

# SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNEE 2018

N°2018SORUM84

## THESE PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

SPECIALITE : Médecine Générale

PAR, Mme Mathilde OUACHEE

Née le 7 janvier 1989 à Orléans

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 28 novembre 2018

TITRE : Evaluation de la connaissance des femmes âgées de 18 à 30 ans au  
regard des différentes méthodes contraceptives au Perreux sur Marne en  
2017

DIRECTRICE DE THESE : Docteur GAOUAOU Nadia

PRESIDENTE DU JURY : Professeur BACHELOT Anne

MEMBRES DU JURY : Professeur LAZIMI Gilles, Docteur IBANEZ Gladys,

Docteur VATIER Camille

**Evaluation de la connaissance des femmes âgées de 18 à 30  
ans au regard des différentes méthodes contraceptives au  
Perreux sur Marne en 2017**

## Remerciements

### **Aux membres du jury,**

Madame le Professeur Anne BACHELOT, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'apprécierai le jugement que vous porterez sur mon travail. Je vous exprime mon entière gratitude et mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Gilles LAZIMI, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Qu'il soit pour moi l'occasion de vous remercier des connaissances transmises tout au long de mes années d'études et de vous témoigner ma plus grande estime.

Madame le Docteur Gladys IBANEZ, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie également pour votre aide précieuse en réunion d'aide à la thèse mais également concernant mes questions quant à la rédaction de ce manuscrit.

Madame le Docteur Camille VATIER, je vous remercie d'avoir accepté sans hésiter de faire partie de mon jury de thèse et de juger ce travail de médecine générale.

Madame le Docteur Nadia GAOUAOU, je te remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de suivre ce travail de thèse. Merci pour ton dynamisme et ta bonne humeur. Merci également pour ton soutien moral tant d'un point de vu professionnel que personnel.

### **A mes maîtres de stage,**

Les Docteurs Anne-Marie MAGNIER, Antoine de BECO, Sylvie FAUCHER, Isabelle LE ROLLAND-LELOUP et Jérôme DOBIAS. Médecins Généralistes qui m'ont enseigné l'art de l'exercice de la médecine générale en ville.

Les Docteurs Anne DULIOUST, Mélanie BOUTEILLE-GAILLET, Ingrid REINHARD, Maria CHAUCHARD, Sébastien RIVIERE, pour leur enseignement hospitalier indispensable pour ma pratique future.

**A ma famille,**

A mes parents Michelle et Jean. Merci pour votre soutien indéfectible, votre aide, votre patience et votre amour tout au long de mes longues études, pour votre présence dans tous les moments de ma vie.

A mes frères Nicolas et Pierre, qui m'ont vue évoluer durant ces longues années d'études, qui m'ont permis de me changer les idées l'un en soirées l'autre sur une slack line. Un grand merci.

A ma future belle-sœur Anna. Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton soutien moral essentiel.

**A mon ami,**

Nicolas, pour ton soutien quotidien et ton secours informatique essentiel.

**A mes amis,**

Emilie, pour toutes nos belles années à Lille, pour ton soutien durant mon internat malgré la distance et je l'espère pour encore de très longues années.

Anne-sophie, merci pour toutes ces années malgré la distance occasionnelle. Merci de m'avoir fait redécouvrir le yoga, cette discipline qui m'aide tous les jours à avoir une vie un peu plus apaisée.

A mes anciens co-internes, Guillaume, Andra, Roxane, pour leur réconfort et soutien fraternel, leur amitié sincère et leurs encouragements tout au long de ces mois de travail.

A Thomas, à qui je pense très souvent et qui nous manque à tous beaucoup. Je n'oublierai jamais notre folle soirée en compagnie de Guillaume.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIESALPETRIERE
2	AITOUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIESALPETRIERE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIESALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie-obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIESALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie <sup>2</sup>	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIESALPETRIERE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIESALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie-Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIESALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC	<i>Surnombre</i> Michel	Anatomie/Neurologie	PITIESALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIESALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIESALPETRIERE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIESALPETRIERE
37	BILLETTE DEVILLEMEUR	Thierry	Neuropédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIESALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIESALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIESALPETRIERE
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE

43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	<b>BONNET</b>	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIESALPETRIERE
48	<b>BROCHERIOU</b>	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIESALPETRIERE
49	<b>BRUCKERT</b>	Eric	Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIESALPETRIERE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON
52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIESALPETRIERE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIESALPETRIERE
54	CAPRON	<u>Surnombre</u> Frédérique	Anatomie pathologique	PITIESALPETRIERE
55	<b>CARBAJAL-SANCHEZ</b>	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	<b>CARETTE</b>	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIESALPETRIERE
58	<b>CARRAT</b>	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINTE ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIESALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIESALPETRIERE
61	<b>CAUMES</b>	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIESALPETRIERE
62	CHABBERTBUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIESALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIESALPETRIERE
65	CHASTRE	<u>Surnombre</u> Jean	Réanimation chirurgicale	PITIESALPETRIERE
66	<b>CHAZOUILLERES</b>	Olivier	Hépatologie	SAINTE ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIESALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIESALPETRIERE
69	CHIRAS	<u>Surnombre</u> Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIESALPETRIERE
70	<b>CHRISTIN-MAITRE</b>	Sophie	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
71	<b>CLEMENT</b>	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIESALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIESALPETRIERE
74	<b>COHEN</b>	Aron	Cardiologie	SAINTE ANTOINE
75	<b>COHEN</b>	David	Pédo Psychiatrie	PITIESALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIESALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIESALPETRIERE
78	<b>COMBES</b>	Alain	Réanimation médicale	PITIESALPETRIERE
79	<b>CONSTANT</b>	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIESALPETRIERE
82	<b>CORNU</b>	Philippe	Neuro chirurgie	PITIESALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIESALPETRIERE
85	COSNES	<u>Surnombre</u> Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINTE ANTOINE
86	<b>COULOMB</b>	Aurore	Anatomie/cytolopatho	TROUSSEAU
87	<b>CUSSENOT</b>	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	<b>DARAI</b>	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG	<u>Surnombre</u> Bertrand	Pneumologie	PITIESALPETRIERE
90	<b>DAVI</b>	Frédéric	Hématologie biologique	PITIESALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIESALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINTE ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIESALPETRIERE
94	<b>DERAY</b>	Gilbert	Néphrologie	PITIESALPETRIERE
95	<b>DOMMERMES</b>	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIESALPETRIERE

96	<b>DORMONT</b>	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIESALPETRIERE
97	<b>DOUAY</b>	Luc	Hématologiebiologique	TROUSSEAU
98	<b>DOURSOUNIAN</b>	Levon	Chirurgieorthopédique	SAINTE ANTOINE
99	<b>DRAY</b>	Xavier	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
100	<b>DUBOIS</b>	Bruno	Neurologie	PITIESALPETRIERE
101	<b>DUCOU LEPOINTE</b>	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	<b>DUGUET</b>	Alexandre	Pneumologie	PITIESALPETRIERE
103	<b>DUPONTDUFRESNE</b>	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIESALPETRIERE
104	<b>DURR</b>	Alexandra	Génétique	PITIESALPETRIERE
105	<b>DUSSAULE</b>	Jean-Claude	Physiologie	SAINTE ANTOINE
106	<b>DUYCKAERTS</b>	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIESALPETRIERE
107	<b>EL ALAMY</b>	Ismaël	Hématologiebiologique	TENON
108	<b>EYMARD</b>	Bruno	Neurologie	PITIESALPETRIERE
109	<b>FAIN</b>	Olivier	Médecineinterne	SAINTE ANTOINE
110	<b>FARTOUKH</b>	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
111	<b>FAUTREL</b>	Bruno	Rhumatologie	PITIESALPETRIERE
112	<b>FERON</b>	Jean-Marc	Chirurgieorthopédique	SAINTE ANTOINE
113	<b>FERRE</b>	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIESALPETRIERE
114	<b>FEVE</b>	Bruno	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
115	<b>FITOUSSI</b>	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	<b>FLEJOU</b>	Jean-François	Anatomiepathologique	SAINTE ANTOINE
117	<b>FLORENT</b>	Christian	Hépto Gastro-Entérologie	SAINTE ANTOINE
118	<b>FOIX L'HELIAS</b>	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	<b>FONTAINE</b>	Bertrand	Neurologie	PITIESALPETRIERE
120	<b>FOSSATI</b>	Philippe	Psychiatried'adultes	PITIESALPETRIERE
121	<b>FOURET</b>	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIESALPETRIERE
122	<b>FOURNIER</b>	Emmanuel	Physiologie	PITIESALPETRIERE
123	<b>FRANCES</b>	<i>Surnombre</i> Camille	Dermatologie	TENON
124	<b>FUNCK-BRENTANO</b>	Christian	Pharmacologie	PITIESALPETRIERE
125	<b>GALANAUD</b>	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126	<b>GARBARGCHENON</b>	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	<b>GIRARD</b>	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINTE ANTOINE
128	<b>GIRERD</b>	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
129	<b>GLIGOROV</b>	Joseph	Oncologie	TENON
130	<b>GOROCHOV</b>	Guy	Immunologie	PITIESALPETRIERE
131	<b>GOSSEC</b>	Laure	Rhumatologie	PITIESALPETRIERE
132	<b>GOUDOT</b>	Patrick	Stomatologie	PITIESALPETRIERE
133	<b>GRATEAU</b>	Gilles	Médecineinterne	TENON
134	<b>GRENIER</b>	<i>Surnombre</i> Philippe	Radiologie	PITIESALPETRIERE
135	<b>GRIMPREL</b>	Emmanuel	Urgencespédiatriques	TROUSSEAU
136	<b>GUIDET</b>	Bertrand	Réanimationmédicale	SAINTE ANTOINE
137	<b>HARTEMANN</b>	Agnès	Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
138	<b>HAROUCHE</b>	Julien	Médecineinterne	PITIESALPETRIERE
139	<b>HATEM</b>	Stéphane	Département deCardiologie	PITIESALPETRIERE
140	<b>HAUSFATER</b>	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIESALPETRIERE
141	<b>HAYMANN</b>	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	<b>HELFT</b>	Gérard	Cardiologie	PITIESALPETRIERE
143	<b>HENNEQUIN</b>	Christophe	Parasitologie	SAINTE ANTOINE
144	<b>HERSON</b>	<i>Surnombre</i> Serge	Médecineinterne	PITIESALPETRIERE
145	<b>HERTIG</b>	Alexandre	Néphrologie	TENON
146	<b>HOANG XUAN</b>	Khé	Neurologie	PITIESALPETRIERE
147	<b>HOURY</b>	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148	<b>HOUSSET</b>	Chantal	Biologiecellulaire	SAINTE ANTOINE

149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE	
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE	
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE	
152	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE	
153	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU	
154	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE	
155	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU	
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE	
157	KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE	
158	KAS	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE	
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE	
160	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU	
161	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE	
162	KOMAJDA	<i>Surnombre</i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE	
164	LACAU SAINTGUILY	Jean	ORL	TENON	
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON	
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE	
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE	
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU	
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE	
170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU	
171	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20	
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE	
173	LEFEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE	
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE	
175	LEHOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE	
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE	
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE	
178	LEFEVRE	Jérémy	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE	
179	LEGRAND	Olivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE	
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE	
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE	
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE	
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE	
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON	
185	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU	
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON	
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON	
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE	
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE	
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE	
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE	
194	MARIANI	<i>Surnombre</i>	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE	
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE	
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE	
198	MAZERON	<i>Surnombre</i>	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER	<i>Surnombre</i>	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE	
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE	
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE	
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE	

204	<b>MITANCHEZ</b>		Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	<b>MOHTY</b>		Mohamad	Hématologieclinique	SAINT ANTOINE
206	<b>MONTALESCOT</b>		Gilles	Cardiologie	PITIESALPETRIERE
207	<b>MONTRAVERS</b>		Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	<b>MOZER</b>		Pierre	Urologie	PITIESALPETRIERE
209	<b>NACCACHE</b>		Lionel	Physiologie	PITIESALPETRIERE
210	<b>NAVARRO</b>		Vincent	Neurologie	PITIESALPETRIERE
211	<b>NETCHINE</b>		Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	<b>NGUYENKHAC</b>		Florence	Hématologiebiologique	PITIESALPETRIERE
213	<b>NGUYENQUOC</b>		Stéphanie	Hématologieclinique	PITIESALPETRIERE
214	<b>NIZARD</b>		Jacky	Gynécologie –Obstétrique	PITIESALPETRIERE
215	<b>OPPERT</b>		Jean-Michel	Nutrition	PITIESALPETRIERE
216	<b>PAQUES</b>		Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	<b>PARC</b>		Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	<b>PASCAL-MOUSSELLARD</b>		Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIESALPETRIERE
219	<b>PATERON</b>		Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	<b>PAUTAS</b>		Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	<b>PAYE</b>		François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	<b>PERETTI</b>		Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	<b>PERIE</b>		Sophie	ORL	TENON
224	<b>PETIT</b>		Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	<b>PIALOUX</b>		Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	<b>PLAISIER</b>		Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	<b>POIROT</b>		Catherine	Cytologie et Histologie	PITIESALPETRIERE
228	<b>POITOU-BERNERT</b>		Christine	Nutrition	PITIESALPETRIERE
229	<b>POYNARD</b>	<u>Surnombre</u>	Thierry	Hépto GastroEntérologie	PITIESALPETRIERE
230	<b>PRADAT</b>		Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIESALPETRIERE
231	<b>PUYBASSET</b>		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIESALPETRIERE
232	<b>RATIU</b>		Vlad	Hépto GastroEntérologie	PITIESALPETRIERE
233	<b>RAUX</b>		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIESALPETRIERE
234	<b>RAY</b>		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	<b>REDHEUIL</b>		Alban	Radiologie	PITIESALPETRIERE
236	<b>RIOU</b>		Bruno	Urgences médicochirurgicales	PITIESALPETRIERE
237	<b>ROBAIN</b>		Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	<b>ROBERT</b>		Jérôme	Bactériologie	PITIESALPETRIERE
239	<b>RODRIGUEZ</b>		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	<b>RONCO</b>		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	<b>RONDEAU</b>		Eric	Néphrologie	TENON
242	<b>ROSMORDUC</b>		Olivier	Hépto GastroEntérologie	SAINT ANTOINE
243	<b>ROUGER</b>		Philippe	Hématologie	INTS
244	<b>ROUPRET</b>		Morgan	Urologie	PITIESALPETRIERE
245	<b>ROZE</b>		Emmanuel	Neurologie	PITIESALPETRIERE
246	<b>SAHEL</b>		José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	<b>SAMSON</b>		Yves	Neurologie	PITIESALPETRIERE
248	<b>SANSON</b>		Marc	Histologie/Neurologie	PITIESALPETRIERE
249	<b>SARI ALI</b>		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIESALPETRIERE
250	<b>SAUTET</b>		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251	<b>SCATTON</b>		Olivier	Chirurgie Hépatobiliaire	PITIESALPETRIERE
252	<b>SEILHEAN</b>		Danielle	Anatomie pathologique	PITIESALPETRIERE
253	<b>SEKSIK</b>		Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
254	<b>SELLAM</b>		Jérémy	Rhumatologie	SAINT ANTOINE

255	<b>SEZEUR</b>	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	<b>SIFFROI</b>	Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	<b>SIMILOWSKI</b>	Thomas	Pneumologie	PITIESALPETRIERE
258	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINTE ANTOINE
259	SOKOL	Harry	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
260	<b>SOUBRIER</b>	Florent	Génétique	PITIESALPETRIERE
261	<b>SPANO</b>	Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIESALPETRIERE
262	STANKOFF	Bruno	Neurologie	SAINTE ANTOINE
263	STEICHEN	Olivier	Urgences médicochirurgicales	TENON
264	STERKERS	Olivier	ORL	PITIESALPETRIERE
265	<b>STRAUS</b>	Christian	Physiologie	PITIESALPETRIERE
266	SVRCEK	Magali	Anatomie pathologique	SAINTE ANTOINE
267	<b>TALBOT</b>	Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE	Frédéric	ORL	PITIESALPETRIERE
269	THABUT	Dominique	Hépatogastroentérologie	PITIESALPETRIERE
270	THOMAS	<u>Surnombre</u> Guy	Médecine légale/Psyd'adultes	SAINTE ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	Radiologie	TENON
272	<b>THOUMIE</b>	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	<u>Surnombre</u> Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINTE ANTOINE
274	<b>TOUBOUL</b>	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	<b>TOUNIAN</b>	Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	<b>TOURAINÉ</b>	Philippe	Endocrinologie	PITIESALPETRIERE
277	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET	Christophe	Chirurgie générale	PITIESALPETRIERE
279	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINTE ANTOINE
280	<b>TUBACH</b>	Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIESALPETRIERE
281	<b>ULINSKI</b>	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	<b>UZAN</b>	Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIESALPETRIERE
283	<b>VAILLANT</b>	Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIESALPETRIERE
284	<b>VERNY</b>	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIESALPETRIERE
285	<b>VIALLE</b>	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET	Marie José	Neurologie	PITIESALPETRIERE
287	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
288	WALTI	Hervé	Pédiatrie / Néonatalité	TROUSSEAU
289	WENDUM	Dominique	Anatomie pathologique	SAINTE ANTOINE
290	WISLEZ	Marie	Pneumologie	TENON

#### MEDECINE GENERALE

MAGNIER	Anne Marie
CORNET (surnombre)	Philippe
LAZIMI	Gilles

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ALLENBACH <u>Stagiaire</u>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4	ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	BACHET	Jean-Baptiste	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
7	BACHY <u>Stagiaire</u>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE <u>Stagiaire</u>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17	BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA <u>Stagiaire</u>	Nacim	Ophthalmologie	15/20
20	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT <u>Stagiaire</u>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25	BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL	Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27	CANLORBE <u>Stagiaire</u>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29	CHAPIRO	Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30	CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32	CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI-MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35	COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36	COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
40	DEGOS	Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41	DUPONT <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT <u>Stagiaire</u>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43	ERRERA	Marie-Hélène	Ophthalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
46	FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE

48	FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49	GANDJBAKHCH <u>Stagiaire</u>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT <u>Stagiaire</u>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA <u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN <u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA <u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL <u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM <u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE

107	SAADOUN		David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT	<u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER		Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU		Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS		Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN		Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA		Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF		Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN		Patrick	Virologie	TENON
116	TANKOVIC		Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
117	TEZENAS DUMONTCEL		Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER		Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBBLE		Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU		Valérie	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET		Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER		Camille	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET		Claire	Biophysique/Méd.Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS		Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONTBILLARANT		Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER	<u>Stagiaire</u>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV	<u>Stagiaire</u>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

#### MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Table des abréviations</b> .....	<b>17</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>18</b>
<b>II. Généralités : les méthodes contraceptives disponibles en France en 2017</b> .....	<b>21</b>
<i>II.1 Un vaste choix de méthodes contraceptives</i> .....	21
II.1.1 Méthodes hormonales .....	21
II.1.2 Méthodes non hormonales.....	23
II.1.2.1 Dispositif intra-utérin au cuivre .....	23
II.1.2.2 Contraceptions vaginales.....	23
II.1.3 Contraception masculine : le préservatif masculin .....	24
II.1.4 Méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fécondité.....	24
II.1.5 Techniques de contraception définitives .....	26
II.1.5.1 Contraception définitive féminine.....	26
II.1.5.2 Contraception définitive masculine.....	26
<i>II.2 Le constat des prescriptions en France en 2017</i> .....	27
II.2.1 Déroulement d'une consultation en vue de la mise en place d'une méthode contraceptive .....	27
II.2.2 Prise en compte de déterminants médico-sociaux .....	28
II.2.3 Evolution des prescriptions de 2008 à 2016 .....	30
<b>III. L'apport d'une étude descriptive évaluant la connaissance des femmes au regard des différentes méthodes contraceptives en 2017</b> .....	<b>33</b>
<i>III.1 Matériels et méthode</i> .....	33
III.1.1 Type d'étude .....	33
III.1.2 Critères d'inclusion.....	33
III.1.3 Recueil de données .....	33
III.1.4 Questionnaire.....	34
III.1.5 Score de connaissance .....	34
III.1.6 Analyses statistiques .....	35

<i>III.2</i>	<i>Résultats</i> .....	36
III.2.1	Statistiques descriptives.....	36
III.2.1.1	Caractéristiques de la population étudiée.....	36
III.2.1.2	Méthodes contraceptives utilisées.....	38
III.2.1.3	Evaluation des méthodes contraceptives connues .....	41
III.2.1.4	Evaluation de la connaissance de la composition hormonale des méthodes contraceptives. .....	44
III.2.1.5	Evaluation de la connaissance du mode d'utilisation des méthodes contraceptives .....	47
III.2.1.6	Evaluation de l'influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des différentes méthodes contraceptives .....	49
III.2.1.7	Evaluation des prescripteurs connus.....	51
III.2.1.8	Evaluation de la connaissance au regard de la protection contre les infections sexuellement transmissibles.....	54
III.2.2	Statistiques bivariées : comparaison d'un score de connaissance en fonction de déterminants médico-sociaux.....	55
III.2.3	Evaluation descriptive des représentations au regard des méthodes contraceptives .....	59
III.2.3.1	Evaluation du type de méthodes contraceptives conseillées à une amie par la population étudiée .....	59
III.2.3.2	Evaluation des représentations au regard du dispositif intra-utérin au cuivre .....	61
III.2.3.3	Evaluation de l'efficacité pressentie des méthodes contraceptives dites de longue durée d'action .....	63
<i>III.3</i>	<i>Discussion</i> .....	63
III.3.1	Principaux résultats.....	64
III.3.1.1	Connaissance globale des différentes méthodes contraceptives.....	64
III.3.1.2	Evaluation des déterminants à la connaissance .....	64
III.3.2	Evaluation approfondie de la connaissance au regard des méthodes contraceptives .....	68
III.3.2.1	Composition hormonale des méthodes contraceptives.....	68
III.3.2.2	Mode de prise des méthodes contraceptives .....	68
III.3.2.3	Prescripteurs potentiels.....	69

III.3.2.4	Protection contre les IST.....	69
III.3.3	Un paradoxe concernant le choix contraceptif de notre population d'étude .....	70
III.3.3.1	Méthodes contraceptives utilisées dans notre population d'étude.....	70
III.3.3.2	Comparaison de l'utilisation des méthodes contraceptives avec d'autres études .....	71
III.3.3.3	Représentation des contraceptifs de longue durée d'action par notre population d'étude	72
III.3.4	Analyse des questionnaires, biais et limites de cette étude .....	73
III.3.5	Force de cette étude .....	75
<b>IV.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>76</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>77</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>80</b>

## Table des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
COC	Contraceptif Oral Combiné
CP	Contraceptif Progestatif
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
EE	Ethinyl Estradiol
HAS	Haute Autorité de Santé
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA	Méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile

## I. Introduction

Depuis l'antiquité, la maîtrise des naissances est une question de société [1–3]. Ainsi au fil des siècles, bien qu'illégaux, des moyens de contraception ont vu le jour. La légalisation des méthodes contraceptives est instituée en France le 28 décembre 1967 grâce à la loi Neuwirth<sup>1</sup> dans un contexte politique et religieux qui n'était pas, à priori, favorable [4-5].

A partir de cette date, un véritable contrôle des naissances fut autorisé et aidé par le législateur avec notamment la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse par la loi Veil le 17 janvier 1975, le remboursement des méthodes contraceptives en 1975, la gratuité de la contraception d'urgence pour les mineurs par la loi du 13 décembre 2000 [3], le droit de prescription de tous les moyens de contraception hormonaux ainsi que la pose des Dispositifs Intra-Utérin (DIU) par les sages-femmes en 2009<sup>2</sup>, ainsi que le droit au renouvellement d'ordonnance de contraceptifs oraux de moins d'un an par les pharmaciens et les infirmiers diplômés d'Etat<sup>2</sup> [3].

Un progrès scientifique est intervenu en parallèle de ces évolutions législatives avec une amélioration des contraceptifs hormonaux et non hormonaux. Au début des années 2000, la France a vu arriver sur le marché de nouvelles galéniques pour répondre aux changements sociétaux de la vie des femmes et pour faciliter l'observance (implant, patch et anneau vaginal).

Le législateur, les sociologues et les médecins, se sont impliqués à accompagner le choix contraceptif des femmes au plus proche de leurs attentes, de leurs changements de vie et de leur parcours génital. Malgré cela, la prescription des contraceptifs oraux restait au premier plan en

---

<sup>1</sup> Loi Neuwirth : autorisation des méthodes contraceptives avec certaines restrictions, absence de remboursement, autorisation parentale nécessaire pour les filles de moins de 18 ans, prescription sur carnet à souche (mesure qui n'a jamais été effective).

<sup>2</sup> Loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009 précisée par un arrêté du 12 octobre 2011 autorisant la prescription de l'ensemble des moyens contraceptifs par les sages-femmes.

2000 comme le montrent Henry Leridon<sup>3</sup> et Nathalie Bajos<sup>4</sup> avec 60,0% de la population qui utilisait une contraception orale [6].

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2004 un guide de recommandations de bonnes pratiques pour accompagner les médecins prescripteurs dans leurs choix et ouvrir l'accès au DIU à un public plus large, notamment nullipare [6].

Le baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) publié en 2005 montre toujours une utilisation majoritaire des contraceptifs oraux avec une utilisation par 60,24% des femmes.

En 2007, le ministère de la santé et l'INPES ont diffusé une campagne avec pour slogan « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » pour renforcer l'adhésion des utilisateurs à l'ensemble du panel contraceptif [7-8].

Malgré ces avancées, l'analyse du baromètre santé de 2010 montre toujours une utilisation majoritaire de la contraception orale avec 78,6% des 15-29 ans qui déclarent l'utiliser [8].

En 2010, en France, nous parlons d'une norme contraceptive, avec l'utilisation du préservatif dans un premier temps suivi de la contraception orale chez la femme de moins de 30 ans, et enfin l'utilisation d'un DIU après une première maternité [9-10].

Un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée mené par la HAS en 2013 a montré que cette norme contraceptive était dictée d'une part, par des considérations médicales concernant les nouvelles méthodes et leurs

---

<sup>3</sup> Démographe et directeur de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED)

<sup>4</sup> Sociologue et chercheuse à l'INSERM.

dangers pour la santé de la femme, et d'autre part, par une certaine méconnaissance des utilisateurs concernant le vaste choix des méthodes contraceptives et de leur mode d'utilisation [9].

La dernière évaluation des pratiques contraceptives a eu lieu en 2010 puis en 2016 avec la parution du baromètre santé. La contraception concerne 71,9% de la population en âge de concevoir en 2016 [8,11]. Cela a permis d'observer l'existence d'une bonne couverture contraceptive avec plus de 90% des jeunes femmes de 15 à 30 ans qui déclarent utiliser un moyen de contraception.

Cependant, malgré cette volonté de diversification des moyens de contraceptions, nous observons une évolution lente des habitudes contraceptives avec une utilisation, en 2016, majoritaire de la contraception orale (36,5%) suivie du DIU (25,6%) et des nouveaux modes de contraceptions<sup>5</sup> (5,3%).

Face à ce constat (facilitation légale à l'accès aux méthodes contraceptives, améliorations scientifiques constantes pour répondre aux besoins des femmes, persistance de l'utilisation majoritaire des contraceptifs oraux), nous nous sommes posés la question de savoir si les femmes de 18 à 30 ans, consultant en cabinet de ville au Perreux sur Marne, en 2017, avaient une connaissance suffisante des différentes méthodes contraceptives leur permettant d'accéder à l'ensemble du panel contraceptif proposé à ce jour en France.

Nous développerons dans un premier temps les différentes méthodes contraceptives mises à notre disposition en France ainsi qu'une analyse sur l'évolution des pratiques actuelles, puis dans un second temps nous évaluerons un des freins potentiels à l'utilisation des méthodes contraceptives : la méconnaissance des dispositifs existants.

---

<sup>5</sup> Implant contraceptif, dispositif transdermique contraceptif, anneau vaginal contraceptif.

## **II. Généralités : les méthodes contraceptives disponibles en France en 2017**

### **II.1 Un vaste choix de méthodes contraceptives**

#### **II.1.1 Méthodes hormonales**

Apparues au fil des années en France, les méthodes contraceptives hormonales s'adaptent au mieux aux besoins de chaque femme. Elles se déclinent en six galéniques différentes [3] :

- Contraception orale estroprogestative et progestative (1963 et 1965)
- Contraception progestative injectable (1983)
- Dispositif intra-utérin hormonal (1997)
- Implant contraceptif (2001)
- Anneau vaginal contraceptif (2001)
- Dispositif contraceptif transdermique (2002)

La recherche est en perpétuel mouvement dans un but constant d'améliorer la tolérance et l'observance des femmes face à ces méthodes contraceptives. Nous citerons notamment l'apparition des contraceptifs de longue durée d'action dès 1997, composées du DIU hormonal et de l'implant ; d'un contraceptif oral estroprogestatif en prise continue sur trois mois en 2006, ainsi que des contraceptifs oraux estroprogestatifs à base d'estrogènes naturels en 2009 [3].

Elles agissent toutes sur trois axes (action anti-gonadotrope, modification de la glaire cervicale et atrophie de l'endomètre) sauf pour le DIU au Lévonorgestrel et la contraception orale au Lévonorgestrel qui n'ont pas d'action anti gonadotrope [12].

Les méthodes contraceptives composées uniquement de progestérone sont utilisables par une plus grande partie des femmes par rapport aux méthodes contraceptives estroprogestatives [12].

L'implant, l'anneau vaginal, le dispositif transdermique et le DIU hormonal sont conseillés en deuxième intention par l'HAS en cas de contre-indications, de mauvaise tolérance, ou de difficulté d'observance [13].

Tableau 1<sup>6</sup> : Méthodes contraceptives hormonales ayant l'AMM dans cette indication, disponibles en 2017.

Méthodes contraceptives	Composition	Modalité d'utilisation
COC 2 <sup>ème</sup> génération	Levonorgestrel/Norgestrel + Ethinylestradiol (EE)	Quotidienne
COC 3 <sup>ème</sup> génération <sup>NR</sup>	Desogestrel/Gestodène/Norgestimate + EE	Quotidienne
COC de dernière génération <sup>NR</sup>	Chlomadione/Drospirénone + EE	Quotidienne
COC avec hormones naturelles <sup>NR</sup>	Nomégestrol + Estradiol Dienogest + Valérate d'estradiol (2009)	Quotidienne
CP	Levonorgestrel Desogestrel	Quotidienne
Dispositif contraceptif transdermique <sup>NR7</sup>	Norelgestromine + EE	Hebdomadaire
Anneau vaginal <sup>NR</sup>	Etonogestrel + EE	Mensuelle
Progestatif injectable	Médroxyprogestérone	Trimestrielle
Implant	Etonogestrel	3 ans
DIU hormonal	Lévonorgestrel	5 ans

<sup>6</sup> Source : Vidal 2017

NR = Non remboursé

<sup>7</sup> Dispositif contraceptif transdermique, plus communément appelé patch contraceptif.

## **II.1.2 Méthodes non hormonales**

### **II.1.2.1 Dispositif intra-utérin au cuivre**

Le DIU au cuivre arrive sur le marché français en 1962. Il existe deux types de DIU se différenciant par la surface de cuivre se situant sur un support en plastique radio opaque : 375 ou 380 mm<sup>2</sup>. Sa pose est autorisée chez la nullipare depuis 2004 [3]. Il présente une double action : effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes et inflammation locale de l'endomètre [12]. Il présente une bonne efficacité dès sa pose, ce qui rend son utilisation possible en contraception d'urgence. Il s'agit d'une méthode contraceptive de première intention et pour laquelle aucun risque de cancer ni de risque cardio-vasculaire n'est établi [13]. Sa pose est possible chez la majorité des femmes après avoir éliminé, outre les contre-indications habituelles, un risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) et de malformation utérine.

### **II.1.2.2 Contraceptions vaginales**

Ces méthodes sont considérées par l'OMS comme plus efficaces que le retrait ou les méthodes basées sur le cycle. Elles sont néanmoins mal considérées par la population générale et médicale avec une image dépassée et peu crédible.

Ce sont des méthodes contraceptives qui peuvent être proposées à l'ensemble des couples pour lesquelles une grossesse non prévue ne serait pas mal vécue [14].

- Cape cervicale et diaphragme

En France, seule la FemCap®<sup>8</sup> est commercialisée sous trois tailles différentes [14,15]. C'est une cupule en silicone placée au fond du vagin et se positionnant au niveau du col de l'utérus.

---

<sup>8</sup> FemCap® : cape cervicale.

Concernant le diaphragme, il en existe deux types en France. Un avec des tailles différentes et un avec une taille unique [3]. Un diaphragme est composé d'une membrane en silicone ronde et concave tendue sur un ressort circulaire [14].

L'adjonction d'un spermicide est recommandée pour ces deux méthodes.

- Spermicide

Il est généralement utilisé en complément des différentes méthodes barrières pour augmenter leur efficacité mais peut être utilisé seul ou en complément des méthodes naturelles [16]. Il est utilisable par la majorité des femmes. Avant toute utilisation, il faut exclure une infection vaginale en cours ou des infections urinaires à répétition.

- Préservatif féminin

Commercialisé en Europe depuis 1992, il fait partie des deux moyens contraceptifs, avec le préservatif masculin, qui protège contre les IST. Il est composé d'une gaine en nitrile ou en polyuréthane muni d'un anneau souple aux deux extrémités. [15].

### **II.1.3 Contraception masculine : le préservatif masculin**

La recherche pour étendre les méthodes contraceptives masculines est en cours et est nécessaire dans un contexte de contrôle des naissances quasiment basé sur la contraception féminine. Actuellement, seul le préservatif masculin fait partie de ces méthodes. Il présente également un rôle protecteur contre les IST [3].

### **II.1.4 Méthodes contraceptives basées sur la connaissance de la fécondité**

Ces méthodes sont reconnues par l'OMS mais restent peu connues des professionnels médicaux, or nous observons une augmentation de leurs utilisations (2,3% des 15-49 ans en 2008 à 4,6% en

2016<sup>9</sup>). Leur efficacité repose sur la connaissance parfaite de la fenêtre de fertilité biologique qui est de huit jours, soit cinq à sept jours avant l'ovulation (ce qui correspond à la vie d'un spermatozoïde) et un jour après l'ovulation (ce qui correspond à la vie d'un ovule) [17]. Ces différentes méthodes sont utilisables par l'ensemble des couples. Néanmoins leur efficacité est très variable.

- Méthodes des jours fixes

Cette méthode repose sur le calcul des cycles. C'est la méthode naturelle la plus utilisée dans le monde (2,9%) [18]. Il est nécessaire d'avoir des cycles réguliers entre 26 et 32 jours [17].

- Méthode de la température basale du corps

La température augmente de 0,2 à 0,4°C au moment de l'ovulation. Les rapports à risque se situent du premier jour du cycle au troisième jours après visualisation de l'augmentation thermique [3].

- L'observation de la glaire cervicale ou « méthode Billings » (1982)

Il existe deux méthodes : la méthode de l'ovulation et la méthode des Deux Jours. A l'approche de l'ovulation, les sécrétions du col de l'utérus se modifient en devenant plus abondantes et plus filantes [3].

- Le système avec appareillage

Si l'ensemble des méthodes naturelles sont gratuites, les méthodes faisant appel à un appareil électronique sont plus ou moins coûteuses. Certaines se basent sur l'évaluation des pics hormonaux urinaires (Personna®), d'autres sur la mesure thermique régulière, d'autres sur l'analyse de la glaire cervicale [17].

---

<sup>9</sup> Enquête Fécond 2016.

- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (1988)

Cette méthode ne peut avoir lieu que jusqu'au retour de couches et au maximum six mois après la naissance [16]. Elle nécessite au moins cinq tétées par jour et un allaitement exclusif.

### **II.1.5 Techniques de contraception définitives**

La contraception définitive est la méthode la plus utilisée au niveau mondial, avec plus de 20,0% des couples qui y ont recours en 2015 [19]. Légalisée en 2001 en France comme méthode contraceptive, la ligature des trompes de Fallope ou des canaux déférents peut être pratiquée chez toute personne sauf sur une personne mineure.

Un cadre législatif encadre ces pratiques. Un délai de réflexion de quatre mois après une première consultation médicale est nécessaire à l'élaboration d'une demande par écrit, par la personne concernée, de sa volonté d'opter pour une contraception définitive.

La contraception définitive féminine est plus utilisée dans le monde par rapport à la contraception masculine, elle concerne 3,8% des couples contre 0,8% [18].

#### **II.1.5.1 Contraception définitive féminine**

En France, depuis fin 2017, seules les techniques chirurgicales sont utilisées [13].

#### **II.1.5.2 Contraception définitive masculine**

En France, la vasectomie peut être proposée. Il est systématiquement proposé une conservation de gamètes avant une vasectomie [20]. Cette technique n'a pas un effet contraceptif immédiat, il faut attendre en moyenne 24 éjaculations et le contrôle d'une azoospermie au spermogramme pour affirmer son efficacité optimale [16].

## II.2 Le constat des prescriptions en France en 2017

### II.2.1 Déroulement d'une consultation en vue de la mise en place d'une méthode contraceptive

Une consultation en vue de la prescription d'une méthode contraceptive doit être uniquement consacrée à ce but. Il est conseillé d'utiliser le modèle BER CER<sup>10</sup> de l'OMS pour mener la consultation dans de bonnes conditions [21].

Ce modèle se déroule en six étapes :

- **Bienvenue** : Etablir un climat de confiance avec relation d'égal à égal avec la patiente.
- **Entretien** : Recueillir l'ensemble des informations médicales, sociales et environnementales nécessaires au choix de la méthode contraceptive. Permettre également une évaluation de la connaissance, de l'expérience et de la vision que la patiente a au regard de la contraception.
- **Renseignement** : Délivrance d'une information hiérarchisée, compréhensible et adaptée à la fois au rythme et aux connaissances de la patiente. Veiller à la bonne compréhension de l'information par la patiente. Enfin, expliquer éventuellement, une méthode contraceptive mieux appropriée pour cette patiente.
- **Choix** : Le soignant s'assure au final de l'accord en pleine conscience et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.
- **Explication** : Enseignement sur la méthode choisie, son emploi et sur les méthodes de rattrapage. Information sur les raisons médicales qui peuvent

---

<sup>10</sup> Le modèle BER CER de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

justifier le retour de la patiente mais également planification de la consultation suivante.

- **Retour** : Réévaluer la méthode, vérifier que celle-ci est adaptée et que la patiente est satisfaite. Répondre aux interrogations de la patiente. Planifier la consultation suivante.

Dans la pratique, choisir une méthode de contraception est un choix complexe tant pour la femme ou le couple que pour le professionnel de santé. Il nécessite une explication précise et compréhensible par tous.

A l'issue d'une consultation avec demande de méthode contraceptive, il est nécessaire de proposer une méthode contraceptive provisoire et efficace immédiatement comme le préservatif, une contraception orale avec la méthode « quick start » ou un DIU si cette méthode a été retenue [3]. Il sera toujours possible d'adapter la méthode par la suite.

## **II.2.2 Prise en compte de déterminants médico-sociaux**

Le choix de la méthode contraceptive dépend de quatre déterminants principaux :

- Contre-indications médicales propres à chaque méthode
- Choix du couple
- Efficacité contraceptive (Cf tableau 2)
- Coût annuel (Cf tableau 3)

Tableau 2 : Efficacité des méthodes contraceptives définie par l'indice de Pearl<sup>11</sup>. OMS 2011 [16]

Méthodes contraceptives	Indice de Pearl (%)
Contraception orale	0,3
Implant (Nexplanon®)	0,05
Anneau vaginal (Nuvaring®)	0,3
Dispositif transdermique (Evra®)	0,3
Progestatif injectable (Depo Provera®)	0,3
DIU hormonal	0,2
DIU au cuivre	0,6
Préservatif masculin	2
Préservatif féminin	5
Cape cervicale	26*, 9**
Diaphragme	6
Spermicides	18
Méthodes naturelles :	
MAMA	0,9
Méthode de l'ovulation	3
Méthodes des Deux Jours	4
Méthodes des jours fixes	5
Contraception définitive masculine	0.1
Contraception définitive féminine	0.5

\*Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

\*\*Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Tableau 3 : Estimation du reste à charge, par an, pour les patients en fonction des méthodes contraceptives. HAS, 2012 [8]

Méthodes contraceptives	Taux de remboursement	Reste à charge annuel
Contraception orale	Remboursé à 65% sauf les COC de 3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> génération	40 à 140 €
Implant (Nexplanon®)	Remboursé à 65%	60 €
Anneau vaginal (Nuvaring®)	Non remboursé	210 €
Dispositif transdermique (Evra®)	Non remboursé	185 €
Progestatif injectable (Depo Provera®)	Remboursé à 65%	13 €
DIU hormonal	Remboursé à 65%	40 €
DIU au cuivre	Remboursé à 65%	21,50 €
Préservatif masculin	Non remboursé	60 €
Préservatif féminin	Non remboursé	280 €
Cape cervicale	Non remboursé	60 €
Diaphragme	Remboursement de 3,14 € sur 65 €	17 €
Spermicide	Non remboursé	Variable (7 à 19 € l'unité)
Méthodes naturelles	Gratuites	
Système avec appareillages	Non remboursé	Coût variable
Contraception définitive	Prise en charge par l'assurance maladie à 65,0%	

Une prise en charge de certaines méthodes contraceptives est possible dans les Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour les couples en difficulté financière mais également pour les non-assurés sociaux [22]. Ceci concerne la contraception orale, le DIU hormonal, le DIU au cuivre, l'implant ainsi que les préservatifs masculins et féminins. Il s'agit des

<sup>11</sup> Indice de Pearl : indice théorique égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode.

méthodes contraceptives remboursées par la Sécurité Sociale et non de l'ensemble des méthodes contraceptives à l'exception des préservatifs dans un but de lutte contre les IST.

On ne peut pas parler d'inégalité sociale en matière de contrôle des naissances, mais l'ensemble du panel contraceptif n'est pas disponible pour l'ensemble de la population française.

### **II.2.3 Evolution des prescriptions de 2008 à 2016**

Le législateur et le milieu médical ont mis en place des stratégies d'information pour l'ensemble de la population.

Dans un premier temps, la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception prescrit des séances obligatoires d'informations et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées à raison de trois séances annuelles par groupe d'âge homogène.

Dans un second temps, la campagne de publicité « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » de 2007 a permis de diffuser une information large à l'ensemble de la population par le biais de spots publicitaires, de spots radios et d'un site Internet [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) [7].

En parallèle de ces informations délivrées directement par le ministère de la santé, un grand nombre de campagnes d'informations ont lieu au cours de l'année à l'initiative de groupes associatifs locaux ou de Conseils Régionaux comme le Pass' contraception en Poitou-Charentes mais également en Ile de France depuis 2011 ainsi que dans d'autres régions. Il faut noter la création d'un site internet par le Conseil Régional d'Ile de France (<http://ipasscontraception.fr>), mais également les campagnes d'informations délivrées par les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou encore la journée mondiale de la contraception qui a lieu le 26 Septembre.

Nous allons utiliser les résultats de trois analyses réalisées entre 2008 et 2016 pour étudier les évolutions quant aux pratiques contraceptives.

Les Nations Unies ont publié en 2013 avec la *World Contraceptive Patterns*<sup>12</sup> un recueil de pourcentages concernant le recours aux différents moyens contraceptifs au niveau mondial utilisés par les couples de 15 à 49 ans [18].

L'enquête Fécond<sup>13</sup> de 2010 a permis d'interroger les couples sur l'utilisation des différents moyens contraceptifs.

Le Baromètre santé 2016 a étudié l'état de santé de la population française et en particulier le recours aux contraceptifs chez les jeunes de 15 à 30 ans. L'analyse des données s'est faite auprès de femmes en couple ou déclarant avoir une relation amoureuse stable au moment de l'enquête.

Tableau 4 : Apport de trois études évaluant l'utilisation des méthodes contraceptives, en France, sur une période de 8 ans.

	Chez les 15-30 ans		Chez les 15-49 ans		
	2010*	2016***	2008**	2010*	2016***
<b>Toutes méthodes confondues</b>	89,0%	96,0%	76,4%	86,4%	92,0%
<b>Absence d'utilisation</b>	11,0%	4,0%	23,6%	13,6%	8,0%
<b>Méthodes modernes<sup>14</sup></b>	70,6%	76,3%	74,1%	81,7%	87,4%
<b>Méthodes naturelles<sup>15</sup></b>	4,0%	2,8%	2,3%	4,7%	4,6%
<b>Nouveaux modes<sup>16</sup></b>	3,9%	7,9%	1,0%	3,7%	5,4%

Sources : \* Enquête Fécond 2010 ; \*\* *World Contraceptive Patterns* 2013 ; \*\*\* Baromètre santé 2016.

Le tableau 4 met en évidence une augmentation de la couverture contraceptive en France avec une augmentation de 15,6% entre 2008 et 2016 sur la tranche d'âge 15-49 ans. Cette augmentation est due à une utilisation plus importante des méthodes contraceptives que nous pouvons qualifier de classiques comme le préservatif, la contraception orale et le DIU. Mais également à un recours à l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives par les plus jeunes entre 15 et 30 ans. Nous constatons un doublement de l'utilisation de ces nouvelles méthodes

<sup>12</sup> Etude mondiale évaluant l'utilisation des méthodes contraceptives chez des couples dont la femme est âgée entre 15 et 49 ans depuis 1995.

<sup>13</sup> Enquête sur les enjeux contemporains en santé sexuelle et reproductive réalisée par l'Inserm et l'Ined en 2010 auprès d'échantillons aléatoires de 5 275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3 373 hommes du même âge.

<sup>14</sup> Pilules, Préservatifs, DIU.

<sup>15</sup> Retrait, méthodes des températures, MAMA, méthodes barrières.

<sup>16</sup> Implant, patch, anneau vaginal.

dans cette tranche d'âge. Néanmoins cette augmentation est à relativiser car le nombre de personnes ayant recours à ces méthodes reste toujours plus faible que pour les méthodes classiques.

Quant aux méthodes naturelles, elles ont tendance à augmenter chez les plus de 30 ans. Nous observons une diminution de leurs usages chez les plus jeunes avec un taux à 2,8% en 2016 contre une augmentation chez l'ensemble des couples en âge de concevoir avec un taux de 4,6% en 2016.

Jusqu'en 2002, la contraception hormonale par contraceptifs oraux était en croissance constante et nous observions la mise en place d'une norme contraceptive basée sur une médicalisation et une méfiance de l'utilisation du DIU chez la nullipare ou la femme souhaitant une maternité future [6]. La mise en place de nouvelles galéniques en 2001 (implant contraceptif, nouveaux modèles de DIU, anneau vaginal, dispositif transdermique) suivie de la crise de la pilule contraceptive en 2013, a permis d'enclencher un discret changement dans les habitudes contraceptives.

Il existe de nombreux freins à la diffusion d'un nouveau schéma contraceptif. Le but de ce travail est d'évaluer les connaissances vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives, dans une population de femmes âgées de 18 à 30 ans.

### **III. L'apport d'une étude descriptive évaluant la connaissance des femmes au regard des différentes méthodes contraceptives en 2017**

#### **III.1 Matériels et méthode**

##### **III.1.1 Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective et monocentrique évaluant la connaissance des différents méthodes contraceptives par les femmes entre 18 et 30 ans dans un cabinet de médecine générale au Perreux sur Marne du 31 juillet 2017 au 10 avril 2018.

##### **III.1.2 Critères d'inclusion**

La population éligible était constituée de l'ensemble des femmes de 18 à 30 ans me consultant en médecine de ville.

Etaient exclues les femmes ne respectant pas ce critère d'âge, mais également celles refusant de se soumettre au questionnaire et celles ne parlant pas français.

##### **III.1.3 Recueil de données**

Le recueil des données s'est fait par la distribution d'un questionnaire par mes soins, en consultation. Une explication sur les différentes méthodes contraceptives était systématiquement proposée à l'issue du questionnaire.

### **III.1.4 Questionnaire**

Le questionnaire était anonyme, sous forme papier, avec vingt-six questions classées en trois parties.

- La première concernait les caractéristiques sociodémographiques.
- La deuxième concernait le suivi médical.
- La troisième concernait l'évaluation des connaissances relatives aux différentes méthodes contraceptives.

Il y avait également deux questions annexes : l'une sur leurs avis concernant la pose d'un DIU au cuivre et l'autre sur l'efficacité pressentie d'une contraception de longue durée d'action.

Le questionnaire est situé en annexe.

### **III.1.5 Score de connaissance**

Un score de connaissance a été créé pour permettre une analyse comparative de la population étudiée.

Ce score de connaissance regroupe sept questions :

1. Qui peut prescrire une contraception ?
2. Quelles méthodes contraceptives pensez-vous connaître ?
3. Quelles méthodes contraceptives sont possibles chez la nullipare ?
4. Quelles méthodes contraceptives sont possibles après une grossesse ?
5. Quelles méthodes contraceptives protègent contre les infections sexuellement transmissibles ?
6. Quelles méthodes contraceptives contiennent des hormones ?
7. Quelle est la durée d'efficacité des méthodes contraceptives ?

Pour établir ce score nous avons décompté le nombre de bonnes réponses sur un total de 61 questions que nous avons transposées sur un score de 10.

### **III.1.6 Analyses statistiques**

L'ensemble des données recueillies ont été insérées dans une base de données sur le logiciel Access 2016.

La réalisation des formules arithmétiques (somme, moyenne) s'est faite par le logiciel Excel 2016.

La création des tableaux comparatifs s'est faite avec le logiciel Excel 2016.

Les tests statistiques (test de Student et analyse de variance) ont été réalisés à l'aide du site BiostatTGV<sup>17</sup>.

Les différences ont été considérées comme significatives quand la valeur de « p » était inférieure à 0,05.

Les résultats ont été comparés en fonction des tranches d'âges (18-19 ans, 20-24 ans et 25-30 ans), des catégories socio-professionnelles avec mise en comparaison des trois principales catégories (étudiantes, employées et cadres) et d'une maternité antérieure.

Nous avons fait dans un premier temps une analyse univariée descriptive et dans un second temps une analyse bivariée comparative avec évaluation d'un score de connaissance sur les différentes méthodes contraceptives en fonction de déterminants médico-sociaux (âge, situation matrimoniale, pays d'origine, logement, niveau d'étude, profession, couverture sociale, tabagisme, maternité antérieure, suivi gynécologique, activité sexuelle, méthodes contraceptives utilisées, religion, pose d'un DIU au cuivre envisagé).

---

<sup>17</sup> <https://biostatgv.sentiweb.fr/>

## **III.2 Résultats**

### **III.2.1 Statistiques descriptives**

#### **III.2.1.1 Caractéristiques de la population étudiée**

Cent questionnaires ont pu être recueillis entre le 31 juillet 2017 et le 10 avril 2018.

Les caractéristiques de notre population d'étude sont regroupées dans le tableau 5.

Notre population se compose principalement de femmes dont l'âge moyen est de 24,6 ans, avec un écart-type de 3,7.

Elles sont réparties dans trois catégories socio-professionnelles principales : étudiantes (38,0%), employées (24,0%) et cadres (33,0%). Elles ont, pour la plus grande partie, réalisé des études supérieures (68,0%). Elles sont célibataires (52,0%) ou en union libre (28,0%). Elles ne fument pas (78,0%), n'ont pas eu d'enfant (87,0%) ni de grossesse antérieure (78,0%). Ces jeunes femmes ont un suivi gynécologique régulier (70,0%) qui est effectué par un gynécologue pour 62,6% d'entre elles.

Tableau 5 : Caractéristiques de la population d'étude

		Effectifs	Pourcentages
<b>Total</b>		100	
<b>Ages</b>			
	18-19 ans	17	17,0%
	20-24 ans	26	26,0%
	25-30 ans	57	57,0%
<b>Situation matrimoniale</b>			
	Mariée	10	10,0%
	Pacsée	10	10,0%
	Union libre	28	28,0%
	Célibataire	52	52,0%
<b>Pays d'origine</b>			
	France	86	86,0%
	Autres*	14	14,0%
<b>Niveau d'étude</b>			
	Baccalauréat	20	20,0%
	BEP ou CAP	6	6,0%
	Certificat d'étude primaire	0	0,0%
	Collège	0	0,0%
	Diplôme supérieur	68	68,0%
	Lycée général	3	3,0%
	Lycée professionnel	2	2,0%
	Sans diplôme	1	1,0%
<b>Catégories professionnelles</b>			
	Agriculteur exploitant	0	0,0%
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2	2,0%
	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	33	33,0%
	Employé / Ouvrier	24	24,0%
	Etudiant	38	38,0%
	Sans activité professionnelle	3	3,0%
<b>Couverture sociale</b>			
	Mutuelle	92	92,0%
	CMU	6	6,0%
	AME	0	0,0%
	Pas de couverture	2	2,0%
<b>Tabagisme</b>			
	Oui	22	22,0%
	Non	78	78,0%
<b>Grossesse</b>			
	Oui	22	22,0%
	Non	78	78,0%
<b>Enfant à charge</b>			
	Oui	13	13,0%
	Non	87	87,0%
<b>Suivi gynécologique</b>			
	Oui	70	70,0%
	Non	30	30,0%
<b>Professionnel réalisant le suivi</b>			
	Médecin généraliste	15	14,0%
	Gynécologue	67	62,6%
	Aucun	25	23,4%

\* Canada, Côte d'Ivoire, Crimée, Espagne, Haïti, Kazakhstan, Mali, Pays-Bas, Thaïlande, Congo Kinsbasa, République démocratique du Congo, Suisse, Tunisie.

### III.2.1.2 Méthodes contraceptives utilisées

Tableau 6 : Pourcentage d'utilisation des différentes méthodes contraceptives

Types de contraception	Utilisation (%)
Pilule	64,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	4,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%
Implant	2,0%
Anneau vaginal	1,0%
Patch	1,0%
Préservatif masculin	7,0%
Préservatif féminin	0,0%
Spermicide	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%
Contraception définitive	0,0%
Aucune	24,0%
Total	103,0%*

*\*Total supérieur à 100.0% dû à trois réponses doubles.*

Le tableau 6 nous montre que 64,0% des femmes de cette étude utilisent une contraception orale. En seconde position, mais avec un faible pourcentage, nous retrouvons le préservatif masculin (7,0%). Le DIU au cuivre est utilisé par 4,0% de notre population. Les nouvelles méthodes contraceptives<sup>18</sup> sont utilisées par 2,0% de notre population tout comme l'implant. Enfin, 24,0% des femmes de l'échantillon déclarent ne pas utiliser de moyen contraceptif.

---

<sup>18</sup> Anneau vaginal et patch transdermique.

Tableau 7 : Contraception utilisée en fonction de la catégorie socio-professionnelle (pourcentage d'utilisation au sein de chaque catégorie professionnelle)

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Pilule	100,0%	<b>63,6%</b>	<b>66,7%</b>	<b>63,2%</b>	33,3%
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,0%	<b>6,1%</b>	<b>8,3%</b>	0,0%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Implant	0,0%	<b>3,0%</b>	0,0%	0,0%	33,3%
Anneau vaginal	0,0%	<b>3,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Patch	0,0%	<b>3,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Préservatif masculin	0,0%	<b>6,1%</b>	<b>4,2%</b>	<b>10,5%</b>	0,0%
Préservatif féminin	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spermicide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Aucune	0,0%	<b>18,2%</b>	<b>20,8%</b>	<b>34,2%</b>	33,3%

Le tableau 7 met en évidence une utilisation homogène de la contraception orale dans les trois catégories socio-professionnelles principales de cet échantillon.

Nous observons une utilisation plus variée en termes de méthodes contraceptives chez la femme cadre, avec en particulier l'utilisation des nouvelles méthodes contraceptives.

Les contraceptifs dits de longue durée d'action (DIU, implant) sont utilisés par les employées (8,3%), les femmes cadres (6,1%), et par une femme sans activité professionnelle.

Les étudiantes privilégient les contraceptifs liés à l'acte sexuel comme le préservatif et également les contraceptifs journaliers comme la contraception orale.

Tableau 8 : Contraception utilisée en fonction de l'âge (pourcentage d'utilisation dans chaque tranche d'âge)

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Pilule	<b>58,8%</b>	<b>73,1%</b>	<b>61,4%</b>
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,0%	0,0%	<b>7,0%</b>
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	0,0%	0,0%
Implant	<b>5,9%</b>	0,0%	<b>1,8%</b>
Anneau vaginal	0,0%	0,0%	<b>1,8%</b>
Patch	0,0%	0,0%	<b>1,8%</b>
Préservatif masculin	0,0%	<b>11,5%</b>	<b>7,0%</b>
Préservatif féminin	0,0%	0,0%	0,0%
Spermicide	0,0%	0,0%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%
Aucune	<b>35,3%</b>	<b>26,9%</b>	<b>21,1%</b>

Le tableau 8 nous montre :

- Les nouvelles méthodes contraceptives et le DIU au cuivre sont utilisés uniquement par la tranche d'âge 25-30 ans.
- L'implant est utilisé par 5,9% des 18-19 ans et par 1,8% des 25-30 ans.
- La classe d'âge la plus jeune de l'échantillon n'utilise pas le préservatif.

Tableau 9 : Pourcentage des méthodes contraceptives utilisées selon les différentes personnes qui conseillent.

	Médecin traitant	Gynécologue	Mère	Amis	Aucun	Ecole
Pilule	<b>35,9%</b>	<b>56,3%</b>	<b>1,6%</b>	<b>3,1%</b>	<b>3,1%</b>	0,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	<b>25,0%</b>	<b>50,0%</b>	0,0%	<b>25,0%</b>	0,0%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Implant	<b>50,0%</b>	0,0%	<b>50,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Anneau vaginal	0,0%	<b>100,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Patch	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>	0,0%	0,0%
Préservatif masculin	<b>14,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>14,3%</b>	<b>28,6%</b>	<b>14,3%</b>
Préservatif féminin	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spermicide	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Le choix de l'utilisation des différentes méthodes contraceptives s'est fait grâce à des intervenants extérieurs pour la grande majorité des femmes composant cet échantillon. Le tableau 9 permet une visualisation des différents conseillers en fonction de la méthode choisie.

- Les professionnels de santé sont les principaux guides et conseillent cinq méthodes sur les six utilisées.
- Les amis et la famille ont également un rôle important dans ce choix car nous retrouvons leur intervention pour cinq méthodes contraceptives.
- L'école guide le choix de 14,3% des utilisatrices de préservatifs masculin.
- La contraception orale est conseillée à 56,3% par les gynécologues suivis par les médecins généralistes à 35,9%.

### III.2.1.3 Evaluation des méthodes contraceptives connues

Le nombre moyen de méthodes contraceptives connues dans cet échantillon est de 7,3 sur les 12 existantes.

Tableau 10 : Pourcentage de connaissance déclarée des différentes méthodes contraceptives.

Méthodes contraceptives	Connaissance (%)
Pilule	<b>99,0%</b>
Dispositif intra-utérin au cuivre	<b>75,0%</b>
Dispositif intra-utérin aux hormones	57,0%
Implant	<b>83,0%</b>
Anneau vaginal	48,0%
Patch	<b>67,0%</b>
Préservatif masculin	<b>96,0%</b>
Préservatif féminin	<b>79,0%</b>
Spermicide	32,0%
Diaphragme / Cape cervicale	19,0%
Méthodes naturelles	31,0%
Contraception définitive	42,0%

Le tableau 10 montre que la principale méthode contraceptive connue est la contraception orale par 99,0% de notre population d'étude.

Viennent ensuite par ordre décroissant :

Plus de 50,0% de connaissance	Moins de 50,0% de connaissance
Le préservatif masculin	Le DIU aux hormones
L'implant	L'anneau vaginal
Le préservatif féminin	La contraception définitive
Les DIU au cuivre	Les spermicides
Le patch	Les méthodes naturelles
	Le diaphragme et la cape cervicale

Tableau 11 : Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction de la catégorie professionnelle (pourcentage de connaissance au sein de chaque catégorie professionnelle)

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Pilule	100,0%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	66,7%
Dispositif intra-utérin au cuivre	100,0%	<b>84,8%</b>	<b>70,8%</b>	<b>71,1%</b>	33,3%
Dispositif intra-utérin aux hormones	100,0%	<b>51,5%</b>	<b>62,5%</b>	<b>57,9%</b>	33,3%
Implant	50,0%	<b>87,9%</b>	<b>83,3%</b>	<b>78,9%</b>	100,0%
Anneau vaginal	0,0%	<b>48,5%</b>	<b>54,2%</b>	<b>47,4%</b>	33,3%
Patch	50,0%	<b>75,8%</b>	<b>66,7%</b>	<b>60,5%</b>	66,7%
Préservatif masculin	100,0%	<b>100,0%</b>	<b>87,5%</b>	<b>97,4%</b>	100,0%
Préservatif féminin	100,0%	<b>84,8%</b>	<b>66,7%</b>	<b>78,9%</b>	100,0%
Spermicide	0,0%	<b>42,4%</b>	<b>41,7%</b>	<b>18,4%</b>	33,3%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	<b>12,1%</b>	<b>33,3%</b>	<b>18,4%</b>	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	<b>36,4%</b>	<b>29,2%</b>	<b>31,6%</b>	0,0%
Contraception définitive	50,0%	<b>42,4%</b>	<b>45,8%</b>	<b>39,5%</b>	33,3%

Le tableau 11 montre qu'il n'y a pas de différence de connaissance entre nos trois catégories professionnelles principales<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Cadres, employées et étudiantes.

Tableau 12 : Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction de l'âge (pourcentage de connaissance au sein de chaque tranche d'âge).

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Pilule	94,1%	100,0%	100,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	70,6%	69,2%	78,9%
Dispositif intra-utérin aux hormones	58,8%	61,5%	54,4%
Implant	70,6%	84,6%	86,0%
Anneau vaginal	47,1%	38,5%	52,6%
Patch	76,5%	57,7%	68,4%
Préservatif masculin	100,0%	92,3%	96,5%
Préservatif féminin	70,6%	69,2%	86,0%
Spermicide	11,8%	23,1%	42,1%
Diaphragme / Cape cervicale	11,8%	15,4%	22,8%
Méthodes naturelles	5,9%	34,6%	36,8%
Contraception définitive	17,6%	46,2%	47,4%

Le tableau 12 révèle que le pourcentage de connaissance de chaque méthode contraceptive augmente avec l'âge sauf pour le patch qui présente un pourcentage de connaissance plus élevé chez les 18-19 ans (76,5%) par rapport aux 25-30 ans (68,4%).

Tableau 13 : Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction d'une maternité.

	Maternité	Nullipares
Pilule	95,5%	100,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	59,1%	79,5%
Dispositif intra-utérin aux hormones	50,0%	59,0%
Implant	<b>90,9%</b>	<b>80,8%</b>
Anneau vaginal	<b>50,0%</b>	<b>47,4%</b>
Patch	63,6%	67,9%
Préservatif masculin	95,5%	96,2%
Préservatif féminin	72,7%	80,8%
Spermicide	22,7%	34,6%
Diaphragme / Cape cervicale	<b>27,3%</b>	<b>16,7%</b>
Méthodes naturelles	<b>36,4%</b>	<b>29,5%</b>
Contraception définitive	31,8%	44,9%

Le dernier facteur évalué est l'influence d'une grossesse antérieure sur le taux de connaissance des méthodes contraceptives.

Le tableau 13 montre, contre toute attente, que les femmes nullipares déclarent connaître un plus grand panel de méthodes contraceptives par rapport aux femmes ayant déjà vécu une grossesse, sauf pour l'implant qui est connu par 90,9% des femmes ayant vécu une grossesse, les méthodes naturelles par 36,4% et le diaphragme/cape cervicale par 27,3%.

### III.2.1.4 Evaluation de la connaissance de la composition hormonale des méthodes contraceptives

Tableau 14 : Connaissance de la composition hormonale des méthodes contraceptives dans la population d'étude.

Méthodes contraceptives	Connaissance de la composition (%)
Pilule	81,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	9,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	70,0%
Implant	58,0%
Anneau vaginal	9,0%
Patch	55,0%
Préservatif masculin	0,0%
Préservatif féminin	1,0%
Spermicide	6,0%
Diaphragme / Cape cervicale	2,0%
Méthodes naturelles	0,0%
Contraception définitive	1,0%

Sur les cinq contraceptifs hormonaux<sup>20</sup>, la population d'étude identifie principalement deux moyens contraceptifs à savoir la contraception orale pour 81,0% d'entre elles et les DIU aux hormones pour 70,0% d'entre elles.

Elles sont 58,0% à connaître la présence d'hormones dans l'implant et 55,0% à connaître la présence d'hormone dans le patch contraceptif.

L'anneau vaginal n'est connu que par 9,0% de la population d'étude en tant que méthode contraceptive hormonale.

<sup>20</sup> Contraception orale, DIU hormonale, implant, anneau vaginal et patch.

Tableau 15 : Connaissance concernant la composition hormonale des méthodes contraceptives en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Pilule	100,0%	90,9%	87,5%	71,1%	33,3%
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,0%	9,1%	8,3%	10,5%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	100,0%	69,7%	75,0%	68,4%	33,3%
Implant	50,0%	75,8%	50,0%	47,4%	66,7%
Anneau vaginal	0,0%	15,2%	4,2%	7,9%	0,0%
Patch	50,0%	69,7%	58,3%	42,1%	33,3%
Préservatif masculin	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Préservatif féminin	0,0%	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%
Spermicide	0,0%	9,1%	0,0%	7,9%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	3,0%	0,0%	2,6%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Nous pouvons observer une différence de niveau de connaissance entre les étudiantes et les femmes cadres ou employées. Les étudiantes sont 71,1% à savoir que la contraception orale est un contraceptif hormonal contre 90,9% pour les femmes cadres. L'implant est considéré comme un contraceptif hormonal par 47,4% des étudiantes contre 75,8% des femmes cadres. Le patch contraceptif est également moins connu par les étudiantes (42,1%) par rapport aux femmes cadres (69,7%). L'anneau vaginal reste très peu connu, mais nous observons une meilleure connaissance des femmes cadres (15,2%) par rapport aux étudiantes (7,9%).

Tableau 16 : Connaissance concernant la composition hormonale de certains contraceptifs en fonction de l'âge (pourcentage au sein de chaque tranche d'âge)

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Pilule	64,7%	76,9%	87,7%
Dispositif intra-utérin au cuivre	11,8%	11,5%	7,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	58,8%	69,2%	73,7%
Implant	47,1%	42,3%	68,4%
Anneau vaginal	5,9%	7,7%	10,5%
Patch	41,2%	46,2%	63,2%
Préservatif masculin	0,0%	0,0%	0,0%
Préservatif féminin	0,0%	0,0%	1,8%
Spermicide	5,9%	11,5%	3,5%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	3,5%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	1,8%

Le tableau 16 montre que la tranche d'âge 18-19 ans connaît moins bien la composition hormonale des méthodes contraceptives.

Par ailleurs, 11,8% des 18-19 ans et 11,5% des 20-24 ans pensent que le DIU au cuivre contient des hormones.

### III.2.1.5 Evaluation de la connaissance du mode d'utilisation des méthodes contraceptives

Tableau 17 : Connaissance du mode d'utilisation des méthodes contraceptives dans notre population d'étude (%)

	Ne sait pas	Tous les jours	Toutes les semaines	Tous les mois	Tous les 3 ans	Tous les 5 ans	A vie
Pilule	7,0%	<b>93,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	42,0%	1,0%	1,0%	2,0%	24,0%	<b>29,0%</b>	1,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	56,0%	1,0%	0,0%	4,0%	<b>22,0%</b>	16,0%	1,0%
Implant	49,0%	0,0%	0,0%	9,0%	<b>33,0%</b>	8,0%	1,0%
Anneau vaginal	79,0%	7,0%	4,0%	<b>9,0%</b>	0,0%	1,0%	0,0%
Patch	54,0%	10,0%	<b>22,0%</b>	13,0%	1,0%	0,0%	0,0%
Préservatif masculin	24,0%	<b>73,0%</b>	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Préservatif féminin	29,0%	<b>68,0%</b>	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Spermicide	72,0%	<b>26,0%</b>	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Diaphragme / Cape cervicale	84,0%	<b>11,0%</b>	0,0%	2,0%	2,0%	1,0%	0,0%
Méthodes naturelles	69,0%	<b>30,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Contraception définitive	58,0%	1,0%	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	<b>39,0%</b>

Bonne connaissance de l'utilisation de la contraception orale avec 93,0% de la population étudiée qui connaît son mode d'utilisation.

La moitié de la population d'étude définit le DIU au cuivre comme une méthode contraceptive de longue durée d'action.

- 29,0% de la population connaît la durée d'efficacité de ce dispositif.
- 24,0% de la population d'étude considère que sa durée d'efficacité est de 3 ans.
- 42,0% de la population d'étude ne connaît pas la durée d'efficacité de ce contraceptif.

Plus d'un tiers de la population d'étude définit le DIU aux hormones comme une méthode contraceptive de longue durée d'action.

- 56,0% de la population d'étude ne connaît pas sa durée d'action.
- 22,0% de la population d'étude indique une durée d'action de 3 ans

- 16,0% la population d'étude une durée d'action de 5 ans.

La durée d'action de l'implant est connue par un tiers de la population d'étude. Sa durée d'action n'est pas connue par la moitié de notre échantillon (49,0%).

L'anneau vaginal est très peu connu de la population d'étude avec 79,0% des femmes qui déclarent ne pas connaître sa durée d'efficacité. Seul 9,0% de la population d'étude connaît la bonne durée d'efficacité.

Le mode d'action du patch reste peu connu avec 54,0% de la population d'étude qui déclare ne pas savoir, 10,0% de la population d'étude pense qu'il s'agit d'un changement journalier, 13,0% pense qu'il s'agit d'un changement mensuel et seule 22,0% de la population d'étude connaît la bonne durée d'efficacité de ce dispositif.

75,0% de la population d'étude sait que le préservatif masculin est à utiliser à chaque rapport sexuel. 24,0% de la population d'étude déclare ne pas savoir quelle est sa durée d'efficacité.

70,0% de la population d'étude sait que le préservatif féminin est à utiliser à chaque rapport sexuel. 29,0% de la population d'étude déclare ne pas savoir quelle est sa durée d'efficacité.

26,0% de la population d'étude sait que les spermicides sont à utiliser à chaque rapport sexuel. 72,0% de la population d'étude déclare ne pas savoir quelle est leur durée d'efficacité.

11,0% de la population d'étude sait que le diaphragme et la cape cervicale sont à utiliser à chaque rapport sexuel. 84,0% de la population d'étude déclare ne pas savoir quelle est leur durée d'efficacité.

30,0% de la population d'étude sait que les méthodes naturelles nécessitent un suivi quotidien.

69,0% de la population ne connaît pas le principe de ces méthodes.

39,0% de la population d'étude affirme que la contraception définitive est une méthode non réversible. 58,0% de la population déclare ne pas connaître sa durée d'action.

### III.2.1.6 Evaluation de l'influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des différentes méthodes contraceptives

Tableau 18 : Influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des méthodes contraceptives dans notre population d'étude (%).

	Utilisation possible chez les nullipares	Utilisation possible après une grossesse
Pilule	94,0%	84,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	46,0%	67,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	37,0%	59,0%
Implant	67,0%	74,0%
Anneau vaginal	40,0%	50,0%
Patch	64,0%	59,0%
Préservatif masculin	87,0%	81,0%
Préservatif féminin	82,0%	79,0%
Spermicide	30,0%	37,0%
Diaphragme / Cape cervicale	18,0%	31,0%
Méthodes naturelles	36,0%	37,0%
Contraception définitive	11,0%	41,0%

Dans la représentation de notre population d'étude, les femmes ayant eu une grossesse peuvent prétendre à un plus grand panel de méthodes contraceptives. Notamment en ce qui concerne le DIU au cuivre (46,0% chez les nullipares contre 67,0% chez les primipares), le DIU aux hormones (37,0% chez les nullipares contre 59,0% chez les primipares), la contraception définitive (11,0% chez les nullipares contre 41,0% chez les primipares). L'implant, le patch et l'anneau vaginal restent en utilisation stable.

En revanche, l'utilisation de la contraception orale ne serait pas adaptée chez la femme ayant eu une grossesse antérieure, en effet 94,0% de femmes de notre population d'étude pensent que cette méthode est possible chez la nullipare contre seulement 84,0% pour la primipare.

Tableau 19 : Influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des méthodes contraceptives. Comparaison des nullipares avec les primipares en fonction de la catégorie socio-professionnelle

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise		Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure		Employé / Ouvrier		Etudiant		Sans activité professionnelle	
	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares
Pilule	100,0%	<b>100,0%</b>	93,9%	<b>81,8%</b>	100,0%	<b>95,8%</b>	92,1%	<b>79,0%</b>	66,7%	<b>66,7%</b>
Dispositif intra-utérin au cuivre	50,0%	<b>100,0%</b>	33,3%	<b>60,6%</b>	33,3%	<b>70,8%</b>	42,1%	<b>50,0%</b>	33,3%	<b>33,3%</b>
Dispositif intra-utérin aux hormones	50,0%	<b>100,0%</b>	45,5%	<b>78,8%</b>	37,5%	<b>66,7%</b>	52,7%	<b>57,9%</b>	33,3%	<b>33,3%</b>
Implant	50,0%	<b>0,0%</b>	75,8%	<b>81,8%</b>	70,8%	<b>79,2%</b>	60,5%	<b>65,8%</b>	33,3%	<b>100,0%</b>
Anneau vaginal	0,0%	<b>0,0%</b>	39,4%	<b>57,6%</b>	54,2%	<b>62,5%</b>	34,2%	<b>39,5%</b>	33,3%	<b>33,3%</b>
Patch	50,0%	<b>50,0%</b>	90,9%	<b>84,9%</b>	79,2%	<b>58,3%</b>	57,9%	<b>55,3%</b>	33,3%	<b>33,3%</b>
Préservatif masculin	100,0%	<b>100,0%</b>	90,9%	<b>84,9%</b>	66,7%	<b>79,2%</b>	86,8%	<b>76,3%</b>	100,0%	<b>100,0%</b>
Préservatif féminin	100,0%	<b>100,0%</b>	42,4%	<b>48,5%</b>	33,3%	<b>45,8%</b>	81,6%	<b>73,7%</b>	100,0%	<b>100,0%</b>
Spermicide	0,0%	<b>0,0%</b>	18,2%	<b>39,4%</b>	20,8%	<b>41,7%</b>	21,1%	<b>26,3%</b>	0,0%	<b>0,0%</b>
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	<b>0,0%</b>	18,2%	<b>39,4%</b>	20,8%	<b>41,7%</b>	18,4%	<b>21,1%</b>	0,0%	<b>0,0%</b>
Méthodes naturelles	0,0%	<b>0,0%</b>	45,5%	<b>45,5%</b>	33,3%	<b>41,7%</b>	34,2%	<b>31,6%</b>	0,0%	<b>0,0%</b>
Contraception définitive	0,0%	<b>0,0%</b>	9,1%	<b>48,5%</b>	12,5%	<b>54,2%</b>	13,2%	<b>29,0%</b>	0,0%	<b>33,3%</b>

Le tableau 19 permet une comparaison de la connaissance de l'utilisation possible des différentes méthodes contraceptives en fonction de la parité des femmes et de la catégorie professionnelle.

Les résultats ont montré que la profession n'a pas d'influence sur la représentation des femmes ayant eu une grossesse quant au spectre des méthodes contraceptives disponibles.

Si nous regardons le cas des femmes cadres, nous observons que celles-ci pensent que l'utilisation de la contraception orale est plus adaptée aux nullipares (93,9%) qu'aux primipares (81,8%).

Tableau 20 : Influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des moyens de contraception. Comparaison des nullipares avec les primipares (**en gras**) en fonction de l'âge.

	18-19 ans		20-24 ans		25-30 ans	
	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares	Nullipares	Primipares
Pilule	82,4%	<b>70,6%</b>	100,0%	<b>84,6%</b>	94,7%	<b>87,7%</b>
Dispositif intra-utérin au cuivre	35,3%	<b>47,1%</b>	46,2%	<b>50,0%</b>	33,3%	<b>66,7%</b>
Dispositif intra-utérin aux hormones	52,9%	<b>58,8%</b>	46,2%	<b>53,9%</b>	43,9%	<b>75,4%</b>
Implant	47,1%	<b>58,8%</b>	61,5%	<b>61,5%</b>	75,4%	<b>84,2%</b>
Anneau vaginal	23,5%	<b>35,3%</b>	30,8%	<b>34,6%</b>	49,1%	<b>61,4%</b>
Patch	52,9%	<b>47,1%</b>	50,0%	<b>46,2%</b>	33,3%	<b>33,3%</b>
Préservatif masculin	76,5%	<b>70,6%</b>	88,5%	<b>73,1%</b>	89,5%	<b>87,7%</b>
Préservatif féminin	76,5%	<b>64,7%</b>	73,1%	<b>76,9%</b>	87,7%	<b>84,2%</b>
Spermicide	0,0%	<b>5,9%</b>	26,9%	<b>30,8%</b>	40,4%	<b>49,1%</b>
Diaphragme / Cape cervicale	11,8%	<b>11,8%</b>	11,5%	<b>19,2%</b>	22,8%	<b>42,1%</b>
Méthodes naturelles	11,8%	<b>11,8%</b>	26,9%	<b>30,8%</b>	47,4%	<b>47,4%</b>
Contraception définitive	0,0%	<b>11,8%</b>	11,5%	<b>38,5%</b>	14,0%/	<b>50,9%</b>

Le tableau 20 montre que l'âge n'a également pas d'influence sur cette représentation.

### III.2.1.7 Evaluation des prescripteurs connus

Notre population d'étude connaît principalement trois prescripteurs potentiels à savoir : le gynécologue à 97,0%, le médecin généraliste à 87,0% et la sage-femme à 29,0%.

Les prescripteurs occasionnels comme les infirmiers diplômés d'Etat ou les pharmaciens ne sont connus respectivement que par 12,0% et 4,0% de notre population d'étude.

Tableau 21 : Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Médecin généraliste	100,0%	87,9%	91,7%	81,6%	100,0%
Sage-femme	0,0%	33,3%	20,8%	31,6%	33,3%
Gynécologue	100,0%	100,0%	100,0%	94,7%	66,7%
Infirmier diplômé d'état	0,0%	9,1%	8,3%	7,9%	0,0%
Infirmier scolaire	0,0%	6,1%	4,2%	2,6%	0,0%
Pharmacien	0,0%	6,1%	8,3%	0,0%	0,0%
Aucun	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Le tableau 21 montre qu'au sein de nos trois populations principales, la catégorie socio-professionnelle influe peu sur le niveau de connaissance des prescripteurs potentiels. Les femmes de l'échantillon connaissent l'ensemble des prescripteurs potentiels sauf les étudiantes qui n'ont pas connaissance du rôle des pharmaciens dans la prescription.

Tableau 22 : Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction de l'âge.

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Médecin généraliste	88,2%	84,6%	87,7%
Sage-femme	23,5%	23,1%	33,3%
Gynécologue	82,4%	100,0%	98,2%
Infirmier diplômé d'Etat	5,9%	15,4%	5,3%
Infirmier scolaire	0,0%	7,7%	3,5%
Pharmacien	0,0%	0,0%	7,0%
Aucun	0,0%	0,0%	0,0%

Le tableau 22 nous montre que l'âge influe sur la connaissance des prescripteurs potentiels.

Le médecin généraliste est connu de manière similaire par les trois tranches d'âges. La sage-femme est plus connue par la tranche d'âge 25-30 ans (33,3%) que par la tranche d'âge 18-19 ans (23,5%).

Le gynécologue est moins connu par la tranche d'âges 18-19 ans (82,4%) que par les deux autres tranches d'âge.

Les infirmiers diplômés d'Etat sont connus majoritairement par la tranche d'âge 20-24 ans (15,4%), les tranches d'âges 18-19 ans et 25-30 ans les connaissent respectivement à 5,9% et 5,3%.

Les infirmiers scolaires ne sont connus que par les tranches d'âges 20-24 ans et 25-30 ans.

Les pharmaciens ne sont connus que par la tranche d'âges 25-30 ans.

Tableau 23 : Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction d'une grossesse antérieure.

	Nullipare	Maternité
Médecin généraliste	87,2%	86,4%
Sage-femme	26,9%	36,4%
Gynécologue	97,4%	95,5%
Infirmier diplômé d'Etat	10,3%	0,0%
Infirmier scolaire	3,8%	4,5%
Pharmacien	3,8%	4,5%
Aucun	0,0%	0,0%

Le tableau 23 montre que même après une grossesse, le taux de connaissance reste stable pour le médecin généraliste et le gynécologue. La sage-femme est un peu plus connue après une grossesse (26,9% contre 36,4%).

En conclusion, les résultats ont montré que les trois prescripteurs principaux connus restent le gynécologue, le médecin généraliste et la sage-femme, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle, l'âge ou une maternité antérieure.

### III.2.1.8 Evaluation de la connaissance au regard de la protection contre les infections sexuellement transmissibles

92,0% de la population d'étude sait que le préservatif masculin protège contre les IST et 80,0% connaissent également le préservatif féminin dans cette indication.

Les résultats montrent que 8,0% de la population d'étude ignore quelles méthodes contraceptives protègent contre les IST.

Tableau 24 : Evaluation de la connaissance concernant la protection des IST par rapport à la catégorie socio-professionnelle.

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Pilule	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Implant	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Anneau vaginal	0,0%	3,0%	0,0%	5,3%	0,0%
Patch	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Préservatif masculin	<b>100,0%</b>	<b>97,0%</b>	<b>91,7%</b>	<b>86,8%</b>	<b>100,0%</b>
Préservatif féminin	<b>50,0%</b>	<b>84,8%</b>	<b>79,2%</b>	<b>76,3%</b>	<b>100,0%</b>
Spermicide	0,0%	0,0%	4,2%	2,6%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	3,0%	0,0%	2,6%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Le tableau 24 montre une méconnaissance des méthodes contraceptives protégeant des IST. Les femmes cadres mentionnent cinq méthodes contraceptives non protectrices, les étudiantes mentionnent quatre méthodes contraceptives non protectrices et les femmes employées mentionnent une méthode contraceptive autre que les préservatifs.

Tableau 25 : Evaluation de la connaissance concernant la protection des IST par rapport à l'âge.

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Pilule	0,0%	0,0%	1,8%
Dispositif intra-utérin au cuivre	5,9%	0,0%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	0,0%	1,8%
Implant	0,0%	0,0%	1,8%
Anneau vaginal	11,8%	0,0%	1,8%
Patch	0,0%	0,0%	0,0%
Préservatif masculin	<b>88,2%</b>	<b>92,3%</b>	<b>93,0%</b>
Préservatif féminin	<b>82,4%</b>	<b>76,9%</b>	<b>80,7%</b>
Spermicide	5,9%	3,8%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	3,5%
Méthodes naturelles	0,0%	0,0%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%

Le tableau 25 montre une moins bonne connaissance en matière de protection des IST en fonction de l'âge. En effet, la tranche d'âge 25-30 ans mentionne cinq réponses erronées contre trois réponses erronées pour la tranche d'âge 18-19 ans et une réponse erronée pour la tranche d'âge 20-24 ans.

En revanche, la connaissance des préservatifs masculins et féminins comme méthodes protectrices des IST est connue de manière similaire en fonction des tranches d'âges.

### **III.2.2 Statistiques bivariées : comparaison d'un score de connaissance en fonction de déterminants médico-sociaux**

Nous avons réalisé des tests de Student pour la comparaison de deux populations et des tests d'analyse de variance (ANOVA) pour la comparaison de plus de deux populations.

Tableau 26 : Etude comparative d'un score de connaissance en fonction de déterminants médico-sociaux.

		Effectifs n=	Moyennes des scores de connaissance sur 10	ANOVA	Test de Student
Total		100			
Ages					
	18-19 ans	17	4,15	<b>p=0,01</b>	
	20-24 ans	26	4,83		
	25-30 ans	57	5,75		
Situation matrimoniale					
	Mariée	10	5,02	p=0,06	
	Pacsée	10	6,84		
	Union libre	28	5,33		
	Célibataire	52	4,94		
Pays d'origine					
	France	86	5,52		<b>p=0,01 IC 95% [0,51;3,50]</b>
	Autres	14	3,51		
Habitation					
	Parents	31	4,39	<b>p=0,01</b>	
	Locataire	48	5,58		
	Propriétaire	18	6,03		
	Foyer	3	3,83		
Niveau d'étude					
	Baccalauréat	20	4,86	<b>p=1,00E-03</b>	
	BEP ou CAP	6	3,23		
	Diplôme supérieur	68	5,7		
	Lycée général/Lycée professionnel/Sans diplôme	6	3,28		
Catégories professionnelles					
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2	4,51	p=0,28	
	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	33	5,63		
	Employé / Ouvrier	24	5,4		

	Etudiant	38	4,85		
	Sans activité professionnelle	3	3,88		
Couverture sociale					
	Mutuelle	92	5,46		<b>p=2,00E-03 IC 95% [1,32;4,11]</b>
	CMU/Pas de couverture	8	2,75		
Tabagisme					
	Oui	22	5,01		p=-0,56 IC 95% [-1,40;0,80]
	Non	78	5,31		
Grossesse					
	Oui	22	5,18		p=0,88 IC 95% [-1,14;0,98]
	Non	78	5,26		
Enfant à charge					
	Oui	13	5,26		p=0,97 IC 95% [-1,19;1,24]
	Non	87	5,24		
Suivi gynécologique					
	Oui	70	5,61		<b>p=6,00E-03 IC 95% [0,37;2,10]</b>
	Non	30	4,38		
Activité sexuelle					
	Oui	79	5,28		p=0,69 IC 95% [-0,81;1,22]
	Non	21	5,08		
Contraception					
	Oui	76	5,47		p=0,05 IC 95% [-0,01;1,89]
	Non	24	4,53		
Impact de la religion					
	Oui	4	3,08		p=0,25 IC 95% [-7,30;2,79]
	Non	96	5,33		
Pose d'un DIUc envisagé					
	Oui	40	6,04		<b>p=1,00E-03 IC 95% [0,53;2,13]</b>
	Non	60	4,71		

Le tableau 26 nous montre qu'il existe une différence significative au risque  $\alpha=5\%$  dans différents déterminants :

- Le score de connaissances est significativement différent en fonction de la tranche d'âge ( $p=0,01$ ) avec une augmentation de la connaissance au fur et à mesure des années.
- Les femmes étant nées en France ont un score de connaissance significativement plus élevé que les femmes nées à l'étranger ( $p=0,01$  IC 95% [0,51 ; 3,50]).
- Le score de connaissance est significativement différent en fonction du lieu d'habitation ( $p=0,01$ ). Une augmentation de score est visible en fonction de l'autonomisation des femmes.
- Le score de connaissance est significativement différent en fonction du niveau d'étude ( $p=0,001$ ). L'augmentation du score de connaissance se fait en parallèle de la poursuite d'études jusqu'au niveau supérieur.
- Le score de connaissance est significativement plus élevé chez les femmes ayant une mutuelle par rapport aux femmes bénéficiant de la CMU ou n'ayant pas de sécurité sociale ( $p=2,00E-03$  IC 95% [1,32 ; 4,11])
- Le score de connaissance est significativement plus élevé chez les femmes ayant un suivi gynécologique par rapport aux femmes qui n'en ont pas ( $p=6,00E-03$  IC 95% [0,37 ; 2,10]).
- Le score de connaissance est significativement plus élevé chez les femmes étant prêtes à se faire poser un DIU au cuivre par rapport aux femmes qui refusent ce type de contraception ( $p=1,00E-03$  IC 95% [0,53 ; 2,13])

En revanche, les résultats ne montrent pas de différence significative en fonction d'autres déterminants :

- Catégorie socio-professionnelle ( $p=0,28$ )

- Statut marital ( $p=0,06$ )
- Consommation tabagique ( $p=-0,56$  IC 95% [-1,40 ; 0,80])
- Grossesse antérieure ( $p=0,88$  IC 95% [-1,14 ; 0,98])
- Enfant à charge ( $p=0,97$  IC 95% [-1,19 ; 1,24])
- Activité sexuelle ( $p=0,69$  IC 95% [-0,81 ; 1,22])
- Appartenance religieuse ( $p=0,25$  IC 95% [-7,30 ; 2,79])

### III.2.3 Evaluation descriptive des représentations au regard des méthodes contraceptives

#### III.2.3.1 Evaluation du type de méthodes contraceptives conseillées à une amie par la population étudiée

Tableau 27 : Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes.

Méthodes contraceptive	Pourcentage de femmes qui conseillent ces méthodes contraceptives.
Pilule	<b>74,0%</b>
Dispositif intra-utérin au cuivre	19,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	11,0%
Implant	24,0%
Anneau vaginal	5,0%
Patch	7,0%
Préservatif masculin	<b>62,0%</b>
Préservatif féminin	23,0%
Spermicide	1,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%
Méthodes naturelles	4,0%
Contraception définitive	1,0%

Le tableau 27 montre que les deux méthodes contraceptives conseillées majoritairement sont la contraception orale par 74,0% de la population d'étude et le préservatif masculin par 62,0%.

Les autres méthodes contraceptives sont nettement moins conseillées. L'implant est conseillé par 24,0% des femmes, le préservatif féminin par 23,0%, les DIU au cuivre par 19,0% et le DIU aux hormones par 11,0%. L'anneau vaginal, le patch, les spermicides, les méthodes naturelles et la contraception définitive sont conseillées par moins de 10,0% des femmes de l'échantillon. Le diaphragme et la cape cervicale ne sont jamais conseillés.

Tableau 28 : Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes en fonction des différentes catégories socio-professionnelles.

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure	Employé / Ouvrier	Etudiant	Sans activité professionnelle
Pilule	100,0%	75,8%	75,0%	71,1%	66,7%
Dispositif intra-utérin au cuivre	50,0%	12,1%	29,2%	18,4%	0,0%
Dispositif intra-utérin aux hormones	50,0%	9,1%	12,5%	10,5%	0,0%
Implant	0,0%	21,2%	12,5%	31,6%	66,7%
Anneau vaginal	0,0%	6,1%	4,2%	5,3%	0,0%
Patch	0,0%	6,1%	8,3%	7,9%	0,0%
Préservatif masculin	50,0%	57,6%	58,3%	71,1%	33,3%
Préservatif féminin	50,0%	18,2%	25,0%	23,7%	33,3%
Spermicide	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Méthodes naturelles	0,0%	3,0%	4,2%	5,3%	0,0%
Contraception définitive	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%

Les résultats du tableau 28 montrent une différence de conseils en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

- La contraception orale est conseillée en même proportion dans les trois catégories socio-professionnelles principales de l'étude, les cadres, les employées et étudiantes.
- Les étudiantes conseillent plus de méthodes par rapport aux femmes cadres et aux femmes employées.
- Les nouvelles méthodes de contraception sont conseillées par moins de 10,0% des femmes quelle que soit la catégorie professionnelle.

Tableau 29 : Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes en fonction des différentes classes d'âges.

	18-19 ans	20-24 ans	25-30 ans
Pilule	70,6%	80,8%	71,9%
Dispositif intra-utérin au cuivre	11,8%	15,4%	22,8%
Dispositif intra-utérin aux hormones	0,0%	11,5%	14,0%
Implant	35,3%	26,9%	19,3%
Anneau vaginal	0,0%	7,7%	5,3%
Patch	5,9%	7,7%	7,0%
Préservatif masculin	58,8%	76,9%	56,1%
Préservatif féminin	17,6%	34,6%	19,3%
Spermicide	0,0%	3,8%	0,0%
Diaphragme / Cape cervicale	0,0%	0,0%	0,0%
Méthodes naturelles	5,9%	3,8%	3,5%
Contraception définitive	0,0%	3,8%	0,0%

Le tableau 29 montre que l'âge a une influence dans le conseil des méthodes contraceptives.

- Le nombre de femmes conseillant le DIU au cuivre, le DIU aux hormones et les nouvelles méthodes de contraception augmente avec l'âge.
- L'implant est majoritairement conseillé par la tranche d'âge 18-19 ans (35,3%) par rapport à la tranche d'âge 25-30 ans (19,3%).

### III.2.3.2 Evaluation des représentations au regard du dispositif intra-utérin au cuivre

40,0% des femmes de l'échantillon se disent prêtes à opter pour un DIU au cuivre contre 60,0% qui refusent catégoriquement cette idée.

Nous avons pu mettre en évidence trois raisons principales à ce refus :

- Manque de connaissance pour 40,0% des femmes
- Préférence pour la contraception orale pour 12,0% des femmes
- Pose éventuellement envisagée après une grossesse pour 11,0% des femmes

Au sein des trois catégories socio-professionnelles principales de l'étude, le manque de connaissance est présent pour 50,0% des étudiantes, pour 36,4% des cadres et pour 25,0% des employées.

La préférence pour la contraception orale se retrouve à 18,4% chez les étudiantes, à 12,5% chez les employées et à 3,0% chez les cadres.

Le souhait de la pose d'un DIU au cuivre après une grossesse est évalué à 15,2% chez les cadres, à 12,5% chez les employées et à 7,9% chez les étudiantes.

En ce qui concerne l'influence de l'âge, le manque de connaissance se retrouve à 52,9% chez les 18-19 ans, à 42,3% chez les 20-24 ans et à 35,1% chez les 25-30 ans.

La préférence pour la contraception orale se retrouve à 19,2% chez les 20-24 ans, à 17,7% chez les 18-19 ans et à 7,0% chez les 25-30 ans.

La pose éventuelle d'un DIU au cuivre après une grossesse est stable quelle que soit la tranche d'âge : 11,8% chez les 18-19 ans, 11,5% chez les 20-24 ans et 10,5% chez les 25-30 ans.

Nous retrouvons deux raisons à la pose d'un DIU au cuivre : sa praticité pour 16,0% des femmes et l'absence d'hormones pour 7,0% des femmes.

Les résultats montrent une influence de l'âge sur ses représentations :

- La tranche d'âge 18-19 ans n'exprime aucune raison positive à la pose d'un DIU cuivre.
- Dans la tranche d'âge des 20-24 ans, 15,4% des femmes trouvent cette méthode contraceptive pratique et 3,8% mentionnent l'absence d'hormones.
- Dans la tranche d'âge des 25-30 ans, 21,1% des femmes trouvent cette méthode contraceptive pratique et 10,5% ont mentionné l'absence d'hormones.

Les résultats montrent également une influence de la catégorie socio-professionnelle.

- Cette méthode contraceptive est jugée pratique par 21,2% de femmes cadres, 20,8% des femmes employées et 10,5% des étudiantes.
- L'absence d'hormones est mentionnée par 12,5% des femmes employées, 9,1% des femmes cadres et 2,6% des étudiantes.

### **III.2.3.3 Evaluation de l'efficacité pressentie des méthodes contraceptives dites de longue durée d'action**

A l'affirmation suivante : « la prise d'un contraceptif tous les jours est plus efficace qu'une contraception de longue durée d'action », les résultats ont montré que :

- 81,8% des cadres, 83,3% des employées et 68,4% des étudiantes ne sont pas d'accord avec cette affirmation.
- 52,9% des 18-19 ans, 76,9% des 20-24 ans et 84,2% des 25-30 ans ne sont pas d'accord avec cette affirmation.

Au vu de ces résultats, les femmes cadres et employées et les femmes âgées de 20-24 ans et 25-30 ans pensent qu'une méthode contraceptive de longue durée d'action est plus efficace.

## **III.3 Discussion**

Notre objectif principal était d'évaluer la connaissance des femmes de 18 à 30 ans au regard des méthodes contraceptives.

L'une des questions permettait aux participantes de définir quelles méthodes contraceptives elles pensaient connaître. Les questions suivantes permettaient d'approfondir l'évaluation de leurs connaissances.

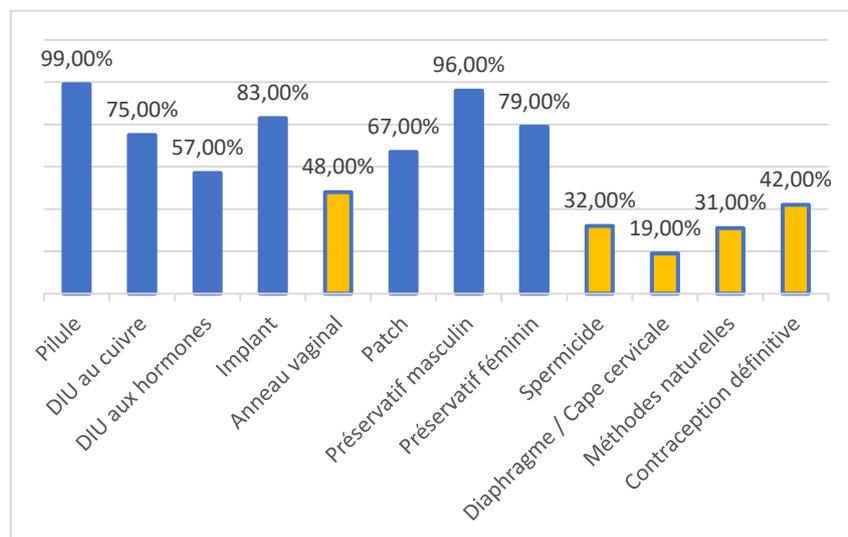
### III.3.1 Principaux résultats

#### III.3.1.1 Connaissance globale des différentes méthodes contraceptives

Les résultats de cette étude ont montré que notre population connaissait plus de la moitié des méthodes contraceptives actuellement disponibles, avec une note moyenne de connaissance de 7,3 méthodes sur 12.

Le tableau 10 montre que la méthode contraceptive la plus connue reste la contraception orale à 99,0%. Les méthodes comme l'implant, le DIU au cuivre et le patch sont connues par plus de 50,0% de notre population. Les méthodes comme le DIU hormonal, l'anneau vaginal, la contraception définitive sont connues par moins de 50,0% de ma population.

Figure 1 : Connaissance des méthodes contraceptives par notre population en pourcentage.



#### III.3.1.2 Evaluation des déterminants à la connaissance

- La première donnée à prendre en compte est l'âge.

Au vu des tableaux 12 et 26, la connaissance présumée s'améliore avec l'âge.

D'une part, la connaissance déclarée par notre population d'étude a été évaluée à plus de 50,0% chez les 25-30 ans pour l'ensemble des méthodes contraceptives, excepté pour les spermicides, le diaphragme/cape cervicale, les méthodes naturelles et la contraception définitive.

D'autre part, nous observons une différence significative du score de connaissance ( $p = 0,01$ ) avec une moyenne du score passant de 4,15/10 pour la tranche d'âge 18-19 ans à 5,75/10 pour la tranche d'âge 25-30 ans.

Cette première donnée pourrait nous faire croire qu'il faut cibler majoritairement les plus jeunes pour améliorer leur connaissance. Pour répondre à ce besoin d'information des plus jeunes, le ministère de la santé a mis en place une consultation dédiée à la contraception. La consultation de contraception et prévention applicable depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017 pour les jeunes filles de 15 à 18 ans va peut-être améliorer la connaissance des plus jeunes.

Nous pouvons noter l'absence d'étude évaluant la connaissance des femmes en matière de méthodes contraceptives en fonction de l'âge.

- La deuxième donnée à prendre en compte est la survenue d'une grossesse.

Dans les statistiques descriptives, les résultats ont montré que les primigestes déclarent connaître moins de méthodes contraceptives par rapport aux nullipares. Excepté pour l'implant, l'anneau vaginal, le diaphragme/cape cervicale et les méthodes naturelles qui sont un peu plus cités par les primigestes (tableau 13).

L'analyse comparative d'un score de connaissance n'a pas mis de différence significative entre les femmes nullipares et les primigestes ( $p = 0,88$ , IC 95% [-1,14 ; 0,80]). Cela signifie qu'il n'y a pas de différence en termes de connaissances en fonction de la survenue d'une grossesse.

Tout comme pour le critère « âge », à ce jour, aucune étude n'a évalué la connaissance des femmes en matière de méthodes contraceptives en fonction de la gestité.

La vision que notre population d'étude a sur les méthodes contraceptives possibles change en fonction de la gestité des femmes. En effet, après une grossesse, un plus large panel de méthodes contraceptives est désormais possible selon notre population d'étude. Le DIU au cuivre passe d'une utilisation possible dans 46,0% pour une nullipare à 67,0% pour une primipare (tableau 18)

Si le fait d'avoir eu une grossesse élargit le panel de méthodes contraceptives, cela réduit l'utilisation possible de la contraception orale selon notre population d'étude.

Il apparait que 94,0% de notre population d'étude pense que la contraception orale est possible avant une grossesse contre 84,0% après une grossesse (tableau 18)

Cette vision est également similaire quel que soit l'âge ou la catégorie socio-professionnelle. Prenons l'exemple des femmes cadres et de la tranche d'âge 25-30 ans. Chez les femmes cadres nous retrouvons une utilisation à 93,9% de la contraception orale pour les nullipares contre 81,8% pour les primipares et une utilisation à 33,3% du DIU au cuivre chez la nullipare contre 60,6% chez la primipare (tableau 19). Nous retrouvons également cette différence dans la tranche d'âge 25-30 ans. Elles sont 94,7% à penser que la contraception orale est possible chez une nullipare contre 87,7% pour une primipare et elles sont 33,3% à penser qu'un DIU au cuivre est possible chez une nullipare contre 66,7% pour une primipare (tableau 20).

Figure 2 : Vision des femmes cadres sur l'utilisation possible de la contraception orale et du DIU au cuivre en fonction de la gestité (Source : tableau 20).

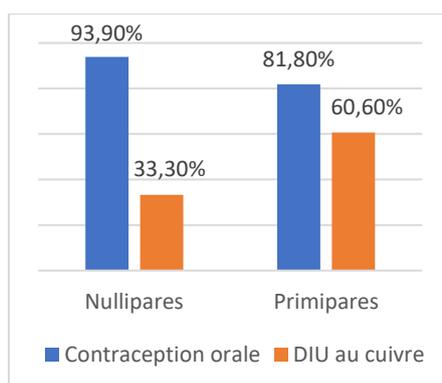
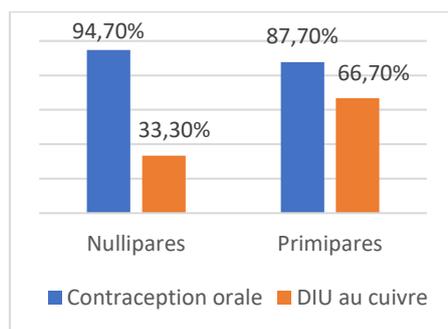


Figure 3 : Vision des femmes âgées de 25 à 30 ans sur l'utilisation possible de la contraception orale et du DIU au cuivre en fonction de la gestité (Source : tableau 20).



Les figures 2 et 3 permettent d'illustrer ce constat avec notamment une augmentation importante de l'utilisation possible du DIU au cuivre après une grossesse et une discrète diminution de l'usage de la contraception orale après une grossesse.

Ceci met en évidence une donnée étonnante : le fait d'avoir eu une grossesse est perçu par notre population d'étude dans son ensemble (c'est-à-dire, les nullipares et les primigestes) comme la possibilité d'élargir son panel contraceptif. Mais, paradoxalement les femmes au sein de ce panel et ayant eu une grossesse déclarent connaître moins de méthodes contraceptives.

Par ailleurs, l'étude statistique que nous avons conduite met en évidence, contrairement aux déclarations, qu'il n'y a pas de différences significatives en termes de connaissances objectives entre ces deux groupes de femmes.

Ce constat ouvre la discussion sur notre considération d'un évènement de vie qui est la grossesse. Cela signifie que notre information, en tant que professionnel de santé, ne devrait pas considérer l'évènement grossesse comme un gage de meilleure connaissance comme nous aurions pu le supposer.

### **III.3.2 Evaluation approfondie de la connaissance au regard des méthodes contraceptives**

Nous avons voulu dans les questions suivantes évaluer la connaissance de manière plus précise concernant les différentes méthodes contraceptives.

#### **III.3.2.1 Composition hormonale des méthodes contraceptives**

Après la crise de la pilule de 2013, un mouvement contre les hormones a vu le jour. Il nous a donc paru intéressant de savoir si notre population d'étude connaissait la composition des méthodes contraceptives. Les résultats ont montré que la composition hormonale des différentes méthodes était moyennement connue. Seul 81,0% de notre population d'étude sait que la contraception orale est hormonale, et seulement 9,0% de notre population sait que l'anneau vaginal est hormonal (tableau 14). Certaines de nos patientes nous ont parlé d'un souhait d'arrêt d'hormones sans connaître les réelles alternatives possibles. L'information médicale en consultation reste donc l'unique source d'information pour un grand nombre de femmes. Il est donc primordial d'informer sur l'ensemble du panel contraceptif lors des consultations dédiées à ce sujet.

#### **III.3.2.2 Mode de prise des méthodes contraceptives**

Pour choisir une méthode contraceptive, il nous semble important de connaître son mode de prise et donc sa durée d'efficacité.

La réponse à cette question a été difficile pour la majorité des participantes. La contraception orale, reste sans surprise, la mieux connue, avec 93,0% des participantes qui connaissent son mode de prise. Les méthodes contraceptives dites de longue durée d'action sont connues par la

moitié de notre population pour le DIU au cuivre (53,0%) et par un tiers de notre population pour le DIU hormonal (38,0%) ou pour l'implant (33,3%). Le mode d'utilisation du patch contraceptif est connu par 22,0% et l'anneau vaginal reste la méthode hormonale la moins connue avec seulement 9,0% de notre population qui connaît sa durée d'efficacité (tableau 17).

Le manque de connaissance dans ce domaine ne permet pas à ces femmes de faire un choix éclairé en fonction de leurs habitudes de vie.

### **III.3.2.3 Prescripteurs potentiels**

L'évaluation de la connaissance des prescripteurs potentiels est moyenne, car bien que notre population d'étude connaisse les trois principaux prescripteurs (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes), les autres prescripteurs sont beaucoup moins connus, en particulier les pharmaciens qui ont un rôle de dépannage. La tranche d'âge 18-19 ans ne sait pas qu'un pharmacien peut leur délivrer une contraception en cas d'ordonnance de moins d'un an (tableau 22). Ce changement dans les prescripteurs potentiels date de 2009, il est nécessaire d'améliorer cette communication.

### **III.3.2.4 Protection contre les IST**

Concernant la protection des IST, nous pouvons nous apercevoir que seul 92,0% de notre population sait que le préservatif masculin protège des IST et seul 80,0% pour le préservatif féminin.

Dans la tranche d'âge 25-30 ans, malgré une meilleure connaissance des méthodes contraceptives, elles sont 1,8% à penser que le DIU au cuivre, mais également le DIU aux hormones, l'anneau vaginal, la contraception orale et l'implant protègent des IST.

Elles sont 3,5% à penser que le diaphragme protège également des IST (tableau 25).

Hormis l'implant et la contraception orale, ces erreurs de connaissance concernent des méthodes contraceptives vaginales.

Ce résultat met en avant une troisième donnée importante à prendre en compte. La contraception et la protection des IST répondent à des objectifs différents et donc à des éléments de connaissance distincts. Il est de ce fait assez cohérent de constater, dans notre population d'étude, la persistance de nombreuses fausses croyances sur la protection des IST malgré une meilleure connaissance des méthodes contraceptives.

### **III.3.3 Un paradoxe concernant le choix contraceptif de notre population d'étude**

Le but premier de la contraception est d'éviter une grossesse non désirée. Or l'étude Cocon<sup>21</sup> en 2003 avait déjà mis en avant que dans 65,0% des cas d'IVG, le couple utilisait un moyen de contraception. La raison invoquée de cet échec était un mauvais usage de la méthode [23]. En 2010, le baromètre santé révèle un taux de grossesses non désirées à 12,2% contre 33,0% par l'étude Cocon. Dans 44,0% des cas, c'est un oubli de la contraception orale qui est invoqué mais également une absence de conscience du risque de grossesse dans 23,0%.

#### **III.3.3.1 Méthodes contraceptives utilisées dans notre population d'étude**

Dans notre étude, la méthode contraceptive la plus utilisée reste la contraception orale à 64,0% (tableau 6).

L'ensemble de notre population d'étude âgée de 18 à 19 ans connaît le préservatif comme moyen de contraception (tableau 12). Or aucune d'entre-elles ne l'utilise comme moyen de contraception (tableau 8) et seul 88,2% d'entre-elles savent que cela protège contre les IST (tableau 25). Ceci nous amène à penser que près de 12,0% de notre population d'étude âgée de 18 à 19 ans, ne sait pas quelle est l'utilité du préservatif.

---

<sup>21</sup> Etude de cohorte menée en 2000 par l'Inserm et l'Ined portant sur des femmes de 18-44 ans suivies pendant 5 ans pour évaluer leurs pratiques contraceptives.

Ce constat nous amène à penser que notre population âgée de 18 à 19 ans, comprend que le préservatif reste majoritairement un moyen de protection contre les IST par rapport à une méthode contraceptive fiable (indice de Pearl à 2,0% en utilisation optimale et 15,0% en utilisation courante).

Par ailleurs, les résultats ont montré que les méthodes médicamenteuses sont conseillées dans plus de la moitié des cas par un professionnel de la santé (tableau 9). Ceci est vrai en France mais également chez nos voisins européens, selon S. Johnson, C. Pion et V. Jennings, le principal conseiller restant le gynécologue en Allemagne, en Espagne et en Italie. En Angleterre, c'est le généraliste qui a une place prépondérante dans ce choix [24].

### **III.3.3.2 Comparaison de l'utilisation des méthodes contraceptives avec d'autres études**

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) d'Ile-de-France, s'appuyant sur des données du Baromètre santé 2010, a permis de mettre en évidence que les franciliennes entre 15 et 29 ans, utilisaient majoritairement la contraception orale dans 51,5% des cas, puis le préservatif (9,4%) et enfin le DIU (4,1%). Nous retrouvons dans notre étude des taux d'utilisation similaires ce qui peut nous faire penser que notre population d'étude est représentative des franciliennes en termes d'utilisation des méthodes contraceptives [25].

Par ailleurs, le Baromètre santé 2016, qui a étudié la population française, nous conforte globalement dans une utilisation semblable entre notre population d'étude et la population française [11]. En effet, si nous comparons les tableaux 6 et 4 nous observons une utilisation à 75,0% des méthodes modernes<sup>22</sup> dans notre étude contre 76,3% pour le Baromètre santé 2016.

---

<sup>22</sup> Pilules, Préservatifs, DIU.

En revanche, on note une différence assez significative en ce qui concerne les nouvelles méthodes contraceptives avec un taux de 4,0% dans notre échantillon et de 7,9% au plan national [11].

En revanche, selon S. Johnson, C. Pion et V. Jennings [24] dans une étude menée en 2013 dans quatre pays d'Europe et aux USA, il apparaît que les contraceptifs oraux sont moins utilisés par rapport à la France. Les allemandes l'utilisent à 63,0%, les italiennes et les anglaises à 45,0% et les espagnoles à 35,0%. Dans ces pays, l'utilisation du préservatif et des autres méthodes est plus importante qu'en France [24]. Ces résultats ne peuvent pas être comparés de manière stricte aux nôtres du fait d'une moyenne d'âge de 35 ans donc sensiblement supérieure.

### **III.3.3.3 Représentation des contraceptifs de longue durée d'action par notre population d'étude**

A la question concernant l'efficacité des contraceptifs de longue durée d'action<sup>23</sup>, 84,2% des jeunes femmes de 25 à 30 ans déclarent qu'une contraception prise tous les jours n'est pas plus efficace qu'une méthode contraceptive de longue durée d'action.

A la question sur la pose éventuelle d'un DIU au cuivre, 40,0% de ma population se dit prête à se faire poser un DIU au cuivre principalement pour sa praticité et son absence d'hormone.

Néanmoins, les deux méthodes contraceptives conseillées par notre population d'étude restent la contraception orale dans 74,0% des cas et le préservatif masculin dans 62,0% des cas (tableau 27).

Malgré le fait que notre population d'étude a conscience d'une efficacité plus fiable d'une méthode de longue durée d'action, le manque de connaissance évalué par cette étude mais également le manque de connaissance affirmé par notre population d'étude explique un conseil réduit en termes de méthodes contraceptives mais également une utilisation restreinte des différentes méthodes contraceptives.

---

<sup>23</sup> DIU, implant

L'étude CHOICE<sup>24</sup> menée dans onze pays européens a montré qu'un entretien structuré sur les différentes méthodes contraceptives permettait un changement d'avis concernant la méthode contraceptive dans 39,0 % des cas avec un souhait d'utilisation de méthodes hormonales sur une plus longue période d'action [26]. Ce changement de méthode contraceptive est principalement dû aux effets indésirables mais également à une meilleure adaptation au mode de vie de ces femmes [24].

### **III.3.4 Analyse des questionnaires, biais et limites de cette étude**

La question portant sur la catégorie socio-professionnelle des parents chez les étudiantes a été mal comprise, très peu d'étudiantes ayant coché deux cases comme il avait été indiqué de le faire. Nous n'avons donc pas pris en compte la catégorie socio-professionnelle des parents.

Concernant les questions évaluant la connaissance des méthodes contraceptives, la première consistait à énumérer les différentes méthodes connues par la participante. Un certain nombre de participantes ont prétendu ne pas connaître certaines méthodes tout en proposant des réponses sur ces même méthodes contraceptives dans les questions suivantes. Nous pouvons donc supposer que ces participantes possédaient certaines notions concernant ces méthodes mais qu'elles ne les jugeaient pas suffisantes pour indiquer les connaître. Ceci entraîne un biais d'évaluation du niveau de connaissance présumé. Le fait d'avoir réalisé par la suite une analyse plus précise sur leur niveau de connaissance et d'avoir réalisé des tests analytiques a permis de réduire ce biais d'évaluation initiale.

Concernant l'évaluation de la connaissance en fonction de la survenue d'une grossesse, nous n'avons pas différencié le fait d'avoir eu un ou plusieurs enfants, dans la mesure où notre

---

<sup>24</sup> The Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience

échantillon ne comportait que deux femmes ayant eu deux enfants, ce qui ne permettait pas une analyse statistique.

Une information orale a été faite au cours de la consultation en cas de mauvaise compréhension d'une question, en particulier pour la question concernant le mode de prise des méthodes contraceptives liés à l'acte sexuel. Nous avons considéré ce mode de prise comme « journalier ». L'information était donnée uniquement après réflexion de la participante et en cas de questionnement pour ne pas influencer sa réponse. Certaines participantes ont simplement écrit « à chaque acte sexuel » pour répondre.

Notre population d'étude ne peut pas prétendre représenter l'ensemble de la population féminine française de 18 à 30 ans, car cette étude s'est déroulée dans un unique centre, sur une période courte. Il serait intéressant d'effectuer une étude similaire ayant pour cible une population avec un niveau socio-économique et de formation plus faible (rappelons que 68.0% de notre échantillon a fait des études supérieures) pour évaluer si le manque de connaissance concernant les méthodes contraceptives est généralisé d'un point de vue social ou pas.

Par rapport aux statistiques nationales de l'INSEE en 2017, nous devons souligner deux différences [27] : d'une part, notre étude a recensé plus de cadres (33,0%) et plus d'étudiantes (38,0%) par rapport à la population générale, et d'autre part, la catégorie professionnelle des agriculteurs n'est pas représentée dans notre étude.

La taille de notre échantillon entraîne un biais de sélection et crée un impact sur la possibilité d'étendre les résultats de cette étude à la population générale.

Le choix de la tranche d'âge entre 18 et 30 ans s'est fait par souci éthique et des règles de la recherche clinique. Nous avons donc exclu les patientes mineures, ce qui constitue un biais de sélection dans cette étude.

### **III.3.5 Force de cette étude**

Nous n'avons pas eu à exclure des patientes non francophones ou ne sachant pas lire. Les seules patientes exclues de cette étude ont été les patientes refusant de se soumettre au questionnaire, ce qui a été exceptionnel.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la connaissance au regard des différentes méthodes contraceptives. La réalisation d'un questionnaire avec une majorité de questions fermées a permis une étude descriptive du niveau de connaissances globales mais également plus précise avec une série de questions qui ont permis d'affiner le niveau de connaissances en fonction des caractéristiques propres à chaque méthode.

L'objectif secondaire a été d'évaluer des déterminants à la connaissance des méthodes contraceptives. Une étude analytique avec la création d'un score de connaissance a permis une évaluation comparative. Cette analyse permet notamment de mieux cibler la population à informer.

Les résultats obtenus nous ont permis d'identifier les fausses croyances qui persistent en 2017 (modification du panel contraceptif en fonction de la gestité, mauvaise connaissance des méthodes contraceptives protégeant des IST, caractéristiques des méthodes contraceptives).

La distribution des questionnaires lors d'une consultation nous a permis d'éclairer les patientes en cas de difficultés de compréhension des questions mais également de les informer à l'issue du questionnaire. Cet échange permettait de donner des explications sur les points non compris, sans que cela ne modifie leurs réponses. Ces échanges ont été très enrichissants. Notre population d'étude a répondu de manière réfléchie et a montré un réel intérêt.

## IV. Conclusion

Notre étude a permis de mettre en lumière de manière descriptive mais également analytique, une méconnaissance globale des méthodes contraceptives. Ce manque de connaissance se retrouve tant sur leurs compositions, leurs modes de prise, que sur leurs durées d'efficacité. De plus, la protection vis-à-vis des IST est mal connue.

De même, nous avons pu identifier la persistance d'une fausse croyance, toujours très ancrée dans l'esprit des femmes en 2017. Cette croyance est basée sur le fait qu'une femme n'ayant pas encore accouché n'a pas accès à l'ensemble du panel contraceptif. Cette vision est similaire quels que soient la catégorie socio-professionnelle ou l'âge. Au-delà du but de notre étude portant sur l'appréciation de la connaissance des méthodes contraceptives se pose la question des représentations des méthodes contraceptives chez les femmes avant ou après une naissance.

Cette étude nous a permis d'illustrer une progression de la connaissance en fonction de l'âge. La mise en place d'une consultation dédiée à la contraception chez les jeunes filles de 15 à 18 ans est donc une avancée médicale, car même si l'information est disponible en libre accès au grand public, c'est auprès des professionnels de santé que le conseil final se réalise. L'étude a montré des connaissances identiques avant ou après une grossesse. Il serait intéressant de renouveler cette étude dans une dizaine d'années pour évaluer l'impact de cette mesure.

## Bibliographie

1. David M. Méthodes contraceptives et regards sur cette pratique à travers les âges en France. Thèse d'exercice. Marseille, 2011.
2. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Population et Sociétés. 2005 ; n° 418 : 1-4.
3. Serfaty D. La contraception. ESKA : 2015, 650p.
4. Cahen F. De la contraception clandestine à la loi Neuwirth : la France à la traîne ? Population et Sociétés. 2007 : n° 439, 5-8.
5. Peyrefitte A. Les géants du XXe siècle : De Gaulle. Fayard : 1997, 1058p.
6. Leridon H, Oustry P, Bajos N. et al. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés. 2002 ; n° 381 : 1-4.
7. INPES. La meilleure contraception s'est celle que l'on choisit. Dossier de presse. 2011. 17p.
8. Beck F. et Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Saint-Denis (France) : INPES éditions : 2013, 346p.
9. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
10. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. 2012 ; vol. 492 : 1-4.
11. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France. 2017 : p. 8.
12. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Elsevier. 2017, 304p.

13. HAS. Document de synthèse – Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
14. Linet T., Roy E. Ne faisons pas barrière aux contraceptions barrières. *Vocation sage-femme*. 2002 ; n° 98, 20-24p.
15. D. Hassoun. Contraceptions vaginales ou méthodes barrières féminines. *EMC-Gynécologie*. 2017 : 1-6p. [Article 700-A-45]
16. OMS | Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier », *WHO*. [En ligne]. Disponible sur : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9780978856304/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/). [Consulté le : 14-févr-2018].
17. Lavaste C. Une contraception naturelle, pourquoi pas ? Thèse de médecine générale. Paris V, 2007.
18. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et Population Division, *World contraceptive patterns 2013*. 2013.
19. Poucelot AG, Fernandez H. Techniques de contraception définitive féminine. *EMC-Tech. Chir.-Gynécologie*. 2016 ; n° 11 : 1-7p.
20. Rostam C. La vasectomie, une contraception occultée. Mémoire d'une sage-femme. Lille ; 2017 ; 79p.
21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation en santé. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. *Recommandations*. 2004.
22. Santé publique France et le Ministère de la Santé. Tableau des contraceptifs. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr> [Consulté le : 20-nov-2017].
23. Bajos N. Contraception : from accessibility to efficiency. *Hum. Reprod*. 2003 ; vol. 18, n° 5 : 994-999p.

24. Johnson S, Pion C, et Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reprod. Health*. 2013 ; vol. 10, n° 1.
25. ORS d'Ile-de-France. Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes. Résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES. *Santé Franciliennes*. 2013.
26. Feulien C. La contraception business utile et rentable. *Education santé*. 2013 ; n° 286 : 3-5p.
27. Insee. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017. [En ligne] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>. Consulté le 23 avril 2018.

## Annexes

### Questionnaire de thèse - Evaluation de la connaissance que les femmes ont des différents moyens de contraception

Bonjour, je suis actuellement interne en sixième semestre de DES de médecine générale à l'université Pierre et Marie Curie. Je sollicite votre concours dans le cadre de ma thèse de recherche qui porte sur la connaissance que les femmes entre 18 et 30 ans ont des différents modes de contraception. Je vous remercie par avance de l'aide que vous pourrez m'apporter.

Je me permets de vous définir deux termes qui sont utilisés dans ce questionnaire :

**Contraception = moyen mécanique ou médicamenteux pour éviter une grossesse.**

**Dispositif Intra-Utérin = communément appelé stérilet.**

Mathilde Ouachée.

### Caractéristiques sociodémographiques

1. Quel âge avez-vous ? ... ans
2. Votre situation matrimoniale :  
 Mariée       Pacsée       Union libre       Célibataire
3. Dans quel pays êtes-vous née ? .....
4. Si vous n'êtes pas née en France, en quelle année êtes-vous arrivée en France ? .....
5. Où habitez-vous ?  
 Domicile des parents  
 Locataire  
 Propriétaire  
 Foyer mère-enfant  
 Foyer pour jeune fille
6. Quelle est votre maîtrise du français ?  
 Langue natale       Courant       Lu, parlé       Parlé
7. Quel est votre niveau d'étude ?  
 Collège  
  
 Lycée général  
 Lycée professionnel  
 Sans diplôme

- Certificat d'étude primaire
- BEP ou CAP
- Baccalauréat
- Diplôme supérieur

8. A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ? Si vous êtes étudiant, cochez la case « étudiant » et celle correspondant à la catégorie de vos parents.

- Etudiant
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession libérale, profession intellectuelle supérieure
- Employé / Ouvrier
- Sans activité professionnelle

9. Quelle est votre couverture sociale ?

- Mutuelle       CMU       AME       Pas de couverture sociale

<b>Concernant votre suivi médical</b>
---------------------------------------

- |   |                                      |                                       |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 10. Fumez-vous ?  | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 11. Avez-vous déjà été enceinte ?   | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 12. Si oui, combien de fois ?   | .....                                |                                       |
| 13. Avez-vous des enfants ?   | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 14. Si oui, combien ?   | .....                                |                                       |
| 15. Avez-vous une activité sexuelle ?   | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 16. Avez-vous une contraception ?   | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 17. Si oui, laquelle ?  | .....                                |                                       |
| 18. Qui vous l'a conseillé ?  | .....                                |                                       |
| 19. Consultez-vous régulièrement un médecin pour votre suivi gynécologique ?  | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |
| 20. Si oui, lequel ?  |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste  | <input type="checkbox"/> Gynécologue | <input type="checkbox"/> Pas de suivi |
| 21. Cocher la ou les bonnes réponses à la question suivante : Qui peut prescrire (ou refaire une prescription) pour une contraception ? |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste  |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme   |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue  |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Infirmière diplômée d'état   |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Infirmière scolaire  |                                      |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien   |                                      |                                       |
| 22. Vos croyances religieuses ont-elles un impact sur la manière dont vous abordez la contraception ?                                   | <input type="checkbox"/> Oui         | <input type="checkbox"/> Non          |

**Evaluation de vos connaissances concernant les différents modes de contraception**

**23. Parmi, ces différentes méthodes de contraception, veuillez cocher les cases qui vous semblent adéquates :**

	Pilule	Dispositif intra-utérin* au cuivre	Dispositif intra-utérin* aux hormones	Implant	Anneau vaginal	Patch	Préservatif masculin	Préservatif féminin	Spermicide	Diaphragme / Cape cervicale	Méthodes naturelles	Méthode de stérilisation
Lesquels connaissez-vous ?												
Lesquels sont possibles chez la jeune fille n'ayant jamais eu d'enfant ?												
Lesquels sont possibles chez la jeune fille ayant eu des enfants ?												
Lesquels protègent contre les Infections Sexuellement Transmissibles ?												
Lesquels contiennent des hormones ?												
Lesquels conseillerez-vous à une amie/copine ?												

**24. Concernant le mode de prise des différentes contraceptions, veuillez cocher les cases qui vous semblent adéquates**

Tous les jours												
Toute les semaines												
Tous les mois												
Tous les 3 ans												
Tous les 5 ans												
A vie												
Je ne sais pas												

25. Accepteriez-vous de vous faire poser un dispositif intra-utérin au cuivre ? Expliquez brièvement votre réponse.

26. Pensez-vous qu'une prise tous les jours d'un contraceptif est plus efficace qu'un moyen mis en place sur une durée de 3 à 5 ans ?

Oui       Non

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**

## Liste des tableaux :

Tableau 1	Méthodes contraceptives hormonales ayant l'AMM dans cette indication, disponibles en 2017	p. 22
Tableau 2	Efficacité des méthodes contraceptives définie par l'indice de Pearl.	p. 29
Tableau 3	Estimation du reste à charge, par an, pour les patients, en fonction des méthodes contraceptives.	p. 29
Tableau 4	Apport de trois études évaluant l'utilisation des méthodes contraceptives, en France, sur une période de 8 ans	p. 31
Tableau 5	Caractéristiques de la population d'étude.	p. 37
Tableau 6	Pourcentage d'utilisation des différentes méthodes contraceptives.	p. 38
Tableau 7	Contraception utilisée en fonction de la catégorie socio-professionnelle.	p. 39
Tableau 8	Contraception utilisée en fonction de l'âge.	p. 40
Tableau 9	Pourcentage des méthodes contraceptives utilisées selon les différentes personnes qui conseillent.	p. 40
Tableau 10	Pourcentage de connaissance déclarée des différentes méthodes contraceptives.	p. 41
Tableau 11	Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction de la catégorie professionnelle.	p. 42
Tableau 12	Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction de l'âge.	p. 43
Tableau 13	Connaissance déclarée des méthodes contraceptives en fonction d'une maternité.	p. 43
Tableau 14	Connaissance de la composition hormonale des méthodes contraceptives dans la population d'étude.	p. 44
Tableau 15	Connaissance concernant la composition hormonale des méthodes contraceptives en fonction de la catégorie socio-professionnelle.	p. 45
Tableau 16	Connaissance concernant la composition hormonale des méthodes contraceptives en fonction de l'âge.	p. 46
Tableau 17	Connaissance du mode d'utilisation des méthodes contraceptives dans notre population d'étude.	p. 47
Tableau 18	Connaissance des méthodes contraceptives possibles en fonction d'une maternité antérieure.	p. 49
Tableau 19	Influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des méthodes contraceptives. Comparaison des nullipares avec les primipares en fonction de la catégorie socio-professionnelle.	p. 50
Tableau 20	Influence d'une grossesse sur l'utilisation possible des méthodes contraceptives. Comparaison des nullipares avec les primipares en fonction de l'âge.	p. 51
Tableau 21	Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction de la catégorie socio-professionnelle.	p. 52
Tableau 22	Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction de l'âge.	p. 52
Tableau 23	Connaissance des prescripteurs potentiels en fonction d'une grossesse antérieure.	p. 53
Tableau 24	Evaluation de la connaissance concernant la protection des IST par rapport à la catégorie socio-professionnelle.	p. 54
Tableau 25	Evaluation de la connaissance concernant la protection des IST par rapport à l'âge.	p. 55
Tableau 26	Etude comparative d'un score de connaissance en fonction de déterminants médico-sociaux.	p.56-57
Tableau 27	Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes.	p. 58
Tableau 28	Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes en fonction des différentes catégories socio-professionnelles.	p. 60
Tableau 29	Pourcentage des différentes méthodes contraceptives conseillées par les femmes en fonction des différentes classes d'âges.	p. 61

## RESUME :

**Introduction :** La connaissance est un prérequis nécessaire pour établir un choix éclairé en matière de méthodes contraceptives.

**Objectif :** Cette étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance des femmes âgées de 18 à 30 ans concernant les différentes méthodes contraceptives.

**Méthode :** Recueil de 100 questionnaires au cours de consultations en cabinet de ville au Perreux sur Marne entre le 31 juillet 2017 et le 10 avril 2018 auprès de femmes âgées de 18 à 30 ans francophones. Une analyse descriptive a été réalisée dans un premier temps. Puis, à l'aide de la création d'un score de connaissance, nous avons pu réaliser une analyse comparative pour évaluer les déterminants à la connaissance.

**Résultats :** L'ensemble des 100 questionnaires ont pu être analysés. Notre population d'étude a déclaré un taux relativement faible de connaissance des différentes méthodes contraceptives (7,3/12). Le manque de connaissance se retrouve tant sur leurs compositions, leurs modes de prise, que sur leurs durées d'efficacité. Ces données sont identiques quel que soient le niveau socio-professionnel, l'âge ou un antécédent de grossesse. Le niveau de connaissance s'améliore avec l'âge ( $p=0.01$ ) mais ne change pas en fonction d'un antécédent de grossesse ( $p=0.97$  IC 95% [-1.19 ; 1.24]).

**Conclusion :** Malgré une information disponible en libre accès, le niveau de connaissance sur les contraceptifs est faible. Ces données renforcent l'intérêt d'une information médicale lors des consultations.

**MOTS-CLES :** Contraception, femmes, connaissance.