



Département
de médecine
générale,
université
Paris-Diderot

Effets d'une intervention sur le préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine

Effects of an intervention about female condom among medical students

Laurence Lhuillier, Julien Gelly, Jean-Pierre Aubert, Michel Nougairède

exercer 2013;109:214-22.

laurence.lhuillier@acsbe.asso.fr

Mots-clés

Préservatif féminin

Maladies sexuellement transmises

Contraception

Étudiant médecine

Key words

Female condom

Sexually transmitted diseases

Contraception

Medical student

Background. As a contraceptive method, the female condom is as effective as the male condom. The female condom is the only women-initiated method available for protection against sexually transmitted infections (STIs). Its use remains scarce in France.

Objective. To assess the effects in terms of knowledge, opinions and experimentations, of an intervention about the female condom with medical students.

Methods. Opinion survey carried out with fourth year medical students undertaking an optional course on prevention at the Paris Diderot University. Intervention: promotion and demonstration of female condom, followed by distribution of samples to medical students. Comparison of the answers given before and after the intervention.

Results. 124 students completed both surveys: 33 men and 91 women (sex ratio: 1/3). 9 students (7%) had tried a female condom before the intervention. 18 students (15%) tried it for the first time after the intervention (10 women and 8 men). 83 students (67%) felt that the intervention had changed their representation of the female condom. 61 students (49%) would recommend it to a friend. The advantages of the female condom pointed out by students were: women appropriation of the control over the exposure to STIs, possibility of setting up before sex. The disadvantages identified were: unsightly and unusual, high price, low diffusion in drugstores.

Conclusion. A single intervention on the female condom among medical students seems able to change their opinion. Some drawbacks may remain impediments to its dissemination.

Cette étude a bénéficié d'un financement par le réseau de santé Arès 92, qui a fourni la totalité des préservatifs féminins utilisés et distribués dans le cadre de cette intervention.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Introduction

Depuis sa commercialisation en France en 1999, le préservatif féminin fait partie des moyens de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées¹. Le préservatif féminin de deuxième génération (Female Condom 2, FC2) commercialisé depuis 2007 est constitué d'une gaine de nitrile, alors que celui de première génération était en polyuréthane² (figure 1). Un anneau intérieur, libre, facilite l'insertion du préservatif et le maintient contre le col de l'utérus. Un anneau extérieur, soudé, permet de maintenir le préservatif en place lors de la pénétration³. Son prix varie de 1,58 € à 2,30 € l'unité (contre 0,56 € l'unité pour un préservatif masculin). Les modalités d'emploi sont bien codifiées^{4,5} (encadré 1).

Le préservatif féminin apporte une double protection : contraceptive et contre les IST. Son efficacité dépend de la qualité de son utilisation³. L'indice de Pearl, ou nombre de grossesses non désirées observées pour 100 femmes pendant douze mois, est de 5 en utilisation optimale et

de 21 en utilisation courante, contre respectivement 3 et 14 pour le préservatif masculin. Certaines études, portant sur six mois seulement, rapportent de plus faibles taux de grossesses non désirées en utilisation courante (entre



Figure 1. Préservatif féminin de 2^e génération (female condom 2, FC2) et préservatif masculin



2,6 et 9,5 grossesses observées pour 100 femmes)^{6,7}. En termes de protection contre les IST, il est aussi efficace que le préservatif masculin^{8,9}.

L'acceptabilité du préservatif féminin nécessite un délai d'appropriation du dispositif par la femme¹⁰. Elle semble meilleure dans les groupes les plus à risque d'IST, comme les prostituées ou les toxicomanes⁵. Pourtant, la diffusion du préservatif féminin est faible en France : environ 1 million de commandes annuelles (chiffres fournis par le laboratoire Terpan[®]). À titre de comparaison, il s'est vendu 94 millions de préservatifs masculins en France en 2005¹¹. L'essentiel de la diffusion du préservatif féminin est assurée par les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de diagnostic anonyme et gratuit (CDAG), les mairies, le ministère de la santé, les hôpitaux ou les associations. Seulement 10 % des préservatifs féminins sont achetés par des particuliers. La pilule reste de loin la première méthode contraceptive, quel que soit l'âge¹². L'utilisation des différentes méthodes contraceptives par les femmes semble assez uniforme en France : préservatifs masculins à l'entrée dans la sexualité, contraception orale dès que la relation se stabilise, puis dispositif intra-utérin une fois que le nombre d'enfants souhaité est atteint¹³. Cette « norme contraceptive » pourrait représenter un frein à la diffusion du préservatif féminin. Le préservatif féminin a pourtant de nombreux avantages, tant objectifs que subjectifs. Ses inconvénients peuvent aussi constituer un rempart à son adoption par les usagers (tableau 1).

- ✓ Le préservatif féminin doit être mis en place entre trente minutes et huit heures avant le rapport sexuel. La femme doit se mettre dans une position confortable, tordre l'anneau intérieur en formant un « 8 », et l'insérer dans le vagin. L'anneau interne doit être poussé aussi loin que possible grâce à l'index placé à l'intérieur du préservatif, afin qu'il se mette en place contre le col de l'utérus. L'anneau externe doit recouvrir la vulve.
- ✓ Lors du rapport sexuel, la femme doit guider le pénis de son partenaire à l'intérieur du préservatif. Il n'est pas nécessaire de retirer le préservatif immédiatement après l'éjaculation. Pour le retirer, il faut tourner l'anneau extérieur afin de décoller progressivement le préservatif des parois vaginales, puis le jeter à la poubelle.
- ✓ Il est recommandé de : ne pas l'utiliser simultanément avec un préservatif masculin ; ne pas l'utiliser lors d'un rapport anal ; ne pas le réutiliser, y compris lors de rapports consécutifs avec un même partenaire⁴. Il est recommandé à la femme de s'entraîner à insérer le préservatif féminin plusieurs fois seule avant de l'utiliser avec un partenaire⁵.

Encadré 1. Modalités d'utilisation du préservatif féminin

	Avantages	Inconvénients
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Offre aux couples un choix supplémentaire dans la protection contre les IST et la contraception • Est le seul moyen de protection contre les IST à l'initiative des femmes • Permet une pose et un retrait à distance du rapport sexuel (ne nécessite pas un pénis en érection) • Protège mieux les organes génitaux externes de la femme contre les IST • Est plus résistant que le préservatif masculin • Est hypoallergénique (sans latex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûte plus cher que le préservatif masculin • Est peu diffusé en France • Nécessite un délai d'appropriation par la femme, avec un éventuel entraînement à la pose du dispositif • Nécessite que l'anneau extérieur soit maintenu lors de la pénétration • Nécessite éventuellement le maintien en place de l'anneau extérieur en cas de rapports sexuels vigoureux
Subjectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Conduirait mieux la chaleur et altérerait moins les sensations que le préservatif masculin en latex • Comprimerait moins le pénis • Serait plus avantageux en cas de sécheresse vaginale (lubrification importante) • Rendra l'éjaculation plus agréable en raison de sa largeur • Pourrait exciter le clitoris par l'intermédiaire de l'anneau extérieur • Faciliterait la poursuite de l'intimité sexuelle après l'éjaculation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait surprendre par sa taille • Pourrait effrayer le partenaire par son aspect inhabituel • Pourrait émettre un bruit désagréable lors du rapport sexuel • Pourrait occasionner une gêne en cas d'utérus rétroversé

Tableau 1. Avantages et inconvénients du préservatif féminin³



Concernant la formation des étudiants en médecine, la contraception et la protection contre les IST font partie des items déclinés dans les objectifs des épreuves classantes nationales (ECN)¹⁴. Peu d'enseignements identifient clairement le préservatif féminin dans leurs objectifs pédagogiques. Les étudiants sont convaincus de l'intérêt de se former sur la sexualité¹⁵. Leurs choix personnels en termes de contraception influencent leur aptitude ultérieure à délivrer une information efficace à leurs patients sur ce sujet^{16,17}. Rares sont pourtant les étudiants qui ont évalué l'efficacité d'une intervention sur la sexualité en milieu scolaire ou universitaire¹⁸. Dans ce contexte, il a paru intéressant de mettre en place une intervention ciblée sur le préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine, et d'en évaluer l'impact immédiat sur leurs connaissances, leurs opinions et leur expérimentation.



© maniesacha - Fotolia.com

Méthode

Une enquête d'opinion a été réalisée auprès d'étudiants en médecine, avant et après une intervention de promotion et de démonstration du préservatif féminin. La population incluse était les étudiants en deuxième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM2) inscrits au certificat complémentaire optionnel (CCO) de médecine préventive à l'université Paris-Diderot. Cet enseignement portait sur les principaux aspects de la prévention en soins primaires. Dans le cadre du CCO de médecine préventive, les étudiants réalisaient des tests en ligne sur un site Internet dédié, avant (pré-tests) et après chaque séance (post-tests)¹⁹. Il leur a été proposé de répondre à un pré-test supplémentaire dans la semaine précédant l'intervention sur le préservatif féminin. Un post-test supplémentaire a été mis en ligne deux mois après l'intervention, de manière à leur laisser l'opportunité d'essayer le préservatif féminin avec leur partenaire.

Une revue de la littérature n'a pas permis d'identifier de questionnaire validé adapté aux objectifs de cette étude. Un questionnaire original a donc été élaboré par consensus (tableau 2). Toutes les questions étaient fermées, pour

faciliter le traitement statistique des données. Le questionnaire comportait quatorze questions et se divisait en deux parties : l'une sur le préservatif masculin et l'autre sur le préservatif féminin. Dans chaque partie, des questions portaient sur l'expérimentation du préservatif et sur les caractéristiques qui lui étaient alléguées (pratique à utiliser, agréable à utiliser, facile à proposer à un partenaire sexuel, efficace contre les IST). Les réponses étaient formulées à l'aide d'échelles ordinales de type Likert. Une question supplémentaire portait sur les avantages et les inconvénients du préservatif féminin : les étudiants devaient sélectionner les trois propositions qui leur paraissaient les plus pertinentes, parmi une liste indifférenciée de cinq avantages et de cinq inconvénients.

Le contenu de l'intervention a été élaboré en collaboration avec l'association Sida-Paroles (Colombes, 92), en cherchant à anticiper les remarques et les réactions des étudiants. L'intervention a duré quinze minutes. Elle a été réalisée successivement devant dix groupes de vingt étudiants, par une unique intervenante, au cours de la même journée. La première partie de l'intervention mettait en lumière les avantages et inconvénients respectifs du préservatif féminin et du préservatif masculin. La seconde partie était une démonstration du préservatif féminin. L'intervenante faisait circuler des préservatifs féminins, afin que les étudiants puissent les observer et les manipuler. À la fin de l'intervention, deux préservatifs féminins étaient distribués à chaque étudiant.

Les modalités de réponses sur les caractéristiques alléguées aux préservatifs masculin et féminin ont été dichotomisées en considérant les « sans opinion » comme une réponse « défavorable ». Un identifiant unique permettait l'appariement des étudiants. Les comparaisons des résultats obtenus au pré-test et au post-test ont été réalisées uniquement pour les étudiants « doubles-répondeurs ». Le test de McNemar avec correction de continuité a été utilisé pour comparer les différences pré/post-tests. Le critère de jugement principal était défini par la question 9 du pré-test « Avez-vous déjà essayé un préservatif féminin ? » et la question 7 du post-test « Avez-vous utilisé un préservatif féminin depuis l'intervention ? ». Aucun test de comparaison statistique n'a été réalisé pour les données exploratoires spécifiques aux avantages et aux inconvénients. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R[®].

Résultats

Population incluse

Les 196 étudiants inscrits au certificat optionnel de médecine préventive représentaient la moitié de la promotion des étudiants de DCEM2 inscrits à l'université Paris-Diderot pour l'année 2008-2009. 124 de ces 196 étudiants (63 %) ont répondu à la fois au pré-test et au post-test : 33 hommes et 91 femmes (*sex-ratio* : 1/3) (figure 2).

	Pré-test	Post-test
Question 1	Quel est votre sexe ? <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	(inchangé)
Les prochaines questions concernent le préservatif masculin .		
Question 2	Avez-vous déjà utilisé un préservatif masculin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 3	Diriez-vous que le préservatif masculin est pratique à utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 4	Diriez-vous que le préservatif masculin est agréable à utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 5	Diriez-vous que le préservatif masculin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 6	Diriez-vous que le préservatif masculin est un moyen efficace de protection contre les IST ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Les prochaines questions concernent le préservatif féminin .		
Question 7	Aviez-vous déjà entendu parler du préservatif féminin avant de répondre à ce questionnaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous utilisé un préservatif féminin depuis l'intervention sur le préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Question 8	Si oui, à quelle occasion avez-vous entendu parler du préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> cours de la faculté <input type="checkbox"/> campagnes de prévention contre le VIH, télévision <input type="checkbox"/> amis, cercle familial <input type="checkbox"/> partenaire sexuel <input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> autre	Diriez-vous que cette formation a modifié votre représentation du préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Question 9	Avez-vous déjà utilisé un préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si un ami vous demandait votre avis, pensez-vous que vous conseilleriez le préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Question 10	Diriez-vous que le préservatif féminin est pratique à utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 11	Diriez-vous que le préservatif féminin est agréable à utiliser ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 12	Diriez-vous que le préservatif féminin est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 13	Diriez-vous que le préservatif féminin est un moyen efficace de protection contre les IST ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(inchangé)
Question 14	Parmi ces propositions, quelles sont, selon vous, les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin ? <input type="checkbox"/> il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur <input type="checkbox"/> il est cher et n'est pas disponible aussi facilement que le préservatif masculin en pharmacie <input type="checkbox"/> une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire <input type="checkbox"/> il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection <input type="checkbox"/> il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH <input type="checkbox"/> il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin) <input type="checkbox"/> la taille du préservatif et ses deux anneaux peuvent surprendre <input type="checkbox"/> il peut être difficile à mettre en place lors des premières utilisations <input type="checkbox"/> il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel	(inchangé)

Tableau 2. Questionnaire proposé aux étudiants : seules 3 questions du pré-test ont été modifiées lors du post-test



Connaissance, expérience et caractéristiques alléguées

La quasi unanimité des étudiants (123/124, soit 99 %) a déclaré avoir déjà entendu parler du préservatif féminin avant l'intervention. Les sources d'information citées étaient principalement les médias grand public (68 %), l'entourage personnel ou familial (40 %), et les enseignements facultaires (36 %). 8 étudiants (6 %) déclaraient que leur médecin les avait informés sur le préservatif féminin.

8 femmes et 1 homme (7 %) avaient déjà utilisé un préservatif féminin avant l'intervention. Ils étaient trois fois plus nombreux deux mois après l'intervention (18 femmes et 9 hommes, soit 22 % ; $p < 0,001$; critère de jugement principal). Près de 9 étudiants sur 10 avaient déjà essayé un préservatif masculin, sans différence significative entre les tests.

En ce qui concerne le préservatif féminin, les caractéristiques alléguées par les étudiants étaient initialement plutôt défavorables, à l'exception cependant de la confiance qu'ils lui témoignaient dans la protection

contre les IST (59 %). Les proportions de réponses favorables ont significativement augmenté lors du post-test pour les caractéristiques suivantes : pratique à utiliser, agréable à utiliser, et efficace contre les IST. Pour les deux premières, les valeurs absolues étaient cependant faibles. Aucun effet n'a été observé sur la facilité à proposer le préservatif féminin à un(e) partenaire sexuel(le) (tableau 3).

En ce qui concerne le préservatif masculin, les caractéristiques alléguées par les étudiants étaient initialement plutôt favorables, à l'exception du caractère agréable à utiliser (pré-test : 17 % ; post-test : 28 %). Une amélioration significative des réponses favorables a aussi été observée pour deux des quatre caractéristiques (pratique à utiliser, agréable à utiliser), alors que l'intervention portait uniquement sur le préservatif féminin.

Quatre-vingt-trois étudiants (67 %) ont déclaré que l'intervention avait modifié leurs représentations du préservatif féminin. Soixante et un étudiants (49 %) déclaraient qu'ils conseilleraient le préservatif féminin à un(e) ami(e).

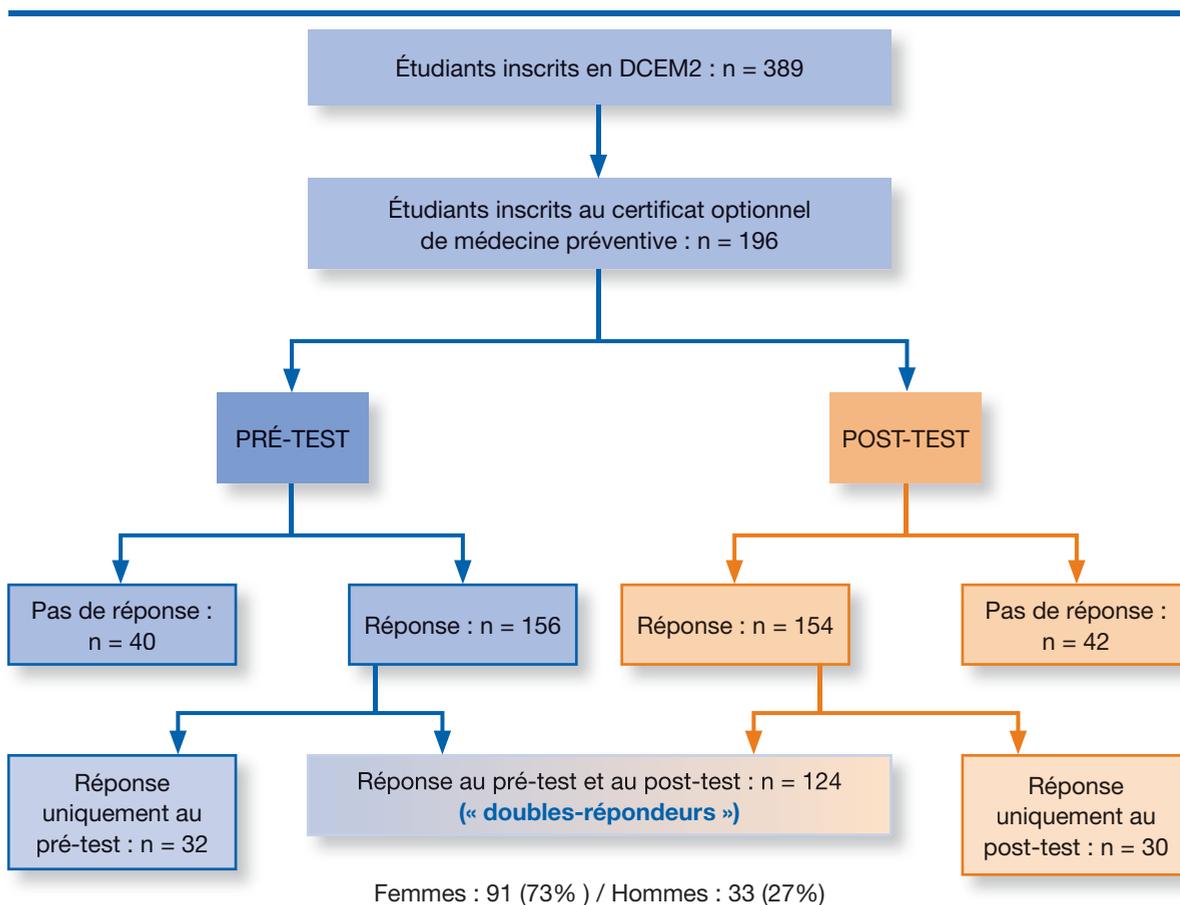


Figure 2. Diagramme d'inclusion des étudiants inscrits en deuxième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM2) à l'université Paris-Diderot au cours de l'année 2008-2009

Avantages et inconvénients du préservatif féminin

Le nombre moyen d'avantages cités par un étudiant a augmenté entre les deux tests (de 0,98 à 1,23), alors qu'il a diminué pour les inconvénients (de 2,02 à 1,86) (tableau 4). Le rapport avantages/inconvénients tendait à s'améliorer entre le pré-test (0,48) et le post-test (0,67). Les deux avantages les plus souvent cités par les étudiants (un cas sur trois) étaient que le préservatif féminin peut être mis en place longtemps avant les préliminaires et qu'il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition aux IST. À l'issue de l'intervention, plus de trois fois plus d'étudiants ont répondu qu'il altérait moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel (pré-test : 8 % ; post-test : 29 %). Les deux autres avantages proposés (alternance du port du préservatif entre les deux partenaires, absence d'allergie au latex) étaient cités par moins d'un étudiant sur cinq.

L'inconvénient le moins souvent cité était que le préservatif féminin provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel (pré-test : 10 % ; post-test : 12 %). Trois inconvénients ont été cités par 30 à 50 % des étudiants : cher et moins disponible que le préservatif masculin ; inesthétique et potentiellement effrayant pour le partenaire ; sa taille et ses deux anneaux peuvent surprendre. En revanche, l'impression de difficulté de mise en place lors des premières utilisations semblait avoir diminué (pré-test : 65 % ; post-test : 35 %).

Le choix des inconvénients par les étudiants n'a pas semblé être influencé par le sexe des étudiants. L'avantage le plus cité par les femmes concernait la maîtrise du risque d'exposition aux IST par la femme (vs 3^e rang pour les hommes), alors que le plus cité par les hommes concernait les meilleures sensations pendant le rapport sexuel car il transmet mieux la chaleur (vs 3^e rang pour les femmes). Enfin, aucune influence de l'expérimentation du préservatif féminin sur le choix des avantages et inconvénients n'a pu être observée. Le fait que le préservatif féminin altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et qu'il transmette mieux la chaleur a été proportionnellement plus choisi lors du post-test par ceux qui ne l'avaient pas essayé (31 % contre 20 %). Aucune différence n'a été observée lors du post-test pour l'inconvénient relatif à son aspect inesthétique et potentiellement effrayant (expérimentateurs : 55 % ; non-expérimentateurs : 53 %), mais la progression entre les deux tests a été plus importante chez ceux qui l'ont essayé (+ 57 % contre + 22 %). Inversement, l'inconvénient de la mise en place du préservatif féminin possiblement difficile lors des premières utilisations a fortement régressé, mais de manière plus importante dans le groupe des étudiants n'ayant pas essayé le préservatif féminin (expérimentateurs : - 30 % ; non-expérimentateurs : - 48 %).

Discussion

Cette étude a montré qu'une intervention ponctuelle auprès d'étudiants en médecine modifiait l'expérimentation et les caractéristiques attribuées au préservatif

	Pré-test	Post-test	Significativité
Avez-vous déjà essayé un tel préservatif ?			
Préservatif féminin	9 (7 %)	27 (22 %)	$p < 0,001$
Préservatif masculin	110 (89 %)	114 (92 %)	NS
Diriez-vous qu'il est pratique à utiliser ?			
Préservatif féminin	0 (0 %)	13 (10 %)	$p < 0,001$
Préservatif masculin	70 (56 %)	89 (72 %)	$p < 0,01$
Diriez-vous qu'il est agréable à utiliser ?			
Préservatif féminin	1 (1 %)	9 (7 %)	$p < 0,01$
Préservatif masculin	21 (17 %)	35 (28 %)	$p < 0,01$
Diriez-vous qu'il est facile à proposer à un(e) partenaire sexuel(le) ?			
Préservatif féminin	6 (5 %)	10 (8 %)	NS
Préservatif masculin	100 (81 %)	106 (85 %)	NS
Diriez-vous qu'il est un moyen efficace de protection contre les IST ?			
Préservatif féminin	73 (59 %)	100 (89 %)	$p < 0,001$
Préservatif masculin	122 (98 %)	124 (100 %)	NS

Tableau 3. Réponses favorables aux questions portant sur l'expérimentation et les caractéristiques alléguées des préservatifs féminin et masculin



féminin. Malgré la reconnaissance de son efficacité en termes de contraception et de protection contre les IST, certains de ses aspects négatifs demeuraient importants après l'intervention.

Les participants et les répondants analysés étaient représentatifs d'une promotion d'étudiants en médecine, notamment en termes de sexe. Dans l'ensemble, les étudiants semblaient plutôt attentifs aux explications et intéressés par la démonstration. Les convictions de l'intervenante lors de l'étude ont pu être déterminantes dans les résultats observés.

La proportion d'étudiants ayant expérimenté un préservatif féminin avant l'intervention était comparable aux données disponibles : 7 % ici, vs 5 %, dans une étude réalisée à Paris entre 1999 et 2001¹⁰. L'effet observé de l'intervention a semblé favorable sur ce critère, avec trois fois plus d'étudiants expérimentateurs au terme du délai relativement court fixé par l'étude (deux mois). À l'issue de l'étude, les non-expérimentateurs demeuraient cependant largement majoritaires (78 %). Les femmes semblaient

plus sensibilisées au préservatif féminin avant l'intervention (8 femmes expérimentatrices pour 1 homme), mais celle-ci a proportionnellement touché davantage les hommes (10 femmes nouvellement expérimentatrices pour 8 hommes). Les expérimentations du préservatif masculin étaient bien plus fréquentes (9 cas sur 10).

Deux tiers des étudiants ont déclaré que l'intervention avait modifié leur représentation du préservatif féminin, et la moitié qu'ils le conseilleraient à un(e) ami(e). Les étudiants de DCEM2 étant en début d'externat, il n'était pas approprié de leur demander ce qu'ils conseilleraient à un patient en contexte de soin. Ce résultat est à rapprocher des rares étudiants (6 %) ayant entendu parler du préservatif féminin par leur médecin. Ceci semble confirmer la faible participation des médecins dans la diffusion de ce préservatif, rapportée par une précédente étude : 3 % des personnes interrogées avaient entendu parler du préservatif féminin par leur médecin¹⁰. Ces résultats doivent être nuancés à la lumière d'un éventuel biais de remémoration. Un

	Pré-test (n = 124)	Post-test (n = 124)	Différence pré-/ post-test
Q14 : Parmi ces propositions, quelles sont, selon vous, les 3 affirmations les plus pertinentes au sujet du préservatif féminin ?			
Il altère moins les sensations que le préservatif masculin pendant le rapport sexuel et transmet mieux la chaleur	10 (8 %)	36 (29 %)	+ 26 (+ 260 %)
Il permet d'alterner le port du contraceptif entre les deux partenaires	22 (18 %)	26 (21 %)	+ 4 (+ 18 %)
Il peut être mis en place longtemps avant les préliminaires car il ne nécessite pas que le pénis soit en érection	41 (33 %)	38 (31 %)	- 3 (- 7 %)
Il permet à la femme de mieux maîtriser son risque d'exposition au VIH	42 (34 %)	37 (30 %)	- 5 (- 12 %)
Il ne provoque pas d'allergie (car il n'est pas en latex, contrairement au préservatif masculin)	6 (5 %)	16 (13 %)	+ 10 (+ 167 %)
Nombre total d'avantages choisis par les étudiants	121	153	+ 32 (+ 26 %)
Moyenne du nombre d'avantages par étudiant	0,98	1,23	
Il est cher et n'est pas disponible aussi facilement que le préservatif masculin en pharmacie	71 (57 %)	68 (55 %)	- 3 (- 4 %)
Une fois mis en place, il n'est pas esthétique et peut effrayer le partenaire	52 (42 %)	66 (53 %)	+ 14 (+ 27 %)
La taille du préservatif et ses deux anneaux peuvent surprendre	34 (27 %)	37 (30 %)	+ 3 (+ 9 %)
Il peut être difficile à mettre en place lors des premières utilisations	81 (65 %)	44 (35 %)	- 37 (- 46 %)
Il provoque un bruit désagréable qui peut perturber le rapport sexuel	12 (10 %)	15 (12 %)	+ 3 (+ 25 %)
Nombre total d'inconvénients choisis par les étudiants	250	230	- 20 (- 8 %)
Moyenne du nombre d'inconvénients par étudiant	2,02	1,86	
Ratio avantages / inconvénients	0,48	0,67	

Tableau 4. Réponses à la question portant sur les avantages et les inconvénients du préservatif féminin



médecin pourrait aussi se comporter différemment avec un patient dont il sait qu'il est étudiant en médecine. En ce qui concerne les caractéristiques alléguées au préservatif féminin, l'effet de l'intervention a été observé pour trois d'entre elles : pratique à utiliser, agréable à utiliser, et efficace contre les IST. Un effet de « contamination positive » a été observé pour le préservatif masculin pour les deux premières. Cependant, même après intervention, le préservatif féminin reste moins bien accepté que le préservatif masculin. L'absence d'effet sur la facilité à proposer le préservatif féminin témoigne de freins persistants chez les étudiants. Il existe probablement un biais de désirabilité sociale.

L'impact de l'intervention sur la perception des avantages et des inconvénients du préservatif féminin doit être interprété avec prudence, compte tenu de la faible proportion d'expérimentateurs à l'issue de cette étude (22 %). Les résultats observés sont cependant cohérents avec ceux d'une précédente étude menée auprès de prostituées en Amérique centrale : meilleures sensations, nécessité de s'entraîner, prix élevé et faible disponibilité, aspect peu esthétique pouvant effrayer le partenaire⁵.

La principale limite de cette étude est qu'elle repose sur un questionnaire d'opinion déclaratif. Une méthode quantitative a été choisie pour plusieurs raisons : grands effectifs, anonymat des réponses, et reproductibilité d'une promotion à l'autre. Une étude qualitative préalable aurait pu fournir des données pertinentes pour construire un questionnaire plus adapté²⁰. La liste prédéterminée d'avantages et d'inconvénients altère la validité

des résultats. Une question ouverte aurait peut-être été plus pertinente. Les données concernant le nombre d'utilisations du préservatif féminin pour chaque étudiant ou les modifications induites sur le plaisir sexuel lors de ces utilisations n'ont pas été recueillies. Ces données pourraient expliquer certains résultats de notre étude, et notamment celles qui concernent l'appropriation du dispositif. En effet, les non-expérimentateurs semblaient plus convaincus que le préservatif féminin transmet mieux la chaleur lors des rapports sexuels, et signalaient moins, après intervention, que sa mise en place peut être difficile lors des premières utilisations.

Malgré les biais habituels que comportent les enquêtes déclaratives, les résultats de cette étude sont sans doute représentatifs de l'image du préservatif féminin que les étudiants se sont forgée après l'intervention, image qu'ils seront susceptibles de transmettre en tant que futurs médecins.



© Silent_47 – Fotolia.com

Conclusion

Malgré certaines réticences persistantes, une intervention ciblée sur le préservatif féminin a modifié les opinions des étudiants en médecine, et leur expérimentation du préservatif féminin. Une telle intervention pourrait être intéressante à mettre en place et à évaluer dans d'autres contextes, notamment la formation continue de divers professionnels de santé, afin de favoriser l'intégration du préservatif féminin dans le panel des moyens de contraception et de protection contre les IST.

Résumé

Contexte. *L'efficacité du préservatif féminin comme moyen de contraception est équivalente à celle du préservatif masculin. Le préservatif féminin est le seul moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST) à l'initiative de la femme. Sa diffusion est faible en France.*

Objectif. *Évaluer l'impact d'une intervention sur le préservatif féminin auprès d'étudiants en médecine, en termes de connaissances, d'opinions et d'expérimentation.*

Méthode. *Enquête d'opinion auprès des étudiants en médecine participant au certificat complémentaire optionnel de médecine préventive de l'université Paris Diderot. Intervention : promotion du préservatif féminin, démonstration et distribution d'échantillons aux étudiants. Comparaison des réponses avant et après l'intervention.*

Résultats. *Cent vingt-quatre étudiants ont répondu aux pré- et post-tests : 33 hommes et 91 femmes (sex-ratio : 1/3) ; 9 étudiants (7 %) avaient déjà essayé un préservatif féminin avant l'intervention ; 18 étudiants (15 %) l'ont essayé pour la première fois après l'intervention (10 femmes et 8 hommes). 83 étudiants (67 %) ont estimé que l'intervention avait modifié leur représentation du préservatif féminin, et 61 étudiants (49 %) le conseilleraient à un ami. Les avantages du préservatif féminin mis en avant par les étudiants sont : réappropriation par la femme de la maîtrise de son exposition aux IST, possibilité de mise en place à distance des rapports sexuels. Les inconvénients retenus sont : aspect inesthétique et inhabituel, prix élevé, faible diffusion en pharmacie.*

Conclusion. *Une intervention unique sur le préservatif féminin modifie l'opinion des étudiants. Certains inconvénients restent néanmoins un rempart à sa diffusion.*



Références

1. Le préservatif féminin. Historique, commercialisation, promotion. Sida Info service. Disponible sur : <http://www.lepreservatif-feminin.fr/?Historique-commercialisation>.
2. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Female condom technical review committee: summary report on FC2. Genève : WHO, 2007. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.19_eng.pdf.
3. Prescrire Rédaction. Préservatif féminin. Une alternative au préservatif masculin. *Revue Prescrire* 2005;25:213-8.
4. World Health Organization. WHO Information Update: Considerations regarding reuse of the female condom. Genève : WHO, 2007. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf.
5. Mack N, Grey TG, Amsterdam A, Williamson N, Matta CI. Introducing female condoms to female sex workers in Central America. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2010;36:149-55.
6. Farr G, Gabelnick H, Sturgen K, Dorflinger L. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *Am J Public Health* 1994;84:1960-4.
7. Trussel J. Contraceptive efficacy of the Reality® female condom. *Contraception* 1998;58:147-8.
8. Macaluso M, Blackwell R, Jamieson DJ, et al. Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: a randomized clinical trial. *Am J Epidemiol* 2007;166:88-96.
9. French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis* 2003;30:433-9.
10. Deniaud F, Salmon AM, Porcher R, et al. Pose et utilisation du préservatif féminin : résultats d'une étude menée entre 1999 et 2001 en centres MST et CDAG à Paris. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2004;11:41-4.
11. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire du 20 septembre 2006 relative à l'installation de distributeurs de préservatifs masculins dans des établissements de santé. Ventes de préservatifs masculins, données AC-Nielsen communiquées par l'Inpes. Disponible sur : <http://adiph.org/documents/TO/circ200906-preservatifs.pdf>.
12. Lydié N, Léon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. In : Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Paris : INPES, 2006. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/888.pdf>.
13. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés* 2004;407:89.
14. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Bulletin Officiel n°22 du 7 juin 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>.
15. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med* 2009;6:362-8.
16. Rowen TS, Smith JF, Eisenberg ML, Breyer BN, Drey EA, Shindel AW. Contraceptive usage patterns in North American medical students. *Contraception* 2011;83:459-65.
17. Daniyam CA, Agaba PA, Agaba EI. Sexual behavior of medical students: A single institutional survey. *Afr Health Sci* 2010;10:150-3.
18. Larsson M, Eurenus K, Westerling R, Tydén T. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scand J Public Health* 2006;34:124-31.
19. Gelly J, Aubert JP, Cartier T, Le Bel J, Nougairède M. Évaluation de l'impact immédiat d'un dispositif pédagogique de formation « hybride » sur les connaissances des étudiants de second cycle en matière de prévention en soins primaires. *Pédagogie Médicale* 2011;12:149-58.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.