

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-
YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

ROBIN-TROLET Christelle

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

**Connaissances actuelles sur la contraception des
femmes atteintes de maladies inflammatoires
chroniques de l'intestin**

État des lieux

Soutenu le : 9 Mars 2021

Directrice de mémoire : Anne BUISSON, directrice adjointe de l'AFA

JURY

Madame Sophie Baumann, Sage-femme Enseignante à l'UVSQ

Madame Coralie Chiesa-Dubruille, Sage-femme Enseignante à l'UVSQ

Madame Audrey Massein, Sage-femme Libérale

Numéro national d'étudiant : 21503608

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est 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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| AVERTISSEMENT | 2 |
| REMERCIEMENTS | 3 |
| LISTE DES FIGURES | 6 |
| LISTE DES ANNEXES | 8 |
| LEXIQUE | 9 |
| LES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LA CONTRACEPTION DES FEMMES ATTEINTES DE MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN | 10 |
| INTRODUCTION | 12 |
| 1 CONTEXTE ET CONCEPT : LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN | 13 |
| 1.1 Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | 13 |
| 1.2 La contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | 14 |
| 1.2.1 Risque thromboembolique | 15 |
| 1.2.2 Risque de malabsorption | 15 |
| 1.3 Impact de la contraception sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | 16 |
| 1.4 Recommandations | 16 |
| 1.4.1 Les recommandations françaises | 16 |
| 1.4.2 Les recommandations internationales | 19 |
| 1.5 Connaissances actuelles sur la contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | 20 |
| 2 METHODE ET MATERIELS | 22 |
| 2.1 Objectif et hypothèses | 22 |
| 2.1.1 Identifier les raisons du choix de leur contraception | 22 |
| 2.1.2 L'impact de la contraception sur les MICI | 22 |
| 2.1.3 Quantifier l'information perçue sur la contraception en lien avec leur MICI | 23 |
| 2.2 Description de l'étude | 23 |
| 2.2.1 Type d'étude | 23 |
| 2.2.2 Outils méthodologiques | 23 |



| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.2.3 | Composition du questionnaire : variables retenues | 23 |
| 2.3 | Déroulement de l'étude | 27 |
| 2.3.1 | Choix des participantes | 27 |
| 2.3.2 | Diffusion du questionnaire | 28 |
| 2.4 | Stratégie d'analyse | 28 |
| 2.5 | Obligations éthiques et réglementaires | 28 |
| 3 | RESULTATS DE L'ETUDE | 29 |
| 3.1 | Description de l'étude | 29 |
| 3.1.1 | Diagramme de flux | 29 |
| 3.1.2 | Description de la population | 30 |
| 3.1.3 | Suivi gynécologique | 35 |
| 3.2 | Principaux résultats | 36 |
| 3.2.1 | L'influence de la maladie sur le choix de la contraception | 36 |
| 3.2.2 | L'impact de la MICI sur la contraception | 37 |
| 3.2.3 | L'impact de la contraception sur la MICI | 38 |
| 3.2.4 | L'accès à l'information | 39 |
| 4 | DISCUSSION | 42 |
| 4.1 | Résumé des principaux résultats | 42 |
| 4.2 | Discussion des résultats | 43 |
| 4.2.1 | Impact du diagnostic de la MICI sur la vie contraceptive | 43 |
| 4.2.2 | L'information reçue par les patientes | 46 |
| 4.3 | Force de l'étude | 47 |
| 4.4 | Limites et biais de l'étude | 47 |
| 4.4.1 | Biais concernant la diffusion | 47 |
| 4.4.2 | Biais de sélection | 48 |
| 4.4.3 | Biais d'information | 48 |
| 4.5 | Perspectives et implications | 48 |
| 5 | CONCLUSION | 49 |
| 6 | BIBLIOGRAPHIE | 50 |
| 7 | ANNEXE | 55 |

Liste des figures

| | |
|--|----|
| FIGURE I : DIAGRAMME DE FLUX | 29 |
| FIGURE II : HISTOGRAMME DU NOMBRE TOTAL DE PARTICIPANTES (N= 262) | 30 |
| FIGURE III : ÂGE DES REpondantes LORS DE L'ENQUETE (N= 262) | 30 |
| FIGURE IV : NIVEAU D'ETUDES DES REpondantes AU MOMENT DE L'ENQUETES (N= 262) | 31 |
| FIGURE V : TYPE DE MICI (N= 262) | 31 |
| FIGURE VI : ÂGE A LA DECOUVERTE DU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE (N= 262) | 31 |
| FIGURE VII : PROFESSIONNEL DE SANTE ASSURANT LE SUIVI DE LA MICI DES REpondantes (N= 262) | 32 |
| FIGURE VIII : UTILISATION DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES REpondantes (N= 262) | 33 |
| FIGURE IX : MOYENS CONTRACEPTIFS UTILISES DANS LA POPULATION DE L'ETUDE (N=223) | 33 |
| FIGURE X : SATISFACTION DU MOYEN CONTRACEPTIF UTILISE (N=233) | 33 |
| FIGURE XII : SUIVI GYNECOLOGIQUE REGULIER CHEZ NOS REpondantes (N=262) | 35 |
| FIGURE XIII : PROFESSIONNEL DE SANTE ASSURANT LE SUIVI GYNECOLOGIQUE (N=262) | 35 |
| FIGURE XIV : MISE EN CONTACT DU PRATICIEN REFERENT DE LA MICI AVEC LE PRATICIEN REFERENT DU SUIVI GYNECOLOGIQUE (N=262) | 36 |
| FIGURE XV : ECHELLE DE PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE DANS LE CHOIX DE LA CONTRACEPTION (N=262) | 37 |
| FIGURE XVI : L'INFLUENCE DE LA MICI SUR L'EFFICACITE DE LA CONTRACEPTION | 37 |
| FIGURE XVII : L'INFLUENCE DES TRAITEMENTS DE LA MICI SUR L'EFFICACITE DE LA CONTRACEPTION | 38 |
| FIGURE XVIII : EXISTENCE DE CONTRE-INDICATIONS DE CONTRACEPTION (N=262) | 38 |
| FIGURE XIX : L'IMPACT DE LA CONTRACEPTION SUR LES PUSSEES DE LA MICI | 39 |
| FIGURE XX : PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE LORSQUE LA CONTRACEPTION EST EVOQUEE (N=262) | 40 |



| | |
|---|----|
| <u>FIGURE XXI : LES PROFESSIONNELS DE SANTE EVOQUANT LE SUJET DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES ATTEINTES DE MICI (N=173)</u> | 40 |
| <u>FIGURE XXII : INFORMATION SUFFISANTES APPORTEES SUR L'ASSOCIATION CONTRACEPTION-MICI (N=262)</u> | 41 |
| <u>FIGURE XXIII : RESULTAT DU NOMBRE</u> | 41 |
| <u>FIGURE XXIV : MOYENS UTILISES POUR UN COMPLEMENT D'INFORMATIONS (N=185)</u> | 41 |

Liste des annexes

| | |
|---|----|
| ANNEXE I : HAS, OMS CDC, RECOMMANDATION SUR LA CONTRACEPTION, 2018 | 55 |
| ANNEXE II : SANTE PUBLIQUE FRANCE – BAROMETRE SANTE 2016, CONTRACEPTION - METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES EN FRANCE EN 2016 | 55 |
| ANNEXE III : ANSM - DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINES, FEVRIER 2014..... | 56 |
| ANNEXE IV : G. PLU BUREAU, LA CONTRACEPTION EN PRATIQUE - CONTRACEPTION ET MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES, 2013 | 57 |
| ANNEXE V : MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE, CLASSIFICATION DES HORMONES RECOMBINEES, INCLUENT LA PILLULE, LE PATCH ET L'ANNEAU, 2016 | 59 |
| ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE ENVOYE | 60 |

Lexique

MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

MC : Maladie de Crohn

RCH : Rectocolite hémorragique

AFA : Association François Aupetit

HAS : Haute Autorité de Santé

CDC : Center for diseases control and prevention

DIU : Dispositif intra utérin

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

FSRH : Faculty of sexual and reproductive healthcare

Les connaissances actuelles sur la contraception des femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Objectif : L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux afin d'évaluer l'état des connaissances actuelles sur la contraception des femmes atteintes de maladie inflammatoires chronique de l'intestin (MICI) et d'identifier leurs doutes et leurs questionnements sur le lien entre leur contraception et leur maladie.

Matériel et méthodes : Une étude descriptive et quantitative a été réalisée auprès de femmes âgées de 18 ans à 49 ans et atteintes de MICI puis diffusée en ligne par l'AFA auprès de la communauté des malades qui suivent l'association.

Résultats : L'étude a permis de recueillir 262 formulaires complets. Nous avons pu observer que 42% des femmes atteintes de MICI pensent que le choix de leur contraception est influencé par la maladie. En effet, depuis le diagnostic de leur maladie, elles ont dû adapter leur contraception tout en prenant en compte les inconvénients de la maladie. D'autant plus que 74 % des femmes n'estiment ne pas recevoir assez d'informations sur l'association entre leur contraception et leur MICI, ce qui génère des idées reçues ou fausses. En effet, 49 % des participantes pensent qu'il existe des contre-indications dans le choix de leur contraception et que certaines contraceptions seraient moins efficaces comme par exemple la pilule où plus d'un tiers de la population évoquent le sujet de malabsorption.

Conclusion : Cette étude a permis de montrer que les femmes atteintes de MICI, par un manque d'informations, génèrent des idées reçues ou fausses ainsi que des doutes au sujet de leur contraception, qui devient un réel questionnement dans leur vie de jeune femme.

Mots-clés : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, contraception

Current knowledge about contraception in women with chronic inflammatory bowel disease

Objective : The objective of this work was to carry out an inventory in order to assess the state of current knowledge on contraception in women with chronic inflammatory bowel disease (IBD) and to identify their doubts and their questions about the link between their contraception and their disease.

Material and methods: A descriptive and quantitative study was carried out on women aged 18 to 49 years with IBD and then disseminated online by the AFA to the community of patients who follow the association.

Results : The study collected 262 complete forms. We have observed that 42% of women with IBD think that their choice of contraception is influenced by the disease. Indeed, since the diagnosis of their disease, they had to adapt their contraception while taking into account the disadvantages of the disease. Especially since 74% of women do not feel they receive enough information between the combination of their contraception and their IBD, which generates preconceived or false ideas. Indeed, 49% of the participants think that there are contraindications in the choice of their contraception and that some contraceptions would be less effective, for example the pill where more than a third of the population evoke the subject of malabsorption.

Conclusion : This study has shown that women with IBD, through a lack of information, generate received or false ideas as well as doubts about their contraception, which becomes a real questioning in their life as a young woman.

Keywords : chronic inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, contraception

Introduction

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont des pathologies en augmentation, touchant de plus en plus de personnes et notamment des femmes jeunes. Elles recouvrent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH).

Le diagnostic de la maladie survient souvent à la période reproductive de la femme, ce qui remet en question son mode de vie et également sa méthode contraceptive. Bien qu'il existe des recommandations françaises et internationales, aucune ne préconise un schéma stratégique contraceptif spécifique et beaucoup de préjugés naissent rendant les femmes craintives sur l'efficacité de certaines méthodes contraceptives.

Notre travail avait pour objectif de réaliser un état des lieux des connaissances actuelles auprès des femmes atteintes de MICI sur leur contraception afin d'identifier leurs doutes et leurs a priori sur le sujet. Cette enquête préliminaire avait pour but de montrer que ces femmes manquent d'informations en lien avec leur maladie ce qui génère de nombreuses interrogations chez elles.

La population de ces femmes âgées de 18 ans à 49 ans, atteintes de MICI nous semblait intéressante à cibler car il s'agit d'une population en âge de procréer et donc susceptible d'avoir recours à des moyens contraceptifs. Le choix de notre population s'est porté plus spécifiquement chez les patientes en contact avec l'AFA. Ce choix nous a semblé judicieux par le nombre important de patientes et par la place essentielle en France dans le monde des MICI que détient l'AFA qui est la seule association nationale de patients atteints de MICI et leurs proches.

Afin de répondre à notre problématique, dans un premier temps, nous avons évalué l'influence du diagnostic sur le choix de la contraception. Ensuite, nous avons questionné la population sur un éventuel impact des MICI et de leurs traitements sur l'efficacité de leur contraception afin d'identifier les idées reçues.

Pour finir, nous avons quantifié l'information perçue par les patientes afin de savoir si celles-ci se sentaient suffisamment informées sur leur suivi contraceptif.

1 Contexte et concept : la contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

1.1 Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) se caractérisent par une inflammation chronique et récidivante de la paroi du tube digestif dû à une hyperactivité du système immunitaire ⁽¹⁾. Elles évoluent par poussées de fréquences et de durées variables entrecoupées par des phases de rémission. La rectocolite hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC) sont les deux principales MICI et sont en évolution constante depuis le début du XX^e siècle. En France, elles touchent environ une personne sur mille et surviennent le plus souvent chez des sujets avec un âge moyen situé entre 20 et 30 ans ⁽²⁾.

Les causes des MICI ne sont pas encore identifiées et sont très souvent d'affections idiopathiques. Toutefois des suggestions concernant une origine environnementale et auto-immune sont de plus en plus évoquées.

Les MICI sont classées selon le type de cellules inflammatoires présentes et selon le territoire digestif atteint. Concernant la MC, l'inflammation s'étend préférentiellement dans la zone de l'iléon terminal et/ou du colon. Tandis que pour la RCH, celle-ci s'étend vers le rectum ⁽³⁾. Les symptômes dépendent de la zone touchée mais ce sont particulièrement des symptômes digestifs comme des diarrhées sanglantes et des douleurs abdominales. Cependant la distinction entre la MC et la RCH peut être difficile d'où la nécessité d'avoir une équipe pluridisciplinaire pour pouvoir établir le bon diagnostic.

1.2 La contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

L'accès à la contraception en France voit le jour en 1967 grâce à la loi Neuwirth⁽⁴⁾ qui permet désormais aux femmes en âge de procréer, de réguler leur vie reproductive.

De nos jours, il existe différentes méthodes contraceptives qui sont référencées par la Haute Autorité de Santé (HAS)⁽⁵⁾ en fonction de leur utilisation, de leur efficacité et de leur contre-indication. Ces diverses informations sont transmises à la patiente par des professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme) afin de trouver la contraception la mieux adaptée en fonction de leurs antécédents médicaux mais aussi en fonction de leur mode de vie.

Il existe également le site www.choisirmacontraception.fr⁽⁶⁾ reprenant toutes les caractéristiques des différentes méthodes de contraception et qui délivre des conseils permettant aux femmes d'être aiguillées dans leur meilleur choix.

Il est donc important de prendre en compte à la fois les antécédents médicaux et le contexte de vie pouvant avoir des répercussions sur la vie reproductive, comme chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Cette information sur la contraception est d'autant plus sensible puis qu'il est recommandé de planifier les grossesses et d'arrêter les traitements tératogènes (comme par exemple le méthotrexate⁽⁷⁾). Il est donc nécessaire que les femmes utilisent un moyen de contraception fiable et adapté à leur maladie.

1.2.1 Risque thromboembolique

Les recommandations du CDC (Center for diseases control and prevention) préconisent de ne pas utiliser d'œstro-progestatifs comme moyen de contraception ^(Annexe I). Ces derniers sont contre indiqués chez les patientes ayant des risques thromboemboliques et les MICI engendrent des risques thromboemboliques. En effet, de récentes études ont montré que les personnes atteintes de MICI étaient plus à risque de thromboses que des personnes en bonne santé ⁽⁸⁻⁹⁾.

Ce point de la maladie est fondamental sur le suivi gynécologique et sur l'information donnée sur la contraception à ces femmes atteintes de MICI. D'autant plus, que le moyen de contraception le plus utilisé en France, chez les femmes en âge de procréer reste la pilule œstro-progestative (33,2% des femmes en 2016) ^(Annexe II).

1.2.2 Risque de malabsorption

La question de malabsorption se pose également étant donné que la définition première des MICI est une inflammation de l'intestin et que les épisodes diarrhéiques et de vomissements sont plus fréquents.

Les contraceptifs oraux sont principalement absorbés par l'intestin grêle et l'efficacité contraceptive dépend de sa capacité d'absorption. Un passage accru du contenu gastro-intestinal ou une absorption réduite peut ainsi contribuer aux échecs de la contraception chez les patientes présentant une maladie inflammatoire chronique, une diarrhée ou une iléostomie ⁽¹⁰⁾. Mais ce risque ponctuel ne concerne que les patientes ayant une maladie extensive du grêle. En effet, une ancienne étude a comparé le taux plasmatique de norgestrel après administration d'un contraceptif oral chez un groupe de femmes ayant une RCH légère versus un groupe témoin. Les résultats n'ont pas montré de différence significative d'absorption ⁽¹¹⁾. Les femmes atteintes de MICI peuvent donc utilisées en toute confiance une contraception orale.

Toutefois si les patientes sont à un stade très avancé de la maladie, on peut être amené à réaliser une résection intestinale. Ces femmes ayant un syndrome d'intestin trop court (résection de plus de 50% de l'intestin grêle) peuvent être concernées pour ce risque de malabsorption de la contraception orale ⁽¹²⁾.

1.3 Impact de la contraception sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Diverses études ont montré que la contraception pouvait avoir un impact sur les rechutes des MICI. Notamment avec la pose d'un dispositif intra utérin (DIU) au lévonorgestrel (Mirena) ⁽¹³⁾. Cependant, il existe très peu d'études concernant l'impact même du DIU. Il reste donc une méthode de contraception possible chez les femmes atteintes de MICI.

Toutefois, des précautions et une surveillance particulière sont prises afin de distinguer la différence entre des douleurs intestinales liées aux crises de MICI ou des douleurs pouvant être à l'origine d'infection ou de grossesses extra utérine engendrées par la pose du DIU.

Deux autres études américaines ont montré que la contraception orale était associée au risque de MC et de RCH ⁽¹⁴⁾. Le risque relatif pour la MC augmentait avec la durée d'exposition à l'utilisation de la contraception orale ⁽¹⁵⁾.

Avec tous ces risques liés aux MICI, les femmes doivent donc avoir une information fiable et complète sur la contraception. Mais le manque d'études et de preuves ne permet pas d'avoir encore accès à des recommandations claires.

1.4 Recommandations

1.4.1 Les recommandations françaises

En 2004, L'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) devient La Haute Autorité de Santé (HAS) et publie des recommandations sur la stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Ils préconisent d'avoir une contraception fiable notamment en cas d'utilisation de méthotrexate.

Ils évoquent également une moindre absorption sur les contraceptions orales, comme la pilule.

Cependant, ils ne recommandent pas de conduites spécifiques sur la contraception chez ses femmes atteintes de MICI. De plus, ils mentionnent « qu’aucun effet significatif de la contraception hormonale (orale) n’a été mis en évidence sur l’évolution de la MC et de la RCH (niveau de preuve 2) ».

Toutefois, ils pointent le risque infectieux du DIU en cas d’utilisation d’immunosuppresseurs et aux anti-inflammatoires pris tout au long de leur vie ⁽¹⁶⁾.

Puis en 2008, la HAS évoque dans ses recommandations que tous les moyens de contraception sont utilisables au cours de la RCH ou de la MC ⁽⁵⁾.

En 2013, l’HAS publie à nouveau des recommandations générales sur la contraception et il existe une ligne concernant les maladies inflammatoires chroniques de l’intestin et conclue qu’il « n’existe pas de risques de maladie thromboembolique veineuse et que toute contraception peut être proposée » ⁽¹⁷⁾.

L’Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé publie en 2014, un document d’aide à la prescription des contraceptifs hormonaux recombines. Ce document est destiné aux professionnels de santé et doit être réutilisé à chaque consultation car les facteurs peuvent varier dans le temps.

On retrouve en effet, dans ce questionnaire, que les femmes présentant une maladie susceptible d’accroître le risque de thrombose avec comme exemple cité, la MC et la RCH, ne devraient pas avoir de contraceptifs hormonaux recombines.

La pertinence de l’utilisation de contraceptifs hormonaux recombines est également remise en cause si la patiente présente plusieurs risques associés à cette liste. Et nous retrouvons également dans cette liste, l’utilisation de médicaments type corticoïdes. Or les corticoïdes sont l’un des traitements les plus récurrents pour limiter l’avancée des crises.

Une femme atteinte de MICI et traitée par des corticoïdes a donc un risque de thrombose qui est multiplié si on lui prescrit des contraceptifs hormonaux recombines ^(Annexe III).

Il existe donc peu de recommandations françaises sur la contraception des femmes atteintes de MICI et seulement quelques études commencent à être réalisées.

Mais avec l'augmentation constante de la MC et de la RCH, les professionnels de santé commencent à prendre en compte ces maladies dans leur pratique.

En 2013, est paru un livre sur la contraception en pratique par une gynécologue et un chapitre sur « contraception et maladies inflammatoires chroniques intestinales » y est développé. On retrouve dans ce livre un arbre décisionnel sur la conduite à tenir pour ses femmes ^(annexe IV).

Cet arbre montre qu'il est préférable d'utiliser une contraception progestative et que le DIU au cuivre est contre indiqué en cas de MICI sévère associée à des syndromes de malabsorption avec prise de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs car cela augmenterait le risque d'infection. Toutefois un article publié en 2008, affirme qu'avec les données actuelles, que les femmes sous immunosuppresseurs ne sont pas plus à risque de développer des infections pelviennes ⁽¹⁸⁾.

Dans le cas d'une MICI modérée sans syndromes de malabsorption et sans corticothérapie ou traitement avec des immunosuppresseurs, ils préconisent une contraception mécanique ou progestative.

S'il existe une intolérance, une contraception œstro-progestative peut être discutée en fonction de la présence d'autres facteurs de risques.

Toutefois, si la patiente prend des corticoïdes ou des immunosuppresseurs même avec une MICI modérée et sans syndrome de malabsorption, le DIU est dans ce cas contre indiqué (notamment pour éviter une infection) et il faut lui prescrire une contraception progestative.

L'association François Aupetit (AFA) créée en 1980, est l'association de référence en France pour la MC et la RCH publie également un article sur la contraception des femmes atteintes de MICI.

Elle évoque la possibilité qu'une pilule contraceptive fortement dosée pourrait augmenter le risque de MC mais que néanmoins, les femmes prenant

une contraception, n'ont ni plus ni moins de poussées que celles n'en prenant pas. Des études sont encore en cours.

L'AFA rejoint l'HAS ainsi que l'ANAES en n'imposant aucune règle concernant la prescription de contraception spécifique chez les femmes atteintes de MICI ⁽¹⁹⁾.

Malgré le manque d'études et de recommandations françaises, cela n'empêche pas les femmes atteintes de MICI de se poser la question d'une contraception efficace.

1.4.2 Les recommandations internationales

En 2016, le CDC (Centers for disease control and prevention) publie de nouvelles recommandations américaines sur la prescription de contraception chez les femmes atteintes de MICI.

La contraception œstro-progestative n'est pas contre indiquée si la patiente présente une MICI légère et qu'elle ne présente aucun autre facteur de risque de thrombose veineuse.

Mais dès lors qu'elle présente des risques accrus de thrombose veineuse comme par exemple une prise de corticoïdes, une intervention chirurgicale, une immobilisation ou une maladie active ou étendue, les risques l'emportent sur les avantages de la contraception hormonale ⁽²⁰⁾.

En effet dans le tableau de classification des contraceptions aux hormones combinées, les femmes atteintes de MICI sont classées avec l'indication 2 (« condition pour laquelle les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou prouvés ») et l'indication 3 (« condition pour laquelle les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages de l'utilisation de la méthode ») (Annexe V).

Comme l'AFA, Le CDC évoque que le risque de rechute de la maladie n'est pas plus important chez une femme prenant une contraception orale que chez une femme qui n'en prend pas du tout.

La FSRH (Faculty of sexual and reproductive Healthcare) du collège des obstétriciens et gynécologues anglais s'est également penchée sur le sujet et les rejoint sur ces notions ⁽²¹⁾.

La FSRH mentionne qu'il existe une moindre absorption de la contraception orale chez les femmes atteintes de MICI et celles-ci peuvent donc être moins fiable.

Pour les femmes qui subissent des épisodes de diarrhées sévères ou de vomissements 24h après la prise de contraception, doivent suivre les mêmes recommandations que les cas d'oubli de pilule ⁽²²⁾.

Une association de 3 médecins américains spécialisés en gastro-entérologie parlent de fardeau pour ces femmes ayant une MICI. Ils s'accordent avec les recommandations françaises et internationales pour dire que toutes les formes de contraceptions sont acceptables tout en prenant en compte les différents facteurs pouvant inverser la balance bénéfice/risque.

Concernant la prescription du dispositif intra utérin (DIU), ils estiment que c'est la contraception la plus efficace et qu'elle doit être proposée en première intention ⁽²³⁾.

Ces recommandations peuvent encore évoluer avec l'avancée des études sur la MC et la RCH d'autant plus que le nombre de femmes, jeune en âge de procréer, atteintes par ces maladies ne fait qu'augmenter.

1.5 Connaissances actuelles sur la contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les femmes atteintes de MICI sont particulièrement jeunes et les inquiétudes concernant la problématique sur la contraception sont souvent rencontrées.

Avec l'aide de nombreux témoignages sur des forums ⁽²⁴⁾ et groupes de paroles en ligne ⁽²⁵⁾, nous avons pu remarquer que les femmes s'inquiètent

énormément d'une potentielle interaction médicamenteuse avec les nombreux traitements qu'elles prendraient pour réguler leurs crises comme par exemple entre *Imurel* qui est un immunosuppresseur et une pilule.

D'autres pensent que la pilule n'est pas un moyen de contraception fiable pour une femme ayant une MICI car celle-ci aurait une moindre absorption et ne protégerait donc pas d'une éventuelle grossesse. Cette problématique est particulièrement sensible avec les risques tératogènes que certains traitements de MICI peuvent engendrer.

De plus, des patientes sous pilule, s'interrogent sur l'efficacité de celle-ci lorsqu'elles ont des épisodes de diarrhées ou un examen de coloscopie à réaliser. Quand est-ce qu'elles doivent la prendre ? Est-elle efficace ? Doivent-elles prendre un deuxième comprimé en cas de diarrhées ? Les questions sont multiples.

C'est pour ces raisons que certaines femmes préfèrent donc utiliser comme moyen de contraception le DIU. De plus, qu'un des critères qui revient le plus souvent dans le choix de la contraception de ces femmes atteintes de MICI est qu'elles ne veulent plus avoir de règles pour limiter le risque anémique qui est déjà très augmenté dans leur cas.

Or, le DIU ne convient pas à tout le monde car chez certaines, ils provoqueraient des crises de la maladie voire un risque d'infection. En effet, une peur sur une éventuelle infection avec la mise en place d'un DIU et la prise d'immunosuppresseurs est évoquée parmi les nombreuses craintes de ces femmes.

Au vu de ces nombreuses interrogations, des réponses claires doivent être apportées afin d'effacer toutes fausses idées sur le sujet.

Ceux qui nous amène à poser la question suivante : quelles sont les connaissances actuelles des femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la contraception ?

2 Méthode et matériels

2.1 Objectif et hypothèses

L'objectif de notre étude était donc de réaliser un état des lieux sur les connaissances actuelles de la contraception des femmes atteintes de MICI afin d'identifier leurs doutes et leurs questionnements sur le sujet. Les modalités qui ont été choisies sont la contraception, la quantité d'informations perçues ainsi que leurs ressentis sur l'association entre contraception et MICI.

2.1.1 Identifier les raisons du choix de leur contraception

L'un des objectifs de ce travail était de montrer que le choix de la contraception de ces femmes est influencé par leur maladie. En effet, beaucoup de femmes tendent à croire que les MICI et ses traitements pourraient diminuer l'efficacité de certains moyens contraceptifs et donc réduire l'accessibilité à certaines contraceptions. Nous avons donc retenu l'hypothèse suivante :

- Le choix de la contraception est influencé par la maladie.

2.1.2 L'impact de la contraception sur les MICI

Comme décrit auparavant, nous avons montré que la contraception pouvait engendrer certaines conséquences sur la maladie. Afin de faire un état des lieux sur leurs connaissances et en lien avec la deuxième hypothèse, nous avons donc émis l'hypothèse suivante :

- Les femmes pensent que la contraception peut avoir un impact sur leur maladie.

2.1.3 Quantifier l'information perçue sur la contraception en lien avec leur MICI

Afin de comprendre le choix de ces participantes, nous avons étudié un second objectif. Celui-ci avait pour but de savoir si ces femmes recevaient une quantité d'information suffisantes en fonction de leurs attentes, en émettant l'hypothèse :

- Les femmes atteintes de MICI ne reçoivent pas assez d'informations concernant leur contraception en lien avec leur maladie.

2.2 Description de l'étude

2.2.1 Type d'étude

Pour répondre au mieux à nos trois hypothèses, nous avons réalisé une étude descriptive quantitative à l'aide d'un formulaire en ligne.

2.2.2 Outils méthodologiques

Le questionnaire a été créé via le logiciel « Google Forms ». Afin d'interroger un grand nombre de femmes atteintes de MICI, le questionnaire a été distribué aux contacts de l'association François Aupetit (AFA) via leur réseau social « Facebook ». Il était intéressant de partager le questionnaire via le numérique afin d'augmenter le taux de participation et d'obtenir une grande variation de réponses. Nous avons choisi l'AFA pour sa grande implication dans le combat de cette maladie. L'AFA représente depuis 1982 l'unique association de France dédiée au soutien et à l'accompagnement des personnes malades de Crohn et de RCH. Elle compte plus de 25 000 adhérents et sympathisants et plus de 300 bénévoles impliqués dans toute la France. L'association est également soutenue dans ses missions par le Ministère de la Santé. L'AFA est devenu un acteur fondamental dans l'aide au développement de la recherche active sur les MICI.

2.2.3 Composition du questionnaire : variables retenues

La composition du questionnaire se répartissait en cinq parties dont 28 questions. Il s'agissait d'un auto-questionnaire anonyme composé de questions fermées principalement et de quelques questions ouvertes courtes et simples. Un

mot d'information à destination des patientes apparaissait au début et était mentionné l'objectif de ce formulaire ainsi qu'une estimation du temps qu'il pouvait prendre pour y répondre.

2.2.3.1 Informations générales

La première partie du questionnaire débutait sur les informations générales de la répondante pouvant influencer le choix de la contraception et le niveau de connaissance sur le sujet :

- L'âge selon 3 catégories allant de 18 ans à 49 ans.

Nous avons choisi d'interroger les répondantes sur leur âge car selon l'étude *Fecond* réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) ⁽²⁶⁾, l'âge est un facteur influençant le choix de la contraception.

- Le niveau d'étude selon 4 catégories : brevet/CAP, baccalauréat, diplôme de baccalauréat + 2 ans, diplôme supérieur au baccalauréat + 2 ans.

2.2.3.2 Informations sur la MICI

Cette partie du formulaire permettait d'identifier le type spécifique de MICI de la répondante : MC ou RCH. Un item « indéterminée » a été ajouté pour les personnes ayant réellement une MICI mais dont il est impossible de distinguer s'il s'agit d'une MC ou d'une RCH. En effet, elles correspondent à 4% des MICI en 2017 selon le registre Epimad ⁽²⁷⁾. Une question sur l'année de leur diagnostic et sur le personnel de santé (médecin traitant, gastro entérologue ou autre) qui suit leur maladie ont également été posées dans cette partie-là du questionnaire.

2.2.3.3 Contraception

Dans cette partie, nous avons interrogé les participantes sur l'utilisation d'une contraception actuelle à l'aide d'une question fermée. En cas de réponse positive, elle devait nous indiquer plus précisément depuis quand et quelle contraception parmi la liste proposée :

- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal



- Pilule œstro-progestative
- Pilule progestative
- Implant contraceptif
- Patch contraceptif
- Anneau vaginal
- Préservatifs
- Méthode naturelle
- Stérilisation définitive
- Autre

Les répondantes pouvaient sélectionner plusieurs choix si elles utilisaient plusieurs contraceptions à la fois. Puis, les femmes étaient questionnées sur la satisfaction de la méthode : est-ce que cette contraception leur convenait et si non, elles devaient expliquer brièvement pourquoi.

Pour les femmes n'utilisant pas de contraception leur choix devait être justifié à la question suivante à l'aide d'une réponse courte.

Une seconde question à choix multiple leur avait été posée afin de savoir si auparavant elles avaient utilisé une autre contraception, laquelle parmi la même liste précédente et les raisons de ce changement à l'aide d'une question ouverte.

Ces deux dernières questions avaient pour but d'identifier les personnes qui auraient changé de méthode contraceptive pour supprimer les inconvénients de leur quotidien et liés à leur maladie (douleurs abdominales, saignements beaucoup trop important en plus de leur maladie, doutes sur l'efficacité de celle-ci à la découverte du diagnostic de la MICI etc...).

2.2.3.4 Contraception et MICI

Pour répondre à l'hypothèse « le choix de la contraception est impacté par la maladie », nous avons demandé aux répondantes d'attribuer une note entre 0 et 10. Si une note de 5 ou supérieure à 5 était attribuée, nous leur demandions d'expliquer brièvement à l'aide d'une réponse ouverte.

Pour notre analyse, nous avons réparti ces notes en 4 sous-groupes :

- 0-3 : la MICI n'a pas d'impact sur le choix de la contraception
- 4-6 : la MICI a un impact sur le choix de la contraception
- 7-10 : la MICI a un fort impact sur le choix de la contraception

Par la suite, nous demandions l'avis des femmes sur une éventuelle diminution de l'efficacité de différentes méthodes contraceptives (stérilet au cuivre ; stérilet hormonal ; pilule œstro-progestative ; pilule progestative ; implant contraceptif ; patch contraceptif ; anneau vaginal) en fonction de leur maladie.

Sur le même principe, nous demandions plus précisément si les femmes pensaient également que :

- Les traitements de leur MICI peuvent diminuer l'efficacité ou engendrer des interactions avec leur contraception.
- Les différentes contraceptions proposées dans la liste peuvent engendrer des crises/poussées de leur maladie.
- Il existe des contre-indications de contraception aux MICI

Toutes ses hypothèses étaient interrogées à l'aide de question fermées avec seulement 3 réponses possible :

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

2.2.3.5 Suivi gynécologique et accès à l'information sur la contraception

Cette dernière partie demandait des renseignements sur le suivi gynécologique des femmes et sur l'information qu'elles avaient perçue en matière de contraception et en lien avec leur situation. Étaient évalués la régularité du suivi gynécologique (au moins une fois par an) et quel médecin assurait ce suivi : médecin traitant, gynécologue, sage-femme, gastro-entérologue ou autre.

On interrogeait également les patientes si, lors de la discussion sur la contraception, le sujet de la MICI était évoqué. Si oui, par quel(s) professionnel(s) et si le praticien référent de la MICI avait déjà pris contact régulièrement avec le praticien référent du suivi gynécologique.

Nous concluons le formulaire en demandant si l'information qui leur était faite sur le sujet leur paraissait suffisante et si de leur côté, elles entreprenaient des recherches personnelles. Si les participantes répondaient oui à cette dernière question, nous demandions par quels moyens comme par exemple les forums, les sites d'associations (AFA ou autre), les groupes de paroles (réseaux sociaux) ou par des articles/études publiés.

Enfin, nous demandions à l'aide d'une question ouverte, si elle avait des remarques à ajouter sur le sujet en sa globalité.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Choix des participantes

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient mentionnés dans le mot d'information destiné aux patientes au tout début du questionnaire.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Femmes
- Agées entre 18 ans et 49 ans
- Atteintes de MICI

La fourchette d'âge compris entre 18 ans et 49 ans a été choisi afin de sélectionner une population qui serait susceptible d'utiliser une contraception que ce soit lors d'un début de l'activité génitale ou de la péri ménopause. De plus, cette tranche d'âge a été choisi de cette manière car il s'agissait de la fourchette d'âge retenue dans l'étude *Fecond* réalisée par l'INED ⁽²⁶⁾.

Les critères d'exclusions étaient pour cette étude :

- Mineures
- Hommes

- Femmes non atteintes de MICI
- Femmes présentant une barrière de la langue française
- Femmes non volontaires pour répondre aux questionnaires

2.3.2 Diffusion du questionnaire

L'enquête préliminaire a commencé le 5 septembre 2020 avec la diffusion du questionnaire en ligne via la page Facebook de la plateforme de l'AFA. Grâce à l'appui médiatique de l'association, le questionnaire a pu être diffusé au sein de leurs 17 000 abonnés et en un bref délai. Au bout de 2 semaines de diffusion, nous étions à 265 réponses reçues. Nous avons décidé de clôturer la diffusion du questionnaire le 18 septembre 2020 car nous avons atteint un nombre conséquent de réponses. Ce chiffre avait atteint amplement notre objectif qui était sur une base de 100 réponses **minimum attendues car cela permettait d'avoir un échantillon représentatif pour notre étude.**

2.4 Stratégie d'analyse

Le logiciel « Microsoft Excel 2017 » et « Google Forms » ont été utilisés pour créer la base de données et réaliser l'analyse de ces précédentes. Notre étude était descriptive et incluait des variables quantitatives exprimées en pourcentages. Nous avons procédé à des analyses univariées et bi-variées.

2.5 Obligations éthiques et réglementaires

La distribution du questionnaire auprès des contacts de l'association François Aupetit a nécessité l'autorisation de Madame Buisson, directrice adjointe de cette association.

Un paragraphe d'information était présenté au début du questionnaire afin d'expliquer l'objectif de cette étude. Les répondantes avaient la possibilité de contacter l'AFA si des questions émergeaient après avoir répondu au questionnaire.

Les données recueillies ne permettaient pas de reconnaître les répondantes.

La base de données a été supprimée une fois le mémoire soutenu et validé.

3 Résultats de l'étude

3.1 Description de l'étude

3.1.1 Diagramme de flux

Le diagramme de flux présent ci-dessous nous montre que 265 questionnaires remplis ont été envoyés par des femmes atteintes de MICI, puis analysés. 3 formulaires ont dû être exclu de notre étude pour cause de doublon et de critères d'exclusion. Notre étude porte donc sur un total de 262 formulaires complets.

Figure I : Diagramme de flux

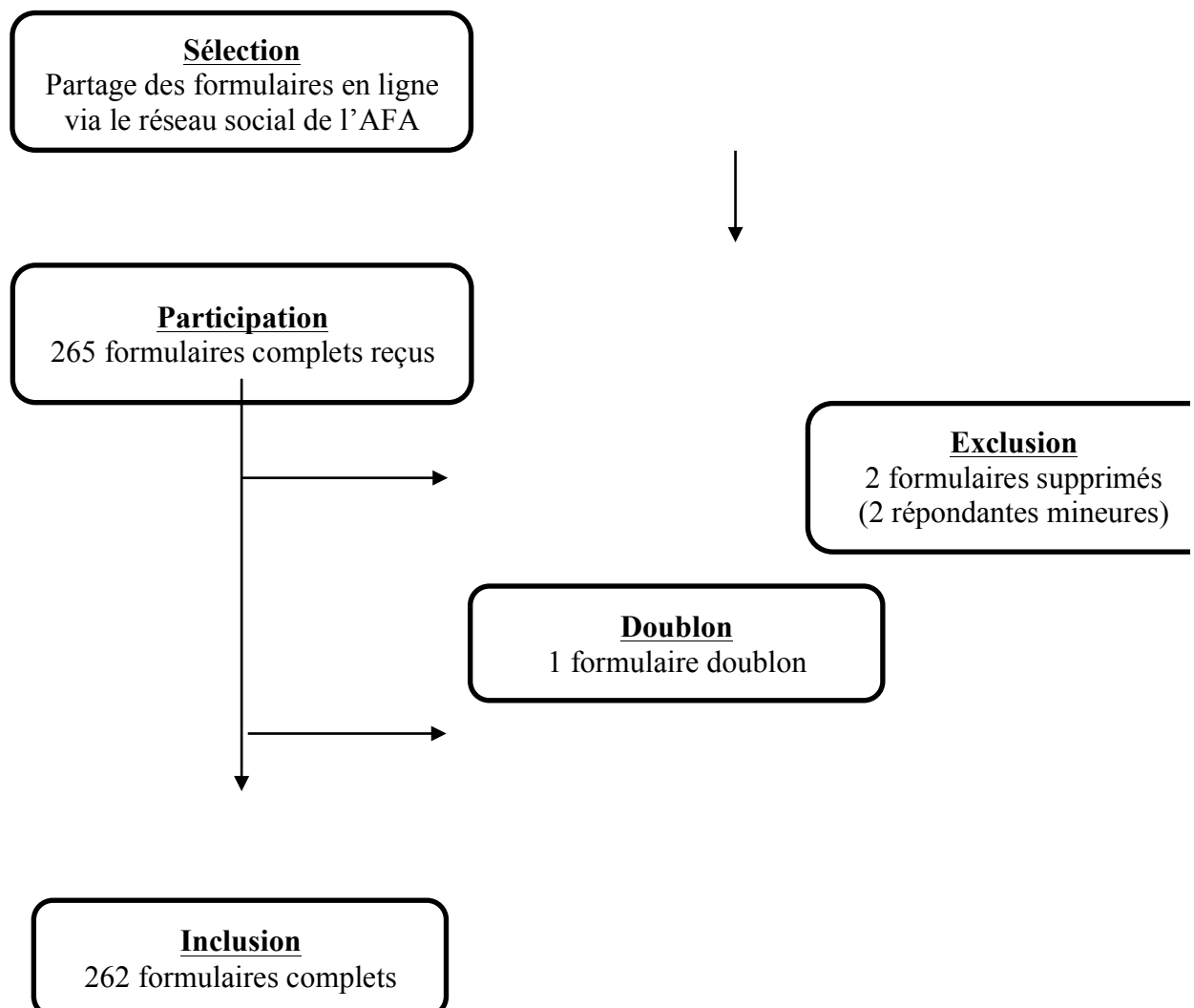
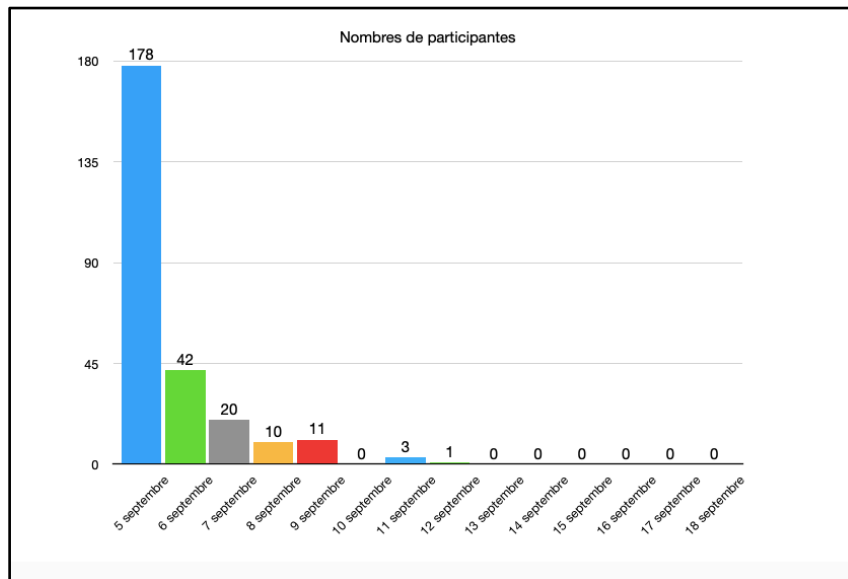


Figure II : Histogramme du nombre total de participantes (n= 265)



3.1.2 Description de la population

3.1.2.1 Caractéristiques socio démographiques

Les participantes avaient en majorité entre 25 ans et 35 ans (42%). Ces femmes avaient principalement un diplôme de niveau d'étude supérieur à deux années de baccalauréat (51%). Ces résultats sont présentés ci-dessous dans les figures III et IV.

Figure III : Âge des répondantes lors de l'enquête (n= 262)

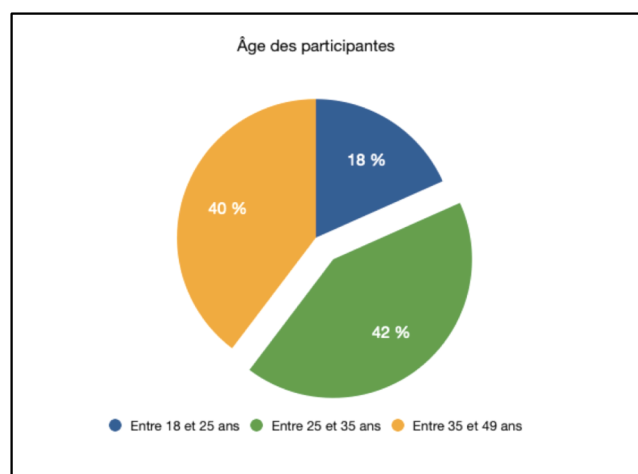
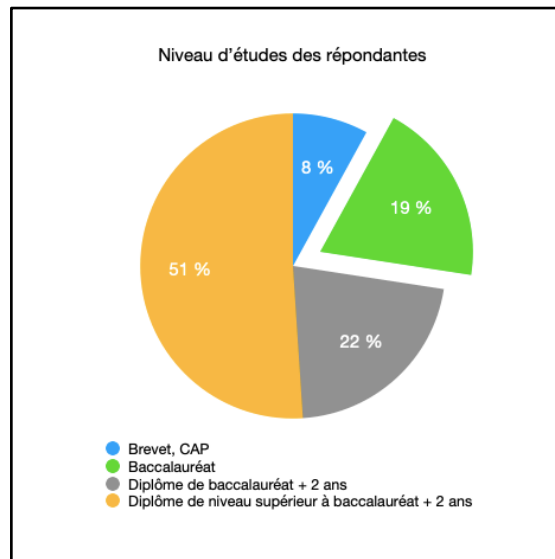


Figure IV : Niveau d'études des répondantes au moment de l'enquête (n= 262)



3.1.2.2 Caractéristiques des MICI

Dans notre étude, le type de MICI la plus représentée était la maladie de Crohn correspondant à 57% de réponses de nos répondantes. La RCH venait en seconde position avec 40% de réponses de la population.

La moyenne d'âge de la découverte de leur MICI était de 24 ans et l'âge médian de 23 ans. Le suivi de leur maladie était en majorité assuré par leur gastro entérologue avec 98,5% de réponses.

Figure V : Type de MICI (n= 262)

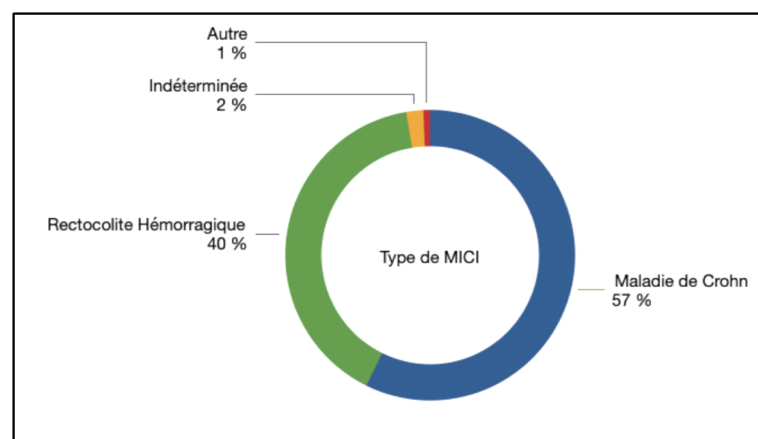


Figure VI : Âge à la découverte du diagnostic de la maladie (n= 262)

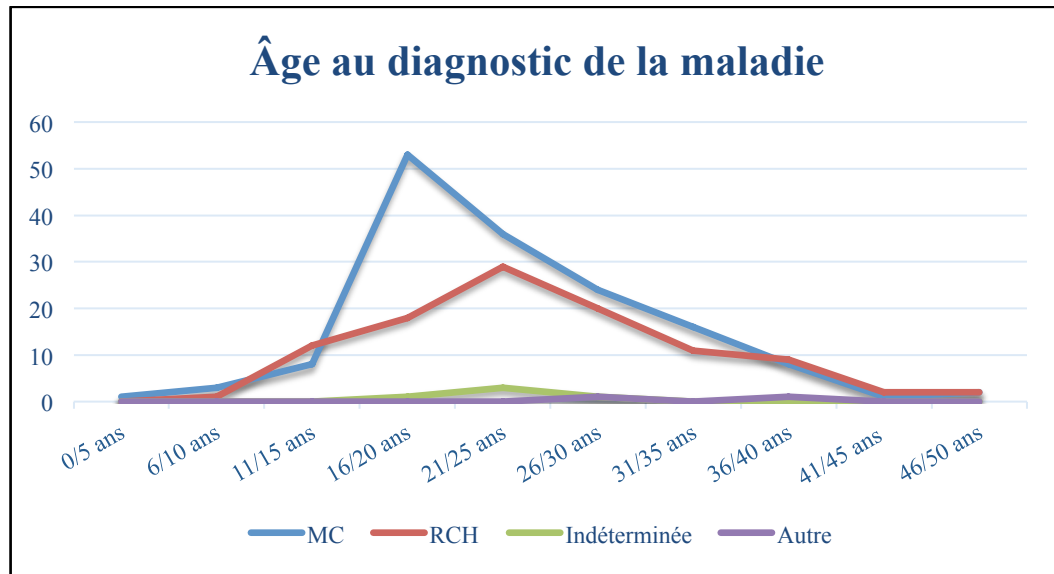
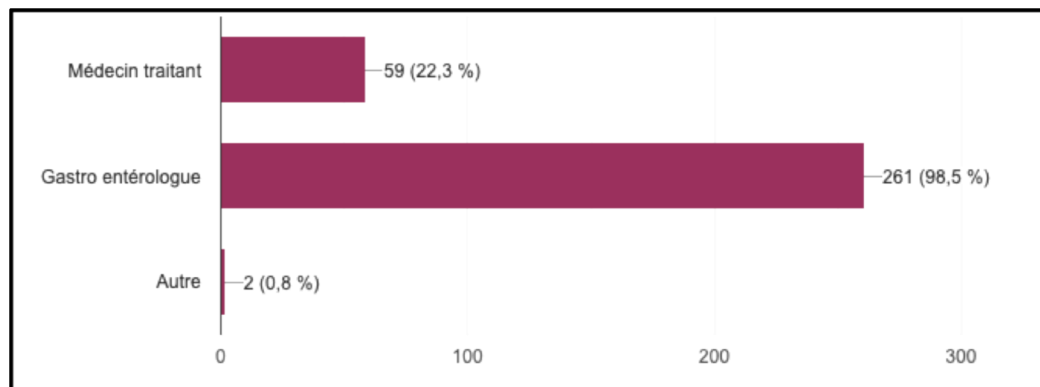


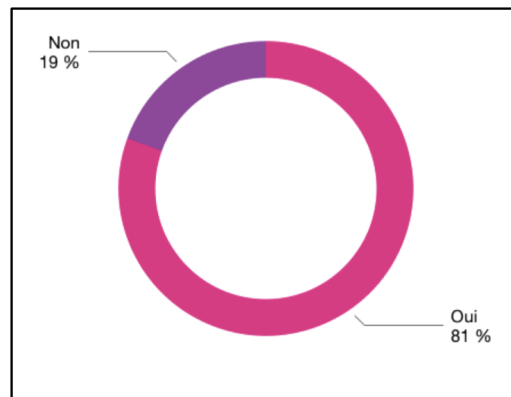
Figure VII : Professionnel de santé assurant le suivi de la MICI des répondantes (n= 262)



3.1.2.3 Caractéristiques contraceptives

81% de la population de notre étude utilisaient un moyen contraceptif contre 19% qui n'en utilisaient pas pour les raisons suivantes : désir de grossesse, éviter les effets secondaires et par peur d'avoir des effets indésirables sur leur MICI comme déclencher des poussées, une malabsorption de la contraception, des douleurs pouvant être accentuées, l'incompatibilité de la contraception avec leurs traitements ou encore le fait de devoir prendre un énième comprimé au quotidien.

Figure VIII : Utilisation de la contraception chez les répondantes (n= 262)



Le moyen de contraception le plus retrouvé dans la population de l'étude était la pilule progestative (29,6%) puis la pilule œstroprogestative (28,7%) et 83 % des répondantes sont satisfaites de leur moyen contraceptif.

Figure IX : Moyens contraceptifs utilisés dans la population de l'étude (n=223)

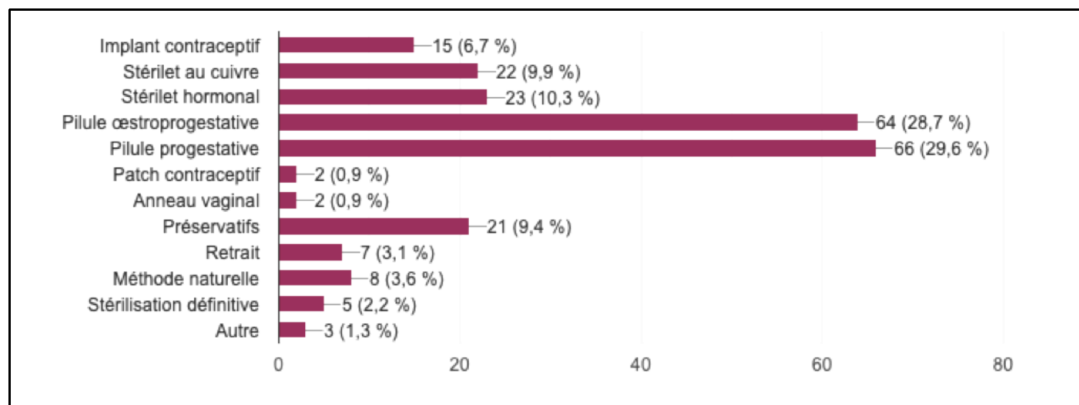
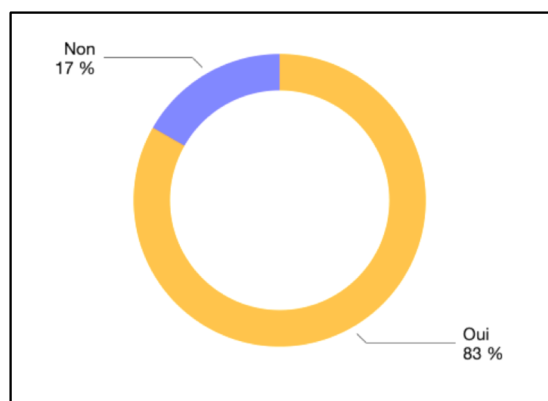


Figure X : Satisfaction du moyen contraceptif utilisé (n=233)



A l'aide d'une question ouverte, les 17 % qui ne sont pas satisfaits de leur moyen de contraception ont donné comme raison ^(Annexe VII) :

- Inconvénients au quotidien (prise de poids, baisse de la libido, douleurs, règles abondantes et irrégulières, mastalgie, acné, fatigue, irritabilité)
- Manque de confiance en l'efficacité de leur contraception à cause des effets de la MICI (peur du risque de grossesse/stress d'une inefficacité lors des diarrhées)
- Arrêt de la prise d'hormones/retour à une contraception sans hormones dite « plus naturelle ».
- Changement car ne soulageait/effaçait pas les crises de la MICI (douleurs accentuées)

C'est également pour ces raisons que les participantes ont changé de contraception au cours de leur vie. L'observance ainsi que la diminution de prise de comprimé oral au quotidien en plus de leurs traitements habituels est l'une des raisons les plus citées lors de la question ouverte sur « pourquoi avoir changé de moyen de contraception au cours de votre vie ? ».

3.1.3 Suivi gynécologique

Dans cette partie, nous avons interrogé les répondantes sur leur suivi gynécologique régulier (au moins un fois par an) et nous leur avons également demandées qui s'occupait de leur suivi. Puis dans une dernière question, nous leur avons demandé si la personne qui s'occupait du suivi de leur MICI prenait régulièrement contact avec le praticien référent du suivi gynécologique. Les résultats sont présentés dans les figures XI, XII et XIII.

Figure XI : Suivi gynécologique régulier chez nos répondantes (n=262)

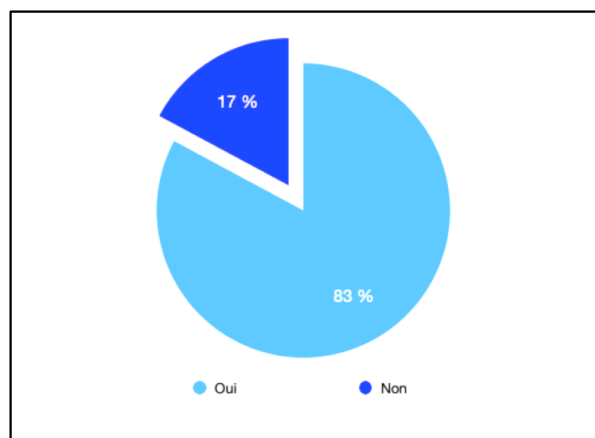


Figure XII : Professionnel de santé assurant le suivi gynécologique (n=262)

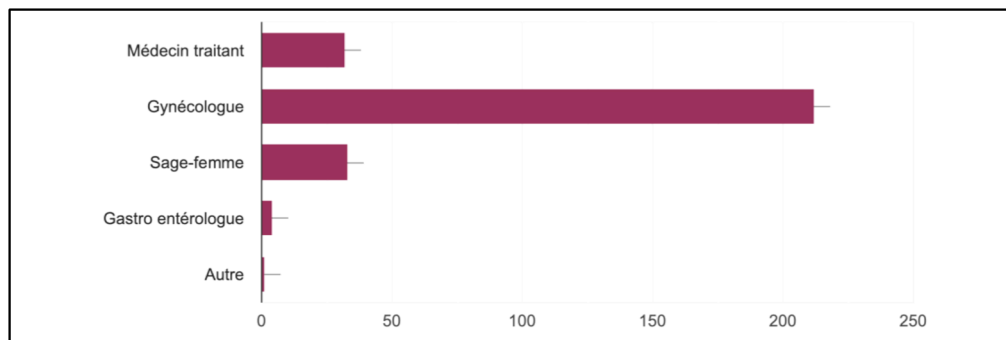
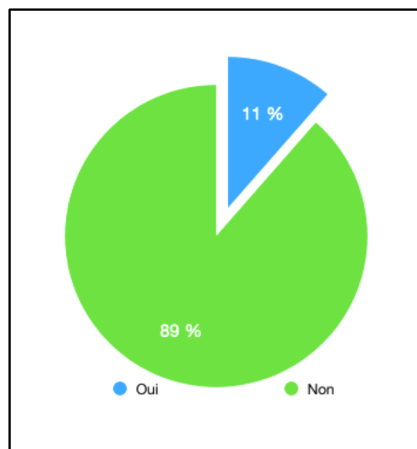


Figure XIII : Mise en contact du praticien référent de la MICI avec le praticien référent du suivi gynécologique (n=262)



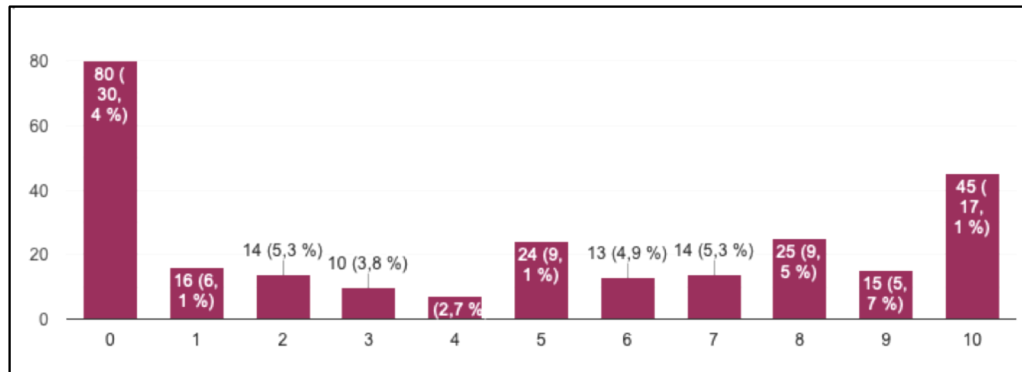
3.2 Principaux résultats

3.2.1 L'influence de la maladie sur le choix de la contraception

Parmi les 262 répondantes à cette question, 45 disaient que la maladie impactait beaucoup le choix de leur contraception contre 80 qui disaient qu'elles étaient que très peu impactées dans leur choix. 112 répondantes (soit 42% de l'étude) avaient attribué une note supérieure à 5/10 sur l'impact que la maladie avait concernant le choix de leur contraception. Ces femmes justifiaient la note en expliquant qu'elles pensaient que la pilule serait mal absorbée pendant les poussées. Certaines d'entre elles ne voulaient pas choisir le DIU par risque de provoquer des douleurs intestinales en plus des poussées et de déclencher une inflammation ou augmenter le risque d'anémie à cause de ce dernier. D'autres répondantes évoquaient que certaines contraceptions pourraient déclencher les crises des MICI et augmenter les risques secondaires comme le risque thrombotique et pensaient qu'il existe des interactions médicamenteuses avec certaines contraceptions. Une petite partie ne choisissait pas de contraception orale pour éviter de rajouter un énième traitement dans leur quotidien en plus de ceux pour la MICI. Et certaines des répondantes ont pris le choix de la contraception comme traitement substitutif aux douleurs ressenties lors des crises en fonction du cycle hormonal et également pour pallier aux anémies provoquées

par les menstruations. L'ensemble des témoignages écrits ont été répertoriés dans l'annexe VII.

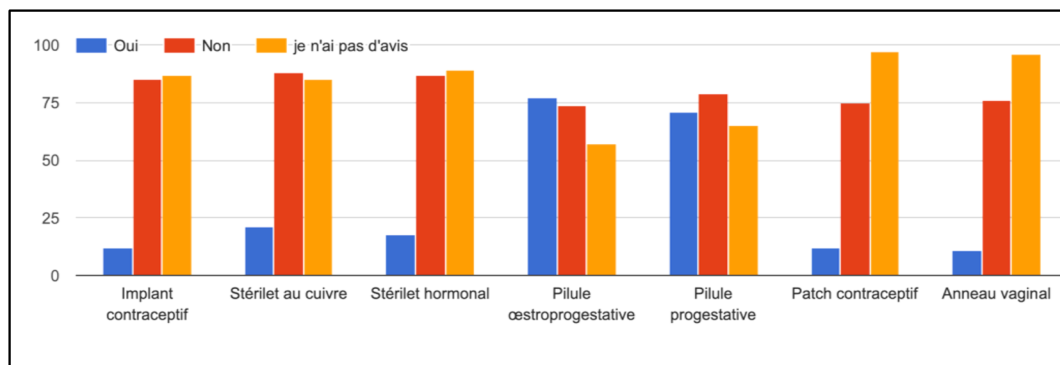
Figure XIV : Echelle de prise en compte de la maladie dans le choix de la contraception (n=262)



3.2.2 L'impact de la MICI sur la contraception

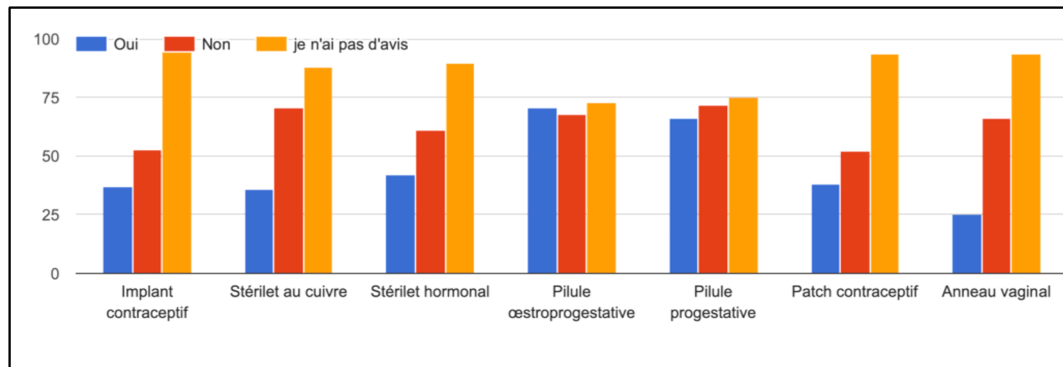
Dans notre formulaire, nous avons interrogé nos répondantes sur une éventuelle diminution de l'efficacité de la contraception par leur MICI. Cette question permettait de tester la première hypothèse de notre étude.

Figure XV : L'influence de la MICI sur l'efficacité de la contraception



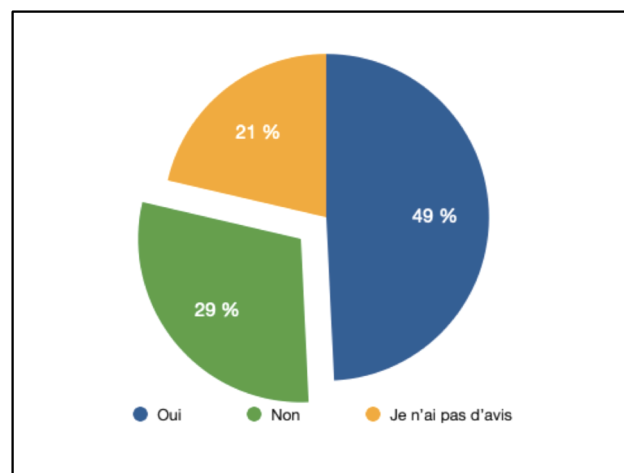
Ensuite, la figure XVI représente la position des répondantes concernant l'impact des traitements de la maladie ainsi que leurs interactions médicamenteuses sur l'efficacité de leur contraception.

Figure XVI : L'influence des traitements de la MICI sur l'efficacité de la contraception



Pour finir, on a interrogé notre population sur l'existence selon elle, de contre-indications de contraception par rapport à leur maladie.

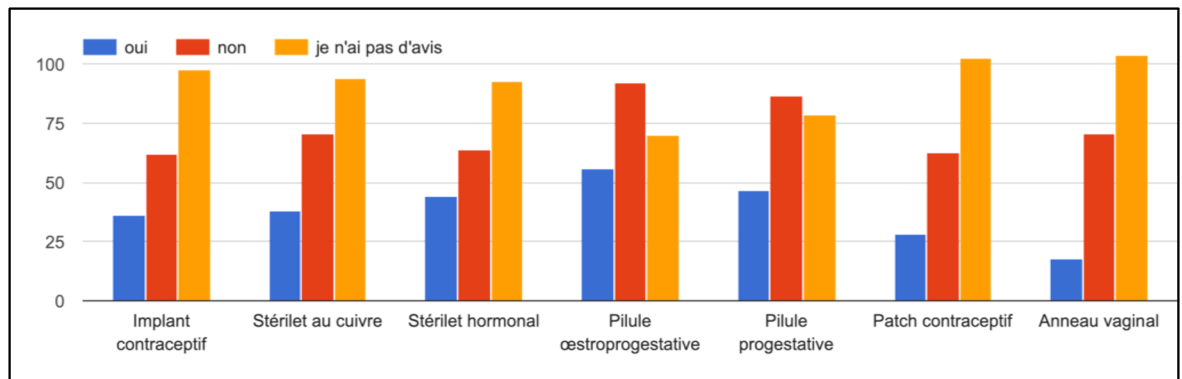
Figure XVII : Existence de contre-indications de contraception (n=262)



3.2.3 L'impact de la contraception sur la MICI

Enfin il leur a été demandé si parmi les différents moyens de contraception, ceux-ci pouvaient engendrer des crises de leur MICI.

Figure XVIII : L'impact de la contraception sur les poussées de la MICI



3.2.4 L'accès à l'information

Afin d'évaluer l'information perçue sur l'association MICI-contraception lors du suivi gynécologique, nous avons demandé aux répondantes si le diagnostic de leur MICI était évoqué lors du sujet sur la contraception. Et si oui, par lesquels de ces professionnels. Les figure XIX et XX évoquent ces résultats.

Figure XIX : Prise en compte de la maladie lorsque la contraception est évoquée
(n=262)

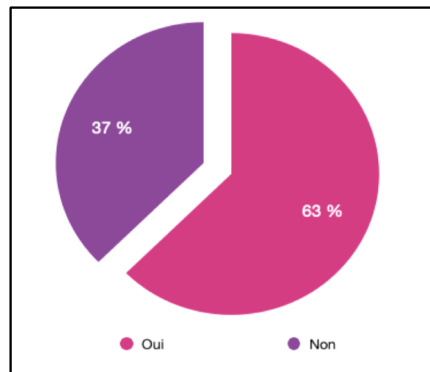
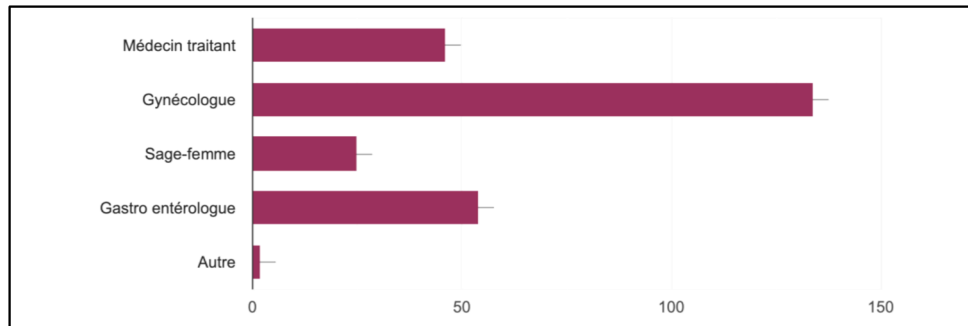
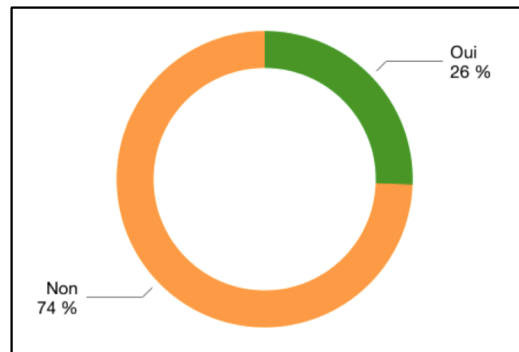


Figure XX : Les professionnels de santé évoquant le sujet de la contraception chez les femmes atteintes de MICI (n=173)



Par la suite, pour tester notre troisième hypothèse qui était : « les femmes atteintes de MICI ne reçoivent pas assez d'informations concernant leur contraception en lien avec leur maladie. », nous avons interrogé les patientes sur la satisfaction de la quantité d'informations reçues. 74 % de notre population estime ne pas recevoir assez d'information lors de leur suivi gynécologique et en lien avec leur MICI.

Figure XXI : Information suffisantes apportées sur l'association contraception-MICI (n=262)



Suite à cette question, nous avons demandé aux 74% si elles faisaient des recherches personnelles afin de compléter leur manque d'informations et 71% d'entre elles ont répondu oui à la question. Plus spécifiquement, nous leur avons demandées par le biais de quels moyens. Les résultats sont présentés dans la figure XXIII.

Figure XXII : Résultat du nombre de répondantes faisant des recherches en plus de l'information apportée (n=262)

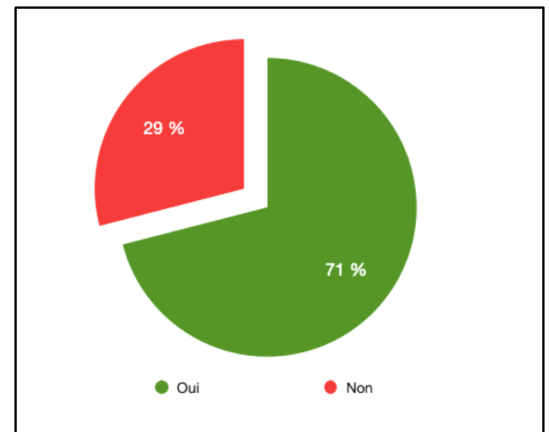
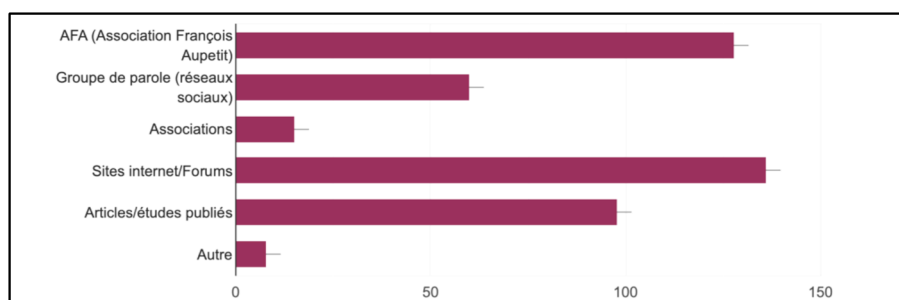


Figure XXIII : Moyens utilisés pour un complément d'informations (n=185)



4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Concernant les connaissances actuelles des femmes atteintes de MICI sur leur contraception, parmi les 262 répondantes, 49% pensent qu'il existe des contres indications à certaines contraceptions. On retrouve plus de 37% des répondantes qui pensent que la MICI peut avoir un impact sur l'efficacité de la contraception orale. En effet, plusieurs fois l'interrogation d'une mal absorption est évoquée.

De plus, nous retrouvons le même pourcentage de réponses sur une éventuelle baisse de l'efficacité des contraceptions orales avec l'interaction des traitements de la MICI. Concernant les autres types de contraception, notre population pense qu'il n'existe pas d'interaction. Ces idées amènent donc les femmes à penser qu'elles ont un choix restrictif en termes de contraception. 42% des femmes de notre étude estiment que leur maladie influence leur choix de contraception en leur attribuant une note supérieure à 5/10. Ainsi la première hypothèse de notre travail qui était que le choix de la contraception est influencé par le diagnostic de la maladie est validée.

Concernant l'impact de la contraception sur la maladie, quelques femmes ont déclaré que la contraception pouvait déclencher des crises inflammatoires de leur MICI or seulement 25% de notre population partage cet avis. De même pour les autres contraceptions, moins de 20% pensent que le DIU n'engendre pas de conséquences inflammatoires. Notre deuxième hypothèse qui évoquait que les femmes pensent que leur contraception a un impact sur leur maladie est donc réfutée.

Enfin, grâce à cette étude nous avons pu valider notre dernière hypothèse qui était que les femmes ne reçoivent pas assez d'informations concernant leur contraception en lien avec leur maladie. Bien que la maladie soit prise en compte lors des consultations de gynécologie, 74% d'entre elles estiment ne pas en recevoir assez. Pour pallier à ce manque d'informations, 71% d'entre elles

entament des recherches personnelles sur le site de l'AFA ou encore sur des forums et sites internet afin de trouver les réponses à leurs questions.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Impact du diagnostic de la MICI sur la vie contraceptive

4.2.1.1 Le choix de la contraception

En France, des études ont montré que l'incidence des MICI touche principalement les femmes en ce qui concerne la MC alors que la RCH touche nettement plus les hommes et que l'âge médian de la MC et de la RCH se trouve majoritairement entre 20 et 29 ans ⁽²⁸⁾. Dans notre population de femmes, les MICI les plus retrouvées ont été la MC (57%) et la RCH (40%) avec un âge moyen des répondantes qui se situaient entre 25 et 35 ans et l'âge moyen au moment du diagnostic était situé entre 16 et 20 ans pour la MC et entre 21 et 25 ans pour la RCH ^(Figure VI). L'âge de découverte de leur MICI débute au même moment que leur vie sexuelle et reproductive et vient donc perturber celle-ci ainsi que leur vie contraceptive.

En effet, 81% de nos répondantes utilisaient un moyen de contraception au moment de l'étude. Nous avons donc voulu évaluer l'influence que pouvait avoir la maladie sur leur choix de contraception. En comparaison avec la population de notre étude, l'annexe II représente les méthodes de contraception les plus utilisées dans la population générale française. Ce tableau montre qu'il n'y a pas de différence de répartition des moyens contraceptif choisis : la contraception la plus utilisée dans la population générale repose sur la pilule ⁽²⁹⁾ et c'est également le moyen de contraception le plus utilisé dans notre population d'étude ^(figure IX).

Toutefois, au moment du diagnostic, 42% de la population ont attribué une note supérieure à 5/10 estimant que leur MICI influençait le choix de la contraception. Ce choix s'explique par la croyance que certains contraceptifs sont contre indiqués ^(Figure XVII). Selon les répondantes et l'avis de certains professionnels lors de leur suivi, la pilule serait contre indiquée car elle déclencherait des crises inflammatoires ^(annexe VII). Le DIU est aussi évoqué comme

dispositif responsable d'une potentielle infection s'il est utilisé avec des traitements immunodéprimés. Mais ce résultat s'explique également par le biais d'autres facteurs comme par exemple l'observance citée dans notre étude. Les femmes atteintes de MICI présentent déjà un nombre important de médicaments et rajouter un comprimé supplémentaire à leur quotidien semble être un problème. En effet, selon une étude suisse ⁽³⁰⁾, l'augmentation des prises et du nombre de comprimés augmente le risque d'une mauvaise observance. Or les femmes atteintes de MICI doivent avoir une couverture contraceptive irréprochable pour éviter tout oubli et donc une grossesse inopinée d'autant que certains traitements de leur maladie sont tératogènes.

Notre étude a également souligné un manque de confiance en l'efficacité des contraceptions orales ^(Figure XV). Cela s'explique, par l'idée reçue d'une diminution de l'absorption du traitement lors de fortes diarrhées ou de crises inflammatoires de l'intestin. Les femmes rapportent qu'elles ne trouvent pas cela « sécurisant » et qu'elles n'ont pas « assez confiance ». L'interaction médicamenteuse vient également poser une certaine interrogation chez ces femmes. En effet la peur de l'interaction a été citée comme raison de changement de contraception au moment du diagnostic bien qu'il n'y ait pas de données à l'heure actuelle sur les interactions entre les traitements des MICI et la contraception orale. Concernant les autres méthodes contraceptives (patch/anneau/implant), il n'a pas été montré que leur choix été orienté par le diagnostic de la maladie. Cela s'explique par le fait que leur méthode de diffusion est différente de la contraception orale car celles-ci n'ont pas besoin d'être ingérées, il n'y a donc pas d'absorption par la muqueuse intestinale. Par ailleurs, ces méthodes sont peu utilisées dans notre population d'étude (moins de 10%).

Les femmes vont alors orienter leur méthode de contraception en fonction de leurs idées et informations reçues sur la maladie mais également en fonction des inconvénients engendrés par la MICI. Les patientes vont chercher à diminuer les saignements ainsi que les douleurs provoquées par la MICI en choisissant une contraception qui pourrait effacer ces désagréments. L'observance est également un facteur à prendre en compte car il a été mentionné dans notre questionnaire que

le nombre de médicaments à prendre était un élément important dans le choix du contraceptif ^(Annexe VII). On peut donc conclure que le diagnostic d'une MICI joue un rôle important dans la vie contraceptive et notamment en termes de choix de contraception.

4.2.1.2 Contraception et évolution de la MICI

En outre, lors de notre étude nous avons voulu connaître l'avis des femmes sur un éventuel impact de la contraception sur les symptômes de la MICI.

En effet, les questions ouvertes de notre étude ont permis de souligner cette problématique chez certaines de nos répondantes : « un arrêt des crises au moment de l'arrêt de la contraception orale » ou encore « peur que la maladie se réveille ou soit stimulée par l'inflammation du DIU » ^(Annexe VII) ont été cités. Ces éléments évoquaient une source d'angoisse et un donc un facteur supplémentaire dans le choix de leur contraception. Toutefois, seulement une minorité de femmes évoquaient cette problématique. La figure XVIII montre que plus de la moitié de notre étude ne pense pas que la contraception orale ait un impact sur les poussées des MICI et concernant les autres contraceptions (implant/DIU/patch/anneau) la population n'a pas émis d'avis.

En controverse, une partie de notre population utilisait une contraception, notamment la pilule, afin de diminuer les symptômes des MICI comme la douleur, les saignements et l'anémie par la suite. Selon une étude américaine ⁽³¹⁾, le pourcentage de fréquence de dysménorrhées est proportionnel à la population générale mais les dysménorrhées chez les femmes atteintes de MICI sont plus importantes en intensité et en douleur. Ce qui explique pourquoi certaines femmes utilisent un moyen de contraception comme la pilule pour se retrouver volontairement en aménorrhée et supprimer ces inconvénients. Certaines évoquent même une situation de confort apportée par ce moyen contraceptif.

Ainsi, les avis sur l'effet de la contraception sur la maladie divergent et aucune étude n'a encore montré définitivement la réelle implication de la contraception orale dans la survenue et l'évolution de la maladie ⁽³²⁾. Cela

explique donc la position de notre population qui ne semble pas avoir d'avis sur la question ce qui nous permet de réfuter notre deuxième hypothèse.

4.2.2 L'information reçue par les patientes

Bien qu'il soit surprenant de constater que 83% de nos répondantes aient un suivi gynécologique régulier, la majorité d'entre elles disent ne pas recevoir assez d'information sur l'association entre la contraception et la maladie. Encore que dans 63% de cas la maladie est pris en compte lorsque la question de la contraception est évoquée, 71% d'entre elles entreprennent des recherches personnelles pour répondre à leurs questions. Les moyens retenus dans notre étude pour un complément d'informations étaient le site associatif de l'AFA et les sites internet avec des forums de discussions (figure XXIII). Un travail pluridisciplinaire permettrait sûrement d'apporter les informations manquantes or dans 89% de notre étude, le praticien référent du suivi gynécologique (ici le gynécologue (Figure XII)) n'entretient pas de contact avec le praticien référent de la MICI (ici le gastroentérologue (Figure VII)). Une étude française sur la psychologie a montré que la relation qu'entretient le patient avec son professionnel de santé est fondamentale dans le comportement des soins (33). La coordination des soins est ainsi un enjeu majeur dans la prise en charge de la maladie chronique. Il semble nécessaire d'avoir un échange entre les différents professionnels de santé. Ce travail coopératif aurait un intérêt dans le suivi des différents traitements et répondrait aux questionnements des femmes sur les interactions médicamenteuses (notamment ici entre la pilule et les traitements de la MICI mentionnés par les répondantes dans l'annexe VII) mais également permettrait d'avoir un meilleur suivi et une meilleure observance à la fois du côté de la MICI mais aussi du côté de la vie reproductive. Il semble donc important que les femmes trouvent toutes leurs réponses auprès de l'ensemble de leurs professionnels de santé afin de réduire les inquiétudes et les doutes qui ont un rôle majeur dans leur vie contraceptif.

4.3 Force de l'étude

Un point fort de l'étude est le nombre importants (262) de réponses obtenues montrant l'intérêt porté par ces femmes atteintes de MICI ayant énormément d'interrogations autour de ce sujet. De plus, la diffusion de l'étude par le questionnaire en ligne nous a permis de récolter ce taux de réponses en peu de temps (178 réponses en quelques heures) tout en gagnant la confiance de nos répondantes car celui-ci permettait d'y répondre anonymement.

La population est composée de femmes dont les âges, les années de diplôme et le type de MICI sont différents. Les profils variés permettent une diversité de réponses.

Notre formulaire était composé de questions fermées mais également de questions ouvertes ce qui permettait d'obtenir des données qualitatives qui nous ont permis de mieux appréhender leurs inquiétudes et doutes.

L'autorisation de l'AFA a été une force pour la diffusion de notre étude au sein de leurs milliers de contacts venant de toute la France et touchant une population de femmes assez variée.

4.4 Limites et biais de l'étude

4.4.1 Biais concernant la diffusion

Concernant notre mode de diffusion, nous avons utilisé le réseau internet ainsi que le groupe Facebook de l'AFA ce qui a permis de sélectionner uniquement des personnes disposant d'appareils connectés et étant abonnés aux actions de l'AFA.

Nous n'avons également pas pu savoir le taux de participation car nous n'avons pas pu évaluer, au sein de la diffusion, les femmes ayant reçues le

formulaire. Nous n'avons donc pas pu calculer le taux de participation exact et donc identifier les personnes ainsi que leurs raisons à ne pas vouloir répondre à l'étude.

4.4.2 Biais de sélection

En introduction à notre formulaire, un mot était destiné aux patientes concernant les critères d'inclusion et d'exclusion. Nous avons fait le choix d'inclure les femmes enceintes lors de notre étude. Or, beaucoup d'entre elles ont répondu à notre étude en expliquant qu'elles ne prenaient pas de contraception pour désir de grossesse ce qui a biaisé nos résultats.

De plus, le titre de notre questionnaire s'intitulait « Etat des lieux des connaissances actuelles sur la contraception des femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ». Il est probable que cela ait induit un biais de sélection de patientes qui devait obligatoirement utiliser un moyen de contraception, ce qui n'est pas forcément le cas dans notre étude. De ce fait, il est possible qu'une surreprésentation de femmes atteintes de MICI et utilisant une contraception soit présent dans notre échantillon.

4.4.3 Biais d'information

Au cours de notre étude, nous n'avons pas pu déterminer la qualité d'informations reçues par les répondantes sur les moyens de contraception adaptés à leurs différents profils. En effet, les éléments apportés par les professionnels de santé peuvent être biaisés au vu du nombre insuffisant de recommandations sur la contraception des femmes atteintes de MICI.

4.5 Perspectives et implications

Ce travail nous a permis de nous rendre compte de l'importance de la question autour de la contraception pour ces femmes atteintes de MICI. En effet, beaucoup soulignent leurs inquiétudes ainsi que leurs interrogations sur ce sujet.

Cette étude nous a également montré que les femmes atteintes de MICI pensent ne pas recevoir assez d'informations sur l'association entre leur contraception et leur maladie ce qui génère des idées reçues et des inquiétudes.

Une étude interrogeant les professionnels de santé sur l'information contraceptive donnée lors des consultations serait envisageable et intéressante pour compléter nos résultats. Il serait également intéressant de mettre en place une campagne informative avec distribution de plaquettes et de dépliants s'appuyant sur les recommandations actuelles comme présentée en annexe IX. Ces supports seraient une réassurance pour les patientes. Cette campagne pourrait être diffusée par le biais de l'AFA avec son appui médiatique et permettrait de montrer aux patientes notre soutien et d'ouvrir le sujet qui est encore si peu discuté entre professionnels mais énormément abordé dans le quotidien des patientes.

Ainsi à la suite de notre travail, des études nous paraîtraient intéressantes à réaliser afin d'aborder le sujet de la sexualité et de la fertilité. Ces deux études viendraient compléter notre travail et permettraient aux femmes d'avoir des réponses aux questions posées sur la globalité de leur vie de femme.

5 Conclusion

Ce travail a permis de souligner les doutes et les inquiétudes des femmes atteintes de MICI sur leur vie contraceptive.

Notre population se doit d'avoir une confiance irréprochable envers leur contraception, d'autant que certains traitements pour leur maladie sont tératogènes. Le médecin gastro entérologue, professionnel de santé de première ligne chez ces femmes, doit pouvoir répondre à l'ensemble de leurs questions et vérifier que la patiente utilise une contraception adaptée à son mode de vie et à sa maladie. Un travail en équipe pluridisciplinaire avec le médecin gastro-entérologue et le gynécologue/sage-femme pourrait être un atout dans la prise en charge globale de la patiente.

Cela semble donc nécessaire que les femmes aient une information complète sur les méthodes de contraception ainsi que sur les avantages et inconvénients de celles-ci tout en prenant en compte l'existence et le quotidien de leur maladie.

Notre étude nous a donc permis de montrer l'impact des MICI sur la vie contraceptive des femmes et que les connaissances de ces femmes divergent en fonction des informations perçues tout au long de leur suivi.

6 Bibliographie

1. Cortot A, Pineton de Chambrun G, Vernier-Massouille G, Vigneron B, Gower Rousseau C, *Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : maladies génétiques ou de l'environnement, Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2009, 33, p681
2. Haute Autorité de Santé, *Service des affections de longue durée et accords conventionnels, Maladie de Crohn et Rectocolite Hémorragique*, 2008. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_rch_web.pdf (Page consultée le 18 septembre 2019)
3. Aurore Chazalon Tesson, *Contraception chez les femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : étude transversale mono-centrique*, Médecine humaine et pathologie. Bordeaux, UFR des sciences médicales, 2017, p103
4. Van den Brink H, Nassiet C, *Les implications éventuelles, des nouvelles dispositions concernant la contraception*, *Médecine et Droit*, 2002, 52, p12-17
5. Haute Autorité de Santé, *Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*, 2013. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf (Page consultée le 18 septembre 2019)
6. Choisir sa contraception, www.choisirsacontraception.fr [En ligne] (page consultée le 18 septembre 2019)

7. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), *Méthotrexate, Grossesse et Allaitement*, 2019 [En ligne] https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=469 (Page consultée le 24 septembre 2019)
8. Bollen L, Vande Casteele N, Ballet V, Van Assche G, Ferrante M, Vermeire S, et al. *Thromboembolism as an important complication of inflammatory bowel disease*, *Journal Gastroenterol Hepatol*, 2016, p1-7
9. Kappelman MD, Horvath-Puho E, Sandler RS, Rubin DT, Ullman TA, Pedersen L et al. *Thromboembolic risk among Danish children and adults with inflammatory bowel diseases: a population-based nationwide study*, 2011, 7, p937-943
10. Hanker JP, *Gastrointestinal disease and oral contraception*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1990, 163, p2204-2207
11. Nilsson LO, Victor A, Kral JG, Johansson ED, Kock NG. *Contraception : Absorption of an oral contraceptive gestagen in ulcerative colitis before and after proctocolectomy and construction of a continent ileostomy*, 1985, 2, p195–204
12. Severijnen R, Bayat N, Bakker H, Tolboom J, Bongaerts G, *Enteral drug absorption in patients with short small bowel: a review*, 2004, 14, p951-962
13. Langton Medical Group, St Chad Health Centre, Lichfield, *Exacerbation of Crohn's disease after insertion of a levonorgestrel intrauterine system: a case report*, *Journal Fam Plann Reprod Health Care*, 2003, 3, p154
14. Khalili H, Higuchi LM, Ananthakrishnan AN and al, *Oral contraceptives, reproductive factors and risk of inflammatory bowel disease*, 2013, 8, p1153-1159

15. Cornish JA, Tan E, Simillis C, Clark SK, Teare J, Tekkis PP, *The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease: a meta-analysis, Journal Gastroenterol*, 2008, 103, p2394-2400
16. ANAES, *Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, Recommandations pour la pratique clinique*, 2004
17. Haute Autorité de Santé, *Rapport d'élaboration, contraception chez l'homme et chez la femme*, 2019. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf (Page consultée le 7 octobre 2019)
18. Browne H, Manipalviratn S, Armstrong A. *Obstet Gynecol, Using an intrauterine device in immunocompromised women*, 2008, 112, p667–669.
19. Docteur Philippe Marteau, Association François Aupetit, *Contraception et grossesse dans les MICI*, 2004. [En ligne] <https://www.afa.asso.fr/article/archives/2004-1/200412-contraception-et-grossesse-dans-les-mici.html> (Page consultée le 7 octobre 2019)
20. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB et al, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 2016, 3, p1-103
21. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, *UK medical eligibility criteria for contraceptive use, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* 2019. [En ligne] <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016/> (Page consultée le 12 octobre 2019)
22. Van der Woude CJ, Kolacek S, Dotan I, Oresland T, Vermeire S, Munkholm P et al, *European evidenced-based consensus on reproduction*

- in inflammatory bowel disease, Journal of Crohn's and Colitis*, 2010, 4, p494
23. Martin J, Kane SV, Feagins LA, *Fertility and Contraception in Women With Inflammatory Bowel Disease, Gastroenterol Hepatol*, 2, 2016, p101-109
24. Association François Aupetit. Site de l'AFA. [En ligne]. <https://www.afa.asso.fr> (Page consultée le 8 mai 2020)
25. Groupe de parole Vivre avec le Crohn. Vivre avec le Crohn. [En ligne]. <https://www.facebook.com/groups/179854722107118/> (Page consultée le 8 mai 2020)
26. INED - *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* 2012, 492, p3
27. Observatoire Nationale des MICI, *EPIMAD le plus grand registre au monde*, 2017 <http://www.observatoire-crohn-rch.fr/epimad-le-plus-grand-registre-de-malades-au-monde/> (Page consultée le 29 janvier 2021)
28. LEREBOURS E, Guillaume SAVOYE G, GUEDON C, *Epidémiologie et histoire naturelle des MICI, Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2003, 27, p76
29. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Ventola C, *Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation, Population et Sociétés*, 2017, 549, p1-4
30. Golay A, Nguyen M, Howles S, Mateiciuc T, Bufacchi S, Amati, *Améliorer l'observance médicamenteuse*. [En ligne]. <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2480/23788> (Page consultée le 21 décembre 2020)

31. Saha S, Midtling E, Roberson E, Nair VA, Wald A, Reichelderfer M.
Dysmenorrhea in women with Crohn's disease: a case-control study.
Inflamm Bowel Dis. 2013, 7, p1463–9

32. Kökten T, Hansmannel F, Melhem H, Peyrin-Biroulet L, *Physiopathologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)*, Hegel, 2016, 6, p122

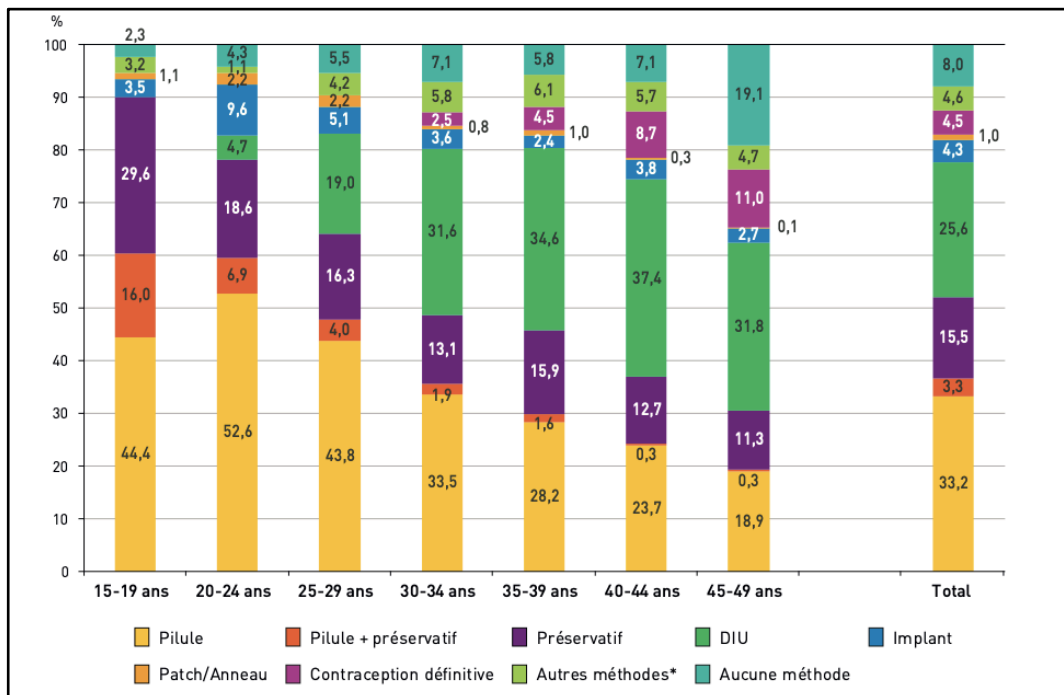
33. Banovic I, Gilibert D, Olivier M, Cosnes J, *L'observance et certains de ses déterminants dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)*, *Pratiques psychologiques*, 2009, 16, p160

7 Annexe

Annexe I : HAS, OMS CDC, Recommandation sur la contraception, 2018


| | Oestro-progestatifs | | | Progestatifs oraux | | | Implant progestatif | | | DIU Cuivre | | | SIU Lévonorgestrel | | | Prog. injectables (DMPA...) | | |
|-------------|---------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|
| | HAS | OMS | CDC | HAS | OMS | CDC | HAS | OMS | CDC | HAS | OMS | CDC | HAS | OMS | CDC | HAS | OMS | CDC |
| Crohn - RCH | | | 2 | 3 | | 2 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 2 |

Annexe II : Santé Publique France – Baromètre santé 2016, Contraception - Méthodes de contraception utilisées en France en 2016



Annexe III : ANSM - Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux combinés, février 2014

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale. |
| <input type="checkbox"/> | La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un événement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-elle une lipémie élevée ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente a-t-elle des migraines ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente est-elle diabétique ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectue-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, diabète de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ? |
| <input type="checkbox"/> | La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ? |
| La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risques de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation. | |
| Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle : | |
| <ul style="list-style-type: none"> • doit subir une intervention chirurgicale ; • doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ; | |
| <p>➢ Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.</p> | |
| Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle : | |
| <ul style="list-style-type: none"> • fait des trajets prolongés (> 4 heures) ; • présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ; • a accouché au cours des semaines précédentes. | |
| <p>➢ Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.</p> | |
| <p>Veillez conseiller à votre patiente de vous informer en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. Veillez encourager vivement vos patientes à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.</p> | |
| <p>Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.</p> | |



ANSM
Agence nationale de sécurité
des médicaments

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITÉ DE L'ANSM

DOCUMENT D'AIDE À LA PRESCRIPTION

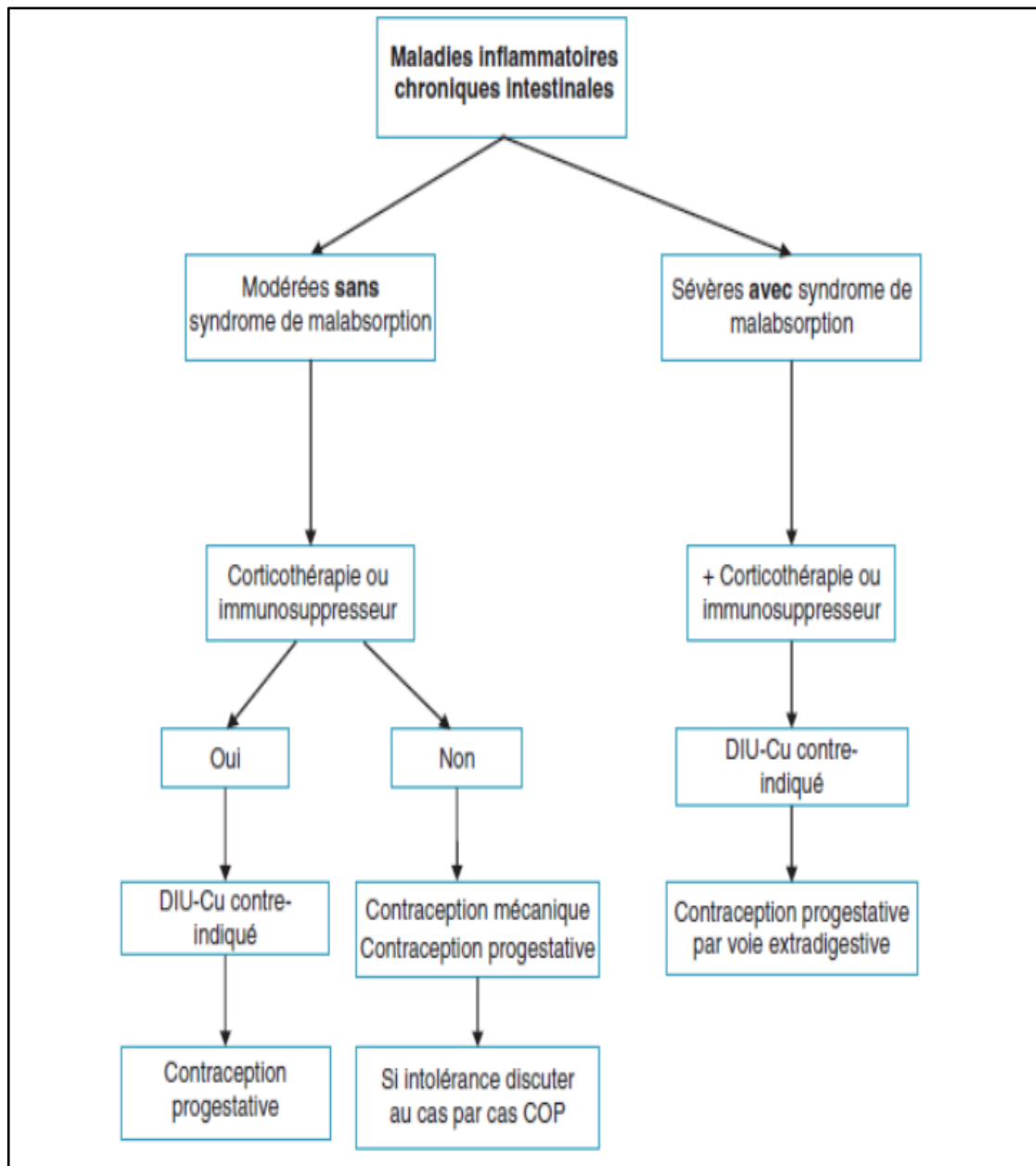
CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
 - au cours de la première année d'utilisation ;
 - lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la norethistatone sont considérés comme ceux qui présentent le **risque thromboembolique veineux (TEV) le plus faible**.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risques de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
 - le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
 - l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

| | |
|--|--|
| Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC. La patiente a-t-elle : | |
| <input type="checkbox"/> des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ? | |
| <input type="checkbox"/> un trouble personnel connu de la coagulation ? | |
| <input type="checkbox"/> des antécédents de migraine avec aura ? | |
| <input type="checkbox"/> un diabète avec complications vasculaires ? | |
| <input type="checkbox"/> une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique ≥ 160 mmHg ou une pression diastolique ≥ 100 mmHg ? | |
| <input type="checkbox"/> une hyperlipidémie importante ? | |
| <input type="checkbox"/> une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est-elle prévue ? Si tel est le cas, suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète. | |
| Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC | |
| <input type="checkbox"/> La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m ² ? | |
| <input type="checkbox"/> La patiente a-t-elle plus de 35 ans ? | |
| <input type="checkbox"/> La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est indicatif de lui | |

Annexe IV : G. Plu Bureau, La contraception en pratique - contraception et maladies inflammatoires chroniques intestinales, 2013



Annexe V : Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, Classification des hormones recombinées, incluent la pillule, le patch et l'anneau, 2016

Recommendations and Reports

TABLE D1. (Continued) Classifications for combined hormonal contraceptives, including pill, patch, and ring

| Condition | Category CHCs | Clarifications/Evidence/Comments |
|---|---------------|--|
| Pelvic inflammatory disease | | Comment: COCs might reduce the risk for PID among women with STDs but do not protect against HIV or lower genital tract STDs. Whether use of patch or ring reduces the risk for PID among women with STDs is unknown; however, they do not protect against HIV or lower genital tract STDs. |
| a. Past PID | | |
| i. With subsequent pregnancy | 1 | |
| ii. Without subsequent pregnancy | 1 | |
| b. Current PID | 1 | |
| Sexually transmitted diseases | | |
| a. Current purulent cervicitis or chlamydial infection or gonococcal infection | 1 | — |
| b. Vaginitis (including <i>Trichomonas vaginalis</i> and bacterial vaginosis) | 1 | — |
| c. Other factors related to STDs | 1 | — |
| HIV | | |
| High risk for HIV | 1 | Evidence: Overall, evidence does not support an association between oral contraceptives and risk for HIV acquisition (232). |
| HIV infection For women with HIV infection who are not clinically well or not receiving ARV therapy, this condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy (Box 2). | 1 | Clarification: Drug interactions might exist between hormonal contraceptives and ARV drugs; see Drug Interactions section. Evidence: Overall, evidence does not support an association between COC use and progression of HIV. Limited direct evidence does not support an association between COC use and transmission of HIV to noninfected partners; studies measuring genital viral shedding as a proxy for infectivity have had mixed results. Studies measuring whether hormonal contraceptive methods affect plasma HIV viral load generally have found no effect (233–235). |
| Other infections | | |
| Schistosomiasis Schistosomiasis with fibrosis of the liver is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy (Box 2). | | |
| a. Uncomplicated | 1 | Evidence: Among women with uncomplicated schistosomiasis, COC use had no adverse effects on liver function (236–242). |
| b. Fibrosis of the liver (if severe, see Cirrhosis section) | 1 | — |
| Tuberculosis This condition is associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy (Box 2). | | Clarification: If a woman is taking rifampin, see Drug Interactions section. Rifampin is likely to decrease COC effectiveness. The extent to which patch or ring use is similar to COC use in this regard remains unclear. |
| a. Nonpelvic | 1 | |
| b. Pelvic | 1 | |
| Malaria | 1 | — |
| Endocrine Conditions | | |
| Diabetes Insulin-dependent diabetes; diabetes with nephropathy, retinopathy, or neuropathy; diabetes with other vascular disease; or diabetes of >20 years' duration are associated with increased risk for adverse health events as a result of pregnancy (Box 2). | | |
| a. History of gestational disease | 1 | Evidence: The development of non-insulin-dependent diabetes in women with a history of gestational diabetes is not increased by use of COCs (243–250). Likewise, lipid levels appear to be unaffected by COC use (251–253). |
| b. Nonvascular disease | | Evidence: Among women with insulin-dependent or non-insulin-dependent diabetes, COC use had limited effect on daily insulin requirements and no effect on long-term diabetes control (e.g., glycosylated hemoglobin levels) or progression to retinopathy. Changes in lipid profile and hemostatic markers were limited, and most changes remained within normal values (254–263). |
| i. Non-insulin dependent | 2 | |
| ii. Insulin dependent | 2 | |
| c. Nephropathy, retinopathy, or neuropathy | 3/4 | Clarification: The category should be assessed according to the severity of the condition. |
| d. Other vascular disease or diabetes of >20 years' duration | 3/4 | Clarification: The category should be assessed according to the severity of the condition. |
| Thyroid disorders | | |
| a. Simple goiter | 1 | — |
| b. Hyperthyroid | 1 | — |
| c. Hypothyroid | 1 | — |

Gastrointestinal Conditions

Inflammatory bowel disease (ulcerative colitis or Crohn's disease)

2/3

Clarification: For women with mild IBD and with no other risk factor for VTE, the benefits of CHC use generally outweigh the risks (category 2). However, for women with IBD who are at increased risk for VTE (e.g., those with active or extensive disease, surgery, immobilization, corticosteroid use, vitamin deficiencies, or fluid depletion), the risks of CHC use generally outweigh the benefits (category 3).

Evidence: Risk for disease relapse was not significantly higher among women with IBD using oral contraceptives (most studies did not specify type) than among nonusers (264). Absorption of COCs among women with mild ulcerative colitis and no or small ileal resections was similar to the absorption among healthy women (264). Findings might not apply to women with Crohn's disease or more extensive bowel resections. No data exist that evaluate the increased risk for VTE among women with IBD using CHCs. However, women with IBD are at higher risk than unaffected women for VTE (264).

See table footnotes on page 69.



Annexe VI : Questionnaire envoyé

Etat des lieux des connaissances actuelles sur la contraception des femmes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Mesdames,

En partenariat avec l'AFA et la Faculté de Santé de Saint Quentin en Yvelines, nous réalisons une enquête sur la contraception des femmes âgées de 18 ans à 49 ans et atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Si vous faites partie de cette population ce questionnaire est pour vous.

Ce questionnaire est complètement anonyme et dure une dizaine de minutes en moyenne.

Les résultats de l'étude seront communiqués d'ici juin 2021.

Je vous remercie sincèrement pour votre participation à l'étude.

ROBIN-TROLET Christelle, étudiante sage-femme

Informations générales

Quel âge avez-vous ? *

- entre 18 et 25 ans
- entre 25 ans et 35 ans
- entre 35 ans et 49 ans

Quel niveau d'étude avez-vous ? *

- Brevet, CAP
- Baccalauréat
- Diplôme de Baccalauréat + 2 ans
- Diplôme de niveau supérieur à Baccalauréat + 2 ans

Qui assure le suivi de votre MICI ?

- Médecin traitant
- Gastro entérologue
- Autre

Information sur votre MICI



Description (facultative)

Votre type de MICI *

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique
- Indéterminée
- Autre

A quel âge avez vous appris le diagnostic de votre MICI *

Réponse courte

.....



Votre contraception



Description (facultative)

Actuellement, utilisez-vous une contraception ? *

Oui

Non

Si non, expliquez nous brièvement pourquoi ?

Réponse longue

Si oui, laquelle ?

Implant contraceptif

Stérilet au cuivre

Stérilet hormonal

Pilule œstroprogestative

Pilule progestative

Patch contraceptif

Anneau vaginal

Préservatifs

Retrait

Méthode naturelle

Stérilisation définitive

Autre



Depuis combien de temps ?

Réponse courte

Est-ce que la contraception actuelle que vous utilisez vous convient ?

Oui

Non

Si non, expliquez brièvement pourquoi

Réponse longue



⋮

Avez-vous utilisé une autre contraception dans votre vie auparavant ?

- Implant contraceptif
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal
- Pilule œstroprogestative
- Pilule progestative
- Patch contraceptif
- Anneau vaginal
- Préservatifs
- Retrait
- Méthode naturelle
- Stérilisation définitive
- Autre
- Non

Si oui, pourquoi avoir changé ?

Réponse longue



Contraception et MICI



Description (facultative)

Est ce que votre MICI influence le choix de votre contraception ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

très peu beaucoup



Si vous avez attribué une note supérieure à 5 à la précédente question, expliquez nous pourquoi ?

Réponse longue



Pensez vous que votre MICI peut diminuer l'efficacité de votre contraception ?

| | Oui | Non | je n'ai pas d'avis |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Implant contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet au cuivre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet hormonal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule œstroprogestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule progestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Patch contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anneau vaginal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



⋮

Pensez vous que les traitements de votre MICI peuvent diminuer l'efficacité ou engendrer des interactions avec votre contraception ?

| | Oui | Non | je n'ai pas d'avis |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Implant contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet au cuivre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet hormonal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule œstroprogestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule progestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Patch contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anneau vaginal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

⋮

Pensez vous que ces différentes contraceptions peuvent engendrer des crises de votre MICI ?

| | oui | non | je n'ai pas d'avis |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Implant contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet au cuivre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stérilet hormonal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule œstroprogestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pilule progestative | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Patch contraceptif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anneau vaginal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Pensez-vous qu'il existe des contre-indications de contraception à cause de votre maladie ? *

- Oui
- Non
- je n'ai pas d'avis

Suivi gynécologique et accès à l'information × ⋮ sur la contraception

Description (facultative)

Avez- vous un suivi gynécologique régulier (au moins 1 fois par an) ? *

- Oui
- Non

Qui assure votre suivi gynécologique ? ⋮

- Médecin traitant
- Gynécologue
- Sage-femme
- Gastro entérologue
- Autre



Est ce que votre MICI est pris en compte lorsque la contraception est évoquée ? *

- Oui
- Non

Si avez répondu oui à la question précédente, quel professionnel de santé évoque le sujet de la contraception ?

- Médecin traitant
- Gynécologue
- Sage-femme
- Gastro entérologue
- Autre

Est-ce que votre praticien référent pour votre MICI a déjà pris/prend contact régulièrement avec le praticien référent de votre contraception *

- Oui
- Non

L'information sur la contraception en rapport avec votre maladie vous semble-t-elle suffisante ? *

- Oui
- Non

⋮

En plus de l'information reçue par l'un de vos professionnels de santé, faites-vous des recherches personnelles ? *

- Oui
- Non

⋮

Si oui, par lesquels de ces moyens ?

AFA (Association François Aupetit)

Groupe de parole (réseaux sociaux)

Associations

Sites internet/Forums

Articles/études publiés

Autre

Concernant le sujet en sa globalité, avez-vous des remarques à ajouter ?

Réponse longue

Annexe VII : Réponses aux questions ouvertes sur les avis de la contraception

| <u>Sujets principaux retrouvés</u> | | <u>Verbatim</u> |
|------------------------------------|----------------------|--|
| Idées reçues sur la pilule | Malabsorption | <p>« Pilule serait inefficace en période de poussée selon mon gynécologue »</p> <p>« Trop de risque de non absorption lors de crises de la RCH, ma gynécologue m'a conseillé le stérilet »</p> <p>« Obligation d'avoir une contraception pendant les fortes poussées non contrôlées et risque de thrombose si pilule mal</p> |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>adaptée »</p> <p>« J'ai toujours peur que l'un de mes traitements pour la maladie de Crohn fasse baisser l'efficacité de ma pilule, j'utilise donc des préservatifs en plus de ma pilule contraceptive »</p> <p>« La MICI trouble l'absorption du traitement et la libido »</p> <p>« Au début de la maladie j'avais une atteinte rectale, pour cela ma gynécologue excluait la possibilité de stérilet à cause de l'inflammation très proche. Maintenant j'ai une iléostomie définitive la pilule me va très bien mais on s'est posé la question de changer. A savoir si j'assimilais la pilule ou non avec un temps de transit de 3h. Donc oui la MICI influence nos choix. »</p> <p>« La mauvaise absorption des pilules oestroprogestatives en</p> |
|--|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>raison de mes problèmes intestinaux selon ma gynécologue. »</p> <p>« J'ai arrêté la pilule car on m'a aussi informé de la potentielle mal absorption de celle-ci en poussée de RCH »</p> <p>« Inefficacité selon mon gynécologue »</p> <p>« Car si on est en poussé impossibilité de prendre la pilule (car la pilule n'aura aucune action pour la contraception) »</p> <p>« De plus la pilule a été changée par une gynécologue qui a estimé qu'elle devait être plus forte car il y avait un risque que mon corps, mes intestins, n'absorbent pas assez les hormones »</p> <p>« Par rapport à l'état des intestins et l'absorption de la pilule et si crise la peur qu'elle ne soit pas assimilée assez vite »</p> |
|--|---|

| | | |
|--|-------------------------|---|
| | | <p>« J'ai très peur que ma pilule ne soit pas absorbée par mon intestin »</p> <p>« Pour la contraception orale, je pense que l'efficacité peut être diminuée quand on a des symptômes (diarrhées). »</p> <p>« Quand je suis en poussée j'évacue les comprimés sans qu'ils aient eu le temps d'être assimilés »</p> <p>« Risques liés à la perte d'efficacité de la pilule en période de poussée »</p> <p>« Car c'est à cause de ma MICI que j'ai changé de méthode de contraception »</p> |
| | <p>Diarrhées</p> | <p>« Je suis dans le stress d'avoir une diarrhée et du coup qu'elle ne soit pas active »</p> <p>« Diarrhées régulières risque de grossesse non désirée »</p> <p>« Selon ma gynécologue la</p> |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | | <p>pilule serait mal assimilée à cause des diarrhées fréquentes »</p> <p>« De toute façon avec plus de 10 selles liquides par jour ma gynécologue ne me garantissait pas l'efficacité de ma contraception »</p> <p>« Lié aux diarrhées qui pouvaient rendre inefficace la pilule »</p> |
| | <p>Risque de grossesse</p> | <p>« Peur de tomber enceinte à cause de la malabsorption de la pilule »</p> <p>« Je suis tombée enceinte sous pilule »</p> <p>"Trop de risque de tomber enceinte pendant une crise avec la pilule classique »</p> <p>« Malgré la pilule, j'ai fait une grossesse extra utérine non désirée, qui a mis ma vie en danger. J'ai appris plus tard que ce type de contraception n'était pas</p> |

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| | | <p>adapté à ma MICI (et que mon problème était du a des soucis de digestion de la pilule) »</p> |
| | <p>Manque de confiance</p> | <p>« Ce n'est pas sécurisant »</p> <p>« Plus de confiance en la pilule »</p> <p>« Peu de confiance dans la pilule »</p> <p>« La reprise de la pilule avec la MICI ne me rassure pas »</p> |
| <p>Déclenchement des crises</p> | <p>DIU</p> | <p>« Le cuivre provoque des inflammations que je dois déjà maîtriser dans mes intestins »</p> <p>« J'ai peur que le stérilet infâme mon utérus et que la maladie se réveille ou soit stimulée par l'inflammation »</p> <p>« Autre option proposée le stérilet mais peur de ses conséquences sur Crohn »</p> <p>« Stérilet déconseillé pour risque infectieux »</p> |

| | | |
|--|----------------------|---|
| | <p>Pilule</p> | <p>« Poussées après nouvelle pilule »</p> <p>« J'ai lu beaucoup de chose sur le fait que Crohn et pilule ne font pas bon ménage et aux vues de mes douleurs qui sont parties depuis l'arrêt de ma pilule c'est certainement vrai ! »</p> <p>« A l'arrêt de ma pilule j'avais moins de symptôme Crohn »</p> <p>« La pilule activait mon Crohn et les douleurs étaient insupportables »</p> <p>« Arrêt de la pilule pendant une poussée sévère »</p> <p>« Je remarque que je vais mieux aux toilettes sans la pilule »</p> <p>« J'ai arrêté la contraception il y a 2 ans et depuis j'ai beaucoup moins de crises »</p> <p>« Crise de Crohn »</p> |
|--|----------------------|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>« J'avais vu aussi que l'absorption d'hormones était au long terme assez délétère pour le microbiote intestinal »</p> <p>« J'ai lu un article récemment sur le fait que certaines pilules pouvaient avoir des effets sur les MICI »</p> <p>« Car selon la gynécologue les hormones peuvent avoir une incidence sur les crises. Plus de crises ou très peu depuis changement et arrêt de Diane 35 »</p> <p>« Les produits peuvent me donner plus de diarrhées »</p> |
| <p>Surplus de médicaments</p> | <p>« Limiter les médicaments en plus de mon traitement »</p> <p>« Pas envie d'avoir plusieurs molécules dans le corps »</p> <p>« En raison du fait que prendre des cachets tous les jours depuis mon diagnostic de la RCH me faisait une sorte de trop de choses à prendre quotidiennement »</p> <p>« Trop de médicaments à prendre quotidiennement »</p> |

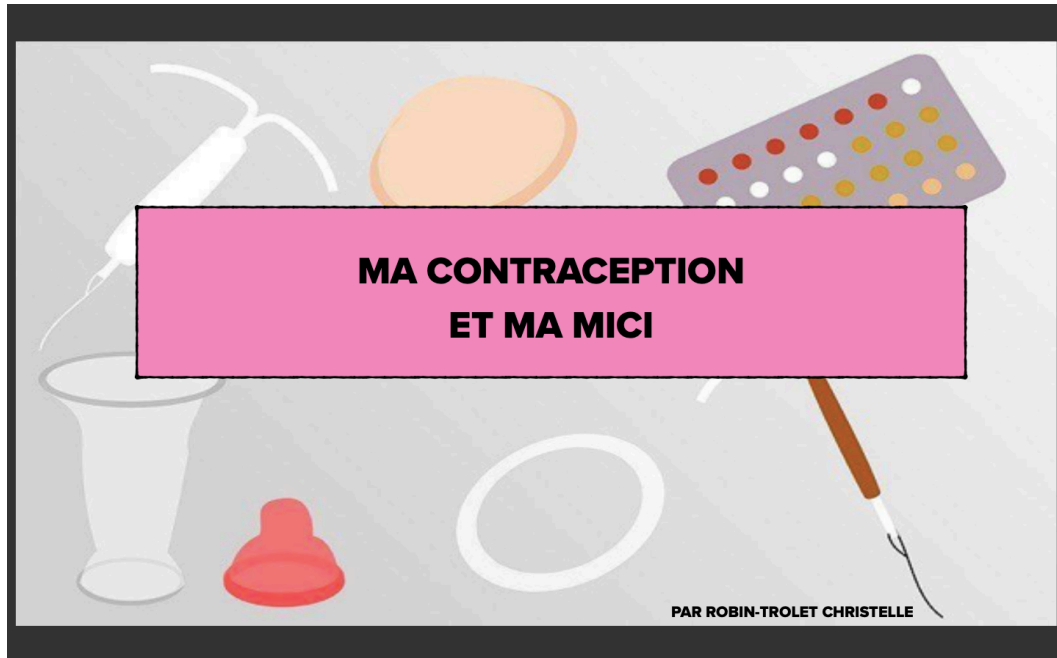
| | |
|--|---|
| | <p>« Dès que je suis en poussée, oubli fréquent de la pilule »</p> <p>« Pour ne pas avoir plus de médicament à prendre chaque jour et éviter les oublis »</p> <p>« Moins de médicaments dans mon quotidien »</p> <p>« Je n'en pouvais plus de prendre des médicaments Crohn et contraceptif »</p> <p>« Pour la MICI et progestatif comprimé trop d'oubli »</p> <p>« Avoir une contrainte en moins »</p> <p>« Après tous les traitements pris pour la RCH je ne voulais plus rien prendre qui perturbe mon métabolisme »</p> <p>« On avale déjà assez de médicaments »</p> <p>« Pas envie de me rajouter une contrainte »</p> <p>« Avec une MICI, tellement marre de tous les examens médicaux et médicaments en tout genre que retirer ne serait-ce qu'un cachet est agréable »</p> |
| <p>Interactions médicamenteuses</p> | <p>« J'ai arrêté bien avant pour cause d'incompatibilité avec mon traitement »</p> <p>« J'ai arrêté ma pilule il y a quelques mois car j'avais trop de soucis avec mon traitement pour la RCH »</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>« Changement dû au traitement de la maladie »</p> <p>« Je ne peux pas prendre un stérilet cuivre dans le cas de traitement cortisone »</p> <p>« Crainte des interactions médicamenteuses »</p> <p>« Changement de contraception dû au traitement de la MICI »</p> <p>« Car avec les traitements pour la R.C.H, je pense que la pilule ne fonctionnera pas et pourrait provoquer d'autres effets secondaires ! »</p> | |
| <p>Diminution des symptômes des MICI</p> | <p>Diminution des carences en fer et des saignements</p> | <p>« Je perdais trop de sang entre les selles glairo-sanglantes et les règles »</p> <p>« J'ai demandé à avoir une pilule en continu cette année pour avoir le moins souvent mes règles possibles et ainsi moins perdre de sang donc réduire la contrainte</p> |

| | | |
|--|------------------------|---|
| | | <p>mensuelle et réduire les risques de carences »</p> <p>« J'ai choisi une pilule qui bloque totalement les règles afin d'éviter d'augmenter mes carences en fer »</p> |
| | <p>Douleurs</p> | <p>« La pilule offre un confort à tous niveaux »</p> <p>« La pilule que je prends aujourd'hui a diminué de moitié mes douleurs au intestins »</p> <p>« Les maux de ventres étaient beaucoup plus intenses au moment de mes règles. Le fait de ne plus avoir mes règles fait que j'ai beaucoup moins mal au ventre. »</p> <p>« Parce que pas de règles, donc pas de douleurs »</p> |

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| | | <p>« Mes périodes de règles déclenchent de violentes crises de la maladie (lors de l'arrêt de ma contraception). Je préfère continuer la même pilule, qui ne me déclenche pas ces crises, même si cette méthode est parfois contraignante »</p> |
| | <p>Diminution des poussées</p> | <p>« La rectocolite hémorragique se mettait en route à chaque règle. Je prends donc une pilule continue sans règle. »</p> <p>« Élimine les migraines et les cycles avec lesquels j'ai des poussées »</p> <p>« Le fait d'avoir une contraception (peu importe le type de pilule) a permis d'arrêter les mini crises de</p> |

Annexe VIII : Livret d'informations "Ma contraception et ma MICI"



LA PILULE OESTRO-PROGESTATIVE

MÉCANISME

Epaississement de la glaire cervicale
Atrophie de l'endomètre
Diminution de la mobilité des cils
Blocage de l'ovulation

COMMENT ÇA MARCHE

Prendre 1 comprimé tous les jours à heure fixe pendant 21 jours puis faire une pause ou prendre la pilule en continue tous les jours. Délai d'oubli de 12h. Efficacité au bout de 7 jours de prise

AVANTAGES

- Efficace à 91 % en utilisation courante
- Diminution de l'abondance du flux menstruel
- Diminue le risque d'anémie
- Aménorrhée (si prise en continue)
- Diminution des dysménorrhées
- Diminution de l'acné
- Diminution du risque du cancer de l'endomètre, de l'ovaire et du cancer colorectal

INCONVÉNIENTS

- Spotting (dans les 3 premiers mois)
- Mastodynies
- Risque trombo embolique artériel et veineux
- Troubles digestifs
- Oedèmes cycliques

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de diminution de l'absorption
- ▶ Diminution des saignements menstruels
- ▶ Diminue le risque d'anémie
- ▶ Diminution des douleurs menstruelles

INCONVÉNIENTS :

- ▶ Comprimé à prendre tous les jours
- ▶ Risque trombo-embolique augmenté associé à d'autres facteurs de risques

LA PILULE PROGESTATIVE

MÉCANISME

Epaississement de la glaire cervicale
Atrophie de l'endomètre
Diminution de la mobilité des cils
Blocage de l'ovulation en fonction du type de pilule

COMMENT ÇA MARCHE

Prendre un comprimé tous les jours à heure fixe, sans arrêt entre les plaquettes, délai d'oubli de 3h ou de 12h.
Efficacité au bout de 7 jours de prise

AVANTAGES

- Efficace à 91 % en utilisation courante
- Aménorrhées
- Diminution des dysménorrhée

INCONVÉNIENTS

- Spotting
- Acné
- Mastodynies
- Oedèmes cycliques
- Modification de l'humeur
- Baisse de libido
- Sécheresse vaginale
- Alopecie

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de diminution de l'absorption
- ▶ Arrêt des saignements menstruels
- ▶ Diminue le risque d'anémie
- ▶ Diminution des douleurs menstruelles

INCONVÉNIENTS :

- ▶ Comprimé à prendre tous les jours

LE DISPOSITIF INTRA UTÉRIN AU CUIVRE

MÉCANISME

Toxicité pour les spermatozoïdes
Toxicité pour l'ovule
Réaction inflammatoire aseptique locale
Empêche la capacitation des spermatozoïdes
Altération de la mobilité des spermatozoïdes
Ovulation conservée, absence d'hormones

COMMENT ÇA MARCHE

Pose au cabinet sous antalgiques si besoin
Durée de 5 ans à 10 ans selon les modèles
Efficacité immédiate après la pose

AVANTAGES

- Efficace à 99 %
- Pas de comprimés à prendre

INCONVÉNIENTS

- Augmentation de la quantité des menstruations
- Augmentation des dysménorrhées

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale
- ▶ Pas d'augmentation du risque infectieux si prise d'immuno-suppresseurs

INCONVÉNIENTS :

- ▶ Saignements augmentés
- ▶ Risque d'anémie
- ▶ Possible augmentations des douleurs menstruelles

LE SYSTÈME INTRA UTÉRIN HORMONAL

MÉCANISME

Atrophie de l'endomètre
Réaction inflammatoire locale
Épaississement du mucus cervical
Ovulation bloquée dans 15 à 20% des cas

COMMENT ÇA MARCHE

Pose au cabinet sous antalgiques si besoin
Durée allant de 3 ans à 10 en fonction du type.
Efficacité 7 jours après la pose

AVANTAGES

- Efficace à 99 %
- Diminution de la quantité des menstruations
- Diminution des dysménorrhées
- Aménorrhée possible

INCONVÉNIENTS

- Acné
- Céphalées
- Spotting

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre tous les jours
- ▶ Pas d'absorption intestinale
- ▶ Diminution des saignements menstruels
- ▶ Diminue le risque d'anémie
- ▶ Diminution des douleurs menstruelles
- ▶ Pas d'augmentation du risque infectieux si prise d'immuno-suppresseurs

L'IMPLANT PROGESTATIF

MÉCANISME

Épaississement de la glaire cervicale
Atrophie de l'endomètre
Diminution de la mobilité des cils
Blocage de l'ovulation par l'hormone

COMMENT ÇA MARCHE

Pose au cabinet d'un bâtonnet de 4 cm de long et de 2 mm d'épaisseur, sous analgésie locale dans la face interne du bras
Durée de 3 ans
Efficacité 7 jours après la pose

AVANTAGES

- Efficace à 99,9 %
- Possible aménorrhée
- Diminution des dysménorrhées
- Mis en place pendant 3 ans

INCONVÉNIENTS

- Acné
- Spotting
- Céphalées
- Mastodynie
- Oedemes
- Modification de l'humeur
- Baisse de la libido
- Sécheresse vaginale
- Alopecie

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Saignements diminués/supprimés
- ▶ Diminution du risque d'anémie
- ▶ Diminution des douleurs menstruelles
- ▶ Pas d'absorption intestinale
- ▶ Pas d'augmentation du risque trombo-embolique

L'ANNEAU

MÉCANISME

Délivrance quotidienne d'hormones
Épaississement de la glaire cervicale
Atrophie de l'endomètre
Diminution de la mobilité des cils

COMMENT ÇA MARCHE

Anneau souple à placer soi même dans le vagin pendant 3 semaines puis on l'enlève pendant 1 semaine.
Efficacité au bout de 7 jours.

AVANTAGES

- Efficace à 91 % en utilisation courante

INCONVÉNIENTS

- Spotting
- Mastodynies
- Risque trombo embolique artériel et veineux
- Troubles digestifs
- Oedèmes cycliques
- Manipulation intra vaginale
- Non remboursé

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale

INCONVÉNIENTS :

- ▶ Risque trombo-embolique augmenté

LE PATCH

MÉCANISME

Délivrance quotidienne d'hormones
Épaississement de la glaire cervicale
Atrophie de l'endomètre
Diminution de la mobilité des cils

COMMENT ÇA MARCHE

Patch à coller soi même sur la peau (ventre/épaule/bras/cuisse/dos) pendant 3 semaines (1 patch par semaine) puis 1 semaine sans patch
Efficacité au bout de 7 jours.

AVANTAGES

- Efficace à 91 % en utilisation courante
- Discret
- Facile d'utilisation

INCONVÉNIENTS

- Spotting
- Mastodynies
- Risque trombo embolique artériel et veineux
- Troubles digestifs
- Oedèmes cycliques
- Non remboursé

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale

INCONVÉNIENTS :

- ▶ Risque trombo-embolique augmenté

LE PRÉSERVATIF MASCULIN ET FÉMININ

MÉCANISME

Bloque le passage des spermatozoïdes

COMMENT ÇA MARCHE

Mise en place avant le rapport sur le sexe en érection pour l'homme ou dans le vagin pour la femme.
Efficacité immédiate.
Il doit être changé à chaque rapport.

AVANTAGES

- Efficace à 98 %
- Pas d'hormones
- Protège des IST
- Sans ordonnance
- Prix abordable
- Préservatif de la marque « Edin » remboursés

INCONVÉNIENTS

- Manipulation à faire
- Usage unique

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale

LE DIAPHRAGME ET LA CAPE CERVICALE

MÉCANISME

Bloque le passage des spermatozoïdes

COMMENT ÇA MARCHE

Mise en place de la coupelle en silicone avant le rapport dans le vagin.
Elle doit être associée à un spermicide.
Elle doit être gardée pendant 8h après le rapport.

AVANTAGES

- Efficace à 84 % chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant et à 68 % chez les femmes ayant déjà eu des enfants
- Pas d'hormones
- Peut être mis en place avant le rapport

INCONVÉNIENTS

- Manipulation intra vaginale
- Efficacité faible

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale

LA MÉTHODE DE STÉRILISATION DÉFINITIVE

MÉCANISME

Provoque une stérilité définitive

COMMENT ÇA MARCHE

Intervention se déroulant dans un hôpital et nécessitant une opération.
Il faut être majeur.

AVANTAGES

- Efficace environ à 100 %
- Pas d'hormones
- Cycle hormonal naturel

INCONVÉNIENTS

- Opération
- Définitive

ET AVEC LA MICI ?

AVANTAGES :

- ▶ Pas de comprimés à prendre
- ▶ Pas d'absorption intestinale

INCONVÉNIENTS

- ▶ Possible douleurs menstruelles
- ▶ Pas de suppression des saignements menstruels

SOURCES

www.choisirmacontraception.fr

HAS - Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer, 2019

ANSM - Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux combinés, 2014

Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB et al, Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016, 3, p1-103

Études :

Nilsson LO, Victor A, Kral JG, Johansson ED, Kock NG. Contraception : Absorption of an oral contraceptive gestagen in ulcerative colitis before and after proctocolectomy and construction of a continent ileostomy, 1985, 2, p195–204

Bollen L, Vande Casteele N, Ballet V, Van Assche G, Ferrante M, Vermeire S, et al. Thromboembolism as an important complication of inflammatory bowel disease, Journal Gastroenterol Hepatol, 2016, p1-7

Browne H, Manipalviratn S, Armstrong A. Obstet Gynecol, Using an intrauterine device in immunocompromised women, 2008, 112, p667–669.