



HAL
open science

État des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone chez les étudiantes de l'Université de Lorraine : étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021

Lucie Schur

► **To cite this version:**

Lucie Schur. État des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone chez les étudiantes de l'Université de Lorraine : étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04329369

HAL Id: hal-04329369

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04329369v1>

Submitted on 7 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

État des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone
chez les étudiantes de l'Université de Lorraine.

Étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs
auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021.

Mémoire présenté et soutenu par

Lucie SCHUR

Née le 5 novembre 1997

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 – 2021

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

État des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone
chez les étudiantes de l'Université de Lorraine.

Étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs
auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021.

Mémoire présenté et soutenu par
Lucie SCHUR

Née le 5 novembre 1997

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements :

A Madame Bernard, ma directrice de mémoire pour ses encouragements, sa patience et ses conseils.

A Docteur Charissou pour son expertise, sa bienveillance et sa disponibilité.

A Héloïse, Lucas et Margot pour leurs aides précieuses.

A mes parents et ma sœur Mélissa pour leur soutien depuis toujours.

ABREVIATION :

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CE : Communauté Européenne

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INED : Institut National des Etudes Démographique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IFMK : Institut de Formation en Maso-Kinésithérapie

LH : Hormone Luéinisante

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

SOPK : syndrome des ovaires polykystiques

SIU : Système Intra Utérin

NF : Norme Française

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATION :	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	9
1. LES HABITUDES CONTRACEPTIVES EN FRANCE	9
2. LES CONTRACEPTIONS NON HORMONALES	10
3. LES MÉTHODES NATURELLES.....	12
4. LES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MASCULINE.....	14
5. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME	15
PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE	17
1. PROBLÉMATIQUE	17
2. OBJECTIFS.....	17
3. HYPOTHÈSES	17
4. MATÉRIEL ET MÉTHODES ENVISAGÉES	17
5. OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE.....	19
PARTIE 3 : RÉSULTATS.....	20
1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	20
2. L'UTILISATION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	21
3. LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES	23
4. LA SATISFACTION DE LA CONTRACEPTION	25
5. LES ÉCHECS DE LA CONTRACEPTION	26
6. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME	27
PARTIE 4 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	28
1. POINTS FORTS ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	28
2. L'ANALYSE DES RÉSULTATS	28
3. LES PROPOSITIONS	35
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES	45

INTRODUCTION

En France, d'après l'étude baromètre de la santé de 2016, on observe une diminution progressive de l'utilisation de la pilule. En effet, chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, la prise de la pilule est passée de 45% d'utilisation en 2010 à 36,5% en 2016 [1]. Il y a eu quasiment une diminution de 10% en seulement 6 ans. La forte diminution des prescriptions et le désintérêt persistant pour ce contraceptif sont dus à « la crise de la pilule. » Cette polémique a débuté en décembre 2012 à la suite d'une plainte déposée par une victime d'un accident vasculaire cérébrale imputé à une pilule de 3ème génération [2]. Ce scandale relayé par de nombreux médias a entraîné une méfiance concernant la prise d'hormones auprès de nombreuses femmes. A l'époque, les chercheurs se sont alors demandé : est-ce que les changements de pratiques contraceptives ne sont que temporaire et en réaction à cette crise ? Ou bien s'agit-il d'une modification profonde qui va perdurer dans le temps ? [3].

Cette « crise de la pilule » a donc engendré de nombreux soupçons quant à la prise d'hormones. Le livre « *J'arrête la pilule* » écrit par la journaliste Sabrina Debusquat met en lumière les effets secondaires de cette contraception et a fait grandement polémique [4]. Une génération « no pilule » s'interroge sur les effets néfastes des hormones présentes dans la pilule contraceptive, et en règle générale, sur le fait de médicaliser la contraception [5]. Il y a une réelle prise de conscience des effets secondaires. Qu'il s'agisse de prise de poids, de diminution de la libido ou de syndrome dépressif, l'œstrogène et la progestérone présents dans la pilule sont sévèrement pointés du doigt [6]. C'est en septembre 2017 que les membres de la commission du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) apportent une réponse à ces accusations. Concernant une possible prise de poids, une diminution de la libido et un risque accru de dépression, aucune preuve scientifique de source sûre n'est en mesure d'affirmer ces hypothèses. De plus, il s'agit de phénomènes multifactoriels qui ne peuvent être imputés qu'à l'utilisation seule de la pilule [7]. Malgré tout, au sondage : « si vous avez déjà arrêté la pilule, quelle en était la raison ? » La réponse en tête était « les effets secondaires bénins mais pénibles au quotidien ». La deuxième raison évoquée était « pour être en meilleure santé » puis « un refus de prendre des hormones ou des médicaments dans un bon état de santé général » [8]. Bien que ce sondage, s'appuyant sur 3 616 réponses ne soit pas représentatif de la population française entière, il illustre une prise de conscience par un grand nombre de femmes. Celles-ci commencent ainsi à bousculer le schéma contraceptif établi en s'intéressant notamment à de nouvelles méthodes contraceptives.

Les dernières enquêtes datant de 2016, il serait intéressant d'étudier la situation actuelle au sein de la population et plus particulièrement dans le milieu étudiant. En effet, cette période est généralement celle où s'instaure la question de la première contraception ou bien qui renforce une affirmation individuelle dans les choix de contraception. De plus, durant mes études de sage-femme, j'ai pu observer lors de consultations au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) que les étudiantes souhaitent se tourner de plus en plus vers des contraceptions sans hormones. Le DIU (dispositif intra utérin) au cuivre est une méthode de contraception à longue durée d'action de plus en plus testée par les jeunes femmes venues consulter au CPEF. J'ai également pu constater lors de de

consultation libérale auprès de sage-femme que les jeunes femmes cherchaient à arrêter les hormones dans leur contraception. Beaucoup venaient en consultation pour stopper leur contraception en raison des effets secondaires qui en découlaient. Nous souhaitons donc orienter notre recherche vers un public d'étudiantes majeures suivant leur cursus au sein de l'université de Lorraine. Il s'agit d'une étude quantitative afin d'observer les habitudes contraceptives des étudiantes de l'université de Lorraine. Cette étude épidémiologique descriptive permet ainsi de connaître la part des étudiantes qui utilisent une méthode de contraception non hormonale. Dans cette fraction d'étudiantes, il s'agit d'étudier et de comprendre les rôles qu'ont joué leurs connaissances ou croyances personnelles dans cette prise de décision. Ainsi que d'évaluer l'observance et leur connaissance pour cette méthode. La première partie de ce mémoire situe le contexte en décrivant les habitudes contraceptives chez les étudiantes. Cette première partie relatara également les choix de contraceptions sans hormones proposés aux femmes et les alternatives masculines, ainsi que la place et les compétences de la sage-femme. La seconde partie décrit la méthodologie de l'étude et présente les résultats. La troisième partie a pour but d'analyser et de discuter des résultats obtenus afin de proposer des axes d'améliorations.

PARTIE 1 : JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

1. LES HABITUDES CONTRACEPTIVES EN FRANCE

1.1. L'APRÈS CRISE DE LA PILULE

D'après l'étude baromètre de la santé de 2016, la diminution de l'utilisation de la pilule se poursuit et en particulier chez les femmes de 20 à 29 ans. On assiste à une diminution de 18% du recours à la pilule entre 2010 et 2013. Cette tendance continue avec une chute de près de 9% entre 2013 et 2016. [9] Malgré le fait que la pilule reste le premier moyen de contraception utilisé par les Françaises, les femmes en âge de procréer se tournent de plus en plus vers d'autres méthodes de contraception. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, on note une augmentation de l'utilisation du dispositif intra utérin (DIU) passant de 1,6% à 5,2% entre 2010 et 2013. Ces chiffres restent constants jusqu'en 2016. Cependant, l'étude ne différencie pas le DIU hormonal du DIU au cuivre, qui ne contient pas d'hormone. Le préservatif, quant à lui, a vu son utilisation doubler entre 2010 et 2016, passant de 9% à 18,6% [2]. Delphine Rahib, chargée de l'étude, explique que les femmes (âgées de 20 à 24 ans) abandonnent la pilule en faveur de méthodes avec un plus grand taux d'efficacité (tels que le DIU et l'implant) ou pour le préservatif toutefois moins fiable. L'utilisation de méthodes naturelles comme le retrait et l'abstinence périodique a par ailleurs augmenté de 4% entre 2010 à 2013. Le scandale de la pilule a transformé l'image sociétale de celle-ci. Aujourd'hui, la pilule n'est plus autant considérée comme un objet d'émancipation par les femmes les plus jeunes. Ces femmes qui n'en étaient alors pas satisfaites ont ainsi pu changer de méthode de contraception. [10] D'après l'étude de la haute autorité de santé (HAS), l'accès à une pratique contraceptive peut être freiné par des déterminants propres aux femmes (comme l'âge, la classe socio-économique, sa culture...) et par le désir de grossesse. Ce désir de grossesse peut être marqué par une certaine ambivalence et donc influencer l'utilisation et le choix de la contraception. « Le désir de grossesse et l'acceptabilité de la méthode de contraception choisie sont sans cesse réévalués l'un par rapport à l'autre : les effets secondaires d'une contraception sont d'autant moins acceptés que le désir de grossesse ou d'enfant est élevé. » [11] Selon l'Institut National d'Etudes Démographiques, la couverture contraceptive est élevée en France. En 2013 il y a 97% des femmes âgées de 15 à 49 ans et soumises au risque de grossesse qui utilisent une méthode de contraception, dont 72% qui utilisent une méthode médicale et non naturelle. [10] Paradoxalement, parmi les 200 000 avortements recensés chaque année en France, 72% concerne des femmes sous contraception. La France détient à la fois le record de la plus haute couverture contraceptive et du taux d'IVG le plus élevé. [12] Comment expliquer cela ? N'y aurait-il pas un besoin inconscient de se prouver qu'on reste fertile en dépit de sa pilule ? Est-ce que le problème vient des différents moyens de contraception ? Est-ce que la prise de conscience du fonctionnement de leur corps aiderait certaines femmes à éviter un avortement ? Si l'ensemble de l'arsenal contraceptif convient à certaines femmes, pour d'autres il a des effets délétères.

1.2. LA CONTRACEPTION CHEZ LES ÉTUDIANTES

Nous allons maintenant nous concentrer sur la population étudiante. L'étude Emevia de 2015 décrit les comportements et les habitudes contraceptives des étudiantes. D'après cette étude portant sur 50 000 étudiants : 74% des interrogés ont déjà eu des rapports sexuels. Lors de ce premier rapport, environ 90% des étudiants ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception. Il s'agissait du préservatif masculin dans 95% des cas. Cette étude décrit que même si les étudiants se protègent lors du premier rapport, ils ne sont finalement que 64% à utiliser systématiquement un moyen de contraception par la suite [13]. D'après le baromètre de la santé de 2010 sur les pratiques contraceptives des moins de 30 ans, la majorité des femmes, soit 79%, utilise la pilule. Ce taux atteint les 84% chez les 20-24 ans, la tranche d'âge représentant les étudiantes. Toutefois, les moyens de contraception tel que l'implant, le patch ou l'anneau étaient de plus en plus plébiscités par cette population à hauteur de 6% d'utilisatrices. [14] Depuis 2010, le DIU est de plus en plus utilisé par les jeunes femmes à raison de 4% des 20-24 ans. [15] Le mémoire de fin d'étude de sage-femme d'Anaïs Crociati vient conforter ces données avec la population étudiante de l'université de Lorraine. Son état des lieux du suivi gynécologique de 2014 représente les différents moyens de contraception utilisés par les étudiantes. Sur 357 étudiantes, on retrouve 77,3% d'utilisatrices de la pilule. L'anneau, le patch et l'implant représentent 8,7% de sa population. Les utilisatrices de DIU (hormonal et au cuivre) dépeint 3,9% de l'effectif. [16] Afin de résumer l'ensemble des méthodes de contraceptions utilisées par la population française, nous avons établi un tableau comprenant les indices de Pearl, l'efficacité théorique et pratique, ainsi que les fréquences d'utilisation dans la population pour chaque contraception [17]. (Annexe I)

2. LES CONTRACTIONS NON HORMONALES

2.1. LES MÉTHODES BARRIÈRES

2.1.1. Le préservatif

Le préservatif masculin (ou externe) et le préservatif féminin (interne) empêchent le passage des spermatozoïdes dans le vagin et donc la fécondation. Le préservatif féminin se présente sous forme d'une gaine munie de deux anneaux souples aux extrémités, il se place dans le vagin. [18] Quant au préservatif masculin, celui-ci se présente sous forme de gaine en latex ou en polyuréthane afin de retenir le sperme. Le préservatif n'est efficace que si on l'utilise avant chaque pénétration et s'il est correctement mis en place. Son efficacité théorique est de 98-95% (indice de Pearl à 2) et son efficacité pratique chute à 85% pour le préservatif masculin et 79% pour le féminin. Il est important de rappeler que le préservatif est le seul et unique moyen de protection contre les IST (infections sexuellement transmissibles). De plus, le sigle CE (Communauté Européenne) ou NF (Norme Française) doivent figurer sur l'emballage afin de certifier le respect des normes de fabrication du préservatif. [19]

2.1.2. Le diaphragme, la cape et les spermicides

Le diaphragme ou la cape sont des dispositifs à glisser au fond du vagin au contact du col de l'utérus avant un rapport sexuel. Ces dispositifs empêchent le passage de spermatozoïdes vers l'intérieur de

l'utérus. Le diaphragme est de taille unique, en forme de coupelle et composé de latex ou de silicone. La cape cervicale est ronde, ressemble à un dôme en silicone et est de taille variable. La taille de la cape doit être adaptée à chaque utilisatrice qui devra au préalable faire effectuer des mesures par un praticien afin de se procurer la cape la plus adaptée à son anatomie. [20] On peut les installer dans le vagin juste avant le rapport ou bien jusqu'à deux heures avant celui-ci. Il est nécessaire que la femme soit à l'aise avec son corps afin de bien repérer son col de l'utérus et qu'elle puisse correctement y appliquer la cape ou le diaphragme. Ils doivent être laissés en place pendant minimum 8 heures et maximum 24 heures après le rapport sexuel. Ces deux dispositifs sont réutilisables, il suffit de les laver à l'eau claire et au savon neutre après chaque utilisation. L'efficacité théorique de ces méthodes barrières est comprise entre 94-91%. Toutefois, leurs efficacités pratiques chutent à 88-84% (indice de Pearl à 6). [21] Pour rappel, l'efficacité pratique décrit l'utilisation dans la vie courante du contraceptif avec le manque d'expérience de l'utilisatrice, les éventuelles erreurs de manipulation... Pour augmenter l'efficacité de la cape ou du diaphragme, il faut utiliser des spermicides en association à ces méthodes lors d'un rapport. Les spermicides se présentent sous forme de crème, gel ou d'ovule à insérer au fond du vagin. Ces substances vont permettre d'inactiver et/ou de détruire les spermatozoïdes. On peut utiliser les spermicides seuls mais il est vivement recommandé de les utiliser en association avec une autre méthode barrière tel que le diaphragme, la cape ou les préservatifs. L'efficacité théorique des spermicides est de 82% mais l'efficacité pratique est de 71%. [22] De plus, il ne faut pas utiliser de savon ou de traitement par voie vaginale pendant les 6-8 heures post coït car cela risque d'inactiver les spermicides. A noter que les spermicides peuvent entraîner à la longue un effet irritant sur les muqueuses.

2.1.3. La stérilisation chez les femmes

La ligature des trompes est la méthode de stérilisation proposée aux femmes qui ne souhaitent plus avoir de grossesse, il s'agit d'une méthode définitive. Depuis la loi 2001-588 du 4 juillet 2001, toute personne majeure peut demander une intervention chirurgicale à visée contraceptive. Il n'y a pas de condition du statut marital ou du nombre d'enfants. Un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation est nécessaire. Si le médecin refuse de pratiquer l'intervention, il doit informer et adresser la personne ou le couple vers un autre praticien. [23] La ligature des trompes consiste à « boucher » les trompes de Fallope. Cette occlusion des trompes peut se réaliser en les ligaturant puis en sectionnant les trompes, en les pinçant avec un anneau, un « clip », un micro-implant ou encore en les électrocoagulant. [24] Ainsi les ovules ne peuvent plus rejoindre l'utérus et ne rencontrent pas les spermatozoïdes. L'efficacité pratique de la stérilisation est de 99,5% variant en fonction de la méthode utilisée. Il est possible de rencontrer des échecs de la méthode lorsque surviennent des reperméabilisations spontanées. [25]

2.2. LE DIU AU CUIVRE

Le DIU est un dispositif en plastique en forme de « T » enveloppé d'un fil de cuivre. Il existe une taille standard et une taille « short » pour les petits utérus de femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Celui-ci se place dans l'utérus en passant par les voies génitales. Une fois placé dans l'utérus, des fils en

nylon sont coupés à quelques centimètres du col afin de pouvoir le retirer à tout moment. L'efficacité théorique du DIU au cuivre est de 99% (indice de Pearl à 0,6), on ne différencie pas l'efficacité pratique, car une fois le DIU mis en place, il n'y a pas d'erreur d'utilisation possible pour la patiente. A noter que cette contraception est efficace dès le jour de son insertion et a une durée d'action entre 3 à 10 ans en fonction du modèle. L'action du DIU repose sur l'effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes. Plus la teneur en cuivre est importante, plus l'effet toxique sur les spermatozoïdes augmente. Ainsi, les gamètes sont moins mobiles, moins viables ce qui les empêchent de féconder l'ovule, rendant la grossesse impossible. Dans le cas où la fécondation n'a pas pu être évitée, le DIU dans l'utérus modifie la paroi de l'endomètre, le rendant inadapté à la nidation. [26]

3. LES MÉTHODES NATURELLES

Les méthodes naturelles de contraception sont toutes les méthodes visant à identifier la période d'ovulation afin d'éviter tout rapport sexuel fécondant durant ce laps de temps.

3.1. LE RETRAIT

Le retrait n'est pas à proprement parler une méthode naturelle. L'homme doit se retirer entièrement du vagin de sa partenaire avant d'avoir éjaculé. Le risque de grossesse est réduit si l'éjaculation n'a pas eu lieu dans le vagin (ni juste à l'entrée de celui-ci). Le retrait a tout d'abord été théorisé en 1848 par James Humphrey Noyes, un théologien américain : « Nous sommes en faveur d'une procréation intelligente bien ordonnée ». De plus, il prônait la continence masculine ou coït reservatus afin de « respecter les droits sexuels des femmes ». [27] Afin de réellement maîtriser cette méthode, l'homme doit avoir un excellent contrôle de son corps, seulement l'éjaculation est un réflexe ce qui compromet la réussite de cette technique. Il existe des exercices permettant de contrôler les sphincters mis en jeu lors de l'éjaculation. Cette méthode peut engendrer une certaine frustration car les deux partenaires doivent se séparer lors du rapport sexuel. Par ailleurs, il suffit d'une émission précoce et non détectée de sperme (ou de liquide pré-séminal) pouvant compromettre l'efficacité de la technique. L'efficacité pratique du retrait est de 78%. [28]

3.2. LA MÉTHODE OGINO

La méthode Ogino-Knauss ou l'abstinence périodique consiste à éviter les rapports sexuels pendant les jours fertiles qui précèdent ou suivent l'ovulation. Cette méthode résulte de l'étude du Docteur Ogino qui a déterminé que la femme ovule en général une fois par cycle menstruel et entre le 12ème et 16ème jour après le début des règles. En prenant compte de la durée de survie de l'ovocyte et des spermatozoïdes, il a fixé la période de fécondité entre le 8ème et 17ème jour du cycle. C'est le Dr Knauss qui propose d'en faire une méthode de contraception, en adaptant ces observations aux cycles menstruels irréguliers. [29] Cette méthode repose donc sur le calcul statistique de la longueur de ses cycles. L'efficacité théorique est de 93% pourtant l'efficacité pratique de cette méthode est de 80%. [30] L'efficacité de la méthode diminue avec les cycles irréguliers. De plus, l'ovulation est imprévisible et peut se produire n'importe quand dans le cycle même chez les femmes ayant un cycle régulier. Pour beaucoup de personnes, toutes les méthodes naturelles sont synonymes de la méthode Ogino. Par ailleurs, l'expression "bébés Ogino" contribue à discréditer toutes les méthodes naturelles.

3.3. LA MÉTHODE DES TEMPÉRATURES

Cette technique consiste à repérer la période d'ovulation en fonction de la température du corps. Pour cela, il faut prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever, avec le même thermomètre et avec la même voie de prise (axillaire, buccale...). Au moment de l'ovulation, la température habituelle de la femme s'élève de 0,2 à 0,5°C dû à la progestérone qui intervient pendant cette période du cycle. Cette hormone augmente en deuxième partie du cycle après l'ovulation. La durée de vie de l'ovocyte est de 24 heures et les spermatozoïdes peuvent survivre jusqu'à 5 jours. La période de fécondité commence donc 5 jours avant l'ovulation et se termine 24 heures après. [31] Cette méthode est délicate car la période à risque existe avant même de savoir qu'il y a ovulation. L'efficacité théorique est de 93%, seulement l'efficacité pratique chute à 80%. [29] En effet, les erreurs sont multiples (par exemple une maladie entraînant une hyperthermie qui dérègle le calcul de la période d'ovulation, l'ovulation peut avoir lieu n'importe quand) et la méthode est contraignante (prise de température tous les jours et l'abstinence peut causer de la frustration...)

3.4. LA MÉTHODES BILINGS

Cette méthode consiste à observer l'aspect de la glaire cervicale afin de déterminer la période ovulatoire. La glaire correspond aux sécrétions du col de l'utérus se retrouvant dans le vagin. A l'approche de l'ovulation, la glaire cervicale se modifie. Une sensation de sécheresse au niveau vulvaire signifie que la femme se trouve dans une période infertile. En revanche, lorsque la glaire se modifie en devenant plus abondante, fluide, la femme prélève de cette glaire avec l'index et teste sa texture. Si la glaire s'étire de plus de 5 cm entre le pouce et l'index, alors la femme est féconde. Les rapports sexuels sont donc à proscrire durant cette période et jusqu'à 3 jours après la disparition de la glaire. [29] Cette méthode nécessite un apprentissage et est basée sur les sensations de la femme. Son efficacité théorique est de 93% tandis que son efficacité pratique est de 80%. En effet, la femme dispose d'un émonctoire supplémentaire par rapport à l'homme : c'est son vagin. Les émonctoires sont les principales voies naturelles d'élimination des déchets de l'organisme. Ainsi la fatigue, un dérèglement de la flore vaginale ou une alimentation qui surcharge le corps peuvent entraîner une activité sécrétoire du vagin plus importante et brouiller le seul indicateur de fertilité retenu par cette méthode, à savoir la glaire. [30]

3.5. LA MÉTHODE MUCO-THERMIQUE

Cette méthode naturelle reprend les principes de la méthode des températures et de la méthode Bilings. Selon les critères de la méthode muco-thermique, le début de la période de fertilité est déterminé par l'aspect de la glaire et la fin de cette période est déterminée par la température. [31]

3.6. LA MÉTHODE DES INDICES COMBINÉS

La méthode des indices combinés ou symptothermie est une technique permettant d'associer les méthodes d'auto-observations avec les méthodes d'abstinence périodique. Comme pour toute méthode naturelle, l'objectif est de déterminer les périodes de fertilité à partir de plusieurs indicateurs afin d'éviter les rapports pendant cette période. Les différents indicateurs de la phase de fertilité sont : l'observance de la glaire cervicale, la méthode des températures et l'observation de la position du col

de l'utérus. Le début de la période de fertilité est déterminé par l'observation de la glaire ainsi que la position du col. La fin de la période de fertilité est indiquée par la température combinée à l'aspect de la glaire et du col. Quelques autres indicateurs mineurs tels que des douleurs ovulatoires ou des tensions dans les seins viennent appuyer les indicateurs principaux. [32] L'efficacité de cette méthode tient du fait qu'un indice est toujours vérifié par un autre. L'efficacité théorique de la symptothermie est de 98%. La méthode des indices combinés nécessite de l'entraînement et des formations sur plusieurs cycles menstruels sont proposées afin de maîtriser le mieux possible cette méthode naturelle. [33]

3.7. LA MÉTHODE MAMA (METHODE D'ALLAITEMENT MATERNEL OU D'AMENORRHEE)

Cette méthode de contraception naturelle est basée sur la sécrétion de prolactine déclenchée lors de l'allaitement maternel. Lorsque le bébé tète le mamelon, il se produit une sécrétion de prolactine. Cette hormone empêche l'ovulation et donc évite les grossesses. Pour que la méthode MAMA soit efficace il faut respecter plusieurs critères : un allaitement maternel exclusif, une aménorrhée persistante depuis l'accouchement, il faut au moins 6 tétées par jour et espacées de moins de 6 heures (même la nuit). Cette méthode n'est efficace que 6 mois après l'accouchement car au-delà une nouvelle ovulation peut se produire. [29]

3.8. LES TESTS D'OVULATIONS

Ces tests consistent à détecter un pic de LH (hormones lutéinisante) dans les urines de la femme. Ce pic de LH survient 24 à 36 heures avant l'ovulation. Ces tests d'ovulation se réalisent comme des tests de grossesse. Il faut uriner sur une bandelette tous les jours à la même heure. On peut ainsi déterminer la période féconde en évitant les rapports sexuels dans les 48 heures suivant l'ovulation. [29]

4. LES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MASCULINE

4.1. LA MÉTHODE HORMONALE

Cette contraception hormonale existe depuis les années 90. Il s'agit d'une méthode qui a été validé par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Cependant, ce traitement hormonal ne bénéficie pas d'AMM (autorisation de mise sur le marché), c'est l'une des raisons de sa très faible utilisation. [34] Cette technique contraceptive consiste en une injection intramusculaire d'énanthate de testostérone à raison d'une fois par semaine. Cette injection va augmenter le taux de testostérone dans le sang engendrant un rétrocontrôle de l'hypothalamus sur la production de spermatozoïdes. Cela va donc induire un arrêt de la production de spermatozoïdes. Cette contraception est utilisable pour une durée de 18 mois (faute d'étude plus longue). De plus, cette méthode hormonale ne devient efficace qu'au bout de trois mois. L'utilisateur de la méthode est amené à réaliser des spermogrammes afin de vérifier le taux de spermatozoïdes présent. L'indice de Pearl de cette méthode est compris entre 1,1 et 2,3. [35]

4.2. LA MÉTHODE THERMIQUE

Inventé dans les années 1980 par le Docteur Mieusset, le slip contraceptifs est une méthode sans hormone permettant de mettre à l'arrêt la production de spermatozoïdes. Pour cela, il faut porter un sous-vêtement qui consiste à élever la température des testicules d'environ 2°C. Pour cela, les testicules sont remontés à la base de la verge. Cette hyperthermie modérée provoque un effet inhibiteur sur la production de spermatozoïdes. Cela provoque également une diminution et une altération des spermatozoïdes. Ce sous-vêtement spécifique doit être porté minimum 15 heures par jour. Un délai d'environ 3 mois est nécessaire avant de pouvoir constater l'effondrement du nombre de spermatozoïde. [36] Il est donc recommandé d'effectuer un spermogramme. L'indice de Pearl de cette méthode est évalué à 0,5. Aujourd'hui, les slips contraceptifs sont fournis par la Docteur Mieusset sous suivi médical. Toutefois certains hommes choisissent de les fabriquer eux-mêmes. [37]

4.3. L'ANNEAU OU ANDRO-SWITCH

Cet anneau contraceptif est également appelé andro-switch. Il s'agit d'un anneau en silicone qui permet de remonter les testicules à l'entrée du canal inguinal afin de maintenir une température des testicules aux alentours des 37°C dans le but d'interrompre la spermatogenèse. Ce dispositif est inspiré de la méthode thermique. L'anneau pénien doit être porté 15 heures par jour (comme le slip chauffant). Son indice de Pearl est également de 0,5. L'anneau existe en plusieurs tailles afin de s'adapter à l'anatomie de l'utilisateur. L'andro-switch est disponible à la vente sur le site thoreme.com [38]

4.4. LA VASECTOMIE

Cette méthode de contraception définitive consiste à bloquer le passage des spermatozoïdes par les canaux déférents via une opération sous anesthésie locale. Le sperme émit ne contient donc plus de spermatozoïdes. Il s'agit d'une méthode irréversible. Toutefois une opération de reconstruction des canaux déférents existe mais elle ne garantit pas le retour de la fertilité. Le fonctionnement hormonal des testicules n'est pas modifié, de même pour l'érection ou l'aspect du sperme produit. La quasi-totalité du sperme est produit par la prostate et les vésicules séminales, la vasectomie empêche simplement le passage des spermatozoïdes produit par les testicules. L'indice de Pearl de la méthode est de 0,1. Cette opération est possible en France pour les hommes majeurs. [39]

5. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

5.1. LES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

Le métier de sage-femme est une profession médicale à compétences définies. En effet, la sage-femme développe son champ d'intervention auprès des femmes et des nouveau-nés comme cela est établi par le code de la santé publique. Elle assure le suivi médical de la grossesse, propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, assure en autonomie la surveillance du travail et l'accouchement, dispense les soins à la mère et à l'enfant en post-partum et pratique la rééducation du périnée. Elle prescrit et pratique également les vaccinations de la femme, du nouveau-né et de son entourage. [40] Son champ de compétences est large et diversifié. La sage-femme peut également, depuis la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » du 21 juillet 2009 réaliser le suivi

gynécologique de prévention de la femme et ainsi lui prescrire et réaliser la pose de sa contraception : *« l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »* [41]. De plus, d'après le décret n°2016-743 du 2 juin 2016, les sages-femmes sont désormais autorisées à pratiquer les IVG médicamenteuses, ce qui élargit davantage leur champ de compétences. [42] Les sages-femmes peuvent donc prendre en charge les femmes pour les conseiller, prescrire et suivre leur contraception durant toute leur vie sexuelle. Elles peuvent également les soutenir et les accompagner en cas de grossesse non désirée. Les sages-femmes ont un rôle à jouer dans la vie sexuelle et affective des femmes.

5.2. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME AUPRÈS DES ÉTUDIANTES

Les sages-femmes accompagnent les femmes dès le début de leur sexualité, à l'adolescence où elles peuvent prescrire leur première contraception et dépister les IST (infections sexuellement transmissibles). [43] Puis, suivre les femmes durant leur vie étudiante où la contraception est amenée à évoluer. Les sages-femmes sont également présentes lors d'une première grossesse, puis pendant toute la vie sexuelle de la femme jusqu'à la ménopause. D'après l'International Confederation of Midwives, *« le fait que la sage-femme travaille conjointement avec les femmes permet de leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils nécessaires pour leur santé sexuelle et reproductive. Elle joue également un rôle important en tant que conseillère en matière de santé et d'éducation, pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la communauté. »* [44] En rencontrant les femmes dès le début de leur sexualité, les sages-femmes sont des interlocuteurs privilégiés pour les informer et les conseiller en matière de contraception et notamment sur la contraception d'urgence afin de prévenir les grossesses non désirées. Elles ont également un rôle à jouer dans le dépistage des violences. En effet, la prise en charge par les sages-femmes des violences sexuelles et intra-familiales est en pleine expansion. La HAS recommande le dépistage systématique des violences auprès des femmes qui viennent en consultation. On estime qu'environ trois femmes sur dix seraient ou auraient été victime de violence dans sa vie. [45] Les avantages à consulter une sage-femme sont nombreux : le temps d'attente avant d'avoir un rendez-vous est réduit en comparaison à un gynécologue, la consultation est jugée plus longue et la méthode « BERCER » est respectée. Cette méthode permet à la patiente de faire un choix libre et éclairé sur sa méthode de contraception. Ces différents éléments instaurent un climat de confiance et des échanges facilités entre l'étudiante et la sage-femme. [46] Elles ont pour mission d'éduquer à la sexualité avec la possibilité d'animer des séances d'interventions dans les collèges et les lycées. En effet, d'après l'article L 312-16 du Code de l'Éducation, chaque élève doit en bénéficier dans sa scolarité : *« une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène »*. [47] La sage-femme travaille en partenariat avec les femmes en respectant leur situation et les opinions personnelles de chacune, tout en renforçant leurs capacités personnelles à prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille [48]. Elle est donc un acteur clé de la santé génésique des femmes. Ainsi, les sages-femmes ont une place centrale dans la prise en charge des femmes, et en particulier des étudiantes afin de garantir leur santé physique et psychologique.

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE

1. PROBLÉMATIQUE

Comment les étudiantes de l'Université de Lorraine gèrent-elles leur contraception ? Et en particulier la contraception non hormonale ?

2. OBJECTIFS

2.1. LES BÉNÉFICES ATTENDUS

Améliorer notre pratique professionnelle lors d'une consultation de contraception.

2.2. LES OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques contraceptives sans hormones des étudiantes de l'Université de Lorraine, leur connaissance et le niveau d'information relatif à la contraception.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les motivations de l'arrêt des hormones dans la contraception chez les étudiantes.
- Comprendre les différents déterminants de choix de la contraception chez les étudiantes.
- Évaluer la satisfaction des étudiantes par rapport à leur moyen de contraception.
- Évaluer les connaissances des étudiantes sur la place de la sage-femme dans le suivi contraceptif.

3. HYPOTHÈSES

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- H1 : Les étudiantes de l'université de Lorraine utilisent principalement des contraceptifs hormonaux.
- H2 : Les étudiantes tendent à arrêter l'utilisation d'hormones dans leur contraception.
- H3 : Les étudiantes ont de mauvaises connaissances sur la contraception hormonale.
- H4 : Les étudiantes utilisant une contraception sans hormones ont une mauvaise connaissance de la méthode.
- H5 : On dénombre une plus grande satisfaction pour la contraception sans hormone.
- H6 : On dénombre plus d'échec à la contraception dite « naturelle » versus une contraception hormonale.
- H7 : On dénombre plus d'échec à la contraception hormonale orale versus une contraception non hormonale comme un DIU cuivre.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODES ENVISAGÉES

4.1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale menée par questionnaire semi-directifs auprès de 466 étudiantes de l'Université de Lorraine de Mars à Avril 2021.

4.2. POPULATION D'ÉTUDE

4.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions de la population d'étude sont toutes les étudiantes de l'Université de Lorraine de plus de 18 ans. Ces étudiantes ne doivent pas avoir de désir de grossesse durant l'étude. En raison de leur niveau d'étude, ces jeunes femmes ont dû recevoir un enseignement relatif à la sexualité et à la contraception au cours de leur formation (au collège et au lycée). Ceci apparaissant comme un atout supplémentaire dans leur choix de contraception. [47]

4.2.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont les étudiantes ne faisant pas partie de l'Université de Lorraine, les étudiantes mineures et celles en désir de grossesse durant l'étude.

4.2.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les étudiants hommes, les femmes ayant fini leur étude et les étudiantes présentant une barrière linguistique.

4.3. CRITÈRES DE JUGEMENT

Pour cette étude, les critères de jugements suivants ont été retenus :

- Pourcentage d'étudiantes ayant recouru à une contraception sans hormones.
- Score de connaissance de la méthode contraceptive utilisée par l'étudiante.
- Score de satisfaction de la méthode contraceptive utilisée par l'étudiante.
- Taux de recours à l'IVG.

4.4. RECUEIL DES DONNÉES

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'un questionnaire semi directif (annexe 2). L'objectif est qu'il soit facile et rapide à compléter en favorisant les réponses fermées (oui ou non). Le questionnaire est élaboré à partir de l'outil Google Form puis mis en ligne sur les réseaux sociaux (pages étudiantes, partage auprès d'amies étudiantes qui ont relayé le questionnaire à leur promotion).

Concernant le contenu du questionnaire, il est divisé en six sections et comportait 31 questions :

- La première partie (questions 1 à 12) est destinée à confirmer l'appartenance à la population d'étude et à caractériser la population (âge, filière, gestité/parité). De plus, cette première partie permet de connaître la contraception actuelle et passée de l'étudiante.
- La deuxième partie (questions 13 à 22) sert à décrire l'utilisation de la contraception chez l'étudiante. Cette section sert également à établir un score de satisfaction pour la méthode de contraception utilisée.
- La troisième partie (questions 23 à 30) permet de relever et chiffrer les effets secondaires imputés à la contraception. Cette section permet aussi de réaliser un score de connaissance sur le rôle des hormones dans les contraceptifs et du cuivre dans le DIU.
- La quatrième partie (questions 31 à 34) est dédiée à l'utilisation des méthodes naturelles.
- La cinquième partie (questions 35 à 36) sert à quantifier le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- La dernière partie (questions 37 à 38) permet de réaliser le score de connaissance sur les compétences des sages-femmes.

La réponse « non » à la question quatre et la réponse « oui » à la question cinq excluent la participation au questionnaire.

La réponse « non » à la question 23 exclut la réponse aux questions 24, 25 et 26 dans le recueil des données.

La réponse « non » à la question 31 exclut la réponse aux questions 32, 33 et 34 dans le recueil des données.

La réponse « non » à la question 35 exclut la réponse à la question 36 dans le recueil des données.

4.5. GESTION DES DONNÉES

Le logiciel Excel 2016 est utilisé afin de réaliser l'exploitation statistique des données recueillies. Chaque ligne du tableau correspondait à une question et chaque colonne correspondait à une réponse. Les logiciels BiostatTGV et MEDCALC ont été utilisés pour les calculs statistiques.

4.6. LIEUX ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Le lieu de l'étude concerne les départements de la Meurthe et Moselle et de la Moselle. En effet, l'Université de Lorraine regroupe la majorité de ses campus à Nancy et à Metz.

L'étude a été réalisée du 20 mars au 20 avril 2021.

5. OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE

5.1. MODALITÉS D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION

Il s'agit d'une étude épidémiologique-observationnelle de catégorie 3 : donc une recherche non interventionnelle. Une information et déclaration de non-opposition, libre et éclairée a été faite.

5.2. MODALITE DE GESTION DES DONNÉES : CONFIDENTIALITÉ

De plus, toutes les données ont été recueillies de façon anonyme et confidentielle. Celles-ci seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

5.3. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊT

Je déclare ne pas avoir eu de conflit d'intérêt en relation avec cette étude. Madame BERNARD, directrice de mémoire et Docteur CHARISSOU, expert de mémoire déclarent également n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5.4. RÉGLES DE PUBLICATION

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Au total, 527 questionnaires ont été recueillis, dont 61 ne respectant pas les critères d'inclusion. En effet, 41 personnes n'étudiaient pas à l'Université de Lorraine. Six personnes avaient un désir de grossesse au moment de l'étude et il y avait 14 personnes mineures. L'échantillon utilisé pour l'analyse des données comptait donc 466 étudiantes majeures de l'Université de Lorraine.

La population était exclusivement féminine comme le précise les critères d'inclusion.

1.1. ÂGE DE LA POPULATION D'ÉTUDE

La moyenne d'âge de cette population était de 21,7 ans. (Figure 1)

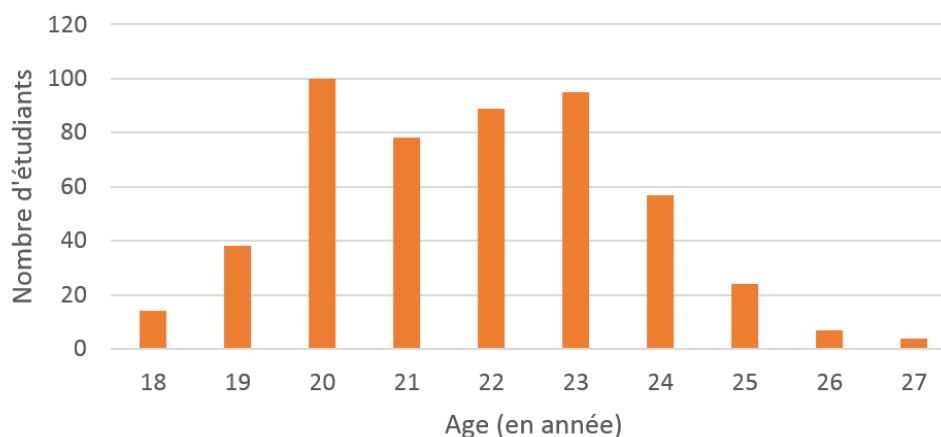


Figure 1 : Âge de la population d'étude. (n=466)

1.2. FILIÈRE D'ÉTUDE DE LA POPULATION D'ÉTUDE

La majorité des filières de l'Université de Lorraine était représentées au sein de notre échantillon. On retrouvait (par ordre de fréquence) : la filière santé et sport (n=270/466) ; la filière droit, économie et gestion (n=76/466) ; filière arts, lettres et langues (n=53/466) ; filière sciences, technologies et science de l'ingénieur (n=5/466) et la filière des sciences humaines et sociales. (n=62/466) (Figure 2)

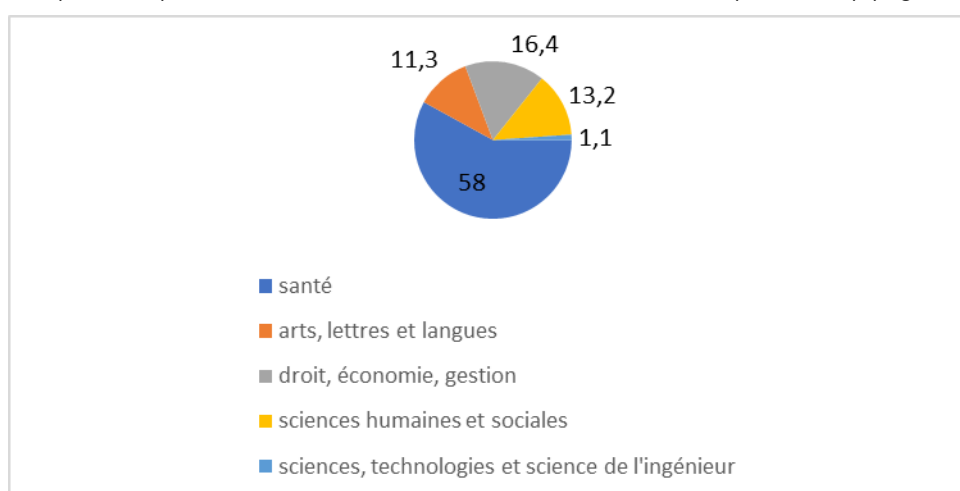


Figure 2 : Répartition en pourcentage des différentes filières de la population d'étude. (n=466)

1.3. VIE SEXUELLE ET AFFECTIVES DES ÉTUDIANTES DE L'ÉTUDE

Par rapport à la vie sexuelle et affective des étudiantes, on observait que la quasi-totalité des étudiantes, soit 94,2% (n = 438/466) avaient déjà eu un rapport sexuel. On constatait également que la majorité soit 95% (n=442/466) des étudiantes étaient nulligeste/nullipare. (Tableau I)

Tableau I : Répartition de la gestité et parité des étudiantes. (n=466)

	Gestité	Parité
0	442	452
1	20	10
2	0	2
3 et plus	4	2

2. L'UTILISATION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

2.1. LES OBJECTIFS DE LA CONTRACEPTION POUR LES ÉTUDIANTES

93,3% de l'effectif (n= 433/466) déclarait utiliser un moyen de contraception.

Pour plus de la moitié des étudiantes, soit 67% (n=290/433) d'entre elles, l'objectif de leur contraception était d'éviter une grossesse. Pour 33% (n=142/433) des étudiantes, l'objectif était également de traiter un problème de santé. Ces problèmes de santé étaient (par ordre d'apparition) : « traiter les dysménorrhées », « régulariser ces cycles », « diminuer le flux des règles », « traiter l'acné » et « traiter un SOPK (syndrome des ovaires polykystiques) »

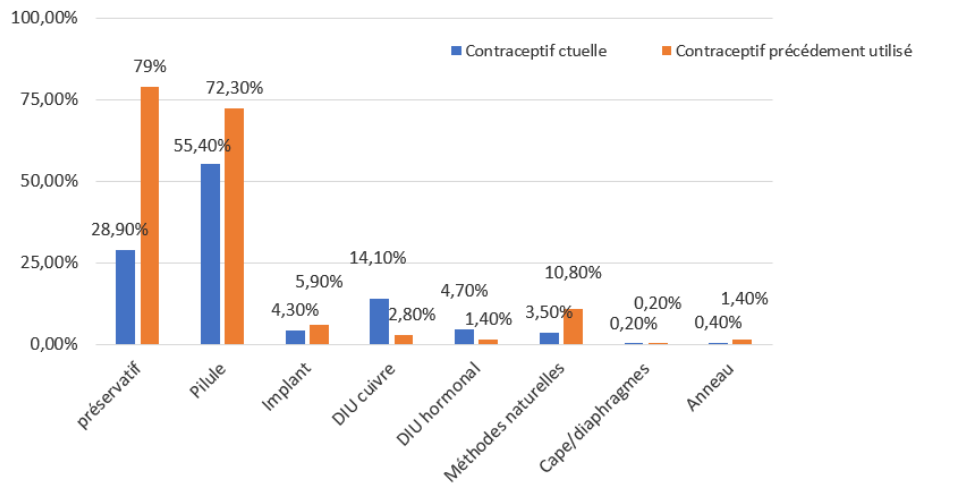
2.2. L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF

Sur 430 réponses, on observait que le préservatif était utilisé seul pour 20,6% (n= 88/430) des étudiantes. Il était associé à un autre moyen de contraception pour 14,4% (n= 60/430) d'entre elles. Le préservatif n'était pas utilisé pour 65% (n= 236/430) des étudiantes. Dans cette proportion, le préservatif n'était pas utilisé car l'étudiante et son partenaire étaient dépistés dans 54% des cas (n= 127/236). Le préservatif n'était pas utilisé car l'étudiante n'avait pas de rapport fécondant pour 11% de l'effectif (n=25/236). « Relation homosexuelle » et « vaginisme donc pas de pénétration » étaient les exemples les plus cités.

2.3. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ACTUELLE ET PASSÉE

93,3% de l'effectif (n=433/466) déclarait utiliser une contraception au moment de l'étude.

Deux moyens de contraception étaient particulièrement représentés : la pilule utilisée par 55,4% (n=238/433) des étudiantes et le préservatif pour 28,9% (n=125/433) d'entre elles. A cette question, il était possible de choisir plusieurs contraceptifs d'où la possibilité d'associer le préservatif à un autre contraceptif. On retrouvait l'utilisation du DIU au cuivre pour 14,1% (n=60/433) des étudiantes, puis le DIU hormonal à 4,7% (n=21/433). S'ensuivait l'implant à hauteur de 4,3% (n=17/433) et enfin les méthodes naturelles pour 3,5% (n=15/433) des étudiantes. La cape, le diaphragme, les spermicides, les patchs, les injections et l'anneau étaient très peu représentés dans la population (moins de 1% soit n=4/433). (Figure 3)

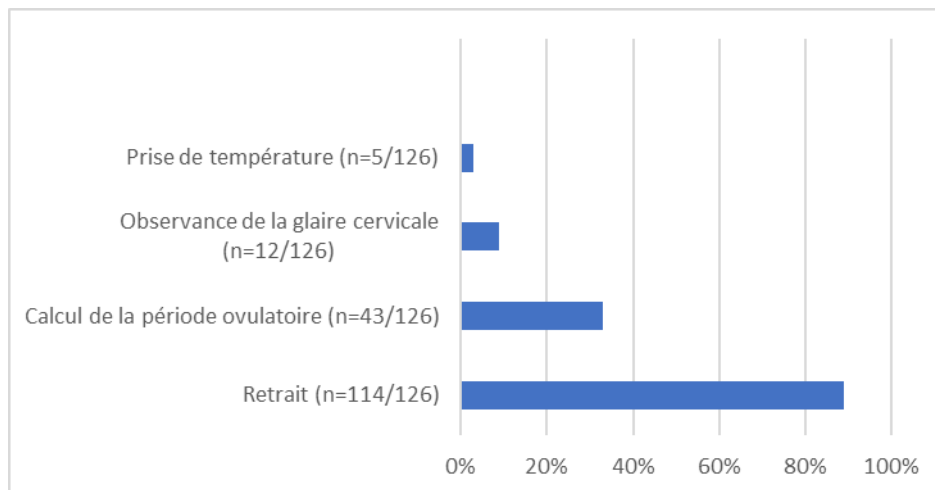


Plusieurs réponses possibles

Figure 3 : Répartition des contraceptions utilisées par les étudiantes. (n=466)

2.4. L'UTILISATION DES MÉTHODES NATURELLES

A la question « As-tu déjà utilisé une méthode naturelle », on obtenait 126 réponses positives sur 463 réponses. Il y a donc 126 étudiantes qui ont déjà utilisé une méthode naturelle. Au cours de l'enquête, on dénombrait 3,5% d'étudiantes (n=17/466) qui utilisaient toujours ces méthodes. En tout il y a 126 étudiantes qui ont testé les méthodes naturelles dont 17 étudiantes qui les utilisent toujours à l'heure actuelle. La méthode revenue le plus souvent était le retrait à 90% (n=114/126), s'ensuivait le calcul de la date d'ovulation via les applications à 34% (n=43/126), puis on retrouvait l'observance de la glaire à 9% (n=12/126). (Figure 4)



Plusieurs réponses possibles

Figure 4 : Répartition de l'utilisation des méthodes naturelles chez les étudiantes (n=126)

3. LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES

3.1. ÉVALUATION DE LA BONNE UTILISATION DE LA CONTRACEPTION PAR LES ÉTUDIANTES

Pour chaque contraception, l'étudiante devait cocher les propositions seulement si elles correspondaient à l'utilisation qu'elle avait de la méthode. Chacune des propositions reflétait l'utilisation recommandée pour la contraception donnée. (Figure 5 à 8)

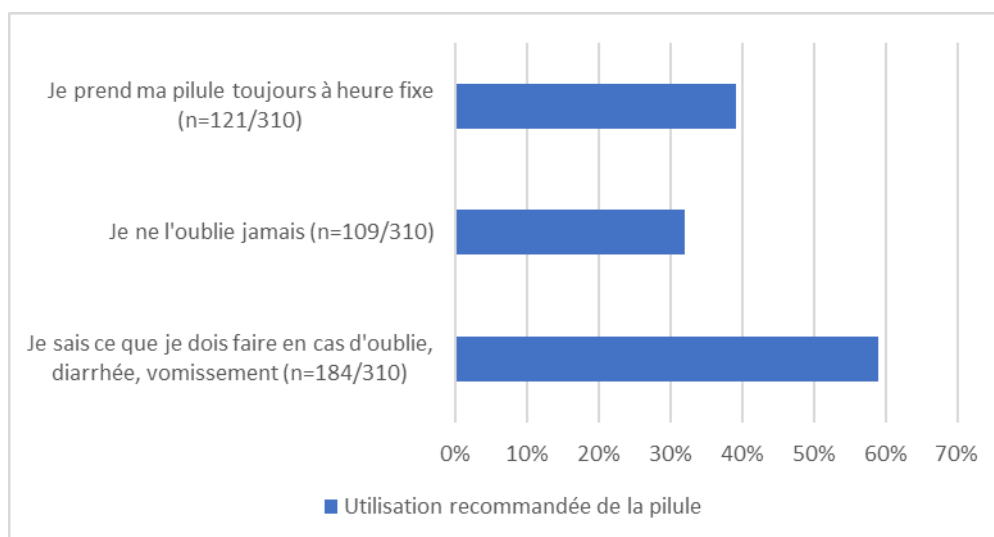


Figure 5 : Évaluation de l'utilisation recommandée de la pilule chez les étudiantes. (n=310)

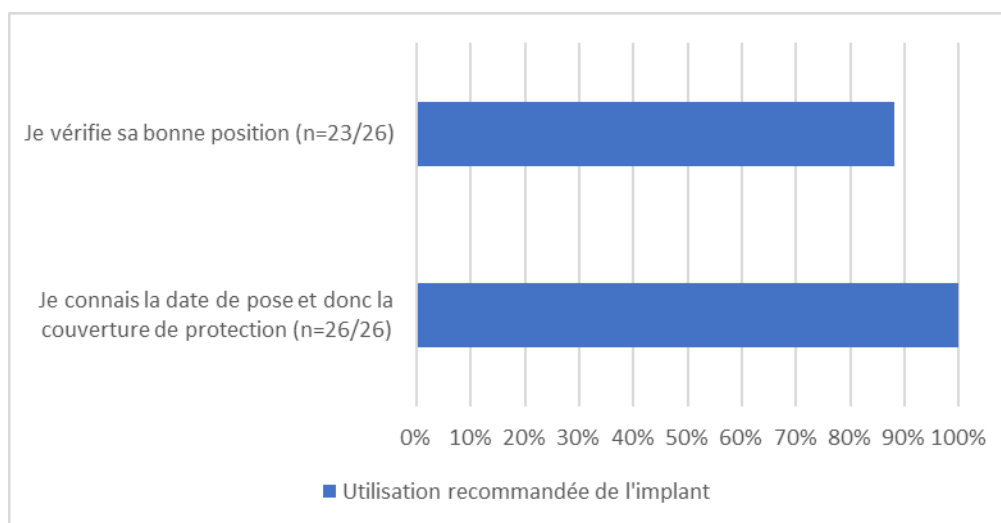


Figure 6 : Évaluation de l'utilisation recommandée de l'implant chez les étudiantes. (n=26)

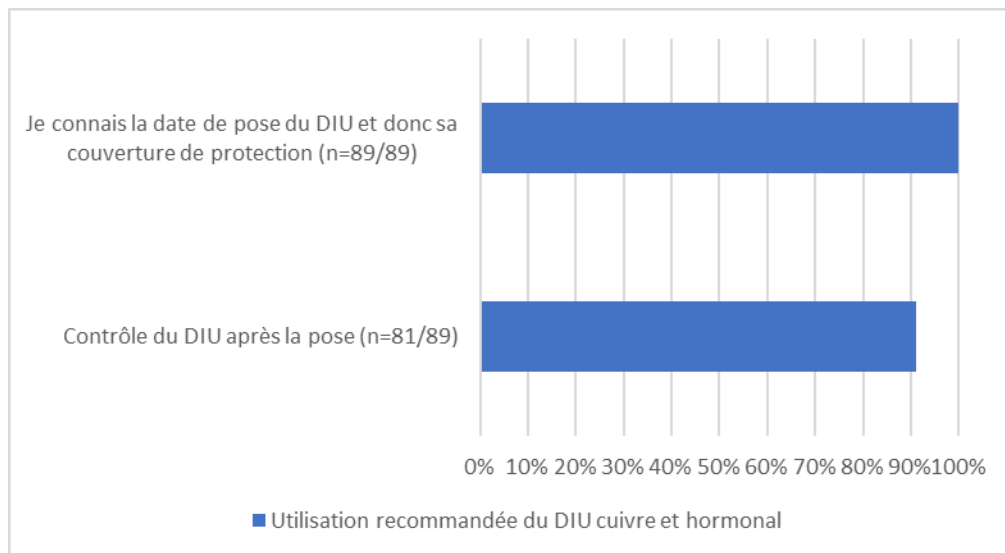


Figure 7 : Évaluation de l'utilisation recommandée du DIU chez les étudiantes. (n=89)

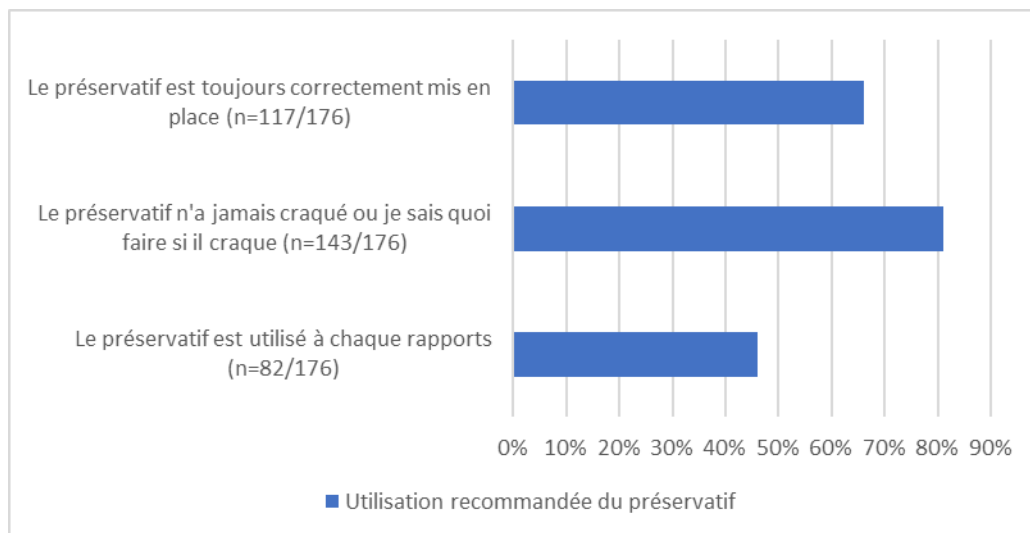


Figure 8 : Évaluation de l'utilisation recommandée du préservatif chez les étudiantes. (n=176)

Concernant la contraception de l'anneau, les cinq étudiantes l'utilisant avaient une connaissance optimale de la méthode. Pour les injections, la cape/diaphragme/spermicide et le patch à chaque fois une seule étudiante était concernée par cette contraception et elle avait également une connaissance optimale de sa contraception.

3.2. SCORE DE CONNAISSANCES DES HORMONES ET DU CUIVRE DANS LA CONTRACEPTION

Sur 460 réponses, en moyenne les étudiantes chiffrèrent à 3,12/5 leur connaissance sur l'action des hormones (œstrogène et progestérone) présente dans leur contraception. Zéro étant « pas du tout (de connaissance) » et cinq « parfaitement bien connue ». L'écart type était de 1,77 (0-5)

Sur 449 réponses, en moyenne les étudiantes chiffrèrent à 2,76/5 leur connaissance sur l'action du cuivre présent dans le DIU comme effet contraceptif. Zéro étant « pas du tout (de connaissance) » et cinq « parfaitement bien connue ». L'écart type était de 2,05. (0-5)

3.3. SCORE DE MAÎTRISE DES MÉTHODES NATURELLES

Nous avons voulu calculer un score de maîtrise chez les étudiantes utilisant ou ayant utilisé des méthodes naturelles. En moyenne (sur 126 réponses) le score de maîtrise pour ces méthodes était évalué à 1,59/5. Zéro étant « pas du tout maîtrisée » et cinq « complètement maîtrisée ». L'écart type était de 1,18. (0-5)

On observait également que pour la majorité des étudiantes, ces méthodes naturelles étaient connues grâce à l'entourage à hauteur de 53,8% (n=68/126), puis via internet à 51,1% (n=64/126). Les professionnels de santé arrivaient en 3^{ème} position avec 22,3% (n= 27/126) puis on retrouvait la publicité à 2,2% (n=3/126).

En reprenant uniquement les 17 étudiantes utilisant actuellement une de ces méthodes naturelles, nous avons obtenus une moyenne de 1,76/5 et un écart type de 1,16 (0-4). (n=17)

4. LA SATISFACTION DE LA CONTRACEPTION

4.1. SCORE DE SATISFACTION DE LA CONTRACEPTION ACTUELLE

Sur 460 réponses, en moyenne les étudiantes chiffrèrent leur satisfaction de la contraception à 3,61/5. Zéro correspondait à « pas du tout satisfaites » et 5 à « totalement satisfaite ». L'écart type était de 1,20. (0-5)

Nous souhaitons nous intéresser plus particulièrement à la satisfaction des étudiantes utilisant une méthode naturelle. En reprenant uniquement les 17 étudiantes utilisant actuellement une de ces méthodes nous avons obtenus une moyenne de 2,88/5 et un écart type à 1,23 (1-5).

4.2. LE LIBRE CHOIX DE LA CONTRACEPTION

Sur 460 réponses, il y avait 70,5% (n=326/466) des étudiantes qui considéraient avoir pu choisir librement leur contraception. Il y avait donc 29,5% (n=135/466) d'étudiantes n'ayant pas pu choisir leur contraception. Dans cette proportion, on retrouvait comme explication : « choix par élimination », « qu'une seule contraception n'a été proposée par le professionnel de santé » et « choix contraint par les antécédents ou le problème de santé à traiter ».

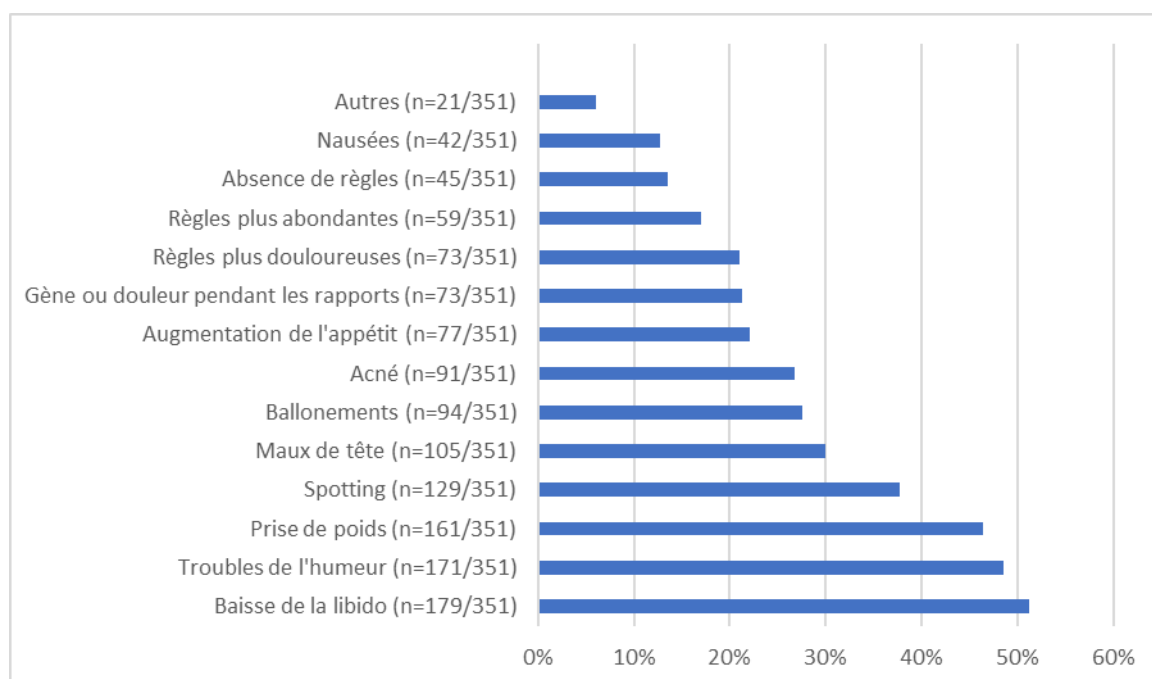
4.3. EFFETS SECONDAIRES ET SATISFACTION DANS SA CONTRACEPTION

A la question « As-tu déjà subi des effets secondaires liés à ta contraception » sur 463 réponses, 76,2% (n=351/463) des étudiantes avaient répondu « oui ». (Figure 9)

Lorsqu'il s'agissait de chiffrer le désagrément occasionné par ses effets secondaires, on obtenait une moyenne de 2,94/5. Zéro correspondant à « pas du tout dérangerant » et cinq renvoyant à « totalement désagréable ». L'écart type était de 1,43 (0-5).

Parmi les effets indésirables les plus cités, on retrouvait « baisse de la libido » à 51,2% (n=179/351), « trouble de l'humeur » à 48,5% (n=168/351) et « prise de poids » à 46,4% (n=161/351). Dans « autres » (n=21/351), on retrouvait (par ordre de fréquence) « œdèmes », « mycoses », « rétention d'eau », « chute de cheveux », « hyperpilosité », « phlébite » et « dépression ».

Sur 365 réponses, la pilule était citée à 92% (n=335/365) comme tributaire de ces effets secondaires. On retrouvait ensuite le DIU au cuivre à 5,5% (n=20/365), le DIU hormonale à 2% (n=7/365) et l'implant à 0,5% (n=2/365). La pilule était majoritairement citée toutefois il faut noter qu'il s'agissait de la contraception la plus utilisée par les étudiantes (n=258/466).



Plusieurs propositions possibles

Figure 9 : Répartition des effets secondaires cités par les étudiantes. (n=351)

Concernant l'arrêt des hormones dans la contraception, 65% (n=302/466) des étudiantes avaient déjà songé à arrêter les hormones. Elles étaient 41,1% (n=191/466) à avoir pris la décision d'arrêter les hormones dans leur contraception

5. LES ÉCHECS DE LA CONTRACEPTION

5.1. IVG SOUS CONTRACEPTION ET MÉTHODE NATURELLE

Sur 458 réponses, 20 étudiantes déclaraient avoir réalisé une IVG soit 4% (n=20/458). On constatait que six d'entre elles étaient sous pilule, cinq avaient utilisé une méthode naturelle (calcul de

l'ovulation), quatre se servaient d'un préservatif, deux d'entre elles avaient adopté la méthode du retrait, deux autres n'avaient utilisé aucune contraception et une avait un DIU au cuivre.

6. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

6.1. SCORE DE CONNAISSANCE DES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

Afin de tester les connaissances des étudiantes sur les aptitudes des sages-femmes, nous avons proposé quatre compétences toutes réalisables par celles-ci. Pour chacune des propositions, les étudiantes cochaient si oui ou non les sages-femmes pouvaient les réaliser.

Pour « effectuer le suivi gynécologique de prévention » 89,4% (n=414/466) des étudiantes avaient répondu oui. Pour « la prescription, la mise en place et le suivi de la contraception » cela était possible pour 85% (n=396/466) des étudiantes. Pour « le droit de prescription pour les médicaments, vaccins, dépistage » elles étaient 59,5% (n=274/466) à l'avoir indiqué comme compétence des sages-femmes. Enfin pour la « réalisation et accompagnement pour les IVG médicamenteuses », il y avait 78,2% (n= 363/466) d'étudiantes ayant répondu oui.

6.2. LES PRESCRIPTEUR DE LA CONTRACEPTION DES ÉTUDIANTES

Les étudiantes allaient pour la grande majorité chez le gynécologue soit 61,6% (n=288/466) de l'effectif. Elles étaient 29,7% (n=135/466) à avoir eu leur prescription de contraception par un médecin traitant et 24,7%(n=111/466) à avoir rencontré une sage-femme pour leur contraception.

PARTIE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

1. POINTS FORTS ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1.1. LES ATOUTS DE L'ÉTUDE

Nous avons diffusé notre questionnaire de façon à garantir l'anonymat des réponses. Ainsi, nous avons pu étudier un échantillon comprenant 466 étudiantes. La large participation des étudiantes à cette étude est une force pour ce travail. Notre questionnaire est simple et rapide à renseigner (il demande moins de trois minutes) en privilégiant les questions fermées. L'objectif étant que le taux moyen de réponse soit élevé du début à la fin du questionnaire. Cependant, nous avons permis l'expression des étudiantes à travers certaines questions ouvertes. Cela nous a permis d'exposer des réponses que nous n'avions pas présentées initialement, permettant de préciser notre travail. Lors de la publication du questionnaire sur les réseaux sociaux, nous avons pu remarquer que le sujet a suscité beaucoup d'intérêt et de questionnement auprès des étudiantes. Plusieurs d'entre elles sont venues nous poser des questions sur les alternatives d'une contraception hormonale, sur la bonne utilisation de leur méthode naturelle ou sur les conditions pour aller consulter une sage-femme. L'arrêt des hormones dans la contraception étant un sujet d'actualité, nombreuses sont celles qui ont demandé si l'étude allait être publiée.

1.2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Du fait de sa diffusion sur les réseaux sociaux, cette étude expose à des biais de sélection. Afin de minimiser ce biais, nous avons ajouté deux questions au début du questionnaire : « Quelle est votre situation ? » (Étudiante à l'Université de Lorraine / étudiante dans une autre université / plus étudiante) et « Êtes-vous concernée par la contraception ? ». Cela a permis d'exclure les personnes non étudiantes à l'Université de Lorraine et/ou non concernées par la contraception. Nous avons ainsi pu éliminer 61 réponses grâce à ces deux questions. Au moment de traiter les résultats, nous nous sommes aperçus d'une importante représentation de la filière santé de l'Université de Lorraine. (n = 270/466) Ceci peut s'expliquer car une majorité de femmes (environ 64%) sont présentes dans ces filières [49]. Nous n'avons pas exploité un calcul de pourcentage de participation en fonction de la filière de l'étudiante. Cela aurait permis de conclure sur le fait que certaines filières universitaires sont plus ou moins sensibles à la thématique de la contraception. De même, une comparaison de nos résultats par tranches d'âge n'a pas été exploitée lors de notre travail. Pour finir, le lieu d'exercice de la sage-femme n'a pas été précisé à la dernière question portant sur le prescripteur de la contraception. En effet, les consultations de contraception au CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) ne sont pas menées de la même façon que des consultations chez une sage-femme libérale ou bien à l'hôpital. Une comparaison entre les différents lieux d'exercices aurait pu être envisageable.

2. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

2.1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Notre échantillon d'étude représente les étudiantes avec comme moyenne d'âge 21,7 ans. Tous les âges de 18 à 27 ans sont représentés.

La répartition des étudiantes dans les filières n'est pas uniforme. On constate une prédominance de la filière santé comprenant 58% de l'effectif (n= 270/466) qui regroupe la PASS, la faculté de médecine, d'odontologie, de pharmacie, les écoles de sages-femmes de Nancy et Metz, l'Institut de Formation en Masseur Kinésithérapeute, l'école d'ergothérapie.

Nous avons voulu savoir si notre échantillon était comparable à la population générale de l'Université de Lorraine. Le but étant d'évaluer la représentativité de notre échantillon et donc savoir si nos résultats sont extrapolables à la population générale. Pour cela, nous allons réaliser un test de Khi2 en comparant les filières de notre échantillon à celui de la population générale. En 2020, on dénombrait 60 000 étudiants inscrit à l'Université [50]. La filière droit, économie et gestion représentait 20% de l'effectif (n=12000/60000), 18% pour la filière santé (n=10800); 17% pour les sciences humaines et sociale (n=10200/60000); 13% pour la filière arts, lettres et langues (n=7800/60000) et enfin 11% pour les sciences et technologies (n=6600/60000). Les 21% restant sont des filières peu représentées au sein de l'Université et que nous n'avons pas retrouvées dans notre étude. (Figure 2) On obtient un p-value à $2,6 \times 10^{-72}$ qui est strictement inférieur à 0,05. On peut donc considérer que notre échantillon n'est pas comparable à la population générale des étudiants de l'Université de Lorraine. Nos résultats ne sont pas extrapolables à la population des étudiantes de l'Université de Lorraine.

2.2. L'UTILISATION DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

Les étudiantes ayant répondu à notre enquête sont 93,3% (n=433/466) à utiliser un moyen de contraception alors qu'elles ne sont que 64% à déclarer utiliser une contraception d'après l'étude Emevia de 2015 [51]. Dans notre échantillon, elles sont 94,2% (n=438/466) à avoir déjà eu un rapport sexuel contre 74% des étudiantes de l'étude Emevia. D'après le baromètre santé de 2016, 59,5% des 20-24 ans utilisent la pilule, 9,6% utilisent l'implant et 4,7% sont porteuses d'un DIU. [1] Toujours dans notre échantillon, on retrouve 55,40% d'utilisatrice de pilule (n=238/433), moins de 5% des jeunes femmes utilisent l'implant (n=20/433). En revanche, l'utilisation des DIU s'élève à 14% d'utilisatrices pour celui au cuivre (n=60/433) et quasiment 5% pour le DIU hormonal (n=21/433). Quant à l'utilisation du préservatif, dans la population d'étude des 20-24 ans du baromètre santé, on retrouve 18,6% d'utilisatrices du préservatif seul et 6,9% du combo pilule et préservatif. En comparaison, dans notre échantillon, il y a 20,6% des répondantes qui utilisent seulement le préservatif (n=89/433) et 14,4% qui l'utilisent en association avec une autre méthode de contraception (n=60/433). Par rapport aux méthodes naturelles, celles-ci sont regroupées dans « autres méthodes » d'après le baromètre de 2016. Ces « autres méthodes » comprennent les méthodes naturelles ainsi que les capes, diaphragmes, spermicides. Elles sont évaluées à 1,1% d'utilisatrices pour les 20-24 ans. En revanche, dans notre échantillon, on retrouve quasiment 4% d'utilisatrices de ces méthodes naturelles et sans hormones (n=17/433). L'état des lieux du paysage contraceptif chez les 20-24 ans de l'étude est la suivante : *« Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, qu'elle soit utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif. Le report vers d'autres moyens de contraception s'est fait en plusieurs temps. Le taux d'utilisation du DIU a augmenté entre 2010 et 2013 puis s'est stabilisé entre 2013 et 2016. À partir de 2013, c'est une*

augmentation de l'utilisation de l'implant qui est constatée (de 4,1 % à 9,6 %). Le préservatif, quant à lui, est de plus en plus utilisé sur toute la période et son usage a doublé entre 2010 et 2016 (de 9,0 % à 18,6 %). » [15] Notre état des lieux de l'utilisation de la contraception dans notre échantillon d'étudiantes est similaire par rapport à la diminution du recours à la pilule et l'augmentation de l'utilisation du DIU au cuivre. En revanche, notre répartition de l'utilisation passée et actuelle de la contraception démontre que l'usage du préservatif et de l'implant ont diminué dans notre échantillon. On constate donc un recul de la contraception hormonale par rapport à la contraception sans hormone. On remarque également une forte hausse de l'utilisation du DIU au cuivre. Ces constatations font émerger deux hypothèses : la forte utilisation du DIU est dû au taux élevé d'étudiantes en santé. Du fait de leur études, ces étudiantes seraient plus susceptibles d'utiliser des contraceptions à longue durée d'action (tel que le DIU). La deuxième hypothèse peut être : la forte utilisation du DIU est liée à l'accès facilité à un CPEF. En effet les CPEF de Lorraine sont placés à proximité immédiate des campus étudiant (au Saulcy à Metz, proche de la fac de lettres et droit à Nancy). De plus, les CPEF rendent accessible facilement et gratuitement les DIU pour les étudiantes.

2.2.1. Hypothèse 1 : Les étudiantes utilisent principalement des contraceptifs hormonaux.

En ce qui concerne l'utilisation de la contraception dans notre échantillon, on observe que sur 433 personnes : 55,40% utilisent la pilule (n=238/433), 4,30% l'implant (n=17/433), 4,70% le DIU hormonal (n=21/433) et 0,40% utilisent l'anneau et les patchs (n=4/433). On a donc au total 64,8% (n=280/433) des étudiantes ayant répondu à notre enquête qui utilisent une contraception contenant des hormones. Cela représente 280 étudiantes sous contraception hormonale. (Figure 3)

L'hypothèse 1 est validée car plus de la majorité de l'échantillon d'étude utilise une contraception avec des hormones.

2.2.2. Hypothèse 2 : Les étudiantes tendent à arrêter l'utilisation d'hormones dans leur contraception.

D'après nos résultats, nous avons constaté que la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé chez les étudiantes ayant répondu au sondage. Cette étude a pour objectif de montrer le recul de l'utilisation des méthodes de contraception avec hormones. Pour cela, nous avons posé deux questions où seuls « oui » ou « non » étaient des réponses possibles. A la question « As-tu déjà songé à arrêter les hormones dans ta contraception ? » on retrouve 65% de réponses positives (n=302/466). A la question « As-tu déjà arrêté les hormones dans ta contraception ? » On obtient 41,1% de réponses positives (n=191/466). Afin de prouver cette tendance à l'arrêt des hormones, nous avons demandé aux étudiantes quelle(s) méthode(s) de contraception elles utilisaient par le passé. On peut ainsi constater un recul de l'utilisation des méthodes hormonales. En effet, la pilule était utilisée à hauteur de 72,30% (n=313/433) et aujourd'hui elle a diminué à 55,40% (n=238/433). En revanche, les méthodes de contraception sans hormone tel que le DIU au cuivre a augmenté passant de 2,80% par le passé (n=12/433) versus 14,10% aujourd'hui (n=61/433). On avait donc 81,2 % de jeunes femmes (n=351/433) utilisant une contraception hormonale par le passé tandis qu'aujourd'hui elles sont 64,8% (n=280/433) à encore utilisé une méthode de contraception avec hormones. (Figure 3)

L'hypothèse 2 est validée car les jeunes femmes de l'échantillon ont pour la majorité envie d'arrêter les hormones dans leur contraception. Seulement 41% d'entre elles l'ont réellement fait.

2.3. LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES

2.3.1. Hypothèse 3 : Les étudiantes ont de mauvaises connaissances sur la contraception hormonale. Nous avons voulu établir un score de connaissance auprès des femmes de notre échantillon sur le rôle de l'œstrogène et de la progestérone dans la contraception. Afin de chiffrer ce score, nous avons pris une échelle allant de 0 (pas du tout de connaissance) à 5 (rôle des hormones parfaitement bien connu). La moyenne de notre échantillon est de 3,12/5. Cette moyenne est plutôt bonne au regard des 460 réponses. Cependant, un biais peut être incriminé en raison d'une large participation d'étudiantes en filière de santé. En effet, celles-ci ont un avantage sur la connaissance de la contraception et du rôle des hormones par rapport à d'autres filières où ces mécanismes ne sont pas étudiés.

L'hypothèse 3 est donc infirmée car les étudiantes obtiennent une note de 3,12/5. Cette évaluation du rôle des hormones est supérieure à la moyenne, on peut donc considérer que notre échantillon a une bonne connaissance.

2.3.2. Hypothèse 4 : Les étudiantes qui utilisent une contraception sans hormone ont une mauvaise connaissance de la méthode.

Après avoir établi un score de connaissance sur les hormones, nous souhaitons obtenir un score de connaissance sur les méthodes sans hormones. Pour cela, un score de connaissance sur l'action du cuivre dans le DIU a été établi. La moyenne des étudiantes de l'échantillon est de 2,76/5 (n=449). On note que le score de connaissance du cuivre est plus bas que le score sur le rôle des hormones dans la contraception (3,12/5). On observe également que l'écart type est de 2,05 ce qui signifie que mathématiquement la dispersion est plus grande autour de la moyenne. Les réponses de l'échantillon ne sont pas uniformes, il y a de grandes disparités entre les réponses. A contrario, l'écart type quant aux hormones est de 1,77. Cela signifie que les réponses des étudiantes sont plus proches les unes des autres, il y a moins de disparités entre les réponses.

On observe également que les jeunes femmes utilisant une méthode naturelle ont connu ces méthodes via l'entourage (53,8%), internet (51,1%) puis seulement par les professionnels de santé (22,3%). Le fait d'utiliser une méthode naturelle sans avoir rencontré un professionnel diminue les chances pour les étudiantes d'avoir une explication claire de la méthode. Les informations circulant sur internet ou via l'entourage ne sont pas forcément les plus pertinentes. Nous avons également établi un score de maîtrise des méthodes naturelles uniquement pour les étudiantes qui utilisent encore ces méthodes à l'heure actuelle. La moyenne est de 1,76/5 et l'écart type de 1,16 (n=17). Le score de connaissance du cuivre ainsi que le score de maîtrise des méthodes naturelle est relativement bas en comparaison au score pour les hormones.

L'hypothèse 4 est validée. Le score de connaissance de l'action du cuivre dans le DIU ainsi que le score de maîtrise des méthodes naturelles sont inférieurs au score pour les hormones. Ces deux moyennes étant inférieures au score de connaissance des hormones dans la contraception, on peut

donc conclure que les étudiantes utilisant une contraception sans hormones ont moins de connaissances.

2.4. LA SATISFACTION DE LA CONTRACEPTION

2.4.1. Hypothèse 5 : On dénombre une plus grande satisfaction pour la contraception sans hormone.

Nous avons voulu évaluer un score pour la satisfaction de la contraception chez les étudiantes de l'échantillon. En moyenne les répondantes notaient à 3,61/5 (n = 466) leur satisfaction de la contraception. Zéro correspondant à aucune satisfaction pour leur contraception et cinq à une satisfaction totale pour leur contraception. En obtenant une note à 3,61 on peut considérer que les jeunes femmes sont globalement plutôt satisfaites (n=433). Cependant ce score comprend toutes les contraceptions utilisées (hormonales ou non). Lorsque l'on interrogeait l'échantillon sur les effets des contraceptifs hormonaux sur leur corps, il y a 76,2% des répondantes qui affirment avoir subi des effets secondaires. Quand on leur demande de chiffrer ces désagréments, elles notent à 2,94/5 ces effets. Sachant que cinq correspond à des effets secondaires totalement désagréables. Globalement, les répondantes attribuent une bonne note à la satisfaction de leur contraception mais affirment qu'elles subissent des effets secondaires dérangeants au quotidien. Dans le listing des effets secondaires subis par les étudiantes, la quasi-totalité des maux sont attribuables aux hormones. De plus, la majorité des étudiantes de l'échantillon (c'est-à-dire 65%) ont répondu qu'elles avaient déjà pensé à arrêter les hormones (n=302/466). Pouvons-nous considérer que la satisfaction pour la contraception est entière si les étudiantes subissent des effets secondaires dû aux hormones ? En comparaison, le score de satisfaction des jeunes femmes utilisant une méthode naturelle est de 2,88/5 (n=17). Nous constatons que 126 des répondantes ont utilisé une méthode naturelle et qu'elles ne sont plus que 17 à encore l'utiliser actuellement. On peut donc considérer que ces étudiantes ont arrêté l'utilisation des méthodes naturelles par manque de connaissances ou de satisfaction. Sur les 126 étudiantes de l'échantillon ayant utilisé ses méthodes, 90% (n=114/126) utilisaient le retrait. Cette technique engendre une séparation lors du rapport sexuel et de la frustration. Ceci semble entrainer une faible satisfaction de la méthode provoquant un arrêt de cette technique.

Nous allons réaliser une loi de Mann Whitney afin de comparer la satisfaction des étudiantes utilisant des hormones et de celles sans hormone. On retrouve 77 étudiantes n'utilisant plus d'hormones dans leur contraception (DIU cuivre (n=60) et méthode naturel (n=17)) versus 260 étudiantes utilisant des contraceptifs hormonaux (pilule (n=238), DIU hormonal (n=21) et implant (n=17)). On obtient un p-value à 0,80. Comme p est supérieur à 0,05 on considère que la différence de satisfaction n'est pas significative.

L'hypothèse 5 est donc infirmée. Le score de satisfaction des méthodes naturelles n'est pas comparable au score de satisfaction des méthodes hormonales.

2.5. LES ÉCHECS DE LA CONTRACEPTION

Dans notre étude, nous constatons que 4% (n=20/466) de l'échantillon a déjà subi une IVG. Dans cette portion, nos résultats montrent que la grande majorité des jeunes femmes ayant eu recours à

l'IVG étaient sous contraception lorsque la grossesse a débuté (n=18/20). On observe que cinq des étudiantes utilisaient une méthode dite naturelle et deux utilisaient la méthode du retrait. Il y a 55% d'IVG sous contraceptif (n=11/20) qui comportait la pilule (six étudiantes), le préservatif (quatre étudiantes) et le DIU (une étudiante). En comparaison avec la population générale, 72% d'IVG ont été réalisées alors que la femme était sous contraception, dont 42% qui utilisées une méthode théoriquement très efficace. [52] Les méthodes théoriquement efficaces sont la pilule, l'implant, les DIU.

Nous avons voulu savoir si notre échantillon était représentatif de la population générale par rapport au nombre d'IVG. En particulier pour les IVG réalisé alors que la femme utilisait une contraception au moment de la découverte de la grossesse. Nous avons réalisé un test de Fisher afin de déterminer si les effectifs pour les IVG sont comparables. En France, on dénombre 200 000 IVG par an dont 72% sous contraception. [12] Il y a donc 56 000 IVG sous contraceptif chaque année. Dans notre étude, on dénombre 20 IVG dont 18 sous contraceptif (hormonale ou méthodes naturelles). Grâce à la réalisation d'un test de Fisher, on obtient un p-value à 0,083 et IC95% = [0,83 ; 31,10]. Comme p-value est supérieur à 0,05, on peut conclure de la représentativité de notre échantillon à la population générale.

2.5.1. Hypothèse 6 : On dénombre plus d'échec de la contraception dite « naturelle » versus une contraception hormonale.

Pour évaluer l'échec d'une méthode de contraception, nous nous sommes intéressés au recours à l'IVG dans notre échantillon. On note que sur 458 réponses, 4% des répondantes (n=20/466) déclarent avoir réalisé une IVG. En comparant à la population générale, on dénombre en moyenne 15,6 IVG pour 1000 femmes de 18 à 50 ans sachant que les 20-29 ans sont les plus concernée par les IVG. [53] Lorsqu'elles ont découvert leur grossesse, elles étaient sept à utiliser une méthode dite naturelle, six d'entre elles prenaient la pilule, quatre se servaient d'un préservatif et une avait un DIU au cuivre. Au total il y a six étudiantes sur 20 (soit 30%) qui utilisaient une méthode avec hormone (ici il s'agit de la pilule). On note que sept jeunes femmes (soit 35%) utilisaient une méthode naturelle, il s'agissait du retrait pour deux d'entre elles et du calcul de la date d'ovulation pour cinq autres étudiantes. Par ordre de fréquence, on retrouve d'abord l'échec des méthodes naturelles à hauteur de 35% (n=7/20) puis de la contraception hormonale avec la pilule à hauteur de 30% (n=6/20). Lorsque l'on s'intéresse à la maîtrise des méthodes naturelles, on observe que les étudiantes de l'échantillon utilisant ces méthodes chiffrent à 1,18/5 leur maîtrise de ces méthodes. Zéro correspondant à « pas du tout maîtriser » et 5 à « maîtrise totale de la méthode ». Nous pouvons donc conclure que ces méthodes sont peu maîtrisées par l'échantillon d'étudiantes. Ces méthodes concernent le retrait, cependant comment les étudiantes peuvent-elles évaluer la maîtrise du retrait ? Sachant que c'est au partenaire que revient la responsabilité de cette méthode naturelle. De plus, on constate que dans notre échantillon, le retrait est adopté à 89% (n=114/126) chez les jeunes femmes ayant utilisé les méthodes naturelles.

L'hypothèse est affirmée malgré des résultats statistiques très proches entre les échecs de contraception hormonale (avec la pilule) à hauteur de 30% (n=6/20) et les IVG sous méthodes

naturelles à 35% (n=7/20). On remarque que le score de maîtrise des méthodes naturelles par les étudiantes de l'échantillon est faible. Etant donné que le retrait est majoritairement utilisé par celles-ci, le score de maîtrise aurait dû être évalué chez les partenaires des répondantes.

2.5.2. Hypothèse 7 : On dénombre plus d'échec de la contraception hormonale orale versus une contraception non hormonale comme un DIU cuivre.

Toujours pour évaluer les échecs de la contraception dans notre échantillon, nous nous sommes intéressés aux recours à l'IVG. Sur les 4% (n=20/466) de jeunes femmes ayant eu recours à une IVG, 30% des étudiantes de l'échantillon utilisaient la pilule lorsqu'elles ont réalisé qu'elles étaient enceintes (n=6/20). Seulement 5% des répondantes portaient un DIU au cuivre lorsqu'elle a dû réaliser une IVG (n=1/20). Afin d'affirmer une nouvelle fois cette hypothèse, nous pouvons nous intéresser à l'utilisation des étudiantes vis-à-vis de leur contraception. Chez les étudiantes sous pilule, on remarque que seul 35% d'entre elles disent ne jamais l'oublier (n=109/310). De la même manière, elles sont 39% à la prendre à chaque fois à heure fixe (n=121/310) (Figure 5). Nous pouvons attribuer les « échecs » de leur contraceptif à une utilisation incorrecte de la méthode ou à la survenue d'une difficulté lors de son utilisation (comme les oublis de pilule ou bien une rupture du préservatif par exemple). [5] En revanche, l'évaluation de l'utilisation du DIU chez les jeunes femmes de l'échantillon est excellente. En effet, elles sont 100% à savoir jusqu'à quand elles sont protégées avec leur DIU (n=89/89) (Figure 7). Il est évident que les contraceptions à longue durée d'action obtiennent une meilleure observance en comparaison à la contraception orale à prendre tous les jours.

L'hypothèse est donc affirmée. On observe plus d'échec de la contraception orale hormonale (ici la pilule) en comparaison à une contraception non hormonale tel que le DIU au cuivre. Pour prouver statistiquement nos résultats, un test de Khi 2 aurait pu être réalisé. Cependant, les effectifs sont trop faibles (une seule utilisatrice de DIU pour 20 IVG). L'hypothèse est affirmée mais elle repose sur du hasard, elle n'est pas affirmée statistiquement parlant.

2.6. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

Depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) qui a permis l'évolution des conditions d'exercice des sages-femmes, celles-ci peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivis gynécologiques de prévention. De plus, les sages-femmes peuvent pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des DIU et des implants contraceptifs. [54] Elles apparaissent comme des acteurs de première ligne concernant la contraception. Pourtant, on constate que certaines compétences des sages-femmes ne sont pas bien connues par les étudiantes de notre échantillon. A peine plus de la moitié des répondantes soit 59,5% (n= 274/466) affirment que le droit de prescription des médicaments, des vaccins et des tests de dépistages sont réalisables par ces dernières. En revanche, 89,4% (n=414/466) des étudiantes de notre étude reconnaissent la compétence des sages-femmes pour le suivi gynécologique de prévention. Elles sont également 85% (n=414/466) à savoir que les sages-femmes peuvent prescrire et mettre en place les diverses contraceptions. De même pour le suivi des IVG médicamenteuses, elles sont 78,2% (n=363/466) à connaître cet aspect du métier de sage-femme. En 2021, une proposition de loi a été établie afin de renforcer le droit à l'avortement

« les députés ont étendu le délai d'accès à l'IVG à quatorze semaines, supprimé la double clause de conscience et permis aux sages-femmes de pratiquer les IVG instrumentales dans la limite des dix semaines. » [55] Cette proposition de loi doit encore passer devant le Sénat et le comité consultatif national d'éthique avant d'être officiellement établi. Ainsi, notre étude montre que les missions des sages-femmes dans le champ de la contraception et de l'accompagnement lors d'IVG sont plutôt bien connues par les étudiantes. C'est principalement le droit de prescription et de dépistage des IST qui n'est pas assez reconnu. En 2016, Madame Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, lance une campagne nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes, afin de promouvoir auprès des Françaises la diversité des compétences de la profession. Des outils de communication (affiches et dépliants) ont été développés en collaboration avec les syndicats de sages-femmes et le Conseil national de l'ordre des sages-femmes, autour notamment du message « six bonnes raisons de consulter une sage-femme » [56]. La diffusion de ces messages de communication est à promouvoir afin de faire évoluer les connaissances des Françaises quant aux missions de la profession. On constate également que les étudiantes consultent principalement des gynécologues. Toutefois les sages-femmes arrivent quasiment à égalité avec les médecins traitants pour le suivi gynécologique des étudiantes de notre étude. Elles sont quasiment 25% (n=116/466) à consulter une sage-femme et 29% (n=135/466) un médecin généraliste.

3. LES PROPOSITIONS

Dans un premier temps, nous avons pu observer que les effets secondaires de la contraception portaient atteinte au bien être des étudiantes. En moyenne, elles chiffrent à quasiment 3/5 les désagréments de ces effets secondaires. On peut donc considérer que cela représente un frein au bien-être physique et/ou psychique de celles-ci (figure 9). Afin de réduire cette gêne occasionnée, certaines ont même décidé d'arrêter les hormones dans leur contraception. Dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles, nous pouvons expliquer (lors d'une consultation) le rôle que jouent les hormones dans la contraception. En effet, il semble intéressant d'expliquer aux patientes le mécanisme d'action de la progestérone et de l'œstrogène et donc les effets secondaires qui en découlent. Ainsi les patientes pourront choisir leur contraception en connaissance de cause. Toujours afin de garantir un choix libre et éclairé des patientes, les professionnels de santé sont censés présenter toutes les méthodes de contraception possible (en tenant évidemment compte des antécédents de la patiente). Cependant en pratique, cela n'est pas fait systématiquement [57]. De plus, un certain nombre de freins empêchent les professionnels de proposer des méthodes sans hormones. C'est le cas des méthodes barrières tel que la cape et le diaphragme qui ne sont que très peu utilisés en France. [11] Il incombe aux professionnels de santé d'informer les patientes sur toutes les méthodes possibles qu'elles contiennent ou non des hormones. Nous remarquons également que les méthodes dites naturelles ne sont que très rarement explicitées lors de consultation [10]. Pourtant il existe diverses formations pour apprendre aux femmes à les utiliser. Si les professionnels s'intéressent et se renseignent sur ces méthodes, ils pourraient les présenter aux femmes. Ces méthodes naturelles ne sont pas les plus efficaces (indice de Pearl compris entre 1 et 9 en fonction de la méthode utilisée). [17] Toutefois, elles peuvent être proposées en sensibilisant les femmes sur le

taux d'échec assez conséquent. Cela permettrait aux patientes d'obtenir les informations fiables sur ces méthodes par des professionnels de santé et non des informations édulcorées ou alors erronées provenant d'internet. L'un des constats de notre étude est que le taux de satisfaction des méthodes naturelles est bas. Si les patientes étaient mieux accompagnées dans leur choix de contraception naturelle, nous pensons que leur score de satisfaction et de maîtrise pourrait s'améliorer.

Dans un second temps, nous pouvons proposer aux femmes des alternatives masculines de contraception. A l'heure actuelle trop peu de méthodes de contraception masculine sont proposées en consultation. Mis à part le préservatif, qui est utilisé en début de vie sexuelle [14] et pour se protéger des IST, peu d'étudiantes et de femmes en générale ont conscience des alternatives qui leur sont proposées. La vasectomie ne semble pas être la méthode la plus adaptée à la population étudiante, très majoritairement désireuse d'avoir des enfants un jour. Cependant il existe une contraception hormonale pour les hommes. Cette méthode consiste en l'injection d'énanthate de testostérone une fois par semaine. Cela induit l'arrêt de la production de spermatozoïdes. [35] Une méthode sans hormone existe également, il s'agit d'une méthode thermique permettant une chute du nombre de spermatozoïdes produit. Pour cela il faut porter un sous vêtement qui augmente légèrement la température des testicules pendant quinze heures par jour. [36] Le principal frein à ses méthodes est la non-accessibilité. En France, ces méthodes sont très peu utilisées contrairement aux pays anglo-saxons pour la vasectomie ou les pays nordiques pour les méthodes thermiques. [58] Si les pouvoirs publics acceptaient l'idée et la mise en pratique, cela permettrait de soulager la charge mentale des femmes vis-à-vis de la contraception. Ces méthodes de contraception masculine sont utilisables dès aujourd'hui et cela permettrait d'alterner (voir de remplacer la contraception féminine) pour les couples qui le désirent. Cette avancée serait un point positif pour l'égalité entre les sexes et le partage de la responsabilité et des risques liés à la sexualité.

Toujours dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles, il semble important de sans cesse communiquer sur la contraception. Encore aujourd'hui de nombreuses idées reçues viennent empêcher certaines femmes d'adopter telle ou telle méthode de contraception. C'est principalement le cas avec les DIU où de trop nombreux professionnels de santé refusent de poser des DIU au nullipare. [59] D'autres professionnels refusent d'entendre le poids des effets secondaires sur le bien-être des femmes, ou catégorisent d'irresponsable l'utilisation des méthodes naturelles. [60] En effet, d'après certaines femmes utilisant depuis des années la méthode des indices combinés : *« (celles-ci) semblent accepter que la médecine actuelle ne recommande pas l'usage des méthodes naturelles de contraception, mais elles ne comprennent pas le manque de connaissance et parfois le mépris et le manque d'écoute dont feraient preuve leurs médecins. Elles recherchent non pas un médecin qui adhère, mais un médecin à l'écoute, compréhensif et respectueux. »* [6] Il semble donc essentiel de renforcer l'information auprès de la population, notamment chez les étudiantes afin qu'elles puissent choisir leur contraception en pleine conscience. De plus, à travers cette étude nous avons pu constater que de nombreuses femmes étaient en demande et pensaient que telles ou telles méthodes sans hormones (principalement le DIU au cuivre) ne leur étaient pas adaptées. Les professionnels de santé et notamment la sage-femme ont toute leur place dans le processus

d'information des patientes. Par conséquent, il semblerait que des améliorations soient à faire dans la formation des professionnels pour qu'ils puissent au mieux répondre à la demande des femmes. Dans nos études de sage-femme, nous n'avons reçu aucun enseignement sur les méthodes naturelles par exemple, ou sur comment calculer la taille d'une cape pour la prescrire à une patiente. De plus, les méthodes de contraception masculine n'ont jamais été abordées durant notre cursus. Par ailleurs, des projets d'actions pourraient être menés afin de promouvoir la contraception le plus tôt possible. Plus les sources d'informations seront variées, plus grandes seront les chances que les femmes soient informées le mieux possible.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de décrire les pratiques contraceptives chez les étudiantes de l'Université de Lorraine et en particulier les pratiques sans hormones. Nous avons ainsi pu observer que la diminution de l'utilisation de la pilule chez les Françaises s'appliquait également à notre population d'étude. A l'inverse, le recours aux méthodes sans hormones continue de prendre de l'ampleur en France comme dans notre population étudiante. Cette tendance se vérifie avec une nette augmentation du recours au DIU en cuivre. En revanche, l'utilisation des méthodes naturelles reste marginale. On dénombre à 3,5% (n=17/463) de jeunes femmes qui affirment en utiliser actuellement. Elles sont 27% (n=126/463) à avoir utilisé au moins une fois une méthode naturelle par le passé. Nous constatons donc une diminution de l'utilisation des méthodes naturelles chez les étudiantes. Le retrait semble être la méthode utilisée par l'écrasante majorité soit 90% des répondantes (n=114/126). Cette utilisation entraîne un score de satisfaction relativement bas. En effet, cette méthode nécessite une séparation lors de l'éjaculation du partenaire et peut engendrer une certaine frustration chez le couple. En plus du risque de grossesse non désirée si le retrait n'est pas maîtrisé, cela provoque une satisfaction plutôt médiocre pour la méthode. Ceci pourrait expliquer le recul de l'utilisation du retrait chez les étudiantes. Par rapport à l'utilisation des méthodes barrières, les chiffres de l'utilisation du préservatif sont sensiblement les mêmes entre la population française et les étudiantes de l'échantillon. Les autres méthodes barrières (tel que la cape ou le diaphragme) sont très peu utilisées autant dans notre échantillon que dans la population française en général. Nous concluons donc que le DIU au cuivre est la contraception sans hormone la plus plébiscitée par les étudiantes. Le recours au DIU au cuivre continue d'augmenter chez les jeunes femmes nullipares Françaises. Malheureusement, certaines étudiantes rencontrent encore des difficultés à se faire poser un DIU sous prétexte de leur gestité ou de leur âge. Si tous les professionnels de santé étaient formés aux méthodes naturelles et si tous acceptaient les recommandations de la HAS sur la pose du DIU chez les nullipares, les jeunes femmes rencontreraient moins de difficulté. En effet, les choix pour une étudiante ne souhaitant plus prendre d'hormones vont vite être limités. Si le DIU au cuivre ou les méthodes barrières ne conviennent pas, les méthodes naturelles peuvent être envisagée. Toutefois le retrait reste contraignant et la méthode la moins fiable. C'est pourquoi il semble primordial de former les professionnels afin d'accompagner les patientes qui se lancent dans ces méthodes. Cette étude nous a donc permis de décrire les tendances contraceptives en Lorraine grâce à la participation des étudiantes de l'Université. Lors de nos recherches, nous avons remarqué que peu d'études sont réalisées sur la contraception des étudiantes en France, la plus récente date de 2015. Il pourrait être très intéressant de travailler sur des populations étudiantes de plus grandes tailles, notamment à l'échelle nationale. Ceci permettrait de dépeindre le paysage contraceptif des étudiants dans des dimensions bien plus représentatives que ce mémoire. Le schéma contraceptif en France est amené à bouger et la tranche d'âge des étudiantes constitue un moteur aux changements.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 contraception : quatre ans après la prise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France. Sept 2017. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021); Disponible sur : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/152114_1806.pdf
- [2] Bajos N, Rouzeau-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Equipe Fecond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Institut Nationale d'Etude Démographique. Population & Sociétés. Mai 2014. [En ligne]. (Consulté le 26/03/2021); Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
- [3] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Institut Nationale d'Etude Démographique. Population & Sociétés. Sept 2012 ; 492. [En ligne]. (Consulté le 27/03/2021); Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>
- [4] Debusquat S. J'arrête la pilule. Les liens qui libèrent ; 2017. 304p. ISBN : 979-10-209-0526-0
- [5] Debusquat S. La génération « no pilule » revendique une contraception sans souffrance, non polluante et égalitaire. Janv 2018. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020); Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/sabrina-debusquat/la-generation-no-pilule-revendique-une-contraception-sans-souffrance-non-polluante-et-egalitaire_a_23237133/
- [6] Millet P. Méthode de contraception naturelle : pourquoi certaines femmes les choisissent, quelle sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste. [Thèse] Faculté de médecine de Paris, Université Paris Descartes. 2017 ; 67p.
- [7] Robin G, Letombe B, Rousset-Jablonski C, Christin-Maitre S, Nisand I. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? Sept 2017. [En ligne]. (Consulté le 01/04/2020 p.10); Disponible sur : <http://www.cngof.fr/formations-hors-dpc/aperçu?path=Presse%252F2017%252FPilule%252FpiluleCNGOF-2017-09.pdf&i=11404>
- [8] Debusquat S. Les femmes et la pilule : effets secondaires, arrêt et sevrage. 2017. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020); Disponible sur : <http://jarretelapilule.fr/wp-content/uploads/2017/08/SONDAGE-2017-LES-FEMMES-ET-LA-PILULE-Jarretelapilule-fr.pdf>
- [9] Santé Publique France. Les Françaises et la contraception : première donnée du baromètre santé de 2016. Mai 2019. [En ligne]. (Consulté le 16/02/2021); Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
- [10] Mireille Le Guen. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Population et société. Nov 2017 ; 549. [En ligne]. (Consulté le 22/03/2021), Disponible

sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27050/549_ang_population.societes.novembre2017.contraception.fr.pdf

[11] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020) ; Disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm

[12] France Info. Le taux d'IVG a atteint en 2019 son plus haut niveau en France. Mars 2020. [En ligne]. (Consulté le 04/04/2021) ; Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/avortement-le-taux-d-ivg-a-atteint-en-2019-son-plus-haut-niveau-en-france-depuis-30-ans_4115949.html

[13] EmeVia. L'accès aux soins des étudiants en 2015. 9ème enquête nationale. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.emevia.com/actualites/la-sexualite-des-etudiants-en-2013-8eme-enquete-nationale>

[14] Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Mai 2013. [En ligne]. (Consulté le 13/03/2021) Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

[15] Bajos N. Institut national d'études démographiques. La contraception en France. Oct 2017 [En ligne]. (Consulté le 10/01/2020) ; Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memosdemo/focus/contraception-france-2017/>

[16] Crociati A. État des lieux auprès des étudiantes de 18 à 25 ans de l'Université de Lorraine en 2014. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université de Lorraine. 2017. 68p.

[17] Améli, caisse nationale d'assurance maladie. L'efficacité des moyens contraceptifs. Tableau 1 : indice de Pearl des méthodes de contraceptions. Nov 2019. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2021). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>

[18] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Le préservatif féminin. [En ligne]. (Consulté le 28/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-preservatif-feminin.htm>

[19] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Le préservatif masculin. [En ligne]. (Consulté le 28/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-preservatif-masculin.htm>

[20] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. La cape cervicale. [En ligne]. (Consulté le 28/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-cape-cervicale.htm>

- [21] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Le diaphragme. [En ligne]. (Consulté le 28/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/le-diaphragme.htm>
- [22] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Les spermicides. [En ligne]. (Consulté le 28/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/les-spermicides.htm>
- [23] Centre Hospitalier Belvedere. Stérilisation à visée définitive. Oct 2015. [En ligne]. (Consulté le 03/03/2021). Disponible sur : https://www.ch-belvedere.fr/chirurgie/chir_gyn/ligature%20de%20trompes/livretsterilisation-2avril2015.pdf
- [24] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Stérilisation à visée définitive. Mars 2017. [En ligne]. (Consulté le 03/03/2021). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf
- [25] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. La stérilisation. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>
- [26] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dispositif intra utérin. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/le-sterilet-diu.htm>
- [27] Malavaud A. Méthode naturelle de régulation des naissances : étude descriptive de couple formé à leur utilisation. [Thèse]. Faculté de médecine de Lille. Université Lille catholique. 2018. 53p.
- [28] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Le retrait. [En ligne]. (Consulté le 29/03/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/le-retrait.htm>
- [29] Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. La régulation des naissances. 2013. [En ligne]. (Consulté le 30/03/2021). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/2.html
- [30] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. La méthode Ogino. [En ligne]. (Consulté le 01/04/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/Ogino>
- [31] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. La méthode des températures. [En ligne]. (Consulté le 01/04/2021). Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/>
- [32] Clichy M. Vivre sa fertilité naturellement : la méthode des indices combinés. Hêtre myriadis ; 2014. 120p

[33] Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé. Les indices combinés. [En ligne]. (Consulté le 02/04/2021). Disponible sur : <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/les-methodes-naturelles/>

[34] Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. La méthode hormonale. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-hormonale/>

[35] Tcherdukian J. La contraception masculine, quelles (R)évolutions ? 2020. [En ligne]. (Consulté le 04/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraception-masculine-queelles-revolutions#:~:text=les%20plus%20utilis%C3%A9es-,Le%20pr%C3%A9servatif%20masculin,apr%C3%A8s%20la%20st%C3%A9rilisation%20f%C3%A9minine%20%5B2>

[36] Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. La méthode thermique. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.contraceptionmasculine.fr/la-methode-thermique/>

[37] Desjeux C. Histoire et actualité de la représentation de la contraception masculine. 2019. [En ligne]. (Consulté le 04/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-49.htm>

[38] Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. Andro-switch. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.contraceptionmasculine.fr/andro-switch/>

[39] Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine. La vasectomie. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.contraceptionmasculine.fr/vasectomie/>

[40] Ordre des sages-femmes : conseil national. Les compétences des sages-femmes. 2020. [En ligne]. (Consulté le 20/02/2020) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sagefemme/competences/general/>

[41] Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. Jul 2019. [En ligne]. (Consulté le : 10/01/2020) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=57206D262F9B07154C459DC02BAA70A1.tpdila22v_3?idArticle=JORFARTI000020879795&categorieLien=id&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte

[42] Legifrance. Code de la santé publique. Chapitre II : interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Article L2212-7. Jan 2016. [En ligne]. (Consulté le 15/02/2020) ; Disponible sur

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGI
TEXT000006072665](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGI
TEXT000006072665)

[43] Ordre des sages-femmes : conseil national. Collectif des associations et syndicats de sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Jan 2010. [En ligne]. (Consulté le : 10/03/2021) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>

[44] International Confederation of Midwives. Définition internationale de la sage-femme. 2015. [En ligne]. (Consulté le : 20/02/2021) ; Disponible sur : <https://sage-femme.be/wpcontent/uploads/2015/07/Definition-of-the-Midwife-FRE-2011-updated-August-2011.pdf>

[45] Haute Autorité de Santé. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé. Oct 2019. [En ligne]. (Consulté le : 21/03/2021); Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante

[46] David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. Nov 2008. [En ligne]. (Consulté le 15/03/2021) ; Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/>

[47] Legifrance. Code de la santé publique : article L4311-1. Juil 2019. [En ligne]. (Consulté le : 20/02/2021) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032400741/

[48] Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique. Définition de la sage-femme et pratique sage-femme. 2017. [En ligne]. (Consulté le : 20/02/2021) ; Disponible sur : <https://cnema.fr/cnema/2017/10/21/definition-de-la-sage-femme-mise-a-jour-2017/>

[49] Université de Lorraine. Pourcentage de filles dans les filières scientifiques. Mars 2015. [En ligne]. (Consulté le : 20/02/2021) ; Disponible sur : <https://factuel.univ-lorraine.fr/node/12136#:~:text=Il%20compte%20pourtant%2067%25%20de%20femmes%20dans%20les%20fili%C3%A8res%20tertiaires.>

[50] Université de Lorraine. Les chiffres clés de l'année 2020. Sept 2020. [En ligne]. (Consulté le 10/05/2021) ; Disponible sur : <http://factuel.univ-lorraine.fr/node/15484>

[51] EmeVia. La sexualité des étudiants en 2013. Nov 2014. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.emevia.com/actualites/la-sexualite-des-etudiants-en-2013-8eme-enquete-nationale>

[52] Institut national de la statistique et des études économiques. Contraception et IVG. 2017. [En ligne]. (Consulté le 03/02/2019) ; Disponible sur : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/FHEGAL17j4_F5.4.pdf

[53] Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post IVG. 2008. [En ligne]. (Consulté le 04/04/2021); Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>

[54] Legifrance. Code de la santé publique : article L4311-1. Juil 2019. [En ligne]. (Consulté le : 20/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886488&cidTexte=LEGIARTI000006072665&dateTexte=20190727>

[55] Ordre national des sages-femmes. Vers une extension des compétences des sages-femmes à l'IVG instrumentale. Oct 2020. [En ligne]. (Consulté le : 20/04/2021); Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/vers-une-extension-des-competences-des-sages-femmes-a-livg-instrumentale/>

[56] Ordre national des sages-femmes. Marisol Touraine lance une campagne d'information nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes. Fév 2018. [En ligne]. (Consulté le : 20/04/2021); Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/marisol-tourainelance-une-campagne-dinformation-nationale-sur-le-role-et-les-missions-des-sages-femmes/>

[57] Palette M. La consultation de contraception avec les sages-femmes libérale : modalité de choix de la méthode contraceptive et ressenti des femmes majeures. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2020. 58p.

[58] Cormier L. Association française d'urologie. Contraception masculine. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021); Disponible sur : <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/contraception-masculine.html>

[59] Le Tohic A. Raynal P. Grosdemouge I. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes. Sept 2006. [En ligne]. (Consulté le 15/01/2021) ; Disponible sur : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12452.pdf>

[60] Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricale : libérer la parole des femmes. First. 2017. 411p

ANNEXES

ANNEXE I :

Tableau II : Indices de Pearl, efficacité théorique et pratique et fréquence d'utilisation des différents contraceptifs en France.

	Indice de Pearl	Efficacité Théorique (%)	Efficacité Pratique (%)	Fréquence (en %)
Implant	0.01	99.9	99.9	9.6
Ligature des trompes	0.5	99.5	99.5	0
DIU Hormonal	0.2	99.8	99.8	4.7
DIU Cuivre	0.6	99.4	99.2	0
Injection	0.6	99.7	94	0
Pilule	0.3	99.7	91	52.6
Patch / Anneau	0.8	99.7	91-92	2.2
Cape / Diaphragme	6	91-94	84-88	1.1
Méthodes naturelles	1-9	93-98	78-80	1.1
Préservatif	2	95-98	85	18.6
Retrait	4	96	78	NC
Méthode Hormonale	1.1-2.3	NC	NC	NC
Méthode Thermique	0.5	99.5	NC	NC
Anneau / Andro-switch	0.5	99.5	NC	NC
Vasectomie	0.1	99.9	99.9	0.8

Fréquence = Fréquence d'utilisation chez les 20-24 ans – NC : Non Communiqué

ANNEXE II : le questionnaire

1. Quelle est ta situation ?
Etudiante à l'Université de Lorraine / étudiante mais pas à l'Université de Lorraine / je ne suis plus étudiante.
2. Quel est ton âge ?
3. Quelle est ta filière ?
4. Est-ce que tu es concernée par la contraception ? *Oui/ Non*
5. As-tu un désir de grossesse actuellement ? *Oui/ Non*
6. As-tu déjà eu des rapports sexuels ? *Oui/ Non*
7. Combien de fois as-tu été enceinte ? (dont Interruption Volontaire de Grossesse, fausse couche, grossesse extra-utérine) *échelle de « 0 » à « 5 et plus »*
8. Combien de fois as-tu accouché ? *échelle de « 0 » à « 5 et plus »*
9. La contraception te permet :
D'éviter une grossesse (car rapport fécondant) / De traiter un problème de santé (acné, SOPK, endométriose...)
10. Utilises-tu le préservatif comme moyen de protection :
Oui associé à une autre méthode de contraception / oui comme seul moyen de contraception, oui occasionnellement / non car je n'ai pas de rapport à risque de grossesse / non car nous sommes dépistés avec mon partenaire
11. Quelle contraception utilises-tu en ce moment ? *Préservatif, pilule, implant, patch, anneau vaginal, injections, DIU cuivre, SUI hormonal, cape/diaphragme, spermicides, méthode définitive, méthode naturelle (calcul jour ovulation, retrait...), autre, aucune contraception*
12. Quelle contraception as-tu déjà utilisée par le passé ? *Préservatif, pilule, implant, patch, anneau vaginal, injections, DIU cuivre, SUI hormonal, cape/diaphragme, spermicides, méthode définitive, méthode naturelle (calcul jour ovulation, retrait...), autre, aucune contraception*
13. Si tu utilises LA PILULE, coche les cases qui te correspondent : *Je la prends toujours à heure fixe / je ne l'oublie jamais / je sais ce que je dois faire en cas d'oublis, diarrhée, vomissement*
14. Si tu utilises l'IMPLANT, coche les cases qui te correspondent :
Je connais la date de pose et donc la couverture de protection / je vérifie sa position régulièrement
15. Si tu utilises le STERILET cuivre ou hormonale, coche les cases qui te correspondent :
Je connais la date de pose et donc la couverture de protection / j'ai été contrôler la bonne position dans l'utérus (échographie, examen gynéco)
16. Si tu utilises l'ANNEAU, coche les cases qui te correspondent :
Je le place facilement dans mon vagin / je n'oublie pas de le changer
17. Si tu utilises le DIAPHRAGME (CAPE) et/ou les spermicides, coche les cases qui te correspondent :
Je place facilement la cape dans mon vagin / je n'oublie jamais de la mettre avant un rapport
18. Si tu utilises le PATCH, coche les cases qui te correspondent :
Mon patch ne se décolle jamais ou je sais quoi faire au cas où / je n'oublie pas de changer mon patch
19. Si tu utilises les INJECTIONS, coche les cases qui te correspondent :
Je n'oublie pas de faire mes injections
20. Si tu utilises les PRESERVATIFS, coche les cases qui te correspondent :
J'utilise un préservatif à chaque rapport / je le place correctement / le préservatif n'a jamais craqué ou je sais quoi faire si c'est le cas
21. Es-tu satisfaite de ta méthode de contraception actuelle ? *échelle de « 0 (pas du tout satisfaite) » à « 5 (totalement satisfaite) »*

22. As-tu eu le sentiment d'avoir pu choisir toi-même ta méthode de contraception actuelle ?
échelle de « 0 (pas du tout) » à « 5 (tout à fait) »
23. As-tu déjà subi des effets secondaires liés à ta contraception ? Qu'il s'agisse d'une contraception actuelle ou passée. *Oui/non*
24. Si oui, à combien chiffres-tu les désagréments de ces effets secondaires ? *échelle de « 0 (pas du tout désagréable) » à « 5 (totalement désagréable) »*
25. Quels sont ces effets indésirables ? Qu'il s'agisse d'une contraception actuelle ou passé ?
baisse de la libido, absence de règle, règle plus abondante, règle plus douloureuse, augmentation de l'appétit, acné, maux de tête, nausées, douleur pendant les rapports, trouble de l'humeur, ballonnement, prise de poids, spotting, autre
26. De quelle(s) contraception(s) s'agissait-il ?
27. Ces effets indésirables t'ont-ils fait arrêter ta contraception ? *oui/non*
28. As-tu déjà pensé à arrêter les hormones dans ta contraception ? *Oui/non*
29. Connais-tu le rôle de l'œstrogène et de la progestérone (2 hormones) présentes dans les contraceptifs qui t'empêche d'être enceinte ? *échelle de « 0 (pas du tout) » à « 5 (totalement connu) »*
30. Connais-tu le rôle du cuivre dans un système intra utérin (le stérilet) comme effet contraceptif ?
échelle de « 0 (pas du tout) » à « 5 (totalement connu) »
31. As-tu déjà utilisé une méthode "naturelle" comme le retrait ou en calculant ta période d'ovulation et en évitant les rapports pendant cette période ? *Oui/non*
32. Si oui, de quelle méthode s'agit-il ? *retrait, méthode des températures, observance de la glaire cervicale, calcul de la période d'ovulation, application, méthodes des indices combinés*
33. Penses-tu maîtriser suffisamment cette(s) méthodes(s) afin d'éviter une grossesse : *échelle de « 0 (pas du tout) » à « 5 (totalement) »*
34. Comment as-tu connu cette méthode ? *Entourage (ami, famille), professionnel de santé, publicité, internet*
35. As-tu déjà eu recours à une ou plusieurs IVG (interruption volontaire de grossesse) ? *oui/non*
36. Si oui, utilisais-tu une contraception ou une méthode naturelle lorsque la grossesse a débuté ?
- Laquelle ?
37. Connais-tu les compétences de la sage-femme ? Coche la/les réponse(s) qui te semblent justes : *« prescription, mise en place et suivi de la contraception », « droit de prescription pour les médicaments, vaccins et test de dépistage », « réalisation et accompagnement des IVG médicamenteuses » et « effectuer le suivi gynécologique de prévention »*
38. Qui t'a prescrit ta contraception ? *gynécologue, médecin traitant, sage-femme*

**Etat des lieux de l'utilisation de la contraception sans hormone
chez les étudiantes de l'Université de Lorraine**

Étude épidémiologique descriptive auprès de 466 étudiantes du 20 mars au 20 avril 2021

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis la crise de la pilule, l'utilisation de celle-ci ne cesse de diminuer en France. Les femmes sont de plus en plus méfiantes à l'égard des hormones présentes dans les contraceptifs. Cependant, les alternatives sans hormones ne sont pas nombreuses. Cette génération « no hormone » touche également la population étudiante. L'objectif de l'étude est de décrire les pratiques contraceptives et en particulier les pratiques sans hormones des étudiantes de l'Université de Lorraine. **Méthode** : Une étude quantitative a été réalisée à partir de questionnaire semi-directif. Ces questionnaires ont été mis en ligne sur les réseaux sociaux afin d'interroger les étudiantes majeures de l'Université de Lorraine. Nous avons récolté 466 réponses **Résultat** : La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé chez les étudiantes à hauteur de 55,4% d'utilisatrices. 76% des étudiantes déclarent subir les effets secondaires liés à leur contraception. 41% des étudiantes déclare avoir arrêté les hormones à cause de ces effets secondaires. On recense 27% d'étudiantes utilisant une méthode naturelle : le retrait arrive en tête, puis la méthode Ogino et enfin l'observance de la glaire. **Conclusion** : Bien que les connaissances et les pratiques des étudiantes de l'Université de Lorraine soient globalement adaptées, des améliorations restent à apporter quant à leur libre choix de la contraception. En tant que professionnel de santé, les sages-femmes ont un rôle à jouer afin de proposer des alternatives aux contraceptifs hormonaux.

MOTS CLES : CONTRACEPTION, ÉTUDIANTE, HORMONES, MÉTHODE-NATURELLE, EFFETS-INDÉSIRABLES

**Evaluation of hormone-free contraception use
among female students at the University of Lorraine.**

Descriptive epidemiological survey with 466 students
from the 20th of March until the 20th of April 2021

ABSTRACT

Introduction : Since women have started to question the pill, this contraceptive containing hormones has faced a continuous decrease in its intake. The « no hormone » generation, composed significantly of students, is seeking hormone-free alternatives. The study aims to describe the different ways of contraception and more specifically the hormones-free ways that are used by the students at the University of Lorraine. **Methods** : A quantitative study was completed through a semi directive survey. The latter was published on online social networks to reach most of the students of the university. 466 answers were collected. **Results** : the pill remains the contraceptive method the most used by female students. 76% of them reported side effects related to their contraception. 41 % of the students stated having stopped hormones because of these side effects. Last but not least, 27 % of the students were using natural contraceptive ways: the Pull-out method comes out ahead, followed by the Ogino method and finally the Billings Ovulation method. **Conclusion** : Although the knowledge and the practice of the female students at the university of Loarrine are generally adapted, progress regarding freedom of choice among the existing contraceptives has to be made. As health professionals, midwives have an important role to play in suggesting alternatives to hormonal contraceptives.

KEY WORDS : SIDE EFFECT, NATURAL WAY, CONTRACEPTION, FEMALE STUDENT, HORMONE