non suivi chez les femmes précaires sont « examen non proposé », alors que chez les femmes non précaires les réponses sont plus souvent : « pas pensé ou n'ose pas ».

La réponse à la question « où consultez-vous pour votre suivi gynécologique et/ou prescription de votre contraception ? » est majoritairement « gynécologue » pour toutes les femmes. Cela paraît logique puisqu'il s'agit de la consultation gynécologique. Des femmes ne semblent pas savoir que le médecin généraliste peut effectuer leur suivi gynécologique, et certaines considèrent consulter un gynécologue lorsqu'elles venaient au planning. Les plannings familial et de l'hôpital avaient d'ailleurs été réunis dans cette question pour la simplifier, mais on constate que ces structures ne sont pas toujours bien connues (6). Les patientes y consultent dans l'urgence ou en cas de nécessité (IVG ou confidentialité) et moins pour leur suivi. Parmi les femmes en situation de précarité, deux femmes sur 55 déclarent ne pas oser consulter, deux sur 55 ne pas savoir pourquoi elles ne consultent pas et cinq sur 55 déclarent renoncer à consulter pour des raisons financières. Chez les femmes non précaires, six sur 38 disent ne pas oser consulter et trois sur 38 ne pas savoir pourquoi elles ne consultent pas. Au total, 16% des femmes précaires et 23% des femmes non précaires déclarent renoncer à consulter. Les problèmes financiers ne sont donc pas prégnants comme on aurait pu le penser (5%) et la plus forte représentation de femmes n'osant pas consulter (8.6%) est probablement due aux jeunes filles chez qui on retrouve une difficulté d'aborder le sujet de la sexualité et de la contraception avec leurs parents ou leur médecin traitant. Ces chiffres concernent 18 patientes (soit 19.3%) et concordent avec les chiffres publiés puisqu' « un français sur sept déclarait en 1998, avoir renoncé à sa soigner faute de moyens financiers » (61).

5.2.5- L'accès à l'information

Souvent, les patientes ne connaissent pas le sens du mot de contraception. Alors qu'on parle facilement de préservatif ou de pilule dans le langage courant, les autres méthodes restent assez souvent abstraites. Il est regrettable de ne pas avoir posé directement la question : « pour vous, que signifie la contraception ? » On peut en dire autant des mots « vagin, utérus, .. » qui sont le plus souvent tabous et surtout dénués de signification précises pour une partie des patientes. D'où l'importance des dépliants explicatifs destinés aux patientes sur le corps, les différentes méthodes de contraception et les IST (2). Il ne faut pas hésiter à donner des renseignements surtout qu'ils sont souvent nouveaux pour les patientes et il est même conseillé de leur donner des documents écrits simples et des numéros de téléphone à appeler en cas de problèmes (4). Il semble que parfois, les médecins ne prennent pas le temps d'expliquer ce dont ils parlent ou ce qu'ils diagnostiquent et ne se rendent pas compte des difficultés que peuvent avoir certaines femmes à comprendre ce qu'ils disent (6).

De même, il paraît difficile dans les familles d'aborder le sujet de la contraception. Quand on demande aux jeunes filles à qui elles peuvent parler de sexualité : 88.2% d'entre elles répondent leurs amies, 23.5% l'école ou les établissements supérieurs et 2% seulement citent le planning familial ou le médecin traitant (65). On adopterait pourtant une attitude de prévention d'autant plus facilement si le thème de la sexualité avait été abordé pendant l'enfance et l'adolescence (6). Il faut donc encourager toutes les actions d'information dans les familles, à l'école ou lors des consultations chez le médecin de famille. Pour ce qui concerne l'école, elle possède une part de responsabilité à l'égard des élèves et de la préparation à leur vie d'adulte dans le cadre de sa mission éducative et en complément du rôle des parents. Les jeunes filles de 13 à 21 ans interrogées à Nantes dans l'étude du Pr. Lopes, sur la contraception au premier rapport sexuels, disent s'informer par la télévision (53.7%), par les revues (33%) et par la radio (27%) (65). Ces résultats montrent le poids des médias. Pour avoir des répercussions sur la vie des femmes, les projets d'information sur la contraception devront donc non seulement se poursuivre localement avec les animations dans les écoles et les associations et les renseignements fournis à chaque femme en consultation, mais aussi s'étendre par des campagnes nationales d'information.

Il est recommandé de parler de contraception post-coïtale ou pilule du lendemain à chaque prescription de contraception ou demande de renseignements sur la contraception, en

cas de rupture de préservatifs par exemple ou d'oubli de pilule (4). Dans notre étude, on s'aperçoit que 65% des femmes précaires ne savent pas quoi faire en cas d'oubli de pilule contre 34% chez les femmes non précaires. 54.5% des femmes précaires 81.5% des femmes non précaires savent quand prendre une pilule du lendemain et 54.5% et 86.2% où la trouver. Par contre seulement cinq patientes en possèdent chez elles et il s'agit de cinq femmes en situation de précarité. Elles ont peut-être répondu au questionnaire lors d'une consultation au planning et venaient alors d'être informées. Seules des femmes précaires répondent que la pilule protège du sida (deux patientes et trois ne savent pas). De même à la question « peut-on utiliser plusieurs moyens de contraception ? », celles qui ne savent pas font partie des femmes en situation de précarité. Les dernières informations issues de la surveillance épidémiologique mettent en évidence l'évolution du profil social des personnes touchées. Les individus récemment contaminés par le VIH se caractérisent par un niveau d'étude plus faible et des conditions de vie plus précaires (66). Cela correspond aux résultats de notre étude.

5.2.6 - A propos des sous groupes

Les adolescentes sont reconnues comme un groupe particulièrement vulnérable (65,75). Les femmes en situation de précarité sont plus nombreuses à avoir eu des relations sexuelles très jeunes que l'ensemble des femmes vivant en France. L'American Medical Association et les Centers of Disease Control and Prevention recommandent une visite annuelle systématique de prévention (dépistage, vaccination, conseils) chez un médecin généraliste pour tous les adolescents de 11 à 21 ans (67). L'âge moyen du premier rapport pour les femmes en France est de 19 ans alors qu'il est de 18 dans l'étude de J. Mossuz Lavau (7), d'où la nécessité d'informer lors des consultations avec les adolescentes mais aussi par les structures éducatives. L'école a aussi son importance car l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à la formation des jeunes dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale. Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques (grossesses précoces non désirées, IST). L'éducation à la sexualité est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain et doit

être intégrée dans une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques (68).

Le comportement des femmes immigrées dépend de leur ancienneté en France et de leur degré d'intégration. Au contact du monde industrialisé, la femme veut parfois quitter son rôle traditionnel mais la mémoire collective et l'empreinte culturelle la retiennent. Bien souvent, notamment dans les pays africains, le culte de la maternité qui seul, permet à la femme d'obtenir un statut social, explique souvent la difficulté de prendre une contraception (69). Dans notre étude, 55% seulement des femmes étrangères déclarent utiliser une contraception, ce chiffre est nettement inférieur à celui retrouvé chez les autres femmes. Cependant dans une étude menée en 1996 dans un milieu immigré de Valence, 79% des femmes utilisent une contraception 6 mois après l'accouchement et ce taux s'élève à 100% chez les femmes dont l'immigration est récente (moins de 10 ans), ce qui va à l'encontre de l'idée selon laquelle ces femmes rejettent les moyens de régulation des naissances proposées dans les services de santé du pays d'accueil. Les femmes ont envie de comprendre et de s'exprimer. Il convient de les aider à passer d'une culture dans laquelle avoir des enfants se situe dans l'ordre du magico-religieux à une vision nouvelle où elles deviennent maîtresses de leur fécondité (70). Dans les groupes de parole de femmes en situation de vulnérabilité de J. Mossuz Lavau, il existe une surreprésentation des musulmanes (27.2%) ce qui aurait selon elle, un intérêt incontestable dans la recherche sur les comportements sexuels en France (6). En effet, il semble que la religion des personnes interrogées influence leurs pratiques en matière de sexualité, donc par extension, en matière de contraception. Une même religion pourrait conduire à des comportements sexuels très différents selon que l'on est en situation de précarité, totalement dépendante d'un homme, non diplômée, ou si l'on est indépendant financièrement et détentrice d'un bagage scolaire qui permet de se soustraire plus aisément aux normes en vigueur dans la religion de la famille d'origine (60).

Ce qui importe est de prendre en compte la femme dans sa globalité avec ses composantes culturelles et religieuses en l'acceptant et en l'écouter.

6- Conclusions de l'étude

6.1- Intérêts de l'étude

L'utilisation d'une contraception est plus fréquente chez les femmes non précaires. Il faut pourtant tenir compte des femmes désirant une grossesse parmi les femmes en situation de précarité puisqu'une fois retirées du groupe n'utilisant pas de contraception, il n'y a plus de différence significative. A moins qu'on s'intéresse justement aux raisons de ce plus fort désir de grossesse chez les femmes en situation de précarité.

Le choix de la méthode de contraception ne diffère pas selon l'appartenance au groupe précaire ou non précaire. En effet, les pratiques sont stéréotypées pour toutes : préservatifs chez les plus jeunes, pilule dès qu'une relation se stabilise, et DIU après les enfants, ceci laisse peu de place aux adaptations personnelles et donc à un meilleur vécu de la contraception c'est-à-dire une meilleure observance et une diminution des échecs.

La proportion de femmes ayant déjà eu un examen gynécologique est identique dans les deux groupes. Par contre, les femmes précaires sont moins suivies puisque les résultats de l'enquête montrent que leur dernier examen remonte plus souvent à un an ou plus.

Dans les deux groupes, on compte proportionnellement autant de femmes ayant effectué une IVG cependant, le nombre global d'IVG est supérieur dans le groupe précaire. En effet, on ne retrouve des IVG itératifs que chez les femmes en situation de précarité. Peut-on en déduire qu'elles sont moins informées, que leur contraception est moins adaptée à leur mode de vie, ou que le désir de grossesse est trop fort pour ces femmes chez qui la grossesse est parfois une reconnaissance, un moyen d'exister ? La présence de patientes prostituées parmi les femmes en situation de précarité constitue une autre hypothèse.

Il est important de souligner que le manque d'information concerne toutes les femmes vivant en France et pas seulement les femmes en situation de précarité. Il s'agit essentiellement des renseignements sur le corps et les différentes méthodes de contraception

existant y compris sur la contraception d'urgence afin de permettre aux femmes de choisir, de mieux suivre leur contraception et de connaître la conduite à tenir en cas d'accident.

Pour ce qui est des IST, les femmes en situation de précarité ont moins de connaissances et des comportements parfois plus à risque: il faut donc prendre en compte cette notion et renforcer les actions en ce sens.

6.2- Limites

Dans l'élaboration et la compréhension du questionnaire, le niveau d'étude des patientes aurait pu être précisé. Il me semble aussi que certaines questions n'ont pas été bien comprises malgré la validation des questionnaires par les femmes interrogées (les antécédents gynéco-obstétricaux par exemple). De plus, on aurait pu ajouter un indice de satisfaction de la méthode de contraception utilisée pour mieux apprécier le vécu de cette contraception.

Certaines difficultés sont apparues lors du recueil de données. Parmi les femmes en situation de précarité et notamment celles consultant à la PASS et à MDM, certaines ne lisaient ou n'écrivaient pas le français. Il a donc fallu un intermédiaire pour les aider à remplir le questionnaire alors que les autres le remplissaient seules.

Nous avons choisi un panel de structures associatives, hospitalières et libérales, il s'agit des lieux de consultations possibles pour les femmes à Nantes. Cet ensemble choisi volontairement ne reflète pas forcément l'ensemble de l'activité gynécologique sur Nantes. Il a pour but de rassembler des femmes en situation de précarité ou non. Seuls les questionnaires des femmes ayant accepté d'y répondre ont été comptabilisés.

Notre échantillon comprend 93 questionnaires, les sous groupes étaient limités et nos résultats ne sont donc pas révélateurs des pratiques en matière de contraception de l'ensemble des femmes en France, ils ne peuvent donc pas être généralisés.

6.3- Solutions proposées

Un premier niveau d'intervention des pouvoirs publics réside dans l'amélioration de l'information et de l'offre contraceptive.

Toute mesure visant à permettre aux femmes de véritablement choisir la méthode la plus appropriée à leurs conditions de vie et à leur sexualité, tout en impliquant les hommes, ne pourra que contribuer à une diminution des grossesses non prévues et des IVG qui en découlent (63). Au niveau de la société dans son ensemble, toutes les mesures visant à accroître l'autonomie et le respect des femmes, parce qu'elles contribueront indirectement à modifier les normes sociales sur la sexualité, leur permettront d'avoir des rapports sexuels plus satisfaisants et à moindre risque (63).

Des progrès restent à faire dans les techniques contraceptives elles-mêmes. Cette année sont apparus sur le marché l'anneau et le patch contraceptifs mais leur prix est élevé (entre 10 et 15 euros par mois), ils ne sont pas remboursés et possèdent les mêmes contre indications et effets indésirables que les autres estroprogestatifs. Pour de nombreuses femmes la contraception idéale n'existe pas encore.

Un effort général d'information sur la contraception est nécessaire, on sait notamment l'impact des médias et de la télévision sur la population : on pourrait par exemple envisager des campagnes d'information sur la contraception comme celle récemment diffusée par la sécurité sociale contre l'utilisation abusive des antibiotiques.

Il faut aussi renforcer et adapter la formation des professionnels de santé et notamment des médecins (63). La contraception reste aujourd'hui largement médicalisée alors qu'il est important de laisser aux femmes les moyens de s'approprier leurs décisions en matière de contraception. Une formation sur la contraception, ses modalités de prescription et de suivi, est possible aussi bien pendant les études de médecine que lors de formation médicale continue. Ne pourrait-on pas organiser par exemple, des stages pour tous les étudiants dans les centres d'éducation et de planification familiale ? Et s'il est nécessaire d'étudier la gynécologie, des cours d'éthique, de psychologie, de sociologie médicale et

d'économie de la santé devraient aussi faire partie des connaissances des professionnels de santé (71).

A Nantes, il existe plusieurs projets concernant la contraception chez les femmes en situation de précarité. Dans le cadre du planning familial, ont lieu des réunions organisées en lien avec la mission locale. Proposées à des femmes en difficulté, ces formations permettent de prendre le temps autour d'un café, de discuter de la sexualité, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles, du vécu des grossesses et parfois la difficulté d'être parent surtout quand on est isolée... Les femmes apprécient de se rencontrer et de pouvoir partager en groupe limité (environ six personnes). Elles disent avoir appris et souhaitent à d'autres de vivre l'expérience. Mais il est parfois compliqué de réunir ces femmes. Avec le Triangle, des groupes de femmes toxicomanes se sont réunis et ont aussi partagés autour de la contraception. Mais la compliance de ces femmes à suivre des réunions a été moyenne et actuellement le projet est abandonné : à suivre... Le bus de Médecins du Monde travaille la nuit à Nantes auprès des femmes prostituées. Son but est de distribuer des préservatifs afin que les femmes se protègent des IST. Ce lieu leur permet aussi de pouvoir s'informer et d'être écoutées si elles souhaitent. Il faut développer tous ces projets qui permettent d'aborder avec les femmes en difficulté les sujets de la contraception, de la sexualité et de la prévention des IST.

Soulignons aussi l'importance des réseaux de santé qui permettent aux professionnels de santé de travailler ensemble pour offrir aux patientes des réponses adaptées et les plus complètes possibles. L'exemple de la prise en charge aléatoire des grossesses entre le généraliste, le gynécologue de ville, l'hôpital public et les cliniques privées débouche parfois sur un dépistage peu satisfaisant des grossesses à risque, particulièrement chez les femmes en situation précaire. Il en est de même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et pour le suivi d'une contraception (72). Des réseaux pour intégrer la prévention et formaliser les filières de soins sont donc nécessaires. Il s'agit de mieux guider les patientes dans leurs démarches et mieux communiquer entre différents acteurs de santé pour délivrer des informations et des soins cohérents et correspondant à l'attente des patientes. Actuellement, un réseau Santé- Précarité existe déjà. Et un réseau « contraception IVG» est en train de se

mettre en place à Nantes à l'initiative du Dr Meslé, suite à la loi du 4 juillet 2001 article L. 2212-3 sur l'IVG médicamenteuse en ville.

Au cœur des consultations, il ne faudrait pas hésiter à parler de sexualité et de contraception, proposer systématiquement aux patientes d'aborder le sujet, susciter des questions, et informer des données actuelles en matière de choix contraceptif et des risques d'infection sexuellement transmissibles. Pour cela, il est nécessaire de prendre le temps. N'oublions pas que lors de la prescription d'une contraception, le médecin n'est plus dans une position traditionnelle mais accompagne la patiente qui choisit (62). Informer et accompagner la patiente dans ses choix afin que la méthode contraceptive choisie puisse être en adéquation avec la vie affective, sexuelle et sociale de la femme. Il faut parfois aussi penser aux violences : rappelons qu'en France en 92 près de 7% des femmes âgées de 20 à 34 ans déclarent avoir subi des rapports sexuels (intra ou extra familiaux) sous la contrainte (73).

Conclusion

Aujourd'hui en France, la contraception est répandue : environ 70% des femmes qui ne désirent pas d'enfants et qui ont des rapports sexuels utilisent une contraception (74). Pourtant le nombre d'IVG ne diminue pas, il est estimé à 200 000 par an en France (3). On peut parler de paradoxe contraceptif (74). Les grossesses non prévues donnant lieu aux IVG sont dues, pour la 2/3 d'entre elles, à des échecs de contraception (74).

Pouvoir choisir une contraception en 2004, fait partie des droits fondamentaux. Le rôle du médecin est d'informer et d'accompagner le choix de la patiente, et non de prescrire une méthode de contraception selon son efficacité théorique. En effet, l'efficacité pratique diffère selon les aspirations de la patiente et son mode de vie. Parler de contraception, c'est le travail du médecin généraliste, interlocuteur privilégié des femmes qu'il connaît et qu'il saura écouter et guider dans le cadre d'une prise en charge globale.

Dans notre étude, on démontre que les femmes en situation de précarité utilisent moins souvent une contraception que les autres femmes (61,8% contre 81,6%). La première explication est le fort désir de grossesse des femmes en situation de précarité. En effet, si on exclue les femmes souhaitant une grossesse de celles qui ne prennent pas de contraception, il n'y a plus de différence significative entre les deux groupes. On pourrait aussi s'intéresser aux causes de ces désirs de grossesses pour mieux comprendre les attentes de ces femmes et les fréquents échecs de la contraception. Quant aux méthodes de contraception utilisées, les pratiques sont semblables dans les groupes. Elles suivent un stéréotype commun : préservatifs en début de vie sexuelle, pilule pour 70% d'entre elles et DIU pour celles qui ont déjà des enfants. La question se pose alors de savoir comment un même schéma peut correspondre à toutes les femmes. On note d'ailleurs un nombre d'IVG supérieur chez les femmes en situation de précarité même si la proportion de femmes concernées par les IVG est identique dans les deux groupes. Seules les femmes en situation de précarité répètent parfois les IVG. Les désirs de grossesses exprimés ou sub-conscients expliquent peut être ce phénomène mais d'autres raisons co-existent : les oublis de pilule, le manque de connaissances sur le

fonctionnement du corps ou de la méthode de contraception, la non reconnaissance de la sexualité, les accidents de méthodes...

Les difficultés sociales et affectives peuvent faire passer au second plan la démarche contraceptive. Une femme en situation de précarité sur deux a des problèmes de logement : comment est-il possible dans ces conditions, par exemple, de prendre un comprimé quotidiennement à heure fixe ? On remarque aussi que les femmes en situation de précarité sont suivies moins régulièrement au niveau gynécologique. De même, le déficit de connaissances sur les IST est évident. En effet, seules des femmes en situation de précarité répondent que la pilule pourrait protéger du sida et 38% d'entre elles pensent qu'il n'est pas possible d'utiliser plusieurs moyens de contraception en même temps. La contraception d'urgence elle, semble peu connue et peu utilisée de toutes les femmes.

Au total, la problématique de la contraception ne concerne pas seulement les femmes en situation de précarité mais l'ensemble des femmes en France. Par contre les conditions de vie doivent entraîner le médecin à réfléchir avec les patientes à la cohérence de la méthode choisie. La consultation représente parfois un moment privilégié pour les femmes pour s'occuper d'elles et construire leur avenir. Il faut donc insister sur le rôle du médecin : la nécessité d'écouter les attentes des patientes, de prendre le temps d'informer, de prescrire et d'accompagner toutes les femmes. Pour cela, on peut souligner l'importance de la formation des médecins et du travail en réseaux.

Pour conclure, je crois qu'il reste encore beaucoup à faire en France en matière de contraception. Il faut élargir et améliorer la prévention, développer l'information et surtout prendre le temps -ce qui est parfois difficile lors de consultations surchargées- d'aborder avec les patientes les questions qu'elles se posent et de les guider dans leurs démarches contraceptives gardant à l'esprit que la contraception s'adapte et évolue, pour chaque femme, en fonction du mode de vie, du parcours personnel et du moment.

Bibliographie

- 1- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2000. p 2.
- 2- COLA S La progression de la précarité et ses effets sur la santé. Le concours médical, 1998, 120, n°1607, p 8
- 3- DIRECTIVES DE LA SOGC. Consensus canadien sur la contraception. JOGC, 2004. pp166-167.
- 4- LA SANTE OBSERVEE DANS LES PAYS DE LOIRE. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2003-2004. p 94.
- 5- WINCKLER M. Contraceptions : mode d'emploi. 2001. Au diable Vauvert, 447p
- 6- BACHA, Delphine Repérage par les patients précarisés d'une consultation médico-sociale hospitalière, étude prospective chez 208 patients à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes. Th D : Médecine : Nantes : 2004 ; mg/04/22
- 7- MOSSUZ-LAVAU J. Une politique de réduction de risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention. Paris : Direction générale de la Santé/ Division Sida. 174 p.
- 8- GARNIER DELAMARRE. Dictionnaire médical. Maloine, 1993.
- 9- OHEN JW, YOKOCHI C. Anatomie humaine : atlas photographique d'anatomie systématique et topographique, 2^{ème} édition, Vigot 1991, 471p, pp 310-327.
- 10- EMPERAIRE JC. Gynécologie endocrinienne du praticien. Frisons Roche, 1995, 190p, pp3-13.
- 11- MONTAGNIER L, KHOURY S, BOHBOT JM. Maladies Sexuellement Transmissibles : Connaître et prévenir. Paris : Méd-édition, 1996, 127p-pp64-65.
- 12- De TOURRIS H, MAGNIN G, PIERRE F. Gynécologie et obstétrique : manuel illustré. 7^{ème} édition. Paris : Masson, 2000, 445p- pp15-35.
- 13- DARBOIS Y. La contraception orale et son évolution. p11.

- 14- DENIAU F, SALMON AM, PORCHER R, JDID R, ESCANDE JP, MOREL P, DUPIN N, JANIER M. Pose et utilisation du préservatif féminin : résultats d'une étude menée entre 199 et 2001 en centres MST et en CDAG à Paris. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2004, n°11, p41.
- 15- Le dictionnaire VIDAL, édition 2004.
- 16- LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N, et l'équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et sociétés, 2002, n°381, p 15.
- 17- Guide 1989 des stérilets. La pose du stérilet en pratique. Prescrire, 1989, tome9, n° 88, pp 348-354.
- 18- Stérilet au lévonorgestrel, une alternative. Prescrire Juin 1999, tome 19, n°196, p405-408.
- 19- WESTHOFF C et AL QICK S. A novel oral contraceptive initiation method. Contraception, 2002.
- 20- L'usage des contraceptifs estroprogestatifs combinés. Prescrire, 1991, n°111, pp487-490.
- 21- Accidents cardiovasculaires de la contraception orale. Prescrire, 1998, n°182, p 212.
- 22- Surveillance de la contraception orale. Prescrire, 1994, tome 14, n° 136, pp36-37.
- 23- Ethinyl estradiol + norgestromine la voie transdermique pour un contraceptif : pas de progrès tangible. Prescrire, 2004, tome24, n°246, p5.
- 24- Von Hertzen H et coll. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a who multicentre randomised trial. Lancet, 2002, 360, 1803-10.
- 25- BADINTER E. L'amour en plus. Edition livre de poche, 1989.
- 26- NISAND I. Femmes, pour une réelle égalité des chances et des droits. Repères.1999. n°93. p 15.
- 27- Loi n°67-1117 du 28 Décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code la santé publique Centre de documentation du MFPP Contraception aide mémoire législatif,2004, p3.
- 28- Où sont passées les campagnes –contraception ? Contraception et sexualité MFPP, 2003, n°1, p1.
- 29- EYRAUD S. Contraception, échecs de la contraception, Pratiques, 2003 n°20, p21.
- 29- BAJOS N. La contraception en questions. Pratiques, 2003, n°20, p25.
- 30- SURDUTS M. Des lois mal appliquées. Pratiques, 2003, n°20, p41.

- 31- MORTIER E, CHAUVIN P. Pour la pratique. Revue du praticien, 1996,n°46, pp1868-1870
- 32- Dictionnaire Le Larousse de poche Mai 1997
- 33- Ministère de la santé et de la sécurité sociale. Rapport Oheix. 60 propositions contre la précarité et la pauvreté. 1981
- 34- LA ROSA E. Santé, précarité, exclusion. Puf.
- 35- LEBAS J. Avant propos, pathologies de la précarité et de la misère. Revue du praticien 1996, n°46, pp1822-1823.
- 36- ECHAUDEMAISON. Dictionnaire d'économie et de sciences sociales. Nathan. 1989 218p.
- 37- GUEZELOT M, LEBAS J. Prise en charge juridique et sociale de la précarité. Revue du praticien, 1996, n°46, pp1861-1863.
- 38- Code déontologie médicale. Ordre National des Médecins. 1995, 61p.
- 39- Serment d'Hippocrate dossier de soutenance de thèse
- 40- Haut comité de santé publique. Actualité et dossiers en santé publique, 1995, n°5.
- 41- LOMRAIL P, PASCAL J. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La Presse Médicale, 2004, 33, n°11, pp710-715.
- 42- MALIGIER D, FEUGLET P. Accès aux soins, précarité et misère. Revue du praticien. 1996, 46, p1824.
- 43- Le praticien et la sécurité sociale. Editions scientifiques L&C. 1999. p12
- 44- La couverture maladie universelle. Conseil des ministres. Ministère de l'emploi et de la solidarité.1999.
- 45- COLAS S. La progression de la précarité et ses effets sur la santé. Le concours médical 1998, 120, pp1607-1608.
- 46- Les inégalités sociales de santé Collectif nantais pour le droit à la santé pour tous ASAMLA. santemigrants.nantes@wanadoo.fr.
- 47- Plan départemental d'accès aux soins des plus démunis. Préfecture de la Loire Atlantique et DDASS de Loire Atlantique. 1998 1999 2000.358p.
- 48- Exclue des soins, qui sont-ils ? Une enquête de Médecins du monde, Novembre 1996.

- 49- MIRZRAHI A Inégalités d'accès aux soins : cumul des risques sociaux et consommation de soins. Précarité et santé. Flammarion. pp45-57.
- 50- MAMOU J Entre action humanitaire et solidarité citoyenne : l'exemple de la mission France de Médecins du Monde. In Précarité Santé. Lebas J Chauvin P. Flammarion, 1998, 299p, p216.
- 51- PARIZOT I Trajectoires sociales et modes de relations aux structures de soins. In LEBAS J CHAUVIN P. Précarité et santé. Flammarion 1998, 299p, p35.
- 52- LE MAUFF P, BLANCHARD E. Enquête auprès d'une population de sans domicile fixe : quelles pathologies et quelles prises en charge ? La revue exercer.2004, n°68, pp20-24.
- 53- Permanence d'accès aux soins de santé CHU de Nantes. Rapport d'activité. 2001, p50.
- 54- Rapport d'activité.2002, MFPP, p35.
- 55- MAMOU J. Entre action humanitaire et solidarité citoyenne : l'exemple de la mission France de Médecins du Monde. Précarité et santé. Flammarion, p215.
- 56 De la BLANCHARDIERE A, MEOUCHY G, BRUNEL P, OLIVIER. Etude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. La revue de médecine interne, 2004, 25, pp264-271.
- 57- ALOUINI S, UZAN M, MENINGAUD JP, HERVE C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of preventions. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol. 2002. 104 :43-8.
- 58- LAVEISSIERE MN, PELISSIER C. La contraception orale en France en 2001 : résultats de l'opinion de 3609 femmes de 15 à 45 ans. Gynecol Obstet fertil. 2003. 31. 220-9.
- 59- Le programme « contraception, sexualité, vulnérabilités » Contraception et sexualité. 2003, MFPP, n°1, p2.
- 60- MOSSUZ-LAVAU J. La vie sexuelle en France. Edition de la Martinière. 2002, 466p, p326.
- 61- JACQUOT S. La Couverture Maladie Universelle, vers un droit à la santé pour tous. Actualités sociales hebdomadaires, 2000, supplément au n°2171.
- 62- EYRAUD S. Contraception, échecs de la contraception, Pratiques, 2003 n°20, p21.
- 63- BAJOS N. Accès à la contraception et à l'IVG en France, résultats de l'enquête GINE. in La contraception en 2000 en France : utilisation, méthodes, recherche. Dossier de presse MFPP 2000. pp1-14.

- 64- BAJOS N, FERRAND M Les échecs de la contraception en France, analyses des pratiques contraceptives et du recours à l'IVG. Recherche INSERM CNRS CRESP, rapport juillet 2001, p5.
- 65- LEMORT MF, LEMORT JP, LOPES P. La contraception au cours du premier rapport sexuel : enquête réalisée auprès de 469 jeunes filles de 13 à 21 ans dans l'agglomération nantaise. *Contraception Fertility sexuality*. 1999. vol27, n°3, pp197-202.
- 66- SCHILTZ MA, Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH. Paris, ANRS, 1999, p14.
- 67- HARPER C, CALLEGARI L, RAINE T. Adolescents clinic visit for contraception. *Perspect Sex. Reprod Health*. 2004, 36, 20-6.
- 68- Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire N°2003-027 du 17-2-2003.
- 69- KOHEN L. La femme turque issue du milieu rural face à la contraception et à l'interruption thérapeutique de grossesse. *Migrations et santé*, 1995, n°85, pp27-37.
- 70- MAIRE E, ECOCHARD R, BROUSSARD P. De la prescription contraceptive à son application. *Etude de la continuité des méthodes contraceptives en milieu migrant en période post natal*. *Contracept Fertil Sex* 1999, 27, pp 625-632.
- 71- HAMBURG MA. Public health and urban medicine. *Lancet*, 1996, n°348, pp 1008-1010.
- 72- CHAUVIN P, LEBAS J. La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé. In *Précarité Santé*. Flammarion, 215p, p9.
- 73- BOZON M. La violence sexuelle. SPIRA A BAJOS N Les comportements sexuels des français. Paris, La documentation française, 1993, pp214-220.
- 74- BAJOS N, Usage massif de la pilule en France, mais toujours 30% de grossesse non prévues. 10 Novembre 2004, *Nouvel Observateur*.
- 75- IFOP, Les 14-20 ans et la contraception, *Revue de presse du MFPPF Les ados*, 2002, p55.

ABREVIATIONS

Listes des abréviations utilisées dans cette thèse :

- Concernant les centres :
 - PASS : permanence d'accès aux soins de santé
 - MDM : médecins du monde
 - CIVG : centre d'interruption volontaire de grossesse
 - CPEF : centre de planification et d'éducation familiale
 - MFPF : mouvement français pour le planning familial
 - CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

- Concernant les termes médicaux :

- IVG : interruption volontaire de grossesse
 - IST : infection sexuellement transmissible
 - DIU : dispositif intra-utérin
 - ATCD : antécédent
 - HTA : hypertension artérielle
-
- Concernant l'administratif :
 - CMU : couverture maladie universelle
 - AME : aide médicale d'état

ANNEXE 1

Pour plus d'informations,
contacter :

 **Sida Info Service**
0 800 840 800
24 h sur 24 - confidentiel, anonyme et gratuit
www.sida-info-service.org

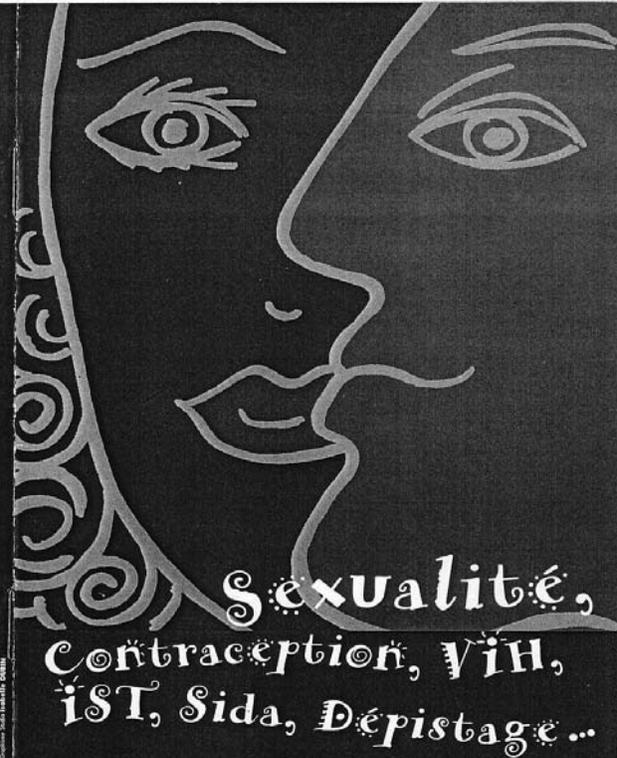
N° Info IVG Contraception en Pays de la Loire :
02 40 20 00 30
(tarif communication locale sur toute la région)
www.planning-familial.org

Association Française pour la Contraception :
www.contractions.com

Fil Santé Jeunes
0 800 235 236,
n° vert anonyme et gratuit,
tous les jours de 8h à minuit
www.filsantejeunes.com

Cette brochure a été réalisée à Nantes (Loire-Atlantique), en partenariat avec
le MFPP, le CIDF, l'Espace Simone de Beauvoir, AIDES, la DDASS,
la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes et Sida Info Service.

Avec le soutien financier de :



**Sexualité,
Contraception, VIH,
IST, Sida, Dépistage...**

Les moyens de contraception



☉ LE PRÉSERVATIF MASCULIN
Voir pages 8 à 11.



☉ LES PRÉSERVATIFS FÉMININS
Le Femidom : voir pages 4 à 7.
Il existe également un préservatif féminin en latex, mais nous ne pouvons pas le conseiller pour le moment (problèmes de fiabilité).



☉ LES PILULES
Elles sont délivrées sur prescription médicale. Il en existe une grande variété, il faut trouver celle qui vous convient. Elles sont très efficaces contre une grossesse non désirée, mais elles ne protègent pas du sida et des IST.



☉ LE STÉRILET
Il est placé dans l'utérus par un médecin. Il est efficace mais ne protège pas du sida et des IST. En France, il est rarement posé chez les jeunes filles et les femmes qui n'ont pas eu d'enfant.



☉ L'IMPLANT CONTRACEPTIF
Il s'agit d'un petit bâtonnet que le médecin implante à la face interne du bras de la femme grâce à une sorte de piston. Cet implant peut être posé 3 ans au total, ce dispositif règle les problèmes d'oublis. Il est remboursé à 65 % par la Sécurité Sociale.



☉ LES SPERMICIDES
Ils se présentent sous forme d'éponge, d'ovule et gel uni dose. Les spermicides ne sont pas remboursés et ils ont une efficacité contraceptive limitée.

⚠ Attention, les spermicides détériorent le latex.

☉ LA CONTRACEPTION D'URGENCE : « LA PILULE DU LENDEMAIN »

Elle est proposée après un rapport sexuel sans contraception ou en cas d'échec de la méthode utilisée (oubli de pilule, rupture du préservatif...).

La contraception d'urgence est à prendre le plus rapidement possible et impérativement dans les 72h (3 jours).

Elle peut être délivrée gratuitement pour les mineures dans les pharmacies ou dans les Centres de Planification et est disponible sans ordonnance pour tout le monde. Elle peut être aussi délivrée par les infirmières scolaires.

⚠ Attention, la contraception d'urgence n'est pas une contraception régulière.

Le Femidom : Préservatif Féminin

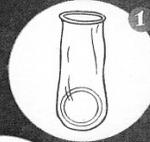
Particularités

- Peut être placé plusieurs heures avant le rapport (8h en tout).
 - Peut être enlevé plus longtemps après l'éjaculation contrairement à un préservatif masculin (qui, lui, doit être retiré juste après l'éjaculation).
 - Les sensations pour les deux partenaires sont différentes de celles ressenties avec un préservatif masculin.
 - Grâce à la lubrification naturelle et au lubrifiant, le préservatif tapisse les parois vaginales. Il ne serre donc pas le pénis.
 - Préservatif en polyuréthane :
 - très résistant,
 - pas d'allergie,
 - peut être utilisé avec n'importe quel lubrifiant, tel la vaseline (contrairement aux préservatifs en latex qui n'acceptent que les gels à base d'eau),
 - très bon conducteur de chaleur.
 - Préservatif maîtrisable par les femmes.
 - Même en cas de baisse de l'érection, ce préservatif restera en place (moins angoissant pour certains hommes).
- Ne pas essayer de couper l'anneau externe !**
Sinon le Femidom rentrera complètement dans le vagin et vous ne serez plus protégées !

Le Femidom est disponible en pharmacies, dans les catalogues de vente par correspondance (prix moyen 2 €) et gratuitement à AIDES, Médecins du Monde, et dans certains CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et Centres de Planification. Ce produit comporte la norme européenne CE.

4

Mode d'emploi



1 Regarder la date de péremption. Vérifier que la date ne soit pas dépassée. Frotter légèrement le préservatif sur lui-même pour répartir le lubrifiant. Ouvrir délicatement l'emballage avec les mains. Le déplier.



2 S'assurer que l'anneau intérieur est bien au fond du préservatif. Pincer l'anneau intérieur en deux, de façon à le mettre en forme de 8.



3 Introduire l'anneau intérieur plié dans le vagin. Avec un doigt à l'intérieur du préservatif, pousser l'anneau intérieur pour qu'il soit placé au fond du vagin. L'anneau externe doit rester bien à l'extérieur du vagin.



4



5 Au moment de la pénétration et durant le rapport, vérifier que le pénis pénètre correctement à l'intérieur du préservatif.



6 Après le rapport, tourner l'anneau extérieur deux ou trois fois sur lui-même (de façon à fermer complètement l'ouverture du préservatif et empêcher le sperme de s'écouler), et tirer doucement.



7 Remettre le préservatif utilisé dans sa pochette et le jeter à la poubelle.

5

Le Préservatif masculin

Particularités

Il existe différentes sortes de préservatifs :

- les plus grands, les plus fins, les aromatisés (vanille, fraise, menthe, banane, chocolat, noix de coco...), les colorés (rouge, bleu, vert, rose, noir...), les sans réservoir, les plus épais, les anatomiques, les non lubrifiés, les moins chers, les hypoallergéniques et
- depuis peu en polyuréthane (sans latex).

Attention ! Les spermicides détériorent le latex.

Le prix des préservatifs varie en fonction des particularités et des marques des préservatifs.

Avant d'utiliser un préservatif masculin, il est important de vérifier que :

- La date de péremption sur l'emballage ne soit pas dépassée.
- Le produit comporte les normes CE (Norme Européenne), NF (Norme Française) ou la mention EN 600. Les préservatifs ne comportant pas une de ces normes sur leur emballage ne présentent pas de garantie de fiabilité. Dans les autres pays d'Europe, il est préférable de choisir des préservatifs portant la norme EN 600.
- L'emballage soit impeccable, éviter de stocker les préservatifs près d'une source de chaleur ou au froid, dans une poche de jean, un portefeuille... En changer régulièrement ; en cas de doute, le jeter.

Un préservatif ne doit être utilisé qu'une seule fois. Il faut donc un nouveau préservatif pour chaque rapport sexuel. Il est important de bien lire et de bien respecter le mode d'emploi qui suit.

8

Mode d'emploi



1 Pousser le préservatif dans le coin opposé de l'ouverture afin de ne pas le déchirer, puis ouvrir délicatement l'emballage. S'il y a une encoche, l'utiliser pour une ouverture plus facile.



2 Attention aux coups d'ongles, de dents et d'objets coupants qui pourraient déchirer le préservatif. Une goutte de liquide pré-séminal ou de sperme peut être libérée avant l'éjaculation. Le préservatif masculin doit donc être mis en place sur le sexe masculin en érection avant tout contact : avec les organes génitaux féminins, avec la bouche ou avec l'anus de la ou du partenaire.



3 Lors de la mise en place, pincer avec les doigts le réservoir ou l'extrémité du préservatif pour en chasser l'air.



4 Dérouler le préservatif aussi loin que possible sur le sexe. S'il ne se déroule pas bien, surtout ne pas forcer ; il a peut-être été posé à l'envers ; le jeter et en prendre un autre.



5 Se retirer juste après l'éjaculation, avant la fin de l'érection, en retenant le préservatif à la base du sexe, pour éviter le risque qu'il glisse et qu'il laisse échapper du sperme.

6 Jeter le préservatif usagé à la poubelle après l'avoir noué.

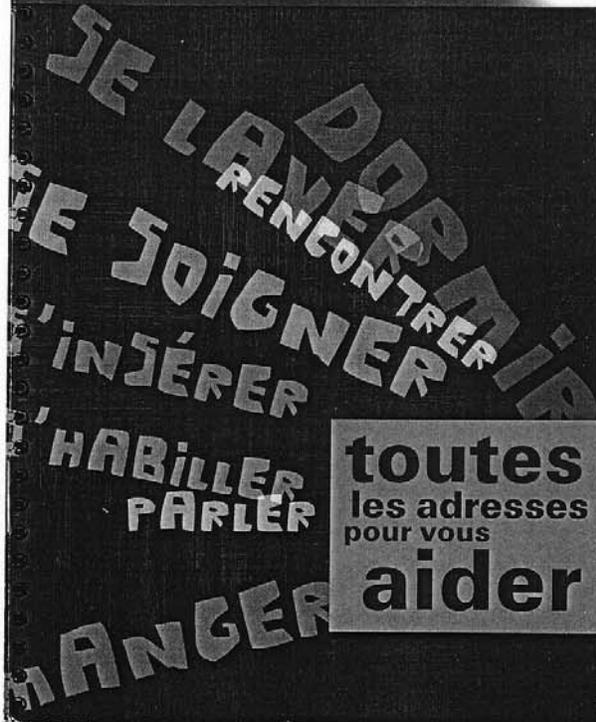
9



édition novembre 2003
GRAPHISME : GUY GUYONNET
D D A S S LOIRE ATLANTIQUE

Nantes vous guide

Urgence sociale



se soigner

urgences 24h/24 >23

- SAMU : le 15 (n° d'appel gratuit) ou le 02 40 08 22 22
- accueil des urgences : 02 40 08 38 95
- cellule psychiatrique : 02 40 08 38 71 ou 02 40 08 33 33

CHU, quai Moncoussu - Nantes - tél 02 40 08 33 33

- bus 42-52 : arrêt "Gaston Veil"
- tram ligne 2 : arrêt "Aimé Delrue"

couverture maladie universelle (CMU) >50

CPAM - 9, rue Gaëtan Rondeau - Nantes - tél 02 51 88 88 88

- prise en charge des soins, sous conditions de ressources, pour les personnes non couvertes par la Sécurité Sociale et/ou un régime complémentaire
- les demandes sont à déposer dans les points d'accueil de votre choix : Centres Bretagne, Éraudière, Chantenay, Maisons de la Sécurité Sociale...
- accueil téléphonique du lundi au vendredi, de 7h45 à 17h



la consultation

Jean-Guillon - PASS >23

Hôtel-Dieu - 1^{er} étage - aile ouest - place Alexis Ricordeau
tél 02 40 08 42 16

- bus 42-52 : arrêt "Gaston Veil"
- tram ligne 2 : arrêt "Hôtel-Dieu"
- consultations de médecine générale, consultations sociales, soins infirmiers (sans avance de frais)
- accueil du lundi au vendredi, de 14h à 17h, sans rendez-vous

Médecins du Monde >41

tout public en difficulté

33, rue Fouré - Nantes - tél 02 40 47 36 99

- bus 24-26-28 : arrêt "Cité des Congrès"
- tram ligne 1 : arrêt "Duchesse Anne"
- tram ligne 2 et 3 : arrêt "Aimé Delrue"
- consultations médicales, sociales, psychologiques
- soins infirmiers : lundi et jeudi, de 14h à 17h
- médicaments gratuits

CHRS Saint-Yves >55

hommes et/ou femmes seules, de 18 à 60 ans

6, rue de la Chêneraie - Vertou - tél 02 40 80 02 02

- bus 28-43 : arrêt "Gare de Vertou"
- bus 39 : arrêt "Pôle Sud"
- lits de repos sanitaires, soins infirmiers, convalescence (orientation par le CHU ou la consultation Jean Guillon/PASS)



> DÉPISTAGE VIH, HÉPATITE,
MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES

CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit) >23

dépistage VIH, hépatite
• rendez-vous du lundi au vendredi : 02 40 08 38 15

Dispensaire >23

dépistage maladies sexuellement transmissibles
CHU 1^e étage - aile Ouest - Place Alexis Ricordeau - Nantes

- bus 42-52 : arrêt "Hôtel-Dieu"
- tram ligne 2 : arrêt "Hôtel-Dieu"
- rendez-vous du lundi au vendredi : 02 40 08 31 19

20



> SIDA

Sida info service

Numéro vert national gratuit, 24h/24 et 7 j/7
tél 0800 840 800

CISIH (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) >23

CHU 7^e étage - aile Ouest - Place Alexis Ricordeau - Nantes

- bus 42-52 : arrêt "Hôtel-Dieu"
- tram ligne 2 : arrêt "Hôtel-Dieu"
- renseignements : 02 40 08 31 20
- rendez-vous : 02 40 08 31 12, du lundi au jeudi, de 8h15 à 17h30 et vendredi, jusqu'à 16h

> TOXICOMANIE

Drogue info service

Numéro vert national gratuit 24h/24 et 7 j/7
☎ 113

"Le Triangle" >22

8, rue Kervégan - Nantes - tél 02 40 48 48 58

- tram lignes 1 et 2 : arrêt "Commerce"
- soins anonymes et gratuits
- information tout public, prévention : prise en charge médicale, psychologique et sociale des toxicomanes et soutien aux familles ; centre méthadone, appartements thérapeutiques
- accueil du lundi au vendredi, de 9h à 13h et de 14h à 18h (sauf mardi, de 17h à 18h15)

21



Bus d'échange de seringues >30

Service de prévention des risques
37, chaussée de la Madeleine - Nantes - tél 02 51 72 06 59
et 06 07 52 07 62

- tram ligne 2 : arrêts "Hôtel-Dieu" ou "Aimé Delrue"
- prévention du SIDA et des hépatites virales pour les usagers de drogue par voie intraveineuse ; distribution de matériels stériles, de préservatifs
- accueil : lundi et jeudi, de 14h à 18h30, mardi, de 10h à 13h mercredi, de 14h à 18h

> PLANNING FAMILIAL

Mouvement Français pour le Planning Familial >32

16, rue Paul Bellamy - Nantes - tél 02 40 20 41 51

- bus 12-32-52 : arrêt "Saint-Stanislas"
- tram ligne 2 : arrêt "50 Otages"
- information, consultations médicales, dépistage MST/SIDA
- gratuit pour les personnes sans ressources, confidentialité pour les mineures
- rendez-vous : lundi, de 9h à 18h, jeudi, de 9h à 12h30 et de 14h à 18h, vendredi, de 9h à 12h et de 14h à 19h30 ;
- accueil téléphonique exclusivement : mardi
- Infos-jeunes : mercredi, de 9h à 19h30, sans interruption



centre de planification du CHU >23

Centre d'accueil pour les victimes d'abus sexuels
Hôpital de la Mère et l'Enfant - quai Moncouso - Nantes
tél 02 40 08 30 32

- bus : 42-52 : arrêt "Gaston Veil"
- tram ligne 2 : arrêt "Aimé Delrue"
- information, consultations médicales, contraception, grossesse en difficulté
- gratuit pour les personnes sans ressources ; anonyme
- rendez-vous : du lundi au vendredi, de 9h à 17h

> PLANNING FAMILIAL IVG

centre de planification et IVG de l'hôpital Saint-Jacques >51

85, rue Saint-Jacques - Nantes - tél 02 40 84 60 29

- bus 42 : arrêt "Saint-Jacques"
- tram ligne 2 : arrêt "Pirmil"
- anonyme, prise en charge possible pour les moins de 20 ans sans Sécurité Sociale
- prise de rendez-vous : du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h

ANNEXE 2 : Les recommandations

Elles sont publiées par la Société de Gynéco-Obstétrique du Canada, et sont les seules actuellement reconnues à ma connaissance.

- Les services de planification familiale doivent être offerts avec dignité et respect, en fonction des différences et des besoins individuels. (Catégorie A)
- Afin de rehausser la qualité du processus décisionnel en planification familiale, les fournisseurs de soins de santé doivent prendre les devants pendant la consultation et offrir des renseignements précis. Ils doivent agir en tant que partenaires accessibles dans le cadre d'une relation professionnelle. (Catégorie B)
- Le conseil en planification familiale doit comprendre une composante traitant de la baisse de la fertilité avec l'âge chez la femme. (Catégorie A)
- Les fournisseurs de soins de santé doivent promouvoir l'utilisation des condoms de latex conjointement avec un autre moyen de contraception (protection double). (Catégorie B)
- Les femmes et les hommes devraient bénéficier de renseignements pratiques sur une vaste gamme de moyens de contraception, de façon à pouvoir choisir celui qui convient le mieux à leurs besoins et à leur situation. (Catégorie C)
- Les fournisseurs de soins de santé devraient aider les femmes et les hommes à acquérir les compétences nécessaires à la négociation du recours à la contraception, ainsi qu'à l'utilisation correcte et systématique du moyen de contraception choisi. (Catégorie C)
- La promotion de la santé, l'information sur la contraception d'urgence et la prévention des ITS, de la violence sexuelle et du cancer du col utérin devraient être intégrés aux soins axés sur la contraception. (Catégorie C)

- La contraception hormonale d'urgence devrait être disponible sans ordonnance dans les pharmacies, les centres de planification, les urgences, les structures de soins sans rendez-vous et les infirmeries scolaires (Catégorie B)
- Les programmes établis, permettant l'offre humanitaire de contraceptifs aux patientes dans le besoin doivent être maintenus (Catégorie B).

Classification des recommandations :

A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

B. On dispose des données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent s'appuyer sur d'autres fondements.

D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est destiné à faire une étude sur la prise en charge gynécologique des femmes afin de tenter de l'améliorer.

Il est totalement anonyme.

Merci par avance si vous acceptez d'y répondre.

1- Votre IDENTITE :

1- Âge :

2- Nationalité :

3- Mode de vie :

- Maison, appartement particulier
- Foyer d'hébergement
- Sans logement

4- Situation familiale :

- Mariée ou concubinage
- Célibataire
- Enfants à charge

5- Activité :

- Travail
- Chômage
- Etudiante
- Sans activité professionnelle salariée

6- Prise en charge :

Régime obligatoire

- sécurité sociale
- CMU
- AME
- pas de prise en charge

Régime complémentaire

- mutuelle
- CMU
- pas de complémentaire

2- A propos de la consultation gynécologique ... :

1- Pour votre suivi gynécologique ou en cas de problème gynécologique, qui consultez-vous ?

- un gynécologue
- un médecin généraliste
- le planning familial
- la PASS (consultation médico-sociale de l'hôpital)
- autres :

Si vous ne consultez personne, pourquoi ? :

- vous avez des problèmes financiers
- vous n'osez pas
- vous ne savez pas où vous adresser
- autres raisons :

2- Combien de fois par an, en moyenne, consultez-vous pour votre suivi gynécologique ou pour un problème gynécologique ?

3- Avez-vous déjà eu un examen gynécologique ? oui non

Si oui, à quand remonte-t-il ?

Si non, pourquoi :

- on ne vous l'a jamais proposé
- vous l'avez refusé
- vous ne savez pas

4- Quels sont vos antécédents gynécologiques ? (Préciser le nombre)

Grossesse(s)	
Enfant(s) né(s) vivant(s)	
Fausse-couche(s)	
Grossesse(s) extra-utérine(s)	
Interruption(s) volontaire(s) de grossesse	
Interruption(s) de grossesse pour problème médical	
Infection(s) des organes génitaux ou sexuels	

3- A propos de la contraception ... :

1- Utilisez-vous une contraception ?

- Si oui**, laquelle :
- pilule
 - stérilet
 - Implanon
 - spermicides
 - préservatifs
 - autre :

Si non, pourquoi ?

- Vous avez un désir de grossesse
- Vous avez des problèmes d'argent
- Vous avez une contre-indication médicale à la pilule ou au stérilet
- Vous ne connaissez pas la contraception
- Vous êtes « contre » la contraception pour raison religieuse ou autre
- Vous n'y avez « jamais » pensé
- On ne vous l'a jamais proposée

2- Savez- vous quoi faire en cas d'oubli de pilule ?

- Vous avez reçu des informations
- Vous pensez savoir à peu près
- Vous ne savez pas du tout

3- Connaissez-vous la pilule du lendemain ?

- savez-vous quand l'utiliser ? oui non
- savez-vous comment vous la procurer ? oui non
- faut-il une ordonnance ? oui non
- en avez-vous chez vous ? oui non

4- Est-il possible, selon vous, d'utiliser plusieurs moyens de contraceptions en même temps ? :

oui non

Si oui, savez-vous lesquels ?

- Pilule et stérilet
- Pilule et préservatif
- 2 préservatifs
- Autres :

5- A votre avis la pilule protège-t-elle du sida ? oui non

6- Quels sont les premiers signes ressentis par la femme en début de grossesse ?

7- Savez vous que faire pour savoir si vous êtes enceinte ?

oui non

Si oui, précisez :

8- Savez-vous où vous adresser si vous voulez interrompre votre grossesse ?

oui non

Si oui, précisez :

Et si vous voulez gardez la grossesse :

oui non

Si oui, précisez :

Commentaires :

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire.

Si après avoir répondu, vous avez des questions, n'hésitez à les poser au médecin que vous allez voir en consultation.

ANNEXE 4 Tables des données

précaires	55
non précaires	38

origine	PASS	MDM	St Jacques	MFPF	Tréméac	MG	triangle
précaires	20	14	2	5	2	7	5
non précaires	0	0	9	15	0	14	0
total	20	14	11	20	2	21	5

âge	<20 ans	21 à 30 ans	>30 ans
précaires	18	28	9
non précaires	20	10	8
total	38	38	17

Khi deux 26,45

nationalité	françaises	étrangères
précaires	25	30
non précaires	37	1
total	62	31

mode de vie	maison	foyer	sans logement	hôtel
précaires	33	9	10	3
non précaires	37	1	0	0
total	70	10	10	3

famille	vie maritale	célibataires	A+enfants	B+enfants
précaires	16	25	7	7
non précaires	7	22	1	8
total	23	47	8	15

activité	travail	chômage	étudiante	sans activité
précaires	5	10	14	26
non précaires	11	4	21	2
total	16	14	35	28

régime obligatoire

	sécurité sociale	CMU	AME	pas de prise en charge
précaires	13	35	0	7
non précaires	36	0	0	2
total	49	35	0	9

régime complémentaire

	mutuelle	CMU	pas de complémentaire
précaires	10	27	18
non précaires	35	0	3
total	45	27	21

contraception	oui	non
précaires	34	21
non précaires	31	7
total	65	28

Test statistique	Valeur	df	Prob
Pearson Khi deux	4.170	1.000	0.041

Laquelle?	pilule	DIU	implant	préservatifs	spermicides	autres
précaires	24	2	0	12	0	0
non précaires	23	1	1	12	0	2
total	47	3	1	24	0	2

%	pilule	DIU	implant	préservatifs	spermicides	autres
précaires	43,6	3,6	0	21,8	0	0

non précaires	60,5	2,6	2,6	31,5	0	5,2
------------------	------	-----	-----	------	---	-----

Si non, pourquoi?	désir de grossesse	problèmes financiers	Contre- indication médicale	contre la contraception	ne sait pas	total
précaires	9	1	1	5	3	19
non précaires	0	0	2	2	3	7
total	9	1	3	7	6	26

2 n'ont pas répondu à cette question puisque 28 patientes disaient ne pas utiliser de contraception.

Pour votre suivi gynécologique ou en cas de problème gynécologique, qui consultez-vous ?

	gynécologue	généraliste	planning	PASS	autres
précaires	22	14	10	16	2
non précaires	20	9	13	0	0
total	42	23	23	16	2

Si vous ne consultez pas, pourquoi ?

	problèmes financiers	n'ose pas	Ne sait pas	total
précaires	5	2	2	9
non précaires	0	6	3	9
total	5	8	5	18

examen gynécologique	oui	non	<1 an	>1 an	jamais
précaires	41	14	36	13	6
non précaires	30	8	29	4	5
total	71	22	65	17	11

Khi deux 0,29

délai	<1 an	>1an	jamais
précaires	34	8	13
non précaires	26	3	9
total	60	11	22

fréquence	<1 an	>1 an	jamais
précaires	34	11	5
non précaires	29	4	5
total	65	17	10

si non, pourquoi	non proposé	refusé	ne sait pas
précaires	11	5	5
non précaires	5	3	6
total	16	8	11

grossesses	1	2	3	4	5	12
précaires	9	6	7	4	3	1
non précaires	6	4	3	2	2	0
	15	10	10	6	5	1

126 grossesses

enfants	1	2	3	4	5
précaires	10	13			
non précaires	1	7	3		
total	11	20	3		

60 enfants

fcs	1	2	3	4
précaires	7	1	0	1
non précaires	5	1	0	0
total	12	2	0	1

20fcs

ivg	1	2	3	4	10
précaires	11	1	1	1	1
non précaires	9				
total	20	1	1	1	1

39 ivg

geu	1	2	3
précaires	1		1
non précaires	0		
total	1		1

2 geu

itg	1
précaires	1
non précaires	0
total	1

1 itg

Pour les IVG :

Test statistique	Value	df	Prob
Pearson Khi deux	0.151	1.000	0.697

oublis de pilule	vs savez bien	vs savez à peu près	vs ne savez pas
précaires	19	13	23
non précaires	25	8	5
total	44	21	28

Khi deux 1,26

Pilule du lendemain	Quand ?	Où ?	Ordonnance ?	Chez vous ?
précaires	30	30	39	5
non précaires	31	33	30	0
total	61	63	69	5

Khi deux 15,29

plusieurs moyens	Oui	Non	Ne sait pas
précaires	28	21	6
non précaires	35	2	1
total	63	23	7

Khi deux 17,40

%	Oui	Non	Ne sait pas
précaires	50,9	38,2	10,9

non précaires	92,1	5,2	2,6
------------------	------	-----	-----

lesquels?	pilule/préservatifs	pilule/DIU	2préservatifs
précaires	25	0	2
non précaires	34	3	2
total	59	3	4

pilule/sida	non	oui	ne sait pas
précaires	49	2	4
non précaires	37	0	1
total	86	2	5

Khi deux 47.91

	sans logement, foyer ou hôtel	total
PASS	13	20
MDM	2	14
St Jacques	0	11
MFPF	1	20
tréméac	2	2
MG	3	21
triangle	2	5
total	23	

contraception	oui	non	total	laquelle?	pilule	préservatifs
	14	9	23		11	9

étrangères

contraception	oui	non	total	laquelle?	pilule	préservatifs
	17	14	31		11	5
	55%	45%				

toxicomanes

contraception	oui	non	laquelle?	pilule	DIU	préservatifs
	5	0		3	2	2

moins de 20 ans

contraception	oui	non	laquelle?	pilule	préservatifs
---------------	-----	-----	-----------	--------	--------------

	25	12		19	14
--	----	----	--	----	----

pas de contraception 26

age	<20	20à30	>30
	13	12	1

provenance	PASS	MDM	St Jacques	MFPF	Tréméac	MG	triangle
	8	8	5	2	0	3	0
	20	14	11	20	2	21	5

qui consultez-vous ?	gynéco	plannings	ne sait pas
	12	3	13

Nom : GOSSELIN

Prénom : Caroline

Titre de la thèse : La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise, enquête auprès de 93 patientes.

Résumé

Aujourd'hui en France, environ 5 millions de personnes vivent en situation de précarité. En 2004, pouvoir choisir une contraception, fait partie des droits fondamentaux de la personne : la contraception constitue un enjeu de santé publique. Le vécu de la contraception semble différent chez les femmes en situation de précarité que chez les autres femmes. L'enquête prospective que nous avons menée auprès de 93 patientes nantaises, réparties en deux groupes selon des critères de précarité montre que les femmes précaires utilisent nettement moins la contraception que les autres femmes en majeure partie à cause de désirs de grossesse, mais aussi pour des raisons financières, par conviction morale ou religieuse, ou par ignorance. Par contre, les méthodes utilisées dans les deux groupes ne diffèrent pas. Quelques propositions sont donc faites pour tenter d'améliorer la prévention et adapter nos pratiques aux besoins des femmes.

Mots clefs : Contraception, femmes, précarité, pilule, préservatif, DIU, accès aux soins, médecine générale, gynécologie, prévention.