

UNIVERSITE PARIS VII – DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2008

THESE N° :

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

<p>Nom : ALLEZY Prénom : Véronique Date et lieu de naissance : 26 avril 1978 à Sarcelles (Val d'Oise)</p>
--

Présentée et soutenue publiquement le : 7 avril 2008

<p>L'ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF NUVARING® EXEMPLE DE DIFFUSION D'UN NOUVEAU MOYEN DE CONTRACEPTION ENQUETE D'OPINION AUPRES DE 170 FEMMES DE 18 A 40 ANS DE JUILLET 2006 A SEPTEMBRE 2007 EN ILE-DE -FRANCE</p>
--

Président de thèse : Monsieur le Professeur Dominique LUTON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pascale SANTANA

RESIDENT

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique LUTON
Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse.
Je vous en suis profondément reconnaissante.

A ma directrice de thèse, le Docteur Pascale SANTANA
Merci de m'avoir guidée dans ce travail, de m'avoir apporté votre soutien et vos précieux conseils.
Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Aux membres du jury
Vous m'avez fait l'honneur d'assister à cette thèse.
Je vous remercie pour votre écoute et le temps que vous m'avez consacré.

Aux Docteurs Richard HANDSCHUH et Henri LANDMAN, maîtres de stage et amis
Vous m'avez transmis le goût de la médecine générale.
Merci de votre bienveillance et de votre gentillesse.

A ma famille,

A mes parents

Merci pour votre soutien sans faille tout au long de mes études.

Sans vous rien n'aurait été possible.

Avec tout mon amour.

A ma sœur et Fabien

Votre foyer a toujours été un réconfort pour moi. Merci.

A Hugo et Noah

Vous êtes et vous resterez mes petits bonheurs.

A mon frère

Merci de tes efforts passés pour me laisser travailler dans la tranquillité...

Je te souhaite réussite et succès dans ton futur métier.

A mes amis,

A Audrey, amie chère et ancienne colocataire

Merci pour ta joie de vivre et ta bonne humeur.

Notre amitié m'a permis de traverser de nombreuses épreuves...

A Lolo, Marie, Vincent, Fred et Jeanne

Vous avez toujours été présents malgré mon manque de disponibilité.

A Laurence, Maylis, Hélène et Elodie

Notre complicité et amitié me sont précieuses.

A Augustin, mon futur mari

Merci pour ton amour, ta présence, ton soutien et tes encouragements.

Tu fais de ma vie un bonheur.

Enfin, je dédie cette thèse à mes deux grands-mères qui ne m'ont jamais quittée.

SOMMAIRE

INDEX DES GRAPHIQUES.....	6
ABREVIATIONS	7
1. INTRODUCTION.....	8
2. L'ANNEAU VAGINAL NUVARING®.....	10
2.1 Historique	10
2.2 Composition	11
2.3 Mode d'utilisation	12
2.4 Pharmacocinétique	14
2.5 L'intérêt de la voie vaginale	15
2.6 Pharmacodynamie	16
2.7 Efficacité contraceptive.....	17
2.8 Observance	18
2.9 Acceptabilité.....	18
2.10 Contrôle du cycle	19
2.11 Incidence des effets indésirables	19
2.12 Contre-indications absolues et relatives.....	20
2.13 Mises en garde.....	21
2.14 Interactions médicamenteuses	21
2.15 Modalités de délivrance	22
3. METHODE	23
3.1 Enquête d'opinion	23
3.2 Population interrogée	23
3.3 Lieux des entretiens.....	23
3.4 Le questionnaire	24
3.5 Difficultés rencontrées pendant les entretiens.....	25
3.6 Traitement des données statistiques	25
3.7 Bibliographie	25
4. RESULTATS	26
4.1 Population de l'échantillon.....	26
4.2 Grossesses non désirées	28
4.3 Contraception et satisfaction	30

4.4	Connaissance de l’anneau vaginal.....	34
4.5	Utilisation de l’anneau vaginal.....	38
4.6	Acceptabilité de l’anneau vaginal par les femmes	39
4.7	Implication du médecin généraliste.....	44
4.8	Connaissance du patch transdermique contraceptif Evra®.....	46
5.	DISCUSSION	47
5.1	L’enquête.....	47
5.2	La population	48
5.3	Les lieux des entretiens	48
5.4	Les grossesses non désirées.....	49
5.5	La contraception	51
5.6	La satisfaction contraceptive des femmes	53
5.7	Connaissance de l’anneau vaginal.....	53
5.8	Les réticences des femmes	55
5.9	Le manque d’information médicale	59
5.10	L’amélioration de la diffusion de l’anneau vaginal	61
5.11	La nouvelle relation médecin patiente en matière de contraception	65
6.	CONCLUSION	67
7.	BIBLIOGRAPHIE	69
8.	ANNEXES	75
8.1	Annexe 1 : Le questionnaire.....	75
8.2	Annexe 2 : Le résumé descriptif de l’anneau vaginal lu pendant les entretiens	77
8.3	Annexe 3 : Le classement des 50 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale.....	78
8.4	Annexe 4 : « Choisir sa contraception »	80
8.5	Annexe 5 : « Comment aider une femme à choisir sa contraception »	84

INDEX DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Age de la population
Graphique 2 : Niveau d'études de la population
Graphique 3 : Lieux des entretiens
Graphique 4 : Regroupement des lieux d'entretien
Graphique 5 : Circonstances de survenue des grossesses non désirées
Graphique 6 : Age des femmes aux antécédents de grossesses non désirées
Graphique 7 : Niveau d'études des femmes aux antécédents de grossesses non désirées
Graphique 8 : Pourcentage de grossesses non désirées en fonction des lieux des entretiens
Graphique 9 : Pourcentage de grossesses non désirées en fonction du regroupement des lieux des entretiens
Graphique 10 : Type de contraception utilisée au moment des entretiens
Graphique 11 : Type de contraception en fonction de l'âge des femmes
Graphique 12 : Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraception actuelle
Graphique 13 : Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraception actuelle et en fonction de leur âge
Graphique 14 : Satisfaction des femmes vis-à-vis de chaque méthode contraceptive
Graphique 15 : Sources d'information des femmes sur l'anneau vaginal
Graphique 16 : Age des femmes connaissant l'anneau vaginal
Graphique 17 : Niveau d'études des femmes connaissant l'anneau vaginal
Graphique 18 : Connaissance de l'anneau vaginal en fonction des lieux d'entretien
Graphique 19 : Connaissance de l'anneau vaginal en fonction du regroupement des lieux d'entretien
Graphique 20 : Age des femmes utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal
Graphique 21 : Niveau d'études des femmes utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal
Graphique 22 : Pourcentage de femmes favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal
Graphique 23 : Causes du refus de l'utilisation de l'anneau vaginal
Graphique 24 : Acceptabilité de l'anneau vaginal en fonction de la source d'information
Graphique 25 : Effets indésirables ressentis lors de l'utilisation de l'anneau vaginal
Graphique 26 : Causes de l'arrêt de l'utilisation de l'anneau vaginal
Graphique 27 : Age des femmes favorables à l'anneau vaginal
Graphique 28 : Niveau d'études des femmes favorables à l'anneau vaginal
Graphique 29 : Sexe du médecin généraliste
Graphique 30 : Nombre d'actes gynécologiques et/ou obstétricaux réalisés par le médecin généraliste dans le cadre d'un suivi régulier de la femme
Graphique 31 : Connaissance de l'anneau vaginal et/ou du patch contraceptif

ABREVIATIONS

AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
BEP :	Brevet d'études professionnelles
CNGE :	Collège national des généralistes enseignants
CAP :	Certificat d'aptitude professionnelle
CNGOF :	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
COC :	Contraceptif oral combiné
CPEF :	Centre de planification et d'éducation familiale
DIU :	Dispositif intra-utérin
DGS :	Direction nationale de la santé
DSG :	Desogestrel
EE :	Ethinylestradiol
ENG :	Etonogestrel
EPPM :	Etude permanente de la prescription médicale
EVA :	Acétate de vinyl éthylène
FDA :	Food and drug administration
FSH :	Follicle stimulating hormone (Hormone Folliculostimulate)
HAS :	Haute autorité de santé
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LH :	Luteinizing hormone (Hormone Lutéinisante)
IST :	Infection sexuellement transmissible
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
SFMG :	Société française de médecine générale
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

1. INTRODUCTION

Trente ans après la promulgation de la loi Veil en 1975, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste en France aussi fréquente qu'à la fin des années 1970. [8] Le dernier chiffre recensé est de 210 700 avortements en 2004 ce qui représente 14,6 IVG pour 1000 femmes [6]. On estime à 40% le nombre de femmes qui auront recours à l'IVG au cours de leur vie [8]. La France se situe à la huitième place en nombre d'avortements pour 1000 femmes sur les 25 pays de l'Union Européenne en 2004. [58]

A cette stabilité du nombre d'IVG en France, s'oppose l'augmentation depuis 1994 de la prévalence de l'utilisation d'une méthode contraceptive « médicalisée » dont l'efficacité pratique est plus élevée que celle des méthodes dites « naturelles » (allaitement, retrait, abstinence périodique avec la méthode des températures et les méthodes Ogino et Billing). En 1994, 68% des femmes entre 20 et 44 ans utilisaient une contraception contre 78% aujourd'hui. [6][13] Les françaises occupent la première place mondiale pour la contraception médicalisée (pilule et stérilet). [7]

Cette situation française est un véritable « paradoxe contraceptif ». [29]

Mais il ne faut pas en déduire que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'avortement. Une diminution du nombre de grossesses accidentelles est décrite ces trente dernières années avec 46% de grossesses non prévues en 1975 contre 33% aujourd'hui. [8] [58]

Il s'est donc produit une propension à recourir à l'IVG. Nous sommes passés d'un modèle de maternité non maîtrisée à un modèle de maternité choisie : l'enfant, en grande majorité, peut être « programmé » selon les conditions de vie affective, sociale et professionnelle de la femme et du couple. [8]

A l'origine de ces naissances « reportées » que sont, en majorité, les avortements, on trouve le problème de l'information et de l'accessibilité à la contraception, l'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse, le mésusage du moyen de contraception (la pilule en particulier) et le choix plus ou moins adapté de la contraception. [19]

A ce choix s'oppose une « norme contraceptive » qui prévaut dans la société française, mise en évidence dans l'étude COCON (étude référentielle en France, en matière de données

sociologiques pour les grossesses non désirées). Cette « norme » correspond à l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, relayé par la pilule dès que la relation se stabilise et le dispositif intra-utérin (DIU) prescrit lorsque le nombre d'enfants idéalement souhaité est atteint. [4]

Une des solutions apportées pour pallier la survenue des grossesses accidentelles est d'élargir l'offre contraceptive afin d'assouplir cette « norme », aussi de nouvelles méthodes contraceptives hormonales non orales ont été mises sur le marché français ces trois dernières années : l'anneau vaginal Nuvaring®, le patch transdermique Evra® et l'implant progestatif Implanon®. Ces méthodes vont dans le sens d'une meilleure efficacité contraceptive proposée à la patiente, comme pour le DIU, grâce à l'amélioration de l'observance. [40]

Nous nous sommes intéressés dans cette thèse à l'anneau vaginal contraceptif Nuvaring® qui reste une méthode de contraception peu connue des femmes et du corps médical malgré les avantages qu'il offre par rapport aux autres moyens contraceptifs.

A travers une enquête d'opinion que nous avons réalisée auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans en Ile-de-France, nous allons définir la place de l'anneau vaginal quatre ans après sa mise sur le marché français et essayer de comprendre pourquoi un moyen de contraception qui répond théoriquement à l'attente des femmes est dans la pratique peu utilisé et n'influe pas sur la baisse des avortements.

2. L'ANNEAU VAGINAL NUVARING®

2.1 Historique [2]

Les anneaux vaginaux, diffusant des hormones pour la contraception, ont été conçus pour assurer des taux constants pendant une durée plus longue ; ils permettent l'utilisation de posologies plus faibles et peuvent rester sous le contrôle des utilisatrices.

Leur développement a commencé en 1966, après avoir démontré que les hormones peuvent diffuser à des taux constants à travers des tubes ou des disques solides de Silastic®. Depuis, la technologie des anneaux vaginaux a progressé avec le développement des anneaux de polysiloxane flexible puis de polymère d'acétate de vinyl éthylène (EVA). Ces matériaux sont flexibles, inertes et non irritants.

Les anneaux contraceptifs n'agissent pas comme une barrière contre le sperme mais ils préviennent les grossesses par un mécanisme hormonal, soit l'inhibition de l'ovulation, soit la modification de la glaire cervicale. Ces anneaux, à l'inverse des capes cervicales ou des diaphragmes ne sont pas ajustés ni placés sur le col. L'anneau est simplement inséré dans le vagin. Il doit juste être correctement en contact avec l'épithélium vaginal. Les hormones contraceptives sont absorbées à travers l'épithélium vaginal dans la circulation générale.

Le premier anneau vaginal contraceptif contenait seulement de l'acétate de médroxy-progestérone. D'autres progestatifs ont été étudiés, la norethindrone et le norgestrel mais les plus étudiés ont été probablement l'anneau au lévonorgestrel développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'anneau à la progestérone de Population Council (organisation internationale, qui réalise des recherches biomédicales, de sciences sociales et de santé publique).

Comme avec la plupart des méthodes à base de progestatifs seuls, les anneaux progestatifs n'inhibent pas totalement l'ovulation et provoquent des profils de saignements variables. Les problèmes de saignement, s'ils sont fréquents, ne sont pas bien tolérés par les femmes qui veulent avoir des cycles menstruels réguliers, ce qui conduit à des taux élevés d'abandon de la méthode dans certaines études.

Plusieurs types d'anneaux ont été développés à base de différents progestatifs associés à l'estradiol ou à l'éthinylestradiol. Les anneaux contenant de l'acétate de norindrone associé à de l'éthinylestradiol (EE) ont démontré leur bonne efficacité et leur bon contrôle du cycle mais ils ont été associés avec une incidence élevée à des nausées, particulièrement lors du premier cycle de traitement.

L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring®, contenant de l'éthinylestradiol et de l'etonogestrel est actuellement le seul anneau disponible sur le marché aux Etats-Unis, au Brésil et dans plusieurs pays européens dont la France.

Le développement de cet anneau vaginal contraceptif a commencé par la production de plusieurs prototypes. Le premier était un anneau à plusieurs compartiments consistant en deux tubes de Silastic®, l'un contenant l'etonogestrel (ENG), l'autre, l'EE connectés l'un à l'autre par deux bouchons de verre. Les bouchons de verre empêchaient la migration des hormones d'un compartiment à l'autre et permettaient que la libération de chaque hormone soit différemment modifiée par l'épaisseur du tube (épaisseur de la membrane) et/ou par la longueur de chaque compartiment hormonal.

Les études de recherche de doses testant 15 µg d'EE combinés à 75, 100 ou 150 µg d'ENG ont mis en évidence une relation entre la dose d'ENG et l'inhibition de l'ovulation. L'étude a conclu qu'un anneau ayant une libération quotidienne entre 100 et 150 µg d'ENG et 15 µg d'EE semblait le plus approprié pour assurer une contraception ; en conséquence, une libération quotidienne de 120 µg d'ENG et 15 µg d'EE a été et est encore utilisée. Bien que les résultats avec l'anneau en Silastic® soient prometteurs, le développement de Nuvaring® s'est orienté vers un anneau en EVA quand le fabricant de Silastic® a retiré son produit.

Les études sur l'anneau vaginal ont été réalisées chez des femmes entre 18 et 40 ans. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée d'abord en 2001 par la Food and Drug Administration (FDA) pour le marché américain et en avril 2004 en France.

2.2 Composition [1]

C'est un anneau souple et transparent, quasiment incolore, constitué d'une matrice en polymère d'EVA de 54 mm de diamètre extérieur et 4 mm de section (figure 1 et 2). Chaque

anneau, contient, uniformément répartie à l'intérieur du noyau d'EVA, une association estroprogestative :

- 11,70 mg d'étonogestrel, métabolite du desogestrel, progestatif de troisième génération.
- 2,70 mg d'éthinylestradiol.

Une membrane externe, également en EVA, qui entoure le noyau, contrôle la libération des hormones.

Figure 1 [Brochure scientifique Organon]

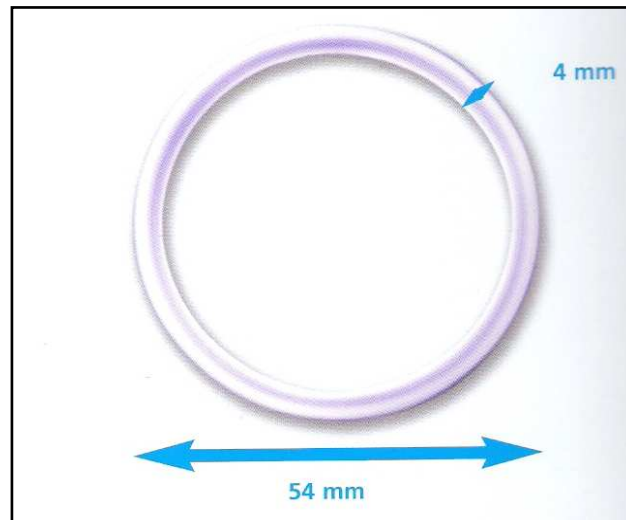
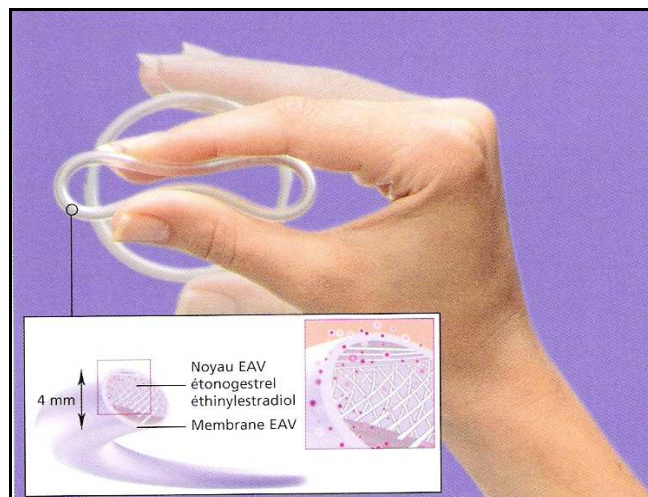


Figure 2 [Brochure scientifique Organon]



2.3 Mode d'utilisation [1]

Chaque anneau contraceptif est destiné à être utilisé pendant un seul cycle, un cycle étant défini comme une période de 28 jours. L'anneau est mis en place dans le vagin par la femme elle-même. Pour mettre l'anneau en place, la femme adopte une position qui lui permet

d'introduire l'anneau facilement. L'anneau est pincé entre le pouce et l'index (figure 2) et introduit dans le vagin dans une position confortable. L'anneau est efficace quelle que soit sa place dans le vagin. Une fois mis en place, l'anneau doit rester dans le vagin pendant 3 semaines consécutives, sans interruption. La femme devra vérifier régulièrement la présence de l'anneau. L'anneau doit être enlevé le même jour de la semaine que celui où il a été mis en place.

Une hémorragie de privation apparaît habituellement 2 à 3 jours après le retrait de l'anneau.

Après une période d'une semaine sans anneau, un nouvel anneau est inséré.

Les modalités de la première utilisation de l'anneau vaginal sont fonction de la situation contraceptive de la femme avant l'utilisation de Nuvaring® et sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 [Brochure scientifique Organon]

<i>Situation précédente</i>	<i>Quand insérer l'anneau vaginal ?</i>	<i>Une méthode barrière est-elle nécessaire au cours des 7 premiers jours d'utilisation de l'anneau vaginal ?</i>
Pas de contraception hormonale préalable au cours du cycle précédent	Le 1 ^{er} jour du cycle (=1 ^{er} jour des règles)	Non
	En cas d'insertion entre le 2 ^{ème} et le 5 ^{ème} jour du cycle	Oui
Contraceptif hormonal combiné (COC)	Le lendemain de l'intervalle sans comprimé ou sans patch, ou du dernier comprimé placebo du COC ou Initiation immédiate : n'importe quel jour du cycle	Non
Pilule uniquement progestative	N'importe quel jour	Oui
Implant contraceptif	Le jour où l'implant est retiré	Oui
Contraception injectable	Le jour où doit avoir lieu l'injection suivante	Oui
DIU délivrant un progestatif	Le jour où le dispositif est enlevé	Oui
Après un avortement du 1 ^{er} trimestre	immédiatement	Non
Après un accouchement ou un avortement du 2 nd trimestre	4 ^{ème} semaine après l'accouchement ou l'avortement	non

2.4 Pharmacocinétique

L'anneau vaginal libère, en moyenne pendant trois semaines consécutives, 15µg d'EE par jour et 120µg d'ENG par jour. [51]

2.4.1 Etonogestrel [53]

L'absorption, au niveau de la muqueuse vaginale, de l'ENG libéré par l'anneau vaginal, est rapide. Le pic maximum de concentration sérique de l'ENG est atteint environ en une semaine après l'insertion de l'anneau. Les concentrations présentent de légères fluctuations et diminuent ensuite progressivement de façon linéaire pour atteindre en moyenne 1374 pg/ml. Ces taux sont légèrement plus faibles que les concentrations à l'état d'équilibre d'un COC contenant 30µg d'EE et 150 µg de desogestrel (DSG), en moyenne 1617 pg/ml.

Sous anneau vaginal, un seul pic sérique de DSG se produit par cycle contre des pics quotidiens avec un COC.

La biodisponibilité de l'ENG est d'environ 100% ce qui est supérieur à celle observée de la voie orale d'un COC (79%).

L'ENG est métabolisé par le cytochrome P450 au niveau du foie. Les produits de conjugaison de l'ENG sont éliminés dans les urines et les selles avec un ratio de 1,7/1. La demi vie d'élimination de l'ENG est d'environ 29h par voie vaginale et est similaire à celle observée pour un COC.

2.4.2 Ethinylestradiol [53]

L'absorption, au niveau de la muqueuse vaginale, de l'EE libéré par l'anneau vaginal, est rapide. Le pic maximum de concentration sérique d'EE est atteint en 3 jours après l'insertion de l'anneau. Le taux sérique d'EE diminue lentement pour atteindre la valeur moyenne de 17,6 pg/ml qui est inférieur aux concentrations moyennes à l'état d'équilibre du COC, 34,5 µg/ml.

La biodisponibilité absolue de l'EE est d'environ 56% ce qui est comparable à l'administration de l'EE par voie orale.

L'EE est métabolisé par le cytochrome P450 du foie. Les produits de conjugaison et métabolites sont éliminés dans les urines et dans les selles avec un ratio 1,3/1.

La demi-vie d'élimination moyenne par voie vaginale est d'environ 45h contre 30h par voie orale.

Une étude, qui compare Nuvaring® au patch transdermique Evra® et à un COC contenant 30µg d'EE, confirme que le taux sérique d'EE sous anneau vaginal est plus bas et présente moins de fluctuations par rapport au COC et au patch transdermique. [54]

2.5 Intérêt de la voie vaginale [2]

L'anatomie, la vascularisation et l'innervation du vagin confèrent à la voie vaginale certains avantages.

2.5.1 Anatomie du vagin

Chez la femme en position debout, la partie inférieure du vagin est plus convexe et plus large que la partie supérieure qui repose de façon quasi-horizontale sur le plancher pelvien. L'angle formé entre les deux axes supérieur et inférieur est d'environ 130°.

Les parois antérieure et postérieure du vagin étant accolées, la lumière vaginale est virtuelle à l'état de vacuité.

Dans le pelvis, le vagin traverse deux « diaphragmes musculaires » : le diaphragme urogénital dans sa partie moyenne constitué du muscle bulbo-caverneux et le diaphragme pelvien à l'entrée du vagin formé du muscle puborectal. Ces deux diaphragmes agissent comme des sphincters à l'entrée du vagin.

Ainsi, la direction du vagin et la présence de diaphragmes musculaires préviennent l'expulsion d'un dispositif intravaginal.

2.5.2 Vascularisation du vagin

La vascularisation artérielle du vagin est constituée d'un large réseau anastomotique situé autour des parois vaginales. Ce réseau dérive essentiellement de l'artère utérine, branche de l'artère iliaque interne, de l'artère honteuse interne et des artères hémorroïdales moyenne et inférieure.

Le plexus veineux est drainé par les veines pudendale, vaginale, utérine, vésicale et rectosigmoïdienne. Toutes ces veines se jettent dans la veine cave inférieure qui en majeure partie court-circuite le système porte.

Ainsi, la riche vascularisation du vagin assure une absorption rapide et constante de principes actifs et court-circuite le système porte.

2.5.3 L'innervation du vagin

L'innervation du vagin est assurée par le nerf pudendal et le plexus pelvien.

La partie inférieure du vagin, innervée par des neurones nociceptifs, est hautement sensitive. Les parties supérieure et moyenne sont innervées par des fibres autonomes et sont peu sensibles aux sensations tactiles et douloureuses.

Ainsi l'innervation du vagin favorise le maintien confortable d'un dispositif intravaginal. La femme ne perçoit pas de sensations vaginales localisées, ni d'inconfort, quand elle utilise l'anneau vaginal, les tampons hygiéniques ou les ovules.

Enfin grâce à cette voie d'administration, les troubles digestifs (vomissements et diarrhées) n'affectent pas l'efficacité de la méthode. [51]

2.6 Pharmacodynamie

Le mécanisme d'action de l'anneau vaginal, comme celui des contraceptions orales combinées, repose essentiellement sur l'inhibition de l'ovulation, mais aussi sur les modifications de la glaire cervicale et de l'endomètre.

L'action anti-ovulatoire des contraceptifs hormonaux est médiée par leurs effets sur l'hypothalamus et l'hypophyse (inhibition de la sécrétion de la follicle stimulating hormone (FSH) et de la luteinizing hormone (LH)). Elle se traduit par une inhibition de la croissance folliculaire. L'effet anti-ovulatoire de l'anneau vaginal a été étudié lors de deux études ouvertes randomisées portant sur 45 et 16 patientes. [33][34] Pendant toute la durée des études, aucune ovulation n'a été observée et les concentrations de FSH et de LH ont été généralement peu élevées.

La réversibilité de l'effet de l'anneau vaginal a été étudiée dans une étude chez 15 femmes ayant utilisé l'anneau vaginal pendant deux cycles. [44] Après retrait de l'anneau vaginal, la médiane de survenue de l'ovulation a été, dans les conditions normales d'utilisation, de 19 jours. Dans cette étude, l'effet anti-ovulatoire de l'anneau vaginal a été réversible dans la majorité des cas à l'issue de la période de suivi, et après l'arrêt de son utilisation, on a observé un rétablissement des cycles ovulatoires.

2.7 Efficacité contraceptive

Le dossier d'évaluation clinique initial de l'anneau vaginal contraceptif comporte principalement :

- Deux essais cliniques multicentriques, non comparatifs (un américain avec 1210 femmes et un européen avec 1182 femmes sur 13 cycles) avec des protocoles similaires en vue d'une analyse combinée des données. [14] [45]

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure en calculant son indice de Pearl qui se définit par le rapport du nombre de grossesses sur le nombre total de cycles observés par l'ensemble des femmes étudiées rapporté à un an. (Indice de Pearl= nombre de grossesses × 1200/nombre de mois d'études). Le résultat est exprimé en grossesses pour cent femmes par an. Ce résultat est un nombre compris entre 0 (aucune grossesse accidentelle chez cent femmes utilisant la méthode pendant un an) et 1200 (toutes les femmes de l'étude ont eu une grossesse accidentelle le premier mois). [51]

Dans les études européennes, l'indice de Pearl de l'anneau vaginal est de 0,65 en intention de traiter (c'est-à-dire incluant les erreurs d'utilisation et les échecs de la méthode) et de 0,40 en per protocole (c'est-à-dire incluant seulement les échecs de la méthode utilisée correctement). [3] [45]

Dans l'étude nord-américaine, l'indice de Pearl de l'anneau vaginal est de 1,7 en intention de traiter et de 1,3 en per protocole. [14]

L'indice de Pearl combiné des deux essais a été de 1,18 en intention de traiter et 0,77 en per protocole. [14]

- Un essai clinique randomisé, non aveugle, comparant l'anneau vaginal versus un COC d'EE à 30 µg et de lévonorgestrel à 150 µg, incluant 1030 femmes sur une durée de 13 cycles [37] retrouve un indice de Pearl à 1,23 pour l'anneau vaginal et à 1,19 pour le contraceptif oral en intention de traiter.

Selon l'OMS et des résultats obtenus sur une population plus large, après sa mise sur le marché, l'indice de Pearl de l'anneau vaginal est de 0,3 en utilisation parfaite (per protocole) et s'élève à 8 en emploi habituel (intention de traiter). [51]

Ce taux d'échec est similaire pour la pilule estroprogestative et le patch transdermique mais supérieur au taux d'échec pour le DIU et l'implant progestatif. [51]

Cela révèle l'importance de l'observance en contraception avec une différence entre l'efficacité optimale (obtenue dans les essais) et l'efficacité constatée en utilisation pratique .[51] Cette observance est augmentée pour les moyens de contraception « imposés » à la femme comme le DIU et l'implant progestatif.

L'efficacité contraceptive dépend de l'observance des utilisatrices et de l'acceptabilité de la méthode contraceptive par les femmes.

2.8 Observance

Le respect du schéma d'administration est probablement le principal facteur, dépendant de l'utilisatrice, qui détermine l'efficacité contraceptive.

Dans l'analyse groupée des deux études nord-américaine et européenne incluant 2392 femmes, soit 23298 cycles [14] [45], il est apparu que 85,6% des cycles étudiés dans la population en intention de traiter ont été conformes au schéma d'utilisation recommandé. A noter une légère différence d'observance entre l'étude européenne et nord-américaine (90,8% versus 79,9%). Cette différence avait déjà été observée dans des études précédemment menées avec les contraceptifs oraux combinés. Les femmes européennes suivent plus scrupuleusement les consignes d'utilisation que les femmes nord-américaines. [14]

2.9 Acceptabilité

L'acceptabilité est très satisfaisante. Dans une étude sur 2322 femmes [14], 96 à 98% des femmes n'ont jamais ou rarement eu de difficultés d'insertion ou de retrait de l'anneau, 83% des femmes ne l'ont jamais ou rarement ressenti pendant les rapports sexuels, 68% des partenaires n'ont jamais ou rarement ressenti l'anneau et 91% des partenaires ne se sont jamais ou rarement opposés à l'utilisation de l'anneau.

L'acceptabilité de l'anneau vaginal dépend en partie du contrôle du cycle et de l'incidence des effets secondaires.

2.10 Contrôle du cycle

Le contrôle du cycle dépend de l'incidence d'apparition de saignements intercurrents (spottings) et de la « ponctualité » de survenue des hémorragies de privation lors de l'utilisation d'un moyen de contraception.

Deux essais avec 1030 et 247 femmes sur 12 et 6 cycles respectifs, comparant Nuvaring® à un COC contenant 30µg d'EE et 150µg de levonorgestrel [10] [38], ont mis en évidence :

- Une plus faible incidence de spottings chez les utilisatrices de Nuvaring® par rapport au COC.
Le même constat a été fait dans une autre étude sur 983 femmes, qui compare Nuvaring® à un COC contenant 30µg d'EE et 3 mg de drospirone. [31]
- Une meilleure régularité des cycles c'est-à-dire une meilleure ponctualité de survenue des hémorragies de privation chez les femmes utilisant Nuvaring® par rapport au COC.

Cette bonne maîtrise du cycle est attribuable à la bonne utilisation de la méthode et au fait que l'anneau vaginal libère en continu les stéroïdes et évite les fluctuations journalières. [18]

2.11 Incidence des effets indésirables

Deux études d'une durée de 13 cycles et portant sur 2322 femmes [41] [14] ont mis en évidence les incidences des effets secondaires les plus fréquents, liés ou possiblement liés à Nuvaring®:

▪ Céphalées	5,8%
▪ Vaginite	5,6%
▪ Leucorrhées	4,8%
▪ Sensations de corps étranger, problèmes coïtaux, expulsions d'anneaux	4,4%
▪ Prise de poids	4,0%
▪ Nausées	3,2%
▪ Instabilité émotionnelle	2,8%
▪ Mastodynie	2,6%
▪ Dysménorrhée (spottings, aménorrhées)	2,6%
▪ Inconfort vaginal	2,4%
▪ Acné	2,0%

Au total 15,1% des femmes sont sorties de l'étude pour évènement indésirable avec l'anneau vaginal.

2.12 Contre-indications (absolues et relatives) [15]

En tant que contraceptif estroprogestatif, l'anneau vaginal possède les mêmes contre-indications que les COC: [1]

2.12.1 Contre-indications absolues

- Cancers du sein ou de l'utérus
- Antécédents de thrombose veineuse ou artérielle
- Hypertension artérielle
- Cardiopathie thrombogène ou décompensée
- Insuffisance coronarienne
- Diabète
- Affection hépatique sévère ou récente
- Insuffisance rénale chronique
- Hémorragie génitale non diagnostiquée
- Tumeur hypophysaire
- Porphyrries
- Lupus érythémateux disséminé
- Connectivites
- Hyperlipidémie
- Affections vasculaires cérébrales ou oculaires
- Migraines avec aura et/ou antécédents familiaux d'accident vasculaire cérébral
- Tabagisme important
- Grossesse
- Hypersensibilité à l'une des substances actives de l'anneau vaginal.

2.12.2 Contre-indications relatives

- Tabagisme modéré
- Epilepsies
- Obésité
- Varices
- Fibromes utérins
- Tumeurs bénignes du sein
- Mastopathies bénignes
- Allaitement
- Formes graves d'otospongiose

Concernant le risque de survenue, sous anneau vaginal, de thromboses veineuses ou artérielles, d'apparition de cancer du sein ou de l'utérus et d'affection hépatique, aucune donnée épidémiologique n'est disponible actuellement. Seules les études sur les COC nous informent du risque plus élevé d'apparition de ces pathologies sous traitement hormonal estroprogestatif.

2.13 Mises en garde

En cas de prolapsus du col utérin, de cystocèle, ou encore de constipation grave ou chronique, il est possible que la femme ne parvienne pas à placer correctement l'anneau et qu'elle le perde. [1]

2.14 Interactions médicamenteuses et locales

Les interactions médicamenteuses susceptibles de réduire l'efficacité de l'anneau vaginal sont du même ordre que celles connues comme interférant avec les autres contraceptifs estroprogestatifs. Les estrogènes et les progestatifs sont sensibles aux inducteurs enzymatiques qui diminuent leur efficacité contraceptive. [42] [43]

D'après deux études, l'une portant sur 26 femmes [57] et l'autre sur 14 femmes [56] montrent que les antimycosiques en administration vaginale et le co-usage des tampons n'affectent pas l'efficacité contraceptive de l'anneau vaginal.

2.15 Modalités de délivrance

Nuvaring® est délivré sur prescription médicale. Il n'est pas remboursé par les assurances sociales.

Le prix d'un anneau vaginal est d'environ quinze euros.

Seul le laboratoire Organon le produit et le commercialise. Aucun générique n'existe actuellement sur le marché.

3. METHODE

3.1 Enquête d'opinion

Nous avons effectué une enquête d'opinion auprès des femmes afin d'obtenir une vision instantanée de la connaissance et de l'utilisation de l'anneau vaginal par celles-ci. Cette enquête a été réalisée en Ile de France entre juillet 2006 et septembre 2007. Les informations ont été recueillies grâce à un questionnaire (annexe 1) lors d'entretiens individuels.

3.2 Population interrogée

Les femmes interrogées étaient âgées de 18 à 40 ans inclus (selon les indications d'utilisation de l'anneau vaginal par l'AMM) et devaient parler et comprendre le français.

3.3 Lieux des entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre juillet 2006 et septembre 2007 dans différents lieux médicalisés de l'Ile-de-France :

- Des cabinets médicaux. Les médecins y exerçant étaient seuls ou associés à d'autres médecins généralistes ou à des professionnels paramédicaux mais jamais à des médecins spécialistes. Ces cabinets étaient situés à :
 - ✓ Soisy-sous- Montmorency (Val d'Oise)
 - ✓ Gennevilliers (Hauts de Seine)
 - ✓ Paris dans les 10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements. .
- Au centre de planning familial de l'hôpital du Kremlin Bicêtre (Val de Marne)
- Dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Fontainebleau (Seine et Marne).
- Dans le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Nanterre (Hauts-de-Seine).

Dans les cabinets médicaux, au centre du planning familial et dans le service de PMI, les femmes étaient informées de l'étude dans les salles d'attente. Après avoir obtenu leur accord oral, elles étaient ensuite interrogées, dans une pièce à part, afin de respecter la confidentialité et le secret médical.

Dans le cadre des consultations de médecine générale, les patientes volontaires, répondaient, en fin de consultation, au questionnaire, après leur avoir expliqué la démarche de l'étude et obtenu leur consentement.

Dans le service de pédiatrie de Fontainebleau, les mères étaient interrogées les après-midi, seules dans le bureau médical du service, lorsque leur enfant dormait ou était en salle de jeux. Tous ces entretiens ont été réalisés après accord des chefs de service et du ou des médecins des cabinets médicaux.

3.4 Le questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire comportait 21 items.

Les questions 1 et 2 portaient sur les caractéristiques de la population de femmes interrogées :

- Question 1 : leur âge
- Question 2 : leur niveau d'études.

Les questions 3 et 4 portaient sur le sexe de leur médecin généraliste et le suivi gynécologique et obstétrical régulier effectué par celui-ci.

Les questions 5 à 7 portaient sur la survenue d'une grossesse non désirée antérieure et l'utilisation d'un moyen de contraception à ce moment là.

Les questions 8 à 10 portaient sur leur moyen de contraception actuel et leur satisfaction vis-à-vis de celui-ci.

La question 11 portait sur leur connaissance de l'anneau vaginal.

Ensuite deux cas de figure se présentaient :

Pour les femmes qui ne connaissaient pas l'anneau vaginal Nuvaring®, un résumé descriptif de l'anneau, d'une dizaine de lignes (annexe 2), leur était lu et en même temps, un exemplaire de l'anneau leur était présenté. Ensuite, les questions 19 et 20 leur étaient posées afin de recueillir leur avis sur l'anneau vaginal.

Pour celles qui connaissaient l'anneau vaginal, les questions 12 à 14 leur étaient posées :

- La question 12 portait sur leur source d'information sur l'anneau vaginal.
- La question 13 portait sur l'information reçue de la part de leur médecin généraliste sur l'anneau vaginal.
- La question 14 portait sur leur utilisation éventuelle de l'anneau.

Pour les femmes qui ne l'avaient jamais utilisé, la question 15 renseignait sur les raisons de la non utilisation de l'anneau vaginal.

Pour celles qui l'utilisaient ou l'avaient déjà utilisé : la question 17 s'intéressait aux effets indésirables ressentis et la question 18 portait sur la ou les causes de l'arrêt de l'utilisation.

Enfin, la question 21 était posée à toutes les femmes et portait sur leur connaissance de l'existence du patch transdermique contraceptif Evra®.

3.5 Difficultés rencontrées pendant les entretiens

Les femmes comprenant ou parlant pas ou peu le français ne pouvaient être retenues pour notre étude.

Le temps accordé aux entretiens à la fin des consultations était plus court par rapport au temps accordé hors consultations.

3.6 Traitement des données statistiques

Les réponses aux questions posées ont été répertoriées dans un tableau de recueil de données sur le logiciel Excel (Windows). Les réponses simples aux problématiques de la thèse (âge, niveau d'études de la population, sexe du médecin généraliste, actes gynécologiques effectués par le médecin généraliste, lieu de l'entretien, nombre de grossesses non désirées et contraception utilisée, connaissance et utilisation de l'anneau et connaissance du patch Evra®) ont été listées dans des tableaux simples. Les autres données répondant à des problématiques plus complexes ont été obtenues à l'aide de tableaux croisés dynamiques.

Les pourcentages obtenus ont été arrondis sans chiffre après la virgule.

3.7 Bibliographie

La bibliographie a été constituée par une recherche sur les sites PubMed et Google scholar. Cette recherche a utilisé les mots clés : médecine générale, contraception, anneau vaginal contraceptif, Nuvaring®, avortement.

A notre demande, le laboratoire Organon nous a fourni une partie des études effectuées sur Nuvaring® pour obtention de l'AMM.

4. RESULTATS

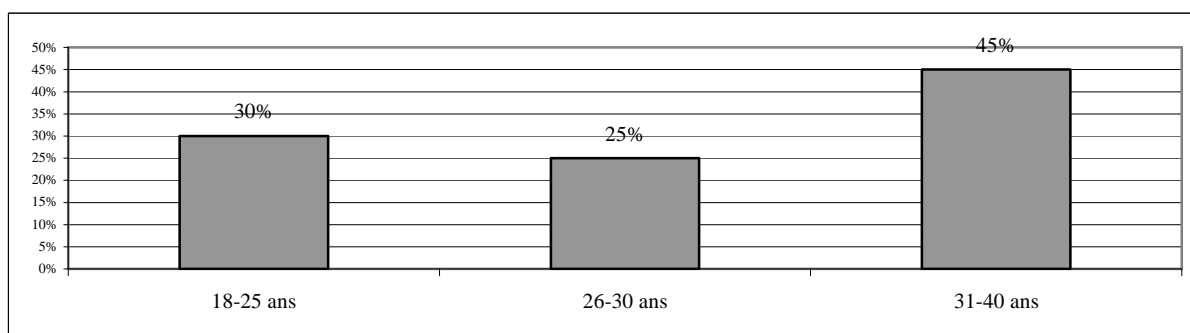
4.1 Population de l'échantillon

4.1.1 Age de la population

170 réponses

- 18-25 ans : 51 soit 30%
- 26-30 ans : 43 soit 25%
- 31-40 ans : 76 soit 45%

Graphique 1

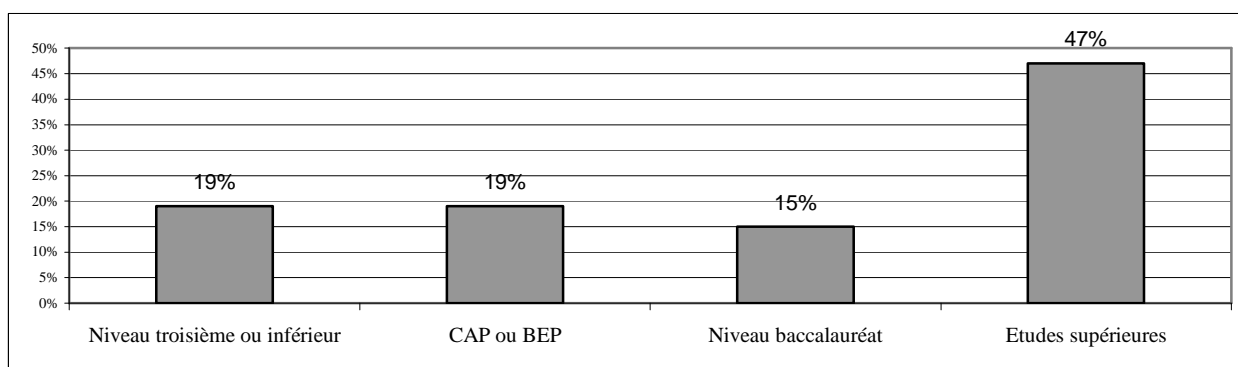


4.1.2 Niveau d'études de la population

170 réponses

- Niveau troisième ou inférieur : 32 soit 19%
- CAP ou BEP : 32 soit 19%
- Niveau baccalauréat : 26 soit 15%
- Etudes supérieures : 80 soit 47%

Graphique 2

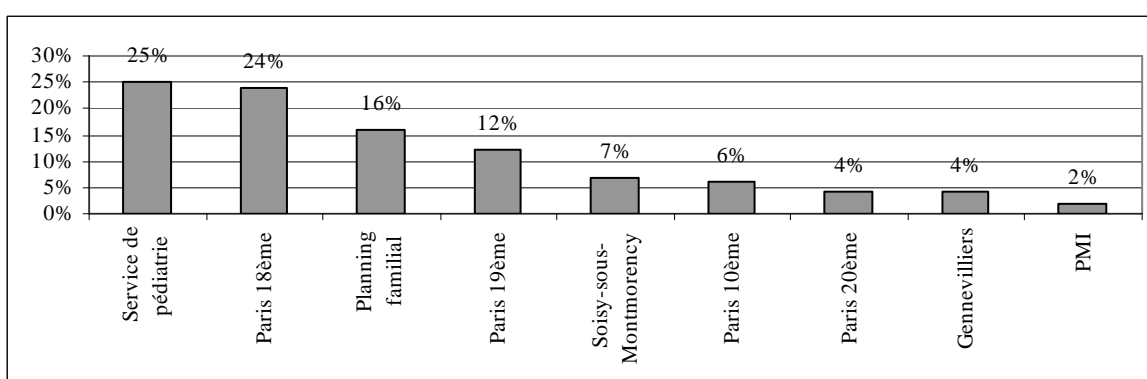


4.1.3 Lieux des entretiens

170 réponses

- Service de pédiatrie H. de Fontainebleau : 42 soit 25%
- Cabinet de Médecine générale Paris 18^{ème} : 41 soit 24%
- Planning familial H. du Kremlin Bicêtre : 27 soit 16%
- Cabinet de Médecine générale Paris 19^{ème} : 20 soit 12%
- Cabinet de Médecine générale Soisy s/M. : 12 soit 7%
- Cabinet de Médecine générale Paris 10^{ème} : 11 soit 6%
- Cabinet de Médecine générale Paris 20^{ème} : 7 soit 4%
- Cabinet de Médecine générale Gennevilliers : 6 soit 4%
- Centre de PMI de Nanterre : 4 soit 2%

Graphique 3

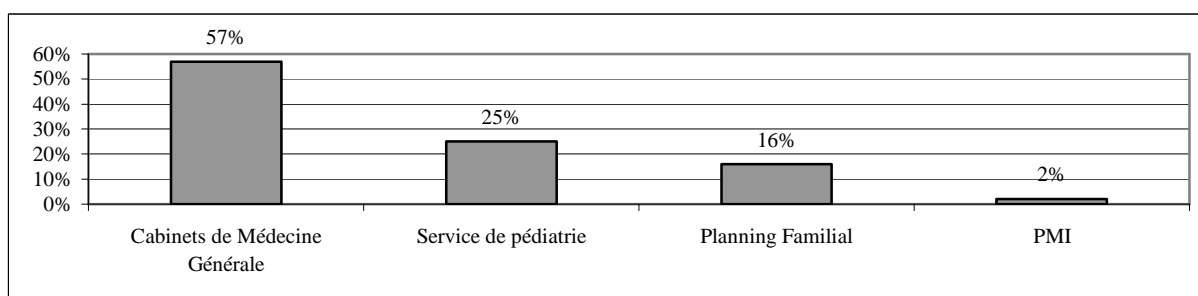


4.1.4 Regroupement des lieux des entretiens

170 réponses

- Cabinets de Médecine générale : 97 soit 57%
- Service de pédiatrie H. de Fontainebleau : 42 soit 25%
- Planning familial H. du Kremlin Bicêtre : 27 soit 16%
- PMI : 4 soit 2%

Graphique 4



4.2 Grossesses non désirées

4.2.1 Pourcentage de grossesses non désirées :

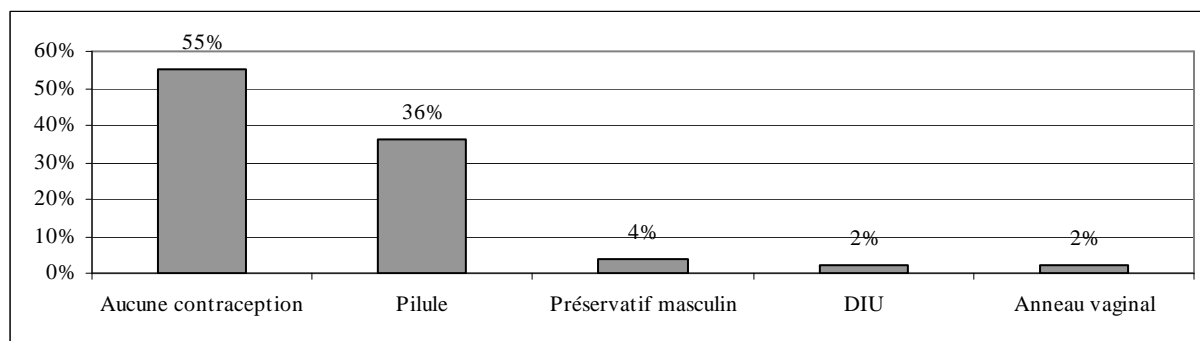
47 sur 170 soit 28%

4.2.2 Circonstances de survenue des grossesses non désirées :

47 réponses

- Aucune contraception : 26 soit 55%
- Pilule : 17 soit 36%
- Préservatif masculin : 2 soit 4%
- DIU : 1 soit 2%
- Anneau vaginal 1 soit 2%

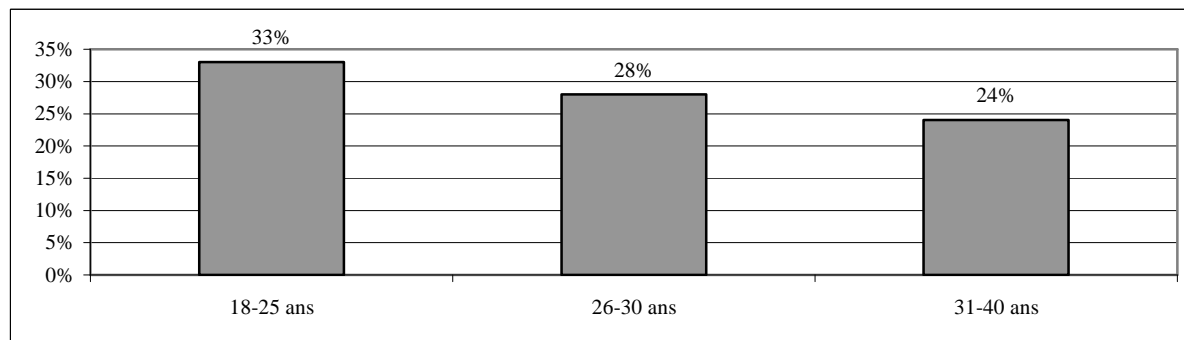
Graphique 5



4.2.3 Age des femmes aux antécédents de grossesses non désirées :

- 18-25 ans : 17 sur 51 soit 33%
- 26-30 ans : 12 sur 43 soit 28%
- 31-40 ans : 18 sur 76 soit 24%

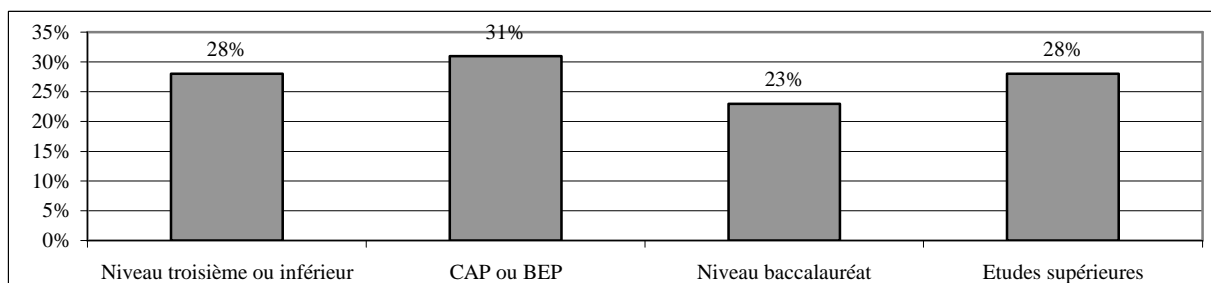
Graphique 6



4.2.4 Niveau d'études des femmes aux antécédents de grossesses non désirées :

- Niveau troisième ou inférieur : 9 sur 32 soit 28%
- CAP ou BEP : 10 sur 32 soit 31%
- Niveau baccalauréat : 6 sur 26 soit 23%
- Etudes supérieures : 22 sur 80 soit 28%

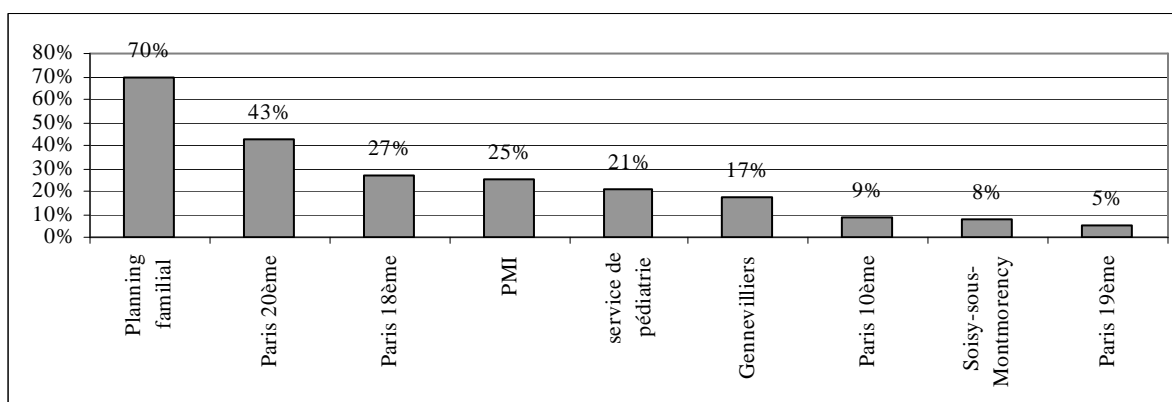
Graphique 7



4.2.5 Pourcentage de grossesses non désirées en fonction des lieux des entretiens :

- Planning familial H. du Kremlin Bicêtre : 19 sur 27 soit 70%
- Cabinet de Médecine générale Paris 20^{ème} : 3 sur 7 soit 43%
- Cabinet de Médecine générale Paris 18^{ème} : 11 sur 41 soit 27%
- Centre de PMI de Nanterre : 1 sur 4 soit 25%
- Service de pédiatrie H. de Fontainebleau : 9 sur 42 soit 21%
- Cabinet de Médecine générale Gennevilliers : 1 sur 6 soit 17%
- Cabinet de Médecine générale Paris 10^{ème} : 1 sur 11 soit 9%
- Cabinet de Médecine générale Soisy s/M. : 1 sur 12 soit 8%
- Cabinet de Médecine générale Paris 19^{ème} : 1 sur 20 soit 5%

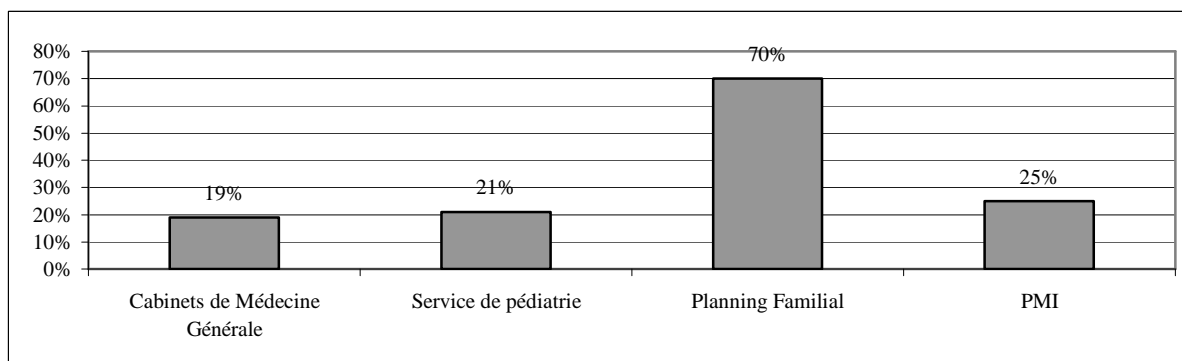
Graphique 8



4.2.6 Pourcentage de grossesses non désirées en fonction du regroupement des lieux des entretiens :

- Cabinets de Médecine générale : 18 sur 97 soit 19%
- Service de pédiatrie H. de Fontainebleau : 9 sur 42 soit 21%
- Planning familial H. du Kremlin Bicêtre : 19 sur 27 soit 70%
- Centre de PMI de Nanterre : 1 sur 4 soit 25%

Graphique 9



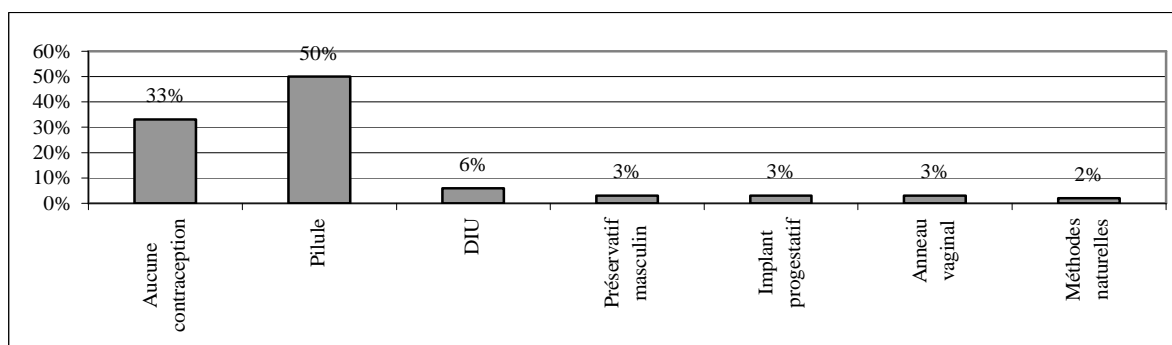
4.3 Contraception et satisfaction

4.3.1 Type de contraception utilisée au moment des entretiens :

170 réponses

- Aucune contraception : 56 soit 33%
- Pilule : 85 soit 50%
- DIU : 11 soit 6%
- Préservatif masculin : 5 soit 3%
- Implant progestatif : 5 soit 3%
- Anneau vaginal : 5 soit 3%
- Méthodes naturelles : 3 soit 2%

Graphique 10

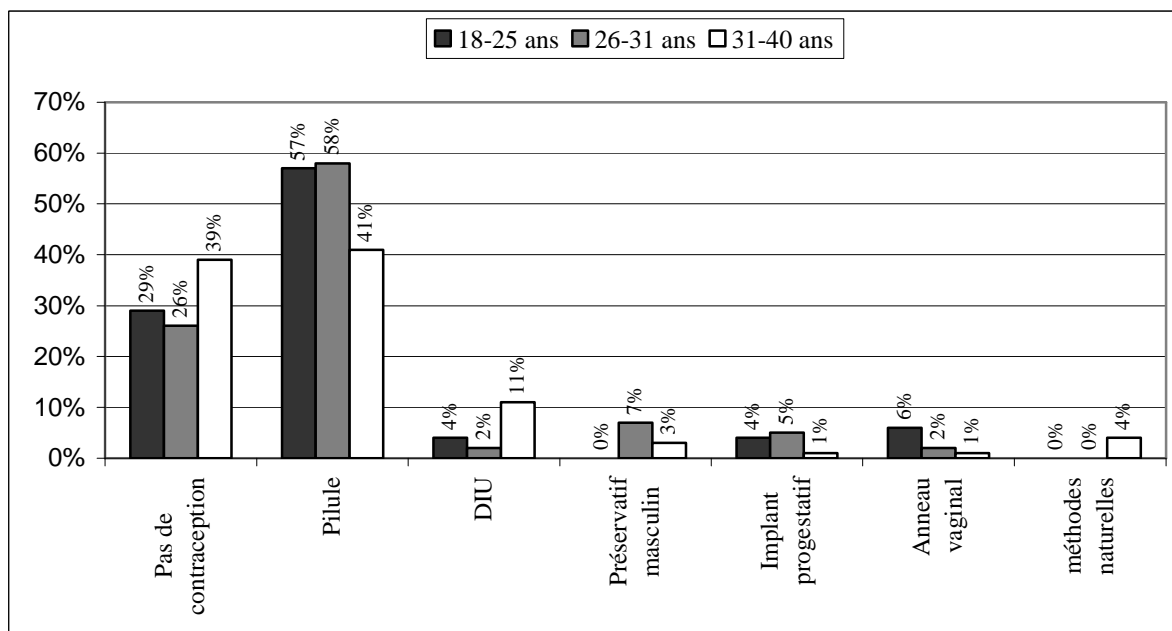


4.3.2 Type de contraception en fonction de l'âge des femmes:

<u>18-25 ans</u>	<u>26-30 ans</u>	<u>31-40 ans</u>
51 réponses	43 réponses	76 réponses

▪ Aucune contraception :	15 soit 29%	11 soit 26%	30 soit 39%
▪ Pilule :	29 soit 57%	25 soit 58%	31 soit 41%
▪ DIU :	2 soit 4%	1 soit 2%	8 soit 11%
▪ Préservatif masculin :	0 soit 0%	3 soit 7%	2 soit 3%
▪ Implant progestatif :	2 soit 4%	2 soit 5%	1 soit 1%
▪ Anneau vaginal :	3 soit 6%	1 soit 2%	1 soit 1%
▪ Méthodes naturelles	0 soit 0%	0 soit 0%	3 soit 4%

Graphique 11

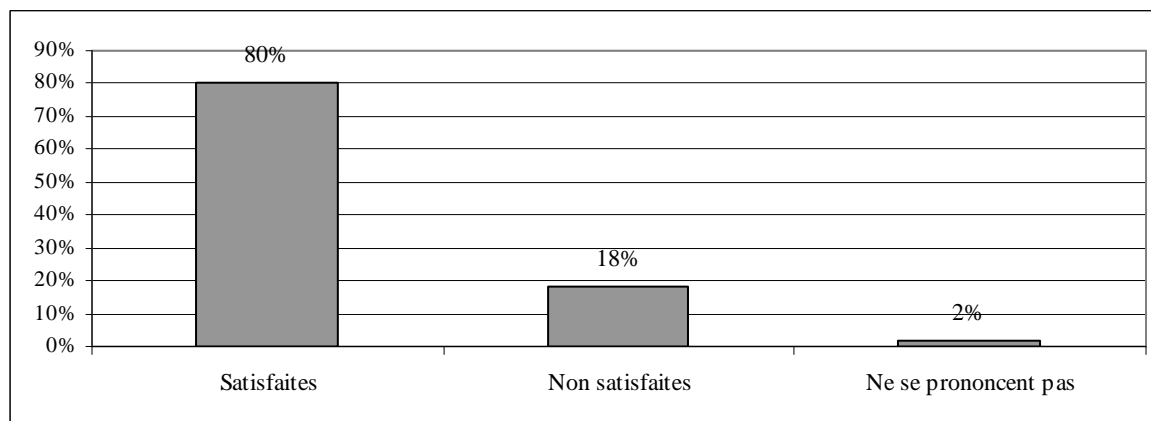


4.3.3 Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraception actuelle:

114 réponses

- Satisfaites : 91 soit 80%
- Non satisfaites : 21 soit 18%
- Ne se prononcent pas : 2 soit 2%

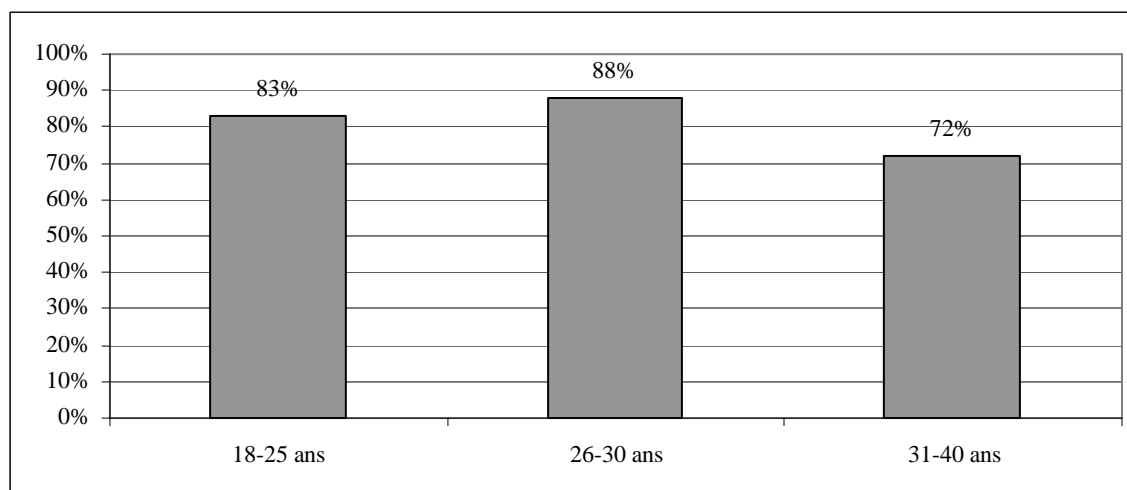
Graphique 12



4.3.4 Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur contraception actuelle et en fonction de leur âge :

- 18-25 ans : 30 sur 36 soit 83%
- 26-30 ans : 28 sur 32 soit 88%
- 31-40 ans : 33 sur 46 soit 72%

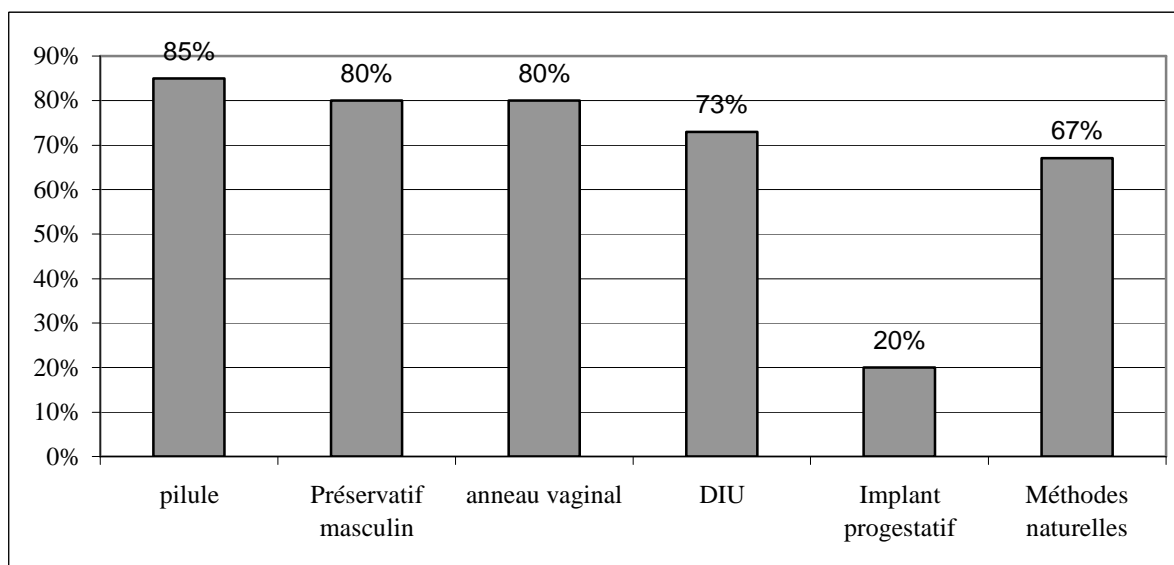
Graphique 13



4.3.5 Satisfaction des femmes vis-à-vis de chaque méthode contraceptive :

- Pilule : 72 sur 85 soit 85%
- DIU : 8 sur 11 soit 73%
- Implant progestatif : 1 sur 5 soit 20%
- Préservatif masculin : 4 sur 5 soit 80%
- Anneau vaginal : 4 sur 5 soit 80%
- Méthodes naturelles : 2 sur 3 soit 67%

Graphique 14



4.4 Connaissance de l'anneau vaginal

4.4.1 Pourcentage de femmes connaissant l'anneau vaginal :

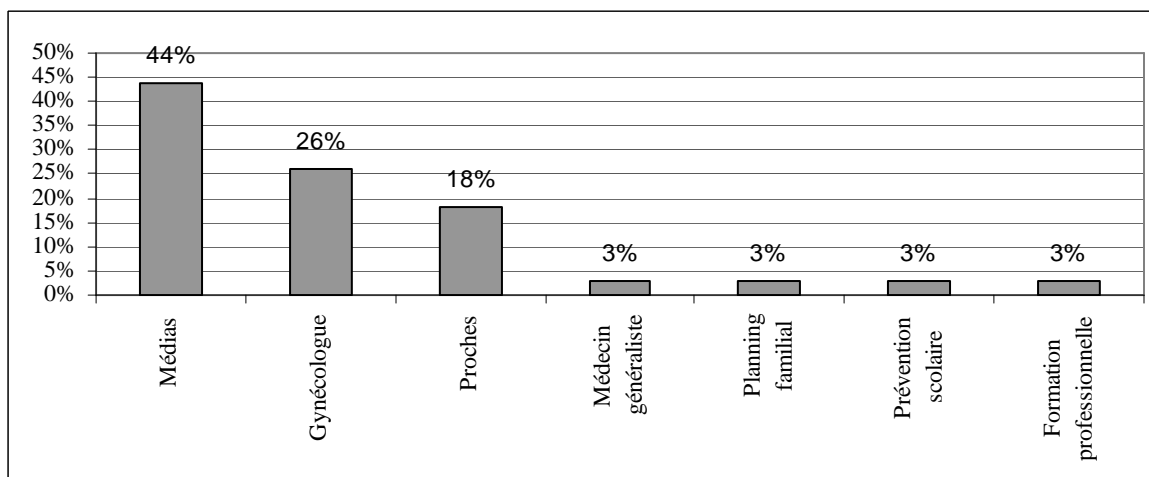
34 sur 170 soit 20%

4.4.2 Sources d'information des femmes sur l'anneau vaginal :

34 réponses

- Médias : 15 soit 44%
- Gynécologue : 9 soit 26%
- Proches : 6 soit 18%
- Médecin généraliste : 1 soit 3%
- Planning familial : 1 soit 3%
- Prévention scolaire : 1 soit 3%
- Formation professionnelle : 1 soit 3%

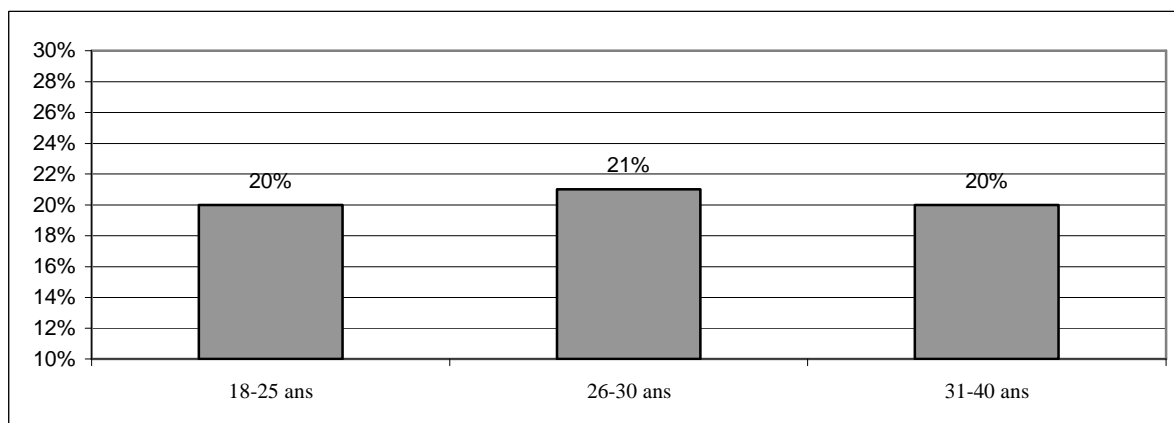
Graphique 15



4.4.3 Age des femmes connaissant l'anneau vaginal :

- 18-25 ans : 10 sur 51 soit 20%
- 26-30 ans : 9 sur 43 soit 21%
- 31-40 ans : 15 sur 76 soit 20%

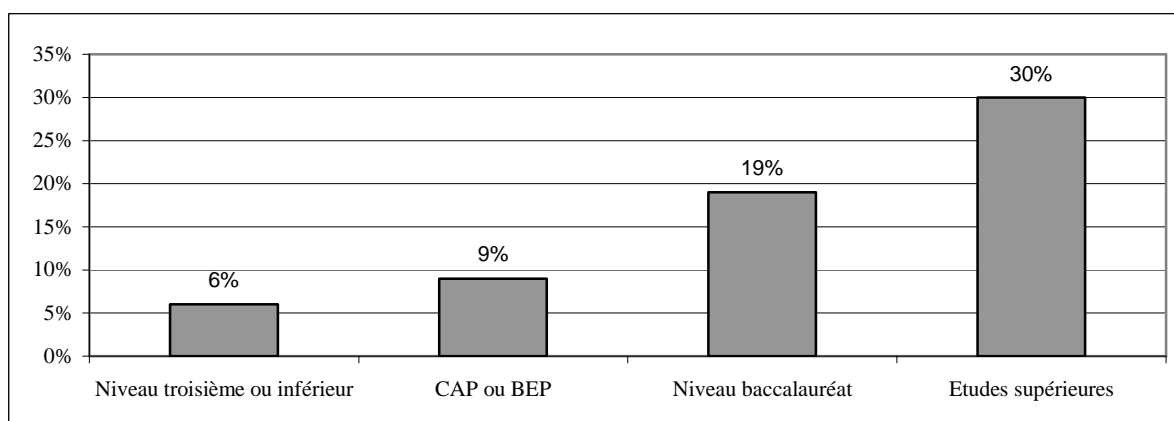
Graphique 16



4.4.4 Niveau d'étude des femmes connaissant l'anneau vaginal :

- Niveau troisième ou inférieur: 2 sur 32 soit 6%
- CAP ou BEP : 3 sur 32 soit 9%
- Niveau baccalauréat : 5 sur 26 soit 19%
- Etudes supérieures : 24 sur 80 soit 30%

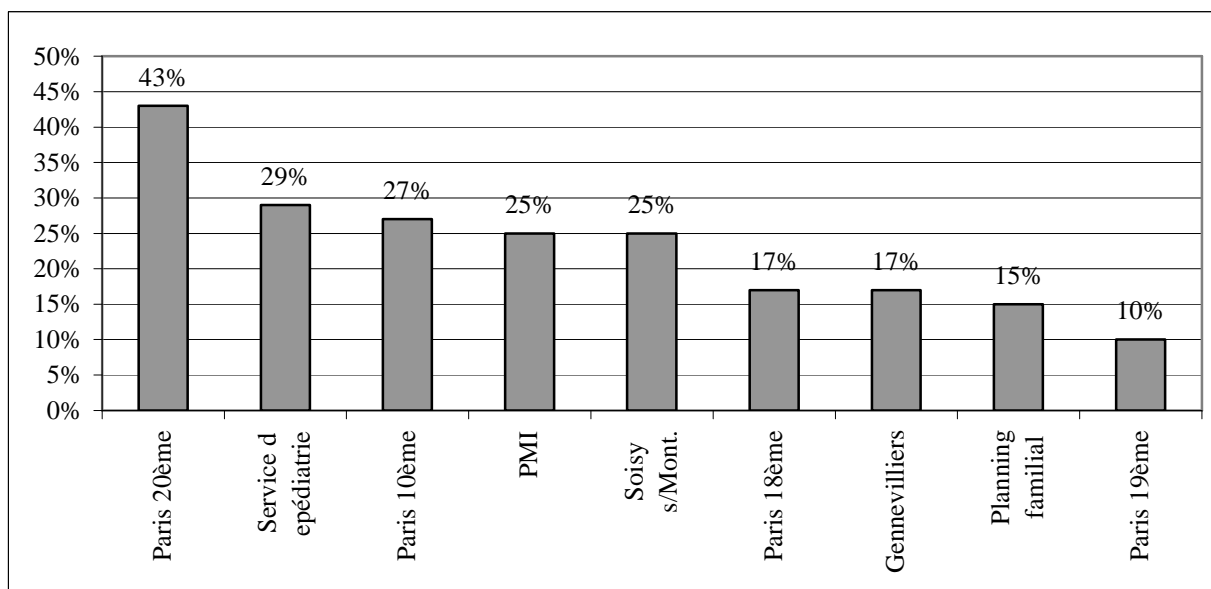
Graphique 17



4.4.5 Connaissance de l'anneau vaginal en fonction des lieux d'entretien :

- Cabinet de Médecine générale Paris 20^{ème} : 3 sur 7 soit 43%
- Service de pédiatrie H. de Fontainebleau : 12 sur 42 soit 29%
- Cabinet de Médecine générale Paris 10^{ème} : 3 sur 11 soit 27%
- Cabinet de Médecine générale Soisy s/M. : 3 sur 12 soit 25%
- Centre de PMI de Nanterre : 1 sur 4 soit 25%
- Cabinet de Médecine générale Gennevilliers : 1 sur 6 soit 17%
- Cabinet de Médecine générale Paris 18^{ème} : 7 sur 41 soit 17%
- Planning familial H. du Kremlin Bicêtre : 4 sur 27 soit 15%
- Cabinet de Médecine générale Paris 19^{ème} : 2 sur 20 soit 10%

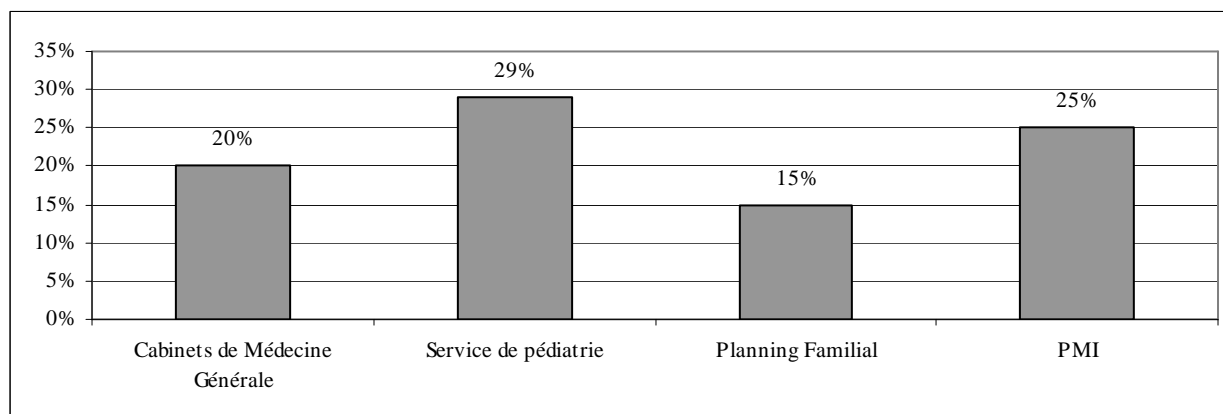
Graphique 18



4.4.6 Connaissance des femmes sur l'anneau vaginal en fonction du regroupement des lieux d'entretien :

- Cabinets de Médecine générale : 19 sur 97 soit 20%
- Service de pédiatrie : 12 sur 42 soit 29%
- Planning familial : 4 sur 27 soit 15%
- PMI : 1 sur 4 soit 25%

Graphique 19



4.4.7 Connaissance de l'anneau vaginal par les femmes non satisfaites de leur contraception:

3 sur 21 soit 14%

4.4.8 Connaissance de l'anneau vaginal par les femmes aux antécédents de grossesse non désirée:

10 sur 47 soit 21%

4.4.9 Connaissance de l'anneau vaginal par les femmes aux antécédents de grossesse non désirée survenue sous pilule:

5 sur 17 soit 29%

4.5 Utilisation de l'anneau vaginal

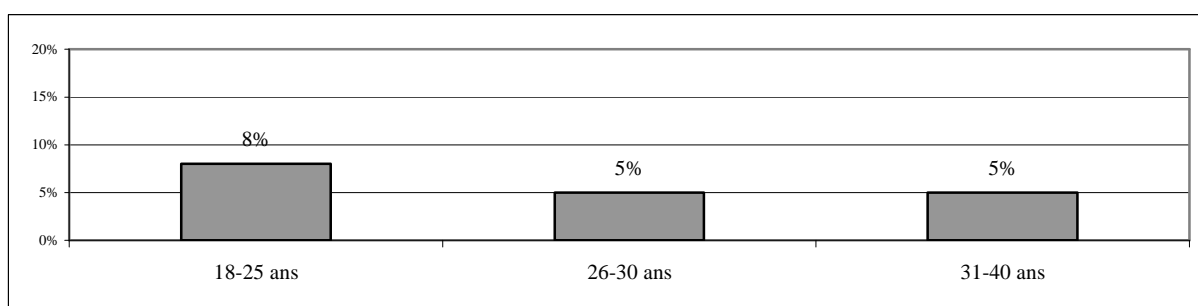
4.5.1 Pourcentage de femmes utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal :

10 sur 170 soit 6%

4.5.2 Age des femmes utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal :

- 18-25 ans : 4 sur 51 soit 8%
- 26-30 ans : 2 sur 43 soit 5%
- 31-40 ans : 4 sur 76 soit 5%

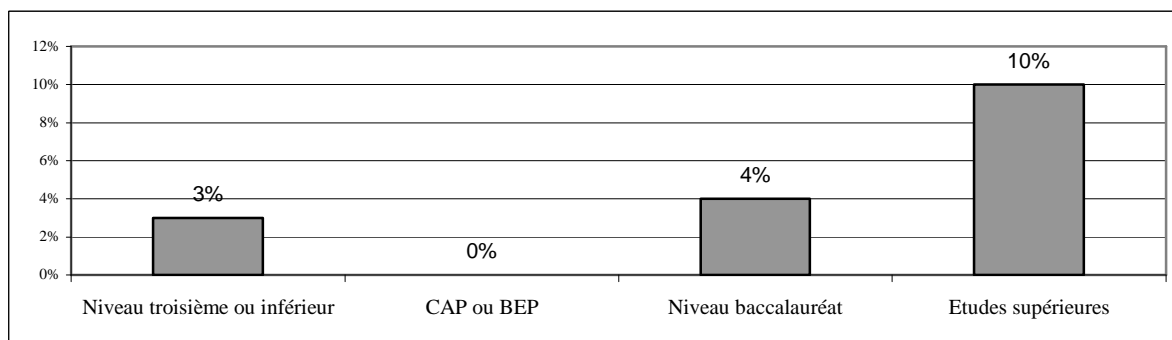
Graphique 20



4.5.3 Niveau d'études des femmes utilisant ou ayant utilisé l'anneau vaginal :

- Niveau troisième ou inférieur: 1 sur 32 soit 3%
- CAP ou BEP : 0 sur 32 soit 0%
- Niveau baccalauréat : 1 sur 26 soit 4%
- Etudes supérieures : 8 sur 80 soit 10%

Graphique 21



4.5.4 Pourcentage de femmes, aux antécédents de grossesses non désirée, utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal :

4 sur 47 soit 9%

4.5.5 Pourcentage de femmes, aux antécédents de grossesses non désirées sous pilule, utilisant ou ayant déjà utilisé l'anneau vaginal :

1 sur 17 soit 6%

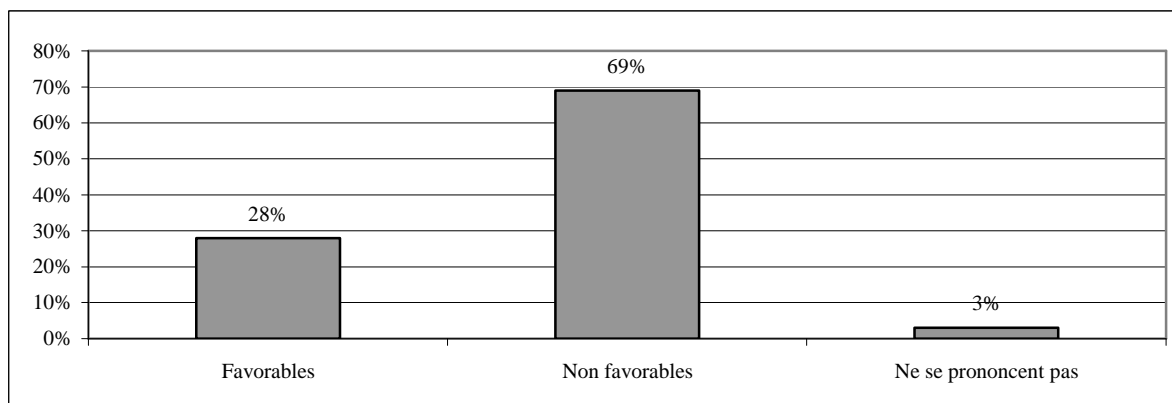
4.6 Acceptabilité de l'anneau vaginal par les femmes

4.6.1 Pourcentage de femmes favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal :

170 réponses

- Favorables : 48 soit 28%
- Non favorables : 117 soit 69%
- Ne se prononcent pas : 5 soit 3%

Graphique 22



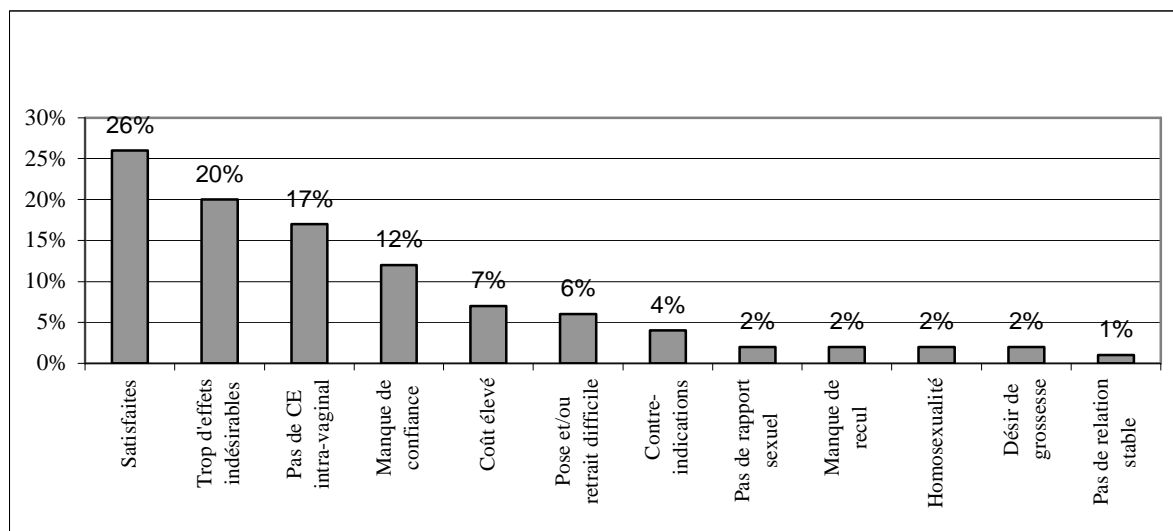
4.6.2 Causes du refus d'utilisation de l'anneau vaginal

(Plusieurs réponses par femme):

126 réponses

- Satisfaites de leur contraception : 33 soit 26%
- Trop d'effets indésirables possibles : 25 soit 20%
- Refus d'un corps étranger intra-vaginal : 22 soit 17%
- Manque de confiance : 15 soit 12%
- Coût élevé : 9 soit 7%
- Pose et/ou retrait difficile : 7 soit 6%
- Contre-indications : 5 soit 4%
- Absence de rapport sexuel en ce moment : 3 soit 2%
- Manque de recul : 2 soit 2%
- Homosexualité : 2 soit 2%
- Désir de grossesse : 2 soit 2%
- Absence de relation stable : 1 soit 1%

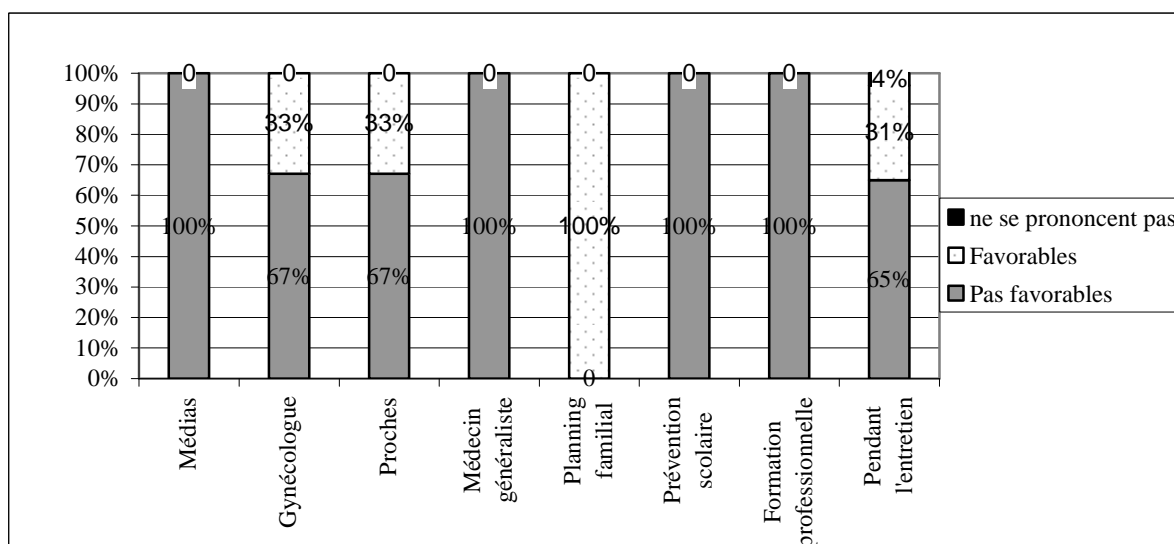
Graphique 23



4.6.3 Acceptabilité de l'anneau vaginal en fonction de la source d'information:

	<u>Pas favorables</u>	<u>Favorables</u>	<u>Ne se prononcent pas</u>
Les médias :	15 soit 100%	0 soit 0%	0 soit 0%
Leur gynécologue :	6 soit 67%	3 soit 33%	0 soit 0%
Leurs proches :	4 soit 67%	2 soit 33%	0 soit 0%
Le généraliste :	1 soit 100%	0 soit 0%	0 soit 0%
Le planning familial :	0 soit 0%	1 soit 100%	0 soit 0%
La formation prof. :	1 soit 100%	0 soit 0%	0 soit 0%
La prévention scolaire :	1 soit 100%	0 soit 0%	0 soit 0%
Pendant notre entretien :	89 soit 65%	42 soit 31%	5 soit 4%

Graphique 24



4.6.4 Pourcentage de femmes utilisant ou ayant utilisé l'anneau vaginal, qui ont ressenti des effets indésirables :

6 sur 10 soit 60%

4.6.5 Pourcentage de femmes ayant arrêté l'utilisation de l'anneau vaginal :

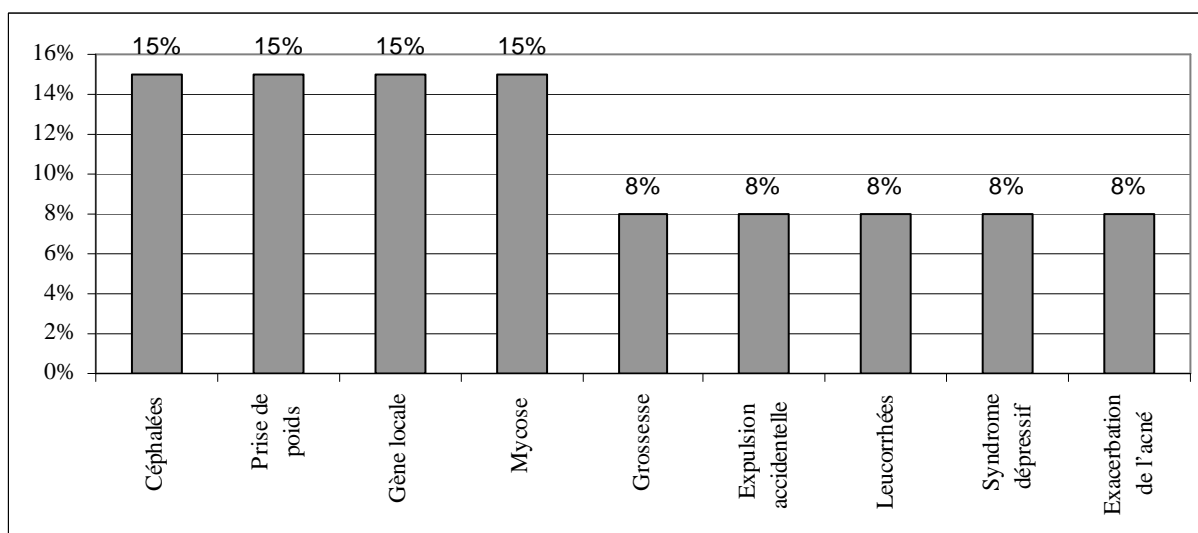
5 sur 10 soit 50%

4.6.6 Effets indésirables ressentis lors de l'utilisation de l'anneau vaginal (plusieurs réponses par femme) :

13 réponses

- Céphalées : 2 soit 15%
- Prise de poids : 2 soit 15%
- Gène locale pendant ou en dehors des rapports sexuels : 2 soit 15%
- Mycose : 2 soit 15%
- Grossesse : 1 soit 8%
- Expulsion accidentelle : 1 soit 8%
- Leucorrhées : 1 soit 8%
- Syndrome dépressif : 1 soit 8%
- Exacerbation de l'acné : 1 soit 8%

Graphique 25



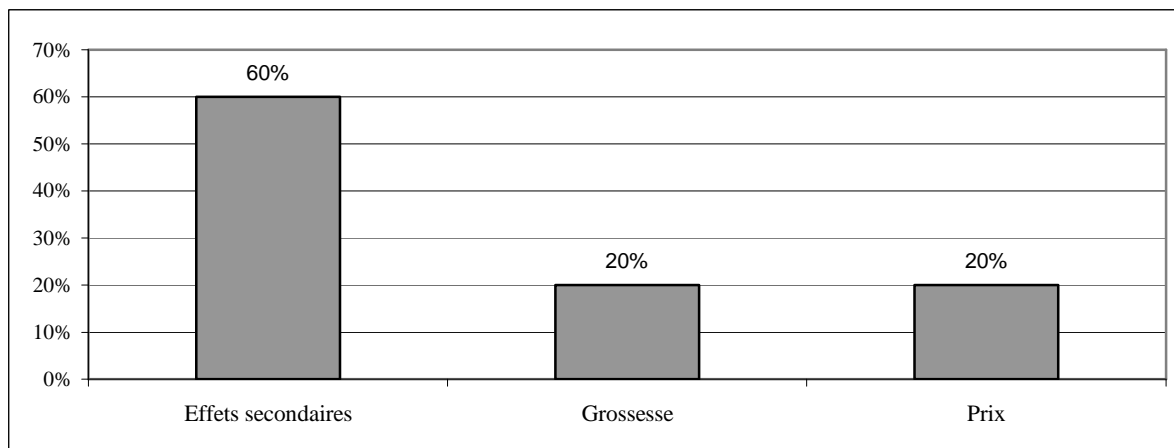
4.6.7 Causes de l'arrêt de l'utilisation de l'anneau vaginal

(Plusieurs réponses par femme) :

5 réponses

- Effets secondaires : 3 soit 60%
- Grossesse : 1 soit 20%
- Coût élevé : 1 soit 20%

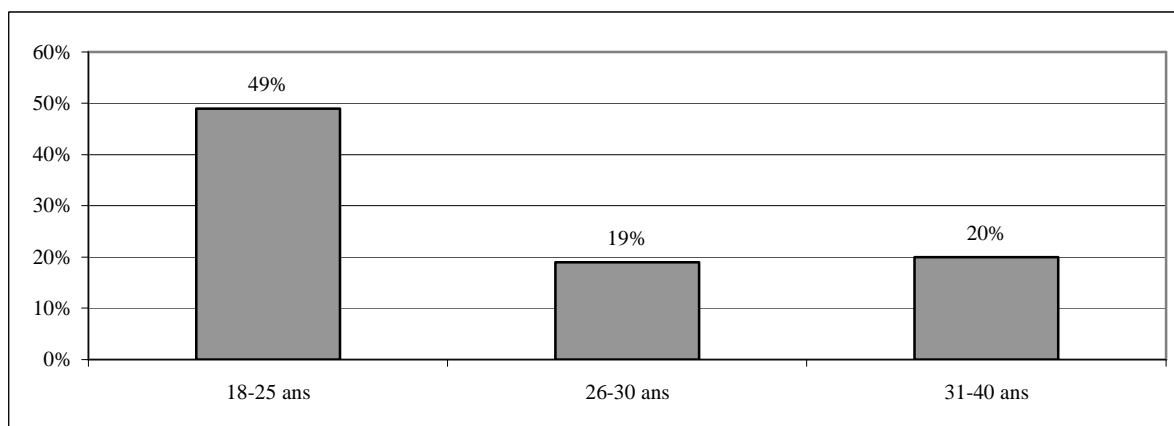
Graphique 26



4.6.8 Age des femmes favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal:

- 18-25 ans : 25 sur 51 soit 49%
- 26-30 ans : 8 sur 43 soit 19%
- 31-40 ans : 15 sur 76 soit 20%

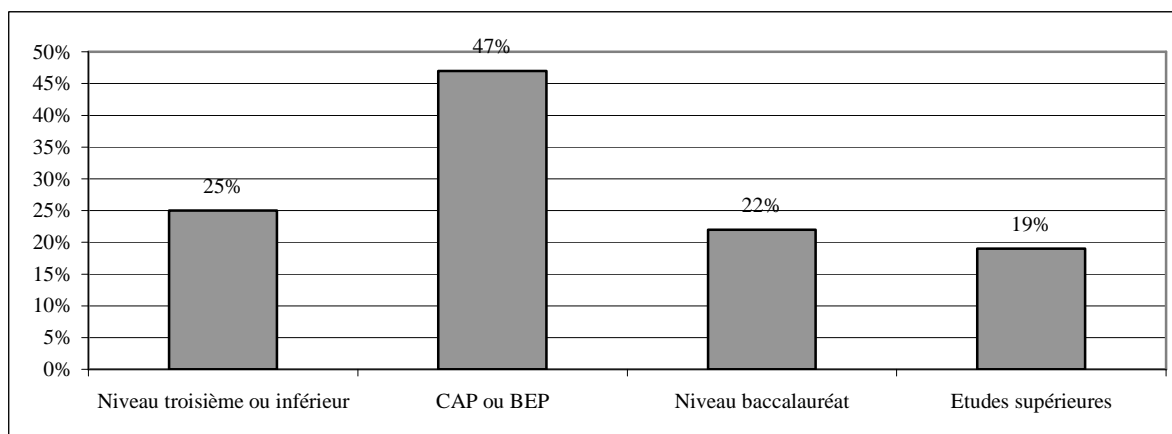
Graphique 27



4.6.9 Niveau d'études des femmes favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal :

- Niveau troisième ou inférieur : 8 sur 32 soit 25%
- CAP ou BEP : 15 sur 32 soit 47%
- Niveau baccalauréat : 10 sur 46 soit 22%
- Etudes supérieures : 15 sur 80 soit 19%

Graphique 28



4.7 L'implication du médecin généraliste

4.7.1 Pourcentage de femmes ayant un médecin généraliste :

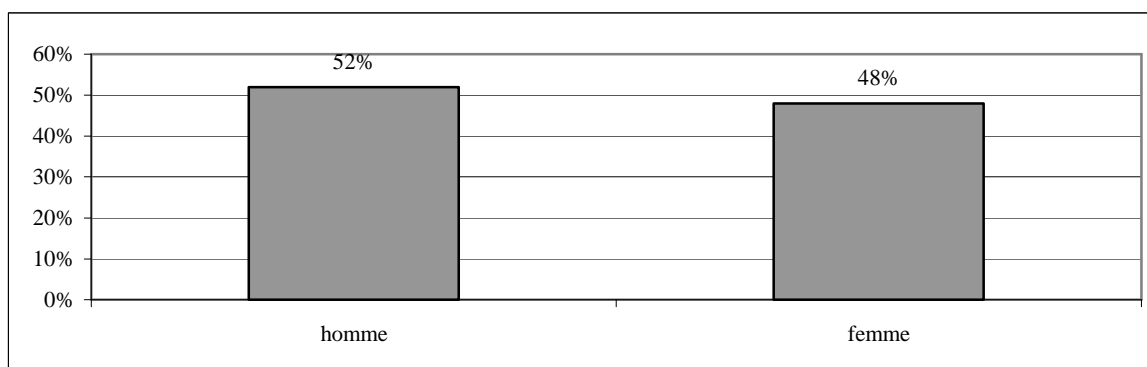
161 sur 170 soit 95%

4.7.2 Sexe du médecin généraliste :

161 réponses

- Homme : 83 soit 52%
- Femme : 78 soit 48%

Graphique 29



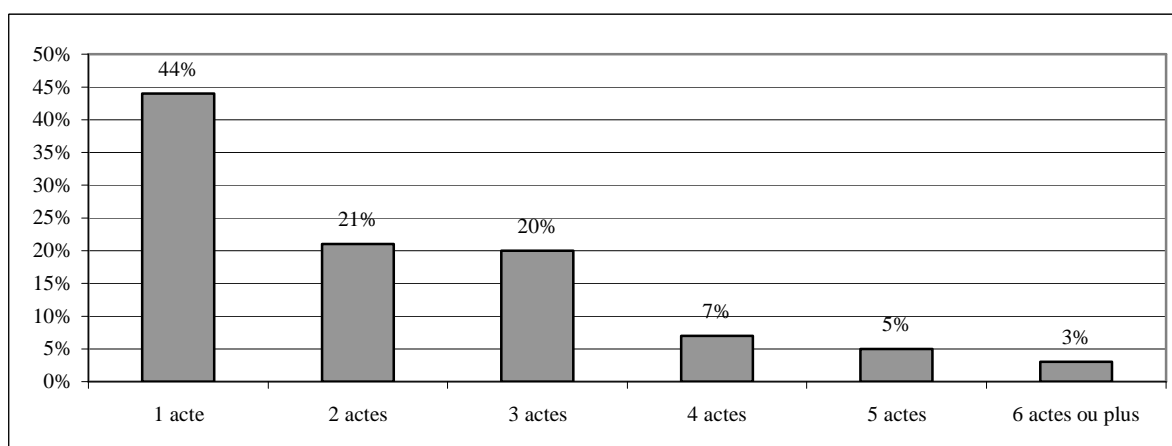
4.7.3 Pourcentage de médecins généralistes réalisant des actes gynécologiques et/ou obstétricaux dans le cadre d'un suivi régulier de la femme :

75 sur 161 soit 47%

4.7.4 Nombre d'actes gynécologiques et/ou obstétricaux réalisés par le médecin généraliste dans le cadre d'un suivi régulier de la femme :

- 1 acte de gynécologie : 33 sur 75 soit 44%
 - ✓ Contraception : 26 sur 33 soit 79%
 - ✓ Palpation mammaire: 2 sur 33 soit 6%
 - ✓ Toucher vaginal : 3 sur 33 soit 9%
 - ✓ Suivi de grossesse: 1 sur 33 soit 3%
 - ✓ Pose d'implant progestatif : 1 sur 33 soit 3%
 - ✓ Frottis cervico-vaginal 0 sur 33 soit 0%
 - ✓ IVG médicamenteuse 0 sur 33 soit 0%
- 2 actes de gynécologie : 16 sur 75 soit 21%
- 3 actes de gynécologie : 15 sur 75 soit 20%
- 4 actes de gynécologie : 5 sur 75 soit 7%
- 5 actes de gynécologie : 4 sur 75 soit 5%
- 6 actes de gynécologie : 2 sur 75 soit 3%

Graphique 30



4.7.5 Pourcentage de femmes ayant reçu une information sur l'anneau vaginal par leur médecin généraliste:

2 sur 161 soit 1%

4.8 Connaissance du patch transdermique contraceptif Evra®

4.8.1 Pourcentage de femmes connaissant le patch contraceptif :

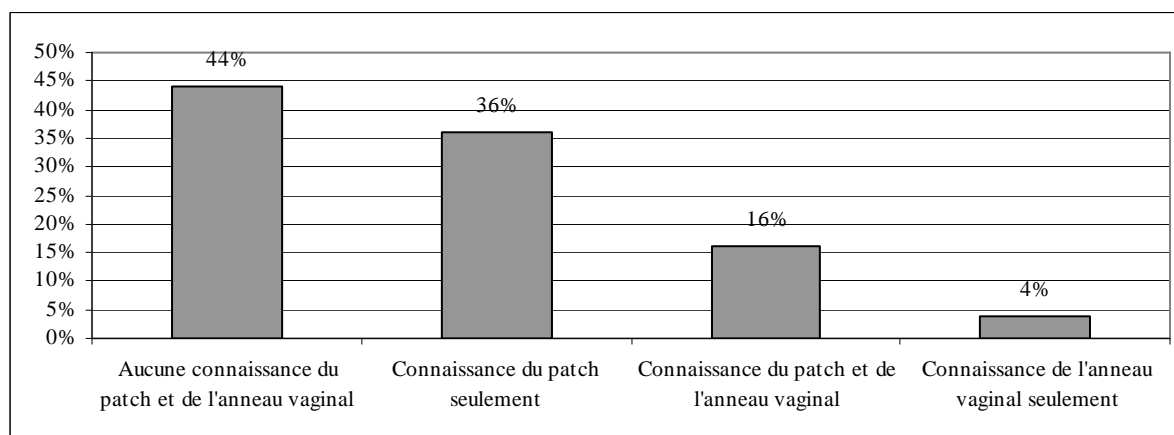
90 sur 170 soit 53%

4.8.2 Connaissance de l'anneau vaginal et/ou du patch contraceptif :

170 réponses

- Aucune connaissance de l'anneau vaginal et du patch : 74 soit 44%
- Connaissance du patch seulement : 62 soit 36%
- Connaissance de l'anneau vaginal et du patch : 28 soit 16%
- Connaissance de l'anneau vaginal seulement : 6 soit 4%

Graphique 31



4.8.3 Pourcentage de femmes aux antécédents de grossesse non désirée ne connaissant ni l'anneau vaginal ni le patch :

12 sur 47 soit 26%

4.8.4 Pourcentage de femmes ayant eu une grossesse non désirée sous pilule ne connaissant ni l'anneau vaginal ni le patch :

5 sur 17 soit 29%

5. DISCUSSION

5.1 L'enquête

Lors de notre enquête, les femmes interrogées étaient celles qui se présentaient dans les cabinets de médecine générale sélectionnés.

L'échantillon interrogé n'est pas randomisé, il s'agit d'une enquête d'opinion sur une population urbaine et sur une période donnée, de ce fait, non représentative de la population générale. Nos résultats, même s'ils se rapprochent pour certains des études à grande échelle, ne peuvent pas être appliqués en l'état à la population générale.

L'anneau vaginal est considéré comme un moyen de contraception de faible diffusion. Une méthode de recueil de données quantitative a été choisie par rapport à une méthode qualitative.

En dépit du nombre de femmes interrogées (170) les informations recueillies auprès des utilisatrices de l'anneau ne sont pas significatives car seules dix d'entre elles étaient concernées.

Toutes les méthodes de faible diffusion nécessitent un échantillon de personnes beaucoup plus élevé que pour des méthodes plus anciennes, bien connues, et plus utilisées. Le nombre de femmes participantes a été limité à 170, par manque de temps et de moyens.

Les 170 questionnaires étaient exploitables.

Aucun médecin généraliste, ni chef de service ne s'est opposé au déroulement des entretiens dans leur cabinet ou leur service. Cette thèse a été très bien accueillie par les médecins et les patientes. Trois patientes ont refusé de répondre à notre enquête par manque de temps.

Cette étude, travail universitaire, n'a bénéficié d'aucune subvention de la part du laboratoire Organon, producteur de Nuvaring®.

Le principe de l'enquête ne peut éliminer le caractère déclaratif des réponses.

De plus, les réponses étant données à un médecin, ce biais peut être accentué. Les patientes affichent peut-être plus leurs réticences devant un médecin, même si les entretiens ont été menés avec neutralité.

Le temps consacré au remplissage du questionnaire était fonction de la connaissance ou non de l'anneau vaginal par la patiente et durait en moyenne cinq à dix minutes.

5.2 La population

La tranche d'âge de 31 à 40 ans est la plus représentée, à cela deux explications possibles:

- La fréquence des consultations médicales augmente avec l'âge des patientes. Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), en 1998 et 1999 : la fréquence annuelle des consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste était de 3,6 pour les 41-50 ans, 2,8 pour les 21-40 ans et 2,5 pour les 15-20 ans. [12]

- Vingt cinq pour cent des questionnaires ont été posés dans les services de pédiatrie et de PMI. Compte tenu que l'âge moyen de la première grossesse chez les femmes ne cesse de reculer : il atteint 30 ans en 2006 [28], les mères interrogées sont donc plus âgées que les femmes sans enfant.

Près de la moitié des femmes de notre échantillon ont fait des études supérieures et moins de 20% ont un niveau d'instruction égal ou inférieur à la classe de troisième.

La population féminine interrogée est donc plutôt instruite.

5.3 Les lieux d'entretien

Nous avons préféré effectuer ces entretiens dans un cadre médical (cabinets de médecine de ville, hôpital, planning familial et PMI) afin de légitimer nos interventions auprès des patientes.

Plus de la moitié (57%) des femmes ont été interrogées dans six cabinets de médecine générale d'Ile-de-France, un quart dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Fontainebleau, 16% au planning familial du Kremlin-Bicêtre et 2% dans le service de PMI de Nanterre.

Le fait qu'un certain nombre de femmes soient interrogées dans un contexte hospitalier ou en service de PMI ne constitue pas un écart par rapport à la population rencontrée en médecine générale puisque ces femmes ne consultaient pas pour elles dans ces services mais pour leur enfant.

Les huit cabinets de médecine générale, où les entretiens ont eu lieu, appartiennent à des maîtres de stage (médecins généralistes enseignants) de la faculté Paris VII. Pour pallier en

partie ce biais de sélection, nous avons diversifié le type de cabinet où ont été effectués les entretiens : d'une part quatre cabinets de groupe où des médecins généralistes non maîtres de stage exerçaient, d'autre part un cabinet de groupe associé à un ou plusieurs professionnels paramédicaux. Ainsi, en interrogeant les femmes en salles d'attente, certaines n'étaient pas patientes d'un maître de stage.

Malgré la régionalisation de cette étude à l'Ile-de-France, la diversité des lieux d'entretien sélectionnés (banlieue favorisée et défavorisée, petite et grande couronne parisienne) apporte une diversité sociale, culturelle et ethnique à la population étudiée.

5.4 Les grossesses accidentelles (graphiques 5 à 9)

Vingt-huit pour cent des femmes interrogées ont eu une grossesse non désirée suivie ou pas d'une IVG. Ce résultat est inférieur à celui recueilli dans l'étude COCON [6] où 33% des grossesses étaient accidentelles parmi lesquelles 32% se terminaient par une IVG. Néanmoins, le but de notre enquête n'étant pas de déterminer le nombre d'IVG mais le nombre de grossesses accidentelles, le taux d'IVG n'est pas renseigné.

L'étude « COCON » a été menée par une équipe de l'Institut National pour la Santé et la Recherche Médicale (INSERM) pour essayer de comprendre les raisons du « paradoxe contraceptif français ». L'enquête, qui a débuté en 2000, a concerné 2863 femmes en France métropolitaine, âgées de 18 à 44 ans, ayant eu une IVG ou une grossesse non souhaitée au cours des cinq dernières années. [6] Cet échantillon de femmes a été suivi annuellement pendant 5 ans. [7]

Trois cent cinquante mille grossesses non souhaitées sont dénombrées par an en France. Ce chiffre est en diminution depuis 1975 : les grossesses accidentelles représentaient 46% de l'ensemble des grossesses en 1975, 36% en 1990 et 33% aujourd'hui. [8] [58]

Environ 220 000 IVG sont recensées par an en France, leur chiffre est stable depuis la loi Veil en 1975, avec une inégalité de répartition sur le territoire français : les régions de l'Ile-de-France, du Sud-est et des départements d'Outre-mer ont un taux d'IVG plus important soit 17 IVG pour 1000 femmes contre une moyenne de 11,9 pour l'ensemble des autres régions. [51]

Dans notre étude, 45% des grossesses non désirées sont survenues sous contraception dont 36% sous pilule orale contraceptive, 4% sous préservatif masculin, 2% sous DIU et 2% sous anneau vaginal.

Ces chiffres diffèrent de ceux de l'étude COCON [6] dans laquelle 65% des grossesses accidentelles étaient survenues sous contraception dont 21% sous pilule, 12% sous préservatif masculin, 9% sous DIU, 22% sous méthodes naturelles et 1,4% sous méthodes locales.

Donc la population interrogée dans notre étude diffère de celle interrogée dans l'étude COCON par des grossesses accidentelles moins nombreuses mais survenant plus fréquemment sans couverture contraceptive.

Deux remarques peuvent expliquer cette différence entre les deux études :

- A la question posée « Utilisez-vous un moyen de contraception lors de la survenue de votre grossesse non désirée ? », aucune femme ne nous a parlé des méthodes naturelles (allaitement, retrait et abstinence périodique dont la méthode des températures et les méthodes Ogino et Billing). Les femmes interrogées considèrent-elles les méthodes naturelles comme un moyen de contraception authentique ? Ces pratiques ne répondant pas pour les femmes à la définition d'une contraception, elles n'en ont pas parlé. Nous revenons à la notion de contraception normative française, donc médicalisée.

Ceci pourrait expliquer le faible taux apparent de grossesse non désirée survenue sous contraception dans notre enquête.

- On peut se demander si toutes les femmes nous ont révélé leur antécédent de grossesse accidentelle. Ce sujet a, surtout lorsqu'il est suivi d'une IVG, une image encore péjorative dans notre société (dans certains pays européens, comme la Pologne, Chypre, Malte et l'Irlande, l'IVG n'est pas encore légalisée). [11]

La répartition des femmes aux antécédents de grossesse accidentelle est homogène suivant leurs différents niveaux d'instruction. Cela renforce l'idée que la survenue de grossesses non souhaitées n'est pas fonction du niveau d'instruction des femmes ni du niveau socio-économique. Toutes les catégories sociales sont concernées par les grossesses accidentelles. D'après l'étude COCON, l'IVG touche également toutes les catégories socio-économiques. [8]

Le taux le plus important de grossesses accidentelles se retrouve chez les femmes les plus jeunes de 18 à 25 ans. Cette donnée existe dans l'étude COCON où le taux de recours à l'IVG atteint son maximum entre 20 et 24 ans (27,2 IVG pour 1000 femmes) puis décroît. [51]

Dans notre étude, aucune question ne précisait l'âge de survenue de la grossesse non désirée. Nous ne savons donc pas à quel âge les femmes entre 26 et 40 ans ont eu leur grossesse accidentelle.

Le taux le plus élevé de grossesses accidentelles est retrouvé, de façon attendue, dans le centre de planning familial dont une des activités principales est la prise en charge des femmes désirant une IVG. [32]

5.5 La contraception (graphiques 10 et 11)

Dans notre échantillon, 67% des femmes ont une contraception parmi lesquelles 50% utilisent la pilule orale contraceptive, 6% le DIU, 3% le préservatif masculin, 3% l'implant progestatif, 3% l'anneau vaginal et 2% les méthodes naturelles.

Aucune patiente ne nous a cité le patch transdermique, le préservatif féminin, les méthodes locales (spermicides, capes cervicales et diaphragme) et la stérilisation. L'association de deux méthodes contraceptives n'a jamais été citée. Cette association est pourtant souvent utilisée en début de relation, la plus fréquente est la pilule contraceptive orale couplée au préservatif masculin.

En comparant à l'étude COCON [6], 78% des femmes utilisaient une contraception soit cinq millions de françaises. Parmi lesquelles 46% utilisaient la pilule orale, 16% le DIU, 7,5% le préservatif, 3,4% les méthodes naturelles, 0,4% les méthodes locales, 4% la stérilisation et 0,5% une autre contraception. [27]

Nous remarquons le faible taux d'utilisation du préservatif masculin et des méthodes « naturelles », dans notre étude, par rapport à l'étude COCON, ceci laisse à penser que les femmes interrogées ne considèrent pas ces deux méthodes comme contraceptives.

En s'intéressant à la contraception en fonction de l'âge, plusieurs données sont inattendues.

Dans la tranche d'âge 18-25 ans, aucune jeune femme n'a cité le préservatif masculin comme moyen de contraception, en revanche 57% utilisent la pilule et 4% le DIU. Considèrent-elles le préservatif comme un moyen de contraception par rapport à la pilule et au DIU, ou comme une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ?

Dans l'étude COCON [6], la pilule, dans cette même tranche d'âge, est utilisée à 61%, le préservatif masculin à 9% et le DIU à 1%.

Quatre pour cent des jeunes femmes portent le DIU, utilisé selon la « norme contraceptive française » par les femmes plus âgées ayant eu le nombre d'enfants souhaités.

Chez les femmes entre 26 et 30 ans, on trouve 58% d'utilisatrices de pilule, le DIU (2%) est moins utilisé que le préservatif masculin (7%) et l'implant progestatif (5%). Ce résultat s'éloigne ainsi des résultats de l'étude COCON [6] où le DIU était utilisé par 7,5% des femmes au même rang que le préservatif masculin (7,7%).

Entre 31 et 40 ans, le nombre de femmes sans contraception atteint 39%. Ces femmes utilisent moins la pilule (41%) que les femmes plus jeunes. Le DIU (11%) arrive en deuxième position.

Il est à souligner que seule cette tranche d'âge utilise des méthodes contraceptives « naturelles ». Les femmes les plus âgées ont une couverture contraceptive moins importante et moins efficace. Plusieurs explications peuvent être apportées. Elles savent que le taux de fertilité diminue avec l'âge et que passé 35 ans, les possibilités de grossesse sont plus faibles. Elles ressentent ainsi moins la nécessité de se protéger par une contraception efficace. Se sachant moins fertiles, elles ont plus recours à des méthodes « naturelles », de peur que la contraception médicalisée n'abaisse davantage leur fertilité. Au-delà de 35 ans, des contre-indications à la contraception orale estroprogestative apparaissent (cancer du sein, hypertension artérielle, diabète...) limitant ainsi son utilisation.

Les chiffres de la contraception en France sont intéressants à comparer à ceux de la contraception dans le monde où en moyenne 61% des couples utilisent une méthode contraceptive dont la plus répandue est la stérilisation (39% dans l'ensemble du monde). Les autres moyens contraceptifs les plus utilisés sont: le DIU (23%), la pilule (12%), le préservatif (8%) et le retrait (4%). Il faut préciser que les usages contraceptifs varient beaucoup d'un pays développé à l'autre. [27]

La stérilisation est peu utilisée dans la population française, seules 4,5% des femmes de 18 à 45 ans y font appel. [51] Elle est nulle dans notre étude.

La stérilisation à visée contraceptive n'est légalisée en France que depuis 2001.[51]

5.6 La satisfaction contraceptive des femmes (graphiques 12 à 14)

En moyenne 80% des femmes consultées se disent satisfaites de leur contraception. Ce chiffre est proche des résultats de l'enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) « Contraception : que savent les français », où 95% des personnes interrogées se déclarent satisfaites voire très satisfaites à 79% du moyen qu'elles utilisent. [25]

Dans notre étude, 85% des femmes sont contentes de leur pilule orale contraceptive. Mais seulement 20% des utilisatrices de l'implant progestatif se disent satisfaites. Les spotting (saignements vaginaux intercurrents) secondaires à la pose de l'implant sont fréquents et sont responsables, en grande partie, du mécontentement des utilisatrices [51].

Les femmes, les plus satisfaites de leur moyen de contraception, sont les 26-30 ans (88%), elles sont également les plus grandes utilisatrices de contraception (71%). Et l'inverse se remarque également : les femmes de 31 à 40 ans sont les moins satisfaites de leur contraception (73%) et sont également les moins consommatrices de moyens de contraception (61%). La satisfaction d'une méthode contraceptive apparaît être le facteur essentiel de son utilisation et de son observance.

5.7 Connaissance de l'anneau vaginal (graphiques 15 à 18)

Seules 20% des femmes interrogées, dans notre étude, connaissent l'anneau vaginal. Ce résultat s'approche de l'enquête de l'INPES [25] où l'anneau vaginal était connu par environ 22% des femmes. Mais cette connaissance est incomplète car les personnes au fait de ces nouvelles méthodes ignorent une fois sur deux la durée d'effet de l'anneau vaginal et celle du patch contraceptif. [25]

La connaissance de Nuvaring® est très inférieure à la connaissance de la pilule (97%), du préservatif masculin (97%), du DIU (93%), du préservatif féminin (75%) et du diaphragme (75%) par la population générale. [25] Les autres méthodes contraceptives (spermicides,

patch transdermique et implant progestatif) ont le même taux de connaissance que l'anneau vaginal dans la population générale (hommes et femmes confondus), entre 44 et 52%.

Dans notre étude 44% des femmes interrogées ne connaissent ni l'anneau vaginal ni le patch transdermique.

Cette faible information sur Nuvaring® et sur les nouveaux moyens de contraception apparaît encore plus insuffisante pour deux catégories de patientes :

- Seules 21% des femmes qui ont eu une grossesse accidentelle ont reçu une information sur l'anneau vaginal et 29% des femmes qui ont eu une grossesse accidentelle sous pilule orale.
Vingt neuf pour cent des femmes qui ont eu une grossesse accidentelle sous pilule orale ne connaissent ni l'anneau vaginal ni le patch transdermique.
- Seules 14% des femmes qui ne sont pas satisfaites de leur contraception, tout âge confondu, sont informées de l'existence de Nuvaring®. Pourtant ces dernières risquent d'arrêter leur contraception et de s'exposer à une grossesse accidentelle.

Les sources principales d'information des femmes sur l'anneau vaginal sont les médias (télévision, radio, presse écrite) à 44% ; 26% sont informées par leur gynécologue ; 18% par leurs proches et 3% ont été informées par leur médecin généraliste, le planning familial, la prévention scolaire ou la formation professionnelle.

La connaissance de Nuvaring® est homogène dans chaque tranche d'âge.

Par contre ce sont les femmes les plus instruites qui connaissent le mieux l'anneau vaginal (30%) contre seulement 7,5% en moyenne des femmes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Cette donnée n'est pas surprenante car ce sont les femmes les plus instruites qui ont un accès plus large aux médias, première source d'information de l'anneau vaginal.

Une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), réalisée en octobre 1999, met effectivement en évidence que le niveau d'étude est le facteur le plus lié à la lecture de la presse nationale (magazines, journaux d'information générale et quotidiens nationaux ou régionaux). Près de la moitié (46%) des plus diplômés lisent toutes les semaines des magazines d'information générale contre 20% des non diplômés. [16]

La connaissance de Nuvaring® varie de manière très inégale dans Paris intra-muros, malgré la proximité géographique et sociale des arrondissements (10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}). En périphérie de Paris, c'est à Fontainebleau que les femmes ont la meilleure connaissance de l'anneau vaginal.

5.8 Les réticences des femmes

Quelque soit la source d'information, seules 28% des femmes interrogées sont favorables à son utilisation.

Trente trois pour cent des femmes informées par le gynécologue se disent favorables à Nuvaring®. Ce chiffre est identique lorsque les femmes sont informées par leurs proches ou lorsque l'information leur est donnée pendant l'entretien (32%). Aucune femme informée par les médias ne s'est dite favorable à Nuvaring®.

Sur l'ensemble des femmes interrogées, les plus favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal sont celles âgées de 18 à 25 ans (49%) et celles titulaires d'un CAP ou BEP (47%). Ainsi les femmes les plus jeunes auraient le moins peur des nouveaux moyens de contraception.

Quant aux utilisatrices, seules dix femmes sur les 170 interrogées, soit 6%, utilisent ou ont déjà utilisé l'anneau vaginal. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de chiffre d'utilisation de Nuvaring® sur la population générale.

Dans l'étude COCON [6], en 2003, l'anneau vaginal n'était pas encore commercialisé.

Une autre source estime à 1% l'utilisation du patch, de l'anneau vaginal et de l'implant progestatif [29].

Les seuls chiffres obtenus concernent les quantités d'anneaux vaginaux vendus. Ainsi une nette progression des chiffres de vente a eu lieu depuis sa mise sur le marché en 2004 avec 91 000 unités par an en 2004, 257 000 en 2005 et 465 000 en 2006. [49]

Le profil de l'utilisatrice de l'anneau vaginal dans notre enquête est : une femme jeune, entre 18 et 25 ans, ayant fait des études supérieures.

Seules neuf pour cent des femmes qui ont eu une grossesse accidentelle ont utilisé ensuite l'anneau vaginal et seulement 6% des femmes ayant eu une grossesse non désirée sous pilule l'ont utilisé.

Pourquoi l'anneau vaginal n'a-t-il pas la faveur des femmes ?

Les raisons du refus d'utilisation de l'anneau vaginal par les femmes sont :

- 26% se disent satisfaites de leur contraception
- 20% ont peur d'éventuels effets indésirables
- 17% refusent la présence d'un corps étranger intra-vaginal
- 12% disent ne pas avoir confiance dans Nuvaring®
- 7% trouvent son coût élevé et regrettent son non remboursement par les assurances sociales
- 6% considèrent sa pose et/ou son retrait difficile
- 2% trouvent qu'il n'y a pas assez de recul sur son utilisation et redoutent l'apparition d'effets indésirables inconnus pour le moment
- 3% disent ne pas avoir de relation assez stable pour l'utiliser ou ne pas avoir de relation sexuelle du tout.

Enfin 5% des réponses entraînaient implicitement le désintérêt pour l'anneau vaginal : les femmes homosexuelles, les femmes ayant un désir de grossesse et les femmes présentant une ou plusieurs contre-indications aux estroprogestatifs.

Les femmes sont attachées à leur pilule orale. Dans notre étude, 85% des femmes sous pilule orale se disent satisfaites. Cette dernière était déjà en 1978 la méthode la plus utilisée, elle continue à se diffuser (en passant de 40 à 60% de l'ensemble des utilisatrices en 22 ans).[30] Les françaises sont les plus grandes consommatrices de pilule au monde. [27] Cet attachement persiste malgré la contrainte quotidienne de sa prise.

Vingt pour cent des femmes interrogées craignent également l'apparition d'effets indésirables. Pendant l'entretien, lorsqu'elles ne connaissent pas l'anneau vaginal, la lecture d'un résumé sur son utilisation leur a été faite. Dans ce résumé, nous les informons des éventuels effets indésirables de l'anneau vaginal : douleurs pelviennes, douleurs abdominales, céphalées, douleurs des seins, exacerbation de l'acné, gêne vaginale, leucorrhées et expulsion accidentelle, avec leur fréquence d'apparition. Cette liste n'est pas exhaustive mais leur paraissait déjà longue.

En comparant avec la satisfaction des femmes lors des différentes études sur l'acceptabilité de l'anneau vaginal, peut-on penser les avoir effrayées inutilement en leur listant ces effets indésirables ? Plus généralement, est-il nécessaire avant toute prescription de contraception d'énoncer tous les effets indésirables potentiels aux patientes ?

Ne devrait-on pas insister davantage, après avoir éliminé les contre-indications, sur les aspects positifs de leur contraception afin d'obtenir une plus grande adhésion de leur part ?

Quant aux utilisatrices de l'anneau vaginal, 60% d'entre elles ont ressenti des effets indésirables : céphalées, prise de poids, gêne locale, mycose, expulsion accidentelle, leucorrhées, syndrome dépressif, exacerbation de l'acné.

Seules cinq utilisatrices de Nuvaring® sur les dix continuent à l'utiliser. Parmi les cinq femmes qui ont arrêté son utilisation, trois d'entre elles ont ressenti trop d'effets secondaires, une grossesse s'est produite sous anneau vaginal (sans que les conditions d'utilisation soient connues) et une trouvait son coût trop élevé.

Trois utilisatrices sur les dix ont ressenti des effets indésirables avec Nuvaring® au point d'en arrêter son utilisation. Ce taux de « mécontentes » reste supérieur au taux retrouvé dans la littérature.

Deux études sur 1950 femmes [36] [52] rapportent plus de 90% de satisfaction de la part des utilisatrices de Nuvaring® et de leur partenaire. Quatre-vingt dix sept pour cent de ces femmes recommandent l'utilisation de l'anneau vaginal.

Une étude sur 174 femmes [47] montre que 79% d'entre elles décident de poursuivre l'utilisation de l'anneau après l'arrêt de l'étude.

Dix sept pour cent également des femmes ne concevaient pas la notion de porter trois semaines par mois un corps étranger intra-vaginal. L'origine ethnique des femmes n'a pas été renseignée dans notre étude par peur de discrimination. Ces données ethniques manquent dans cette étude, car pour informer correctement une femme sur les différents moyens de contraception et l'aider dans son choix, le médecin a besoin de connaître ses convictions religieuses et son origine ethnique. Sans pouvoir donner un pourcentage, la majorité des femmes nord africaines ont refusé l'utilisation de l'anneau vaginal, corps étranger intra-vaginal.

C'est toute la représentation de leur corps et de l'anneau dans le vagin qui les angoisse. Le vagin est une cavité méconnue, beaucoup de femmes connaissent mal cet organe et le « fantasment ». Eve Ensler, dramaturge américaine, l'a fort bien décrit dans les « Monologues du vagin ». Certaines femmes, dit-elle, parlent de caverne sans fond, d'autres dessinent un rond noir, comme le trou noir de l'espace. [51] L'anneau contraceptif, placé dans le vagin, ne se voit plus et ne se ressent pas. Les femmes s'interrogent beaucoup sur sa place dans le vagin et son bon fonctionnement. Elles ont peur de son inefficacité et il en découle un manque de confiance dans ce moyen de contraception.

Cette angoisse se retrouve pour les autres moyens de contraception « cachés » dans l'appareil génital féminin : le stérilet, le diaphragme, la cape cervicale et le préservatif féminin. Nous avons d'ailleurs relevé, pendant les entretiens, une confusion des femmes sur les différents moyens de contraception « non visibles ». L'anneau vaginal était souvent confondu avec le diaphragme, la cape cervicale ou le préservatif féminin.

Au contraire, la pilule, le préservatif masculin et le patch transdermique les rassurent car ils sont visibles.

Dans notre étude, le patch, qui a été mis sur le marché en même temps que l'anneau vaginal, est plus connu des femmes que Nuvaring® : 53% des femmes connaissent le patch contre 20% pour l'anneau, à cela deux explications sont possibles :

- Sa fiabilité semble meilleure pour les femmes car il reste visible.
- Sa forme galénique évoque un procédé connu et efficace, à travers les dispositifs transdermiques du traitement hormonal substitutif de la ménopause, des dérivés nitrés, des dérivés morphiniques et de la substitution nicotinique ou autres.

Le coût de l'anneau vaginal est aussi une des réticences des femmes à son utilisation. Sept pour cent considèrent ce moyen de contraception trop cher et souhaite son remboursement par les assurances sociales. Un mois de contraception sous anneau vaginal coûte environ quinze euros. C'est l'équivalent du prix des pilules estroprogestatives non remboursées et trois fois le prix des pilules estroprogestatives remboursées.

C'est une question fondamentale dans la prévention des grossesses accidentelles et la diffusion de l'anneau vaginal.

Certaines pilules contraceptives, l'implant progestatif et les DIU au cuivre ou hormonal sont remboursés à 65% par les assurances sociales et sont gratuites pour les mineures et les non assurées sociales dans les Centres de Planification et d'Education Familial (CPEF). Les

préservatifs masculins et féminins ne sont pas remboursés par les assurances sociales mais sont gratuits dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.

Le patch transdermique et l'anneau vaginal sont les deux seuls moyens de contraception aussi efficaces que la pilule estroprogestative à n'être ni remboursés par les assurances sociales, ni gratuits dans les CPEF.

On peut également se demander si le prix de l'anneau vaginal n'est pas considéré par le médecin comme un frein pour sa prescription. Considérant d'emblée Nuvaring® trop onéreux pour sa patiente, il ne lui propose pas.

Six pour cent des femmes interrogées imaginent la manipulation de Nuvaring® trop compliquée. Les études sur l'anneau vaginal montrent pourtant que sa facilité d'utilisation, d'après les femmes, est supérieure à 85%. [35]

Il est mis en évidence dans une étude sur 2145 femmes [35] une réelle facilité d'utilisation.

Enfin, certaines femmes ont peur, dans les années à venir, de la survenue de complications potentielles suite à l'usage de l'anneau vaginal non détectées aujourd'hui. Commercialisé depuis quatre ans sur le marché français, nous avons un faible recul sur son utilisation et sur ses effets indésirables par rapport aux autres moyens de contraception.

5.9 Le manque d'information médicale (graphiques 29 et 30)

Les femmes de notre étude ont un bon suivi médical puisque 95% d'entre elles sont suivies par un médecin généraliste, avec la même proportion de médecins femmes et hommes.

Mais seuls 47% des médecins généralistes pratiquent un suivi gynécologique régulier. D'après l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) 2005, la consultation gynécologique arrive en quinzième position et représente 3,8% des consultations de médecine générale (annexe 3). D'après l'Observatoire Thalès 98/99, le nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste pour des états en rapport avec la sphère gynécologique chez les 15-40 ans est de 2,6 par femme et par an.[12]

Le suivi gynécologique et obstétrical par le médecin généraliste est lui-même très varié : 44% ne pratiquent qu'un seul acte (prescription ou renouvellement de la contraception orale, palpation mammaire, toucher vaginal, suivi de grossesse ou pose d'implant progestatif), 21%

effectuent deux actes, 20% effectuent trois actes et moins de 10% effectuent plus de quatre actes gynécologiques et/ou obstétricaux.

Dans la population générale, si la majorité des actes gynécologiques et obstétricaux sont réalisés par les gynécologues, la prise en charge par le médecin généraliste est notable, elle concerne essentiellement la contraception (35%), la ménopause (23,8%) et la grossesse (18,1%). Selon l'Étude Permanente de la Prescription Médicale (EPPM), environ 60% des femmes consultent un gynécologue et 40% un médecin généraliste pour leur contraception. [12].

Dans notre étude, deux femmes sur les 170 interrogées ont reçu une information sur l'anneau vaginal de la part de leur médecin généraliste. Le médecin généraliste est un acteur important de la santé des femmes, il devrait être à l'origine des informations délivrées aux femmes en matière de contraception mais il ne semble pas les sensibiliser aux innovations dans ce domaine.

Il s'est avéré que la majorité des médecins généralistes nous recevant dans leur cabinet connaissaient mal l'anneau vaginal et nous demandaient un complément d'information sur son utilisation.

Nous aurions souhaité connaître l'influence du sexe et de l'activité gynécologique des médecins généralistes sur l'information donnée aux femmes concernant l'anneau vaginal. Détailler ainsi d'une part si le fait que le médecin généraliste soit un homme influence la communication sur la contraception avec les patientes et d'autre part si la pratique d'actes gynécologiques par le médecin généraliste ouvre le dialogue sur les moyens de contraception. Mais à la vue de la très faible proportion d'information fournie par les médecins généralistes sur Nuvaring® aux patientes, ces renseignements ne peuvent pas être obtenus.

Pourquoi ce manque d'information médicale existe-t-il?

Le temps consacré à la planification familiale est faible au cours des études de médecine. [5] Quasi inexistante en deuxième cycle, seules six heures de formation théorique sur la contraception sont délivrées lors du troisième cycle de médecine générale. Pour leur formation pratique, les étudiants en médecine n'effectuent, pendant leur externat, qu'un stage de trois mois en service de gynécologie obstétrique où ils font peu de contraception qui est plutôt réservée à la gynécologie de ville.

Ensuite, pendant leur internat de médecine générale, les internes doivent choisir entre un stage en service de pédiatrie ou un stage en service de gynécologie obstétrique. Devant le peu de postes proposés en service de gynécologie obstétrique et l'obligation de se former en pédiatrie, une très grande partie des internes n'effectuent pas leur stage en gynécologie obstétrique.

5.10 L'amélioration de la diffusion de l'anneau vaginal

5.10.1 Formation des médecins généralistes

La contraception n'est pas l'apanage du gynécologue. Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la contraception et ils doivent être mieux formés. Il paraît nécessaire d'augmenter leur formation théorique à la faculté mais surtout leur formation pratique sur la contraception. Cela se fera par l'augmentation des places proposées aux internes de médecine générale dans les services de gynécologie et d'obstétrique, en particulier les plannings familiaux, les services de PMI, les dispensaires et les centres de santé, lieux de planification familiale.

Le médecin généraliste devra se tenir informé des innovations pharmaceutiques présentant un intérêt pour la santé de la femme. Il pourra compléter ainsi ses connaissances en participant à des formations médicales continues.

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place depuis 2006 une journée de formation indemnisée destinée aux médecins généralistes ayant pour but « d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception ». [44]

Pour aider les médecins à optimiser leur prescription contraceptive et notamment avoir une meilleure information sur les nouveaux moyens de contraception, la Haute autorité de santé (HAS) a établi des recommandations de pratique clinique, en lien avec l'Agence Française de sécurité Sanitaire des Produits de santé (AFSSAPS) et l'INPES intitulées « Stratégies de choix des méthodes contraceptive chez la femme ». [24] [23] Ces recommandations ont été publiées en décembre 2004 et ont été largement diffusées depuis. Elles s'adressent également aux autres professionnels de santé (sages-femmes, infirmières et pharmaciens) habilités à prescrire ou à donner une information en matière de contraception. Une brochure « Comment

aider une femme à choisir sa contraception » (annexe 5) permet aux professionnels de santé d'appliquer ces recommandations à leur pratique. [26]

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire, depuis octobre 2005, les estroprogestatifs oraux, transdermiques et vaginaux ainsi que les progestatifs par voie orale, injectable ou implant. [51]

5.10.2 Information de la femme

Malgré une information médicale donnée lors de nos entretiens ou par le gynécologue, les craintes des femmes sur l'anneau vaginal persistent. Nous sommes donc amenés à nous interroger sur la pertinence du contenu de l'information délivrée. Ce contenu apparaît aussi important que sa diffusion dans la population.

Ainsi dans notre étude, toutes les femmes informées par les médias se disent défavorables à l'anneau vaginal. Cette information reçue est-elle pertinente ? N'a-t-elle finalement pas desservi Nuvaring® en créant chez ces femmes « mal informées » un obstacle à son utilisation ?

Tout d'abord il faut rappeler que l'anneau vaginal ne peut convenir à toutes les femmes. Celles présentant une contre-indication aux estroprogestatifs ne peuvent utiliser Nuvaring®. Pour les jeunes filles à l'aube de leur sexualité qui ont une relation débutante avec leur partenaire, l'utilisation de Nuvaring® peut paraître difficile. Cette difficulté est présente également lorsque la sexualité n'est pas socialement acceptée (jeunes filles considérées par leur entourage comme trop jeunes pour avoir des relations sexuelles). [5]

En pratique, les femmes qui ne supportent pas le port de tampons hygiéniques ne choisiront pas l'anneau vaginal comme moyen de contraception.

L'information sur Nuvaring® doit commencer par une présentation de l'anatomie du vagin. La plupart des femmes se représente le vagin comme un conduit vertical. Elles ne savent pas qu'il est quasi horizontal et repose sur le plancher pelvien. Elles imaginent que l'anneau va « tomber » du vagin. Pour les rassurer, une schématisation du vagin et une explication sur le placement de l'anneau dans le vagin paraissent nécessaires.

Il existe également un intérêt à présenter un exemplaire de l'anneau vaginal à la femme pour qu'elle puisse le manipuler et constater sa flexibilité et sa facilité de manipulation.

Il faut également les tranquilliser sur l'efficacité de Nuvaring® en leur rappelant que l'anneau est aussi efficace que la pilule, insister sur le fait que quelque soit sa place dans le vagin il est actif et le recul sur son utilisation est de sept ans aux Etats-Unis par rapport à quatre ans en France.

Il est nécessaire de présenter aux femmes les autres avantages pratiques que peut leur apporter l'utilisation de l'anneau vaginal en dehors de sa fonction contraceptive : leur expliquer sa particularité à interférer directement sur les organes sexuels que sont le vagin et le pénis. Avec l'anneau vaginal on touche la zone de plaisir. Connaître l'anneau vaginal peut permettre de mieux connaître son corps. Sur le plan de la sexualité, cet anneau peut avoir un intérêt, grâce à son imprégnation estrogénique, il joue un rôle important dans le maintien de la trophicité vaginale et de l'équilibre écologique vaginal. [55] Ainsi il favorise le phénomène de lubrification. [51]

Deux études italiennes [22] [46] rapportent l'effet positif de Nuvaring® sur le désir, la complicité et le plaisir sexuel des femmes et celui de leur partenaire.

Dans notre étude, les effets positifs ou négatifs sur le désir sexuel n'ont pas été évoqués spontanément par les utilisatrices de Nuvaring® et aucune question ne leur a été posée sur ce sujet.

D'après le docteur SERFATY, auteur du livre « Contraception », les hommes disent ne pas être gênés par l'anneau vaginal même s'ils le sentent. Ils « jouent » parfois avec l'anneau vaginal ce qui peut renforcer la complicité entre les deux partenaires. [51]

Le rôle du médecin généraliste est également de repérer les populations de femmes pour qui Nuvaring® permettrait une amélioration de l'observance contraceptive :

- les femmes oubliant régulièrement la prise de leur pilule orale.
- les femmes travaillant en horaires décalés pour lesquelles cette prise quotidienne représente une véritable contrainte, en particulier les hôtesses de l'air, les infirmières, les médecins, les agents de police...
- les femmes ayant des antécédents de grossesses survenues sous contraception et notamment sous pilule orale.

5.10.3 Le remboursement de l'anneau vaginal

La diffusion de Nuvaring® ne peut pas se faire à grande échelle et toucher un plus grand nombre de femmes s'il reste non remboursé par les assurances sociales. Tous les autres moyens de contraception médicaux efficaces sont remboursés. La durée entre les premiers rapports sexuels (17,5 ans en moyenne [27]) et le premier enfant (30 ans en moyenne [28]) est en augmentation : 5,5 ans il y a 25 ans [25] contre 12,5 ans aujourd'hui. Cela signifie que la femme va acheter un moyen de contraception mensuel, avant son premier enfant, pendant 12,5 ans et à 15 euros par mois beaucoup de femmes ne peuvent pas se le permettre.

Les données de l'étude COCON sur la pilule estroprogestative de troisième génération illustrent cette difficulté d'accès aux nouveaux moyens de contraception non remboursés avec un taux d'utilisation plus important chez les femmes bénéficiant d'une mutuelle. [9]

La commercialisation de l'anneau vaginal par d'autres laboratoires ou la mise sur le marché d'un générique permettrait une concurrence et une baisse du prix.

5.10.4 L'extension de l'AMM

La limite d'âge entre 18 et 40 ans imposée par l'AMM par manque d'études chez les mineures et les femmes de plus de 40 ans peut-être discutée.

Chez l'adolescente, la découverte de la sexualité et la non reconnaissance sociale de cette sexualité reste un frein à la diffusion de Nuvaring® tout comme le non remboursement de l'anneau vaginal par les assurances sociales ou la non délivrance gratuite dans les CPEF. La prescription de la pilule orale estroprogestative est autorisée chez les mineures. Pourquoi l'anneau vaginal ne pourrait-il pas leur être prescrit ?

Même si les femmes de plus de 40 ans sont les moins favorables à l'utilisation de l'anneau vaginal dans notre étude, elles sont fertiles jusqu'à 51 ans en moyenne [3] et pourraient choisir Nuvaring® comme moyen de contraception.

Le rôle du médecin n'est pas de convaincre les femmes qu'elles doivent utiliser Nuvaring® mais de répondre aux interrogations et aux craintes qu'il suscite chez la plupart d'entre elles lorsque l'anneau leur est présenté pour la première fois.

5.11 La nouvelle relation médecin patiente en matière de contraception

Les problèmes soulevés dans notre étude sur la diffusion de l'anneau vaginal Nuvaring® révèlent la complexité d'une bonne adaptation de la contraception aux femmes pour une meilleure observance.

Le statut des femmes dans la société et dans le couple a évolué ces trente dernières années. Les femmes, aujourd'hui, choisissent le moment de leurs maternités en fonction du contexte affectif, social et professionnel dans lequel elles se trouvent.

La forte médicalisation de la contraception fait des médecins les acteurs incontournables dans la prescription d'un moyen contraceptif. Mais cette médicalisation privilégie la prescription du moyen, en théorie, le plus efficace au détriment de celui le plus adapté à la situation de la femme. [5] Les études mettent en évidence une différence entre l'efficacité optimale (obtenue dans les essais) et l'efficacité constatée en utilisation pratique. [51] L'efficacité pratique dépend donc à la fois de la méthode elle-même et de l'observance des utilisatrices.

L'AFSSAPS, l'INPES et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) ont beaucoup insisté sur la différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité en pratique courante, c'est l'un des principaux messages de leurs recommandations. [48]

Aborder l'avenir de la contraception nécessite de l'envisager d'un point de vue médical et social. Le rôle des médecins est d'aider la femme à trouver la contraception qui lui convient le mieux, afin de la préserver d'une grossesse accidentelle et d'un avortement. Le médecin, dans la consultation contraceptive, est là pour conseiller la patiente. [17]

La femme devient active dans le choix de sa contraception. Une revue de la littérature a conclu que plus les médecins impliquent les femmes dans le choix de la méthode, plus elles sont satisfaites de leur contraception et moins elles connaissent d'échecs. [9]

Il ne peut pas y avoir de stratégie contraceptive efficace sans un véritable dialogue entre le prescripteur et la femme ou le couple qui demande une contraception. C'est une véritable « négociation ».

Au-delà de l'aspect strictement médical et donc d'une bonne information délivrée par le médecin, une contraception efficace est celle qui tient compte de la situation affective, socio-

économique, religieuse et professionnelle de la femme et du couple [4] comme le rappelle l'OMS (2001) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». [39]

En effet, la majorité des femmes vit dans une « norme sociale du bon moment d'être mère » qui nécessite une relation stable, un logement, une situation professionnelle pour soi et son conjoint. Or les études sont de plus en plus longues. Ces raisons expliquent en partie que les femmes recourent plus fréquemment et plus facilement à une IVG en cas de grossesse non désirée, notamment chez les plus jeunes. [28]

Pour aider les femmes, les pouvoirs publics ont mené une campagne d'information grâce à l'INPES, via les médias, depuis 2007. Une brochure d'information destinée aux femmes sur les différents moyens de contraception a été publiée à six millions d'exemplaires en septembre 2007 (annexe 4). Elle est claire et relayée par des publicités radiophoniques et télévisuelles (un film dont le message central est: « Il y a plein de façons de s'aimer, il y a plein de moyens de contraception»), un site Internet référent sur la contraception (www.choisirsacontraception.fr) et un numéro gratuit (0800235236) ont été créés, pour répondre à toutes les questions sur la contraception et la sexualité.[28]

Cette campagne grand public renforce l'idée que les médias sont, comme on a pu le mettre en évidence dans notre étude, un support privilégié dans l'information des femmes et qu'il ne faut pas en minimiser l'impact mais au contraire s'en servir.

Enfin, le partenaire est resté trop à l'écart de la « révolution » contraceptive. Il faut à l'avenir l'intégrer au contrôle des naissances en le responsabilisant et le faire participer au choix de la contraception de sa partenaire. [50]

6. CONCLUSION

L'anneau vaginal Nuvaring®, commercialisé en France depuis quatre ans, répond à certaines attentes des femmes en matière de contraception. Il est réversible contrairement à la stérilisation ; il est moins contraignant que la contraception orale ; son insertion et son retrait ne requièrent pas l'intervention d'un médecin, contrairement au DIU ; son efficacité est meilleure que celle des méthodes naturelles ; il présente moins d'effets indésirables que l'implant progestatif. A cela s'ajoutent un taux systémique de stéroïdes stable et faible, une efficacité avérée, un contrôle du cycle fiable, une tolérance et une acceptabilité satisfaisantes. [21]

Il a donc pleinement sa place sur le marché contraceptif français.

Cependant, malgré ses avantages, nous avons pu constater que sa diffusion et son utilisation en France se heurtent à trois problèmes majeurs :

- Le manque de connaissances de la part des professionnels de santé, et plus particulièrement des médecins généralistes.
- L'existence de préjugés chez les femmes, peut être liée à une information inadaptée.
- L'absence de remboursement par les assurances sociales.

Quelles solutions proposer ?

- Une information de qualité délivrée par le médecin généraliste ou les professionnels de santé, illustrée par des schémas et des exemplaires de démonstration.
- Son remboursement par les assurances sociales et sa gratuité dans les centres de planification familiale.
- La sensibilisation et la formation des médecins généralistes et des gynécologues.

Devant ces premiers résultats sur la diffusion de l'anneau vaginal auprès des femmes en France, il serait intéressant que des études à plus grande échelle et multicentriques, confirment ou infirment ces données.

Il serait également intéressant de connaître l'opinion des médecins généralistes sur Nuvaring®, de recueillir leur niveau de connaissance ainsi que la place donnée à ce nouveau moyen de contraception dans leur pratique quotidienne.

Enfin, la difficulté de diffusion et d'acceptabilité de Nuvaring® auprès des femmes, montre que la diversification de l'offre contraceptive en France n'est pas la seule solution à apporter pour diminuer le nombre des grossesses accidentelles et le nombre d'avortements.

La contraception doit mieux s'adapter à la vie affective, sociale, professionnelle et sexuelle des femmes. La connaissance des indications, des contre-indications et des effets indésirables des méthodes contraceptives est indispensable. Cette information doit être délivrée par le médecin ou par un professionnel de santé de façon claire et pratique mais elle ne permet pas à elle seule de choisir la meilleure contraception, ce choix revient à la femme et au couple. [20]

Dans tous les cas, trois points sont importants à souligner :

- Un certain nombre d'IVG reste inévitable car les meilleures méthodes de contraception restent faillibles. [51]
- La détresse de la femme et du couple devant une grossesse non souhaitée et la problématique du recours à une éventuelle IVG restent incontournables.
- La survenue d'une grossesse accidentelle n'est pas forcément une mauvaise nouvelle pour la femme et le couple.

Dans le but d'améliorer encore l'observance des femmes, un anneau vaginal utilisable 12 mois consécutifs est en cours d'élaboration. [51]

7. BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE
Résumé des caractéristiques du produit Nuvaring® 13 p.
2. ALEXANDER NJ, BAKER E., KAPTEIN M., KARK U.
Why consider vaginal drug administration.
Fertility and sterility 2004, 82, p.1-12
3. AUDRAN G., BEAU V. SFTG Paris Nord
La ménopause et la péri-ménopause : diagnostic, traitements, problèmes pratiques en médecine générale [En ligne]
Disponible sur <<http://www.paris-nord-sftg.com/cr.menopause.0305.php3>> (consulté le 27/10/2007)
4. BAJOS Nathalie
La contraception en questions
Pratiques, 2003, 20, p.25-26
5. BAJOS N., FERRAND M., et l'équipe GINE.
De la Contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.
Editions Inserm, 2002, 360 p. Collection Santé publique.
6. BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., OUSTRY P., JOB-SPIRA N. and The COCON Group.
Contraception: from accessibility to efficiency.
Human Reproduction 2003,18, 5, p.994-999.
7. BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N.
La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête COCON
Population 2004, 59, 3-4, p.409-418
8. BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans.
Population et Sociétés, 2004, 407, p.1-4
9. BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., et al.
Les inégalités sociales d'accès à la contraception.
Population 2004, 59, 3-4, p.479-502
10. BJANADOTTIR RI, TUPPURAINEM M., KILLICK SR
Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinylestradiol
American Journal of Obstetrics & Gynecology 2002, 186, p.389-395.
11. CENTRE D'INFORMATION SUR L'EUROPE
Comparatif : Le droit d'avortement dans les états membres. [En ligne].
Mise à jour le 13/03/07.
Disponible sur <<http://www.touteurope.fr/fr/union-europeenne-en-action/les-politiques-europeennes/sante-publique/comparatif-sur-lavortement.html>> (consulté le 3/12/2007)

12. COLLEGE NATIONALDES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS
Gynécologie et Santé des femmes : Prise en charge gynécologique.
Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm#haut> (consulté le 17/05/2007)
13. DE GUIBERT-LANTOINE C., LERIDON H.
La contraception en France : un bilan après 30 ans de libération
Population, 1998, 4, p.785-812
14. DIEBEN TOM, ROUMEN FJM, APTER D.
Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring
Obstetrics & Gynecology 2002, 3, p.585-593
15. DOROSZ Ph.
Guide pratique des médicaments 2007, 27^{ème} éd., Maloine, 2007. 1984p. Guide pratique « DOROSZ ». 07822224029678
16. DUMARTIN S, MAILLARD C, Division Conditions de Vie des Ménages, Insee
Le lectorat de la presse d'information générale
Insee première 2000, 753, p.1-4
17. EYRAUD Sophie
Contraception, échecs de contraception.
Pratiques, 2003, 20, p.25-26
18. Family Health international
Les progrès de la contraception. [En ligne]
Disponible sur <http://www.fhi.org/NR/Shared/frFHI/PrinterFriendly.asp> (Consulté le 18/10/2007)
19. FIGON S, FERRÉ G, MOREAU A.
Contraception: que savent les femmes?
La Revue du praticien médecine général, 2007, 21, p.179-81
20. FOURNIER Cécile. Aider les femmes à choisir leur méthode.
Le Concours Médical, 2005, 128, 25/26, p.1053-56
21. GREASSLIN O., DEDECKER F., GROLIER F., QUEREUX C.
Patches, anneaux, implants... : les nouvelles contraceptions hormonales.
In *Mises à jour en gynécologie et Obstétrique*, Paris, CNGOF, 2004, 212 p., 9782711481965
22. GUIDA M., SARDO ADS, BRAMANTE S. et al.
Effects of two types of hormonal contraception-oral versus intravaginal-on the sexual life of women and their partners
Human Reproduction 2005, 20, 4, p.1100-1106

23. HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)
Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.
Décembre 2004.
24. HOUSSIN Didier
Pour une prescription adaptée
Le Concours médical, 2005, 128, 25/26, p.1045-46
25. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INED)
Contraception: que savent les français? [En ligne] Juin 2007.
Disponible sur <<http://www.inpes.santé.fr/70000/cp/07/cp070605.htm>>
26. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INED)
Comment aider une femme à choisir sa contraception
27. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INED)
La contraception dans le monde [En ligne]
Disponible <http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/3637/telechargement_fichier_contraception.pdf>
28. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INED)
La meilleure contraception : c'est elle que l'on choisit.
Septembre 2007
29. JOUBERT H.
Une nouvelle ère contraceptive
Impact Médical 2004, 101, p.26-30
30. LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N. et l'équipe COCON.
La médicalisation croissante de la contraception en France
Population et Sociétés, 2002, 381, p.1-4.
31. MILSON I., LETE I., BJERTNAES A., ROKSTAD K. et al.
Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, Nuvarinr®, versus an oral contraceptive containing 30µg d'ethynil estradiol and 3 mg de drospirenone.
Human Reproduction, 2006, 21, 9, p.2304-11
32. MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL
Activités du planning familial [En ligne]
Disponible sur <<http://www.planning-familial.org/militantEs/texte6.php>>
33. MULDER TM, DIEBEN TM, COELINGH BENNINK HJT.
Ovarian function with a novel combined contraceptive vaginal ring.
Human Reproduction 2002, 17, 10, p.2594-2599

34. MULDER TMT, DIEBEN TOM
Use of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing® for ovulation inhibition.
Fertility & Sterility, 2001, 75, 5, p.865-870 [10]
35. NOVAK A., ANNOESJSKA I, DE LA LOGE C., CHRISTINE I et al.
Development and validation of an acceptability and satisfaction questionnaire for a
contraception vaginal ring Nuvaring®
Pharmacoeconomics, 2004, 22, 4, p.245-256
36. NOVAK A., DE LA LOGE C., ABETZ L., VAN DER MEULEN EA.
The combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing® : an international study of user
acceptability
Contraception, 2003, 67, p.187-194
37. ODDSON K., LEIFEL-FISCHER B., ROBERTO DE MELO N., ET AL.
Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (Nuvaring) compared with a
combined oral contraceptive : A 1-year randomized trial
Contraception 2005, 71, 3, p.176-182
38. ODDSSON K., LEIFEL-FISCHER B., WIEL-MASSON D., et al
Superior cycle control with a contraceptive vaginal ring compared with an oral
contraceptive containing 30µg ethinylestradiol and 150µg levonorgestrel: a randomized
trial
Human Reproduction 2005, 20, 2, p.557-562
39. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)
Santé mentale : état de bien-être [En ligne]
Mise à jour : septembre 2001
Disponible sur <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/print.html>> (Consulté
le 12/12/2007)
40. QUEREUX C. ET GRAESSLIN O.
Les nouvelles techniques de contraception et de stérilisation
Le Concours médical 2005, 127-28, p.1553-1557
41. PRESCRIRE REDACTION
Ethinylestradiol + étonogestrel en anneau vaginal (Nuvaring®)
La Revue Prescrire 2005, 25, 267, p.810-6
42. PRESCRIRE REDACTION
8-1. Patientes sous contraceptif hormonal
La Revue Prescrire 2005, 25, 259 (suppl. Interactions médicamenteuses), p.48-49
43. PRESCRIRE REDACTION
Les inducteurs enzymatiques en bref
La Revue Prescrire 2005, 25 (suppl. Interactions médicamenteuses), p.92.
44. RENARD V., AUBIN I., BACLE F., BOTTET A., ATTALI C.
Un partenariat original pour former les médecins généralistes
Le Concours médical, 128, 25/26, p.1057-58

45. ROUMEN FJM, APTER D., MULDER TM, DIEBEN TO
Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol
Human Reproduction 2001, 16, 3, p.469-475
46. SABATINI R, CAGIANO R.
Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives
Contraception 2006, 74, p.220-223.
47. SCHAFER JE, OSBORNE LM, DAVIS AR, WESTHOFF C.
Acceptability and satisfaction using Quick Start with the contraceptive vaginal ring versus an oral contraceptive
Contraception 2006, 73, p.488-492
48. SERFATY David
Etat des lieux de la contraception en France
Gynécologie et Obstétrique, 2006, 502, p.14-19
49. SERFATY David
Contraception en France en 2007 : Innovations et tendances
Genesis, 2007, 122, p .1-2
50. SERFATY David.
Gynécologie et Santé des femmes : Avenir de la contraception en France
Disponible sur <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_06.htm#haut> (consulté le 19/04/2006)
51. SERFATY David.
Contraception, 3^{ème} éd., Paris: Masson, 2007. 568p. Abrégé Masson. 9782294016004
52. SZAREWSKI A.
High acceptability and satisfaction with Nuvaring use
The European Journal of Contraception and reproduction health Care 2002, 7(Suppl2),p.31-6
53. TIMMER CJ, MULDER TM.
Pharmacokinetics of Etonogestrel and Ethinylestradiol Released from a Combined Contraceptive vaginal Ring
Clinical Pharmacokinetics 2000, 39, 3, p.233-242
54. VAN DEN HEUVEL MW, VAN BRAGT AJM et al.
Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive
Contraception 2005, 72, p.168-174
55. VERES S., MILLER L., PAINTER R.
A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives
Obstetrics & Gynecology 2004, 104, 3, p.555-563

56. VERHOEVEN CJ, DIEBEN TH

The combined contraceptive vaginal ring, Nuvaring^o, and tampon co-usage”
Contraception 2004, 69, p.197-199[20]

57. VERHOEVEN CJ, VAN DER HEUVEL PMV, MULDER TM, DIEBEN TO

The contraceptive vaginal ring, Nuvaring^o and antimycotic co-medication
Contraception 2004, 69, p.129-132.[19]

58. VILAIN Annick

Les interruptions volontaires de grossesse en 2004
DREES, Etudes et Résultats. Sept 2006; 522, p.1-8.

8. ANNEXES

8.1 Annexe 1 : Le questionnaire

1. Votre âge

- Entre 18 et 25 ans Entre 26 et 30 ans Entre 31 et 40 ans

2. Votre niveau d'études

- Classe de troisième ou équivalent CAP-BEP ou équivalent
 Baccalauréat ou équivalent Etudes supérieures

3. Votre médecin généraliste est :

- Un homme Une femme Je n'ai pas de médecin généraliste

4. Quels sont les actes gynécologiques pratiqués ou prescrits par votre médecin généraliste ?

- Prescription ou renouvellement d'un moyen de contraception
 Palpation mammaire
 Toucher vaginal
 Frottis cervico-vaginal
 Suivi de grossesse
 Pose d'Implanon^o
 Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

5. Avez-vous déjà eu des grossesses non désirées ?

- Oui Non

6. Utilisez-vous alors un moyen contraceptif?

- Oui Non

7. Si oui, lequel ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive | <input type="checkbox"/> Méthodes locales (spermicides, capes cervicales et diaphragme) |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Méthodes dites naturelles (retrait, allaitement et abstinence périodique dont la méthode des températures, les méthodes Ogino et Billing) |
| <input type="checkbox"/> Implanon ^o | |
| <input type="checkbox"/> Patch transdermique | |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Préservatif masculin | |
| <input type="checkbox"/> Préservatif féminin | |

8. Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ?

- Oui Non

9. Si oui, lequel ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule contraceptive | <input type="checkbox"/> Méthodes locales (spermicides, capes cervicales et diaphragme) |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Méthodes dites naturelles (retrait, allaitement et abstinence périodique dont la méthode des températures, les méthodes Ogino et Billing) |
| <input type="checkbox"/> Implanon ^o | |
| <input type="checkbox"/> Patch transdermique | |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | |
| <input type="checkbox"/> Préservatif masculin | |
| <input type="checkbox"/> Préservatif féminin | |

10. En êtes-vous satisfaite ?

- Oui Non

11. Connaissez-vous l'anneau vaginal contraceptif Nuvaring^o?

- Oui Non

Si vous le connaissez :**12. Comment l'avez-vous connu ?**

- Par la presse, Internet, la radio ou la télévision, autres médias
- Par des proches
- Par votre médecin généraliste
- Par votre gynécologue
- Autres :

13. Si votre médecin généraliste vous en a parlé, il l'a fait?

- Spontanément
- A votre demande

14. Avez-vous déjà utilisé l'anneau vaginal Nuvaring^o?

- Oui
- Non

15. Si vous l'avez jamais utilisé, quelle en était la cause?

- Trop cher
- Pas assez confiance
- Trop d'effets secondaires
- Pose difficile ou peu pratique
- Pas assez de recul
- Autres

16. Si vous l'avez déjà utilisé, avez-vous ressenti des effets secondaires ?

- Oui
- Non

17. Si oui, lesquels ?

- Tension mammaire
- Maux de tête
- Prise de poids
- Règles irrégulières
- Apparition ou exacerbation de l'acné
- Mycose
- Leucorrhées
- Gêne locale pendant ou en dehors des rapports sexuels
- Expulsion accidentelle
- Le prix élevé
- Autres :

18. Si vous avez arrêté son utilisation, quelle en était la cause ?

- Trop d'effets secondaires
- Prix trop élevé
- Autres :

Si vous ne le connaissez pas :**19. Après avoir reçu des informations sur ce moyen de contraception, vous semblez-il intéressant et seriez-vous favorable à son utilisation ?**

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

20. Si non, pourquoi ?

- Trop cher
- Trop d'effets secondaires
- Pas assez de recul
- Pas assez confiance
- Autre :

21. Connaissez-vous le patch contraceptif Evra^o ?

- oui
- non

8.2 Annexe 2 : Résumé descriptif de l'anneau vaginal lu aux femmes pendant les entretiens

Il s'agit d'un anneau en plastique souple de 5,5 cm que la femme insère elle-même dans le vagin.

Il diffuse des hormones contraceptives qui passent dans la circulation sanguine à travers la muqueuse vaginale.

On laisse l'anneau en place trois semaines et on le retire la quatrième semaine, les règles surviennent alors.

Les avantages de l'anneau :

- ✓ il nécessite par mois : la pose et le retrait, contre une prise quotidienne pour la pilule et la nécessité de vérifier régulièrement sa présence
- ✓ son action contraceptive s'exerce quelque soit sa place dans le vagin
- ✓ pas de prise orale donc pas de perturbations intestinales (vomissements ou diarrhées)
- ✓ il est aussi efficace que la pilule.

Les effets indésirables sont :

- ✓ d'une part les mêmes que pour la pilule (douleurs pelviennes, douleurs abdominales, maux de tête, douleurs des seins, acné).
- ✓ D'autre part, propre à cette forme galénique : une gêne vaginale (2 femmes sur 10), des pertes vaginales non infectieuses (inférieur à 5%) ou très rarement une expulsion accidentelle chez les constipées chroniques.

Il existe une période de sécurité de trois heures où l'anneau peut rester en dehors de vagin.

Nuvaring est délivré sur ordonnance, il n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Son coût est de 35 euros pour trois mois.

8.3 Annexe 3 : Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2005, SFMG 2005

Rang	Résultat de consultation	Nombre de patients	Pourcentage
1	<u>EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION</u>	14749	18.97
2	<u>ETAT FEBRILE</u>	12094	15.55
3	<u>HTA</u>	9341	12.01
4	<u>RHINOPHARYNGITE - RHUME</u>	8838	11.37
5	<u>ETAT MORBIDE AFEBRILE</u>	8331	10.71
6	<u>VACCINATION</u>	8103	10.42
7	<u>HYPERLIPIDÉMIE</u>	6704	8.62
8	<u>LOMBALGIE</u>	5007	6.44
9	<u>ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE</u>	4702	6.05
10	<u>ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)</u>	4380	5.63
11	<u>RHINITE</u>	3216	4.14
12	<u>TOUX</u>	3175	4.08
13	<u>REACTION A SITUATION EPROUVANTE</u>	3076	3.96
14	<u>PLAINTÉ ABDOMINALE</u>	3075	3.95
15	<u>CONTRACEPTION</u>	2955	3.80
16	<u>DOULEUR NON CARACTERISTIQUE</u>	2859	3.68
17	<u>BRONCHITE AIGUË</u>	2841	3.65
18	<u>OTITE MOYENNE</u>	2561	3.29
19	<u>DIARRHEE - NAUSEE - VOMISSEMENT</u>	2303	2.96
20	<u>REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE</u>	2288	2.94
21	<u>CERVICALGIE</u>	2272	2.92
22	<u>INSOMNIE</u>	2261	2.91
23	<u>ASTHENIE - FATIGUE</u>	2240	2.88
24	<u>DIABETE DE TYPE 2</u>	2156	2.77
25	<u>ANXIETE - ANGOISSE</u>	2123	2.73
26	<u>DERMATOSE</u>	2115	2.72
27	<u>PROCEDURE ADMINISTRATIVE</u>	2079	2.67
28	<u>ASTHME</u>	1991	2.56
29	<u>EPAULE (TENOSYNOVITE)</u>	1968	2.53
30	<u>ARTHROSE</u>	1934	2.49
31	<u>CYSTITE - CYSTALGIE</u>	1859	2.39
32	<u>TABAGISME</u>	1840	2.37
33	<u>HUMEUR DEPRESSIVE</u>	1836	2.36
34	<u>ECZEMA</u>	1822	2.34
35	<u>CONTUSION</u>	1809	2.33
36	<u>DORSALGIE</u>	1787	2.30

37	<u>SUITE OPERATOIRE</u>	1708	2.20
38	<u>ANOMALIE BIOLOGIQUE SANGUINE</u>	1686	2.17
39	<u>SINUSITE</u>	1674	2.15
40	<u>CONSTIPATION</u>	1594	2.05
41	<u>CEPHALEE</u>	1583	2.04
42	<u>VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX</u>	1561	2.01
43	<u>DEPRESSION</u>	1552	2.00
44	<u>NEURALGIE - NEVRITE</u>	1424	1.83
45	<u>EPIGASTRALGIE</u>	1404	1.81
46	<u>TENOSYNOVITE</u>	1383	1.78
47	<u>CONJONCTIVITE</u>	1355	1.74
48	<u>ENTORSE</u>	1298	1.67
49	<u>SCIATIQUE</u>	1259	1.62
50	<u>HYPOTHYROIDIE</u>	1252	1.61

8.4 Annexe 4 : Publication Grand public « Choisir sa contraception »



La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.



Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous avez sans doute entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch ou encore d'anneau contraceptif...

Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a le choix de la contraception qui lui convient le mieux. Et ça, c'est le plus important.

Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est faire le choix d'une contraception plus efficace : celle qui ne vous posera pas de problème, qui sera facile à utiliser, adaptée à votre situation - que vous soyez en couple ou non -, à votre mode de vie, à votre personnalité, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives ainsi que des informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous les procurer. Ainsi informée, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera dans votre démarche pour choisir la contraception qui vous convient le mieux.



Vrai/Faux

Testez vos connaissances sur la contraception.

- Q1. Une femme peut tomber enceinte uniquement le 14^{ème} jour de son cycle.
- Q2. Un stérilet peut être posé à une femme n'ayant pas eu d'enfant.
- Q3. Une contraception, si elle est efficace, c'est la même pour toute la vie.
- Q4. Une femme qui allaite n'a pas de risque de grossesse.

VRAI FAUX

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses

Q1 : Faux. Le moment de l'ovulation est imprévisible même si les cycles sont réguliers. De plus, sous l'effet de différents facteurs comme le stress, l'ovulation peut se produire à un autre moment que le 14^{ème} jour du cycle. Tout rapport non protégé présente un risque de grossesse qu'il ait lieu en début, en milieu ou en fin de cycle (le cycle commence le 1^{er} jour des règles).

Q2 : Vrai. Une femme n'ayant pas eu d'enfant peut se faire poser un stérilet. Le médecin tiendra compte de certaines contre-indications.

Q3 : Faux. Une contraception est efficace si elle est adaptée au mode de vie et à la vie amoureuse. Elle peut donc varier selon que l'on vit en couple, que l'on est célibataire, avec ou sans enfant.

Q4 : Faux. Une femme qui vient d'accoucher, qu'elle allaite son enfant ou non, doit consulter un médecin ou une sage-femme pour utiliser le plus rapidement possible un moyen de contraception adapté à sa situation.

Il existe une méthode naturelle appelée MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée), utilisable pendant les six premiers mois après la naissance ou au moins jusqu'au retour de couches. Toutefois, cette méthode est très contraignante : elle suppose, pour être efficace, un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit et l'absence de règles. Parlez-en avec votre médecin.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.choisirsacontraception.fr

Les différentes méthodes contraceptives

La méthode	Ses particularités et ses avantages	Son prix ¹	Où l'obtenir ?
 <p>Pillule contraceptive</p>	<p>Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure fixe pendant les 21 jours du cycle ou 28 jours selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives² qui n'en contiennent qu'une. En cas d'oubli supérieur à 12 h pour une pilule combinée et à 3 h pour une progestative, vous n'êtes plus protégée.</p>	<p>De 2 € à 12 €/mois. Certaines sont remboursées à 65%. Il existe aussi des pilules génériques. Gratuite dans les CPEF³ pour les mineures et pour les non-assurées sociales.</p>	<p>Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances (après un accouchement ou une IVG). Délivrée sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Patch contraceptif</p>	<p>Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4^{ème} semaine, on ne met pas de patch, ce qui provoque l'apparition des règles. Un geste hebdomadaire, efficace pour celles qui ont tendance à oublier leur pilule.</p>	<p>15 € par mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Implant contraceptif</p>	<p>Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin dès que la femme le désire. Très fiable, il permet d'avoir l'esprit tranquille car il est efficace pendant 3 ans.</p>	<p>138 € Remboursé à 65%.</p>	<p>Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Anneau vaginal</p>	<p>Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4^{ème} semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines.</p>	<p>15 € par mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Stérilet</p>	<p>Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet (ou dispositif intra utérin) est placé dans l'utérus par un médecin. La pose dure 2 minutes. Il peut être enlevé par le médecin dès que la femme le désire. Il peut être gardé de 4 à 10 ans. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre: 27 € DIU hormonal: 130 € Remboursé à 65%. Gratuit dans les CPEF pour les mineures et pour les non-assurées sociales.</p>	<p>Prescrit et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Diaphragme</p>	<p>Le diaphragme est une coupelle en latex ou en silicone que l'on place dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes.</p>	<p>Cape cervicale: 39,5 € en latex, 52 € en silicone. Non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin, ou une sage-femme qui en déterminent la taille et vous apprennent à la/le poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu au planning familial.</p>
 <p>Cape cervicale</p>	<p>La cape est un dôme très fin, en latex ou en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. La cape cervicale ou le diaphragme peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de la/le garder pendant 8 heures après le rapport. Elle/il est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme: 33 € en latex, 42 € en silicone. Remboursé sur la base de 3,14 €.</p>	
 <p>Les spermicides</p>	<p>Les spermicides se présentent sous forme de gel, d'ovule ou d'éponge qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Seule l'éponge est efficace pendant 24 h. Elle peut donc être placée bien avant le rapport sexuel et gardée plusieurs heures après. Une contraception utile de dépannage.</p>	<p>7 à 16 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p>Préservatif masculin</p>	<p>En latex, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer de sa partenaire en tenant le préservatif par son ouverture, puis le nouer et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et des infections sexuellement transmissibles.</p>	<p>A partir de 20 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, grande surface et distributeur automatique.</p>
 <p>Préservatif féminin</p>	<p>Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et des IST.</p>	<p>8,70 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF et les centres de dépistage du VIH.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF.</p>

¹ Prix indicatif pratiqué en métropole en 2007. ² Si vous utilisez déjà une pilule, reportez-vous à la notice. Selon votre médecin déterminera avec vous celle qui vous conviendra le mieux et vous la prescrira. ³ Centres de planification ou d'éducation familiale.

- Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billing et méthode des températures). Mais elles sont peu fiables.

- Par ailleurs, des méthodes contraceptives chirurgicales peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes.

Consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gov.fr/rubrique/Contraception (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du sida et des autres infections sexuellement transmissibles. Il peut également être associé à un autre mode de contraception.

- Fil Santé Jeunes : 0800 235 236. Pour toute question et information sur la contraception et la sexualité. Appels anonymes et gratuits. 7 jours sur 7 de 8h à minuit.
- Le site du ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports : www.sante.gouv.fr/rubrique_Contraception.
- Le site du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) : www.planning-familial.org
- Le site de l'Association française pour la contraception (AFC) : www.contractions.org
- Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDIST).
- Sida Info Service 0 800 840 800. Appels anonymes et gratuits.
- Les permanences téléphoniques régionales d'information (conseils, adresses, etc.) :
 - Alsace :
03 88 32 28 28 - le matin
03 89 42 42 12 - l'après-midi
 - Aquitaine : 0810 025 025 (n° Azur)
 - Auvergne : 04 73 75 01 62
 - Bourgogne : 03 80 29 52 23
 - Bretagne : 0800 800 648 (n° Vert)
 - Centre : 0800 881 904 (n° Vert)
 - Champagne Ardenne : 0 820 331 334 (n° Indigo)
 - Corse : 04 95 50 54 18
 - Franche-Comté : 03 81 81 48 55
 - Ile-de-France : 01 47 00 18 66
et 0800 803 803 (n° Vert)
 - Languedoc-Roussillon : 04 67 99 33 33
- Les permanences téléphoniques régionales d'information (conseils, adresses, etc.) :
 - Limousin : 0810 025 025 (n° Azur)
 - Lorraine : 0810 122 128 (n° Azur)
ou 03 87 69 04 77
 - Midi-Pyrénées : 0 800 80 10 70 (n° Azur)
ou 05 61 77 50 77
 - Nord-Pas-de-Calais : 03 20 15 49 32
 - Basse-Normandie : 02 31 82 22 22
 - Haute-Normandie : 02 35 73 74 88
 - Pays-de-Loire : 0 800 834 321 (n° Vert)
 - Picardie : 03 22 72 22 14
 - Poitou-Charentes : 05 49 44 46 46
 - Provence-Alpes-Côte d'Azur : 0 800 105 105 (n° Vert)
 - Rhône-Alpes : 0 810 810 74 (n° Azur)

Rendez-vous sur www.choisirsacontraception.fr



8.5 Annexe 5 : Publication professionnelle « Comment aider une femme à choisir sa contraception »

Document réservé aux professionnels de santé



Repères pour votre pratique

Comment aider une femme à choisir sa contraception ?

La contraception en France est l'objet d'un paradoxe marquant : le taux d'IVG ne décroît pas (200 000 IVG pratiquées chaque année) malgré un taux de couverture contraceptive qui augmente. Pour améliorer l'efficacité des méthodes contraceptives, des recommandations ont été émises (in 2004 par l'Inpes, l'Assaps et l'Inpes¹¹). À la demande de la Direction générale de la Santé, elles reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.

Pourquoi impliquer la femme ou le couple dans le choix ?

La relation médecin-patient a évolué au cours des dernières décennies, avec une participation de plus en plus grande du patient dans les décisions concernant sa santé. Dans le domaine de la contraception, le fait de permettre aux personnes de choisir est associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes : un choix adapté pourrait améliorer l'efficacité pratique des méthodes contraceptives, laquelle est généralement inférieure à leur efficacité théorique (celle des essais thérapeutiques). La littérature souligne également l'impact positif de l'accord du partenaire sur le suivi de la méthode et donc l'importance, le cas échéant, de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

En pratique

• La volonté de s'impliquer dans la décision est variable d'une femme à l'autre : certains préfèrent s'en remettre à nos conseils, tandis que d'autres souhaitent participer au choix. Il paraît donc important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chaque femme.

A quelle occasion aborder la question ?

Les occasions sont nombreuses : au début de la vie sexuelle d'une femme (et notamment chez l'adolescente), en cas de changement de partenaire, au décours d'une grossesse, en cas d'IVG, en cas de souhait de changement de méthode (arrêt du préservatif notamment), en présence d'un facteur de risque : infection sexuellement transmissible (IST), hypertension, diabète, tabagisme, etc.

Quelles sont les étapes de l'aide au choix ?

La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être **spécifiquement dédiée à cette question**. En cas d'impossibilité – urgente notamment – il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement (*counseling*)¹². En pratique, le **modèle BECKER** de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en **6 étapes** : **B**ienvenue, **E**ntretien, **T**eaching, **E**xplication, **R**etour, **E**xplication et **R**etour. Chaque étape peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. *Avoir plus d'information sur BECKER et ses OMS : www.institutnationalpreventioneducation.santefr.fr/medecins.html*

- **Bienvenue**
Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.
- **Entretien**
Temps de **recueil d'information** et d'**expression de la femme** sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins sexuels et ceux de son moment, ses projets, l'évaluation d'un diagnostic éducatif partagé.
Exemple : « voir méthode », « diagnostic éducatif », « conseil »
- **Renseignement**
Déclarative d'une **information** claire, **hiérarchisée** et **sur mesure**. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la **bonne compréhension des informations** concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique (coût, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (taux d'expériences), etc.).
- **Retour**
Les consultations de suivi sont l'occasion de **réajuster la méthode** et son utilisation, de vérifier qu'elle est **adaptée** à la personne et que celle-ci en est **satisfaite**. Elles constituent une opportunité pour **observer un changement de méthode**, une **prise de recul** et un **ajustement de ses situations personnelle, affective et sociale**. A partir de 35-40 ans, il est recommandé de **réévaluer l'adéquation** de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cardiovasculaires et cardio-vasculaires.

- **Explication**
Discussion autour de la **méthode choisie** et de son **emploi** : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de partage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

- **Retour**
faire **retour** à la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

- **Choix**
Le professionnel souligne que la **décision finale appartient à la consultante**, tout l'aider à choisir. Il peut l'aider à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à

¹¹ Les contraceptifs, en recommandation conjointement au site de l'aide à la contraception en France, présentent les méthodes recommandées avec leur indication et contre-indication, soulignent les différences, soulignent la nécessité de respecter les modalités d'usage, et indiquent les modalités de suivi. Les modalités d'usage et de suivi sont disponibles sur www.inpes.solidarites-sante.gouv.fr

¹² Le *counseling* consiste à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. D'un part, il repose sur des bases éthiques et sur une approche globale de la personne, son histoire et ses besoins et d'autre part il implique d'expliquer à la personne le processus de la prise de décision, pour lui permettre de faire un choix éclairé, et ainsi à promouvoir sa santé et la santé relationnelle de son partenaire. Cette approche est individualisée et s'adapte à la femme et à son partenaire et ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle veut et ce qu'elle a besoin de savoir, ce qu'elle a besoin de faire et ce qu'elle a besoin de ressentir.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

- Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de préciser en compte ses demandes. Il s'agit d'explorer ensemble :

« ce qu'elle a »	État de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipoprotéinémie, migraines, accidents vasculaires cérébraux, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) ;
« ce qu'elle fait »	Situations familiales et professionnelles, activités sociales et sportives, état de vie, moyens de transport, cohabitation, etc. ;
« ce qu'elle sait »	en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;
« ce qu'elle croit »	conceptions religieuses, croyances, valeurs, attitudes, idéologies sociales et familiales, son éducation et son parcours, etc. ;
« ce qu'elle ressent »	au sujet de sa vie affective et sexuelle, et vis-à-vis de la contraception (insécurité, désignation, impuissance, etc.) ;
« ce dont elle a envie »	ses projets, ou désir de grossesse, une méthode contraceptive préférée, etc.

En pratique : quelles méthodes contraceptives proposer ?

La contraception oestroprogestative	<p>→ est l'une des méthodes de 1^{re} intention pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (cardio-vasculaire, hépatique, cancéreux, etc.).</p> <p>La contraception par progestatif seul</p> <p>→ peut être utilisée dans certaines situations où les pilules oestroprogestatives sont contre-indiquées (cardio-vasculaire notamment, mais également en 1^{re} intention. Il s'agit essentiellement de la pilule micro-progestative gélule agénée, tous les jours à la même heure. Ses effets secondaires (nausées, spotting, etc.) sont généralement moins marqués que ceux de la femme en sa prise.</p> <p>Les dispositifs intra-utérins (DIU)</p> <p>→ ne sont pas indiqués dans certaines situations où les pilules oestroprogestatives sont contre-indiquées et peuvent être envisagés en 1^{re} intention à condition de respecter les contre-indications, d'évaluer et d'écarter les situations à risque (cancer et de grossesse extra-utérine (GEU)).</p> <p>→ le DIU peut être utilisé comme méthode de contraception d'urgence (incluée la plus efficace).</p> <p>L'amenorrhée lactationnelle</p> <p>→ est une efficacité comparable à celle d'une contraception orale, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi-exclusif (intervalle maximum de 6 heures entre 2 tétées).</p>
Les préservatifs masculins ou féminins	<p>→ sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST. A proposer en cas de partenaires multiples, de relations occasionnelles, d'absence de relation stable, etc., sachant qu'ils sont efficaces et sûrs méthodes. Ils restent une méthode de référence.</p> <p>Les autres méthodes naturelles</p> <p>→ devraient être réservées à des personnes connaissant parfaitement la méthode et pouvant s'exposer à un risque de grossesse.</p> <p>Les méthodes de stérilisation</p> <p>→ peuvent apporter une réponse contraceptive définitive, mais sont irréversibles. Elles sont donc à réserver à des personnes qui ont réfléchi et ne peuvent être pratiquées sur une personne mineure et un futur acte doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueilli au consentement.</p> <p>NB : la contraception d'urgence hormonale n'est pas recommandée en tant que seule méthode contraceptive régulière, en raison des effets secondaires et du risque de grossesse menaçant par rapport à une méthode hormonale continue.</p>

Une démarche spécifique pour l'adolescente ?

Les méthodes de 1^{er} choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale (surtout oestroprogestative), éventuellement en association. Même si la démarche d'aide au choix est globalement similaire à celle proposée pour toute femme, il existe un certain nombre de points clés :

- Recevoir l'adolescente sans ses parents (même si leur décision dans la contraception reste importante) et assurer la confidentialité de l'entretien ; elle peut solliciter la présence de son partenaire ou d'une amie.
- Aborder sans a priori le sujet de la sexualité.
- Adapter la démarche à l'âge et aux besoins : éviter d'être intrusif, questionner graduellement l'adolescente sur ses caractéristiques et sur ses habitudes de vie ; partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse ; de ses projets et de ses besoins ; lui expliquer la nécessité de travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante devant des rapports sexuels si elle n'en a pas envie.
- Ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et les examens sanguins à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents).
- Recevoir l'adolescente à se projeter dans une utilisation future de la méthode envisagée, en abordant la question des freins à son utilisation (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité des services).
- Discuter de la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule et des méthodes de rattrapage possibles en cas de non-utilisation ou de rupture de préservatif.
- Pour la contraception d'urgence hormonale, préciser que la délivrance est anonyme, non soumise à prescription et qu'elle est gratuite pour les mineures. Indiquer aussi les lieux où elle est disponible (pharmacies, infirmières scolaires, centres de planification et d'éducation familiale).
- Informer sur les IST et l'efficacité des préservatifs en prévention.
- Prévoir un suivi régulier et rapproché.

Ressources

<p>Haute Autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr</p> <p>Recommandations pour le planning familial de HAS/MSF, analyses de sécurité et efficacité de la contraception, recommandations de suivi des méthodes contraceptives, le contraceptif sous réserve sur ce site.</p> <p>Infos www.infos-sante.fr</p> <p>Communauté gratuite de documents, pédagogiques, brochures sur les modes d'emploi des contraceptifs masculins et féminins, certaines existent en plusieurs langues.</p> <p>Document d'information sur sexualité/contraception/IST pour tous publics, pour les Femmes et pour les adolescents & Questions 0, 1, 4, 5, 6 en question + illustrations 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.</p>	<p>Ministère chargé de la santé www.santite.gouv.fr</p> <p>Infos des contraceptions 109.</p> <p>Document d'information sur les méthodes contraceptives de sécurité et efficacité de la contraception d'urgence pour les mineures. Brochure destinée à l'information de la contraception d'urgence pour les mineures, quelle que soit leur orientation sexuelle et leur identité de genre.</p> <p>Législation réglementaire en vigueur - coordonnées utiles : centres de planification ou d'éducation familiale, infirmières scolaires, centres de planification et de conseil familial de tous les départements.</p> <p>Performance techniques contraceptives.</p>
<p>Ecoute Sexualité Contraception</p> <p>Numéros verts locaux</p> <p>0 800 803 803 pour Paris</p> <p>0 800 105 105 pour Marseille et une partie du sud de la France.</p> <p>Information, conseil, ou réponse à des problèmes liés à la sexualité. www.planning-familial.org</p>	<p>Fi Santé Jeunes</p> <p>Appel gratuit 011 : 3800-0000</p> <p>0 800 235 236</p> <p>Escoute, information, orientation des jeunes en matière de santé physique, psychique et sociale.</p> <p>www.fisantejeunes.com</p>

31 La loi du 4 juillet 2011 relative à l'ANI et à la contraception précise que : « Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».

RESUME

Depuis plusieurs années, en France, persiste un taux d'interruption volontaire de grossesse élevé malgré un nombre croissant de moyens de contraception mis sur le marché. Cette situation est le paradoxe contraceptif français, mis en évidence dans l'étude de cohorte COCON réalisée par l'INSERM en 2003.

A travers l'exemple de l'anneau vaginal contraceptif Nuvaring®, autorisé sur le marché français en 2004, nous avons essayé de mettre en évidence les obstacles à la diffusion d'un nouveau moyen de contraception auprès des femmes.

Une enquête d'opinion a été réalisée auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans, de juillet 2006 à septembre 2007, en Ile de France grâce à un questionnaire comportant 21 items.

La connaissance de l'anneau vaginal et son acceptabilité par les femmes restent faibles. Ce manque de connaissance et de confiance en Nuvaring® est dû à un manque d'information délivré aux femmes par le médecin généraliste ou le gynécologue, principaux prescripteurs de la contraception.

Le contenu de l'information s'est révélé également inadapté : la patiente doit être rassurée sur l'efficacité et l'innocuité de l'anneau vaginal.

La qualité de la relation médecin patiente, en particulier lors de la prescription d'une méthode contraceptive est essentielle pour l'observance ultérieure de celle-ci ; le choix de « sa » contraception revenant à la patiente.

Le coût et l'absence de remboursement par les assurances sociales est également l'une des principale cause de difficulté de diffusion de Nuvaring®.

Les médecins et les femmes sont confrontés à une problématique complexe : devant tant de choix, quel est la meilleure stratégie à adopter en matière de contraception ?

Pour aider aussi bien les patientes que les prescripteurs, les autorités de santé mettent à disposition différents outils d'information. Cette campagne permettra-t-elle d'améliorer « le paradoxe contraceptif français » ?

MOTS CLES :

Médecine générale, contraception, anneau vaginal contraceptif, Nuvaring®, avortement.