



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+024401+ | +015115+ Λ +000X0+
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

Thèse N° 186/18

MALADIES MENTALES ET CONTRACEPTION

de l'Hôpital Militaire Moulay -Ismail de Meknès

(à propos de 257 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/09/2018

PAR

Mlle. HJIJE SOUKAINA

Née le 27 Avril 1992 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Maladie mentale - Conseil contraceptif - Prévention primaire

JURY

M. AALOUANE RACHID..... Professeur agrégé de Psychiatrie	PRESIDENT
M. BOUKAIDI LAGHZAOUI OMAR..... Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	RAPPORTEUR
Mme. AARAB CHADYA..... Professeur agrégé de Psychiatrie	} JUGES
M. YASSARI MOHSINE..... Professeur agrégé de Psychiatrie	

PLAN

INTRODUCTION	6
GENERALITES	8
I. Contraception au Maroc.	9
A. le début de la contraception au Maroc.	9
B. la médicalisation du conseil contraceptif au fil des années.	10
C. Prescripteurs des méthodes de contraception : (prestataires du service).....	11
II. Particularités des femmes atteintes de maladies mentales pouvant influencer le conseil contraceptif.	12
A. Particularités sociales des patientes présentant une maladie mentale	12
B. Particularités médicales des patientes présentant une maladie mentale	13
C. Particularités de la sexualité des patientes présentant une maladie mentale ...	14
D. les différentes méthodes contraceptives et les particularités de leur utilisation en matière de maladie mentale	16
1. La contraception hormonale.....	16
a. Les oestroprogestatifs.....	16
b. Les progestatifs.....	20
c. L'implant.....	23
2. La contraception par dispositif intra-utérin.	24
a. Le DIU en cuivre	24
b. Le DIU hormonal	25
3. Le préservatif.....	26
4. Les méthodes contraceptives naturelles.	26
5. La stérilisation féminine.....	27
E. Grossesse et maladie mentale.....	28
MATERIELS ET METHODES.....	33

RESULTATS.....	35
I. Le Profil épidémiologique :.....	36
A. L'âge	36
B. La parité.....	37
C. Le statut matrimonial	38
D. Le mode de résidence	39
II. Le profil psychiatrique :	40
A. Le diagnostic psychiatrique.	40
B. La demande de contraception.....	41
III. L'implication familiale dans la demande et le choix de la contraception	42
DISCUSSION.....	44
I. Description de la population étudiée :.....	45
A. L'âge.....	45
B. La parité.....	45
C. Le statut matrimonial	46
D. Le mode de résidence.....	47
E. Le profil psychiatrique	48
II. Caractéristiques de la contraception :.....	49
A. Le mode de contraception	49
B. L'implication familiale dans la demande et le choix de la contraception.....	51
CONCLUSION :	53
RESUME.....	55
BIBLIOGRAPHIE	62

LISTE DES ABREVIATIONS

CI	:	Contraception injectable
CO	:	Contraception orale
DMO	:	Densité minérale osseuse
DIU	:	Dispositif Intra Utérin
EPSF	:	L'enquête sur la Population et la Santé Familiale
HAS	:	Haute Autorité de Santé
IC	:	Implant Contraceptif
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OP	:	Oestroprogestatif
PN	:	Planification familiale
PNPF	:	Programme national de planification familiale
TA	:	Troubles anxieux
TD	:	Troubles dépressifs
VHB	:	Virus de l'hépatite B
VHC	:	Virus de l'hépatite C
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

- Graphique 1 : Répartition de la population par tranche d'âge.
- Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de la parité
- Graphique 3 : Répartition de la population selon le statut matrimonial
- Graphique 4 : Répartition de la population selon leur mode de résidence.
- Graphique 5 : Répartition de la population selon le diagnostic psychiatrique
- Graphique 6 : Répartition de la population en fonction de la personne ayant demandé la contraception
- Graphique 7 : Répartition de la population en fonction du type de la contraception
- Graphique 8 : Répartition de la population ayant subi une stérilisation selon le diagnostic psychiatrique.

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé définit la contraception par l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou de l'éviter.

Quatre critères fondamentaux doivent régir la contraception : l'innocuité, l'efficacité, la réversibilité et l'acceptabilité.

Le conseil contraceptif est encadré par des recommandations de la HAS et doit être adapté, personnalisé et choisi par la patiente.

Les patientes atteintes de maladies mentales s'inscrivent dans un réseau de soins dont les principaux interlocuteurs sont le psychiatre, le médecin gynécologue et le médecin généraliste.

Les prestataires doivent tenir compte des éléments suivants : le niveau d'activité sexuelle de la patiente ; le risque de violences sexuelles qu'elle court ; la possibilité que la grossesse exacerbe un déséquilibre mental ; le degré auquel on peut prodiguer à cette patiente un counseling approprié et sa capacité de respecter divers régimes contraceptifs ; et au cas où le type de contraception envisagé présente un caractère permanent, si elle est capable de comprendre pleinement à quoi elle s'engage et d'y consentir librement.

Ces mesures aideraient ces patientes, à prévoir leurs grossesses, à les gérer sur le plan médical mais aussi social et personnel, afin de les accompagner dans leur vie de femme et de mère.

Cependant pour toutes les formes de contraception, qu'elles soient réversibles ou non, le problème clé reste celui du consentement éclairé et libre, ce qui soulève des questions éthiques non négligeables.

Notre travail s'est penché à lever le voile sur les contraintes médicales et juridique auxquelles se heurte le médecin prescripteur de contraception ainsi que les problèmes de l'observance médicale chez la patiente atteinte de maladie mentale.

GENERALITES

I. La contraception au Maroc :

A. le début de la contraception au Maroc :

Le Programme National de Planification Familiale a été établi au Maroc sous l'entière responsabilité du ministère de la Santé en 1966.

Il a eu recours depuis son lancement à une série de stratégies pour répondre aux besoins de la population.

Globalement , ces stratégies ont permis la mise en place d'un réseau de prestations impliquant les secteurs public , privé et communautaire , aussi adapté que possible aux caractéristiques géographiques et socioculturelles , une gamme variée de méthodes contraceptives et une stratégie nationale d'information, éducation et communication impliquant et mobilisant tous les partenaires .

Les enquêtes sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) réalisées par le Ministère de la santé fournissent un nouvel ensemble de données sur la planification familiale,

En effet, en 2011, plus de trois femmes mariées sur cinq utilisent une méthode contraceptive, alors qu'en 1979-1980 à peine une femme mariée sur cinq avait recours à la contraception.

Aussi, 66% des femmes possédant un niveau d'instruction secondaire utilisent une méthode contraceptive, alors que parmi les femmes non scolarisées ce taux n'est que de 44%.

Parallèlement, la fécondité a connu une diminution progressive entre 1962 et 2015, passant de presque 7 à 2.49 enfants par femme au niveau national.

Ces informations sont importantes pour évaluer les actions en cours et ajuster, si nécessaire, les stratégies de mises en place et d'en créer éventuellement d'autres.

B. La médicalisation du conseil contraceptif au fil des années :

La contraception est essentiellement féminine et médicale, en effet, les méthodes de contraception masculine sont moins utilisées et sont associées à un taux d'échec supérieur : 10.2 % des couples utilisent le préservatif dont le taux d'échec est de 15%.

La stérilisation masculine, méthode irréversible, est en revanche très efficace (0.15% d'échec par année d'utilisation) mais nécessite des conditions très strictes pour pouvoir être faite et n'est que très peu utilisée au Maroc.

De plus, les méthodes naturelles (méthode Ogino, méthode de Billings, méthode des températures, méthode de retrait) ne concernent que 1.2 % de la population générale.

Un processus d'adaptation a eu lieu concernant deux documents de l'OMS qui sont destinés aux responsables du programme de planification familiale et médecins (gynécologues et médecins généralistes) et qui sont intitulés :

- § Critères de recevabilité pour adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives.
- § Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Les deux documents de l'OMS représentent des lignes directrices fondées sur une expérience pratique et dictées par un consensus.

Elles offrent des recommandations formulées par des groupes d'experts et basées sur une évaluation des données pertinentes, et elles sont réexaminées et mises à jour régulièrement.

Cette initiative de l'OMS vise à élaborer et à mettre en application des directives relatives à la planification familiale fondées sur l'évidence scientifique.

Les documents de l’OMS ont été adaptés au contexte marocain par un comité d’experts constitué d’enseignants universitaires des facultés de médecine, d’enseignants des instituts de formations aux carrières de santé, des professionnels de santé et des gestionnaires du Programme National de Planification Familiale.

C. Prescripteur des méthodes de contraceptions : (Prestataires de service) :

La prestation des services de PF n’est pas limitée aux seuls médecins.

La prescription des méthodes contraceptives peut être effectuée par le personnel infirmier formé (sages-femmes et infirmiers).

En ce qui concerne la prestation même des méthodes PF ; le tableau 1 indique prestataires de service par méthode de PF. Les prestataires de services doivent avoir reçu une formation adéquate dans les techniques de PF et les procédures annexes (par exemple : gestion, entretien du matériel...).

Tableau 1 : Prestataires de service par méthode de PF.

Prestataires	Méthodes				
	DIU	CO	CI	LT	Condom
gynécologue	+	+	+	+	+
chirurgien	+	+	+	+	+
généraliste	+	+	+	-	+
Sage-femme	+	+	+	-	+
Infirmier formé	+	+	+	-	+

II. Particularités des femmes atteintes de maladies mentales pouvant influencer le conseil contraceptif :

Pour prodiguer des services de qualité en matière de santé reproductive aux personnes ayant une maladie mentale il convient d'examiner soigneusement plusieurs facteurs, à savoir : la nature de la maladie ou de l'incapacité, le milieu de vie de la personne, son niveau de fonctionnement et le degré auquel elle comprend les conséquences des décisions relatives à la contraception.

A. particularités sociales des patientes présentant une maladie mentale:

Les maladies mentales ont d'importantes répercussions sur la vie sociale des patientes, leur famille et leur communauté.

La patiente souffre non seulement des symptômes inquiétants de sa maladie, mais aussi de ne pas pouvoir participer à des activités professionnelles ou récréatives, souvent du fait d'une discrimination à son égard, elle s'inquiète de ne pouvoir assumer ses responsabilités envers sa famille et craint d'être un poids pour les autres.

Par ailleurs il est intéressant de noter que les troubles mentaux sont fréquentes au sein des groupes les plus pauvres de notre société, ils sont parfois directement en lien avec la précarité, ce qui est associée à un moindre taux de contraception.

B. particularités médicales des patientes présentant une maladie mentale:

Les patients présentant une pathologie psychiatrique ont des modes de vie particuliers avec des conduites addictives et sexuelles à risques.

Les conduites sexuelles à risque favorisent les maladies sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC) qui sont plus fréquentes que dans la population générale.

Les troubles métaboliques (hypertriglycémie), l'obésité et le diabète sont plus élevés que dans la population générale, en rapport avec la prise de neuroleptiques, une mauvaise hygiène alimentaire, une sédentarité plus importante.

La compliance aux traitements est basse : les patientes déclarent ne pas prendre leur traitement régulièrement. De plus, l'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance thérapeutique.

Certains neuroleptiques, traitements antipsychotiques et régulateurs de l'humeur présentent des effets secondaires avec des impacts sur la pharmacodynamie des oestroprogestatifs, et sur la tératogénèse.

D'autres traitements sont des inducteurs enzymatiques et diminuent l'efficacité de la contraception prescrite, en effet les traitements prescrits par le psychiatre doivent être connus du patient mais aussi du gynécologue, médecin généraliste.

Le lithium (TERALITHE®), traitement de première ligne du trouble bipolaire, est associé à un risque de malformation cardiaque principalement.

Le VALPROATE® est associé à des malformations congénitales de type anomalie du tube neural, à noter que l'incidence de ces malformations est dose-dépendante.

La CARBAMAZEPINE® est indiquée dans la prévention des épisodes maniaques ou hypomaniaques dans le cadre des troubles bipolaires, dans les formes résistantes ou chez les sujets présentant une contre-indication au lithium ; c'est un inducteur enzymatique susceptible de diminuer l'efficacité des oestroprogestatifs.

C. Particularités de la sexualité des patientes présentant une maladie mentale :

Dans certaines pathologies psychiatriques des problématiques spécifiques liées aux comportements sexuels apparaissent et entraînent des perturbations au niveau de la sexualité.

L'accès maniaque :

L'accès maniaque se définit comme un «état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives»

Cet état se manifeste par l'euphorie et la désinhibition qui conduisent le patient à des conduites sexuelles désordonnées et à risque.

Ces comportements à forte composante érotique, la personne maniaque présente un désir sexuel incontrôlable qui se manifeste par des comportements inadaptés tel que des exhibitions, des jeux de séduction pour parvenir à un rapport sexuel.

La pathologie déficitaire :

La pathologie dite « déficitaire » se définit comme une « absence totale ou partielle, définitive ou temporaire, d'une partie ou de la totalité de la fonction psychique », le patient n'a pas pu acquérir les normes sociales, il est fréquent que des comportements sexuels inadaptés soient remarqués.

La schizophrénie :

La schizophrénie est définie comme un « ensemble de troubles par lequel prédominent : la discordance, l'incohérence idéo-verbale [...] ainsi que de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments »

Un des modes d'expression de la schizophrénie peut être dans certains cas le trouble de la sexualité : ce trouble peut être masturbatoire mais peut aussi se manifester par des satisfactions génitales brutales et totalement dépourvues d'affect, elles sont pour la plus part pratiquées sans aucune retenue.

Par ailleurs les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont plus victimes de violences sexuelles subies dans le milieu familial, institutionnel ou lors de fugues. Ces violences peuvent aboutir à des grossesses.

Le conseil contraceptif doit donc analyser de façon globale la situation de la patiente : Caractéristiques propres à sa pathologie, son milieu de vie, son entourage, sa capacité à être observante du mode contraceptif choisi.

Une des spécificités du conseil contraceptif chez certaines patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique est de s'attarder à rechercher de qui émane le désir de contraception et pour quelle raison : du conjoint, des parents, du tuteur, du psychiatre ? La contraception ne peut se faire qu'après consentement éclairé et doit respecter le désir réel de la patiente et peut donc être confronté à deux exigences :

- § Nécessité thérapeutique de l'acte et le consentement de la patiente.
- § Les patientes souffrant d'une pathologie psychiatrique ont souvent des troubles du discernement et ne saisissent pas tous les impacts que peuvent engendrer une grossesse : déséquilibre de leur pathologie mentale, difficulté financière, difficulté à répondre au besoin affectif, éducatif, notionnel et matériel de leur enfant pouvant conduire au placement de leur enfant.

Au total, nous pouvons remarquer que les patientes souffrant d'une maladie psychiatrique présentent des spécificités médicales et sociales. Il paraît intéressant d'observer l'impact de ces spécificités sur le conseil contraceptif afin de guider au mieux le médecin prescripteur lors d'une consultation dédiée à la contraception.

D. Les différentes méthodes contraceptives et les particularités de leur utilisation en matière de maladies mentale :

1. La contraception hormonale :

a. Les oestroprogestatifs (OP) :

Les OP ont des excellents indices de Pearl selon la voie d'administration utilisée:

§ Orale: entre 0,00 et 0,70 selon les dosages et les molécules.

§ Vaginale: entre 0,64 et 0,96.

§ Transdermique: entre 0,72 et 0,90.

Les OP oraux sont classés en fonction de leur dosage pour s'adapter au climat hormonal de chaque femme, la prise est quotidienne.

L'anneau vaginal est efficace s'il est laissé en place sans interruption pendant trois semaines puis d'une semaine sans anneau.

Le patch transdermique doit être appliqué et laissé en place pendant sept jours pendant trois semaines successives et suivies d'une semaine sans patch, pour être efficace il doit être posé sur une peau saine et propre ; l'efficacité peut diminuer chez la patiente de plus de 90kg.

Les OP ont des effets bénéfiques tels que la régularisation des règles, un contrôle sur les dysménorrhées, un suivi médical plus fréquent, une diminution des troubles fonctionnels de l'ovaire et des infections pelviennes, une diminution des cancers de l'endomètre, de l'ovaire et colorectal.

Les principales contre-indications sont:

§ les antécédents cardiovasculaires et thromboemboliques.

§ la migraine (avec aura avant 35 ans, sans aura après 35 ans).

§ l'association au tabagisme après 35 ans.

§ les affections hépatiques sévères.

§ les tumeurs malignes hormono-dépendantes.

Les principaux effets secondaires sont la dyslipidémie et les maladies thromboemboliques, principalement chez les patientes aux facteurs de risques cardiovasculaires et de plus de 35 ans. Il existe une augmentation potentielle de risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs hépatiques.

Un bilan biologique (bilan lipidique et glycémie à jeun) sera renouvelé tous les 5 ans en l'absence d'anomalies.

Ø Concernant les patientes en psychiatrie :

La contraception OP (patch, pilule et vaginale) peut être prescrite aux femmes qui sont capables d'avoir une observance ou un entourage de bonne qualité.

Cependant pour améliorer l'observance chez certaines patientes, il existe une pilule OP dont la prise est continue du fait de la présence de comprimés placebo.

Le patch transdermique et l'anneau vaginal permettent de lutter contre l'oubli mais suggèrent tout de même une surveillance quotidienne notamment en cas de perte de l'anneau ou de décollement du patch; ils libèrent la progestérone et l'œstrogène de façon plus régulière avec un dosage plus faible ce qui va diminuer les effets secondaires.

Il faut tenir compte de la façon dont les composants hormonaux des contraceptions OP peuvent affecter les troubles mentaux et créer d'éventuelles interactions médicamenteuses.

Il existerait chez certaines femmes une hypersensibilité hormonale dont l'œstrogène jouerait un rôle sur l'humeur avec l'apparition d'un syndrome dépressif notamment en modifiant les systèmes sérotoninergique, noradrénergique et monoaminergique.

Les nombreuses études réalisées divergent quant à la relation entre l'œstrogène et la dépression, elles sont souvent contradictoires.

Actuellement, il n'existe pas de recommandation concernant la dépression et la contraception OP.

Il semblerait que l'œstrogène présent dans les contraceptions OP puisse atténuer les symptômes psychotiques des femmes schizophrènes ou accroître l'efficacité du traitement qu'elles suivent, il a été démontré que l'œstrogène pouvait moduler la libération de dopamine et de sérotonine, qui sont des neurotransmetteurs impliqués dans la pathogénèse de la schizophrénie.

Ainsi, il y aurait un impact positif des œstrogènes sur le traitement des symptômes psychotiques par un effet direct sur ces neurotransmetteurs.

L'œstrogène potentialiserait aussi les antipsychotiques, l'adjonction d'estradiol par voie transdermique avait abouti à une réduction significative et rapide des symptômes psychiatriques.

Cependant, la question d'une hormonothérapie reste sans réponse actuellement en attendant les résultats d'études à plus grandes échelles.

La prescription de contraception OP n'exclut pas les femmes ayant des antécédents dépressifs, mais il faut être vigilant chez :

- les patientes instables (éthyliques, toxicomanes, psychotiques).
- les patientes aux antécédents d'IVG (interruption volontaire de grossesse).
- les patientes atteintes d'anorexie mentale.
- toutes les autres patientes susceptibles de présenter un comportement alimentaire pouvant favoriser les vomissements répétés.

Il existe des interactions médicamenteuses qui modifient l'efficacité de l'œstrogène mais aussi de la progestérone, dépendant du cytochrome P450. Par exemple, les OP ne sont pas recommandées aux femmes qui prennent du diazépam et d'autres benzodiazépines car ils accroissent la concentration sanguine de ces molécules.

Certains traitements comme les phénothiazines, les anticonvulsivants (la phénytoïne, la carbamazépine et le phénobarbital) ou les antidépresseurs tricycliques peuvent réduire le taux d'estrogène et de progestérone d'où un risque accru d'échec de la contraception. (Tableau 2 : Principales molécules ayant une interaction sur l'efficacité de la contraception oestro-progestative).

Tableau 2 : Principales molécules ayant une interaction sur l'efficacité de la contraception oestro-progestative

Classe médicamenteuse	Molécules inducteurs enzymatiques	Molécules inhibiteurs enzymatiques
Anticonvulsivants	Phenobarbital, Primidone, Phénytoïne, Carbamazépine, Phénéturide, Oxcarbazépine, Topiramate	Stiripentol, Lacosamide
Neuroleptiques	Aripiprazole, Halopéridol, Pimozide, Sertindole, Quétiapine	
Benzodiazépines et apparentés	Alprazolam, Clorazéпам, Diazéпам, Estazolam, Furazéпам, Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Zopiclone	
Autre anxiolytique	Buspirone	
Antihistaminiques	Loratadine, Mizolastine, Ebastine, Rupatadine	Cimétidine
Antidépresseurs	Dapoxétine	Fluoxétine
Gastro-enterologie	Aprépitant, Cisapride, Domperidone, IPP, Prucalopride	
Produits de consommation	Millepertuis, Tabac et Alcool en prise chronique	Jus de pamplemousse

L'induction enzymatique persiste quelques semaines malgré l'arrêt de l'inducteur enzymatique et les conséquences cliniques des interactions médicamenteuses surviennent parfois à distance de la modification du traitement.

En résumé, ces méthodes contraceptives OP pourraient convenir aux patientes dont l'observance est de bonne qualité ou celles placées en institut qui ont l'habitude de suivre des traitements à long terme.

En revanche, ces méthodes ne conviendraient sans doute pas aux personnes traitées en hôpital de jour, aux femmes sans domicile fixe, aux toxicomanes et dans certaines pathologies psychiatriques parce qu'elles ne seraient probablement pas capables de s'astreindre à ce geste quotidien.

Elles ne seraient pas non plus recommandées aux patientes qui souffrent de dépression profonde ou qui utilisent des molécules dépendantes du cytochrome P450.

b. les progestatifs :

La contraception par progestatif seul peut être une méthode de première intention.

Elle est à classer, de même que les OP, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant.

Les contraceptifs progestatifs peuvent entraîner des saignements vaginaux irréguliers, ce qui pourrait inquiéter certaines femmes souffrant de troubles mentaux qui y verraient un signe de mauvaise santé. "Beaucoup de femmes mentalement perturbées expriment une crainte réelle de leur sang menstruel et elles deviennent très nerveuses quand elles se mettent à saigner"

Les progestatifs ont des bons indices de Pearl selon la voie d'administration utilisée:

1. Orale : entre 0,4 et 1.
2. Injectable: 0,3.
3. Sous cutanée: 0,00.

- pilules micro-progestatives :

Les progestatifs oraux doivent être pris tous les jours à heure fixe, l'efficacité peut diminuer en cas d'oubli de comprimés, de vomissements ou de diarrhées sévères.

Les progestatifs présentent l'avantage de ne pas être un facteur de risque thromboembolique vasculaire.

Ø Concernant les patientes en psychiatrie :

Elles doivent bien comprendre la nécessité de prendre chaque jour un comprimé à heure fixe, cette méthode ne convient donc pas aux patientes dont la pathologie et/ou l'histoire psychiatrique sont liées à une observance de mauvaise qualité.

Si cette méthode est utilisée, il conviendra de ne pas utiliser d'inducteur enzymatique modifiant l'efficacité de la progestérone (tableau 2).

- L'injection de progestatif :

Le Depo-Provera est un contraceptif de longue durée d'action qui s'utilise à raison d'une injection tous les 3 mois et dont l'efficacité et la commodité sont les principaux facteurs avancés pour le choix de cette méthode.

Il avait été démontré que l'utilisation du Depo-Provera était liée à une augmentation des IST, sans pouvoir l'expliquer, à propos du risque de transmission du VIH, les études sont contradictoires.

Son utilisation pourrait entraîner à long terme une majoration du risque ostéoporotique en diminuant la DMO (densité minérale osseuse), ce qui pose problème aux femmes qui ont une DMO faible due une alimentation médiocre.

Les effets secondaires sont ceux des progestatifs mais non réversibles immédiatement à l'arrêt du traitement.

Il faut en moyenne 10 mois voir 18 mois après l'arrêt du traitement pour un retour à une fertilité normale.

Ce type de contraception n'est donc pas recommandé :

- chez les adolescentes et les jeunes adultes (en période de constitution du capital osseux)
- chez les femmes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose : alcoolisme et tabagisme, antécédent de fracture ostéoporotique, traitement au long cours par des corticoïdes , rhumatisme articulaire, insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire, prise d'analogues du GnRH ou d'anti-aromatases, faible IMC.

Ø Concernant les patientes en psychiatrie :

Les patientes chez lesquelles il existe des difficultés d'observance ou des contre-indications à la pose d'un DIU, on peut proposer une contraception progestative pure injectable à effet prolongé.

Ce produit est utilisé comme contraceptif par des millions de femmes (entre 10 et 30 millions suivant les évaluations) dans plus de 90 pays dans le monde, mais il pose le problème de contrôle du cycle et d'une prise de poids fréquente souvent majorée par la prise de traitements antidépresseurs ou neuroleptiques ce qui diminue l'observance de cette méthode.

L'injection est une bonne alternative à la contraception classique mais sa mauvaise utilisation par le passé, les nombreux avertissements des grandes

instances de santé étrangères (Etats-Unis et Canada) depuis 1970 et l'assimilation à une contraception psychiatrique par la population générale ont restreint son utilisation.

c. L'implant :

L'implant doit être inséré en sous-cutané au bras non dominant pour 3 ans, ou 2 ans pour les femmes de plus de 90kg.

Il est indiqué chez les femmes :

- qui ont une contre-indication ou une intolérance aux contraceptifs OP et aux DIU.
- qui ne peuvent se plier à une contraception " classique ".
- qui oublient souvent leur pilule.
- qui ont eu des IVG répétées.
- qui demandent une contraception de longue durée d'action.

Il convient d'expliquer la durée d'action de l'implant à la patiente et à son entourage afin d'anticiper son retrait.

Son efficacité baisse à partir de deux ans en cas d'obésité et trois ans si l'index de masse corporel est strictement inférieur à 30.

Les principales contre-indications des progestatifs sont l'hypersensibilité aux substances, les pathologies thromboemboliques veineuses évolutives, les affections hépatiques sévères, les anomalies du bilan hépatique, les tumeurs malignes sensibles aux progestatifs, les hémorragies génitales inexplicables.

Leurs principaux effets secondaires sont fréquents: aménorrhées, irrégularités menstruelles, spotting et prise de poids.

Concernant la prise de poids, les études ne montrent pas de différence significative entre la contraception OP et l'implant de un à trois ans d'utilisation, il existe une prise de moins de 2 kg dans la plupart des études dans les six à douze

premiers mois de traitement progestatif par rapport à une contraception non hormonale.

Chez la femme obèse (IMC>30) ni le DIU ni les contraceptions OP n'ont d'avantage en termes de prise pondérale sur l'implant, et ceci même après trois ans.

En effet les progestatifs, et en particulier l'implant, peuvent être utilisés en cas d'obésité sans craindre de prise de poids supplémentaire par rapport à ces deux alternatives.

2. La contraception par dispositif intra-utérin (DIU) :

a. Le dispositif intra-utérin en cuivre :

Le DIU en cuivre est une contraception dont l'indice de Pearl est de 0,6 à 0,8, la durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs.

Ce contraceptif est de longue durée d'action, aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi.

Les patientes chez lesquelles il existe des difficultés d'observance ou des contre-indications à la pose d'un DIU, on peut proposer une contraception progestative pure injectable à effet prolongé.

Ce produit est utilisé comme contraceptif par des millions de femmes (entre 10 et 30 millions suivant les évaluations) dans plus de 90 pays dans le monde, mais il pose le problème de contrôle du cycle et d'une prise de poids fréquente souvent majorée par la prise de traitements antidépresseurs ou neuroleptiques ce qui diminue l'observance de cette méthode.

Le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise.

Les principales contre-indications à la pose sont les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine, toute grossesse suspectée ou avérée, les saignements vaginaux inexplicables.

Le DIU expose à des problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements), à des risques d'expulsion et de perforation utérine et de manière plus fréquente à des modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles).

La maladie inflammatoire pelvienne et la grossesse extra-utérine sont des effets indésirables rares.

b. Le dispositif intra-utérin hormonal :

Le DIU au lévonorgestrel est un contraceptif de longue durée d'action de seconde intention après les stérilets en cuivre.

L'indice de Pearl est de 0,2, il est efficace pour cinq ans.

Il expose aux mêmes conditions d'utilisations et contre-indications que le DIU en cuivre auxquelles il faut ajouter les tumeurs hormono-dépendantes, la survenue ou apparition de migraine, les affections hépatiques, les thrombophlébites évolutives.

Pour tout type de DIU, les consultations de suivi gynécologique sont programmées un à trois mois après la pose, puis une fois par an.

Ces dispositifs qui ne nécessitent pas d'effort quotidien ne sont pas recommandés aux femmes qui ont des partenaires multiples ou dont le partenaire court un risque élevé de contracter une IST, puisque la femme se trouverait elle-même exposée à un haut risque d'infection, en plus que l'utilisation du DIU par une femme atteinte d'une IST accroît son risque de maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse extra-utérine ou d'abcès pelvien.

Une prémédication pour sa mise en place s'avère indispensable chez les femmes anxieuses.

3. Le préservatif :

Le préservatif masculin a un indice de Pearl de 2.

Il doit être utilisé à chaque rapport sexuel et son efficacité dépend de la coopération entre les partenaires.

Il est la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST grâce à son effet barrière.

Ø En psychiatrie :

Il faut encourager l'utilisation des préservatifs chez toutes les patientes lorsqu'il existe un risque d'IST.

Il convient d'expliquer aux patientes les modalités d'utilisation du préservatif qui garantissent son efficacité.

4. Les méthodes contraceptives naturelles :

Ces méthodes ont une mauvaise efficacité et sont très dépendantes de la qualité d'utilisation (Tableau 3).

Elles sont à proscrire chez les patientes en psychiatrie car leurs efficacités sont mauvaises et très dépendantes des modalités d'utilisation.

Tableau 3 : L'indice de Pearl des principales méthodes contraceptives naturelles

Méthodes	Indice de Pearl*
Méthode d'ovulation	3
Méthode des deux jours	4
Méthode des jours fixes	5
Diaphragmes avec spermicides	6 à 16
Préservatifs féminins	5 à 21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité	24 à 25
Retrait	4 à 27
Spermicide	18 à 29
Capes cervicales	9 à 32
Pas de méthode	85

*Selon l'utilisation correcte ou non

5. La stérilisation féminine :

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines.

C'est une méthode contraceptive chirurgicale irréversible qui doit être utilisée chez la patiente majeure et en dernier recours sauf motifs médicaux spécifiques (maladies génétiques, césariennes multiples...) ou urgence.

Il existe en théorie trois groupes d'interventions:

- celles visant à ligaturer ou à obstruer les trompes
- celles modifiant les rapports anatomiques entre la trompe et l'ovaire
- celles intéressant l'utérus.

Elle est indiquée chez les femmes majeures en âge de procréer souhaitant un moyen de contraception permanent et destiné à être irréversible, de même la

stérilisation est proposée lorsque la grossesse ou les contraceptifs classiques sont contre-indiqués.

Elle doit s'inscrire dans une réflexion éthique et déontologique après consentement éclairé et libre.

Après confirmation écrite de la patiente (annexe) , l'intervention a lieu dans un établissement de santé.

Le pourcentage de femmes ayant une grossesse non désirée dans la première année après stérilisation féminine (toutes techniques confondues) est de 0,5.

Lorsque les risques liés à la stérilisation l'emportent sur les bénéfiques, il faut préférer d'autres méthodes de contraception sur le long terme hautement efficaces.

Les complications à court terme sont celles de la chirurgie.

La complication à long terme est le risque de grossesse extra-utérine dont le risque cumulé sur 10 ans est de 0,73%.

Cette méthode n'a pas montré d'augmentation du risque de cancer du sein, de l'endomètre ou du col de l'utérus.

Plusieurs études ont montré un effet protecteur de la ligature tubaire sur la survenue des cancers de l'ovaire.

La difficulté en psychiatrie est de s'assurer du consentement libre et éclairé de la patiente.

E. Grossesse et maladie mentale :

La grossesse entraîne des changements physiologiques et psychologiques importants qui pourraient exacerber les troubles mentaux, comme certaines études le donnent à penser.

Des études faites dans les pays industrialisés portent en effet à croire que les femmes ayant des antécédents de déséquilibres mentaux courent un risque accru de troubles psychiatriques pendant le post-partum, et particulièrement de dépression.

Des résultats analogues ont été obtenus dans les Emirats arabes unis. Les hommes eux-mêmes peuvent présenter des symptômes de la dépression après la naissance d'un enfant, dans les pays en développement comme dans les régions industrialisées du monde, la dépression est le facteur principal de la "charge de morbidité" parmi les femmes, c'est-à-dire de la prématurité des décès ou de la réduction de la durée de vie valide résultant des incapacités induites par une maladie.

Les enfants nouveau-nés dont le père ou la mère souffrent de troubles mentaux non traités forment peut-être un groupe à risque pour un certain nombre de raisons.

Leurs parents peuvent avoir des difficultés à satisfaire les besoins, matériels ou affectifs, de leurs enfants, en outre la dépression maternelle a été associée à la présence de troubles du comportement ou du sommeil chez le nouveau né et l'enfant peut être du fait de leur exposition à un déséquilibre biochimique de la mère pendant la période prénatale.

Les femmes schizo-phrènes ont un taux élevé de grossesse accidentelle et de complications obstétricales, et elles sont particulièrement vulnérables à l'exacerbation de leur maladie pendant le post-partum, il arrive souvent qu'on leur retire la garde de leur enfant, lorsque ce n'est pas le cas, elles peuvent avoir du mal à répondre aux besoins de leurs enfants.

De surcroît, les femmes atteintes de troubles mentaux sont peut être plus susceptibles que les autres de faire une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse, ce qui fait du tort à leur fœtus. Enfin, les

médicaments antipsychotiques prescrits dans le traitement des troubles mentaux peuvent avoir des effets nocifs sur le développement du fœtus.

Bien que les avantages puissent l'emporter sur les inconvénients même pendant la grossesse, par exemple dans le cas du traitement d'une maladie à forme bipolaire, le lithium peut traverser le placenta et avoir des effets tératogéniques et toxiques.

En dépit de ces risques, les conséquences des troubles psychiatriques sur la santé de la reproduction restent souvent méconnues, et ce pour deux raisons principales.

Premièrement, les troubles psychiatriques telle la dépression, ne sont pas nécessairement identifiés, "dans notre cultures, où la première priorité de nombreuses femmes est le bien-être du mari et des enfants, la femme peut hésiter à s'avouer qu'elle a des besoins sur le plan émotionnel à moins que ceux-ci ne commencent à l'empêcher de prendre soin de sa famille" , explique Cindy Waszak, chercheur de FHI qui a étudié les questions liées à la santé reproductive des femmes en Egypte, au Vietnam et au Kenya. " Elle peut hésiter à décrire le degré auquel elle se sent déprimée, voire être incapable de le faire.

Son désarroi mental peut alors se manifester sous la forme de symptômes physiques mystérieux, vertiges ou fatigue par exemple".

Dans le monde en développement, divers troubles psychiatriques sont rarement diagnostiqués chez les femmes qui en souffrent, et il est même rare que celles-ci fassent l'objet d'un bilan clinique ", renchérit L.Wong-Hernandez, de l'OMPH qui a des bureaux dans huit pays. " il arrive souvent que ces femmes entrent en conflit avec des membres de leur famille et que ceux-ci les jettent à la porte, elles deviennent alors des colporteuses ou des mendiante. Personne ne les emmène au dispensaire pour leur faire passer une évaluation. " pas à contacter, y compris des sans domicile fixe qui sont atteints de troubles psychiatriques. ""

Même lorsqu'un trouble psychiatrique est diagnostiqué, les agents de santé ne se rendent souvent pas compte que le patient peut être sexuellement actif, avoir besoin de contraception et être capable de maîtriser l'utilisation de contraceptifs, que ce soit pour se prémunir contre les MST ou pour prévenir la grossesse.

Selon une étude faite aux Etats-Unis, environ la moitié de 178 patients atteints d'une maladie mentale grave ont déclaré avoir eu des rapports sexuels dans les six mois précédents; mais plus de la moitié de ces patients sexuellement actifs n'avaient jamais utilisé de préservatifs. S'agissant des patients sexuellement actifs pour lesquels on dispose de données, près de la moitié avaient eu des partenaires multiples, environ le tiers avaient pris de la drogue pendant les rapports et environ le tiers avaient eu des relations sexuelles pour obtenir en contrepartie de la drogue, de l'argent ou d'autres biens.

Aux Etats-Unis, les hommes souffrant de troubles mentaux chroniques et qui étaient suivis en consultation externe dans un établissement de soins psychiatriques couraient un risque important de concevoir un enfant non intentionnellement et de contracter des maladies sexuellement transmissibles.

La plupart des trente-cinq patients ayant fait l'objet de l'étude avaient eu un enfant, mais 60 pour cent des enfants de moins de 16 ans n'étaient pas élevés par leur père biologique.

Quarante et un pour cent des patients qui avaient eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente et qui ne voulaient pas avoir d'enfant ont déclaré ne pas avoir utilisé de contraceptifs, et leur partenaire non plus, lors de leur dernier rapport sexuel.

Une nouvelle étude effectuée en Nouvelle-Zélande auprès de deux groupes de 92 hommes chacun, l'un rassemblant des malades mentaux suivis en consultation externe et l'autre réunissant des hommes dépourvus de problèmes psychiatriques, a

fait des observations similaires: le tiers des malades mentaux qui ne voulaient pas avoir d'enfants ont déclaré qu'ils n'avaient pas eu recours à la contraception lors de leur dernier rapport (même pourcentage que parmi les hommes normaux), et les personnes malades étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir renoncé à la garde d'enfants de moins de 16 ans que les hommes sans problèmes psychiatriques.

Dans la mesure du possible, les prestataires devraient permettre aux individus ayant un handicap relationnel d'assumer la responsabilité de leur vie sexuelle, y compris en ce qui concerne la décision d'avoir un enfant. C'est un sujet qui peut être compliqué et prendre du temps. Souvent, il ne suffit pas de fournir une information sur la contraception.

Les femmes qui sont déprimées, anxieuses ou qui souffrent de troubles de l'organisation de la pensée ne sont peut-être pas capables d'utiliser certaines méthodes contraceptives de manière fiable, CO et préservatifs notamment.

On se heurte aussi à des difficultés quand on tente de prodiguer des contraceptifs aux femmes sans domicile fixe qui souffrent de troubles mentaux, ces femmes ont tendance à se droguer et à courir un risque élevé de maladies sexuellement transmissibles, parce que leur santé reproductive est le cadet de leurs soucis par rapport à la lutte qu'elles doivent mener rien que pour survivre dans la rue.

Elles vont rarement consulter un médecin, risquent d'être traitées de façon discriminatoire quand elles se rendent dans un dispensaire, ne possèdent pas les techniques de négociation nécessaires pour amener leurs partenaires à utiliser un préservatif et il est difficile de répondre à leurs besoins.

MATERIELS ET METHODES

C'est une étude rétrospective réalisée sur une durée de quatre ans (du premier janvier 2010 au 30 décembre 2014) en collaboration entre le service de gynécologie et le service de psychiatrie de l'hôpital Moulay Ismail Meknès.

257 patientes en âge d'activité sexuelle suivies en psychiatrie ayant bénéficiées de plusieurs séances de counseling dirigées par psychiatres et gynécologue en la présence de leurs familles pour pouvoir adopter une méthode de contraception.

Le recueil rétrospectif des données des entretiens pour l'analyse a été consigné sur une fiche individuelle de chaque patiente portant :

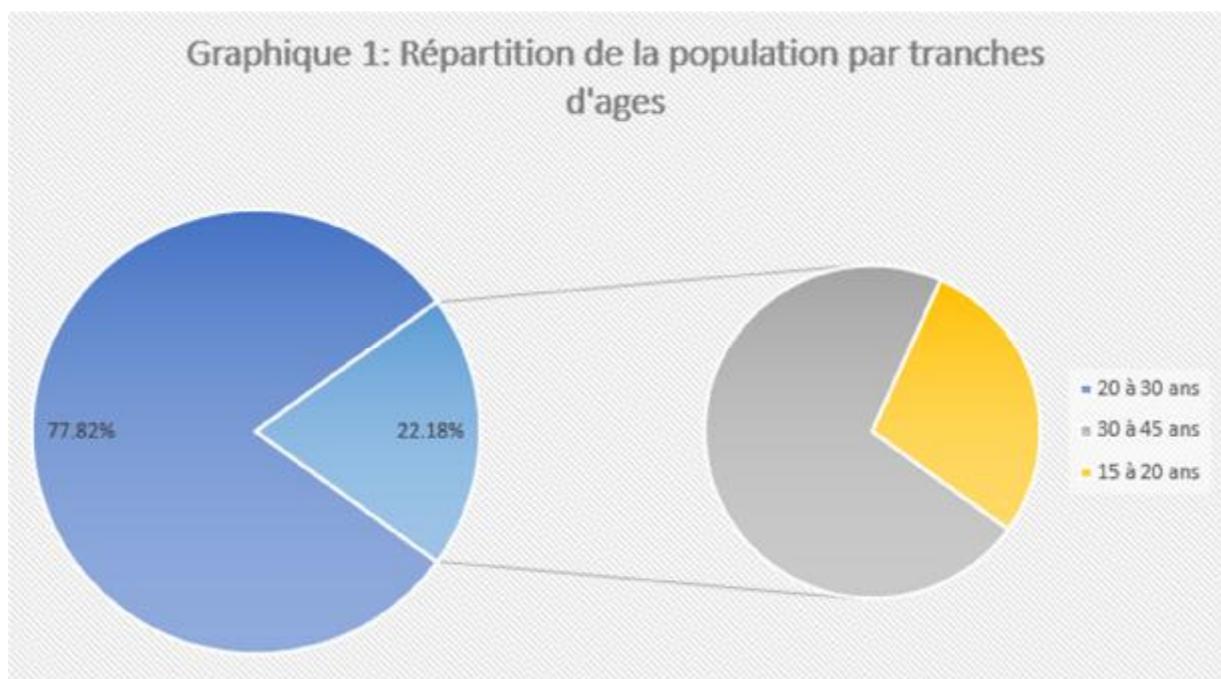
- Les noms des intervenants (gynécologue, psychiatre et un ou deux membres de la famille)
- Profil épidémiologique
- La pathologie psychiatrique et son évolution
- La demande de la contraception (patiente elle-même ou l'entourage)
- L'examen gynécologique
- les moyens contraceptifs proposés et la décision multidisciplinaire.

RESULTATS

I. Le profil épidémiologique :

A. L'âge :

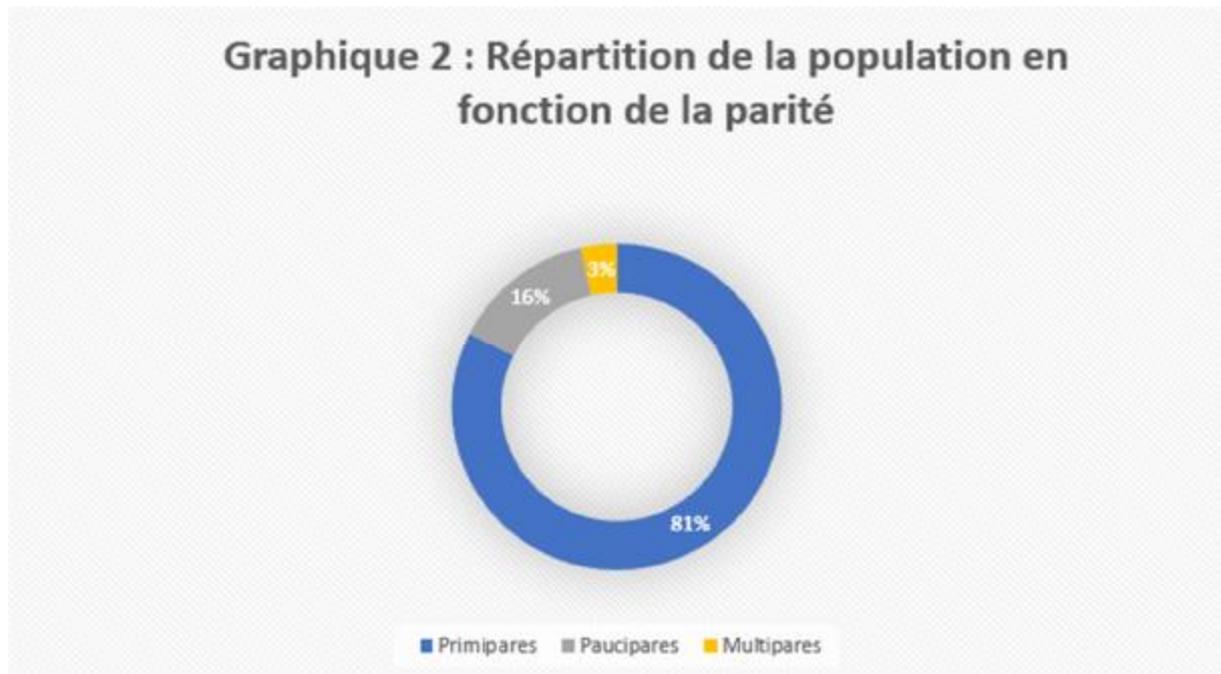
L'âge moyen de nos patientes se situe à 24 ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans, la tranche d'âge la plus importante est entre 20 et 30 ans 200 patientes (77,82%).



B. La parité :

Les patientes ont été réparties en trois groupes :

- 208 patientes sont primipares (81%)
- 41 patientes sont paucipares (16%)
- 8 patientes sont multipares (3%).



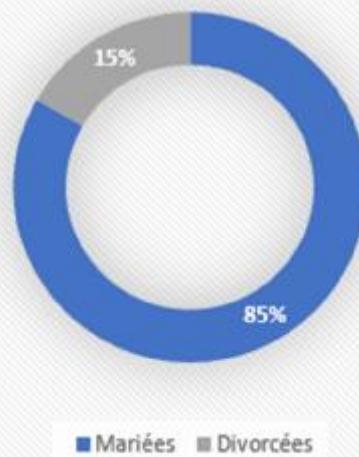
C. Le statut matrimonial :

218 patientes sont mariées (85%),

39 patientes sont divorcées (15%).

Aucune femme célibataire n'a été intégrée dans la base de données.

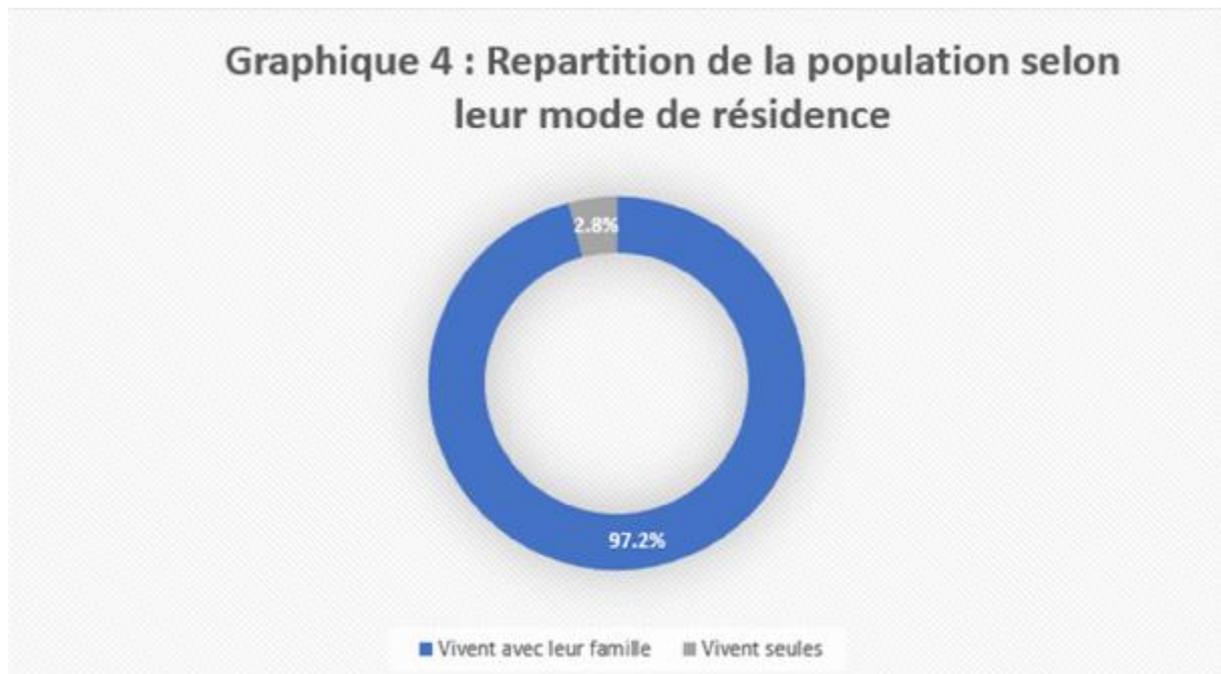
Graphique 3 : Répartition de la population selon le statut matrimonial



D. Le mode de résidence :

249 patientes vivent en famille (97,2%)

7 patientes vivent seules (2,8%).



II. Le profil psychiatrique :

A. Le diagnostic psychiatrique :

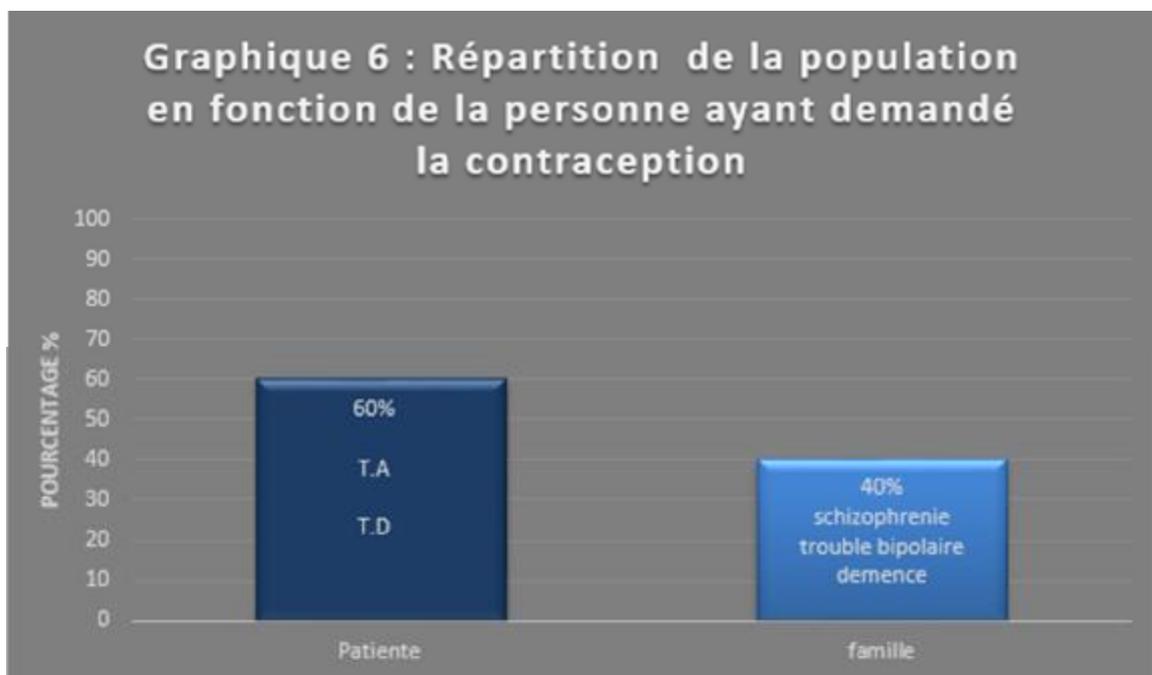
Dans notre série le plus gros lot des patientes est représenté par les troubles anxieux 43,5%, en suite les troubles dépressifs avec 32,29 %, la schizophrénie 15,5%, les patientes traitées pour trouble bipolaires 7,7% et en fin la démence 0.7 % des patientes.



B. La demande de contraception :

La demande de la contraception est effectuée dans 6 cas/10 par les patientes elles-mêmes du faite de l'incapacité à gérer une grossesse dans une atmosphère de troubles anxieux ou états dépressifs.

Dans 4 cas sur 10 c'est la famille qui demande la contraception par incapacité des patientes à gérer leur sexualité et ainsi des grossesses illégitime pour éviter les grossesses illégitimes, les pathologies concernées sont principalement la schizophrénie 15,5 %, les troubles bipolaires 7,7%,et la démence 0,7%

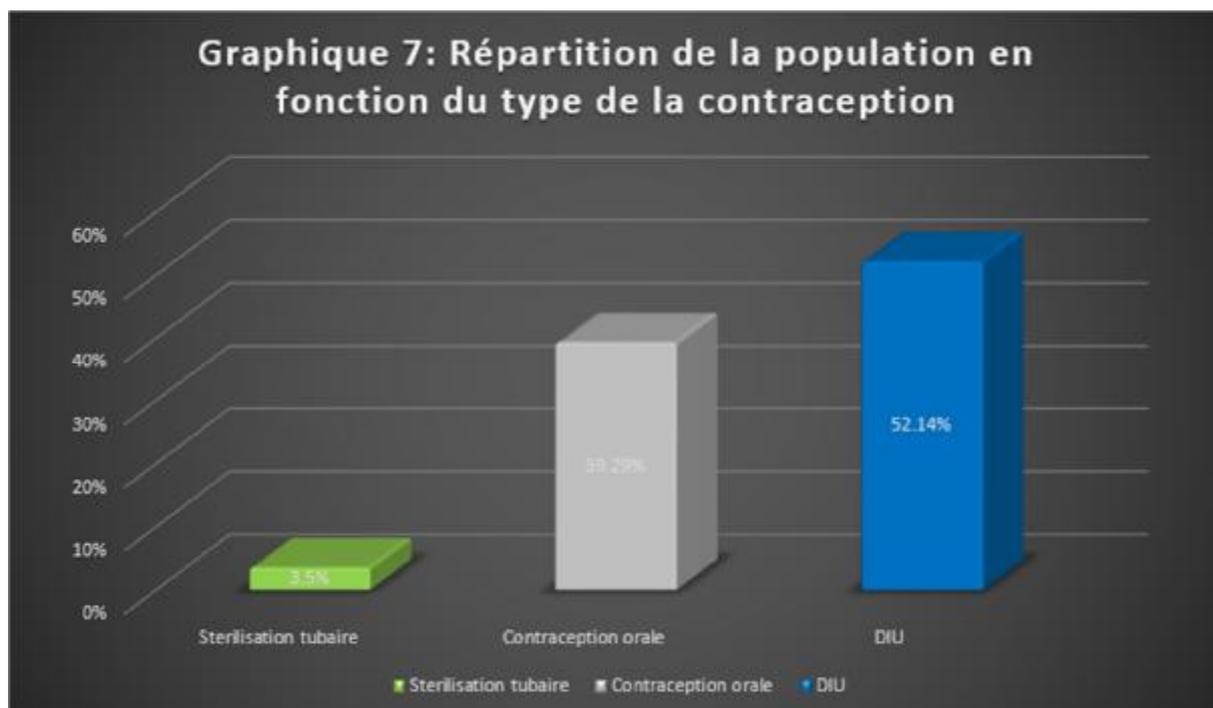


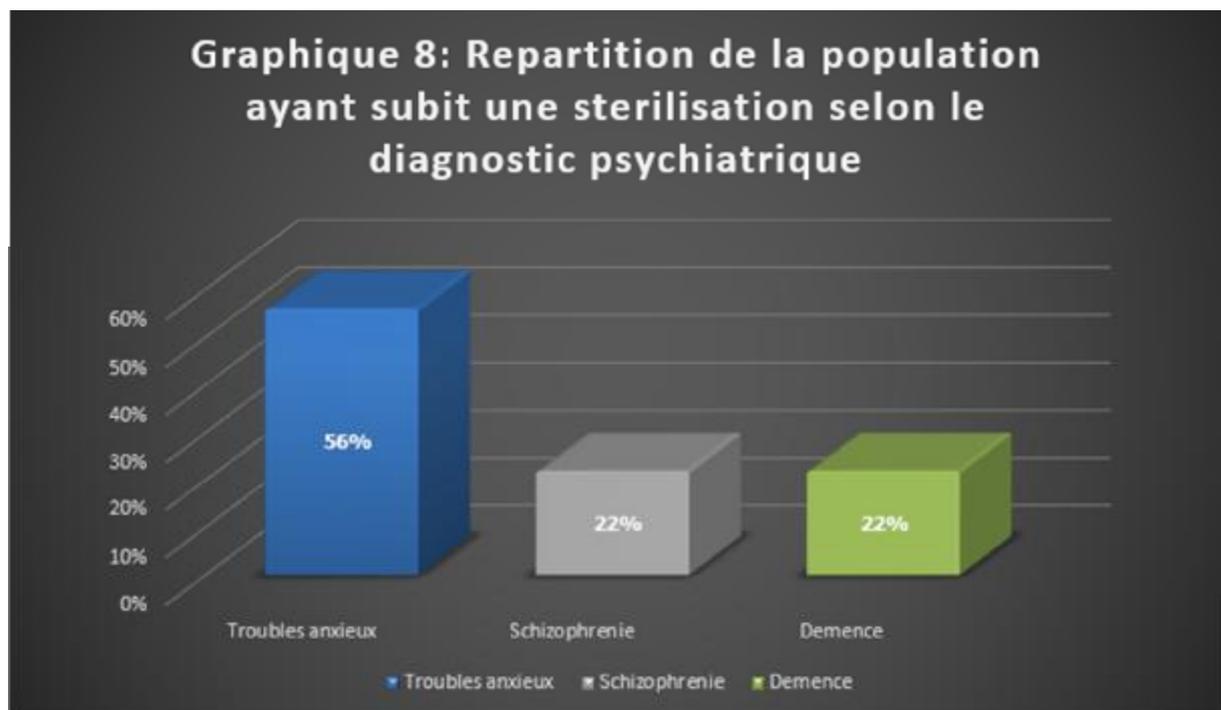
III. L'implication familiale et le mode de contraception :

L'implication familiale dans la prise médicamenteuse a permis l'utilisation de la contraception orale chez 39,29% des patientes.

Le DIU a été inséré chez 52,14% des patientes sachant qu'il ne demande pas l'implication de l'entourage et évite l'utilisation des œstrogènes (qui ont un effet négatifs quant a l'évolution de la dépression).

La stérilisation tubaire a été réalisée chez 3,5% des patientes : cinq multipares présentent d'important troubles anxieux incompatibles avec la capacité de mener leur grossesse a terme, et quatre patientes dont deux traitées pour schizophrénie et deux pour démence étaient connues pour des fugues itératives.





DISCUSSION

Notre étude réalisée en collaboration entre le service de gynécologie et le service de psychiatrie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès, portée sur 257 patientes en âge de procréer. C'est dernières atteintes de différentes pathologies psychiatriques ont bénéficiées d'une contraception. Appréhendant au passage quels étaient les facteurs médicaux et sociaux susceptibles d'intervenir dans leurs problématiques de contraception. afin cerner au mieux les propositions a leur faire et bénéficier d'un conseil contraceptif adapté.

Notant que peu d'articles ont été retrouvés analysant les facteurs influençant le choix contraceptif .

notre étude permet de proposer quelques pistes de réflexion.

I. Description de la population étudiée :

A. L'âge :

Parmi nos 257 patientes, 200 sont âgées de 20 à 30 ans.

Les résultats de notre travail se rapprochent des données de la littérature, qui retrouvent une plus grande demande de contraception chez les patientes atteintes de maladies mentales et âgées de 26 à 35 ans.

Les patientes de cette tranche d'âge ont bénéficiées plus souvent d'une contraception que les patientes plus jeunes ou plus âgées.

Il est donc nécessaire d'accentuer le conseil contraceptif aux bénéfices de ces deux derniers groupes de femmes.

B. Parité :

Le nombre moyen d'enfants par femme dans notre série est de 1,22 ce qui correspond à un taux plus faible que dans la population générale qui s'est situé à

2,49 enfants par femme au Maroc en 2015, par ailleurs il faut noter que notre échantillon ne comprenait pas de nullipares.

Le même constat a été soulevé par 2 études menées en France respectivement en 2014 et 2015 avec un nombre moyen d'enfant variant entre 1 et 1,51 chez les patientes atteintes de maladies mentales, ce qui reste plus faible que dans la population générale en France estimé à 2,01 en 2015.

Ces études ont révélées également, un taux plus faible de demande de contraception chez les nullipares.

De ce fait il semble que les patientes n'ayant pas d'enfants n'ont pas de contraception ce qui peut refléter un désir de grossesse, pas toujours conscient ou réaliste.

Chez les patientes atteintes de maladies mentales, quelles qu'elles soient, il est recommandé qu'une grossesse soit planifiée par la patiente avec l'aide de ses médecins, ceci afin de conduire des adaptations thérapeutiques et mener à bien une surveillance spécifique de ces grossesses. D'où l'intérêt de renforcer le conseil contraceptif chez les patientes nullipares.

C. Le statut matrimonial :

En ce qui concerne la situation matrimoniale, nous avons pu mettre en évidence que 85 % de nos patientes sont mariées versus 15% divorcées.

Il est important de noter que notre série ne contenait pas des patientes jamais mariées.

Dans le même contexte Sherry L. Farr et Kathryn M. Curtis ont objectivé un pourcentage de 47.8% de patientes mariées, 16,1% divorcées, 26,3% jamais mariées dans leur série réalisée en 2011.

En revanche dans une étude réalisée par Borrero S et Zhao X il a été rapporté que 26,1% seulement des patientes dans leur échantillon étaient mariés versus 25,8% divorcées et 47,2% jamais mariées.

Des résultats à peu près similaires ont été décrits par Lisa S Callegari et Zhao X dans 2 études réalisées en 2014 et 2015.

Cette discordance peut être expliquée par les spécificités de l'environnement culturel et religieux dans notre société en matière de sexualité.

Il s'avère alors que dans notre série, les patientes ne vivant pas en couple ressentent moins l'utilité du conseil contraceptif malgré le risque de conduites sexuelles souvent à risque de rapport fécondant.

Le fait qu'une patiente soient divorcée ou célibataire n'exclut pas qu'elle soit concernée par le conseil contraceptif.

Celui-ci doit être renforcé au vue de l'importance du nombre de femmes jugeant inutile une contraception, de façon parfois non adaptée.

D. Le mode de résidence:

Dans notre échantillon la grande majorité de nos patientes vivent en famille (249,) 7 uniquement qui vivent seules.

Ces résultats sont corroborés par ceux d'une étude menées en France qui a révélée une nette prédominance des patientes insérées familialement parmi les patientes ayant demandé une contraception.

Alors que le mode de résidence n'intervenait pas dans le reste des études retrouvées dans ce sujet.

Malgré le peu d'articles qui décrivent la relation entre le mode de résidence et la contraception chez les patientes atteintes de maladie mentale, on peu déduire que le manque d'insertion familial peut avoir des conséquences en termes de

contraception : sous utilisation de contraception , difficultés d'observance, grossesses non désirées, interruption Volontaire de Grossesse (IVG) à répétitions, difficulté à mener à bien l'éducation des enfants.

Le conseil contraceptif est donc particulièrement crucial chez ces patientes avec également une nécessité d'une sensibilisation efficaces des familles.

E. Sur le plan psychiatrique :

Dans notre série on note une prédominance nette des troubles anxieux et dépressifs avec un pourcentage de 76%, alors que 24% seulement de notre échantillon qui représenté les pathologies psychotiques tel que la schizophrénie, les troubles bipolaire et la démence.

Le même résultat a été soulevé dans une étude américaine incluant 34358 patientes menée par S Borrero, la contraception orale été la première méthode utilisée.

Tandis que Lisa S Callegari et Zhao X ont décrits dans leur série un taux de contraception des patientes souffrant de troubles anxieux et dépressifs nettement supérieur en comparaison aux autres pathologies psychiatrique (schizophrénie et trouble bipolaire) bien que leur échantillon ne contenait pas les patientes atteintes de démence.

Ce qui implique que les patientes interrogées ne représentent pas l'ensemble de la population psychiatrique de façon équitable .

Vue que la majorité des patientes était atteinte de pathologies qui affecte peu la qualité de l'observance thérapeutique ou des suivis on parle ici des troubles anxieux et dépressifs, contrairement aux patientes psychotiques qui sont pourtant les patientes les plus fragiles vue que leur maladies entraînent une altération plus importante des capacités cognitives et comportementales.

Nous pouvons donc penser que la qualité de la prise en charge dans ce groupe de patientes dépendait aussi bien de l'investissement de la patiente que du praticien et des réseaux médicaux.

Cependant les patients psychotiques ont plus de difficultés dans la prise de conscience de la nécessité de consulter, à la prise de rendez-vous, et à se rendre à leurs consultations.

Cette constatation est particulièrement préoccupante, d'où l'intérêt de renforcer le conseil contraceptif dans ce groupe de patientes, vue les multiples risques qu'une grossesse peut engendrer : aggravation de leur maladie, déni de la grossesse, IVG, comportements inappropriés ou dangereux pouvant conduire à l'infanticide.

Cette population nécessite donc une prise en charge médicale adaptée avec une attention particulière à leur contraception.

II. Caractéristiques de la contraception:

A. Mode de contraception

Dans notre étude on a constaté que parmi les méthodes contraceptives, le DIU représente en fréquence le premier moyen observé (52,14%), et la CO le second (39,29%), et la stérilisation tubaire le tiers (3,5%), ce qui n'est pas concordant avec les données de la littérature.

Borrero S et Zhao X ont constaté dans leur étude que la CO était la méthode contraceptive la plus utilisée (74,0%), anneau vaginal (3,4%), patch (2%), les progestatifs injectables (15,9%) à noter que dans leur série les moyens contraceptifs irréversibles étaient exclus.

Alors que dans la série de Lisa S Callegari et Zhao X, la demande de contraception dans leur échantillon ne représentait que 22,15%, avec une plus grande utilisation de la CO par rapport aux autres moyens contraceptifs.

Ces auteurs ont retenu dans une deuxième étude le même constat par rapport au moyen contraceptif le plus fréquent qui été la CO avec un pourcentage de (67,5%).

Ce qui peut être expliqué par le faite que notre série ne contenait pas des patientes nullipares contrairement au séries précédentes, ce qui encourage le plus l'utilisation de DIU au fait que ce moyen de contraception est encore peu utilisé chez les femmes jeunes nullipares.

En effet, pour encore de nombreux médecins généralistes et gynécologues, la nulliparité est une contre-indication à la mise en place d'un stérilet et malgré les recommandations de la HAS publiées en 2004, 68% des gynécologues et 84% des généralistes considèrent que le DIU n'est pas approprié chez la nullipare.

Nous avons constaté également que le DIU est nettement plus utilisé chez les patientes de notre étude que dans la population générale, cela concerne 21% des patientes contre 4.7 % des femmes en population générale.

Le DIU a comme principal bénéfice de pallier les difficultés d'une observance difficile liées à une contraception orale à assurer lorsque l'on souffre d'une pathologie psychiatrique.

De ce fait ce constat nous semble tout à fait adapté à ce groupe de patientes et cela d'autant plus si cette décision est prise après une explication claire et adaptée à la patiente.

En particulier dans le cas de la contraception a long terme ou permanente (DIU ou stérilisation), les prestataires doivent savoir qu'ils ont l'obligation juridique d'obtenir un consentement éclairé, ce qui signifie notamment qu'ils doivent

expliquer les avantages et les risques de la méthode, suggérer des options et déterminer si la personne est suffisamment compétente pour comprendre les informations présentées.

La stérilisation tubaire a été réalisée chez 3,5% de nos patientes : cinq multipares présentant d'important troubles anxieux incompatible avec la gestion d'une grossesse, et quatre patientes, dont deux traitées pour schizophrénie et deux pour démence connues pour des fugues itératives.

On a objectivé des résultats similaires à ceux retrouvés dans la littérature avec un taux de recours à la stérilisation tubaire plus grand que dans la population générale.

Il est important de signaler que personne ne devrait être stérilisé sans avoir préalablement donné son consentement, qui doit reposer sur la pleine compréhension de la procédure.

Vu que la plupart des femmes atteintes de maladie mentales sont capables de comprendre la signification de la stérilisation, et s'elles sont stérilisées contre leur volonté, elles peuvent subir des conséquences psychologiques graves.

B. L'implication familiale :

Notre étude montre que c'est principalement la patiente qui est à l'origine du choix de sa contraception (60%), cela concerne principalement les patientes atteintes de troubles anxieux et dépressifs.

Pour le reste d'entre elles (40%), les patientes schizophrènes, bipolaires et atteintes de démence, c'est principalement la famille (conjoint, tuteur) qui est à l'initiatrice de la contraception, mettant une fois de plus en lumière un problème d'autonomie de la patiente.

On a objectivé des résultats similaires dans la littérature et dans des séries précédentes.

Il s'avère alors que les patientes psychotiques ont plus de difficultés dans la prise de conscience de la nécessité d'une contraception.

Pour cela, il faut bien expliquer a ces patientes, de façon adaptée et personnalisée les différentes possibilités de contraception qui serai le plus susceptible de convenir a leur pathologie afin qu'elles puissent elles-mêmes faire le choix de leur contraception.

CONCLUSION

Le problème de la contraception dans le contexte de la maladie mentale reste un sujet complexe et demande des approches plus efficaces et spécifiques pour la gestion contraceptive.

La question d'une solution contraceptive adaptée concerne plus particulièrement les jeunes filles et femmes, qui courent le risque de se trouver enceintes et de donner naissance à un enfant qu'elles pourraient ne pas se sentir capables d'élever, ou ne pas être en mesure de le faire même si elles s'en sentent capables.

Il faut avant tout accompagner la patiente dans ses choix en lui donnant tout les outils disponibles dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire mais singulière.

De ce fait afin de concourir à une contraception optimale pour la patiente, le médecin prescripteur doit s'attarder à rechercher des facteurs médicaux et personnels pouvant influencer ce conseil contraceptif.

RESUME

Dans ce travail rétrospectif, nous avons étudié les différentes contraintes médicales et juridiques auxquelles se heurte le médecin prescripteur de contraception chez la patiente atteinte de maladie mentale de 257 cas de patientes suivies pour maladies mentales ayant bénéficiées d'une contraception en collaboration entre le service de gynécologie et le service de psychiatrie de l'hôpital militaire Moulay Ismail Meknès sur une durée de quatre ans.

Dans notre série, les femmes atteintes d'une pathologie psychiatrique sont pour la majorité mariées (85%), avec un taux de parité de 1,22 plus faible que la population générale, elles consultent principalement le gynécologue pour leur suivi de contraception et elles choisissent souvent elles mêmes le mode de contraception (60%).

Nous avons pu objectiver que les patientes de notre étude sont pour la majorité insérées familialement (97,2%)

La prescription de DIU et de stérilisation tubaire dans notre étude est supérieure à la population générale (DIU 52%, STERILISATION TUBAIRE 4%), et adaptée, compte tenu des difficultés d'observance dont souffrent les patientes.

Cette étude met en évidence l'importance de sensibiliser le médecin traitant à la problématique de la contraception chez ces patientes aux caractéristiques bien spécifiques.

Ces patientes souffrent d'une instabilité à la fois thymique mais aussi comportementale, relationnelle, médicale, nécessitant une adaptation régulière en termes de contraception.

Ces mesures aideraient ces patientes souffrant de pathologie psychiatrique, à prévoir leurs grossesses, à les gérer sur le plan médical mais aussi social et personnel, afin de les accompagner dans leur vie de femme et de mère.

ABSTRACT

In this retrospective study, we studied the various medical and legal constraints faced by the doctor prescriber of contraception for patients with mental disease of 257 cases of patients treated for mental illness who received contraception in collaboration between the service of gynecology and the service of psychiatry of the military hospital Moulay Ismail Meknès over a period of four years.

In our study, women with psychiatric pathology are mostly married (85%), with a lower parity rate than the general population (1,22), they mainly consult the gynecologist for their contraceptive follow-up and they often choose themselves the contraception method (60%). We observed that patients in our study are mostly inserted into their families (97,2%) .

The most chosen contraception is the intrauterine device and the tubal sterilization (IUD 52%, tubal sterilization 4%). They are more used than the general population and seem adapted for these patients suffering from difficulties with adherence. This study highlights the importance of making doctors aware of the problem of contraception in these patients with very specific characteristics.

These patients suffer from instability that is at the same time moody but also behavioral, relational, medical, requiring a regular adaptation in terms of contraception. These measures would help these patients suffering from psychiatric pathology, to plan their pregnancies, to manage them on a medical level but also social and personal, in order to accompany them in their life of woman and mother.

مطى

تفه هذه الدراسة الاسترجاعية الى تدليطا لظوء على لقيودا لطبية لقانونية مخذلفة
التي و لاطبيب ثناء و فوسا دل مناع حمل لسيديات لمصابات بضرع قلي شملت الدراسة
257 حالة من مريضات مصابات بامضع قلية والاتي لدت فدن منوسا دل مطلع حمل لتعاون بين
قدم أمضال لساو قدم الأمضال لذهنية في لستش في لعدكري مولاي بدماعيل بدمكنس على
مدى أربع سنوات.

في لدلنا هعظ ما لساو لمصابات بأمضال ذهنية متوجات بنسبة (85%) ، مع معدل
خصوبة قل مرمو لم لساو (1,22) .

المريضات يدتشن أخصائي أمضال لساو بشكل أدلبي من لجل موانع حمل وعا لبأ ما
يخترون بآذهنوسا دل مطلع حمل (60%) .

تظهر درلدتنا أفضعظ ما لمريضات يعشن في لقلعا دلة (97,2%) .

تجاوز نسبة وطفله لو لوتعقي م قنائلو دم في درلدتنا نسبتها في مرمو لم لساو ، نظراً
لدوا فقها لصدوبالمرارة والاضباطا لتي تعاني منها لمريضات.

تدل هذه الدراسة لظوء على أه ميطلع لاطبيب معالج على لمشكلة اختياو لدتعمال
موانع حمل وخصوصية ذلك لظوء ناظفة منا لمريضات.

هذه لمريضات يعانين من عدم الاستقرار المولجي لدلوكي ، لعلل ثقويك ذلك لاطبي ،
الشي لذي يظن لبا لتكليم نذظ م من حيثوسا دل مطلع حمل مع كل حالة
هذه لتدابير ستساو هذه لمريضات الاتي يعانين من أمضال ذهنية لخطيطا لحالات
الحمل ، و مرارة قبتها على لستوى لاطبيك ذلك الاجتماعي والشخصي ، من لجلها فقتهن في
حياتها مكنساو كأمهات .

FICHE D'EXPLOITATION

I. Données épidémiologiques :

1) Nom et prénom :

2) Age :

3) Situation familiale :

Célibataire Mariée Divorcée

4) Nombre d'enfants :

Nullipare

Primipares

Paucipares

Multipares

5) Mode de résidence :

Seule en famille

II. Données médicales :

1) Le diagnostic psychiatrique:

Troubles anxieux

Troubles dépressifs

Schizophrénie

Troubles bipolaires

Démence

Autres :

2) Qui a fait la demande de la contraception :

La patiente un membre de la famille

II. L'implication familiale et le mode de contraception :

Contraception réversible :

Pilule si oui : implication familiale

Stérilet si oui : implication familiale

Autre :

Contraception irréversible :

Stérilisation tubaire

BIBLIOGRAPHIE

1. Borrero S, Zhao X, Mor MK, et al. Adherence to hormonal contraception among women veterans: differences by race/ethnicity and contraceptive supply. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:103.e1-11.
2. Lisa S. Callegaria, Xinhua Zhao. Associations of mental illness and substance use disorders with prescription contraception use among women veterans (2014) 97-103
3. L.S. Callegari et al. Contraceptive adherence among women Veterans with mental illness and substance use disorder(2015)
4. GB. Oral contraceptives and depression: impact, prevalence and cause. *J Adolesc Health Care*1981;2(1):53-64.
- 5.Kulkarni J, de Castella A, Smith D, et al. A clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women. *Schizophr Res* 1996;20(3):247-52.
- 6.Hankoff LD, Darney PD. Contraceptive choices for behaviorally disordered women. *Am J Obstet Gynecol*1993;168(6, Part 2):1986-89.
- 7.Wagner KD, Berenson AB. Norplant-associated major depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry*1994;55(11):478-80; Wagner KD. Major depression and anxiety disorders associated with Norplant. *J Clin Psychiatry* 1996;57(4):152-57.

8. Abernethy V. Sexual knowledge, attitudes, and practices of young female psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30(2):180-82; Abraham SF, Bendit N, Mason C, et al. The psychosexual histories of young women with bulimia. *Aust NZ J Psychiatry* 1985;19(1):72-76; Akhtar S, Crocker E, Dickey, et al. Overt sexual behavior among psychiatric inpatients. *Dis Nerv Syst* 1977;38(5):359-61.

9. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 15):26-32; Williams KE, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum. *J Clin Psychiatry* 1997;58(7):330-34; Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 15):5-11.

10. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry* 1997;171:65-68.

11. Deater-Deckard K, Pickering K, Dunn JF, et al. Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child, the Avon longitudinal study of pregnancy and childhood study team. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6):818-23.

12. Field T. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev Med* 1998;27(2):200-3; Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R, et al. Childhood sleep problems: associations with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health* 1998;34(3):263-66.

13. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997;23(4):623-35.

14. Flaherty B, Krenzelok EP. Neonatal lithium toxicity as a result of maternal toxicity. *Vet Hum Toxicol* 1997;39(2):92-93; Schou M. Treating recurrent affective disorders during and after pregnancy. What can be taken safely? *Drug Saf* 1998;18(2):143-52.

15. Leavesley G, Porter J. Sexuality, fertility and contraception in disability. *Contraception* 1982;26(4):417-41.

16. McCormack B. Sexual abuse and learning disabilities. *BMJ* 1991; 303(6795):143-44.

17. Elkins TE, Gafford LS, Wilks CS, et al. A model clinic approach to the reproductive health concerns of the mentally handicapped. *Obstet Gynecol* 1986;68(2):185-88.

18. McNeeley SG, Elkins TE. Gynecologic surgery and surgical morbidity in mentally handicapped women. *Obstet Gynecol* 1989;74(2):155-58.

19. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. ANAES ; 2004

20. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception : Prescription et conseil aux femmes. HAS ; Juillet 2013

21. Gold K.J., Kibourne A.M. Primary care of patients with serious mental illness : Your chance to make a difference. *The journal of family practice*. 2008 ; vol. 57 : 525
22. Casadebaig F, Philippe A. L'accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalités des patients schizophrènes. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*. 1997 ; n°6 : 44-49
23. Février R, Bryssine S, Valon D. Comorbidités somatiques en psychiatrie. *Santé mentale*. 2004 ; 90 : 29-35.
24. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*. 2003 ; 37-860- 6p.
25. Kulkarni J, de Castella A, Smith D, et al. A clinical trial of the effects of estrogen in acutely psychotic women. *Schizophr Res*. 1996 ; 20 : 247-52
26. Slap GB. Oral contraceptives and depression: impact, prevalence and cause. *J Adolesc Health Care* 1981.
27. Marianne Delbecq Guirimand. Conseil contraceptif en psychiatrie : impact des facteurs sociodémographiques et médicaux pouvant influencer le conseil contraceptif chez cent patientes suivies en centre médico-psychologique d'Île de France. *Medecine humaine et pathologie*. 2014.

28. Jean-Baptiste GUISET «Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix».2014

29. (FIH)family health international, maladies mentales et de déficits intellectuels. Hiver 1999, volume 19, Numéro 2.

30. Programme national de la planification familial, les standards de la planification familiale au Maroc, 2014.