

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N °

THESE

Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Déborah MONROUSSEAU/AKTAS
Née le 08/06/1983 à Mulhouse

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2014

Evaluation des connaissances des femmes sur les moyens de contraception :
Enquête dans trois centres de planification et d'éducation familiale de
l'agglomération nantaise sur l'importance des idées préconçues sur la contraception.

Président de Jury : Monsieur le Professeur LOPES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MESLE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Patrice LOPES,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le professeur Jacqueline LACAÏLLE,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.
Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le professeur Stéphane PLOTEAU,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard MESLE, directeur de thèse et ancien maître de stage,
Merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet, de ce que j'ai appris au centre Simone Veil et au sein de ton ancien cabinet,
Merci de ta patience et de ton aide lors de la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Docteur BRANGER ,
Pour votre aide précieuse pour l'exploitation des données de l'installation du logiciel pour la saisie, à l'analyse, et votre patience lors de mes multiples soucis informatiques...

Aux équipes des CPEF de Simone VEIL, Clotilde VAUTIER et au PLANNING FAMILIAL d'avoir participé à cette étude en remettant les questionnaires aux patientes, de vos remarques et suggestions .

Aux équipes de mes anciens lieux de stage, et en particulier au centre hospitalier de la Roche sur Yon, au service de soins de suite et de rééducation du Bois Rignioux et au centre Simone VEIL pour l'accueil et la formation qu'ils m'ont apporté.

A mes anciens maîtres de stage.

Table des matières

LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
1 INTRODUCTION	10
2 GENERALITES	11
2.1 La contraception	11
2.1.1 Les moyens de contraception	11
2.1.1.1 Les méthodes nécessitant une intervention médicale	11
2.1.1.2 Les méthodes ne nécessitant pas d'intervention médicale	12
2.1.1.3 La contraception d'urgence	13
2.1.2 L'utilisation de la contraception	13
2.1.2.1 Dans le monde	13
2.1.2.2 En France	15
2.1.2.3 Dans la région des Pays de la Loire	16
2.2 Les moyens d'information	17
2.2.1 Historique et législation	17
2.2.2 Les sources d'information	18
2.3 Définir une idée préconçue	19
2.4 Quelques exemples	19
2.5 Education à la santé, démarche éducative	20
3 MATERIEL ET METHODES	22
3.1 Hypothèse de recherche et objectifs	22
3.2 Population	22
3.3 La durée et lieu de l'étude	22
3.4 Élaboration du questionnaire	22
3.4.1 Les cours d'éducation à la vie affective et sexuelle	23
3.4.2 Les forums de discussion	23

3.5	Le questionnaire (ANNEXE 2)	23
3.6	Les réponses (ANNEXE 3)	24
3.7	Distribution du questionnaire et des réponses	24
3.8	Les méthodes statistiques	24
3.8.1	La description	24
3.8.2	Comparaison	25
4	RESULTATS	26
4.1	Questionnaires recueillis, taux de réponses et participation moyenne	26
4.2	Caractéristiques de la population	26
4.2.1	L'âge	26
4.2.2	L'activité	27
4.2.3	Le motif de consultation	28
4.3	L'information	29
4.4	Activité sexuelle	31
4.5	Moyens de contraception utilisés	31
4.6	Le quiz sur la contraception	33
4.6.1	Que faire en cas de rapport à risque ?	33
4.6.2	Les moyens de contraceptions	34
4.6.2.1	Le préservatif	34
4.6.2.2	La pilule	35
4.6.2.3	Patch et anneau	37
4.6.2.4	Implant contraceptif	38
4.6.2.5	DIU	39
4.6.2.6	Les autres moyens de contraception	41
4.6.2.7	Stérilisation et vasectomie	42
4.7	Les idées préconçues les plus fréquentes	43
4.8	Les scores	44
4.8.1	Moyennes obtenues selon les différents moyens de contraception	44
4.8.2	Score total	44
4.8.3	Analyse comparative	45
5	DISCUSSION	47
5.1	Résultats principaux	47
5.2	Les biais et limites de l'étude	48
5.2.1	La méthode	48
5.2.1.1	Le mode de recueil	48
5.2.1.2	La population	49

5.2.1.3 <u>Le questionnaire</u>	49
5.2.2 <u>L'évaluation</u>	50
5.3 <u>Comparaison des résultats de notre étude</u>	51
5.3.1 <u>Sources d'information</u>	51
5.3.1.1 <u>L'entourage</u>	51
5.3.1.2 <u>Les prescripteurs</u>	51
5.3.1.3 <u>Le milieu scolaire</u>	52
5.3.1.4 <u>Les médias</u>	53
5.3.1.5 <u>Le site internet http://www.choisirsacontraception.fr</u>	53
5.3.2 <u>Les moyens contraceptifs déjà utilisés</u>	54
5.3.3 <u>Les idées préconçues les plus fréquentes</u>	54
5.3.4 <u>Les connaissances sur les différents contraceptifs</u>	55
5.4 <u>Le poids de la norme contraceptive et le rôle des prescripteurs</u>	57
5.5 <u>Propositions</u>	58
6 <u>CONCLUSION</u>	59
<u>ANNEXES</u>	60
<u>ANNEXE 1: METHODE BERGER</u>	61
<u>ANNEXE 2: LE QUESTIONNAIRE</u>	62
<u>ANNEXE 3: LES REPONSES DU QUESTIONNAIRE</u>	68
<u>ANNEXE 4: TABLEAUX COMPARATIFS</u>	71
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	82
<u>RESUME</u>	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2007 (INED) ..	14
Figure 2 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde en 2005.....	14
Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes	16
Figure 4 : Répartition des âges de la population.....	26
Figure 5 : Répartition par activité de la population	27
Figure 6 : Répartition par motif de consultation de la population	28
Figure 7: Les différentes sources d'information en pourcentage.....	29
Figure 8 : Nombre de sources d'information utilisées.....	30
Figure 9 : Avez- vous été sur le site internet http://www.choisirsacontraception.fr	30
Figure 10 : Les moyens de contraceptions utilisés en pourcentage	31
Figure 11 : Nombre de moyens de contraception déjà utilisés.....	32
Figure 12 : Que faire en cas de rapport à risque ?	33
Figure 13 : Résultats du quiz en pourcentage pour le préservatif	35
Figure 14 : Résultats du quiz en pourcentage pour la pilule.....	36
Figure 15 : Résultats du quiz en pourcentage pour patch et anneaux contraceptifs.....	37
Figure 16 : Résultats du quiz en pourcentage pour l'implant contraceptif.	39
Figure 17 : Résultats du quiz en pourcentage pour le DIU	40
Figure 18 : Résultats du quiz en pourcentage pour les autres moyens de contraceptions	41
Figure 19 : Résultat du quiz en pourcentage pour la stérilisation tubaire et vasectomie....	42
Figure 20 : Les treize idées préconçues de l'étude les plus fréquentes en pourcentage..	43
Figure 21 : Moyennes des scores par moyen de contraception.....	44
Figure 22 : Moyenne du Score total sur 20 par rapport au nombre de moyens contraceptifs utilisés.....	46

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Analyse des moyennes du Score « contraception d'urgence » selon différentes variables.....</i>	<i>72</i>
<i>Tableau 2: Analyse des moyennes du Score « préservatifs » selon différentes variables. 73</i>	<i>73</i>
<i>Tableau 3: Analyse des moyennes du Score « pilule » selon différentes variables.....</i>	<i>74</i>
<i>Tableau 4: Analyse des moyennes du Score « patch et anneaux contraceptifs » selon différentes variables.....</i>	<i>75</i>
<i>Tableau 5: Analyse des moyennes du Score « implant » selon différentes variables.....</i>	<i>76</i>
<i>Tableau 6: Analyse du Score « DIU» selon différentes variables.....</i>	<i>77</i>
<i>Tableau 7: Analyse du Score « autres moyens contraceptifs » (diaphragme, spermicides, méthodes naturelles) selon différentes variables.....</i>	<i>78</i>
<i>Tableau 8: Analyse des moyennes du Score « stérilisation » selon différentes variables..</i>	<i>79</i>
<i>Tableau 9: Analyse des moyennes du Score total en fonction des différentes variables... </i>	<i>80</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

BERCER : méthode éducative dont l'acronyme signifie Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication , Retour.

CHU: Centre Hospitalier Universitaire.

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale.

CSIS : Centre Supérieur de l'Information Sexuelle.

DIU : Dispositif Intra-Utérin.

EE : Ethinylœstradiol.

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

PMI : Protection Maternelle et Infantile

1 INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, plusieurs mesures sont mises en place pour une meilleure diffusion de l'information sur la contraception.

Mais malgré la multiplication des moyens d'information sur les méthodes de contraception, le taux de grossesses non désirées en France reste stable et représente 14,7% ce qui représente 209 291 Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) par an en 2011.(1) C'est souvent ce qui est appelé le « le paradoxe français » (2) (3) : le taux de diffusion et d'accès à la contraception est l'un des plus élevés d'Europe et d'autre part le taux d'IVG se stabilise à un niveau élevé.(4)

Mais ce taux stable n'est pas forcément lié au manque d'utilisation de moyens contraceptifs mais à plutôt à son utilisation au quotidien puisque en effet parmi les femmes ayant eu recours à une IVG en 2004 : 72% étaient sous méthodes contraceptives.(5)

Il se pose donc la question de savoir comment donner aux femmes la meilleure information possible pour l'utilisation optimale de la contraception et même plutôt que de parler d'information, il convient mieux d'utiliser le terme d'éducation puisque le but est de donner aux femmes les compétences pour utiliser au mieux leur contraception. On entre en effet dans la démarche même éducative de type BERCER puisque le préalable à toute démarche d'éducation est le diagnostic éducatif.(6) Il invite le soignant à s'interroger sur les connaissances du patient mais aussi ses croyances et ses représentations.(7) Il existe de nombreuses croyances et idées préconçues impactant les choix contraceptifs des femmes au quotidien. Ainsi la moitié des femmes interrogées dans l'enquête de l'INPES pensaient qu'il était nécessaire d'avoir déjà eu un enfant pour pouvoir utiliser le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet.(8) L'étude l'INPES « ce que savent les français » a évalué certaines de ces représentations mais il n'existe pas d'étude évaluant l'importance des idées préconçues sur l'ensemble des moyens de contraception.

Mieux connaître les femmes leurs craintes, leurs idées, évaluer ce qu'elles savent ou croient savoir pourrait permettre de préciser, de compléter et d'adapter le discours des médecins généralistes pour une meilleure utilisation de la contraception de leurs patientes

Après un bref rappel sur la contraception, les sources d'information, et quelques définitions nous évaluerons grâce à une enquête descriptive les connaissances et les lacunes des femmes au moyen d'un questionnaire portant sur des idées préconçues sur les moyens de contraception.

2 GENERALITES

2.1 La contraception.

2.1.1 Les moyens de contraception

Ils peuvent être classés en 2 types (9),(10),(11),(12),(13) :

- les moyens de contraception nécessitant une intervention médicale
- les méthodes disponibles sans prescription médicale

2.1.1.1 Les méthodes nécessitant une intervention médicale

Les pilules contraceptives oestro-progestatives combinées :

Elles contiennent un œstrogène de synthèse : l'Ethinylœstradiol ou EE et un progestatif de synthèse (lévonorgestrel et noréthistérone pour la deuxième génération, désogestrel, gestodène et norgestrel pour la troisième génération et les autres non norstéroïdiens acétate de cyprotérone , drospirénone,dienogest...)

Le mode d'action est triple. Elles agissent essentiellement en bloquant par rétrocontrôle l'axe hypothalamo-hypophysaire et donc l'ovulation mais les progestatifs ont également un effet mécanique sur le glaire cervicale et l'endomètre (atrophie endométriale la rendant impropre à la nidation).

Elle nécessitent la prise quotidienne d'un comprimé par jour pour les plaquettes de 21 jours suivi d'un arrêt de 7 jours. Il existe également des plaquettes à 22 jours et 28 jours.

Le patch œstro-progestatif :

C'est un dispositif transdermique, qui libère une quantité fixe d'œstro-progestatif de synthèse (150 µg de norelgestromine et 20 µg d'EE) et agit sur le même mode d'action. Le patch est changé de façon hebdomadaire pendant 3 semaines suivies d'une semaine d'arrêt.

L'anneau vaginal œstro-progestatif :

C'est un anneau flexible en plastique poreux qui contient également une association d'œstrogène et de progestatif délivré quotidiennement.

Ce dispositif doit être inséré au fond du vagin. Il est mis en place pendant trois semaines puis retiré.

Les pilules microprogestatives :

Elles contiennent un progestatif de synthèse (désogestrel ,lévonorgestrel). Elles nécessitent une prise quotidienne, en continu. Elles agissent essentiellement en modifiant la glaire cervicale.

Implant sous cutanée progestatif :

C'est un réservoir en matière plastique souple, inséré sous la peau contenant un progestatif (désogestrel) qui est libéré pendant 3 ans.

Les pilules macroprogestatives :

Elles n'ont pas l'AMM pour être utilisées comme contraceptif mais ont un effet antiovulatoire et donc contraceptif quand elles sont prescrites plus de 21 jours par mois.

DIU(Dispositif Intra-Utérin) hormonal:

Ce dispositif intra-utérin contient un progestatif (lévonorgestrel). Il agit à la fois de façon mécanique sur l'endomètre en rendant la nidation impropre et d'autre part par l'action de son progestatif en modifiant la glaire cervicale.

DIU au cuivre :

Ce dispositif est mis en place dans l'utérus et induit une réaction inflammatoire rendant impropre la nidation, et surtout une action lytique (par les ions cuivres) sur les spermatozoïdes empêchant la fécondation.

La stérilisation tubaire et la vasectomie :

Ce sont des moyens définitifs pour éviter une grossesse. Pour cela un consentement éclairé et un délai de réflexion de 4 mois est indispensable.

Ils nécessitent une intervention instrumentale.

La stérilisation consiste soit en une ligature des trompes (par différents moyens : ligature section , clip, anneaux ou électrocoagulation) ou insertion de dispositifs intratubaires par hystéroscopie (méthode ESSURE) empêchant donc la fécondation.

La vasectomie consiste à obturer ou couper les canaux déférents auxquels on accède par une incision de la peau des bourses. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une azoospermie.(14)

2.1.1.2 Les méthodes ne nécessitant pas d'intervention médicale

Les préservatifs féminins et masculins :

Ils empêchent le passage des spermatozoïdes dans le vagin et donc la fécondation. Les préservatifs en latex sont recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf en cas d'allergie au latex.

Ils représentent la méthode offrant une protection également contre les IST(Infections Sexuellement Transmissibles). (15)

Les méthodes dites naturelles :

- le retrait
- la « méthode Ogino » ou abstinence périodique : elle consiste à éviter les rapports pendant les jours supposés féconds.
- la « méthode des températures » se basant sur le fait que la température s'élève de 0,2 à 0,4° sous l'action de la progestérone sécrétée à partir de l'ovulation.
- La « méthode Billings » ou observation de la glaire cervicale est basée sur les modifications de l'aspect de la glaire cervicale au cours du cycle.
- le « système Personna » comprenant un lecteur informatisé urinaire permettant des tests d'ovulation au cours du cycle.

La méthode MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternelle et Aménorrhée

Elle nécessite un allaitement exclusif jour et nuit (soit 6 à 10 tétées par jour durant au minimum 10 minutes) avec un intervalle de moins de 6 heures entre chaque tétée la nuit et 4 heures le jour. Elle est efficace en cas d'aménorrhée persistante et jusqu'à ce que l'enfant ait 6 mois. (16)

Le diaphragme ou la cape cervicale :

Ces dispositifs peuvent être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Ils doivent être utilisés avec un spermicide.

Les spermicides :

Sous forme de gel , éponge. Comme leur nom l'indique ce sont des substances qui inactivent ou détruisent les spermatozoïdes. Ils sont rarement utilisés seuls mais le plus souvent avec une autre méthode barrière (préservatifs, cape ou diaphragme)

2.1.1.3 La contraception d'urgence

Il en existe deux types :

- la contraception hormonale d'urgence (Lévonorgestrel :Norlevo® , Ulipristal acétate :Ellaone®). Ces deux molécules agissent par inhibition et retardement de l'ovulation. Elles doivent être prise maximum à 5 jours (Ellaone®), 3 jours (Norlevo®) après le rapport à risque avec une efficacité maximale dans les 12 heures suivant le rapport à risque.

- le DIU au cuivre inséré dans les 5 jours(10 jours aux États unis): il a une action cytotoxique sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation, et création d'une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. (17)

2.1.2 L'utilisation de la contraception.

2.1.2.1 Dans le monde

63% des couples utilisent une méthode contraceptive.

Il existe de grandes différences sur les pratiques contraceptives dans le monde représentée sur la figure 1 et 2.

La méthode la plus répandue est la stérilisation (37 % dans l'ensemble du monde(18)).

Sur la plupart des continents c'est la méthode d'un couple sur deux et pour neuf cas sur dix, c'est la femme qui est stérilisée. Dans certains pays comme la Chine ou l'Inde, la pilule est très peu utilisée.

Ces données montrent qu'il existe aussi une culture contraceptive, différentes selon les pays, l'accessibilité et les pratiques.

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde en 2007 (INED)

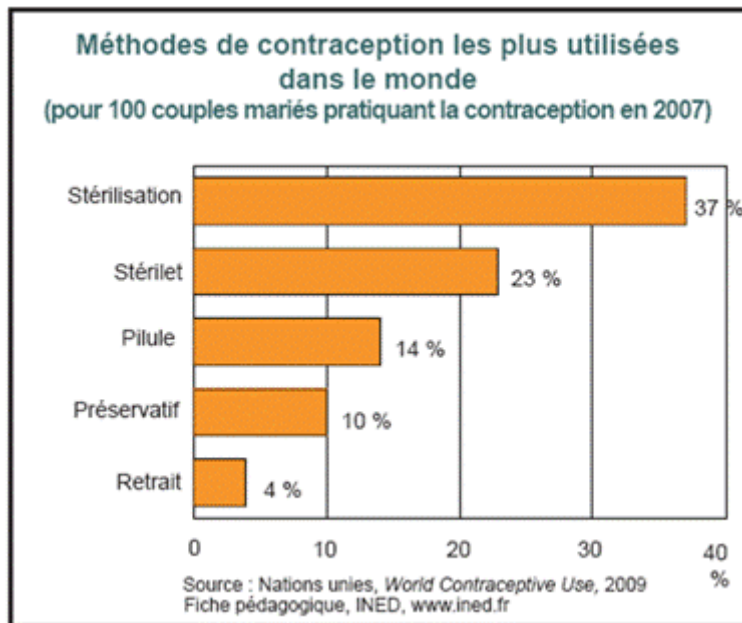
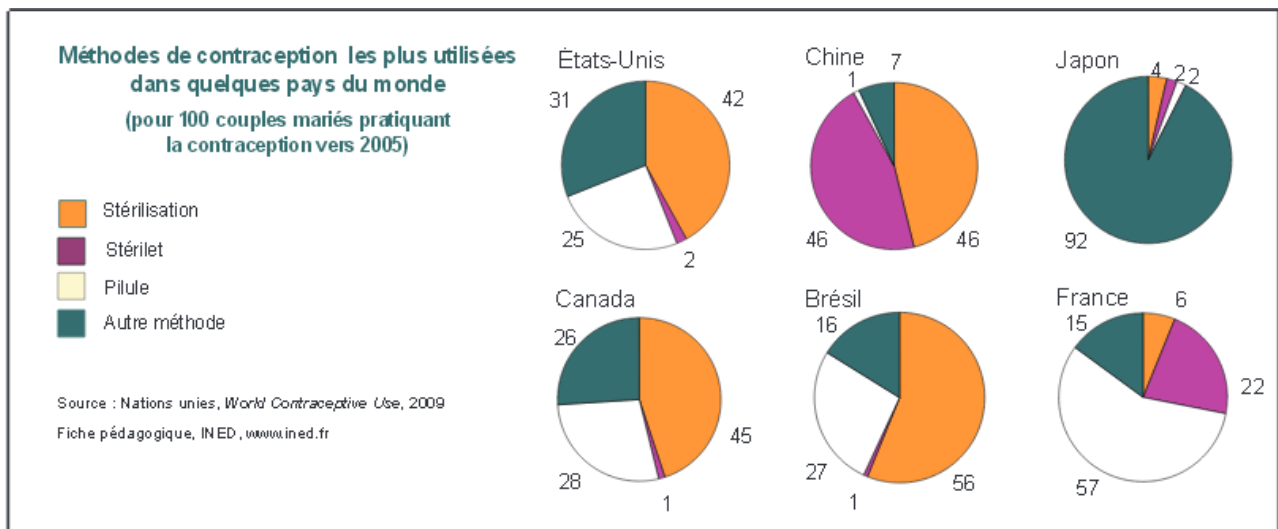


Figure 2 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde en 2005



2.1.2.2 En France

La France représente une des meilleures couvertures contraceptives.

En effet selon le Baromètre santé jeunes 2010 : 90,9% des femmes concernées de 15-49 ans ont un recours systématique à un moyen de contraception (soit les femmes sexuellement actives au cours de douze derniers mois, non enceintes, ayant un partenaire homme, non stériles et ne cherchant pas à avoir d'enfants).(19)

Ce qui représentait 70,9% des 15-44 ans et 75,3 % des 20-44 ans.(20) On retrouvait globalement les mêmes chiffres en 2005 avec $\frac{3}{4}$ des personnes sexuellement actives utilisant un moyen de contraception.

La figure 3 représente la répartition par classes d'âge de la contraception en France. Les méthodes nécessitant une intervention médicale étaient les plus fréquentes et parmi elles la pilule surtout.(4) 79% des femmes selon le rapport de l'INPES(8) Le DIU était le deuxième moyen contraceptif utilisé sauf pour les plus de 35 ans où il était le premier moyen contraceptif utilisé.

Le préservatif était quasiment utilisé autant que la pilule (8) et de plus en plus lors du premier rapport sexuel : puisqu'il était utilisé par 85 % de la population lors du premier rapport.(4)

La double protection (contraception hormonale et préservatif ou double Dutch des néerlandais) était par contre encore peu répandue puisqu'elle concerne 14,5% des 15-17 ans, 23% des 18-19 ans. (21)

Les autres moyens contraceptifs sont moins utilisés avec respectivement 6% de personnes ayant déjà utilisés le diaphragme et les spermicides, 5% le préservatif féminin, 3% l'implant, 2% l'anneau vaginal et 1% le patch oestroprogestatif. (8)

Les méthodes dites « naturelles » (méthode Ogino, Billings, retrait) sont peu utilisées à 6,2%.(21)

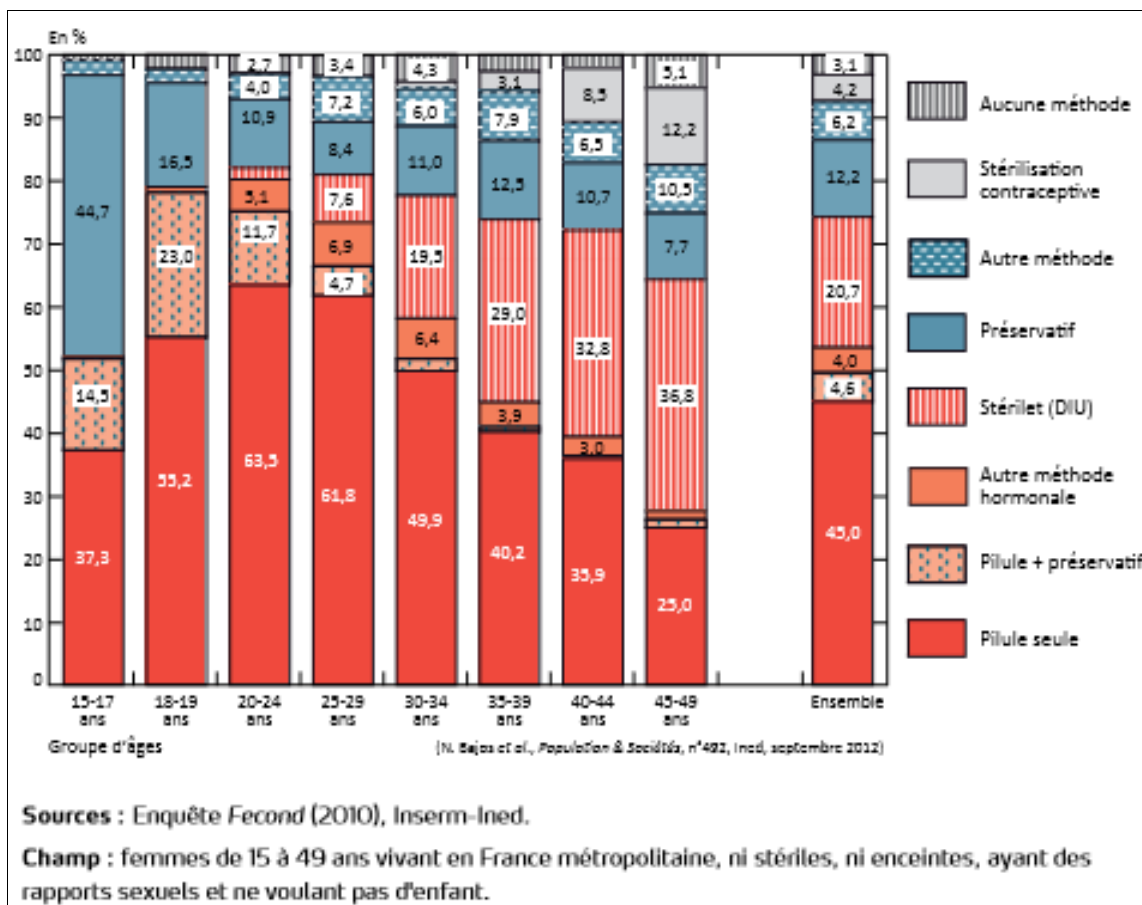
La stérilisation contraceptive ne concernaient qu'une minorité de femmes (3,9% en 2010, 0,3 % pour les hommes) selon le baromètre santé 2010, 1% sur l'échantillon de l'étude INPES. Son utilisation augmente avec l'âge.

En comparant les chiffres de L'INED de 2000 et 2005, on remarque une augmentation de 10 % de l'utilisation de la pilule et une diminution de 5% de l'utilisation du DIU ainsi qu'une diminution de 5% de la stérilisation sans modification des autres méthodes contraceptives. Les résultats de l'étude FECOND en 2010 ont mis en évidence pour la première fois, une baisse de l'utilisation de la pilule (-4,6%) compensée par de nouvelles méthodes contraceptives utilisées par 4% des femmes en 2010 (implant 2,6%, anneau vaginal 1%, patch contraceptif 0,4%). Il est noté également une stabilisation des méthodes naturelles probablement en lien avec « la vague écologique » actuelle.

Ces données mettent en évidence un modèle contraceptif peu flexible : un recours important au préservatif au début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient (21).

Ces chiffres mettent aussi en évidence l'impact des conditions socio-économiques dans le choix de la contraception puisqu'il conditionne l'accès pour les dispositifs non remboursés par la sécurité sociale.(22)

Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes.



2.1.2.3 Dans la région des Pays de la Loire

Le taux d'utilisation de la contraception était plus élevée que la moyenne nationale avec un taux de 95% pour les femmes concernées. L'utilisation de la pilule était également plus importante (86% versus 78% au niveau nationale) ainsi que celle du préservatif lors du premier rapport (92% versus 87%).

On notait par contre une utilisation moins importante de la contraception d'urgence (42% au niveau nationale contre 34 % au niveau des Pays de la Loire).(23)

2.2 Les moyens d'information

2.2.1 Historique et législation

En 1955, le Mouvement Français pour le Planning Familial est créé avec les premières consultations dédiées à la contraception.

La loi Neuwirth (28/12/1967) autorisait la contraception mais avec des contraintes importantes : l'accès libre ne concernait que les personnes majeures (21 ans à cette époque) avec restrictions importantes pour les mineures : autorisation parentale à signer et conserver par le pharmacien...Elle interdisait également toute publicité ou diffusion. Le Conseil Supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS) a été créé par la loi n°73-639 du 11 juillet 1973.

En 1974 la loi relative à la contraception est élargie en permettant le remboursement par la sécurité sociale des actes médicaux et médicaments contraceptifs. La prescription devenant gratuite pour les mineures (de moins de 18 ans : l'âge de la majorité a été abaissé au cours de l'été 1974) qui veulent garder l'anonymat dans les CPEF. L'ouverture d'un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) est recommandée dans chaque centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Ce n'est qu'en 1987 et l'épidémie du SIDA que sont retirés les articles de loi concernant la propagande et la publicité. L'épidémie de SIDA impose de ne plus parler seulement d'information ou d'accès à la contraception mais d'éducation à la sexualité et aux moyens de contraception. Cette éducation a été mise en place non seulement pour prévenir la transmission du virus mais aussi et surtout parce que la population est devenu plus actrice de sa santé (scandale du sang contaminé).

La loi du 4 juillet 2001 a permis d'instaurer une information et une éducation à la sexualité en milieu scolaire avec trois séances annuelles obligatoires (24) mais son application reste aléatoire. La contraception d'urgence devient accessible sans prescription médicale avec gratuité pour les mineures dans les pharmacies, les CPEF, auprès des infirmières scolaires. Les sages-femmes voient également leur compétences s'élargir à la prescription et au suivi des contraceptions.

Ces lois ont permis également la mise en place de plusieurs dispositifs afin d'améliorer l'accès et l'information à la contraception pour les personnes en situation de précarité : les CPEF sont autorisés à délivrer, à titre gratuit des médicaments, produits ou objets contraceptifs aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie.

En parallèle plusieurs campagnes nationales d'information ont été développées en plusieurs thèmes successifs le premier « la contraception est un droit fondamental » en 1981 jusqu'en 2002 « la contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place ».

A partir du 15 septembre 2007 : une campagne de diffusion au grand public est mise en place « la meilleure contraception, c'est celle qu'on choisit » avec diffusion de spots TV, campagnes sur les stations de radio, création de bannières Web, création du site internet : <http://www.choisirsacontraception.fr>, diffusion de brochures mémo et mise en place d'un numéro vert. (25)

Cette campagne s'adressait aussi aux professionnels concernés.

2.2.2 Les sources d'information.

En reprenant la classification de l'enquête de l'INPES (4), on peut différencier :

- l'entourage : famille, amis, partenaire, conjoint
- le milieu scolaire : infirmière scolaire cours de biologie, cours d'éducation à la vie affective et sexuelle
- les prescripteurs possibles : professionnels du milieu social et médical
- les médias : télévision, internet, magazines ...

L'importance de chaque source d'information est différente selon les études et les caractéristiques de la population. On retiendra cependant l'importance du milieu scolaire et de l'entourage ainsi que l'utilisation de plus en plus des médias et d'internet. En particulier chez les adolescents, il a été démontré que les amis et internet se révélaient être les premières sources d'information. (26)

De plus, si trois cours d'éducation à la vie affective et sexuelle sont prévus dans la loi, leur application reste très aléatoire. L'étude de l'INPES a montré un niveau de confiance bas envers les sources d'information du milieu scolaire : 4% alors que 63% des personnes citaient le milieu scolaire comme source de conseils sur la contraception. (8)

Or c'est souvent dans l'entourage et dans les médias que sont véhiculés le plus d'idées préconçues sur la contraception. (27)

La campagne de 2007 visait justement à permettre aux femmes d'avoir des sources d'information internet fiable sur la contraception avec le développement du site internet <http://choisirsacontraception.fr>.

2.3 Définir une idée préconçue

Une idée préconçue (ou reçue: terme que je n'ai pas employé jusque là devant le côté plus péjoratif du terme par définition, on combat les idées reçues donc elles sont forcément fausses) est définie comme une opinion stéréotypée facilement construite (à partir de sa famille, de son entourage, des mythes sociaux) et difficilement modifiable. Les idées reçues sont tellement intégrées dans la culture qu'il est psychologiquement et sociologiquement très difficile de les contrer, même lorsqu'en toute objectivité il s'agit d'énormités par rapport à la vérité et à la logique.(28)

Une idée préconçue a pour particularité de s'admettre facilement car :

- elle est répandue
- celui qui la transmet la considère comme une évidence
- elle est agréable à admettre car elle répond à une question gênante.

Cette définition explique en partie que les idées préconçues soient fréquentes dans le domaine de la sexualité et la contraception.

C'est dans ce contexte qu'il m'a paru intéressant d'évaluer leur importance et donc leur impact sur l'information des femmes sur la contraception. En effet éduquer et donc faire apprendre ou comprendre qu'il faut « effacer ce que l'on croit savoir ».

En effet quand on parle d'idées préconçues, on se rapproche du terme de croyances. Une croyance, pour faire simple est ce que nous tenons pour vrai, même sans argument ou sans preuves.C'est une pensée qui s'impose à nous. (29)

Les idées préconçues proviennent comme évoqué précédemment de plusieurs sources : entourage, médias mais il ne faut pas oublier qu'une partie non négligeable de ces idées préconçues proviennent aussi d'anciennes croyances médicales et du poids de la norme contraceptive.Deux tiers des médecins interrogés en Grande Bretagne pensaient qu'une jeune femme nullipare ne devait pas avoir de DIU.(30)

Ainsi dans une étude britannique auprès des médecins généralistes un nombre important de praticiens ne savaient pas que la fertilité redevenait normale immédiatement après le retrait de l'implant.(31)

2.4 Quelques exemples

Plusieurs exemples montrent l'importance de ces croyances dans la population générale.

La pilule protège de toutes les IST : dans l'enquête de l'INPES : contraception : ce que savent les français, un jeune sur dix de 15 à 25 ans ne sait pas que la pilule ne protège pas des IST (4) soit 4 % de la population totale de l'étude.(8)

La pilule rend stérile : un français sur quatre (et jusqu'à un sur trois chez les 15-20 ans) pense que la pilule rend stérile.(3)

Le DIU est réservé aux femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants : Une personne sur deux pense qu'il est nécessaire d'avoir eu au moins un enfant pour poser un DIU.(4)

Les DIU rendent stériles: Des études ont prouvé un retour identique de la fertilité.(30)

2.5 Education à la santé, démarche éducative

« L' éducation à la santé a pour but que chaque personne acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettent de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité[...] Construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population, la démarche éducative encourage et organise le débat entre les usagers et les professionnels du système de santé ou du système socio-éducatif. Elle permet à chacun de s'y impliquer et de faire les choix qui lui paraissent judicieux ».(32)

L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation à la santé mais à la différence de celle-ci sa définition s'adresse plus particulièrement à un patient atteint de maladie chronique pour lequel l'apprentissage de compétences et de comportement de santé est nécessaire pour vivre. Le but est de donner au patient tous les moyens cognitifs et techniques de gestion de la maladie et de ces traitements.(32)

En ce qui concerne la contraception, on peut donc considérer être dans un domaine particulier de l'éducation de la santé proche de l'éducation thérapeutique puisque que le but est développer des compétences avec gestion au long cours d'un traitement ou d'un dispositif. On s'éloigne cependant de la définition stricte de l'éducation thérapeutique du fait qu'il s'agit de traitement sans maladies chroniques associées. Ce sont des traitements certes au long court (huit ans en moyenne) « préventifs » pour éviter une grossesse, des IST (même si certains moyens contraceptifs ont un effet thérapeutique indéniable sur certaines manifestations tel que l'acnée, les dysménorrhées).

On se place par contre au centre de la démarche éducative qui renvoie à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde à la fois sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et à la fois sur ce que le soignant, sait , croit , redoute et espère.(6)

Cette démarche éducative est basé sur la méthode dite BERCER recommandé par l'OMS (cf annexe 1) définie par 6 temps :

Bienvvenue : C'est le temps d'accueil de la consultante, le soignant se présente assure la confidentialité des entretiens et en présente le déroulement.

Entretien : C'est le temps de l'information et de l'expression de la personne ou du couple. Il permet de formuler le diagnostic éducatif partagé.

Renseignement : Temps pour une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la personne consultante ou qui pourraient lui être proposée.

Choix : Le soignant souligne que la décision finale appartient à la patiente. Pour l'aider à choisir, il peut attirer son attention sur sa situation familiale, ses préférences, certains bénéfices et risques de certaines méthodes.

Explications : Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, démonstration ou mieux apprentissage avec manipulation par la consultante elle même. Discussion sur les moyens de rattrapage.

Retour : Consultations de suivi qui permettent de réévaluer la méthode et son utilisation.

L'éducation à la santé correspond à la pratique de la médecine générale pour le suivi et la prescription de la contraception. La médecine générale est en effet au cœur de la prévention, de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. (33)

Il s'agit bien en effet de donner aux femmes les compétences pour gérer au quotidien leur contraception. Mais ce préalable implique que leurs représentations, leurs croyances soient prise en compte.

Nous avons vu préalablement l'importance de la couverture contraceptive en France , et son paradoxe c'est à dire le maintien d'un taux d'IVG identique. Celui-ci est bien sûr multifactoriel : allongement de la durée de l'activité sexuelle avant enfant, installation d'une norme procréatrice (2). Cependant un défaut d'information semble aussi en cause selon le résultat de plusieurs enquêtes COCOON, FECOND, rapport INPES.

L'importance des représentations, croyances , idées préconçues sur la contraception n'est elle pas un frein à une « bonne » information ?

Le but de mon travail est de montrer leur importance afin de l'appliquer lors des consultations de médecine générale que ce soit lors d'un renouvellement d'un contraceptif ou lors de la première prescription.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Hypothèse de recherche et objectifs.

L'hypothèse de notre étude était qu'il existait beaucoup d'idées préconçues sur les moyens de contraception et que les femmes connaissaient peu les différents moyens de contraception.

Les objectifs premiers de cette étude sont les suivants :

- estimer la connaissance des femmes sur les différents moyens de contraception
- estimer l'importance des idées préconçues.

L'objectif secondaire de cette étude est le suivant :

- rechercher si il existe des variables influençant les connaissances des femmes, et les idées préconçues sur les moyens de contraception.

3.2 Population

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative réalisée grâce à un questionnaire anonyme distribué auprès des patientes consultant dans les centres de planification et d'éducation familiale(CPEF) de l'agglomération nantaise et rempli sur la base du volontariat.

Les critères d'inclusion étaient le sexe féminin, le fait de savoir lire et écrire le français et de n'avoir pas déjà rempli le questionnaire.

Un questionnaire était distribué à toutes les patientes consultant dans les centres de planification quelque soit le motif de consultation.

3.3 La durée et lieu de l'étude

L'étude a été réalisée sur une période de 4 mois (du 15 Octobre 2012 au 20 février 2013). Elle s'est déroulée dans les trois CPEF de l'agglomération nantaise soit le PLANNING FAMILIAL (anciennement rue Paul Bellamy), Centre Simone VEIL (CHU) et le centre Clotilde VAUTIER(sur le site de la clinique Jules Verne).

3.4 Élaboration du questionnaire

Au cours de consultations au CPEF Simone VEIL, j'ai relevé les premières idées préconçues sur les moyens de contraception, ainsi qu'en prenant connaissances des enquêtes réalisé par l'INPES (4) (8). J'ai par la suite complété les premières plus « évidentes » par des ressources bibliographiques. (10) (9) (30)

Afin de cibler au mieux les idées préconçues selon le type de moyen de contraception, j'ai par la suite assisté à deux séances d'éducation à la vie affective et sexuelle et également parcouru des forums de discussions dédiées à la contraception.

J'ai également décidé d'élaborer le questionnaire pas uniquement avec des idées préconçues mais aussi avec des connaissances générales sur les moyens de contraception. En effet j'ai retrouvé peu d'idées préconçues sur les « nouveaux contraceptifs » patch et anneaux hormis le fait par exemple qu'ils seraient moins efficaces.

3.4.1 Les cours d'éducation à la vie affective et sexuelle

Ces cours ont lieu au collège Bellestre à Bouaye en Loire atlantique en mars et avril 2012. J'ai pu participer à 2 séances avec des classes de 4ème. Les conseillères séparaient les filles et les garçons de la classe. J'ai choisi les deux fois d'aller avec le groupe des filles. Ces cours m'ont permis de relever quelques idées préconçues communes ou un peu moins : c'étaient surtout des cours d'introduction à la vie sexuelle et affective. La discussion était plutôt générale, les moyens de contraception étaient cités et montrés mais l'essentiel de la discussion ne se faisait pas autour des moyens de contraception.

3.4.2 Les forums de discussion

J'ai parcouru plusieurs forums de discussions tel que sur doctissimo.fr (http://forum.doctissimo.fr/sante/contraception/liste_sujet-1.htm) , au féminin.com (http://www.aufeminin.com/forum/show1_contra_1/sante/contraception.html). Ils apparaissaient en premier dans les moteurs de recherche en tapant les mots clefs « forums contraception ». J'ai pu relever d'autres idées préconçues mais aussi les questions les plus fréquentes, les peurs mais aussi les erreurs liées au manque de connaissances.

3.5 Le questionnaire (ANNEXE 2)

Il en a résulté un questionnaire composé de questions fermées pour la plupart puisque que la plus grande partie du questionnaire a été élaboré sous forme d'un quiz (à partir du deuxième chapitre).

Du fait de la longueur du questionnaire et pour en améliorer le taux de réponses, il a été présenté sous forme d'un livret en A5 pouvant être tenu dans la paume de la main.

Après avoir testé auprès de mon entourage (non médical) le questionnaire, j'avais rajouté des schémas et annotations pour les deux dernières parties concernant des moyens de contraception beaucoup moins connues.

Le questionnaire était composé de 3 « chapitres »

- Généralités
- Que faire en cas de rapport à risque ?
- Les moyens de contraception en détaillant chaque moyen de contraception en plusieurs sous chapitres : le préservatif, la pilule, patch et anneaux, implant, DIU, spermicides/diaphragme et méthodes naturelles, stérilisation tubaire et vasectomie.
- La dernière question constituait une question test pour apprécier si la patiente avait bien lu et répondu au questionnaire jusqu'au bout.

3.6 Les réponses (ANNEXE 3)

Dans un but éducatif et pour améliorer la participation à l'étude, les réponses étaient remises aux patientes à la fin de la consultation ou de l'entretien avec la conseillère. Les réponses aux questions ont été élaborés à partir de ressources bibliographiques(12) et recommandations de l'HAS (34) (ainsi que les fiches contraception) et internationales (35).

3.7 Distribution du questionnaire et des réponses

Afin de faire connaître le questionnaire au maximum aux équipes médicales, j'avais rencontré les différentes équipes médicales avant validation définitive du questionnaire et des réponses afin de prendre en compte leur éventuelles remarques. J'avais assisté et présenté le but de mon travail lors d'une réunion avec l'ensemble des membres de l'équipe du Centre Simone VEIL. J'avais de la même façon rencontré les conseillères du PLANNING FAMILIAL et la secrétaire et le médecin responsable du centre Clotilde VAUTIER.

La remise du questionnaire variait un peu d'un centre à l'autre selon le choix des équipes rencontrées. Dans tout les cas le questionnaire était remis par la première personne (secrétaire ou conseillère) qui accueillait la femme pour sa demande. Le mode de récupération des questionnaires par contre variait avec utilisation d'une boîte de dépôt pour le PLANNING FAMILIAL, récupération par la secrétaire à Clotilde VAUTIER et par le premier intervenant recevant la femme en consultation pour le centre Simone VEIL (conseillères, médecins, sage femme ou infirmière) avec remise des réponses du questionnaire et explications si besoin.

Ces différents modes de recueil ont été établis selon les établissements, le mode de fonctionnement et la disposition des locaux.

Les questionnaires ont été saisis dans le logiciel Epi Data 2.2 avant d'entreprendre l'analyse statistique.

3.8 Les méthodes statistiques.

Le logiciel d'exploitation était le logiciel Epi Data Analysis.

3.8.1 La description

Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages.
Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et écart-types.

3.8.2 Comparaison

Nous avons élaboré plusieurs scores afin d'obtenir des résultats plus facilement comparables.

Nous avons donc établi des scores pour chaque partie du quiz c'est à dire :

- Score « contraception d'urgence » sur la partie : Que faire en cas de rapport à risque ? sur 4,
- Score « préservatif » sur 5,
- Score « pilule » sur 9 ,
- Score « patch et anneaux contraceptifs » sur 4,
- Score « implant contraceptif » sur 6,
- Score « DIU » sur 6,
- Score « autres moyens contraceptifs : spermicides/diaphragme et méthodes naturelles » sur 5,
- Score « stérilisation tubaire et vasectomie » sur 4.

Les scores ont été établis en comptabilisant les bonnes réponses et les mauvaises réponses. Les non réponses ont été comptabilisées avec les mauvaises réponses. Ils ont été ramenés sur 20 pour la comparaison des différentes parties .

Le score total= score Quiz était donc sur 43 que nous avons ramené à 20 pour la comparaison.

Le but était aussi d'établir si certains facteurs étaient associés à une plus mauvaise moyenne.

Pour comparer les différents facteurs les tests sont effectués avec un seuil de détection de $p < 0,05$. Les pourcentages sont comparés avec le test du Chi2. Deux moyennes sont comparés par le test du t de student. Plus de 2 moyennes sont comparées par le test ANOVA.

4 RESULTATS

4.1 Questionnaires recueillis, taux de réponses et participation moyenne.

Sur les 400 questionnaires remis dans les CPEF, 275 ont été remplis. Les questionnaires remplis partiellement n'ont pas été exclus de l'analyse.

Le taux de réponses est donc de 68,75% par rapport aux questionnaires distribués. Le taux de réponse selon le nombre de consultations effectives ou moyenne (sur la période) a été calculé, il varie de 3,3% pour le centre Simone VEIL à 16% pour le PLANNING FAMILIAL et le centre Clotilde VAUTIER.

4.2 Caractéristiques de la population

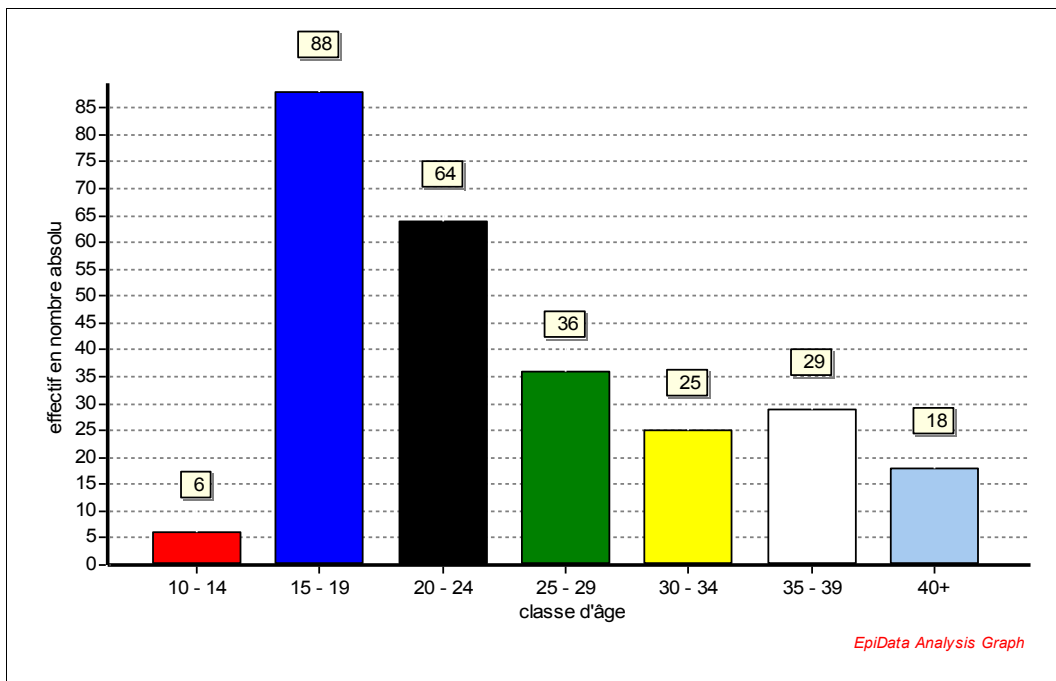
4.2.1 L'âge

L'âge moyen des femmes de l'étude était de 24,7 +/- 8,6 ans avec des disparités selon les centres : âge moyen 18,6 ans au PLANNING FAMILIAL, 28,6 ans au centre Clotilde VAUTIER, 26,8 ans au centre Simone VEIL .

Les âges s'étendaient de 13 à 53 ans (la figure 4 montre la répartition par classe d'âge). La médiane est de 22 ans.

9 patientes n'avaient pas indiqué leur âge.

Figure 4 : Répartition des âges de la population.



4.2.2 L'activité

Elle est représentée dans la figure 5. Les patientes encore en études : collège (n=5), lycée (n=66), ou études supérieures (n=51) représentaient 45% de la population (n=122) .

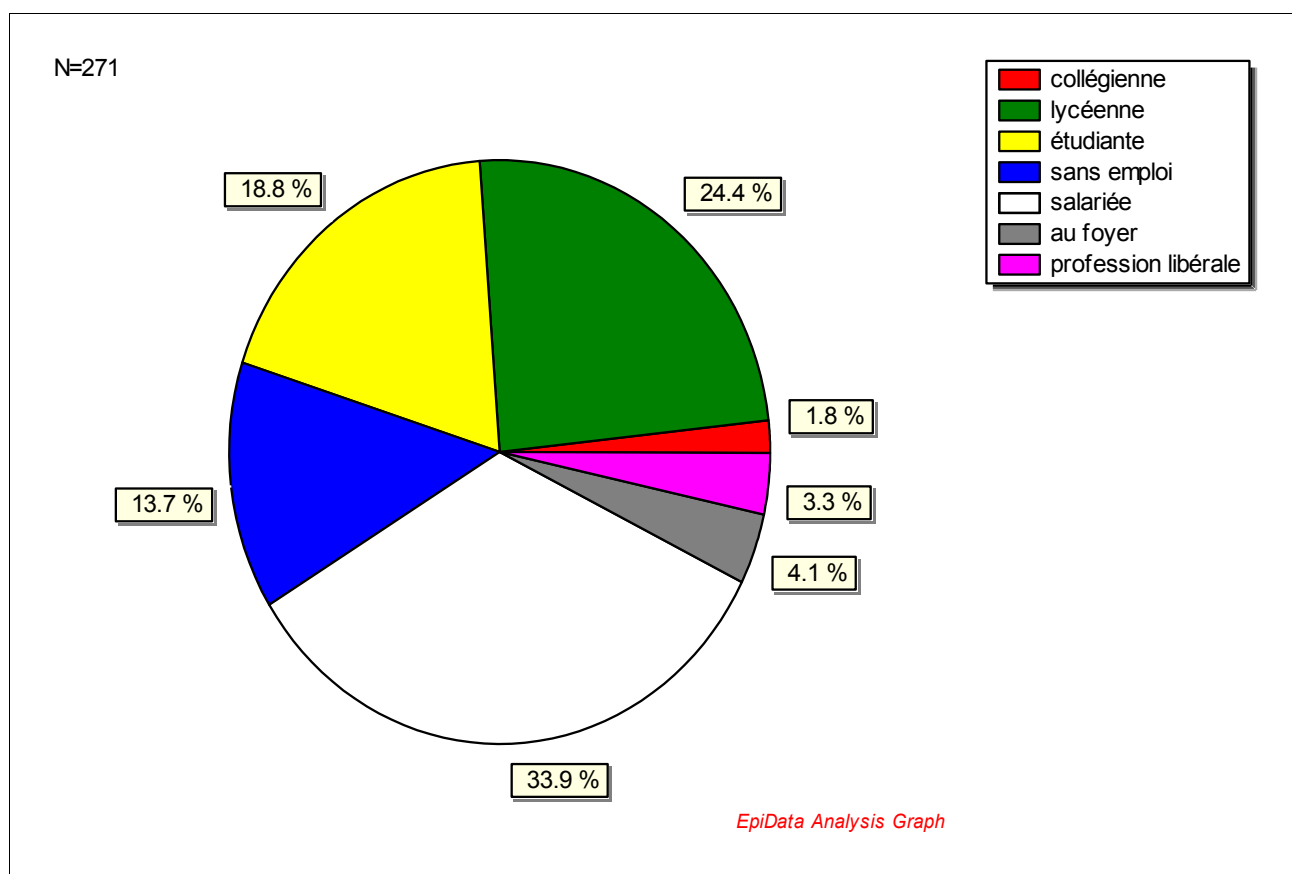
Il existait des disparités entre les centres avec la totalité des collégiennes ayant consulté au PLANNING FAMILIAL ainsi que plus de 70% des lycéennes soit 60% des jeunes femmes scolarisées. Les professions salariés ont surtout consulté au centre Simone VEIL et Clotilde VAUTIER pour 90%. Aucune profession libérale, ni femme au foyer n'a consulté au PLANNING FAMILIAL.

4 personnes n'ont pas indiqué leur activité.

2 questionnaires ont été rempli par des professions médicales (ostéopathe et médecin).

3 étudiantes ont précisées exercer une activité salariée complémentaire (l'activité retenue a été étudiante).

Figure 5 : Répartition par activité de la population



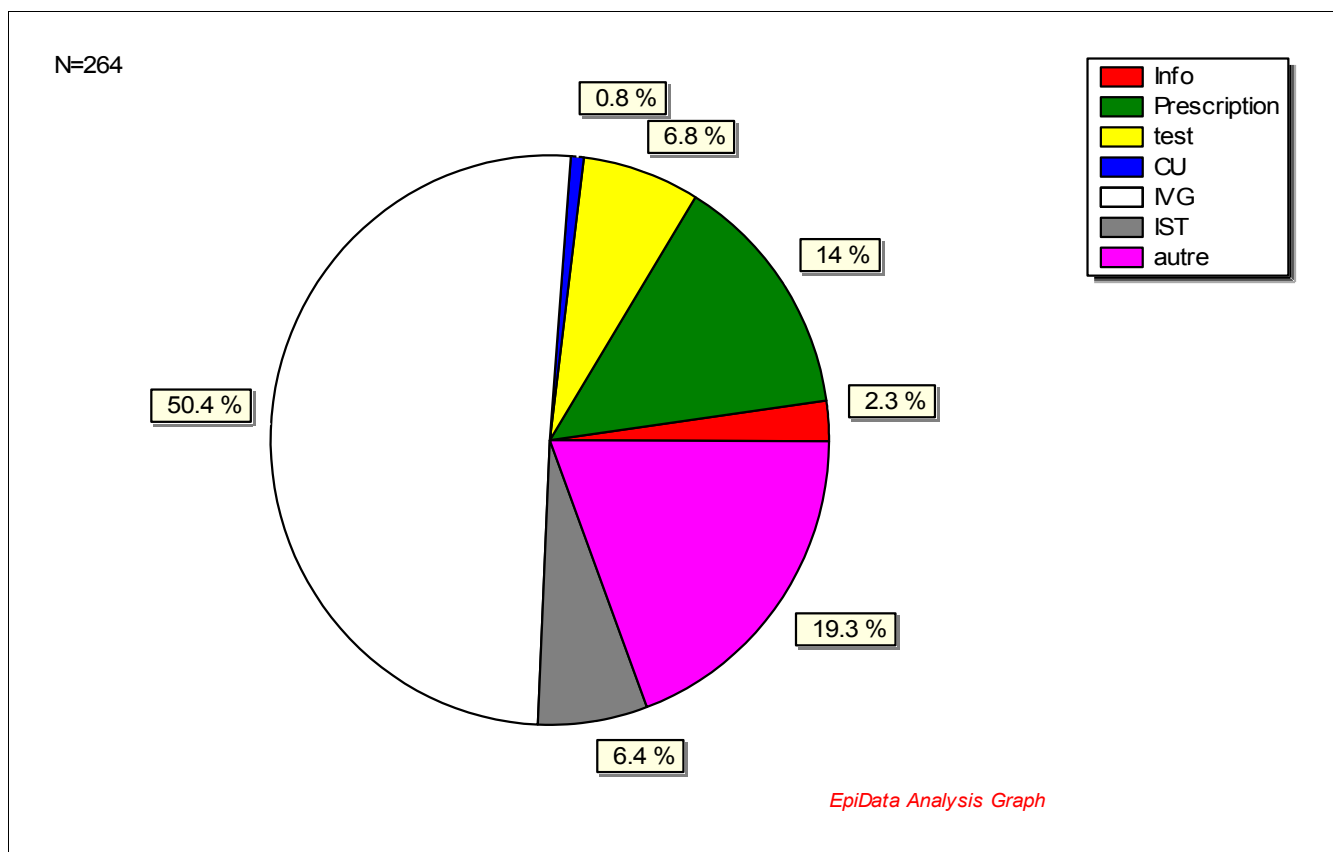
4.2.3 Le motif de consultation

Plus de la moitié des consultations sont liés à une IVG.

Les consultations « autres » (n=51) sont essentiellement liées à des consultations de suivi (visite annuelle, contrôle DIU ou implant, réalisation de frottis) pour 61% d'entre elles (n=31), 4% à des problèmes gynécologiques divers/ ménométrorragies (n=2), 35% sont des questionnaires remplis par des accompagnantes (n=18).

La répartition des motifs de consultation est représentée par la figure 6.

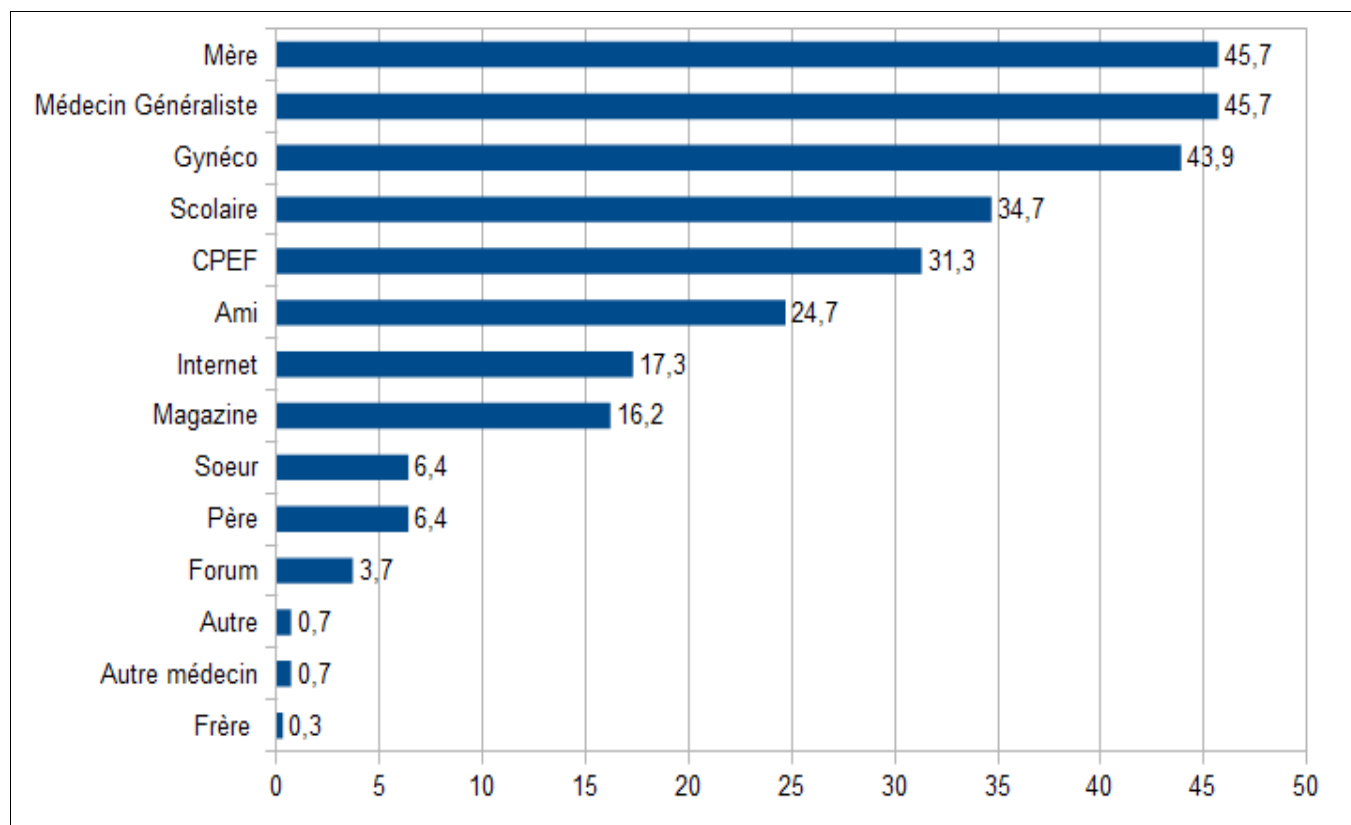
Figure 6 : Répartition par motif de consultation de la population



4.3 L'information

La plupart des femmes consultantes ont eu au moins une fois une information sur la contraception seulement 1,5% de la population n'avaient jamais reçu d'information. La figure 7 montre la répartition des différentes sources d'information.

Figure 7: Les différentes sources d'information en pourcentage.



Les principales sources d'information sont donc l'entourage (mère et ami surtout) et médico-sociale (gynécologues, médecin généraliste, milieu scolaire et CPEF). Dans le pourcentage scolaire a été inclus : les réponses « autres » avec comme commentaires des références scolaires : en classe, en cours de biologie, en formation.

Les deux autres réponses « autre » sont :

- par le pharmacien
- par une sage-femme.

La répartition par nombre de sources d'information a été calculé et est représentée dans la figure 8.

Figure 8 : Nombre de sources d'information utilisées

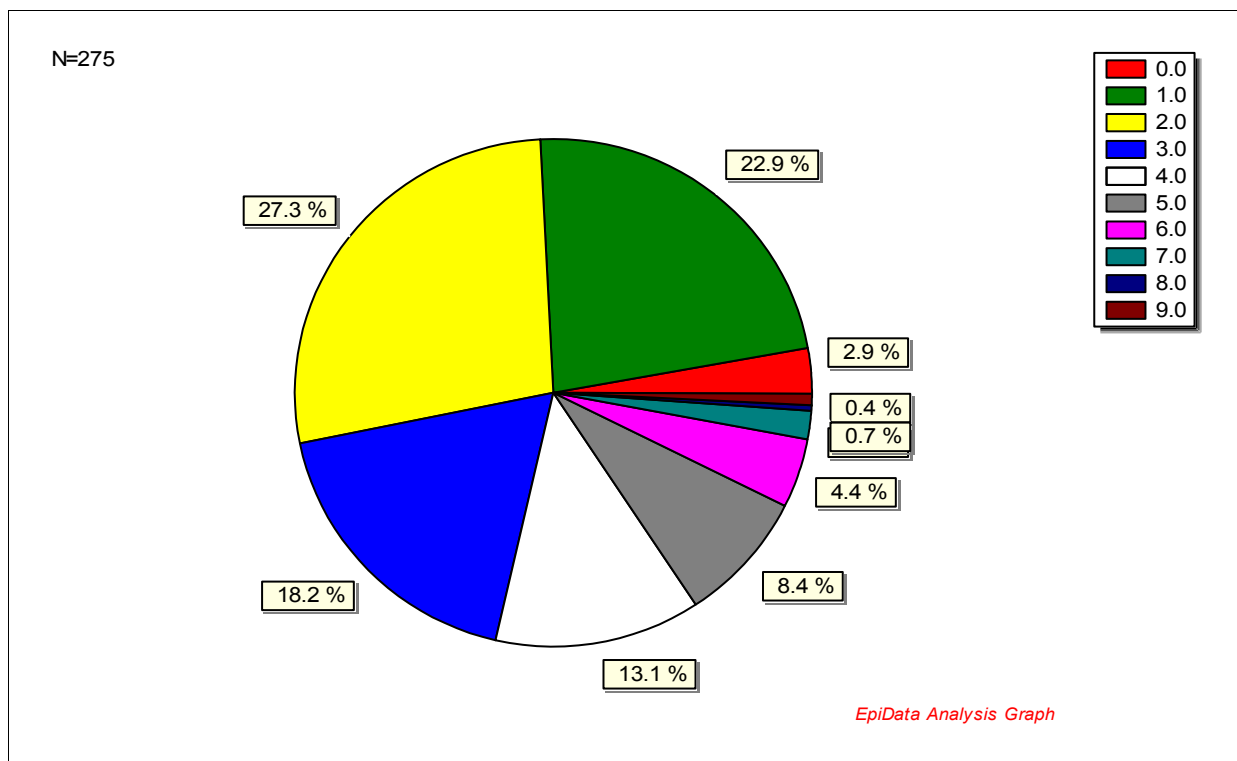
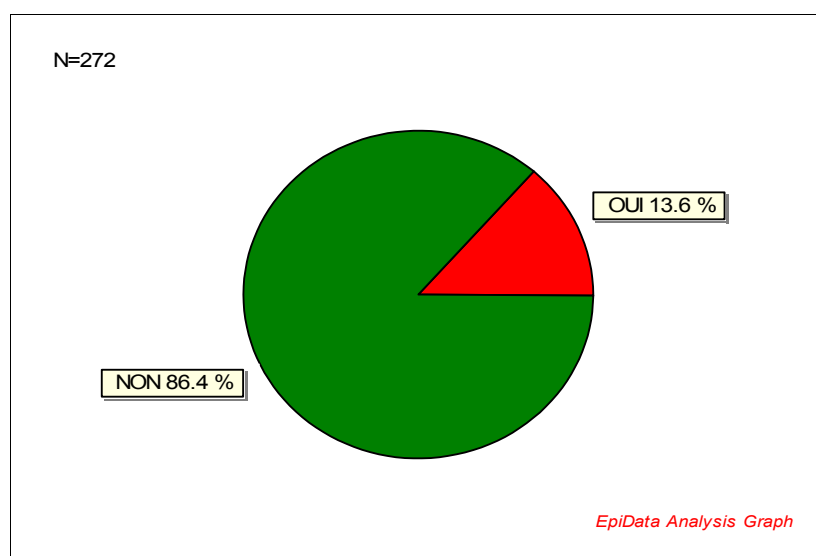


Figure 9 :Avez- vous été sur le site internet Choisirsacontraception.fr ?



Il existe une différence significative ($p=0,01$) entre les centres avec plus de réponses positives sur la consultation du site internet <http://www.choisirscontraception.fr> au PLANNING FAMILIAL.

4.4 Activité sexuelle

4,4 % (n=12) des patientes n'avaient pas eu de rapports sexuels au moment du questionnaire. Elle se situaient toutes dans les deux premières classes d'âge. 5 personnes uniquement n'ont pas répondu à cette question personnelle.

4.5 Moyens de contraception utilisés

Les différents moyens contraceptifs utilisés sont décrits dans la figure 10. Le nombre maximum de moyens contraceptifs utilisés étaient de 5.

La figure 11 décrit le nombre moyens de contraceptifs utilisés en pourcentage. 7,6 % (n= 21) des patientes n'ont jamais utilisé de contraceptifs.

Les autres moyens contraceptifs (n= 4) étaient
-spermicides (crème, tampons ou ovules) pour 3 patientes
-diaphragmes pour une patiente (associés aux spermicides).

Figure 10 : Les moyens de contraceptions utilisés en pourcentage

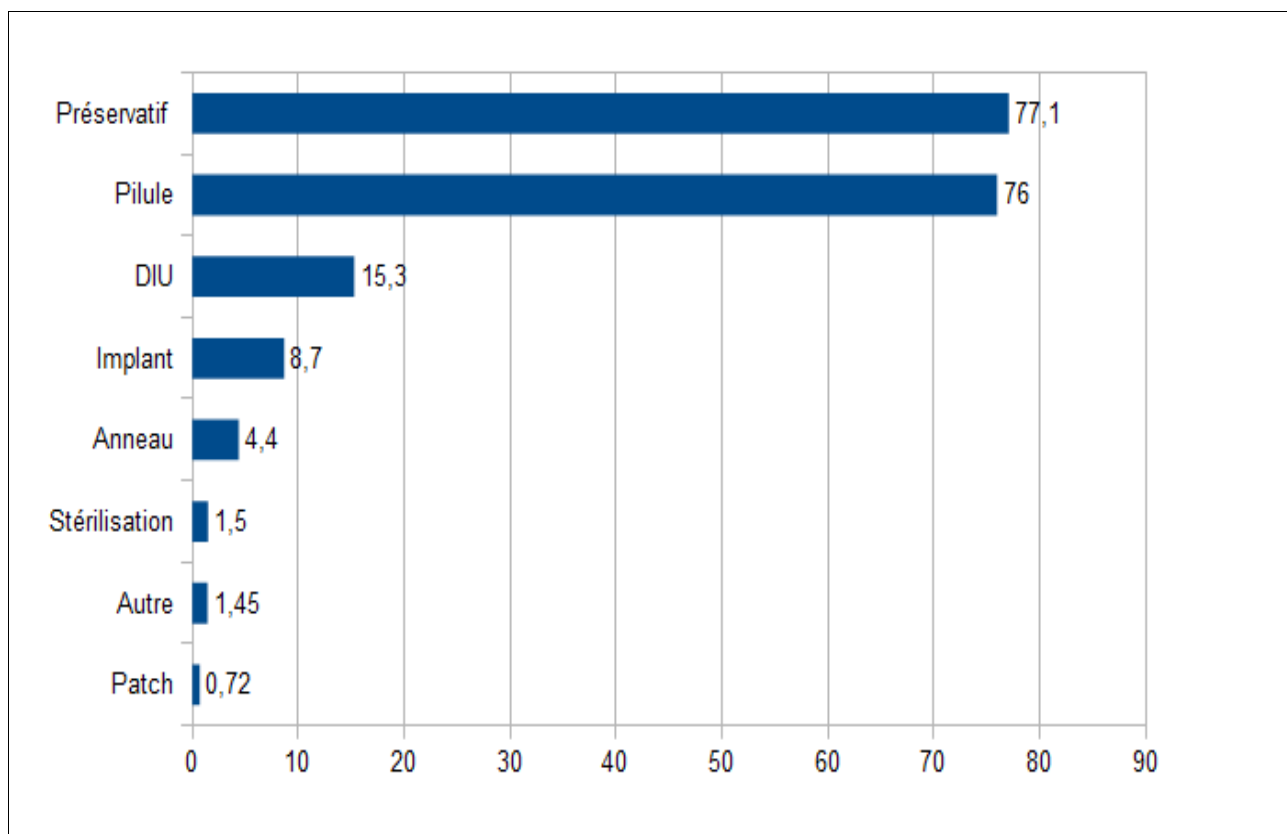
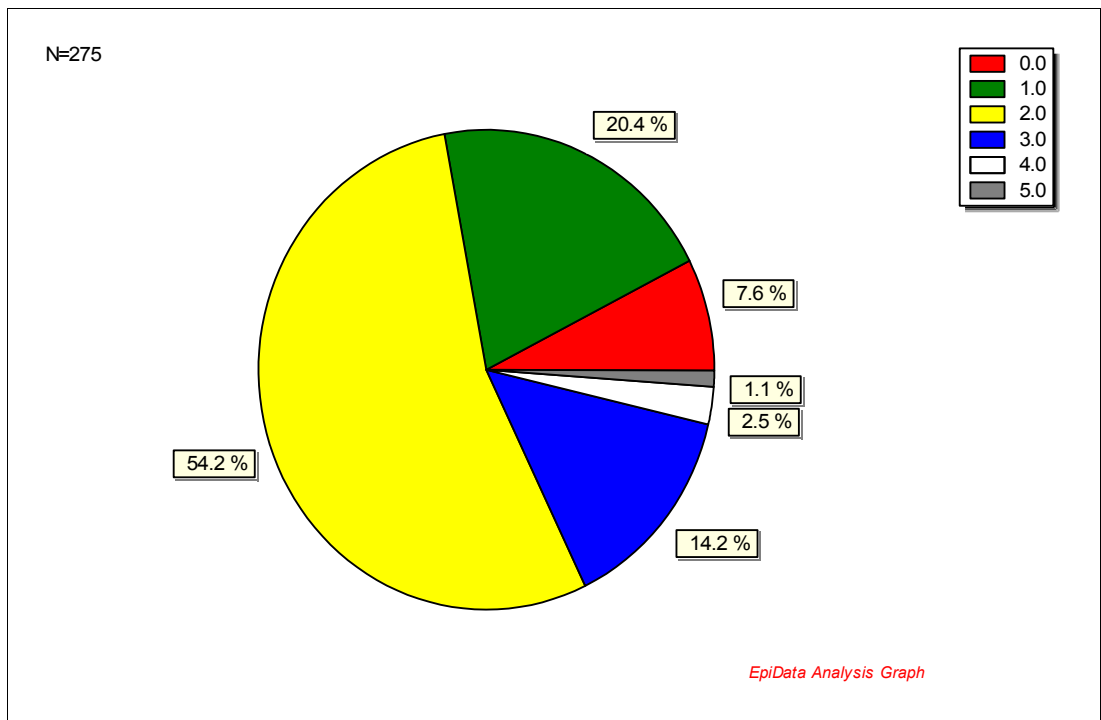



Figure 11 : Nombre de moyens de contraception déjà utilisés.



Quand deux moyens de contraception ont été utilisés ce n'est pas systématiquement l'association pilule et préservatif puisqu'il existe une différence significative ($p=0,01$).

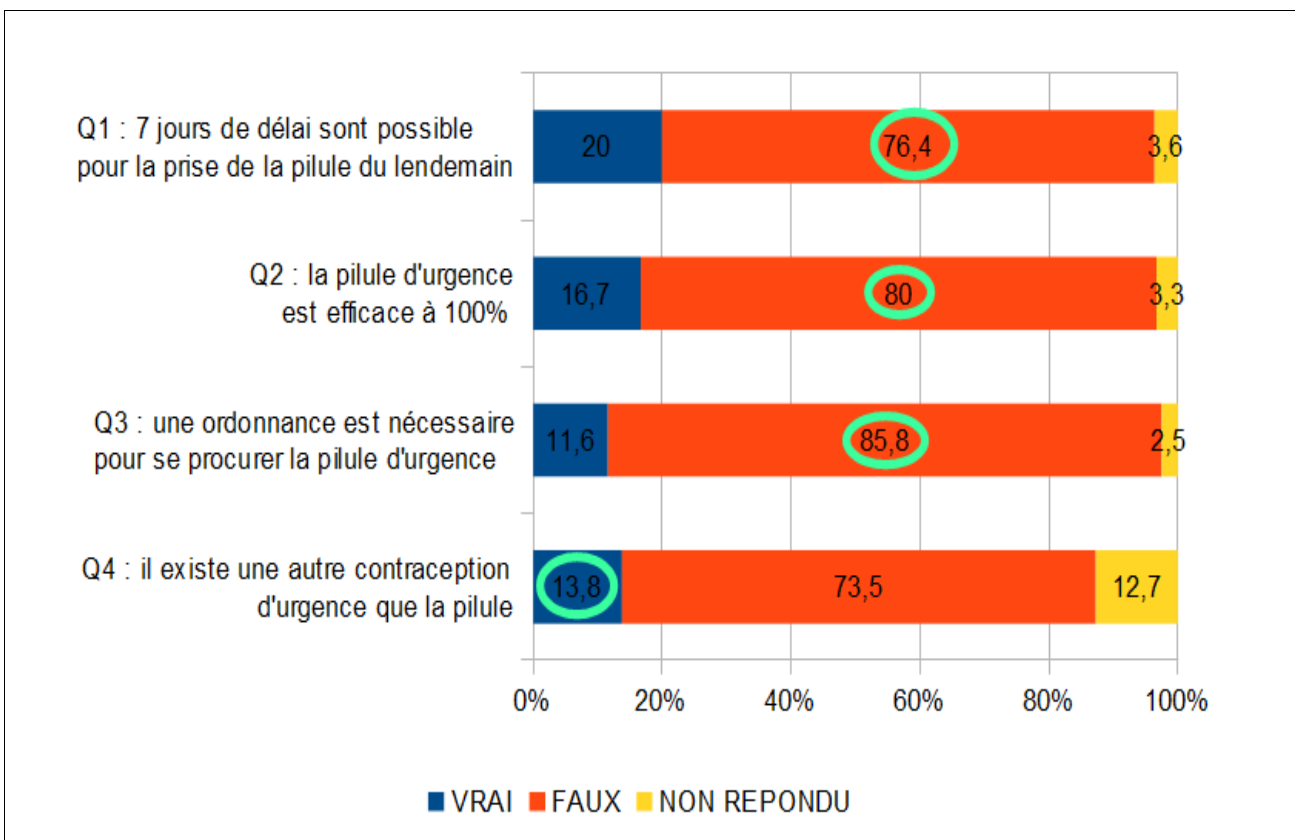
4.6 Le quiz sur la contraception

Les réponses justes sont entourées 

Comme expliqué précédemment, nous avons donc calculé pour chaque partie du questionnaire un score de réponses que nous avons ramené à 20 afin de pouvoir comparer plus facilement les différentes parties.

4.6.1 Que faire en cas de rapport à risque ?

Figure 12 : Que faire en cas de rapport à risque ?



La pose du DIU comme contraception d'urgence est très peu connue des patientes. Il n'existe pas de différence significative selon l'âge mais on peut remarquer une tendance les classes d'âge extrêmes (- de 14 ans et + de 35 ans) ont moins bien répondu ($p=0,765$). Les lycéennes ont le mieux répondu à cette question ($p=0,779$).

La moyenne du score de cette première partie était de 12,8/20 (+/- 4,52).

Les variables étudiées ont montré des résultats significatifs représentés dans le tableau 1 (en annexe 4) :

-les patientes ayant déjà utilisé le préservatif ont mieux répondu ($p=0,0008$) avec une moyenne à 10,90 (+/- 4,20) pour celles qui n'ont jamais utilisé le préservatif contre 13,33 (+/-5,12) pour celles qui l'ont déjà utilisé.

-les classes d'âge de 15 à 24 ans ont également eu un meilleur score ($p<0,00001$) avec une moyenne de 13,98 (+/- 3,80) pour les 15 -19 ans et 13,83 (+/-3,18) pour les 20-25 ans.

-l'activité : les meilleures réponses ($p=0,005$) étaient pour les étudiantes et les lycéennes soit respectivement 14,90 (+/-3,08) et 13,48 (+/- 4,38) la moyenne la plus faible étant à 10,45 pour les femmes au foyer.

- le centre avec une meilleure moyenne au PLANNING FAMILIAL ($p=0,0397$) .

Il n'existait par contre pas de différence significative selon si les femmes avaient ou non eu des rapports sexuels ($p=0,6$) et chez les patientes ayant déjà utilisés la pilule comme moyen de contraception ($p=0,645$) .

4.6.2 Les moyens de contraceptions

4.6.2.1 Le préservatif

La figure 13 représente les résultats du quiz pour le préservatif.

Les pourcentages de bonnes réponses sont élevés sauf pour la question 9. Les résultats de la question 9 ne montrait pas de différences significatives. On a remarqué la même tendance avec des meilleures réponses pour les classes d'âge de 15 à 25 ans ($p=0,0699$) . Les activités : étudiantes, lycéennes et recherche d'emploi obtenaient les meilleures moyennes ($p=0,0878$) .

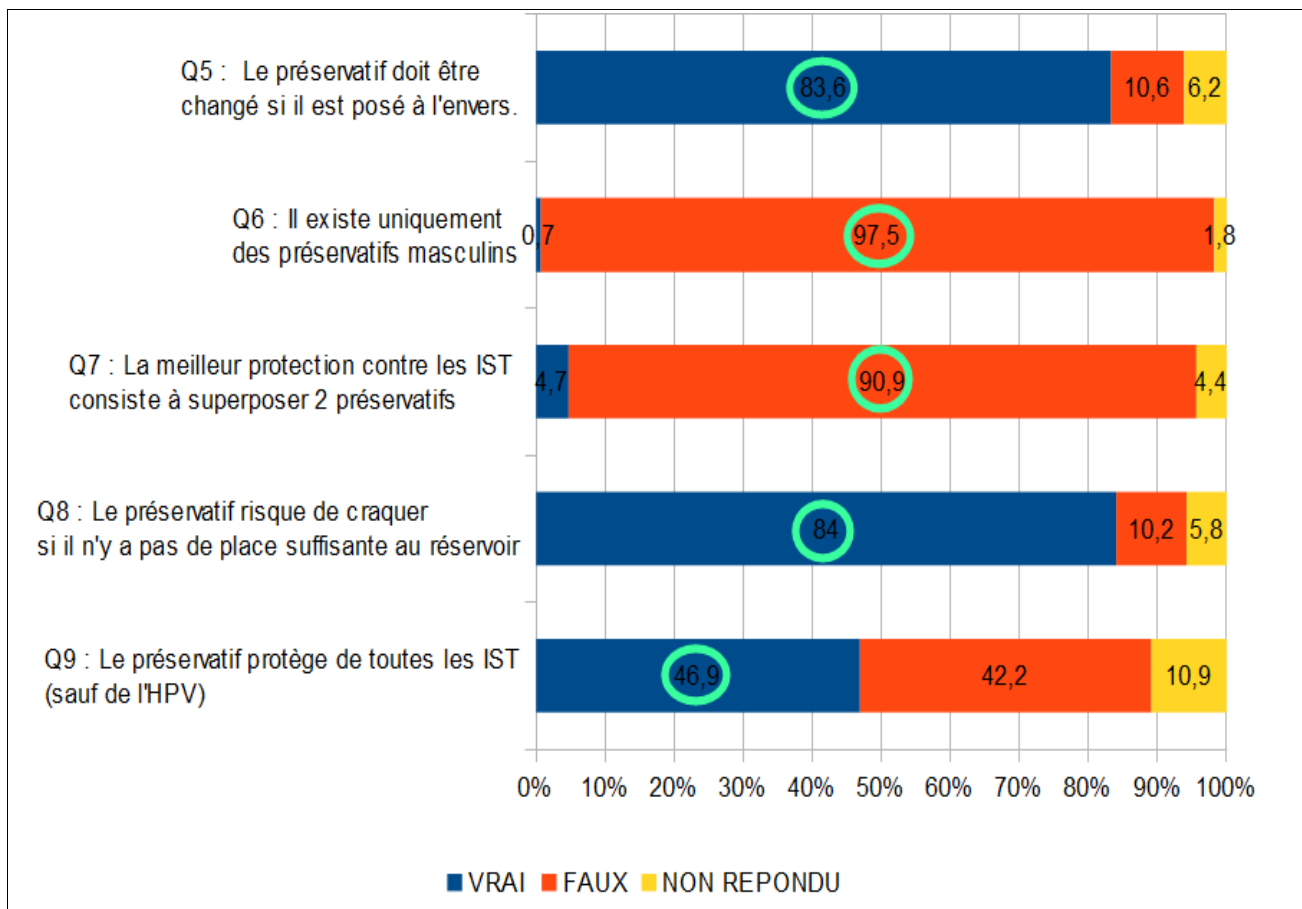
On a obtenu une moyenne à 16,12 (+/- 3,95) pour le score de cette partie.

Les variables étudiées ont montré des résultats significatifs représenté dans le tableau 2 (en annexe 4) .

Il existait des différences significatives sur le Score «préservatif» :

- l'âge : les 15-24 ans ont obtenu les meilleures moyennes ($p=0,0104$) .La classe d'âge 15-19 ans a obtenu une moyenne à 17,05 (+/- 3,71) et les 19-24 ans :16,81 (+/-3,58) . Les plus de 40 ans ont obtenu une moyenne à 14 (+/- 5,18) .
- l'activité : les lycéennes et les étudiantes ont obtenu les meilleures moyennes respectivement 16,91 (+/- 4,26) et 17, 33 (+/- 2,73) . La moins bonne moyenne est obtenue par les femmes au foyer 12 (+/-6,69) .
- l'utilisation du préservatif ($p=0,0140$) : les femmes ayant déjà utilisé le préservatif ont obtenu une meilleure moyenne 16,49 (+/- 3,36) contre 14,82 (+/-5,43) pour celle ne l'ayant jamais utilisé .
- le nombre de sources d'information ($p=0,021$) et les sources en elle-même avec des moyennes plus élevées avec amis ($p=0,0223$) , milieu scolaire ($p=0,006$) et magazines ($p=0,0341$) .

Figure 13 : Résultats du quiz en pourcentage pour le préservatif



4.6.2.2 La pilule

La figure 14 représente les résultats du quiz pour la pilule. Comme pour le préservatif les bonnes réponses sont plutôt élevées. On a obtenu une moyenne à 15,94 (+/- 3,52) .

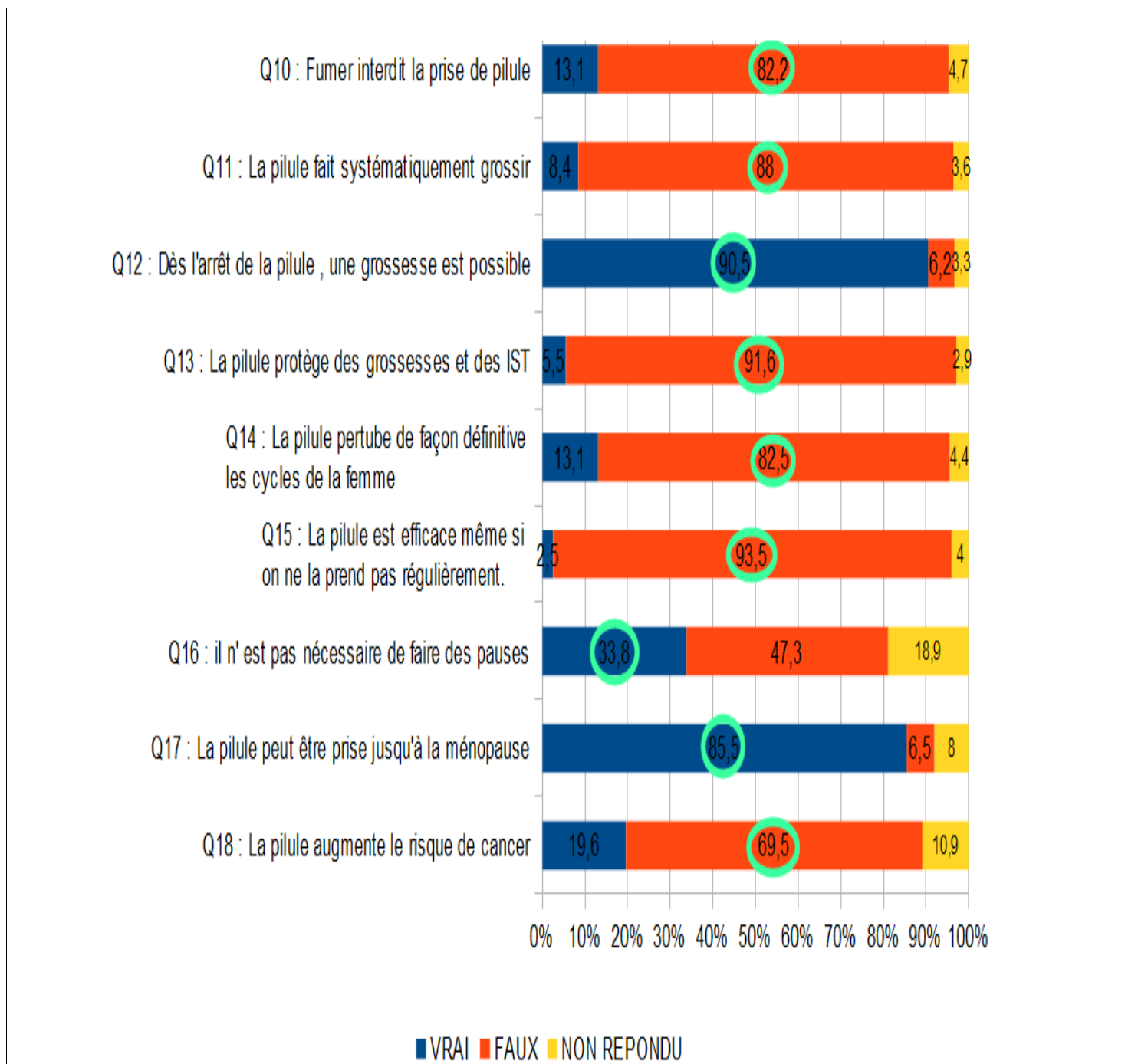
Deux idées préconçues sont retrouvées de façon plus fréquentes: les questions 16 et 18 relatives à la nécessité de « pauses » lors de la prise de contraception orale et le lien entre cancer et pilule. Il existait une différence significative concernant la question 16 avec des meilleures réponses dans les classes d'âge plus âgées (30 -34 ans) ($p= 0,0058$) .

Les résultats significatifs concernant le Score « pilule » sont représentés dans le tableau 3 (annexe 4) :

- l'activité avec des meilleurs moyennes pour les salariées (moyenne : 16,86 +/- 2,97) , les étudiantes (moyenne : 16,73 +/- 2,19) , les professions libérales (moyenne 16,30 +/- 2,22) ($p = 0,0004$) .
- l'utilisation de la pilule comme moyen contraceptif avec une moyenne à 14,92 (+/- 3,35) pour celles qui ne l'ont jamais utilisées, une moyenne à 16,26 (+/- 3,66) pour celle l'ayant déjà utilisé ($p= 0,0067$) .
- le fait d'avoir déjà eu une information ($p=0,0290$), le nombre de moyens d'information ($p=0,0269$) .

L'âge n'est pas associé de façon significative à un meilleur score mais on remarque une tendance : les classes d'âge de 10 à 19 ans ont obtenu des moyennes plus basses ($p = 0,230$).

Figure 14 : Résultats du quiz en pourcentage pour la pilule.



4.6.2.3 Patch et anneau

Les pourcentages de bonnes réponses sont nettement moins élevés pour ces moyens de contraception moins connus. Ils sont représentés dans la figure 15.

On a obtenu une moyenne du Score « patch et anneau » à 10,31 (+/- 7,16) . L'analyse selon différentes variables est représentée dans le tableau 4 (annexe 4)

Les résultats montrent une association significative avec :

-l'utilisation de l'anneau contraceptif. ($p=0,0113$) avec une moyenne à 10,08 (+/- 7,18) pour celle qui ne l'ont jamais utilisé et 15,42 (+/- 3,96) pour celle qui ont déjà utilisées des anneaux contraceptifs.

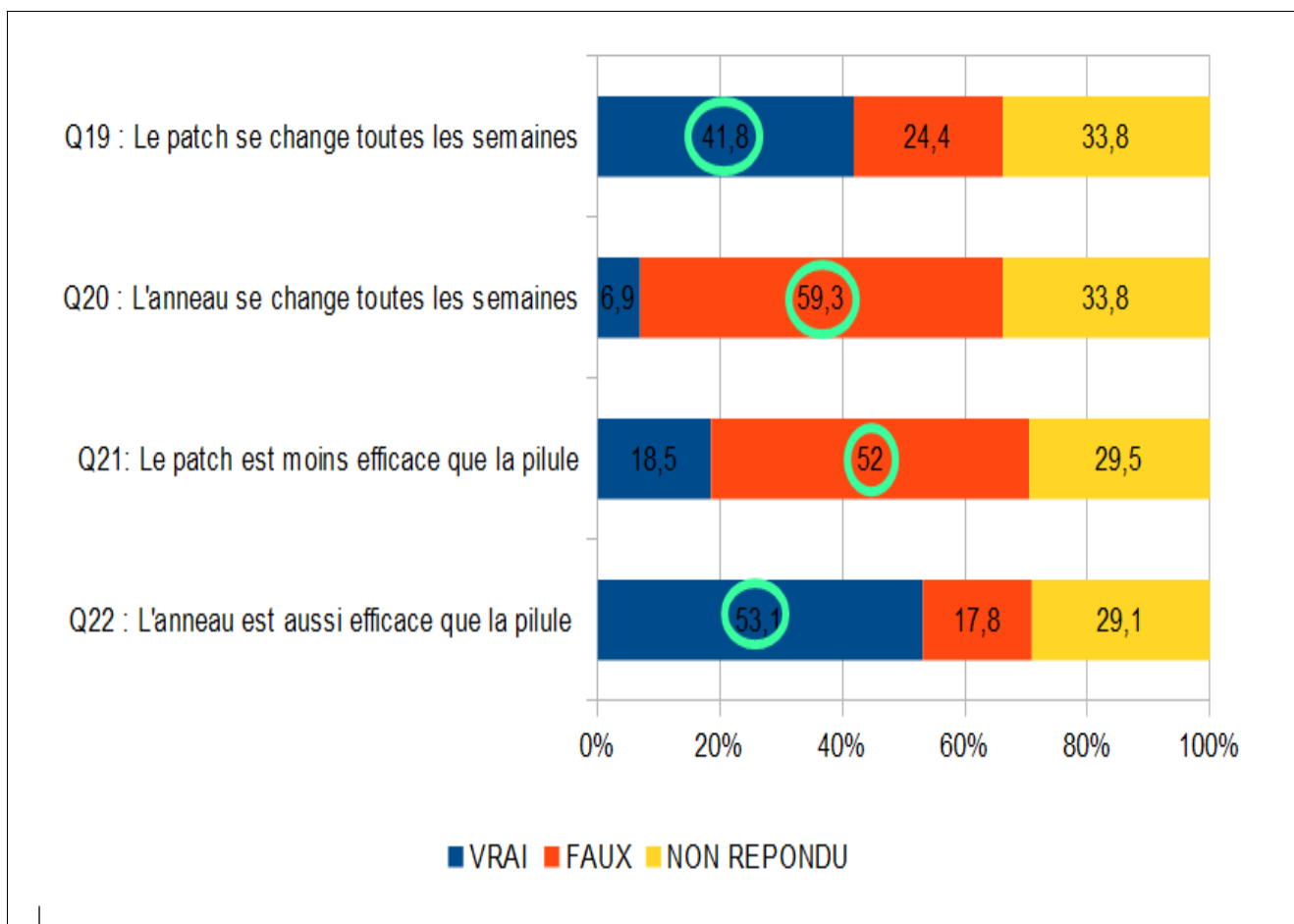
-la consultation du site internet <http://choisirsacontraception.fr> ($p=0,0413$).

Il se dégage 2 tendances :

-la classe d'âge 10- 14 ans est celle qui a le mieux répondu (moyenne: 15 +/- 7,75) ($p=0,154$)

-l'activité collégienne et profession libérales ont obtenus les meilleures moyennes ($p=0,101$) .

Figure 15 : Résultats du quiz en pourcentage pour patch et anneaux contraceptifs.



4.6.2.4 Implant contraceptif

Ce moyen de contraception était plus connue des patientes avec des meilleurs résultats représenté dans la figure 16.

Les moins bonnes réponses ont concerné les idées préconçues sur le concept de pause (question 27) et la perception de l'implant sous la peau (question 25) .

La moyenne du score « implant » était de 13,79 (+/- 6,14) .L'analyse selon différentes variables est représentée dans le tableau 5 (annexe 4).

Il a été retrouvé comme résultats significatifs :

-l'utilisation de l'implant ($p = 0,0012$) avec une moyenne de 13,43 (+/- 6,20) pour celles qui ne l'ont jamais utilisé contre 17,64 (+/- 3,87) pour celles qui l'ont utilisé.

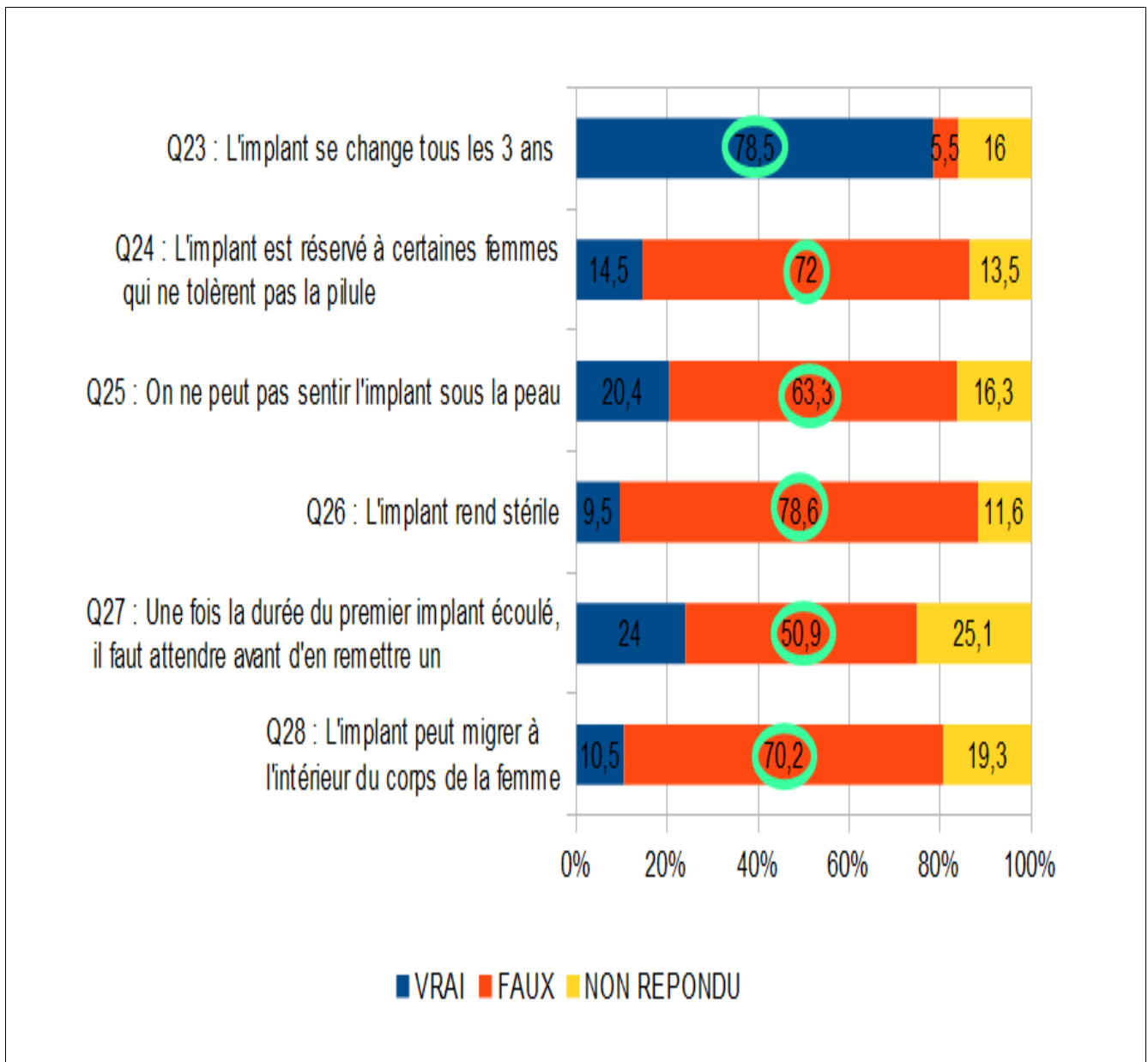
-le nombre de moyens de contraceptions utilisés ($p = 0,0016$) .

-les sources d'information avec des meilleures moyennes pour l'information délivrée par des amis ($p = 0,0283$) , gynécologue ($p = 0,0222$) avec respectivement des moyennes de 15,22 (+/-4,69) et 14,76 (+/-5,68).

On retrouve 2 tendances

- les classes d'âge 20- 24 ans et 25- 29 ans ont obtenu les meilleures moyennes avec respectivement 14,84 (+/- 5,41) et 14,44 (+/- 5,23) ($p = 0,608$).
- l'activité étudiante (= 15,36 +/- 5,78) et profession libérale (= 17, 04 +/- 2) ont obtenu les meilleures moyennes ($p = 0,191$)

Figure 16 : Résultats du quiz en pourcentage pour l'implant contraceptif.



4.6.2.5 DIU

Les pourcentages de bonnes réponses sont moins élevés que pour la pilule ou le préservatif. Ils sont représentés dans la figure 17.

Deux idées préconçues ont été particulièrement retrouvées , la question 29 avec l'impossibilité d'avoir un DIU pour les nullipares et la question 34 avec la notion de pause. Pour la question 29, il a été retrouvé de nettes différences selon l'activité : les professions libérales ont fait un sans faute , les étudiantes ont été les deuxièmes à avoir le mieux répondu ($p=0,016$) .

On a obtenu une moyenne du Score « DIU » à 11, 89 (+/- 6,57) .

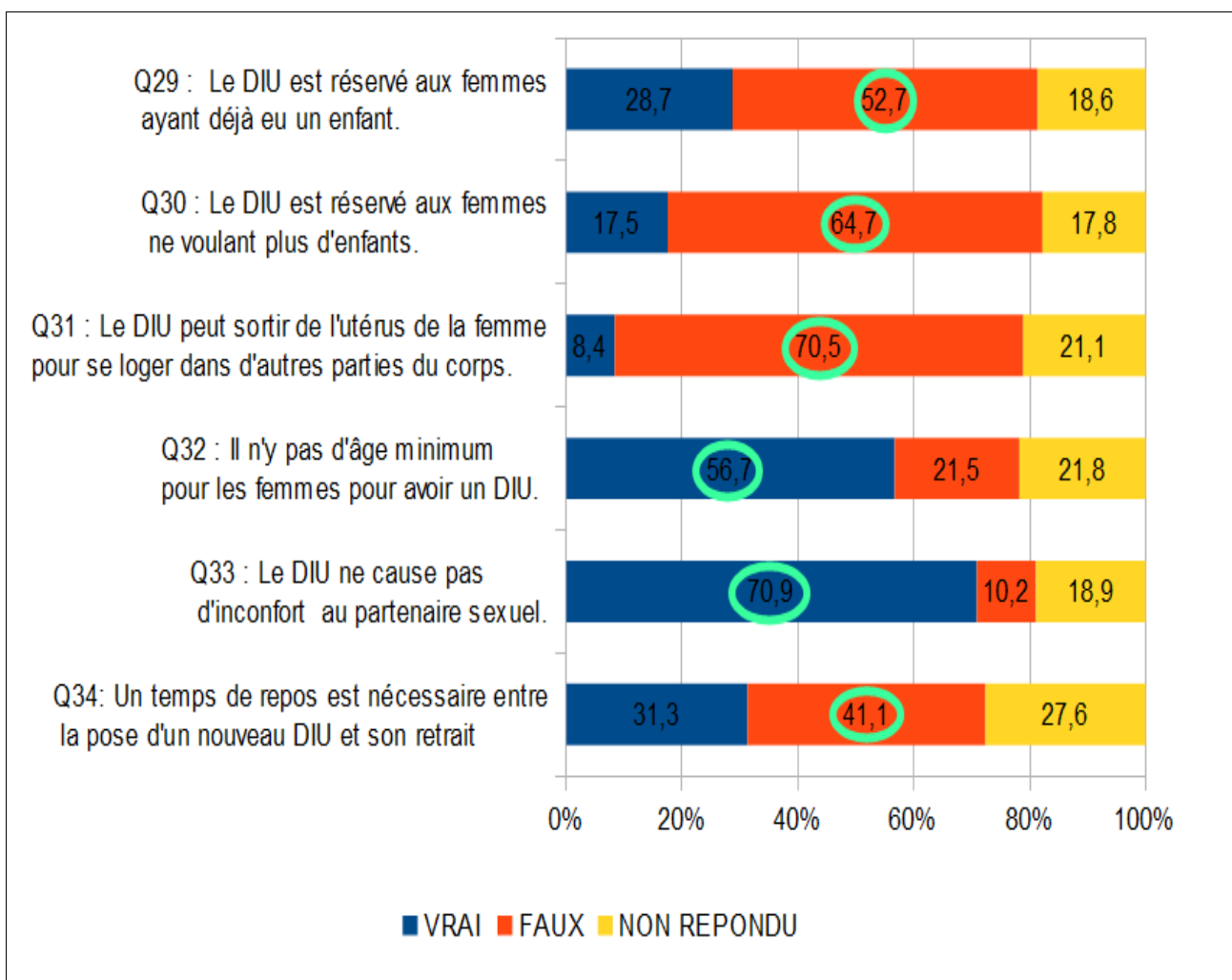
Les résultats ont montré des associations significatives représentées dans le tableau 6 (annexe 4) avec :

- l'âge : les plus de 30 ans ont le mieux répondu ($p=0,0126$) avec respectivement pour les classes d'âge de 30 – 34 ans , 35 – 39 ans et plus de 40 ans à 13,47 (+/- 5,81) , 14,25 (+/- 4,62) , 13, 70 (+/- 6,35)
- l'utilisation du DIU($p=0,0026$) avec une moyenne à 11,39 (+/- 6,72) pour celles qui ne l'ont jamais utilisé contre 14,68 (+/- 4,89) pour celles qui l'ont déjà utilisé.
- le motif de consultation ($p=0,0389$) probablement en lien avec les non réponses : les patientes consultant pour un test de grossesse ont obtenu une moyenne à 7,04 (+/-6,66) contre 13,15 (+/-7,28) pour celles consultant pour une demande de prescription
- le nombre de moyens de contraception utilisés ($p=0,0005$).
- le centre ($p=0,0002$) avec de meilleures réponses retrouvées à Clotilde VAUTIER.

On a également retrouvé des tendances :

- la profession avec une moyenne nettement supérieure(=14,81+/-3,77) pour les professions libérales ($p= 0,0690$) .
- la consultation du site internet <http://www.choisirmacontraception.fr> ($p=0,0795$)

Figure 17 : Résultats du quiz en pourcentage pour le DIU .



4.6.2.6 Les autres moyens de contraception

Ils sont beaucoup moins connus avec beaucoup de non- réponses. Les résultats sont représentés dans la figure 18.

La moyenne du score « autre moyens contraceptifs » sur vingt des cinq questions est retrouvée à 9, 05 (+/- 7,09).

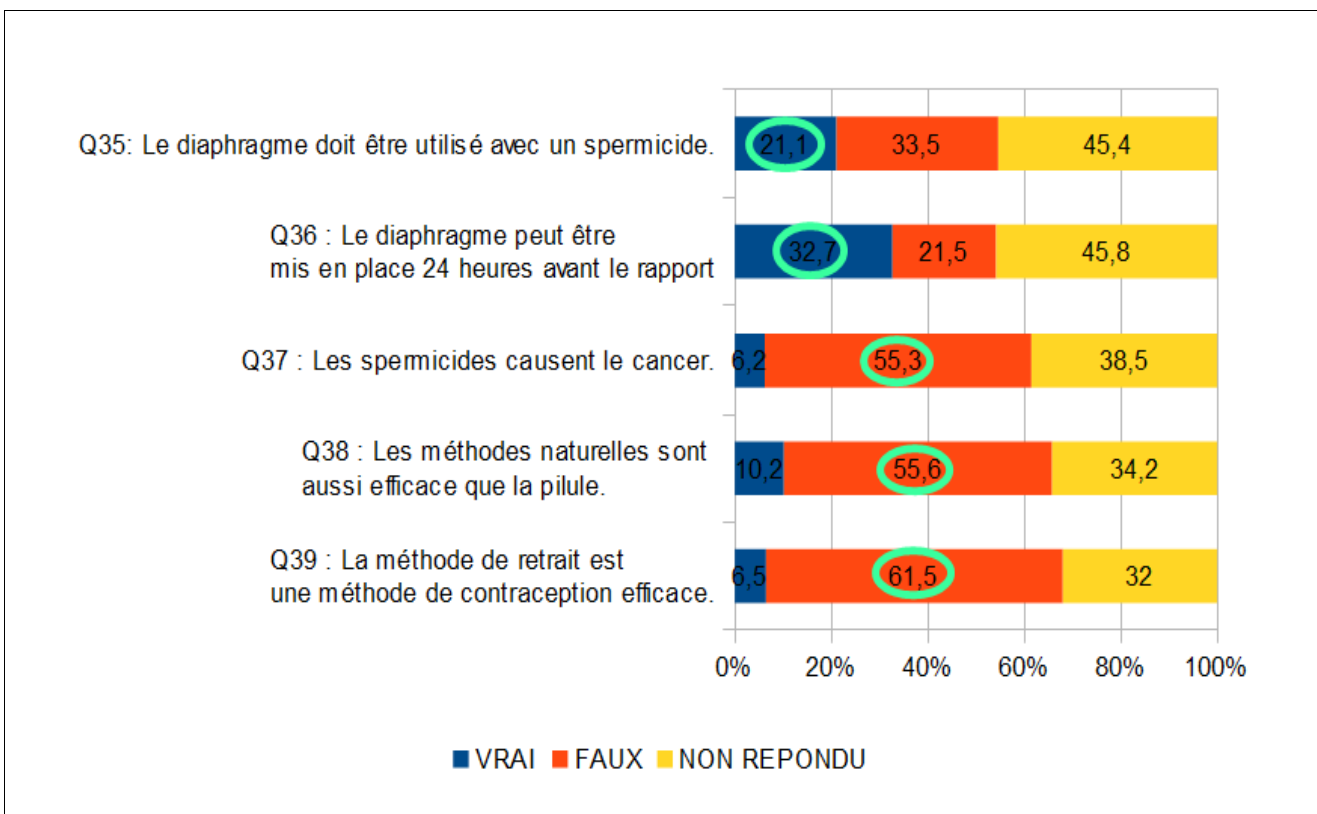
Les résultats ont montré une association significative décrite dans le tableau 7 (annexe 4) selon :

- l'âge ($p=0,011$) les plus de 35 ans ont obtenu les meilleures moyennes avec une moyenne à 12,69 (+/- 5,96) pour les 35-39 ans et 12,67 (+/- 6,02) pour les plus de 40 ans.
- l'utilisation de ces moyens contraceptifs ($p=0,0236$) avec une moyenne à 8,93 (+/- 7,07) pour celles qui ne les ont jamais utilisé contre 17 (+/- 3,83) pour celles en ayant déjà utilisé.
- la consultation du site internet: <http://www.choisirmacontraception.fr> ($p=0,0172$)
- le nombre de moyens de contraceptions utilisés ($p=0,0236$)
- les sources d'information : gynécologue avec une moyenne de 10,96 (+/-6,96) ($p<0,0001$).

On a retrouvé également des tendances :

- les professions libérales et étudiantes ont le mieux répondu avec des moyennes respectivement à 13,33 (+/-8) et 10,12 (+/-7,13) ($p=0,0918$)
- le motif de consultation lié probablement aux non réponses ($p=0,0578$) avec une moyenne à 4,67 pour les patientes consultant pour un test de grossesse.

Figure 18 : Résultats du quiz en pourcentage pour les autres moyens de contraceptions



4.6.2.7 Stérilisation et vasectomie

Ces méthodes sont peu connues, le pourcentage de non-réponses est donc important. Les résultats sont représentés dans la figure 19.

La moyenne du Score « stérilisation et vasectomie » sur 20 est la plus faible soit 5,93 (+/- 5,60).

On a retrouvé 3 associations significatives :

- le nombre de moyens de contraception utilisés ($p=0,0171$)
- le centre dans lequel était réalisé la questionnaire ($p=0,0134$) avec une moyenne nettement supérieure à Clotilde VAUTIER soit 11,03 (+/- 6,15) probablement en lien avec le recueil (une seul interlocutrice).
- les patientes ayant été informées par un gynécologue ($p =0,0511$).

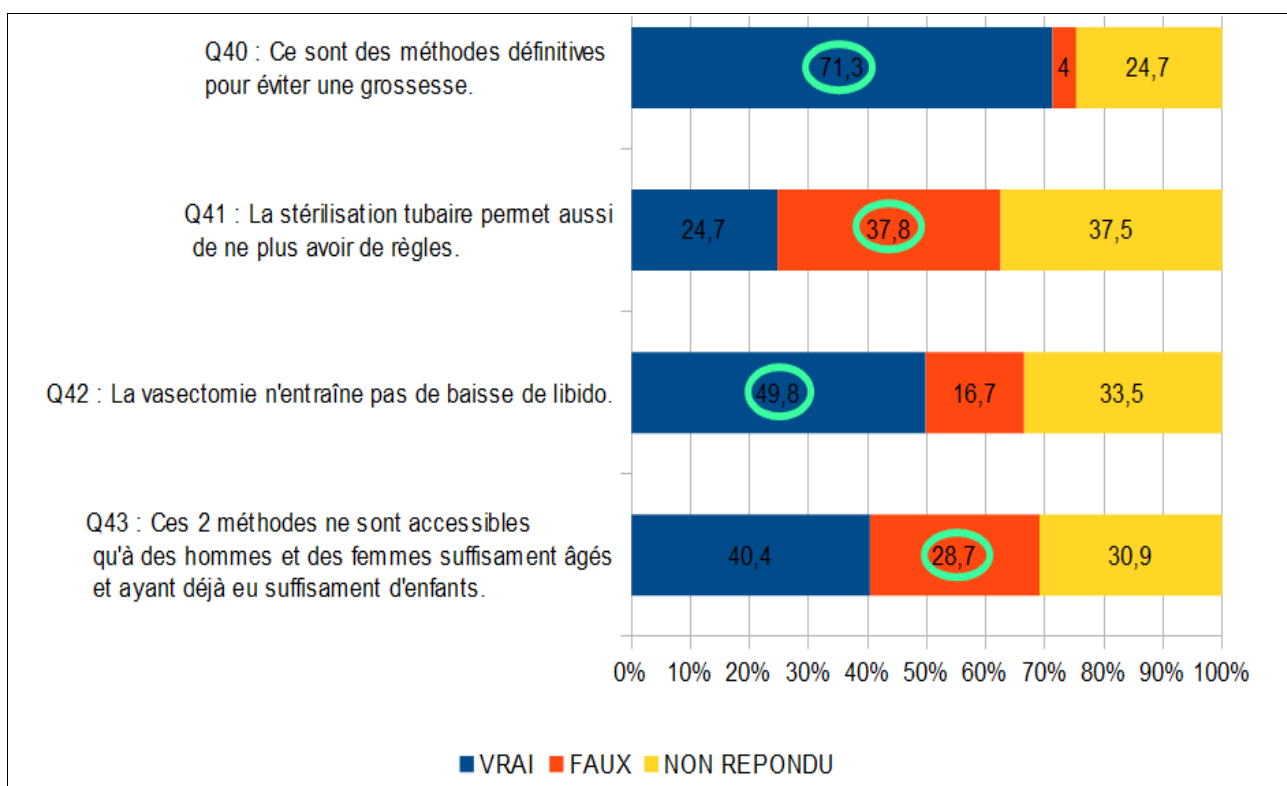
Elles sont décrites dans le tableau 8 (annexe 4).

Il n'a pas été retrouvé d'association significative que soit selon la classe d'âge ($p =0,273$), l'activité ($p=0,101$) ou l'utilisation ($p= 0,908$).

On a remarqué seulement des tendances, les patientes ayant mieux répondu:

- dans la classe d'âge de plus de 35 ans
- les étudiantes et professions libérales.
- les patientes ayant consulté le site internet <http://www.choisirmacontraception.fr> ($p=0,0557$).

Figure 19 : Résultat du quiz en pourcentage pour la stérilisation tubaire et vasectomie.



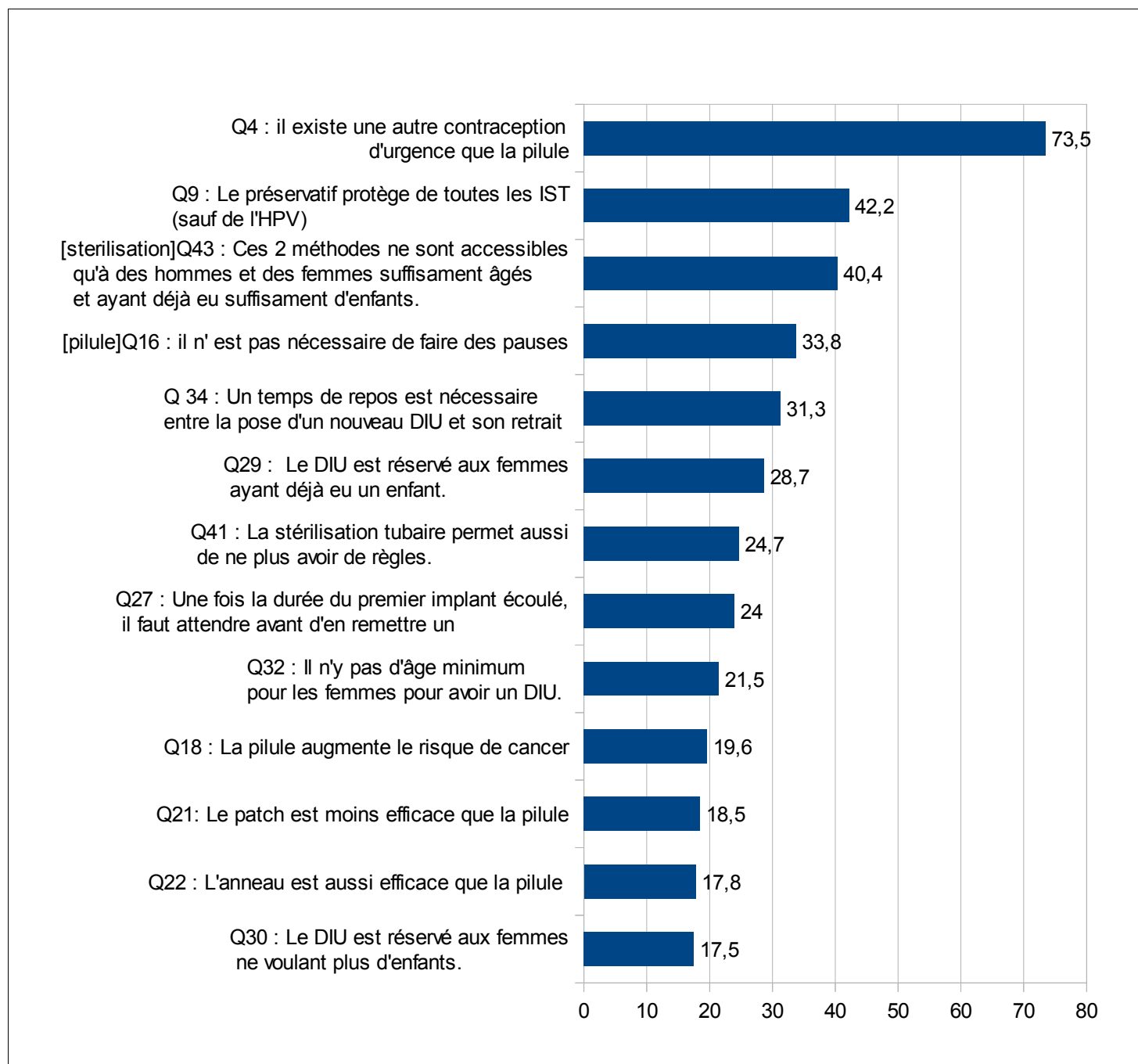
69, 1% (n =190) ont répondu correctement à la question « test »(question 44)

4.7 Les idées préconçues les plus fréquentes

20 des questions du quiz obtiennent des réponses fausses à plus de 15%.

Nous avons sélectionné les treize idées préconçues les plus fréquentes en pourcentage de mauvaises réponses sans retenir les questions relatives à l'utilisation (par exemple durée de pose du patch) mais uniquement celles qui relevaient plus de croyances. Elles sont représentées dans la figure 20.

Figure 20 : Les treize idées pré-conçues de l'étude les plus fréquentes en pourcentage



4.8 Les scores

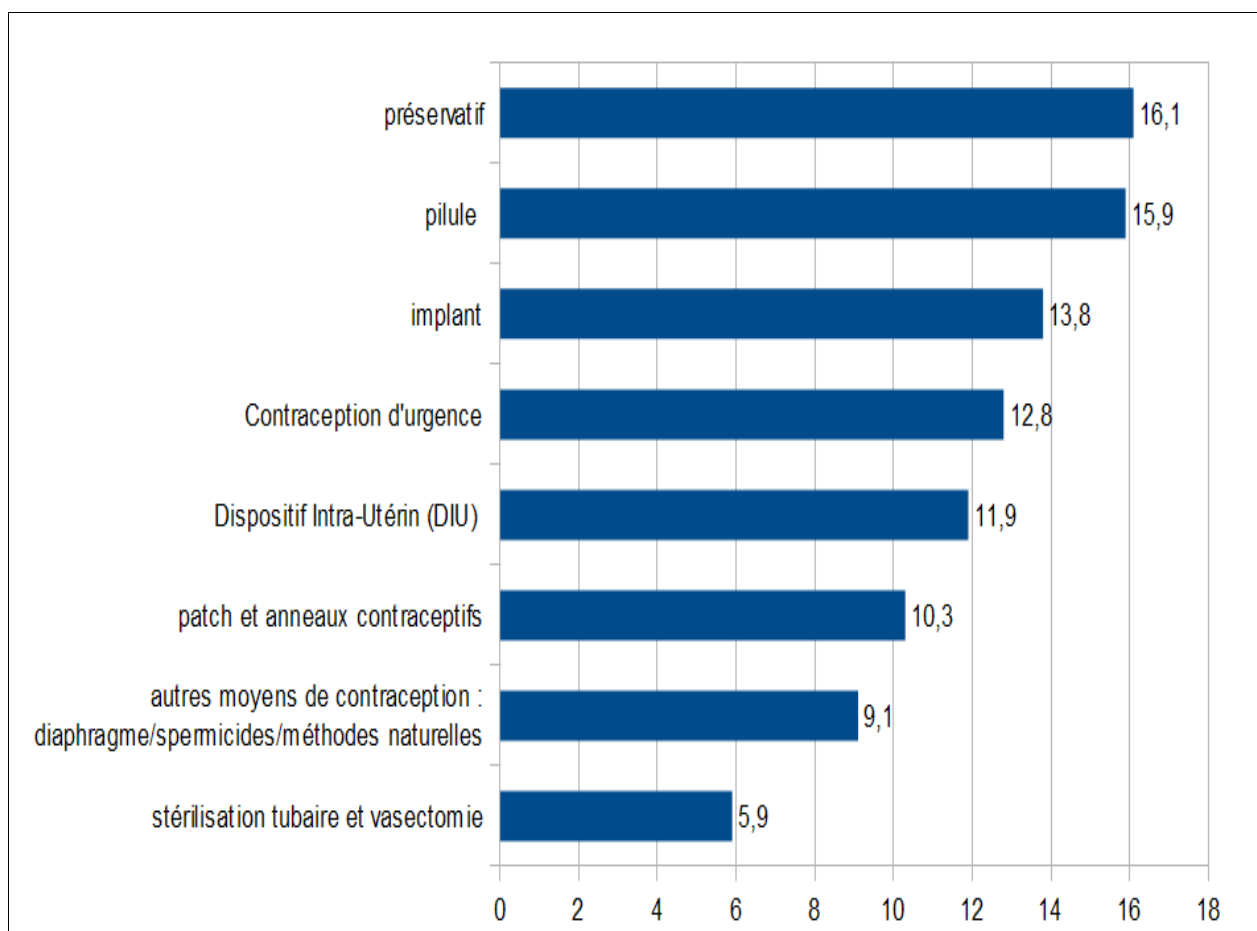
4.8.1 Moyennes obtenues selon les différents moyens de contraception

Elles sont représentées dans la figure 21. Les scores pour le préservatif et la pilule obtiennent les meilleures moyennes suivi de l'implant et du DIU.

Il existe une nette différence avec les deux derniers avec des moyennes très faibles pour la stérilisation tubaire / vasectomie et les autres moyens de contraception.

Ces questions ont été aussi beaucoup moins remplies.

Figure 21 : Moyennes des scores par moyen de contraception



4.8.2 Score total

Le score total a été calculé sur les 43 questions du Quiz (moyenne = 26,97 +/- 7,59 , médiane 29, maximum à 40).

Il a été ensuite ramené sur 20.

La moyenne a été retrouvée à 12,55 +/- 3,53.

Le score maximum était de 18,60.

4.8.3 Analyse comparative

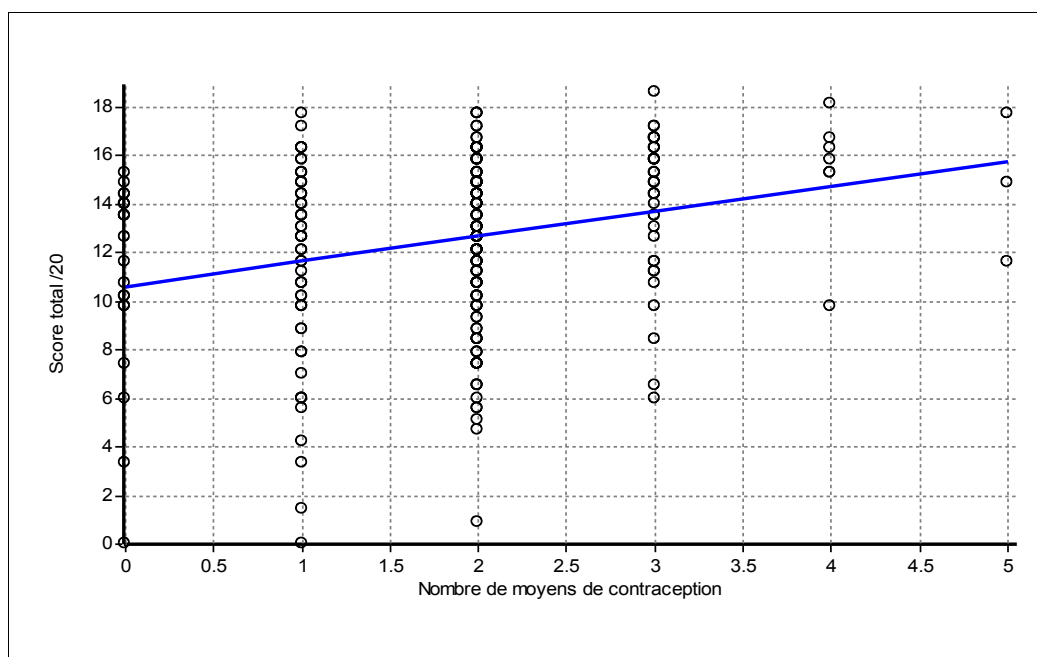
Nous avons comparé la moyenne du score obtenue selon différentes variables. Les résultats sont représentés dans le tableau 9 (annexe 4).

Ainsi plusieurs variables se sont révélées significatives : l'activité professionnelle, le nombre de sources d'information et les sources d'information en elles-mêmes, le nombre de moyens de contraceptions utilisés et la consultation du site internet:

<http://www.choisirsacontraception.fr>

- L'activité professionnelle : l'étude a montré que les étudiantes et les professions libérales obtenaient un score total plus élevé ($p=0,004$) avec des moyennes respectivement à 13,81 ($\pm 3,17$) et 14,46 ($\pm 2,88$) . La moyenne la plus faible étant obtenue par les femmes au foyer .
- Le nombre de sources d'information : Plus les patientes avaient de nombreuses sources d'information, plus la moyenne du score était élevée ($p=0,035$) avec un développement quasi linéaire.
- Les sources d'information : Les patientes ayant été informées par un(e) gynécologue avait une moyenne augmentée de façon très significative ($p<0,0001$) avec une moyenne à 13,49 ($\pm 2,78$) , ainsi que celle ayant été informée par des amis ($p=0,0488$) et dans des magazines ($p=0,0167$) . Cette dernière source était liée au nombre de sources d'informations : les patientes ayant coché « magazine » ont coché plus de sources.
- La consultation du site internet <http://www.choisirsacontraception.fr> ($p=0,0151$) était associé à une meilleure moyenne sur le score total soit 13,88 ($\pm 3,36$) .
- Le nombre de moyens de contraception utilisés ($p=0,035$). On a obtenu un développement linéaire représenté dans la figure 22. Les moyennes variaient en effet de 11,1 ($\pm 4,05$) pour celle n'ayant jamais utilisé de contraceptif à 14,73 ($\pm 3,05$) pour celle ayant utilisé 5 moyens contraceptifs.

Figure 22 : Moyenne du Score total sur 20 par rapport au nombre de moyens contraceptifs utilisés.



On relève par ailleurs plusieurs tendances :

- l'âge comme commentée précédemment est une variable significative pour plusieurs sous scores (Scores « contraception d'urgence », « préservatif », « DIU » et « autres moyens contraceptifs ») mais pas de façon parallèle : c'est à dire pour les deux premiers c'est les classes d'âges 15-19 ans et 20-24 ans qui sont significatives et pour les deux derniers les classes d'âge 35-39 et plus de 40 ans qui sont significatives. Ces données expliquent l'absence de seuil significatif sur le score total ($p=0,359$).

- les motifs de consultation « courts » ont obtenu une moins bonne moyenne ($p=0,172$) avec une moyenne de 10,82 ($\pm 3,97$) pour les demandes de test de grossesse et 10,70 ($\pm 7,21$) pour la contraception d'urgence. Il n'existe pas de différence significative pour les demandes d'IVG avec une moyenne de 12,67 ($\pm 3,46$).

- les patientes ayant été informées par leur médecin généraliste obtiennent un score total supérieur à la moyenne soit 12,94 ($\pm 3,26$) ($p=0,0978$).

5 DISCUSSION

5.1 Résultats principaux.

Les objectifs de l'étude étaient de montrer l'importance des idées préconçues sur les moyens de contraception et d'évaluer les connaissances des femmes sur les moyens de contraception. L'objectif secondaire était d'évaluer si certaines variables influençaient le niveau de connaissance.

Notre étude a montré l'importance des idées préconçues. En effet 20 des 43 questions du Quiz obtient des réponses erronées pour plus de 15% de la population.

Le Score total permet d'estimer les connaissances des femmes sur les moyens de contraception. On a obtenu une moyenne à 12,55 (+/-3,53).

Il existe de grandes variations selon les moyens de contraception avec de très bon résultats pour le préservatif (=16,1) et la pilule (=15,9) , des résultats moyens pour l'implant (=13,8), la contraception d'urgence (=12,8) et le DIU (=11,9) des résultats très moyens à mauvais pour les patch et anneaux (=10,3), les autres moyens contraceptifs (=9,1) et stérilisation et vasectomie (=5,9).

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs variables influençant le niveau de connaissances : l'activité professionnelle, le nombre de sources d'information et les sources en elle même (gynécologue, ami et magazines), la consultation du site internet <http://www.choisirsacontraception.fr> et le nombre de moyens de contraception utilisés.

L'âge a été mis en évidence comme variable significative pour plusieurs scores : « contraception d'urgence », « préservatif », « DIU » et « autres moyens contraceptifs » mais de façon inversé avec les classes d'âge 15-24 ans pour les deux premiers et les classes d'âge 35 -39 ans et plus de 40 ans les deux derniers.

L'utilisation du moyen contraception pour chaque score intermédiaire était associé de façon significative sauf pour le Score « stérilisation et vasectomie ».

5.2 Les biais et limites de l'étude

5.2.1 La méthode

Cette étude épidémiologique comporte un effectif assez important de 275 questionnaires inclus, par contre il y avait beaucoup de non-réponses pour certaines parties du questionnaire d'origine sûrement multifactorielle : longueur du questionnaire, durée de la consultation, connaissances très limitées pour certains moyens contraceptifs (patch et anneaux, autres moyens contraceptifs , stérilisation et vasectomie), questions relatives à la sexualité et donc intimes etc...

Nous avons choisis de prendre en compte tous les questionnaires même partiellement remplis, en effet un des objectifs de l'étude étant d'évaluer les connaissances des femmes sur les différents moyens de contraception, le fait que certaines parties étaient très peu remplies apportaient un élément de réponse sur les connaissances des femmes.

5.2.1.1 Le mode de recueil.

La participation à l'enquête puis le remplissage des questionnaires sont soumis au volontariat des patientes et des équipes de chaque CPEF.

Le taux de réponses est plutôt satisfaisant par rapport au questionnaires distribués (68,5%). Par contre le taux de réponses ramenés au consultations moyennes sur la période est faible de 3% à 16%. Plusieurs facteurs peuvent l'influencer, la récurrence des consultations pour IVG (qui représente la moitié de la population), dans ces cas-là le questionnaire étaient remis une seule fois à la patiente, la volonté des équipes et des patientes, le temps de consultation. En effet les consultations « courtes » demande de contraception d'urgence et test de grossesse ont obtenu de moins bonnes moyennes en lien avec le remplissage partiel des questionnaires. On peut donc supposer que pour ce type de consultation: certaines patientes aient refusé de répondre au questionnaire.

Les équipes des CPEF ont montré un vif intérêt pour l'étude. Cependant le mode de recueil avec plusieurs intervenants en particulier au Centre Simone VEIL ont pu participer à une certaine perte dans le recueil des données.

En effet le type de centre où était rempli les questionnaires montrait aussi des différences significatives pour 3 scores intermédiaires

- « contraception d'urgence » pour le PLANNING FAMILIAL probablement en lien avec les caractéristiques de la population (plus jeune au PLANNING FAMILIAL) ,
- « stérilisation et DIU » pour le centre Clotilde VAUTIER probablement en lien avec les caractéristiques de la population (plus âgée dans le centre Clotilde VAUTIER) et le mode de recueil avec un meilleur taux de remplissage sur cette dernière partie du questionnaire pour Clotilde VAUTIER (car une seule interlocutrice).

5.2.1.2 La population

Il existe un biais de recrutement de la population, représentée par les patientes consultant dans les CPEF. Cette population n'est pas représentative de la population générale.

Le motif de consultation étant en effet dans 50,4 % en rapport avec une IVG. Cependant, on peut considérer que la population de ce fait là n'est pas si différente de la population générale puisqu'en effet 40% des femmes auront, où ont eu au cours de leur vie recours à l'IVG.(3) L'IVG constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes.(36)

Cette étude a eu lieu par contre à un moment de vie chez ses femmes, où elles pouvaient aussi se poser plus de questions sur leur contraception, remettre en cause leur choix contraceptif. C'est aussi dans ce sens que les réponses étaient remises à la suite du questionnaire, afin de favoriser les échanges. Ce qui a été le cas et souligné par les différents intervenants.

La population de l'étude était caractérisée par une représentation plus importante des classes d'âge plus jeunes avec les classes d'âge 15-19 et 20 -24 ans beaucoup plus représentées. Tous les âges, où les femmes pouvaient avoir recours à la contraception étaient par contre représenté avec un âge minimum de 13 ans et maximum de 53 ans. L'activité professionnelle était aussi répartie différemment de la répartition moyenne en France avec une proportion importante de femmes encore en études (collège, lycée études supérieures) de 45% alors qu'elle représente 8,6 % des femmes(de plus de 15 ans) selon l'INSEE en 2012 (37). Les professions libérales étaient également 3 fois plus représentés (1% selon l'INSEE). Cela constitue également un biais de recrutement, les patientes encore scolarisées, étudiantes ou de catégories socio-économiques plus élevées comme les professions libérales étaient plus susceptibles d'accepter de participer à l'étude.

L'activité professionnelle était par ailleurs associée de manière significative à un meilleur score avec les meilleures moyennes pour les étudiantes et professions libérales. Ces résultats ont déjà été mis en évidence dans d'autres études avec des inégalités socio-économiques d'accès aux connaissances et au moyens contraceptifs.(38) (22)

Enfin le fait que l'étude soit réalisée dans les CPEF de l'agglomération nantaise sélectionnait une population plus urbaine (3/4 des consultations) (39), même si ils accueillait pour les demandes d'IVG en particulier beaucoup de femmes des communes rurales ou semi-rurales avoisinantes.

La population était donc d'âge jeune (moyenne=24,72 ans), et principalement scolarisée (collégiennes, lycéennes et étudiantes).

5.2.1.3 Le questionnaire

Comme expliqué précédemment j'ai élaboré le questionnaire en partant de plusieurs sources : bibliographiques, internet, cours d'éducation à la vie sexuelle et affective. Je l'ai ensuite testé sur une vingtaine de personnes et corrigé par la suite. J'ai cependant été exposée à plusieurs difficultés.

- Je souhaitais estimer l'ensemble des moyens contraceptifs mais certains plus récents , moins connus (patch et anneaux) n'étaient pas encore la source d'idées préconçues ou de croyances hormis sur l'efficacité.
- Certaines croyances ou idées préconçues étaient redondantes : le risque de stérilité, la nécessité de faire des « pauses » ce qui m'a incité à plusieurs formulations dont certaines étaient peut-être moins compréhensives pour les patientes. (question 16 dès l'arrêt de la pilule et même si on la prend depuis très longtemps : il est possible d'avoir un enfant).
- Certains termes me paraissant clairs, étaient sources de confusion pour les femmes : les notions de pauses pour la pilule ont été compris comme l'arrêt entre deux plaquettes de pilule, la notion de stérilité (par définition définitive) était confondue avec l'efficacité contraceptive c'est à dire de ne pas avoir d'enfants à un moment choisi. J'ai donc adapté la formulation.
- Les deux derniers chapitres du quiz étaient clairement des moyens contraceptifs très peu connus. J'ai donc mis des explications, des figures pour essayer d'avoir le maximum de questionnaires remplis.
- Le souhait de répartir au mieux les réponses entre VRAI et FAUX m'a poussé à des formulations en phrases négatives pouvant être source de confusion. (question 42 : la vasectomie n'entraîne pas de trouble de la libido)

Dans les moyens d'information, j'avais cité l'infirmière scolaire au lieu de plutôt mettre à l'école ou dans le cadre scolaire (l'infirmière scolaire n'étant pas toujours présente lors des cours d'éducation à la vie affective et sexuelle). J'ai par contre pu intégrer les résultats lors de l'analyse en regroupant sous le terme scolaire toutes les sources d'information autres relatives aux interventions scolaires (cours de biologie , à l'école, en formation au lycée).

Lors de la réception des questionnaires par les équipes , les patientes ont exprimé leur regrets de n'avoir pas mis le rappel des questions dans les réponses distribuées aux patientes.

5.2.2 L'évaluation

Le but étant d'évaluer l'importance des idées préconçues, l'évaluation par pourcentage de mauvaises réponses nous paraissait la plus adaptée. Nous avons souhaité par ailleurs faire apparaître les non-réponses ce qui permettait également de visualiser les moyens contraceptifs les moins connus.

Les calculs de score avaient l'avantage d'être reproductibles. Ils permettaient de pouvoir comparer les différents moyens contraceptifs malgré des différences sur le nombre de questions selon les moyens contraceptifs notamment en ramenant les scores sur 20. Le nombre de non-réponses et de questions devaient par contre être pris en compte dans l'interprétation des résultats. Il est plus facile d'obtenir une bonne moyenne avec plus de questions et quand on y a répondu !

Le but de l'étude comparative était de voir si des facteurs ou des déterminants étaient associés à une meilleure connaissance afin d'adapter notre discours en tant que médecin généraliste pour un meilleur apprentissage et une meilleure compréhension des patientes.

5.3 Comparaison des résultats de notre étude

5.3.1 Sources d'information

98,5 % des patientes de l'étude avait déjà reçu une information sur la contraception.

Dans notre étude, les meilleures scores ont été obtenus par les patientes ayant multiplié les sources d'informations avec une augmentation quasi linéaire des moyennes. Nous allons comparer l'importance de chacun des grands groupes de sources d'information soit : l'entourage (amis , famille), les prescripteurs (professionnels de santé), le milieu scolaire et les médias avec différentes études ayant interrogé les sources d'information des femmes sur la contraception.

5.3.1.1 L'entourage

La mère était souvent reconnue comme une source d'information pour 45,7% des patientes de notre étude, venaient ensuite les amis 24,7% (puis sœur 6,4% , père 6,4% et frère 0,3%) .

Ce résultat rejoint celui de l'INPES : 50 % des femmes âgées de 15-30 ans ont demandé des conseils à leur mère (8). Les amis sont par contre moins cités que dans d'autres études où ils sont souvent cités dans plus de 50% des cas . (8) (40) (41). Cette différence tient peut-être de la formulation : on demande des conseils à des amis, plus que des informations. Le chiffre de 27% était retrouvé dans l'étude réalisé à Caen.(42) sur une population pourtant plus jeunes qui cite souvent les amis et les médias en première position.

La moyenne du score total est par ailleurs de façon significativement augmentée chez les patientes qui ont comme source d'information leur(s) ami(es) à 13,29 (+/- 3,02) (p=0,0488).

Ce résultat se révèle surprenant, en effet on a tendance à penser que c'est auprès des proches, de ses pairs que les croyances, les idées préconçues sont le plus véhiculées.

5.3.1.2 Les prescripteurs

Les médecins généralistes constituent les sources d'information le plus souvent mis en évidence par les femmes (pourcentage similaire aux mères) soit 45,7%, 43,9 % pour les gynécologues , 31,3% CPEF et 0,7 % autres : sage-femme et pharmacien.

Ces chiffres rejoignent les études précédemment décrites, les prescripteurs sont de plus souvent cités avec l'augmentation de l'âge des femmes (amis et médias en premiers pour les adolescents), les gynécologues étant souvent plus « populaires » chez les patientes majeures et la population urbaine du fait de la disponibilité de cette spécialité. (40)

La moyenne du score total est par ailleurs de façon très significativement augmentée chez les patientes ayant reçu des informations de gynécologues.

Cette différence peut être le reflet de plusieurs choses :

- une formation insuffisante des médecins généralistes sur la contraception et les évolutions récentes, la persistance d'idées préconçues. Ce constat était aussi mis en évidence dans l'étude FECOND où les idées préconçues en particulier sur les DIU étaient plus importantes chez les généralistes. (43)
- Un lien possible avec le nombre de moyens contraceptifs utilisés : beaucoup de généralistes ne réalisant pas d'actes techniques de gynécologie (pose de DIU , implant), et prescrivent peu les « nouveaux contraceptifs »(38)
Les femmes ayant utilisés plus de moyens de contraceptions sont donc plus souvent suivies par des gynécologues (4 fois plus de DIU chez les patientes suivi par un gynécologue)(43)
- Les femmes de niveau socio-culturels plus élevés sont plus fréquemment suivis par des gynécologues (22) (accès au secteur 2, possibilité d'utiliser des moyens contraceptifs non remboursés). (3)
Ainsi 73 % des ouvrières consultent un gynécologue versus 82% des femmes « cadres ».(44)

Les CPEF sont sans surprise plus représentés que dans les autres études.

5.3.1.3 Le milieu scolaire

Il est cité par 34,7% et probablement sous-estimé du fait de la formulation, que j'ai pu réintégrer au cours de l'analyse. Il est souvent cité à hauteur de 50 à 100% dans les études. En effet depuis la loi du 4 juillet 2001 : trois séances d'éducation sexuelle et affective sont obligatoires par an (24) mais ne sont que très rarement appliquées. Les conditions d'application de la loi en l'absence de bilan sont difficiles à évaluer. (3)

L'information remise est dépendante des intervenants et, depuis 2003, en plus sont rajoutées les dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles, morales et éthiques de la sexualité. Avec ce vaste programme, il paraît difficile d'évoquer l'ensemble des moyens contraceptifs.

J'ai pu assister à deux de ces cours malgré des conditions nettement plus appropriées que dans mes souvenirs de collège ... l'excitation de traiter de la sexualité, les débats et les dérives liés aux nouveaux médias « internet » et ces pièges en font des instants de communication importants pour les jeunes mais pouvant s'éloigner de l'aspect « pratique » recherché par certains.

C'est souvent la première fois que les jeunes femmes abordent en dehors de la sphère amicale ou privée des questions relatives à leur corps, à leur vie affective. Elles ont souvent plus besoin de répondre à ces questions que sur le côté pratique de la contraception à un âge où la question semble pouvoir être retardée (âge moyen du premier rapport sexuel est à 17,2 ans)(45).

Néanmoins, une présentation des moyens contraceptifs avec des idées préconçues, des accroches BD ou caricaturales pourraient améliorer l'information au niveau scolaire et éviter que les idées préconçues fassent « leur nid ». En effet plus une idée est ancienne, ancrée dans sa culture, sa conception, son apprentissage plus il est difficile de ne pas y adhérer.

Certains pays (Suisse romande, Pays-bas) ont d'ailleurs développé des systèmes éducatifs innovants avec des intervenants associatifs payés par les pouvoirs publics locaux venant s'adresser au moins une fois par an aux enfants dans les écoles à tous niveaux de la scolarité ou via des activités ludiques tel que la semaine dite « du papillon de printemps » proposé aux enfants de 4 à 12 ans aux Pays Bas. (46)

5.3.1.4 Les médias

Les médias ne représentaient pas une si grande part des sources d'information avec moins de 40%. Ces chiffres sont similaires à certaines études (43) et au rapport INPES 47%.

Avec le développement rapide des nouvelles technologies on aurait pu s'attendre à un pourcentage encore plus élevé.

Une remarque me paraît importante à souligner : les moyennes obtenues pour cette source d'information sont globalement plus élevées même si seul le média « magazine » a eu une association significative.

Plusieurs explications me paraissent expliquer cette association :

- Les patientes ayant coché la case « magazines » ont de façon significative coché plus de sources d'information,
- Un support écrit est souvent corrélé à une meilleure information.(47) (48)

5.3.1.5 Le site internet <http://www.choisirsacontraception.fr>

Il est de façon significative associé à un meilleur score.

Ce site internet lancé lors de la campagne de 2007 présente de façon ludique et accessible les différents moyens de contraception.

Une nouvelle campagne en 2011 sur l'adéquation de la méthode contraceptive à leur situation personnelle avait été mise en place avec renvoi systématique vers le site internet notamment par des brochures, spots TV .

Des études avaient essayé de mesurer l'impact de la campagne publicitaire de 2007 montrant une bonne diffusion 70% des femmes dans une étude parisienne réalisée dans un lycée connaissaient la campagne publicitaire (46). L'INPES avait aussi effectué un post test suite à la campagne de 2011 montrant une bonne compréhension et une bonne diffusion des spots publicitaires ainsi qu'une notoriété accrue pour le site (2000 à 3000 nouveaux visiteurs par jour) mais aucune n'avait mesuré l'impact de l'utilisation du site internet sur les connaissances des femmes.

Ce résultat est très encourageant pour une utilisation au quotidien pour les intervenants.

5.3.2 Les moyens contraceptifs déjà utilisés

Sans surprise, au vue de la répartition des classes d'âge le préservatif et la pilule sont le plus souvent cités.

La pilule (76%) est citée plus souvent que dans l'étude INPES (60%) et le DIU un peu moins (15,3% versus 24,2%). (4) La répartition de la classe d'âge en est sûrement la cause avec une moyenne d'âge plutôt jeune.

Le préservatif est cité en première position alors qu'il est souvent cité en deuxième après la pilule. Ce résultat est corroboré dans d'autres études avec une baisse de l'utilisation de la pilule au profit d'un recours plus fréquent au préservatif chez les plus jeunes, et un recours plus fréquent aux nouveaux moyens contraceptifs.(21)

L'implant (8,7%) et les patch (4%) sont cités deux fois plus respectivement 3% et 2% dans l'étude INPES. (4)

Ces différences sont peut-être en partie liées au fait que les CPEF font partie des structures vers lesquelles les jeunes filles ont recours pour se faire poser un implant quand leur médecin généraliste ne pratique pas ce geste.

5.3.3 Les idées préconçues les plus fréquentes

Beaucoup d'idées préconçues sont encore présentes malgré les multiples interventions : campagnes publicitaires, réforme sur les cours d'éducation à la vie sexuelle et affective.

En effet 20 des questions du Quiz avaient des réponses erronées à plus de 15%. Nous allons comparer certaines de ces croyances avec celles retrouvées dans la littérature.

La formulation pouvait être parfois trompeuse en particulier pour la question 9 où je me suis basée sur des références bibliographiques (12) « *le préservatif est le seul moyen contraceptif capable de protéger des IST, à l'exception du papillomavirus(HPV)* ». Je voulais être la plus précise possible tout en laissant la porte ouverte pour pouvoir discuter de la vaccination contre l'HPV. Cette question a peut-être été mal comprise d'où un pourcentage élevé. Cependant une étude portant sur les connaissances de 260 jeunes de 15 à 25 ans sur la contraception et les IST avaient retrouvé que 59% des jeunes pensaient que le patch contraceptif et 47% l'anneau contraceptif étaient des moyens de prévention des IST. (50)

- *La pilule d'urgence est efficace à 100%* 16,7% des patientes ont répondu par l'affirmative. 13,1% des personnes l'ont déclaré dans une thèse de médecine générale parisienne mais avec une population plus jeunes que notre population d'étude (49). Or il est retrouvé une moins bonne connaissance de la contraception d'urgence chez les patientes plus âgées. En effet seulement 2% des patientes de plus de 25 ans l'utilisent en Pays de la Loire. (23) (47)
- *Une ordonnance est nécessaire pour se procurer la pilule d'urgence* :11,6% des patientes de notre étude ont répondu par l'affirmative. 14% dans l'étude de l'INPES.

- La notion de pauses est un concept ancien qui est très ancré culturellement pour beaucoup de contraceptifs (*pilule 33,8 % de l'étude, implant 24% , DIU 31,3 %*). Ces croyances étaient peu mises en évidence dans les études antérieures mais sont pourtant un constat quotidien. Ce pose la question de leur implication dans les grossesses non désirées. En effet une IVG sur deux survient suite à un changement contraceptif récent (dans les 6 mois précédents).(52) (2)
A l'heure, où l'arrêt entre les deux plaquettes est discuté et remis en question par l'arrivée de pilule à cycle long. (53) Ces anciens concepts sont pourtant encore très répandus.
- L'efficacité contraceptive considérée comme plus faible des nouveaux contraceptifs est aussi une idée préconçue fréquente. *Dans notre étude 18,5% des femmes pensaient que les patchs contraceptifs étaient moins efficace que la pilule. 34% pour l'étude ardennaise (40)*
- Les croyances concernant le risque de stérilité sont moins répandues : *6,2% des femmes de l'étude le pensaient pour la pilule, 9,5% pour l'implant, 17,5% pensaient que le DIU ne pouvait pas être proposé à une femme qui ne souhaitait avoir encore un enfant.*
On retrouve des données similaires :
-pour la pilule : 7% pour l'étude Parisienne (50), 22% pour l'INPES (8) mais avec une proportion importante d'hommes (l'étude étant mixte) ;
-pour le stérilet : 28% pour l'INPES (8)
- Le DIU est source de beaucoup d'idées préconçues, supposé réservé aux « mères » *pour 28,7% , quand le nombre d'enfants voulu est atteint pour 17,5%, il y a donc un « âge » pour pouvoir accéder à ce moyen de contraception pour 21,5% des femmes de notre étude.* Ces idées sont répandues chez les femmes malgré des recommandations multiples (34) (35).

Dans l'étude de l'INPES, on retrouve des pourcentages plus élevés 50% pour la première affirmation, 28% pour la deuxième. Est ce dû à la population mixte ou à l'effet des campagnes d'information ? En effet l'étude nantaise de 2007(41) retrouvait un pourcentage de 34,6% de la population étudiante pensant que le DIU ne pouvait pas être proposé aux nullipares contre 19 % de l'étude parisienne de 2010.(50)

- Enfin les termes de la loi de 2001 concernant la stérilisation à visée contraceptive sont très peu connus, puisque *40,4% de la population de l'étude pensent qu'il faut un nombre d'enfants défini.*

5.3.4 Les connaissances sur les différents contraceptifs

La pilule et le préservatif sont les moyens de contraception les plus connus, viennent ensuite l'implant , la contraception d'urgence et le DIU .

Les autres moyens contraceptifs (diaphragme , spermicide, méthodes naturelles) sont très peu connus ainsi que « les nouveaux contraceptifs » patch et anneaux et les méthodes de stérilisation à visée contraceptive.

Deux remarques me paraissent importantes à soulever :

- La contraception d'urgence obtient un score moyen alors que l'on aurait pu s'attendre que sa moyenne soit supérieure. Ces données sont confirmées en particulier avec le baromètre santé 2010 Pays de la Loire où la moyenne d'utilisation reste inférieure à la moyenne nationale avec une diminution de l'utilisation avec l'âge. Ces résultats sont cependant en voie d'amélioration. Cependant les mauvaises réponses concernant l'utilisation du DIU en contraception d'urgence à 73,5% retrouvé de façon plus importante dans l'étude de l'INPES à 89% (8) peuvent expliquer en partie ce résultat plus faible.
- L'implant devient le 3ème contraceptif obtenant un meilleur score de connaissances des femmes de l'étude. Ce résultat est similaire à l'étude parisienne avec 65% des jeunes femmes(50) connaissant ce contraceptif. Ce contraceptif est par ailleurs remboursé à 65% par la sécurité sociale. Ce qui n'est pas le cas des « nouveaux » contraceptifs : patch et anneaux.

Il existe des différences significatives pour l'âge avec une meilleure connaissance de la pilule d'urgence, du préservatif par les 15-25 ans, du DIU et des autres contraceptifs par les plus de trente ans.

Pour la pilule il n'existe pas de différences significatives ce qui n'est pas retrouvé dans d'autres études.(47)

5.4 Le poids de la norme contraceptive et le rôle des prescripteurs

Nous avons vu que les connaissances des femmes de notre étude reste limitées en particulier avec un modèle contraceptif assez figé avec recours surtout au préservatif et à la pilule œstroprogestative chez cette population de moyenne d'âge plutôt jeune.

Ce constat peut se rapprocher de ce que certains auteurs appelle « la norme contraceptive française » : *« le modèle contraceptif français apparaît peu flexible, restant caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au stérilet quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient. »*(21)

Cette norme est décrite selon les cycles de la vie. Elle a été inspirée par une norme de prescription médicale toujours prégnante. L'enquête FECOND a en effet mis en évidence que 56% des gynécologues et 83% des médecins généralistes pensent que le DIU n'est pas indiqué pour les nullipares.(43)

Cette norme est maintenant intégrée par les jeunes femmes.(54)

Mais *« comprendre les pratiques contraceptives des jeunes femmes implique de revenir sur les normes encadrant la gestion de la fécondité mais également de s'intéresser aux représentations qu'elles ont des différentes méthodes mises sous le marché »*(54)

Cette étude avait pour but de les mettre en évidence, afin de mieux informer nos patientes et de mieux les prendre en compte dans nos consultations.

En effet la gestion de la contraception en France se caractérise par une gestion médicale importante de la contraception.

Cette médicalisation excessive peut présenter un obstacle pour les plus jeunes d'entre elles (55). D'une part pour les patientes : peur de l'examen gynécologique, ou des questions que pourrait leur poser le professionnel de santé qui relèvent de l'intime. Mais aussi de la part du médecin de se retrouver en marge de sa position thérapeutique habituelle avec des contraintes de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive. (46)

5.5 Propositions

Plusieurs pistes ont été soulevées pour l'amélioration de l'information et l'accès à la contraception. Elles ont été développées dans des rapports tels que le document de synthèse de l'HAS (38) ou les propositions du centre d'analyse stratégique.(46)

Ces propositions mettent en évidence plusieurs pistes d'amélioration dont certaines me paraissent importantes à souligner.

Au niveau général cette étude a montré l'importance de multiplier les sources d'informations.

En dehors des sources médiatiques et scolaires, un transfert de compétences vers des professionnels déjà formés c'est-à-dire :

- vers les autres professionnels médicaux ou paramédicaux : infirmière, sage-femme, pharmaciens
- vers aussi un corps de métier spécifique que sont les conseillères conjugales et familiales.

Cela pourrait permettre une amélioration de la connaissance et accès facilité pour les femmes redoutant ou non une consultation médicale mais aussi avec les médecins dans le cadre de groupements pluriprofessionnels de santé.(38)

Leur accès pouvant être facilité via la généralisation de système tel que les Pass contraception facilitant l'anonymat et combattant les inégalités sociales en permettant la gratuité des différents intervenants.

Dans ma pratique comprendre et développer la fonction de conseil (le *counseling*) qui serait de

- suivre les étapes du modèle BERGER (cf annexe 1)
- dans le temps d'entretien : interroger sur les antécédents, mais aussi le mode de vie, les attentes de moyen contraceptif (effets bénéfiques non contraceptif espérés...effets secondaires redoutés) mais aussi et surtout évaluer les craintes et les représentations des différents moyens contraceptifs en me servant d'un support écrit.
- remettre des informations sur l'ensemble des moyens contraceptifs en expliquant leur mode de fonctionnement à partir de la physiologie féminine. On peut utiliser les dépliants mise en place par l'INPES: choisir ma contraception récapitulant les différents moyens contraceptifs.
- être pratique: c'est à dire utiliser les sites internet de références tel que: <http://www.choisirsacontraception.fr>, <http://g.oubliemapilule.com> recommandé par HAS.

Pour la pilule : utiliser les nouvelles technologies : applications pour téléphone où on peut même scanner le code barre de sa pilule pour la voir apparaître sur l'écran et ne pas l'oublier (Pil à l'heure , La pilule). Prescrire la pilule du lendemain avec les consignes en cas d'oublis.

Les consultations de première contraception, comme les consultations de suivi sont des consultations qui prennent du temps, qui nécessitent un temps d'apprentissage, d'éducation des patientes qui devrait être reconnue dans leur spécificité. (38) (3)

6 CONCLUSION

La contraception concerne un champ important de la médecine générale.
Elle constitue un enjeu de santé publique nécessitant une prise en charge éducative.

Cette étude s'est intéressée à la première étape de toute démarche éducative: essayer de déterminer les connaissances et les représentations des patientes « ce qu'elles savent , croient, redoutent ».

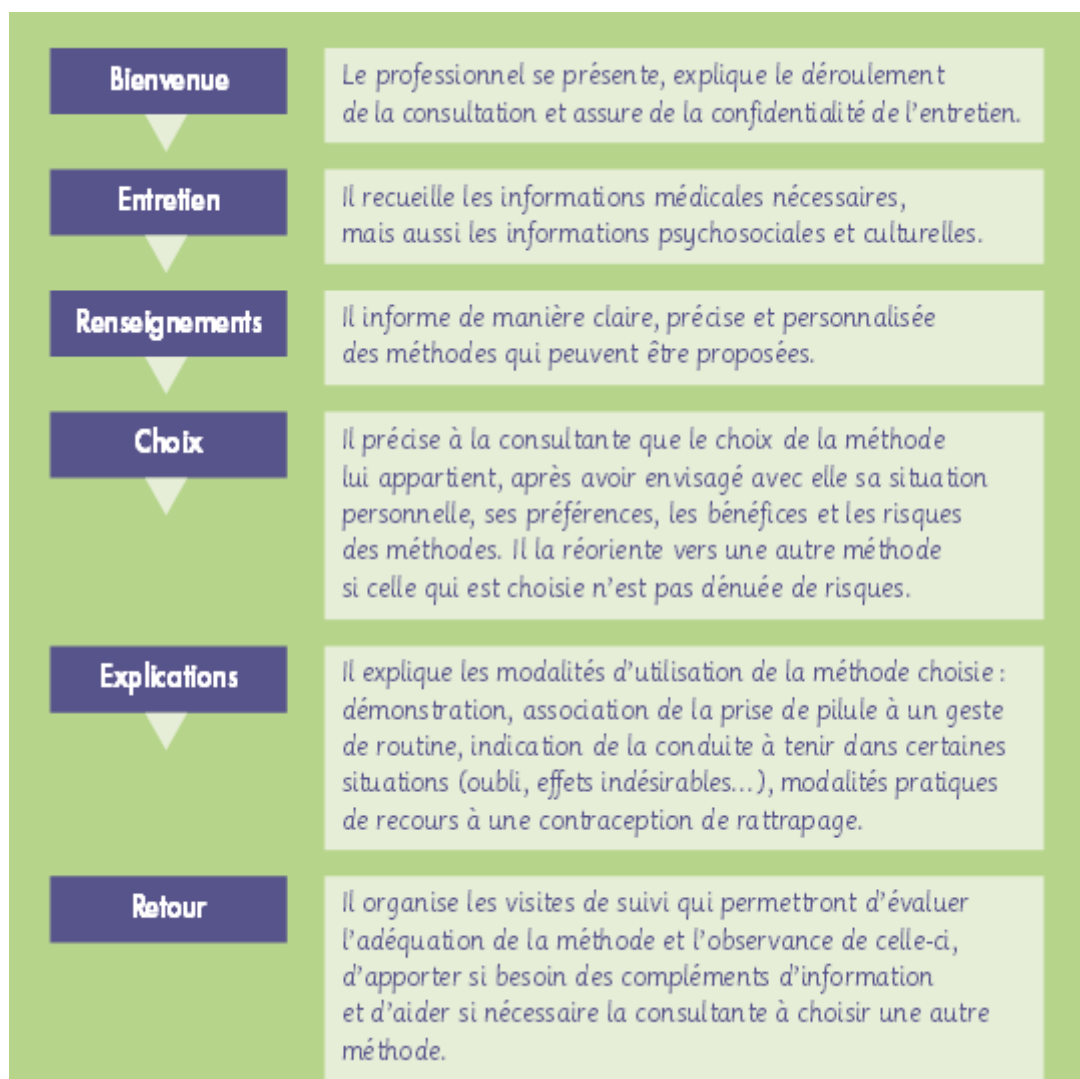
Les résultats montrent l'importance de certaines idées préconçues au sujet des moyens de contraception mais aussi les connaissances acquises pour certaines notamment sur les deux moyens de contraception les plus utilisés c'est à dire la pilule et le préservatif. Elle a permis aussi de mettre en évidence certaines variables influençant le niveau de connaissance et notamment la multiplication des sources d'information et l'utilisation d'outil internet.

L'amélioration des connaissances des femmes sur les moyens de contraception ne peut se mettre en place qu'avec le développement d'une démarche éducative et donc un partenariat éducatif afin d'utiliser au mieux leur méthode contraceptive.
Celui-ci ne pouvant se développer qu'en prenant en compte leurs représentations et en assurant le suivi médical et sa disponibilité ce qui ne paraît envisageable qu'avec l'aide de partenaires médico-sociaux.

ANNEXES

ANNEXE 1 :METHODE BERCCER

disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guidecontraception.pdf>



ANNEXE 2 : LE QUESTIONNAIRE.

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse en médecine générale sur la contraception, je vous sollicite afin de remplir le questionnaire ci-joint.

Il est totalement anonyme et utilisé uniquement pour ma thèse.

Merci de prendre le temps de répondre au questionnaire.

Déborah (interne en médecine générale)

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



La meilleure contraception c'est celle qu'on choisit

I- GENERALITES

AGE :

PROFESSION :

- collégienne lycéenne étudiante en recherche d'emploi
 salariée femme au foyer profession libérale

MOTIF DE CONSULTATION

- information sur la contraception prescription d'une contraception
 demande de test de grossesse (β HCG) demande de contraception d'urgence
 consultation en rapport avec une interruption de grossesse
 dépistage d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
 autre, préciser :...

AVEZ VOUS DEJA EU (avant ce jour) DES INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION ?

- oui non

SI OUI PAR QUI OU COMMENT ?

- mère père frère sœur ami(e)
 médecin généraliste gynécologue autre médecin préciser:
 au centre de planification familiale par l'infirmière de l'école
 forums de discussion sites internet magazines
 autre , préciser:..

AVEZ VOUS DEJA ETE SUR LE SITE INTERNET <http://www.choisirsacontraception.fr/>

- oui non

AVEZ- VOUS DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS ?

- oui non

QUELS MOYENS DE CONTRACEPTION AVEZ VOUS DEJA UTILISE ?

- aucun préservatif patch anneau
 pilule implant Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet
 stérilisation (ligatures des trompes ou vasectomie : stérilisation masculine)
 autres moyens contraceptifs , préciser: ...

II) QUE FAIRE EN CAS DE RAPPORT A RISQUE ?	VRAI	FAUX
1-Après un rapport à risque, je peux prendre la pilule du lendemain jusqu'à 7 jours après le rapport :		
2-La pilule d'urgence est efficace à 100% :		
3- Une ordonnance est nécessaire pour se procurer la pilule d'urgence:		
4- Il existe une autre contraception d'urgence que la pilule:		

III) LES MOYENS DE CONTRACEPTION

<u>LE PRESERVATIF :</u>	VRAI	FAUX
5-Le préservatif doit être changé s il est posé à l'envers :		
6-Il existe uniquement des préservatifs masculins :		
7-La meilleure protection contre les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) est obtenue en superposant 2 préservatifs:		
8-Le préservatif risque de craquer si on ne laisse pas une place suffisante pour le réservoir :		
9- Le préservatif protège de toute les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) sauf du papilloma virus (virus pouvant être responsable du cancer du col de l'utérus) :		

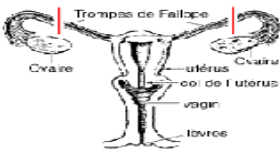
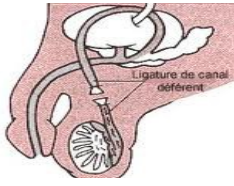
<u>LA PILULE :</u>	VRAI	FAUX
10-Fumer interdit la prise de pilule :		
11-La pilule fait systématiquement grossir :		
12-Dès l'arrêt de la pilule, et même si on la prend depuis très longtemps : il est possible d'avoir un enfant		
13-La pilule a une double action : elle protège de la grossesse et des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) :		
14-La pilule perturbe de façon définitive les cycles normaux de la femme :		
15-La pilule peut-être efficace même si on ne la prend pas régulièrement:		
16-Si on prend la pilule depuis longtemps (plus de 10 ans) il n'est pas nécessaire de l'arrêter quelques mois :		
17-La pilule peut-être prise jusqu'à la ménopause :		
18-La pilule augmente le risque de cancer:		

<u>PATCH ET ANNEAUX CONTRACEPTIFS :</u>	VRAI	FAUX
19-Le patch se change toutes les semaines :		
20-L'anneau se change toutes les semaines :		
21-Le patch est moins efficace que la pilule :		
22-L'anneau est aussi efficace que la pilule :		

<u>IMPLANT CONTRACEPTIF(dispositif inséré sous la peau délivrant des hormones) :</u>	VRAI	FAUX
23-L'implant se change tous les 3ans :		
24-L'implant est réservé à certaines femmes qui ne tolèrent pas la pilule :		
25-Normalement, il est impossible de sentir l'implant avec les doigts une fois inséré sous la peau : il est bien trop profond :		
26-L'implant rend stérile : (dès le retrait de l'implant il est impossible d'avoir un enfant)		
27-Une fois la durée du premier implant écoulé, il faut attendre avant d'en remettre un :		
28-L'implant peut migrer à l'intérieur du corps de la femme :		

<u>Le STERILET OU DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)</u>	VRAI	FAUX
29--le DIU est réservé aux femmes ayant déjà eu un enfant :		
30-le DIU est réservé aux femmes ne voulant plus avoir d'enfants:		
31-Le DIU peut sortir de l'utérus de la femme pour se loger dans d'autres parties du corps :		
32-Il y n'y a pas d'âge minimum pour les femmes à utiliser le DIU du moment qu'elles acceptent un examen gynécologique:		
33-le DIU ne cause pas d'inconfort au partenaire sexuel :		
34-Un temps de repos est nécessaire entre la pose d'un nouveau DIU et son retrait :		

<u>Les autres moyens de contraception :</u>	VRAI	FAUX
-DIAPHRAGME (sorte de dôme en caoutchouc souple qui recouvre le col de l'utérus) -SPERMICIDE (crème, gel ou tampon introduit dans le vagin avant les rapports qui tuent les spermatozoïdes -METHODES NATURELLES (basées sur la connaissance que les femmes peuvent développer pour connaître les moments ou elles risquent d'être enceinte)		
35- Le diaphragme doit être utilisé avec un spermicide :		
36-Le diaphragme peut être mis en place 24 heure avant un rapport :		
37- Les spermicides causent le cancer :		
38-Les méthodes naturelles sont aussi efficace que la pilule :		
39- La méthode de retrait avant éjaculation est une méthode de contraception efficace :		

<p><u>LA STERILISATION TUBAIRE (ligature des trompes de l'utérus empêchant la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes et donc la grossesse)</u></p> <p><u>LA VASECTOMIE(intervention chirurgicale chez l'homme entraînant l'absence de spermatozoïdes avec persistance des éjaculations)</u></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div data-bbox="252 315 533 546" style="text-align: center;"> <p>Les trompes sont sectionnées pendant la procédure de ligature</p>  <p><u>STERILISATION</u></p> </div> <div data-bbox="928 320 1163 546" style="text-align: center;">  <p><u>VASECTOMIE</u></p> </div> </div>	VRAI	FAUX
40-Ce sont des méthodes définitives pour éviter une grossesse :		
41-La stérilisation tubaire permet aussi de ne plus avoir de règles :		
42-La vasectomie n'entraîne pas de baisse de la libido :		
43-Ces deux méthodes ne sont accessibles qu'à des hommes et des femmes suffisamment âgés et ayant déjà eu plusieurs enfants :		
44-Ce questionnaire est réalisé dans un centre de planification familiale :		

ANNEXE 3 : LES REPONSES DU QUESTIONNAIRE.

Réponses du Quiz

QUE FAIRE EN CAS DE RAPPORT A RISQUE

1: FAUX. Il existe 2 pilules du lendemain : NORLEVO® dont la durée maximale d'utilisation recommandée après un rapport à risque est de 3 jours , 5 jours pour l'autre pilule ELLAONE®.

2: FAUX . La pilule d'urgence n'est malheureusement pas efficace à 100%.Le taux d'efficacité varie de 95% à 98% en cas de prise du comprimé moins de 24 H après le rapport à risque ; à 58% en cas de prise à 72H et plus du rapport à risque.

3: FAUX. La pilule du lendemain est disponible sans ordonnance dans les pharmacies, centres de planification et d'éducation familiale et à l'infirmerie des établissements scolaires.

4: VRAI. Le stérilet ou DIU (Dispositif Intra-Utérin) peut-être utilisé comme contraception d'urgence.Il est efficace jusqu'à 7 jours après un rapport à risque.

LES MOYENS DE CONTRACEPTION

LE PRESERVATIF

5: VRAI.Il doit être changé car même en l'absence d'éjaculation du liquide séminal est présent.Il contient des spermatozoïdes et peut être responsable d'Infection Sexuellement Transmissibles(IST) et de grossesses.

6: FAUX. Il existe aussi des préservatifs féminins.

7: FAUX .Il y a plus de risque de rupture du préservatif en superposant les 2 préservatifs.

8: VRAI. Il est indispensable de pincer le bout du préservatif pour laisser une place au réservoir.

9: VRAI.Le préservatif est une protection efficace contre les Infections Sexuellement Transmissibles sauf l'Herpès Simplex Virus et le papillomavirus (HPV)responsable pour certains type du cancer du col utérin . Une vaccination existe contre l'HPV.

LA PILULE

10: FAUX. On peut prendre la pilule même si on fume.Le médecin adaptera le type de pilule. En cas de tabagisme important et à plus de 35 ans, on préférera les pilules progestatives

11: FAUX.La pilule ne fait pas systématiquement grossir.

12: VRAI.La pilule ne rend pas stérile.

13: FAUX. La pilule ne protège pas des Infections Sexuellement Transmissibles.Seuls les préservatifs (masculin et féminin) assure cette protection.

14: FAUX.La pilule entraîne des « fausses règles ».Elle n'agit donc pas sur les cycles menstruels.

15: FAUX . La pilule pour être efficace doit être prise régulièrement.Un simple oubli(au bout d'un certain délai de 3 à 12 heures selon les pilules) peut entraîner une grossesse.

16: VRAI.Aucune étude ne prouve qu'il faut faire une pause.

17: VRAI.En l'absence de contre-indications la pilule peut-être prise jusqu'à la ménopause.

18: FAUX. La pilule a un effet protecteur contre le cancer de l'endomètre (partie de l'utérus) et contre le cancer de l'ovaire.(Certaines études ont trouvé une augmentation des cancers du sein chez les femmes prenant des pilules oestroprogestatives mais cette augmentation rencontre un biais important les femmes prenant la pilule étaient plus suivies)

PATCH ET ANNEAUX CONTRACEPTIFS :

19: VRAI. Le patch se change toutes les semaines pendant 3 semaines avec arrêt pendant une semaine.

20: FAUX. L'anneau se change toutes les 3 semaines avec arrêt pendant 1 semaine puis remise en place de l'anneau au fond du vagin.

21: FAUX. L'efficacité théorique est identique puisque les mêmes quantités d'hormones sont délivrées par jour, de plus, en pratique les oublis sont moins fréquents qu'avec la pilule.

22: VRAI. idem

L'IMPLANT :

23: VRAI. L'implant se change tous les 3 ans sauf chez les patientes en surpoids important.

24: FAUX. Il peut-être utilisé chez toutes les femmes en l'absence de contre-indications.

25: FAUX. Il est très superficiel et peut-être senti avec la main de la patiente.

26: FAUX. Le retour à une fertilité normale est immédiat et maximum dans les 3 semaines du retrait

27: FAUX. Il n'est pas nécessaire de faire une pause et le nouvel implant peut-être reposé le même jour.

28: FAUX. L'implant ne bouge quasiment pas et ne peut donc pas migrer.

LE STERILET :

29: FAUX. Le DIU ou stérilet n'est pas réservé aux femmes ayant eu un enfant. La pose est par contre plus facile pour les femmes ayant déjà accouché par voie basse.

30: FAUX. Le DIU ou stérilet n'est pas réservé aux femmes ne voulant plus avoir d'enfant.

31: FAUX. Le DIU ou stérilet ne peut pas sortir de l'utérus pour se loger dans une autre partie du corps.

32: VRAI. Il n'y a pas d'âge minimum. Le DIU ne peut par contre être proposé qu'aux femmes acceptant un examen gynécologique.

33: VRAI. Il ne sent pas le dispositif.

34: FAUX. Le retrait et la pose de DIU ou stérilet peuvent être réalisés le même jour.

LES AUTRES METHODES: DIAPHRAGME, SPERMICIDES, METHODES NATURELLES

35: VRAI. Il est recommandé d'utiliser le diaphragme avec les spermicides.

36: VRAI. Si besoin le diaphragme peut être mis en place 24 heures avant le rapport.

37: FAUX. Les spermicides ne causent pas le cancer.

38: FAUX. Ces méthodes bien utilisés ont un taux d'échec d'environ 15-20% (0,3% pour la pilule).

39: FAUX. Elle est responsable de grossesses dans 20% des cas.

LA STERILISATION TUBAIRE ET LA VASECTOMIE

40: VRAI. La stérilisation tubaire et la vasectomie sont des méthodes définitives pour éviter une grossesse.

41: FAUX. La stérilisation tubaire ne perturbe pas les règles qui sont toujours présentes.

42: VRAI. Il n'y a aucune modification de la libido secondaire à la vasectomie.

43: FAUX. Ces méthodes peuvent être proposées à tout âge à des patients majeurs.

ANNEXE 4 : TABLEAUX COMPARATIFS

Tableau 1: Analyse des moyennes du Score « contraception d'urgence » selon différentes variables.

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Centre		<u>0,0397</u>
Clotilde VAUTIER (n=87)	12,13+/- 4,74	
Simone VEIL(n=96)	12,5+/- 4,59	
PLANNING FAMILIAL (n=92)	<u>13,75+/- 4,10</u>	
Age		<u>0,00000068</u>
10-14 ans (n=6)	<u>10+/- 4,47</u>	
<u>15-19 ans (n=88)</u>	<u>13,98+/- 3,80</u>	
<u>20 -24 ans (n=64)</u>	<u>13,83+/-3,18</u>	
25 -29 ans(n=36)	13,06+/- 4, 36	
30 -34 ans (n=25)	12,80 +/- 4,80	
35- 39 ans (n=29)	<u>9,14 +/- 5,36</u>	
> 40 ans (n=18)	10,28+/-5,81	
Activité		<u>0,0005</u>
collégienne (n=5)	10+/- 3,54	
lycéenne (n=66)	<u>13,48+/- 4,38</u>	
étudiante (n=51)	<u>14,90+/-3,08</u>	
en recherche d'emploi (n=37)	11,35+/-4,81	
salariée (n=92)	12,07+/-4,52	
femme au foyer (n=11)	10,45+/-6,5	
<u>profession libérale(n=9)</u>	<u>12,78+/-5,07</u>	
Sources information		
magazines (n=44)	<u>14,55+/- 3,55</u>	<u>0,005</u>
Nombre de sources d'information		<u>0,0670</u>
0	<u>11,88+/-5,94</u>	
8	15	
Rapport sexuel		0,6
<u>Utilisation du préservatif</u>		<u>0,008</u>
OUI (n=212)	<u>13,33+/-5,12</u>	
NON (n=63)	10,90+/-4,20	
Utilisation de la pilule		0,645
OUI	12,87+/-4,53	
NON	12,58+/-4,49	

Tableau 2: Analyse des moyennes du Score « préservatifs » selon différentes variables.

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		0,0104
10-14 ans (n=6)	15,33+/-3,93	
15-19 ans (n=88)	17,05+/-3,71	
20 -24 ans (n=64)	16,81+/-3,58	
25 -29 ans (n=36)	15,44+/-3,6	
30 -34 ans (n=25)	15,04+/-4,36	
35- 39 ans (n=29)	15,59+/-2,9	
> 40 ans (n=18)	14+/-5,18	
Activité		0,011
collégienne (n= 5)	14,40+/- 3,58	
lycéenne (n=66)	<u>16,91+/- 4,26</u>	
étudiante (n=51)	<u>17,33+/-2,73</u>	
en recherche d'emploi (n=37)	16+/- 4,11	
salariée (n=92)	15,74+/-3,4	
femme au foyer (n=11)	12+/-6,69	
profession libérale(n=9)	15,56+/-3,71	
Sources information		
ami (n=67)	<u>17,07+/-3,45</u>	0,0223
scolaire (n=83)	17,11+/-3,08	0,006
magazines (n=44)	<u>17,27+/-3,08</u>	0,0341
Nombre de sources d'information		0,0021
0	<u>13+/-3,55</u>	
1	15,37+/-4,61	
3	17,36+/-2,87	
5	17,39+/-2,86	
7	16+/-4,90	
9	<u>18+/-2,83</u>	
Rapport sexuel		0,165
OUI (n=258)	16,05+/-3,95	
NON (n=12)	17,67+/-3,60	
Utilisation du préservatif		0,0140
OUI	<u>16,49+/-3,36</u>	
NON	14,82+/-5,43	

Tableau 3: Analyse des moyennes du Score « pilule » selon différentes variables

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		0,230
10-14 ans (n=6)	14,07+/-1,15	
15-19 ans (n=88)	15,48+/-3,39	
20 -24 ans (n=64)	16,53+/-2,88	
25 -29 ans (n=36)	16,36+/-2,97	
30 -34 ans (n=25)	16,53+/-4,26	
35- 39 ans (n=29)	16,71+/-3,5	
> 40 ans (n=18)	16,30+/-3,32	
Activité		<u>0,0004</u>
collégienne (n=5)	14,22+/-1,22	
lycéenne (n=66)	14,82+/-4,11	
étudiante (n=51)	<u>16,73+/-2,19</u>	
en recherche d'emploi (n=37)	15,72+/-3,61	
salariée (n=92)	<u>16,86+/-2,97</u>	
femme au foyer (n=11)	13,33+/-5,53	
profession libérale (n=9)	<u>16,30+/-2,22</u>	
Déjà informée ?		<u>0,0290</u>
OUI (n=267)	<u>16,03+/-3,45</u>	
NON (n=4)	12,22+/-2,87	
Sources information		
médecin généraliste (n=124)	16,29+/-2,91	0,130
gynécologue (n=119)	16,88+/-2,51	
Nombre de sources d'information		<u>0,0269</u>
0	<u>11,39+/-5,10</u>	
1	15,68+/-3,85	
3	16,36+/-3,26	
5	<u>16,72+/-2</u>	
Nombre de moyens de contraception utilisés		<u>0,00115</u>
0	<u>13,65+/-4,35</u>	
5	<u>16,30+/-2,57</u>	
Utilisation pilule		<u>0,0067</u>
OUI (n=209)	<u>16,26+/-3,66</u>	
NON (n=66)	14,92+/-3,35	

Tableau 4: Analyse des moyennes du Score « patch et anneaux contraceptifs » selon différentes variables.

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		0,154
10-14 ans (n=6)	<u>15+/-7,75</u>	
15-19 ans	10,40 +/-6,40	
20 -24 ans	12,03+/-7,33	
25 -29 ans	9,17+/-7,51	
30 -34 ans	8,60+/-7,29	
35- 39 ans	9,66+/-6,80	
> 40 ans	9,44+/-7,45	
Activité		0,101
collégienne (n=5)	<u>17+/-2,74</u>	
lycéenne	10+/-6,56	
étudiante	11,37+/-6,86	
en recherche d'emploi	10,68+/-7,56	
salariée	9,62+/-7,64	
femme au foyer	8,19+/-7,51	
profession libérale (=9)	<u>14,44+/-3</u>	
Déjà informée ?		0,190
Déjà été sur le site internet (choisirsacontraception.fr)		<u>0,0413</u>
OUI (n=37)	<u>12,57+/-5,22</u>	
NON	10+/-7,32	
Utilisation anneaux contraceptifs		<u>0,0113</u>
OUI (n=12)	<u>15,42+/-3,96</u>	
NON	10,08+/-7,18	

Tableau 5: Analyse des moyennes du Score « implant » selon différentes variables

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		0,608
10-14 ans	11,11+/-4,04	
15-19 ans	13,41+/-6,25	
20 -24 ans (n=64)	<u>14,84+/-5,41</u>	
25 -29 ans (n=36)	<u>14,44+/-5,23</u>	
30 -34 ans	13,60+/-7,32	
35- 39 ans	14,37+/-6,18	
> 40 ans	12,78+/-7,43	
Activité		0,191
collégienne	12,66+/-1,49	
lycéenne	12,93+/-6,20	
étudiante (n=51)	<u>15,36+/-5,78</u>	
en recherche d'emploi	13,69+/-5,43	
salariée	13,95+/-6,39	
femme au foyer	11,82+/-7,36	
profession libérale (n=9)	<u>17,04+/-2</u>	
Sources information		
ami (n=67)	<u>15,22+/-4,69</u>	0,0283
médecin généraliste (n=124)	14,25+/-6	0,268
gynécologue (n=119)	<u>14,76+/-5,68</u>	0,0222
CPEF (n=85)	14,47+/-5,67	0,222
Nombre de moyens de contraception utilisés		0,0016
0	<u>11,11+/-7,10</u>	
1	12,14+/-6,37	
2	13,85+/-5,97	
3	<u>16,84+/-4,18</u>	
Utilisation de l'implant		0,0012
OUI (n=24)	<u>17,64+/-3,87</u>	
NON	13,43+/-6,20	

Tableau 6: Analyse du Score « DIU » selon différentes variables.

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Centre		<u>0,0002</u>
Clotilde VAUTIER (n=87)	<u>14,06 +/- 5,56</u>	
Simone VEIL (n=96)	11,63 +/- 6,81	
PLANNING FAMILIAL (n=92)	10,11 +/- 6,69	
Age		<u>0,0126</u>
10-14 ans (n=6)	10,56 +/- 2,51	
15-19 ans (n=88)	10 +/- 6,95	
20 -24 ans (n=64)	12,92 +/- 6,76	
25 -29 ans (n=36)	12,22 +/- 6,07	
30 -34 ans (n=25)	<u>13,47 +/- 5,81</u>	
35- 39 ans (n=29)	<u>14,25 +/- 4,62</u>	
> 40 ans (n=18)	<u>13,70 +/- 6,35</u>	
Activité		0,0690
collégienne	9,33 +/- 1,49	
lycéenne	10,20 +/- 6,69	
étudiante	13,01 +/- 6,84	
en recherche d'emploi	11,89 +/- 7,01	
salariée	12,83 +/- 5,89	
femme au foyer	9,70 +/- 8,23	
profession libérale	<u>14,81 +/- 3,77</u>	
Motif de consultation		<u>0,0389</u>
prescription d'une contraception	13,15 +/- 7,28	
demande d'un test de grossesse	<u>7,04 +/- 6,66</u>	
Sources information		
médecin généraliste (n=124)	12,39 +/- 6,26	0,252
gynécologue (n=119)	<u>14,06 +/- 5,28</u>	<u>0,0000019</u>
CPEF (n=85)	12,90 +/- 6,64	0,0880
magazines (n=44)	<u>13,79 +/- 6,04</u>	<u>0,0366</u>
Déjà été sur le site internet (choisirsacontraception.fr)		0,0795
Nombre de moyens de contraception utilisés		<u>0,0005</u>
1	10 +/- 6,61	
4	<u>17,14 +/- 3</u>	
Utilisation DIU : OUI	<u>14,68 +/- 4,89</u>	<u>0,0026</u>

Tableau 7: Analyse du Score « autres moyens contraceptifs » (diaphragme, spermicides, méthodes naturelles) selon différentes variables.

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		<u>0,0110</u>
10-14 ans (n=6)	8+/-7,16	
15-19 ans (n=88)	7,64+/-6,63	
20 -24 ans (n=64)	9,13+/-7,14	
25 -29 ans (n=36)	8,67+/-7,50	
30 -34 ans (n=25)	9,44+/-7,65	
35- 39 ans (n=29)	<u>12,69+/-5,96</u>	
> 40 ans (n=18)	<u>12,67+/-6,02</u>	
Activité		0,0918
collégienne	7,20+/-7,16	
lycéenne	7,27+/-6,76	
étudiante	<u>10,12+/-7,13</u>	
en recherche d'emploi	8,54+/-6,47	
salariée	9,87+/-7,18	
femme au foyer	7,64+/-7,26	
profession libérale	<u>13,33+/-8</u>	
Motif de consultation		0,0578
information	13,33+/-2,07	
demande d'un test de grossesse	4,67+/-5,36	
Sources information		
médecin généraliste	9,45+/-6,91	0,393
gynécologue (n=119)	<u>10,96+/- 6,96</u>	<u>0, 00007892</u>
CPEF	8,89+/-6,86	0,811
magazines	10,91+/-6,36	0,0573
Déjà été sur le site internet (choisirsacontraception.fr)		<u>0,0172</u>
OUI	<u>11,68+/-5,76</u>	
NON	8,70+/-7,20	
Nombre de moyens de contraception utilisés		<u>0,0011</u>
1	7,71+/-6,64	
4	<u>15,53+/-5,86</u>	
Utilisation des autres moyens contraceptifs (diaphragme, spermicides, méthodes naturelles)		<u>0,0236</u>
OUI	17+/-3,83	

Tableau 8: Analyse des moyennes du Score « stérilisation » selon différentes variables

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Centre		0,0134
Clotilde VAUTIER	11,03+/-6,15	
Simone VEIL	9,11+/-6,92	
Planning FAMILIAL	8,10+/-7,03	
Age		0,273
10-14 ans	5+/-6,32	
15-19 ans	5,11+/-5,52	
20 -24 ans	6,64+/-6,24	
25 -29 ans	5,56+/-5,45	
30 -34 ans	5,20+/-6,03	
35- 39 ans	<u>7,59+/-4,93</u>	
> 40 ans	<u>7,5+/-3,54</u>	
Activité		0,101
collégienne	5+/-7,07	
lycéenne	4,70+/-5,1	
étudiante	<u>7,75+/-6,19</u>	
en recherche d'emploi	5,54 +/- 5,98	
salariée	6,09+/-5,44	
femme au foyer	4,55+/- 4,16	
profession libérale	<u>7,78+/-5,07</u>	
Sources information		
médecin généraliste	6,01+/-5,67	0,829
gynécologue (n=119)	6,68+/-5,38	0,0511
magazines	6,48+/-5,56	0,478
Déjà été sur le site internet (choisirsacontraception.fr)		<u>0,0557</u>
OUI	7,57+/-4,66	
NON	5,68+/-5,01	
Nombre de moyens de contraception utilisés		0,0171
1	6,61+/-5,49	
5	11,67+/-2,89	
Utilisation stérilisation tubaire ou vasectomie		0,908
OUI	6,25+/-4,79	
NON	5,92+/-5,62	

Tableau 9: Analyse des moyennes du Score total en fonction des différentes variables.

Variabes	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
Age		0,359
10-14 ans	11,47 +/- 1,69	
15-19 ans	12,12 +/-3,55	
20 -24 ans	<u>13,38 +/-3,22</u>	
25 -29 ans	12,53 +/- 3,3	
30 -34 ans	12,56 +/- 3,95	
35- 39 ans	<u>13,23 + /- 3,01</u>	
> 40 ans	12,74 +/- 3,78	
Activité		<u>0,004</u>
collégienne	11,54 +/- 1,56	
lycéenne	11,76 +/-3,65	
étudiante (n=51)	<u>13,81 +/-3,17</u>	
en recherche d'emploi	12,26 +/- 3,57	
salariée	12,83 + /-3,24	
femme au foyer(n=11)	<u>10,24 +/-5,02</u>	
profession libérale(n=9)	<u>14,46 +/- 2,88</u>	
Motif de consultation		0,172
information	13,87 +/-2,10	
prescription d'une contraception	13,49 +/-3,79	
demande d'un test de grossesse	<u>10,82+/- 3,97</u>	
demande de contraception d'urgence	<u>10,70 +/- 7,21</u>	
en rapport avec IVG	12,67 +/- 3,46	
dépistage IST	12,04 +/-4,36	
autres	12,85+/- 2,88	
Déjà informée ?		0,716
OUI	12,62 +/-3,49	
NON	11,98 +/- 4,35	
Sources information		
mère	12,84 +/- 3,44	0,21
père	11,86 +/- 3,50	0,39
frère	10,7	0,6

Variables	Score total :Moyenne +/- écart-types	Valeur de p
sœur	12,47 +/-3,05	0,93
ami (n=67)	<u>13,29 +/- 3,02</u>	<u>0,0488</u>
médecin généraliste	<u>12,94 +/-3,26</u>	<u>0,0978</u>
gynécologue (n=119)	13,49 +/-2,78	<u>0,0000840</u>
autre médecin	10,70 +/- 8,49	0,459
CPEF	12,87 +/- 3,31	0,304
scolaire	12,68 +/- 3,36	0,681
forum de discussion	13,53 +/- 2,39	0,361
site internet	13,14 +/-3,46	0,206
magazines (n=44)	<u>13,71 +/- 2,49</u>	<u>0,0167</u>
Nombre de sources d'information		<u>0,035</u>
0	9,01 +/- 4,43	
1	11, 93 +/- 3,53	
2	12,16 +/- 4,04	
3	13,03 +/- 3,07	
4	13,24 +/- 3,24	
5	13,65 +/- 2,27	
6	13,74 +/- 2,92	
7	12,80 +/- 2,55	
8	<u>15,8</u>	
Déjà été sur le site internet (http://choisirsacontraception.fr)		<u>0,0151</u>
OUI(n=37)	<u>13,88+/- 3,36</u>	
NON	12,38 +/- 3,47	
Nombre de moyens de contraception utilisés		<u>0,035</u>
0	11,1 +/- 4,05	
1	11,56 +/- 4,05	
2	12,52+/- 3,22	
3	14,15+/- 2,94	
4	<u>15,33 +/-2,62</u>	
5	<u>14,73 +/- 3, 05</u>	
Rapport sexuel		0,88
OUI	12,58 +/- 3,55	
NON	12,42 +/- 2,05	

BIBLIOGRAPHIE

1. [Ined] Avortements [Internet]. [consulté le 7 février 2014]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/
2. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Sociétés*. 2004;407:1-4.
3. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite loi du 4 juillet 2001.pdf [Internet]. [consulté le 16 février 2014]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>
4. Contraception : ce que savent les Français - dp070605.pdf [Internet]. [consulté le 7 février 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
5. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-999.
6. contraception.indd - reperes_pratique.pdf [Internet]. [consulté le 28 mars 2014]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/reperes_pratique.pdf
7. Démarche éducative de type Bercher. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. *Gather guide to counseling*. *Popul Rep J* 1998;(48):1-31.
8. GALL B, JOUANNIC É. Les français et la contraception. mars. 2007;47p.
9. Winckler M. choisir sa contraception. Paris, France; 151 p.
10. Winckler M. Contraceptions : mode d'emploi. Au diable vauvert. Paris, France: J'ai lu; 2001. 448 p.
11. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton J. *Éléments de la technologie de la contraception : manuel à l'intention du personnel clinique*. École de santé publique, Université Johns Hopkins. Baltimore; 2000.
12. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. *Rev Prat*. 61:849-857.
13. Prévenir les grossesses non désirées: Informer femmes et hommes pour choisir une contraception. *Prescrire*. juin 2009;29(308):447-450.
14. HAS. Fiche Mémo Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. Avril 2013. 3p.
15. HAS. Fiche Mémo Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Juillet 2013. 4 p.
16. HAS. Fiche Mémo Contraception chez la femme en post-partum. Juillet 2013. 4p.
17. HAS. Fiche Mémo Contraception d'urgence. Décembre 2013. 3p.
18. [Ined] La contraception dans le monde [Internet]. [consulté le 26 février 2014]. Disponible sur:

http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/contraception_monde/

19. baromètre santé jeunes 2010 - 2010BSJpdl_sexualite_janv2012.pdf [Internet]. [consulté le 10 février 2014]. Disponible sur:
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2010BSJpdl_sexualite_janv2012.pdf
20. [Ined] Contraception [Internet]. [consulté le 20 février 2014]. Disponible sur:
http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/methode/
21. Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;(492):4.
22. Hassoun D, Job-Spira N, Bouyer J, Leridon H, Oustry P, Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*. 2004;59(3):479-502.
23. Baromètre santé jeunes 2010 - Premiers résultats - Comportements, risques et prévention liés à la sexualité chez les jeunes des Pays de la Loire [Internet]. [consulté le 21 février 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Barometre-sante-jeunes-2010.125630.0.html>
24. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [consulté le 17 février 2014]. Disponible sur:
<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
25. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit - dp070911.pdf [Internet]. [consulté le 11 février 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
26. Falk G, Ivarsson A-B, Brynhildsen J. Teenagers' struggles with contraceptive use - what improvements can be made? *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. août 2010;15(4):271-279.
27. Westley E, Glasier A. Emergency contraception: dispelling the myths and misperceptions. *Bull World Health Organ*. 1 avr 2010;88(4):243-243.
28. Idée reçue — Wikipédia [Internet]. [consulté le 10 février 2014]. Disponible sur:
<http://fr.wikipedia.org/wiki>
29. Giordan A, Golay A. Bien vivre avec sa maladie. JCLattès. 2013. 276 p.
30. Russo JA, Miller E, Gold MA. Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC). *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. avr 2013;52(4 Suppl):S14-21.
31. Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. *Contraception*. sept 2007;76(3):208-214.
32. plan-national-eps.pdf [Internet]. [consulté le 26 mars 2014]. Disponible sur: <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/2/42/32/99/Textes-de-referance/plan-national-eps.pdf>

33. Education pour la santé éducation du patient- Deccache1997.pdf [Internet]. [consulté le 20 février 2014]. Disponible sur: <http://ofep.inpes.fr/apports/pdf/Deccache1997.pdf>
34. ANES.AFSSAPS,INPES.Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.Décembre 2004:48p
35. NICE. CG30 Long-acting reversible contraception: NICE guideline [Internet]. NICE. [consulté le 20 février 2014]. Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/>
36. Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Clio. 2010;(1):324-6.
37. Insee - Population - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 [Internet]. [consulté le 9 avril 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02135
38. HAS état des lieux .pdf [Internet]. [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
39. Le Planning F. Le Planning familial 44 . Rapport d'Activité 2010. 57 p.
40. GADETSKAYA J. Les connaissances des adolescentes et des jeunes femmes sur les moyens contraceptifs hormonaux autres que la pilule .Enquête réalisée auprès de 338 jeunes femmes de plus de 15 ans dans les Ardennes. université de Reims.
41. Bras É, Carton V. La contraception: état des lieux. [Nantes, France]; 2007.
42. Bennia-Bourai S, Asselin I, Vallée M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). Médecine. 1 févr 2006;2(2):84-89.
43. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contraception. janv 2014;89(1):9-16.
44. Choix de contraception en France : des disparités infondées. Prescrire. 33(357):543-544.
45. [Ined] L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. [consulté le 17 février 2014]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_pre mier_rapport_sexuel/
46. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? (Note d'analyse 226 - Juin 2011) [Internet]. [consulté le 20 février 2014]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011>
47. Lamande T. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gerer correctement un oubli de pilule. Nantes; 2013.
48. Smith LF, Whitfield MJ. Women's knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. août 1995;45(397):409-414.
49. Bonnet-Chasles C.La connaissance des adolescents sur les nouveaux moyens

contraceptifs, enquête réalisée auprès de 295 élèves de secondes du Lycée Blaise Pascal à Orsay. Thèse de médecine générale. Paris XI, 2008.

50. GROS C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Paris Descartes; 2010,60p.
51. Le denmat Carine. Evaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information et de la prescription en médecine générale. Proposition d'un guide d'aide à la prescription de la pilule. Paris 6: Pierre et Marie Curie; 2011,109p.
52. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Contraception chez la femme : pilule ou stérilet ? Argumenter le choix de l'une ou l'autre de ces deux méthodes. Médecine. 1 nov 2010;6(9):413-418.
53. Renteria S-C. Les règles n'ont plus la cote : une question de contraception ou de choix ? Gynécologie-Obstétrique. 22 oct 2008;Volume 176(38):2246-2252.
54. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Politiques sociales et familiales. 2010;100:p104-109.
55. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. 23 juin 2011;Vol. 23(2):77-87.

AKTAS /MONROUSSEAU DEBORAH

Soutenance le 10 juin 2014

Titre de Thèse : Evaluation des connaissances des femmes sur les moyens de contraception : Enquête dans trois centres de planification et d'éducation familiale de l'agglomération nantaise sur l'importance des idées préconçues sur la contraception.

RESUME

Contexte : Malgré une bonne diffusion de la contraception en France le taux d'interruptions volontaires de grossesses reste stable.

Objectif : Évaluer l'importance des idées préconçues et les connaissances des femmes sur les moyens de contraception afin d'optimiser la démarche éducative contraceptive.

Méthode : Étude descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme sous forme de quiz permettant le calcul de scores. Il a été distribué à l'ensemble des femmes consultant dans les centres de planification et d'éducation familiale de l'agglomération nantaise sur une période de 4 mois en 2012 .

Résultats : 275 patientes ont participé à l'étude. L'âge moyen était de 24,7 ans avec 45% de patientes scolarisées. Les premières sources d'information citées sont: la mère, le milieu médico-sociale suivi des amis. 20 idées préconçues obtiennent des pourcentages supérieurs à 15%. La moyenne du score de connaissances est 12,55/20. Les moyens de contraception les plus connus sont le préservatif, la pilule et l'implant. Plusieurs variables sont de façon significatives corrélées à un meilleur niveau de connaissances: le type d'activité professionnelle (étudiantes et activité libérale), le nombre et le type de sources d'information, le nombre de moyens de contraception utilisés et la consultation du site internet <http://www.choisirsacontraception.fr> .

Conclusion : L'amélioration des connaissances sur la contraception repose sur un partenariat éducatif dont le préalable est la prise en compte des représentations des patientes.

MOTS-CLES

contraception/connaissances /croyances/idées préconçues/éducation