



HAL
open science

Les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse : qualité du suivi relatif à la contraception

Delphine Crochon

► **To cite this version:**

Delphine Crochon. Les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse : qualité du suivi relatif à la contraception. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743612

HAL Id: dumas-00743612

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743612v1>

Submitted on 19 Oct 2012

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

LES FEMMES AYANT RECOURS A
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : QUALITÉ DU SUIVI
RELATIF A LA CONTRACEPTION

Mémoire soutenu le :

Mardi 29 Mai 2012

Par : CROCHON Delphine

Née le 28 Janvier 1988

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

Année 2012

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

LES FEMMES AYANT RECOURS A
L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : QUALITÉ DU SUIVI
RELATIF A LA CONTRACEPTION

Mémoire soutenu le :

Mardi 29 Mai 2012

Par : CROCHON Delphine

Née le 28 Janvier 1988

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

Année 2012

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Président du jury ;

Monsieur le Docteur Charles BERARD, Assistant Spécialiste en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, Médecin invité ;

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure ;

Madame Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Sage-Femme Guidante du mémoire ;

Madame Maud BONFILS, Sage-Femme au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble ; Sage-Femme invitée.

Je remercie plus particulièrement,

Madame Françoise SCOUARNEC, Sage-Femme au Centre Hospitalier
Universitaire de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité et ses conseils durant l'élaboration de ce mémoire.

Madame Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de
Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité et son aide durant cette année de travail.

Madame Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-
Femmes de Grenoble ;

Pour son dévouement et sa présence au cours de ces années d'études.

Madame Joëlle TERRY, Sage-Femme Cadre du service d'Orthogénie de
l'Hôpital Couple Enfant ;

Pour ses renseignements et ses conseils quant à l'élaboration du projet.

Madame Marie-Françoise MONTIER, Ancienne Cadre Infirmière du service
d'Hospitalisation de Jour de Gynécologie de l'Hôpital Couple Enfant ;

Pour son autorisation à réaliser l'étude dans le service.

Toute l'équipe d'infirmières et sages-femmes du service d'Hospitalisation de
Jour de Gynécologie de l'Hôpital Couple Enfant ;

Pour leur accueil au cours de mes nombreuses venues dans le service.

Je remercie à titre personnel,

Ma famille, et en particulier mes parents ;
Pour leur soutien permanent et leur confiance.

Monsieur Rémi GUICHARD ;
Pour sa présence en toute circonstance.

Mademoiselle Eva INFUSO ;
Pour tout son dévouement pour notre promotion.

Mademoiselle Mélanie GUILLAND et toutes mes amies Etudiantes Sages-
Femmes ;
Pour toute l'aide apportée durant ce travail et au cours des années passées.

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	- 1 -
INTRODUCTION	- 2 -
1. MATÉRIEL ET MÉTHODES	- 4 -
1.1 <i>Type d'étude</i>	- 4 -
1.2 <i>Site de l'étude</i>	- 4 -
1.3 <i>Population</i>	- 4 -
1.4 <i>Recueil des données</i>	- 4 -
1.5 <i>Critères de jugement</i>	- 5 -
1.6 <i>Analyse statistique</i>	- 6 -
2. RÉSULTATS	- 8 -
2.1 <i>Diagramme d'inclusion</i>	- 8 -
2.2 <i>Caractéristiques de la population et du suivi</i>	- 9 -
2.3 <i>Qualité du suivi</i>	- 11 -
2.4 <i>Critères du modèle BERGER</i>	- 12 -
3. DISCUSSION	- 15 -
3.1 <i>Matériel et méthodes</i>	- 15 -
3.2 <i>Discussion des résultats par rapport à la littérature</i>	- 17 -
3.3 <i>Objectifs de l'étude</i>	- 23 -
4. CONCLUSION	- 25 -
5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 26 -
ANNEXES	- 31 -
ANNEXE I	- 31 -
ANNEXE II	- 32 -
ANNEXE III.....	- 37 -

ABRÉVIATIONS

I.V.G : Interruption Volontaire de Grossesse

D.G.S : Direction Générale de la Santé

H.A.S : Haute Autorité de Santé

BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

H.C.E : Hôpital Couple Enfant

H.D.J : Hospitalisation De Jour

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CO : Contraception Orale

D.I.U : Dispositif Intra-Utérin

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques

DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INTRODUCTION

Le 28 décembre 1967, les députés votaient la proposition de loi sur la régulation des naissances déposée par Lucien Neuwirth. Après une année de débats dans l'hémicycle et dans la société, l'usage de la contraception devenait légal en France. La loi autorisant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), dite loi Veil, a été promulguée le 17 janvier 1975 après une longue procédure législative et des débats très vifs. La diffusion de la contraception s'est depuis répandue puisque 66% des personnes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception ^[1].

Cependant, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable en France métropolitaine, à savoir environ 220 000 par an ^{[2][3]}. On parle communément du «paradoxe français». Il a même été évalué que 40% des femmes auront recours à l'IVG à un moment donné de leur vie ^[4].

De nombreuses études ont été faites afin d'essayer de comprendre ce phénomène. La Direction Générale de la Santé (DGS) a émis un bulletin en janvier 2007, la « Stratégie d'actions en matière de contraception », faisant état du contexte français et rappelant que les échecs de contraception peuvent résulter de la faible implication des femmes, mais aussi du manque d'informations délivrées par le prescripteur ^[5].

En effet, en matière de contraception, il est largement préconisé de laisser la patiente choisir par elle-même, de prendre en compte le couple dans sa globalité. Il apparaît donc nécessaire d'adapter la consultation ainsi que la prescription à chaque consultante ^{[8][9]}. Or les femmes interrogées à ce sujet affirment ne pas recevoir suffisamment d'informations, ne pas avoir pu choisir et ne pas avoir une méthode de contraception correspondante à leurs besoins ^[5]. C'est ainsi que différentes études montrent que le manque d'informations empêche les femmes de recourir à l'utilisation de certaines méthodes ^[1], ou encore qu'avec des conseils sur le mode d'emploi des différents types de contraception, ceux-ci voyaient leur utilisation augmenter considérablement ^{[11][12][13]}.

La contraception se joue donc à plusieurs, elle concerne la patiente ou le couple, et les prescripteurs. Il semble important que ces deux versants soient pris en compte: des actions peuvent être menées sur chacun d'entre eux [5].

Pour les professionnels, la Haute Autorité de Santé a ainsi préconisé un modèle afin de mener à bien une consultation gynécologique relative à la contraception : il s'agit du modèle BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour), en anglais GATHER [8]. Ce modèle se base sur l'idée du « counselling », qui consiste à conseiller la patiente, de manière à lui donner toutes les informations qui lui permettront de choisir par elle-même, pour elle-même et son couple. Les résultats des études du programme CHOICE (étude dans onze pays européens), publiés à ce jour, montrent qu'il y a une augmentation de la proportion de femmes modifiant leur choix contraceptif après une consultation reposant sur le counselling [14][15][16][17]. Il a été montré également l'influence de la qualité dans les soins relatifs à la contraception puisque l'élévation de celle-ci entraîne une augmentation d'utilisation des méthodes contraceptives [13].

Quant aux femmes, soixante-six pour cent de celles ayant une grossesse imprévue déclarent avoir une méthode de contraception [6][7][18]. Les échecs sont donc nombreux et l'utilisation du contraceptif n'est pas optimale. Pour les femmes utilisant une contraception orale, il a été montré qu'une femme sur cinq a un oubli de pilule au moins une fois par mois [8].

La venue des patientes dans un centre d'orthogénie en vue d'une IVG semble donc être un moment opportun pour aborder le sujet de la contraception car il peut être la conséquence d'une absence de contraception mais aussi d'une mauvaise utilisation. Un complément d'information pourra être donné à la patiente afin de lui permettre de trouver quel type de contraception lui est adapté, à la manière du counselling. L'étude a déterminé en premier lieu le niveau de qualité des consultations pour la contraception reçues par les femmes venant à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, en amont de leur prise en charge pour une IVG. Ceci afin de savoir si une qualité insuffisante peut être, dans une certaine mesure, une des explications de la stagnation du nombre d'IVG en France malgré la diffusion des contraceptifs. L'objectif secondaire était de déterminer les critères peu effectués au cours du suivi afin d'avoir des pistes d'amélioration au moment de la prise en charge.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale.

1.2 Site de l'étude :

L'étude était mono-centrique, elle a eu lieu à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, dans le service d'Hospitalisation de Jour de gynécologie (HDJ), où sont hospitalisées les femmes ayant recours à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), de type médicamenteuse ou chirurgicale.

1.3 Population :

La population était constituée de l'ensemble des femmes ayant recours à une IVG, durant 6 semaines au cours de l'été 2011, à l'HCE de Grenoble. Toutes les femmes, que l'IVG soit chirurgicale ou médicamenteuse, étaient éligibles.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- L'absence de suivi par un professionnel de santé pour la contraception.
- Le refus de participation à l'étude.
- Une grossesse désirée initialement (une IVG suite à une découverte précoce d'une pathologie fœtale létale, ou une IVG suite à une rupture du couple).
- Le fait de ne pas parler le français.
- L'incapacité de répondre aux questions du fait d'un état psychologique ou émotionnel rendant la communication impossible.
- Une IVG suite à une agression sexuelle.
- Un questionnaire non remplis en intégralité.

1.4 Recueil des données :

Les données ont été recueillies de manière prospective, par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme et auto-administré. Il a été distribué par moi-même, à chacune des patientes incluses dans l'étude. La distribution des questionnaires a eu lieu au cours de leur journée d'hospitalisation dans le service de Gynécologie de

l'HCE, en début d'après-midi, avant leur sortie. L'étude a été présentée à chacune des patientes hospitalisées à l'exception de celles exclues d'emblée du fait d'une grossesse désirée au moment de la conception ou de leur incapacité à communiquer (pour des raisons psychologiques ou de langage). Le consentement oral pour la participation à l'étude a ainsi pu être obtenu à la distribution du questionnaire. Celui-ci était laissé à la patiente acceptant la participation, et récupéré environ 30 minutes plus tard, lors d'un second passage dans la chambre.

Le questionnaire était composé de 37 questions, dont huit permettant de définir les caractéristiques de la population. Les autres questions étaient fermées, de type binaire. L'ensemble du questionnaire a été élaboré à partir des recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé de 2004, issues des stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [9]. Les items du questionnaire ont été corrélés aux différentes études retrouvées évaluant la qualité des services de planification familiale [13][20].

A la question relative aux informations données sur les méthodes contraceptives, comprenant cinq sous-items, la réponse était considérée comme un « oui » si tous les sous-items étaient réalisés.

Le questionnaire a été testé auprès de 20 femmes ayant recours à une IVG, au cours du mois de juillet 2011, à l'HCE de Grenoble. Ce test a permis une évaluation de la durée moyenne nécessaire pour remplir le questionnaire, de la pertinence des questions et des difficultés éventuelles de compréhension. Cinq à dix minutes ont été jugées suffisantes pour répondre à l'ensemble des questions. Deux questions ont été reformulées, et la présentation générale du questionnaire a été modifiée.

1.5 *Critères de jugement :*

L'objectif principal de l'étude était de déterminer le niveau de qualité du suivi gynécologique relatif à la contraception des femmes venant à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble pour une prise en charge en vue d'une IVG. Cela concernait le suivi effectué en amont de la prise en charge pour l'Interruption Volontaire de Grossesse.

Afin de déterminer le niveau de qualité, celle-ci a été évaluée à partir des critères décrits dans le modèle BERCER (GATHER en anglais) de l'Organisation Mondiale de la Santé, modèle de counselling préconisé dans les recommandations

pour le suivi contraceptif de la Haute Autorité de Santé de 2004. BERCER signifiant Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour. Tous les critères ont été pondérés équitablement. Les six parties du modèle BERCER décrites par les recommandations de l'HAS ont été reformulées [9]. Cela a permis l'obtention de vingt-sept critères [ANNEXE I].

Un score de qualité a donc été calculé, allant de zéro à 27, en fonction du nombre de critères effectués durant les consultations médicales relatives à la contraception. Ce score était le critère de jugement principal. Un niveau de qualité moyen était défini comme la moyenne des scores, plus ou moins la moitié de l'écart-type. En dessous de ces bornes, la qualité était qualifiée de basse, et au-dessus, de haute. Cette formule a été identifiée dans une étude sur la qualité des soins aux Philippines, « The link between quality of care and contraceptive use » [13]. Le critère de jugement secondaire était la fréquence relative à chacune des vingt-sept variables qualitatives dichotomiques constitutives du modèle BERCER.

L'objectif secondaire de l'étude était de déterminer quels étaient les éléments du suivi les moins réalisés par les professionnels de santé. Ces éléments pouvaient, par la prise en charge par les professionnels de santé de l'HCE, être améliorés. Le critère de jugement secondaire était la fréquence relative à chacune des vingt-sept variables qualitatives dichotomiques constitutives du modèle BERCER. Les critères étaient à améliorer pour des proportions inférieures à la moyenne, soit 50%.

Les autres variables analysées dans l'étude étaient les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques du suivi relatif à la contraception. Concernant les caractéristiques sociodémographiques des femmes, les variables étudiées étaient l'âge, la situation familiale, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études atteint, la gestité, et la répétition des IVG chez une patiente. Les variables analysées pour le suivi relatif à la contraception étaient le professionnel de santé ayant réalisé le suivi et le contraceptif utilisé avant l'IVG.

1.6 Analyse statistique :

Les données ont été saisies informatiquement et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

Les variables quantitatives de l'étude étaient l'âge et la gestité. Pour chacune de ces variables, les effectifs ont été répartis par catégorie. Pour l'âge, six catégories ont été définies. Elles s'étendaient de 15 à 45 ans, par tranche de cinq années. La gestité a été décrite par cinq catégories : primigestes, deuxièmes gestes, troisième geste, quatrième geste et une gestité supérieure à quatre..

La catégorie socioprofessionnelle des femmes a été définie à l'aide des sept catégories d'actifs de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). La huitième catégorie de l'INSEE (les retraités) n'a pas été retenue.

Trois catégories ont permis de décrire la situation familiale : les femmes célibataires, les femmes mariées ou pacsées, et les femmes en couple.

Cinq catégories ont décrit le niveau d'études. Ces catégories étaient les suivantes : l'absence de diplôme, l'obtention d'un Brevet des Collèges (ou BEPC), la possession d'un Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) ou un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), un niveau allant du baccalauréat à la licence, et un niveau supérieur à la licence.

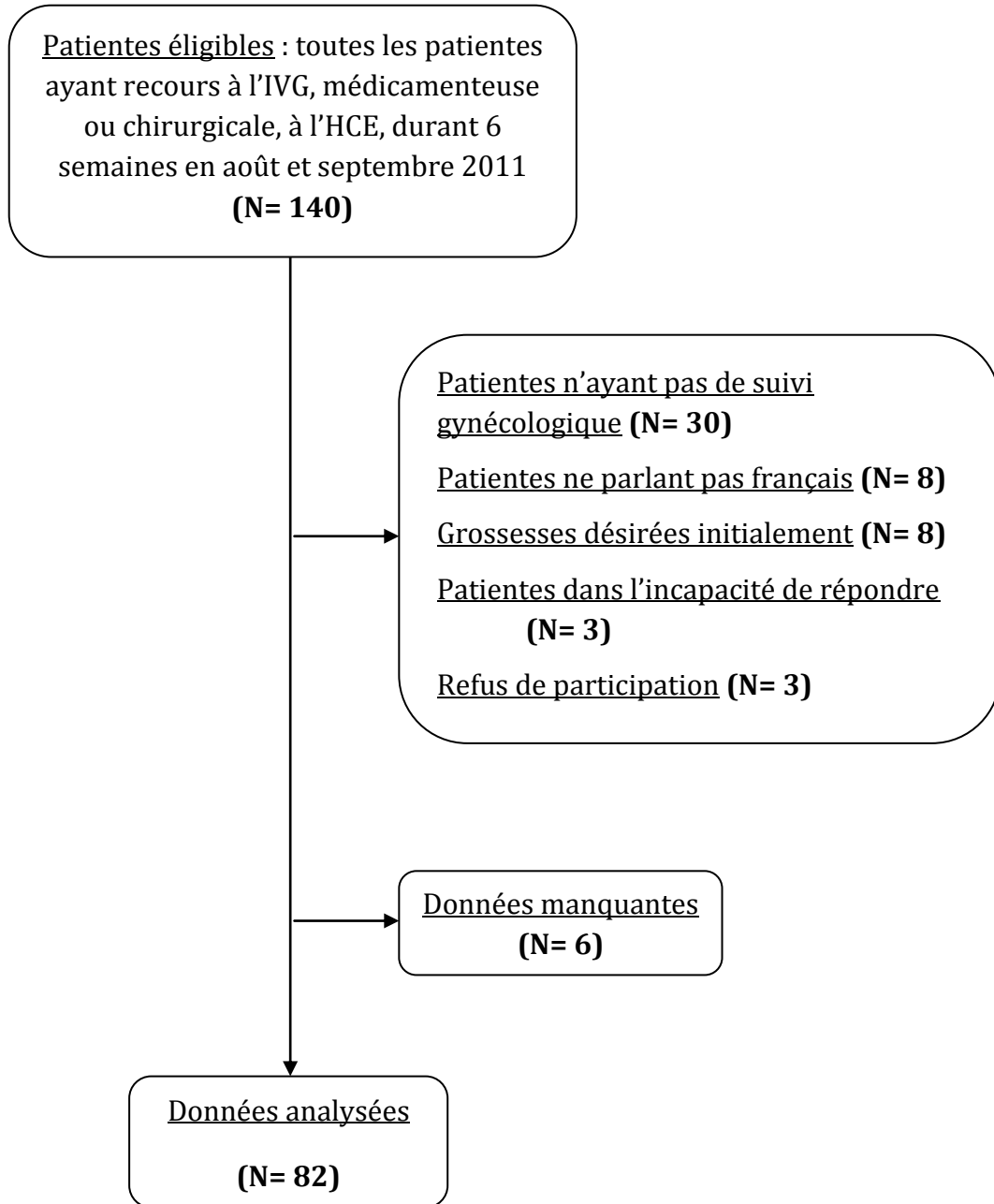
Enfin, la caractéristique « IVG répétées » était définie par un nombre d'IVG supérieur ou égal à deux. Les résultats ont été classés en fonction de cette définition afin d'obtenir une variable qualitative dichotomique.

Concernant la qualité, nos scores calculés ne suivaient pas une loi de distribution normale. Nous avons donc adapté la formule à notre étude, à savoir que nous avons utilisé la médiane et l'intervalle interquartile. Une première borne a été définie par la médiane des scores moins la moitié de l'intervalle interquartile. Une seconde borne a été définie par la médiane des scores plus la moitié de l'intervalle interquartile. La qualité a été considérée moyenne lorsque le score était compris entre ces deux bornes. En-dessous, la qualité était basse, et au-dessus, elle était haute. Les effectifs ont ensuite été répartis par niveau de qualité selon les scores obtenus.

L'ensemble des variables étaient qualitatives et ont donc été décrites par les effectifs et les proportions.

2. RÉSULTATS

2.1 *Diagramme d'inclusion :*



Trente personnes n'avaient eu aucun suivi gynécologique pour la contraception à leur prise en charge à l'HCE, soit 21,4% de la population éligible. Huit personnes ont été exclues du fait du désir initial de grossesse et d'une rupture du couple après la conception. Au final, 88 patientes ont été incluses à l'étude. Six d'entre elles ont été retirées car leurs questionnaires contenaient des données

manquantes, indispensables au calcul du score de qualité, donc à l'analyse. Celle-ci a donc été faite sur l'ensemble des 82 questionnaires totalement complétés.

2.2 Caractéristiques de la population et du suivi :

TABLEAU I. Caractéristiques générales de la population.		
	Effectif (N₁)	% (N=82)
Age des patientes		
15-19 ans	13	15,9
20-24 ans	23	28,1
25-29 ans	22	26,8
30-34 ans	13	15,9
35-39 ans	8	9,8
40-45 ans	3	3,7
Situation familiale		
Mariée/Pacsée	11	13,4
En couple	35	42,7
Célibataire	36	43,9
Catégorie Socioprofessionnelle		
Agriculteurs exploitants	1	1,2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1	1,2
Cadres, professions intellectuelles supérieures	4	4,9
Professions intermédiaires	8	9,8
Employés	32	39,0
Ouvriers	2	2,4
Sans activité professionnelle	34	41,5
<i>Etudiantes</i>	18	22
<i>Sans emploi</i>	16	19,5
Niveau d'études		
Aucun diplôme	3	3,7
Brevet/BEPC	6	7,3
BEP/CAP	21	25,6
Bac à Bac +3	34	41,5
>Bac +3	18	22
Gestité		
1	40	48,8
2	20	24,4
3	8	9,8
4	8	9,8
>4	6	7,3
IVG répétés (supérieur ou égal à 2)	22	26,8

Les femmes âgées de 20 à 29 ans représentaient la majorité de notre population, soit 54,9%. Les jeunes femmes de moins de 20 ans représentaient 15,9% de la population, tout comme les femmes de 30 à 34 ans [Tableau I].

Pour 26,8% des femmes, l'Interruption Volontaire de Grossesse pratiquée n'était pas la première [Tableau I].

Pour 73,2% de notre population, il s'agissait d'une première ou d'une deuxième grossesse : 48,8% étaient des primigestes, et 24,4% des deuxièmes gestes [Tableau I].

Soixante-trois pour cent de la population était composée de femmes ayant fait des études supérieures : 41,5% avaient un niveau allant du baccalauréat à la Licence, et 22% avaient un niveau de type Master. Près de 26% avaient un Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP) ou un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP). Une femme sur dix avait un niveau inférieur au Brevet des collèges : 3,7% des femmes n'avaient aucun diplôme et 7,3% avaient le Brevet ou BEPC [Tableau I].

Notre population était représentée par des femmes sans activité professionnelle (41,5%), dont 22% d'étudiantes et 19,5% de personnes sans emploi. Suivait ensuite la catégorie professionnelle rassemblant les employées, avec 39% de la population totale [Tableau I].

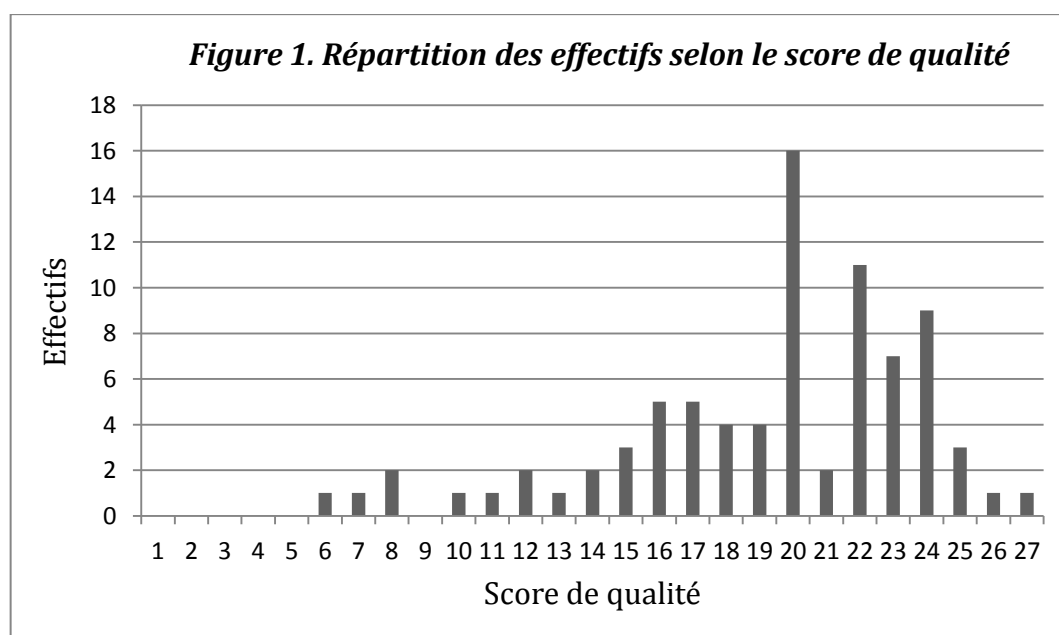
Concernant les caractéristiques du suivi, celui-ci a été réalisé par un gynécologue pour 61% des femmes et par un médecin généraliste pour 30,5%.

Pour 80,5% des femmes, la contraception est hormonale, avec la contraception orale utilisée essentiellement. Les méthodes barrières étaient utilisées par 15,9% des femmes. L'absence de contraception est citée pour 3,7% des femmes, le dispositif intra-utérin par 7,3% des femmes [Tableau II].

TABLEAU II. Caractéristiques du suivi gynécologique.		
	Effectifs (N₁)	% (N=82)
Suivi gynécologique		
Gynécologue	50	61
Médecin généraliste	25	30,5
Sage-femme	0	0
Autre (dont centre de planification familiale)	7	8,5
Contraceptif utilisé avant l'IVG		
Aucun	3	3,7
Méthodes naturelles (<i>MAMA, Ogino, retrait...</i>)	0	0
Méthodes barrières seules	13	15,9
<i>Préservatifs masculins/féminins</i>	12	14,6
<i>Spermicides</i>	1	1,2
Contraceptifs hormonaux totaux	66	80,5
<i>Contraception Orale (CO)</i>	51	62,2
<i>Association CO et préservatif</i>	7	8,5
<i>DIU</i>	6	7,3
<i>Implant</i>	1	1,2
<i>Patch</i>	1	1,2

2.3 Qualité du suivi :

Les scores de qualité des femmes s'étendaient de six à vingt-sept [Figure 1].



La médiane des scores obtenus à l'ensemble des vingt-sept critères était de 20 (intervalle interquartile : 6). Selon la formule citée dans la partie « Analyse Statistiques », les bornes des niveaux de qualité étaient donc les suivantes : la qualité était moyenne pour des scores compris entre 17 et 23 inclus, la qualité était basse pour des scores strictement inférieurs à 17 et haute pour des scores strictement supérieurs à 23.

Plus d'un suivi sur deux était de qualité dite moyenne, avec 59,8% des femmes. Vingt-trois pour cent des suivis était de basse qualité et 17,1% de haute qualité. On avait donc 83% des femmes dont le score de qualité de leur suivi était inférieur ou égal à 23 [Tableau III].

TABLEAU III. Qualité globale du suivi.		
	Effectif (N₂)	Proportion (%)
Basse qualité (Score, 0-16)	19	23,2
Moyenne qualité (Score, 17-23)	49	59,8
Haute qualité (Score, 24-27)	14	17,1

2.4 Critères du modèle BER CER :

Concernant les 27 critères du modèle, les proportions de réponses « oui » à chacun des critères allaient de 22% à 100% des femmes.

Et plus particulièrement, en regardant l'ensemble des 27 critères du modèle BER CER, nous avons retrouvé cinq critères qui avaient des fréquences relatives (pourcentages de réponses positives au critère) inférieures à la moyenne, soit 50%. Ces critères sont l'interrogation du professionnel au sujet de la situation économique de la patiente (22%), les informations générales données sur les méthodes contraceptives (24,4%), les informations relatives à la contraception d'urgence et son lieu de délivrance (41,5% et 42,7%), et l'aide effective apportée dans le choix de la méthode (46,3%).

Les critères dont les pourcentages de réponses positives étaient les plus élevés sont les renseignements demandés concernant les antécédents (100% des femmes),

la possibilité pour la patiente de poser ses questions (96,3%), et la clarté du discours du professionnel de santé (91,5%).

L'ensemble des autres critères avaient des pourcentages de réponses positives compris entre 50% et 90%. [*Tableau IV*].

TABLEAU IV. Fréquences relatives aux vingt-sept critères du modèle BERCER.

	Réponse « oui »	
	Effectif (N ₃)	Pourcentage (N=82)
Bienvenue, accueil de la patiente (0-3)		
<i>Présentation du soignant</i>	69	84,2
<i>Confidentialité des entretiens</i>	68	83
<i>Mise à l'aise</i>	67	81,7
Entretien, intérêt vis-à-vis de la patiente (0-8)		
<i>Antécédents</i>	82	100
<i>Mode de vie</i>	59	72
<i>Situation économique</i>	20	24,4
<i>Expérience personnelle</i>	56	68,3
<i>Habitudes contraceptives</i>	71	86,6
<i>Questions posées par la patiente</i>	79	96,3
<i>Préférences quant à la méthode</i>	70	85,4
<i>Examen clinique</i>	71	86,6
Renseignements, méthodes disponibles (0-5)		
<i>Informations globales</i>	66	80,5
<i>Informations reçues :</i>	18	22
<i>Bénéfices</i>	62	75,6
<i>Contre-indications</i>	63	76,8
<i>Risques</i>	42	51,2
<i>Inconvénients</i>	57	69,5
<i>Coût des méthodes</i>	35	42,7
<i>Clarté du discours</i>	75	91,5
<i>Compréhension de la patiente</i>	72	87,8
<i>Alternative proposée</i>	43	52,4
Choix, aide au choix (0-3)		
<i>Choix propre de la méthode</i>	69	84,2
<i>Aide de la part du soignant</i>	38	46,3
<i>Correspondance avec les besoins</i>	63	76,8
Explications (0-4)		
<i>Mode d'utilisation de la méthode choisie</i>	71	86,6
<i>Contraception d'urgence</i>	34	41,5
<i>Lieu de procuration</i>	35	42,7
<i>Raisons d'une nouvelle consultation</i>	53	64,6
Retour, suivi de la patiente (0-4)		
<i>Consultation ultérieure programmée</i>	49	59,8
<i>Information sur la satisfaction</i>	60	73,2
<i>Changement de méthode si besoin</i>	73	89,0
<i>Possibilité de poser les questions supplémentaires</i>	52	63,4

3. DISCUSSION

3.1 Matériel et méthodes :

Limite de l'étude :

Une des limites était le fait que l'étude s'intéressait à un moment particulièrement difficile d'un point de vue psychologique et physique pour la femme. Cela nous a laissé supposer que les patientes auraient pu ne pas vouloir participer à cette étude. Cela aurait créé un manque de puissance et un manque d'informations. Cette limite devait en partie être diminuée du fait de l'anonymat des personnes et du fait de ma venue afin de leur expliquer directement l'objet de l'étude. En effet, il semblait plus probable que rencontrer les femmes afin de leur présenter l'étude et l'importance de leur participation apporterait un meilleur taux de participation.

Afin de rencontrer l'ensemble des patientes, il a paru plus judicieux de se rendre dans le service d'HDJ, lors de l'hospitalisation des femmes, en tout début d'après-midi. En effet, il semblait nécessaire de les rencontrer à distance de l'anesthésie générale pour celles en bénéficiant, mais aussi avant les entretiens relatifs à la contraception, réalisés de manière systématique par les infirmières du service avant la sortie, cela afin de ne pas perturber les résultats. Et, bien entendu, cela permettait également de rencontrer toutes les patientes avant leur sortie de l'hôpital, qui ne devait avoir lieu qu'en milieu d'après-midi, selon les habitudes du service. Par ailleurs, il a été préféré le jour d'hospitalisation pour la distribution des questionnaires plutôt que le jour où les patientes ont rendez-vous dans le service d'orthogénie afin de rencontrer les différents intervenants (médecin gynécologue, anesthésiste, infirmière, assistante sociale, psychologue). On craignait, en choisissant la deuxième solution, une importante augmentation du taux de refus de participation. En effet, au cours de la matinée durant laquelle les patientes sont reçues en consultations de pré-IVG, elles rencontrent plusieurs professionnels cités plus haut. Et répondre au questionnaire aurait pu leur apparaître comme une contrainte supplémentaire.

Effectivement, le nombre de patientes ayant refusé la participation à l'étude n'est que de trois pour l'ensemble des 140 personnes rencontrées (soit 2,1% de la population éligible). Cependant, notre étude a tout de même un manque de puissance. Cela s'explique du fait de la nécessité d'une disponibilité quotidienne afin d'expliquer à l'ensemble des patientes l'étude, chose délicate à réaliser seule, sur une grande période. Mais on peut également souligner l'importance du nombre de patientes exclues, puisque 58 patientes ont été exclues de l'étude, soit 41,4% de notre population éligible initiale. On note également les données manquantes à l'étude, six questionnaires n'ayant pas été remplis en intégralité, soit 4,3% de la population éligible. Ces trois caractéristiques associées (la courte période d'étude, le taux de patientes exclues et les données manquantes), on a donc réuni 82 questionnaires remplis en totalité et analysables.

Biais de mémorisation :

Un biais important était celui de la mémorisation, le questionnaire faisant appel à la mémoire des personnes, et s'intéressant à des entretiens avec des professionnels de santé ayant eu lieu parfois plusieurs mois et pour certaines femmes, plusieurs années auparavant. Certaines informations pouvaient avoir été oubliées alors même qu'elles avaient été effectivement délivrées lors des consultations de suivi. Cela a probablement pu nous faire surestimer les suivis de moins bonne qualité.

Mais, d'autre part, le fait que le questionnaire ait été rempli par les patientes elles-mêmes et non par les professionnels de santé, permet d'avoir le reflet des informations qu'elles se souviennent avoir reçues. Ce mode d'enquête a permis une bonne évaluation des besoins des femmes à leur prise en charge. Car recevoir une information d'un professionnel ne signifie pas toujours l'avoir intégrée. C'est pourquoi, si les suivis de qualité basse ou moyenne ont pu être surestimés, on peut penser que les valeurs retrouvées pour les différents critères correspondent effectivement à l'état de ce dont les patientes se souviennent à leur prise en charge à l'HCE. Ainsi, on a un bon reflet des critères qui sont à améliorer lors des consultations.

Biais de subjectivité :

Un biais potentiel existait, du fait de la subjectivité des femmes. Se retrouvant dans une situation désagréable, elles pouvaient être amenées à « justifier » leur IVG par un mauvais suivi par les professionnels de santé. Ou bien, un suivi pouvait remplir tous les critères de qualité et ne pas être de qualité aux yeux des femmes. Cela pouvait également induire une surestimation des suivis de moins bonne qualité, et de moins bons résultats pour chacun des critères du modèle BERCER. Pour minimiser ce biais, il a été nécessaire de ne pas indiquer aux femmes le but de l'étude, dans ma présentation orale, mais aussi dans la présentation écrite qui précédait le questionnaire laissé aux patientes.

Par ailleurs, l'anonymat des femmes était fondamental afin de leur assurer l'absence de jugement de la part des professionnels qui pourraient voir leur réponse. Cependant, ma venue dans le service d'HDJ et le fait que ce soit moi-même qui distribue et récupère les questionnaires a pu modifier les résultats. En effet, mon statut d'étudiante sage-femme et non pas celui d'une personne neutre réalisant une étude statistique a pu laisser aux femmes l'impression d'un jugement de ma part.

3.2 Discussion des résultats par rapport à la littérature :

- Caractéristiques de la population :

En premier lieu, nous avons remarqué l'importance des femmes n'ayant aucun suivi gynécologique relatif à la contraception. Elles étaient au nombre de 30, soit 21,4% de la population éligible initiale des 140 femmes de l'HCE.

Par ailleurs, en comparant les résultats de notre étude aux données que nous possédions (BAJOS N. [6], DRESS [2], MOREAU C. [18], et DRASS Rhône-Alpes concernant la population rhodanienne [19]) nous remarquons que notre population était semblable aux populations des autres études concernant les femmes ayant recours à une IVG en France et en région Rhône-Alpes.

En effet, dans tous ces écrits, ainsi que dans notre analyse, on a retrouvé la même dispersion de la population dans les différentes catégories d'âge des femmes, à savoir que ce sont les 20-29 ans qui ont le plus recours à l'IVG, avec un pic de

fréquence pour les femmes de 20 à 24 ans. Puis, les proportions diminuent avec l'élévation de l'âge. La fréquence de femmes de moins de 20 ans, dans le département du Rhône, était de 16%, ce que nous avons observé également dans notre étude (15,9%). Seule la proportion des femmes de plus de 40 ans était différente : six pour cent dans le Rhône, 3,7% dans notre étude. Cette différence n'a pu être clairement expliquée. Une piste d'explication peut être celle de la démographie grenobloise. La population féminine grenobloise est plus jeune que la population française générale : les données INSEE de 2011 montrent que 30,9% de la population féminine grenobloise est âgée de 15 à 29 ans, contre 17,9% de la population féminine française. Les données des femmes ayant strictement plus de 40 ans, n'étaient pas précisées dans les statistiques retrouvées, tout comme les données sur la démographie rhodanienne.

En ce qui concerne l'emploi, nous remarquons que toutes les catégories socioprofessionnelles étaient concernées par l'IVG, ce qui était également constaté dans les autres études (BAJOS N [6], DRASS [19]). Dans notre population, on avait une importance prépondérante des femmes sans activité professionnelle comprenant les étudiantes et les personnes sans emploi : 22% des femmes étaient étudiantes, contre 19,5% des femmes sans emploi. Ces proportions sont inversées dans l'étude rhodanienne : il y avait plus de femmes rhodaniennes inactives ou sans emploi que de femmes étudiantes. Cela peut peut-être s'expliquer du fait de l'importance de la population étudiante de Grenoble, neuvième plus gros contingent d'étudiants de France avec dix étudiants pour 100 habitants (données INSEE 2006). L'importance de la proportion d'étudiante peut peut-être également expliquer le fait que 63,5% des femmes de notre population avaient un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat, contre 45,4% dans l'étude de C. MOREAU [18].

Trente-six pour cent des femmes dans l'étude faite dans le Rhône avaient un niveau d'étude inférieur au baccalauréat. Dans notre analyse, nous avons retrouvé un résultat quasi identique avec 36,6% de notre population. Il n'y a pas ces données dans l'étude de N.BAJOS [6].

Les résultats de la gestité ont été décrits par cinq catégories afin de pouvoir comparer nos résultats aux études. Ainsi, pour la moitié des femmes rhodaniennes, il s'agissait d'une première grossesse, et pour trois femmes sur dix, il s'agissait d'une seconde IVG ou plus. Dans l'étude de MOREAU C [18], les IVG étaient répétés pour

38,4% des femmes. Nous avons retrouvé les mêmes valeurs dans notre étude pour la gestité avec 48,8% de primigestes. Notre population était moins concernée par la répétition des IVG, avec 26,8% de femmes pour lesquelles il s'agissait d'au minimum une deuxième IVG.

La dernière caractéristique analysée était la situation familiale. Pour cette variable, notre étude a montré une inversion des proportions de femmes en couples ou célibataires par rapport aux autres études : nous avons 43,9% de femmes célibataires. Elles étaient 55,2% dans l'étude de C. MOREAU [8].

- *Caractéristiques du suivi :*

Pour le contraceptif employé précédemment par les femmes, celles-ci ont répondu de façon massive qu'elles utilisaient un contraceptif hormonal (80,5%), et en particulier la pilule associée ou non au préservatif (70,7%). La méthode par préservatifs arrivait en deuxième (14,6%). Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) concernait 7,3% de notre population. L'absence de contraception n'a été citée que par 3,7% des femmes.

Ceci n'est pas concordant aux données retrouvées dans les autres études. En effet, dans l'étude de C. MOREAU [18] et N. BAJOS [7], les proportions sont de 27,3% d'utilisation de la pilule, 16,4% pour les préservatifs, 1,7% pour le DIU, et pour 34,3% des IVG, il s'agissait d'une absence de contraception. Il s'agit peut-être d'une mauvaise formulation de la question de notre questionnaire, relative à la contraception, puisqu'elle ne précisait pas le moment d'utilisation concerné. Or, au cours de sa vie, la femme peut changer de méthode de contraception à de nombreuses reprises. Certaines ont pu donner pour réponse la méthode qu'elles ont le plus utilisé au cours de leur vie, tandis que d'autres ont répondu la dernière méthode de contraception employée. Cette problématique n'avait pas été révélée par les femmes lors de la phase de pré-test du questionnaire.

On peut également supposer que certaines femmes ont pu craindre un jugement de ma part en notant une absence de contraception et ont ainsi préféré opter pour une autre réponse proposée. Et il est important de rappeler que l'étude s'intéressait à une population de femmes ayant un suivi gynécologique relatif à la contraception. L'absence de suivi était un critère d'exclusion. Or on peut supposer

que les femmes n'ayant aucune méthode de contraception étaient aussi concernées par une absence de suivi. Ces deux explications peuvent en partie expliquer la faible proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception dans notre étude.

- *Qualité du suivi pour la contraception :*

Nos résultats indiquaient que pour près de six femmes sur dix (59,8%), le suivi était de qualité moyenne, avec un score compris entre 17 et 23 inclus. Ceci signifie que pour la majorité des femmes de notre population, au moins quatre critères du modèle BERCER n'ont pas été réalisés au cours des consultations de suivi. Il a aussi été révélé que 23,2% des femmes ont eu un suivi de qualité dite basse avec des scores inférieurs à 17. Ce qui signifie que dans notre population, près d'une femme sur quatre a reçu un suivi dont au moins onze critères du modèle BERCER manquaient. Ces résultats sont en faveur d'un manque de qualité des suivis des femmes ayant recours à l'IVG à l'HCE de Grenoble, et ils incitent à regarder plus particulièrement les critères pouvant être améliorés.

Il est difficile de comparer nos résultats concernant le niveau de qualité du suivi avec les données de la littérature puisque il n'y a pas de modèle précis afin de juger la qualité. La qualité des soins est une chose complexe, multifactorielle. Un grand nombre d'indicateurs peuvent être utilisés afin de l'évaluer. Ceci nous a imposé de reformuler nous-mêmes les critères à évaluer à partir des recommandations de la HAS. Et, bien que toutes les études relatives à la qualité des soins en matière de contraception aient un socle commun, des scores différents ont donc été retrouvés. Ces scores ne reposent pas tous sur les mêmes nombres de critères : certains ont dix critères [20], d'autres 24 critères [13]. Tous les critères ont été pondérés de manière équitable puisque chacun avait son importance, et qu'aucun n'était souligné plus particulièrement par la littérature [9]. Il en était de même lors des précédentes études [13]. On retrouve donc dans toutes les études des caractéristiques communes avec les critères du modèle BERCER que nous avons utilisés, mais jamais l'ensemble des critères.

Par ailleurs, comme dit auparavant, il se trouve que notre score était établi sur des critères retrouvés dans la description du modèle BERCER des recommandations de la HAS. Hors, le modèle BERCER ne regroupe pas un ensemble de critères précis, il s'agit d'une description type d'une consultation. On a choisi la synthèse des

recommandations afin de se tenir à une seule description du modèle. On pourra cependant trouver d'autres critères du modèle BERGER, selon la description qui a été faite, comme par exemple la description de l'Organisation Mondiale de la Santé.

De plus, certaines des études retrouvées ont été effectuées dans des pays où la situation contraceptive est totalement différente de la situation française, à des périodes différentes. Il est donc par exemple difficile de comparer des données issues d'une population française de 2011 avec des données d'une population des Philippines de 1998 [13].

Et, pour finir, notre recherche sur les bases de données d'études sur la qualité n'a pas permis de trouver de travaux relatifs à la qualité des suivis pour la contraception en France. Cependant, les institutions françaises s'intéressent effectivement à la qualité puisque « Agir sur la pratique des prescripteurs » est un des axes d'actions dans les Stratégies de la DGS [5].

- *Critères du modèle BERGER :*

Dans notre étude, nous avons retrouvé cinq critères dont les pourcentages de réponses positives étaient inférieurs à 50%, sur les 27 décrits dans les recommandations de la HAS. Trois de ces critères étaient déjà cités dans les différents textes à notre disposition : le manque d'informations générales sur les méthodes contraceptives (en particulier le coût financier des différentes méthodes), le manque d'informations données concernant la contraception d'urgence et son lieu de délivrance.

En effet, on retrouve la notion du manque d'informations générales données aux femmes dans le périodique écrit par BAJOS N. [6], dans le guide des Stratégies d'Actions de la DGS en 2007 [5], et dans l'écrit de l'INPES [8]. Le guide des Stratégies d'Actions rappelle les résultats de l'enquête EPILULE de 2003. Celle-ci a montré que lors d'une première prescription, les généralistes sont 60,4% à délivrer une information orale [5].

Le manque de connaissances concernant la contraception d'urgence est relevé dans l'enquête de GALL B., [1] et par l'INPES [8], ainsi que son utilisation demeurant trop peu fréquente selon BAJOS N. [6]. Les femmes de notre population ont ainsi signifié que pour moins de la moitié d'entre elles, la question de la contraception d'urgence et de son lieu de délivrance avait été abordée au cours des consultations de

suivi (respectivement 41,5 et 42,7% des femmes). Nous notons également les résultats de l'étude EPILULE qui a montré que le rappel de la conduite à tenir en cas d'oubli est fait systématiquement par 34% des généralistes, de temps en temps par 51,4% et rarement par 14,6% [5].

Les deux derniers critères étaient l'absence de question concernant la situation économique et l'aide effective dans le choix du contraceptif.

L'absence de question de la part du professionnel de santé quant à la situation économique de la patiente n'est pas évoquée en ces termes dans la littérature. C'est l'aspect financier qui est cité, en particulier dans la prescription des professionnels de santé. En effet, dans les Stratégies d'Actions en matière de contraception, il est rappelé que « le coût d'un certain nombre de méthodes contraceptives, non prises en charge par l'assurance maladie mais pourtant largement prescrites, peut constituer un frein pour certaines femmes en situation de vulnérabilité » [5].

Pour le dernier critère dont le taux de réponses positives était inférieur à 50%, aucune donnée n'a été retrouvée dans les différentes études et articles. Il s'agit du manque d'aide dans le choix de la méthode contraceptive. Cependant il s'agit d'un critère subjectif, dépendant de la femme et de sa perception. De la même manière que pour l'information délivrée, une femme a pu estimer ne pas avoir reçu d'aide de la part du professionnel de santé, alors que celui-ci a mis en œuvre tout le nécessaire pour le lui apporter.

Nous avons cependant les taux de réponses positives élevés pour plusieurs critères. Les antécédents de la patiente ont été demandés à toutes les femmes : le taux de réponses positives au critère était de 100%. Les femmes étaient presque toutes invitées à poser des questions (96,3%), et pour 91,5% d'entre elles, le discours du professionnel était clair. Ces informations ne sont pas retrouvées dans les différents textes puisque ceux-ci mettent essentiellement en avant les éléments négatifs du suivi.

Les dix-neuf autres critères du modèle BERCER ont été réalisés pour plus de cinq femmes sur dix. Ils pourraient aussi être améliorés au même titre que les cinq que nous avons analysés en particulier, puisqu'ils n'ont pas obtenu un taux de réponses positives maximal.

3.3 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude était de déterminer le niveau de qualité du suivi relatif à la contraception des femmes ayant recours à l'IVG à l'HCE de Grenoble. Notre étude a permis de montrer qu'un suivi relatif à la contraception sur six (59,8%) est de qualité moyenne, 23% des suivis sont de basse qualité, et 17,1% des suivis de haute qualité.

L'objectif secondaire était de déterminer les critères du suivi, issus du modèle BERCER, qui pouvaient être améliorés par la prise en charge à l'HCE. L'étude a ainsi montré différents critères pouvant être améliorés : la prise en considération par le praticien de la situation économique de la femme, les informations générales données sur les méthodes contraceptives possibles (dont l'aspect financier concernant ces méthodes), les informations données sur la contraception d'urgence, et l'aide apportée par le professionnel de santé dans le choix de la méthode.

L'ensemble de nos objectifs a donc été atteint. Les résultats nous permettent d'énoncer des propositions concernant la prise en charge des femmes afin d'améliorer la qualité. En effet, on peut envisager des actions sur les deux versants, à savoir sur la population des femmes reçues en consultation à l'HCE mais aussi sur les professionnels de santé en activité et en formation.

Concernant les femmes, afin de leur fournir plus d'informations, la diffusion de la plaquette d'information « Choisir sa contraception » de l'INPES pourrait être plus large, et en particulier elle pourrait être donnée aux femmes ayant recours à l'IVG, à leur arrivée à l'HCE. L'affiche « A chacun sa contraception » pourrait être également placée dans les salles d'attentes du service d'orthogénie. Aussi, afin d'augmenter les connaissances des femmes concernant la contraception d'urgence, l'INPES a prévu une diffusion de carte : « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », à destination des professionnels de santé [22]. Celle-ci pourrait être distribuée aux femmes venant aux consultations de pré-IVG, ou lors de l'hospitalisation des patientes, pendant les entretiens relatifs à la contraception réalisés par les infirmières du service. La carte pourrait être distribuée en même temps que la contraception orale leur est expliquée.

De manière générale, il nous paraît aussi important de poursuivre les campagnes télévisuelles pour la contraception puisqu'une femme sur cinq dans notre

population n'avait pas de suivi relatif à la contraception. La dernière campagne de l'INPES, a été lancée le 26 Octobre 2011.

Pour les professionnels de santé recevant les femmes pour une IVG à l'HCE, une diffusion plus importante du guide de la Direction Générale de la Santé, « Contraception : Pour une prescription adaptée », pourrait être intéressante. Ce document décrit les différentes parties du modèle BERCER, et pourrait ainsi servir de guide afin de compléter les critères que les patientes disent ne pas avoir reçues. En octobre 2011, l'INPES a également proposé un nouveau document : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? » [*Annexe III*].

4. CONCLUSION

Nos objectifs principaux et secondaires ont été atteints. Notre étude a montré ainsi qu'en majorité, les femmes venant à l'Hôpital Couple Enfant pour une Interruption Volontaire de Grossesse décrivaient avoir reçu un suivi gynécologique relatif à la contraception de qualité moyenne : cela concernait 59,8% d'entre elles. Un suivi de mauvaise qualité concernait 23,2% des femmes. Ce qui irait dans le sens de notre hypothèse de départ qui était que la stagnation du nombre d'IVG en France pourrait en partie s'expliquer par l'insuffisante qualité des suivis gynécologiques de contraception.

Par ailleurs, les résultats ont révélé que l'on peut mettre l'accent sur des critères en particulier : les femmes ont dit ne pas avoir suffisamment d'informations générales concernant les méthodes de contraception, la contraception d'urgence et son lieu de délivrance.

Ces aspects peuvent être améliorés lors de la prise en charge pour l'IVG. L'amélioration peut en outre s'effectuer par la distribution à toutes les femmes consultant pour une IVG à l'HCE de la plaquette informative de l'INPES « choisir sa contraception », qui décrit de façon précise l'ensemble des moyens de contraception possibles. Ceci afin de palier le manque d'informations décrit par notre population.

La sage-femme a un rôle à jouer dans le suivi gynécologique depuis l'article L.4151-1 du code de la santé publique, modifié en 2009, qui a prévu que «l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». La formation des futurs sages-femmes est donc importante.

Notre étude était mono-centrique, elle se limitait à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble. Une autre étude pourrait comparer les résultats obtenus à l'HCE avec une autre structure afin de déterminer si les proportions décrites dans notre étude se retrouvent dans un autre établissement. On pourrait également étudier la qualité du suivi mais auprès des professionnels de santé, afin de comparer les résultats avec ceux de notre étude.

5. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Enquête BVA-INPES.

GALL B, JOUANNIC E.

Les français et la contraception, 2007.

[2]. VILAIN A, MOUQUET MC.

DRESS, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,
Etudes et Résultats, 2011 Juin; n°765.

[3]. PRIOUX F, MAZUY M, BARBIERI M.

INED, Institut National d'Etudes Démographiques,

L'évolution démographique en France : les adultes vivent moins souvent en
couples.

Population-F, 65 (3), 2010, 421-474

[4]. BAJOS N.

Sexualité, contraception, prévention et rapports du genre dans La santé des
femmes en France.

Collection Etudes et Statistiques, La documentation française, DRESS, 2009.

[5]. Direction Générale de la Santé.

Stratégie d'actions en matière de contraception.

Janvier 2007.

[6]. BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M.

Pourquoi le nombre d'IVG n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?

Population et Sociétés, INED, numéro 407, décembre 2004.

[7]. BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H, OUSTRY PACALE, JOB-SPIRAN, and al.

Contraception: from accessibility to efficiency.

Human Reproduction, Volume 18, n°5, 2003.

[8]. INPES.

Contraception: que savent les français ?

Dossier de presse, 5 Juin 2007.

[9]. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Synthèse des recommandations professionnelles de l'ANAES, Décembre 2004.

[10]. BITZER J.

Contraceptive compliance – Why is contraceptive failure still so frequent?

Ther Umsch; 2009 Feb; 66(2): 137-43.

[11]. LEE JK, PARISI SM, AKERS AY, BORRERRO S and SCHWARZ EB.

The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use.

Journal of General Internal Medicine; 2011 Feb 8.

[12]. SINGH R, FROST J, JORDAN B and WELLS E.

Beyond a prescription: strategies for improving contraceptive care.

Contraception; 2009 Janv; 79(1): 1-4.

[13]. RAMARAO S.

The link between quality of care and contraceptive use.

International Family Planning Perspectives. 2003; 29(2): 76-83.

[14]. GEMZELL-DANIELSSON K, THUNELL L, LINDEBERG M, TYDE'N T,

MARINTCHEVA-PETROVA M and ODDENS B.

Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden.

Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2011.

[15]. MERCKX M, DONDEERS G, GRANDJEAN P, VAN DE SANDE T and WEYERS S.

Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice?

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care,

December 2011; 16: 418-429.

[16]. MERKI-FELD GS, GRUBER IM.

Intention to use a combined contraceptive method and decision after counselling in Switzerland - Swiss data from the European CHOICE study.

Eur J Contracept Reprod Health Care, 2011 Dec 27.

[17]. EGARTER C, GRIMM C, NOURI K, AHRENDT HJ, BITZER J and CERNAK C.

Contraceptive counselling and factors affecting women's contraceptive choices: results of the CHOICE study in Austria.

Reproductive BioMedicine Online, published online December 2011.

[18]. MOREAU C, TRUSSELL J, DESFRERES J and BAJOS N.

Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France.

Contraception; 2010 Oct; 82(4) :337-44.

[19]. La lettre de la DRASS.

ALEGOET P, MOSSANT P, SELLIER C.

Les interruptions volontaires de grossesse dans le Rhône en 2007 : caractéristiques des femmes et de leur parcours.

N°2010-01 – L – Février 2010.

[20]. SANNISTO T, SAARISTO V, STAHL T, MATTILA K, and KOUNEN E.

Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations.

The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care,
August 2010;15:243–254.

[21]. INPES.

CONTRACEPTION: Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?

Dossier de Presse, Octobre 2011.

ANNEXES

ANNEXE I :

Critères du modèle BERCER, afin d'évaluer la qualité des soins reçus avant la prise en charge à l'Hôpital Couple Enfant en vue d'une IVG.

Bienvenue, accueil de la patiente (0-3)

Présentation du soignant

Confidentialité des entretiens

Mise à l'aise

Entretien, intérêt vis-à-vis de la patiente (0-8)

Antécédents

Mode de vie

Situation économique

Expérience personnelle

Habitudes contraceptives

Questions posées par la patiente

Préférences quant à la méthode

Examen clinique

Renseignements, méthodes disponibles (0-5)

Informations reçues

Bénéfices, Contre-indications, Risques, Inconvénients et Coût des méthodes

Clarté du discours

Compréhension de la patiente

Alternative proposée

Choix, aide au choix (0-3)

Choix propre de la méthode

Aide de la part du soignant

Correspondance avec les besoins

Explications (0-4)

Mode d'utilisation de la méthode choisie

Contraception d'urgence

Lieu de procuration

Raisons d'une nouvelle consultation

Retour, suivi de la patiente (0-4)

Consultation ultérieure programmée

Information sur la satisfaction

Changement de méthode si besoin

Possibilité de poser les questions supplémentaires

ANNEXE II :

Questionnaire

NUMERO D'ANONYMAT :

Bonjour,

Je m'appelle Delphine Crochon et suis étudiante en dernière année à l'école de sages-femmes de Grenoble. Pour terminer ma formation et obtenir mon diplôme, je réalise un travail d'étude au cours de cette année. J'ai choisi de réaliser une étude sur le suivi pour la contraception. Il s'agit du suivi médical reçu jusqu'à votre prise en charge ici à l'hôpital.

Votre participation est importante pour progresser sur cette thématique. Bien entendu, votre identité ne sera pas transmise, vos réponses resteront anonymes.

Dix minutes sont nécessaires pour répondre à l'ensemble des questions.

Concernant votre suivi contraceptif jusqu'à votre prise en charge ici, **ne tenez pas compte** des consultations reçues ici à l'hôpital dans le cadre de cette IVG:

1. Qui a assuré votre suivi gynécologique et contraceptif jusqu'à aujourd'hui? (*si plusieurs praticiens, ne prendre en compte que celui ayant **majoritairement** répondu aux questions relatives à la contraception*)

Gynécologue Médecin traitant Sage-femme Autre

2. Le (ou la) connaissiez-vous déjà avant votre consultation pour la contraception ?

Oui Non

3. Si NON, le soignant s'est-il présenté lors de votre première consultation ?

Oui Non

Lors de votre première consultation relative à la contraception :

4. Vous a-t-il assuré de la **confidentialité** de l'ensemble de vos entretiens ?
Oui Non
5. Vous êtes-vous sentie **à l'aise** lors de cette consultation ?
Oui Non
6. Le soignant vous a-t-il interrogée sur votre **état de santé** (antécédents médicaux, maladies éventuelles) ?
Oui Non
7. Vous a-t-il demandé quel était votre **mode de vie** (relation stable ou non, nombre de partenaires)?
Oui Non
8. A-t-il pris connaissance de votre **situation économique** ?
Oui Non
9. Vous a-t-il demandé quelle **expérience** vous aviez vis-à-vis de la contraception ?
Oui Non
10. Vous a-t-il demandé quels contraceptifs vous aviez déjà utilisé **auparavant** ?
Oui Non
11. Avez-vous pu poser vos **questions**?
Oui Non
12. Avez-vous pu exprimer vos **préférences** concernant la méthode de contraception ?
Oui Non
13. Avez-vous reçu de la part du praticien des **informations** concernant les contraceptifs qui vous intéressaient ?
Oui Non

14. Concernant l'**information donnée** par le soignant sur les différents modes de contraceptions, vous a-t-il parlé... :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Des bénéfices attendus ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Des contre-indications ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Des risques potentiellement graves ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Des inconvénients ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - De leur coût financier? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

15. Les informations données étaient-elles **claires**?

Oui Non

16. S'est-il assuré de votre **compréhension** ?

Oui Non

17. Vous a-t-il proposé une autre **alternative** (au moins) à la méthode contraceptive que vous préféreriez ?

Oui Non

18. Le soignant vous a-t-il **examinée** (au moins 2 des critères suivants : taille, poids, tension artérielle, examen des seins, examens gynécologiques) ?

Oui Non

19. Avez- vous le sentiment que le **choix** final du moyen de contraception vous a appartenu ?

Oui Non

20. Le praticien a-t-il été pour vous une **aide** dans votre décision?

Oui Non

21. Quel **contraceptif** utilisiez-vous ?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Contraceptif hormonal (pilule) <input type="checkbox"/> | Implant <input type="checkbox"/> | Stérilet/DIU <input type="checkbox"/> |
| Préservatif Masculin/Féminin <input type="checkbox"/> | Spermicides <input type="checkbox"/> | Aucun <input type="checkbox"/> |
| Méthodes naturelles (MAMA, Ogino) <input type="checkbox"/> | Patch <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> |

22. Ce moyen de contraception correspondait-il à vos **besoins** ?

Oui Non

23. Le soignant vous a-t-il expliqué en détail le **mode d'utilisation** de la méthode choisie ?

Oui Non

24. Avez-vous ensemble abordé le sujet de la **contraception d'urgence** (ou pilule du lendemain) ?

Oui Non

25. Vous a-t-il rappelé **où** vous la procurer?

Oui Non

26. Vous a-t-il expliqué les **raisons** pour lesquelles vous pouviez être amenée à consulter à nouveau (en cas d'effets indésirables, d'une mauvaise adaptation à vos besoins...)?

Oui Non

27. Une **consultation ultérieure** a-t-elle été programmée ? Oui Non

Au cours des consultations suivantes :

28. S'est-il informé de votre **satisfaction** vis-à-vis du moyen de contraception ?

Oui Non

29. Par la suite, avez-vous souhaité changé de méthode de contraception ?

Oui Non

30. Si OUI, le soignant vous a-t-il proposé **une autre méthode** de contraception ?

Oui Non

31. Vous a-t-il demandé si vous aviez des **questions** en plus?

Oui Non

A propos de vous :

32. Quel est votre **âge** ?.....

33. Quelle est votre **situation** familiale?

En couple Mariée/pacsée Célibataire

34. Quelle est votre **profession** ?.....

35. Quel **niveau d'étude** avez-vous atteint?

Brevet/BEPC

BEP/CAP

Bac à Bac +3

>Bac +3

36. Est-ce une première **IVG** ?Oui Non

37. Combien de **grossesse** avez-vous eu ?

(Comptez les IVG, y compris celle-ci ; Interruption Médicale de Grossesse ou IMG ;
Fausse couche ; grossesse extra-utérine)

Je vous remercie vivement pour votre participation.

Delphine Crochon.

ANNEXE III : « La contraception : Comment mieux la personnaliser ? »

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION : comment mieux la personnaliser ?



Près de 200 000 IVG par an en France

Pourquoi ce chiffre alors que 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive? L'adéquation de la contraception à la situation personnelle est peut-être la clé du problème. Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial si nécessaire. Pour favoriser cet échange, l'Inpes lance le 28 octobre une nouvelle campagne de communication à destination du grand public. ♦

CHIFFRES CLÉS

- En France, 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive⁽¹⁾
- Chez les 15-24 ans, près d'1 grossesse sur 2 n'est pas prévue⁽²⁾
- Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent chez des femmes utilisant une contraception⁽³⁾
- 56 % des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83 % chez les 20-24 ans⁽⁴⁾), mais seulement 34 % des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier⁽⁵⁾
- 23 % des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule⁽⁶⁾

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS ⁽⁵⁾

Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive

- « Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »
- « Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »
- « Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive ? »
- « En avez-vous parlé à votre partenaire ? »

Pour les utilisatrices de contraception orale :

- Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances ? »
« Que faites-vous en cas d'oubli ? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »
- Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.
- Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli

de pilule (remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule?) et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

- Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer qu'elle est en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

- Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.
 - Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception OP.
- #### Explorer la protection contre les IST et le VIH
- Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège

contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

- Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

- Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »
« Voulez-vous essayer une autre méthode ? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (remise de la brochure Inpes : Choisir sa contraception)
- Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

Des outils à votre disposition

Plus d'information sur www.choisirsacontraception.fr/pro

LES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004

POUR EN SAVOIR PLUS

- Repères pour votre pratique, « Comment aider une femme à choisir sa contraception ? »
- La brochure « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé »

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

- La brochure et l'affiche « Choisir sa contraception »
- La carte « Que faire en cas d'oubli ? »
- La brochure « Questions d'ados »
- La brochure « Le livre des infections sexuellement transmissibles »

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par email : edif@inpes.santefr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion 42, boulevard de la Libération 93203 Saint-Denis cedex

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

* Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, ayant un partenaire, n'attendant pas ou ne souhaitant pas d'enfant.
(1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé (à paraître).
(2) Bajos N., Lardon H., Gouland H., Oustry P., Job-Soria N., Cozon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Human reproduction, 2005, vol. 18, n°5, p. 994-999.
(3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Les Français et la contraception. Inpes, INA, 2007 - 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf.
(4) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. L., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human reproduction, 2005, vol. 21, n°11, p. 2860.
(5) Le guide BENCER de l'OMS et l'université Johns Hopkins (soient une étape de retour pour visite de suivi). Anaes, Afsaps, Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004, p. 154-156.

Résumé

Introduction : L'Interruption Volontaire de Grossesse concerne encore plus de 220 000 femmes en France chaque année, malgré la diffusion massive de la contraception. Cela interroge sur l'utilisation des méthodes par les femmes mais aussi sur la qualité des consultations réalisées par les professionnels de santé.

Objectifs : L'objectif principal était de déterminer le niveau de qualité du suivi gynécologique relatif à la contraception des femmes ayant recours à une Interruption Volontaire de Grossesse.

L'objectif secondaire était de déterminer quels éléments du suivi étaient les moins réalisés par les professionnels de santé.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale, mono-centrique, réalisée dans le service d'Hospitalisation de Jour de gynécologie de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble durant l'été 2011. L'étude portait sur 82 femmes hospitalisées pour une Interruption Volontaire de Grossesse.

Résultats : 59,8% des femmes ont reçu un suivi de qualité moyenne, 23,2% ont reçu un suivi de qualité basse et 17,1% un suivi de haute qualité. Parmi les critères jugés, cinq se révèlent être réalisés pour moins de cinq suivis sur dix. Il s'agit des critères suivants : l'information générale concernant les méthodes de contraception, l'information relative à la contraception d'urgence et son lieu de procuration, l'interrogation du professionnel au sujet de la situation économique de la patiente, et l'aide effective apportée dans le choix de la méthode.

Conclusion : On constate une insuffisante qualité du suivi gynécologique pour la contraception, et cinq critères en particulier pouvant être nettement améliorés. Il est donc important d'informer davantage les femmes ayant recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse sur la contraception, mais aussi de former au mieux les futurs professionnels de santé.

Mots-clefs : Interruption Volontaire de Grossesse – Qualité – Contraception – Suivi gynécologique – Modèle BERCER.