



HAL
open science

Influence de la précarité sur l'observance de la contraception

Marie-Laure Oster

► **To cite this version:**

Marie-Laure Oster. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00875327

HAL Id: dumas-00875327

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00875327>

Submitted on 21 Oct 2013

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

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

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-femme

Présenté et soutenu publiquement

le 5 avril 2013

par

Marie-Laure OSTER

Née le 5 mars 1986.

**Influence de la précarité sur l'observance de
la contraception.**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme BOULINGUEZ Véronique Sage-femme puéricultrice et consultante en
lactation à la maternité de Port-Royal.

JURY :

M. le Pr CABROL

Directeur technique et d'enseignement de l'ESF
deBaudelocque

Mme MAREST

Représentante de la directrice de l'ESF de Baudelocque

Mme CHIESA DUBRUILLE

Sage-femme coordinatrice INSERM

Mme NEVEU

Sage-femme cadre supérieur

Mme DUQUENOIS

Sage-femme enseignante et co-directrice du mémoire.

N° du mémoire : 2013PA05MA20

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères s'adressent à Mme Boulinguez Véronique et Mme Duquesnois Sylvie pour avoir respectivement dirigé et guidé ce mémoire. Leur disponibilité, leur implication, leurs précieux conseils et leur soutien furent indispensables à la réalisation de ce travail.

Un grand merci aux équipes des centres d'orthogénies de la maternité Port-Royal à Paris et de l'hôpital J. Verdier à Bondy, sans qui la réalisation de cette étude n'aurait pu se faire. Merci tout particulièrement à Cécilia Carrière pour sa remarquable implication.

Je tiens également à saluer les patientes ayant donné de leur temps pour participer à l'étude.

Merci à mes amies, Pasqualine, Camille et Gwenaëlle, pour m'avoir soutenu dans ma formation.

Ce mémoire est l'aboutissement d'un long parcours d'étude, merci à mes parents de m'avoir offert la chance d'accéder à un métier que j'aime. Un immense « merci » à eux et à mes frères, Stéphane et Mike, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir soutenu sans relâche.

Enfin merci à toi Johan, pour ton amour et ton soutien au quotidien durant ces 6 dernières années.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel.	2
1. Précarité sociale et santé.	2
1.1 <i>Définition de la précarité sociale.</i>	2
1.2 <i>L'histoire de la prise en charge des personnes précaires en France.</i>	3
1.3 <i>Les inégalités sociales de santé.</i>	5
1.3.1 <i>La santé : un droit fondamental.</i>	5
1.3.2 <i>Les déterminants sociaux de la santé.</i>	6
1.3.3 <i>La lutte contre les inégalités de santé : les permanences d'accès aux soins de santé.</i> ..	6
2. Précarité sociale et contraception.	7
2.1 <i>La contraception et les conditions socio-économiques des femmes.</i>	7
2.1.1 <i>Une contraception conditionnée par les ressources financières.</i>	8
2.1.2 <i>Une contraception qui diffère suivant le consultant.</i>	9
2.2 <i>Influence de la culture sur le comportement face à la contraception.</i>	10
2.3 <i>Les nouvelles dispositions facilitant l'accès à la contraception.</i>	10
3. Précarité et échec de contraception.....	12
3.1 <i>Echec de contraception : les facteurs dissuasifs à l'observance d'un contraceptif chez la femme en général.</i>	12
3.2 <i>Echec de contraception : les facteurs dissuasifs à l'observance d'un contraceptif chez la femme précaire.</i>	14
3.3 <i>La grossesse prévue ou non : moment propice à la construction d'un projet de contraception.</i>	15
3.3.1 <i>La grossesse : un accès facilité à la santé et une opportunité d'échange autour de la contraception.</i>	15
3.3.2 <i>Intérêt de l'entretien de contraception en post-natal et de la consultation post-natale dans l'aboutissement du projet de contraception.</i>	16
Deuxième partie La méthodologie de l'étude.....	18
Problématique	18
Hypothèses	20
Objectifs.....	20

Méthodologie	20
4.1 Type d'étude et population incluse	20
4.2 Construction du questionnaire	21
4.3 Distribution et récupération des questionnaires.....	21
4.4 Fin d'étude et analyse des questionnaires.....	23
Présentation des résultats	25
5.1 Description des populations	25
5.2 Recours aux soins et accès à la contraception:.....	28
5.3 Observance de la contraception.	33
5.4 Recours à l'IVG.....	40
Troisième partie Discussion.....	44
Critique de l'étude.....	44
6.2 L'effectif.....	44
6.3 Les réponses aux questionnaires.....	45
Analyse des résultats et réponse aux hypothèses	46
7.1 La précarité entraîne un moindre recours aux soins et donc à la contraception.	46
7.1.1 Les caractéristiques socio-économiques des populations : freins au recours aux soins et à la contraception.....	46
7.1.2 Le suivi médical des femmes.	49
7.1.3 Le recours à la contraception.	51
7.1.4 Conclusion.	51
7.2 La précarité entraîne des difficultés d'observance de la contraception.	52
7.2.1 Des difficultés d'observance lors de l'utilisation de la contraception orale.....	52
7.2.2 Des difficultés d'observance qui semblent liées à l'instabilité conjugale et à un manque d'autonomie des femmes.	53
7.2.3 Un moindre recours à la contraception d'urgence.	54
7.2.4 Des femmes globalement bien informées et ayant des connaissances jugées suffisantes.....	54
7.2.5 Conclusion.	55
7.3 La précarité entraîne un recours plus grand à l'IVG en cas d'échec de contraception	55
Propositions	57
9.1 Améliorer et faciliter le parcours de soin des femmes.	57
9.2 Améliorer la prise en charge contraceptive des femmes.	59
9.3 Donner du poids à l'étude.	60
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	62

Liste des tableaux

Tableau 1 Activités des centres d'orthogénie durant l'année 2011.	22
Tableau 2 Age des femmes au sein des deux populations.....	25
Tableau 3 Situation familiale des femmes au sein des deux populations.	26
Tableau 4 Situation salariale des femmes au sein des deux populations.	26
Tableau 5 Mode d'habitation des femmes au sein des deux populations.	27
Tableau 6 Relation entre la précarité et l'existence d'un suivi gynécologique.	28
Tableau 7 Relation entre la précarité et la fréquence de suivi gynécologique.....	28
Tableau 8 Relation entre la précarité et le professionnel assurant le suivi.....	29
Tableau 9 Relation entre la précarité et le motif d'absence de suivi gynécologique.....	30
Tableau 10 Relation entre la précarité et l'utilisation d'un contraceptif.	30
Tableau 11 Relation entre la précarité et le motif d'absence de contraception.	31
Tableau 12 Relation entre la précarité et l'utilisation de la contraception d'urgence.....	31
Tableau 13 Nombre d'utilisation de la contraception d'urgence.	31
Tableau 14 Relation entre la précarité et la mise en place d'une contraception dans le post-partum.	32
Tableau 15 Type de contraception mis en place dans post-partum.....	32
Tableau 16 Relation entre la précarité et la réalisation de la consultation post-natale.	33
Tableau 17 Relation entre la précarité et le type de contraception utilisée.....	34
Tableau 18 Relation entre la précarité et l'existence de situation de décalage ou d'oubli de comprimé au sein des deux populations.....	35
Tableau 19 Fréquence de décalage ou d'oubli de la contraception orale au sein des deux populations.	36
Tableau 20 Relation entre la précarité et les motifs d'oubli ou de décalage de la contraception orale.....	36
Tableau 21 Relation entre la précarité et le renseignement des patientes sur leur contraceptif.	37
Tableau 22 Relation entre la précarité et les connaissances des situations d'utilisation de la contraception d'urgence.	38
Tableau 23 Relation entre la précarité et l'utilisation de la contraception d'urgence au sein des 2 populations.....	39
Tableau 24 Relation entre la précarité et la connaissance du délai d'efficacité de la contraception d'urgence	40
Tableau 25 Relation entre la précarité et la proportion de femmes ayant eu recours à l'IVG...	41
Tableau 26 Relation entre la précarité et le contexte de demande d'IVG au sein des deux populations.	42

Liste des figures

Figure 1 Répartition des questionnaires.	22
Figure 2 Effectifs des populations d'étude.....	24
Figure 3 Populations au sein des 2 centres d'IVG.	24
Figure 4 Entourage et isolement au sein des 2 populations.....	27
Figure 5 Type de contraception utilisé par les femmes au sein des deux populations.....	34
Figure 6 Connaissances des femmes sur la contraception en général.	38
Figure 7 Proportions d'IVG médicamenteux et chirurgicaux dans les deux populations.	41

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux femmes.	65
Annexe II : Tableau comparatif entre les caractéristiques de nos populations et celles des études de référence.	72

Lexique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

AME : Aide Médicale d'Etat.

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

RMI : Revenu Minimal d'Insertion.

RSA : Revenu de Solidarité Active.

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

INED : Institut National d'Etudes Démographiques.

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

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

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

CU : Contraception d'urgence

Introduction

Le Rapport 2011-2012 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) affirme que 11 millions de français sont touchés par la pauvreté et l'exclusion. Bien que ces situations de précarité puissent concerner chacun d'entre nous à un moment de notre existence, il semblerait que les familles monoparentales, les femmes et les jeunes soient majoritairement touchés. Ainsi les femmes en situation de précarité sociale peuvent rencontrer des difficultés à recourir au système de soins et donc avoir des difficultés d'accès à la contraception.

Au regard de ce problème de santé publique et des constats établis au décours de mes études de sage-femme, nous nous sommes intéressés à l'influence de la précarité sur l'observance de la contraception. Nous avons cherché à déterminer les obstacles à l'utilisation d'un contraceptif en milieu précaire ?

Après analyse de la littérature, la première partie de ce travail aborde la notion délicate de la précarité et présente les principales difficultés que peuvent rencontrer les femmes quant à l'utilisation de la contraception, suivant leurs situations sociales.

Afin de répondre à la problématique, nous avons mené une étude descriptive et comparative dont la méthodologie et les résultats sont présentés dans la seconde partie de ce mémoire.

Dans une troisième partie nous répondrons aux hypothèses posées, dans la limite des biais inhérents à l'étude. Nous tenterons ensuite d'apporter des propositions dans le but d'améliorer la prise en charge contraceptive des femmes et de diminuer les échecs de contraception dans l'espoir de convertir l'angoisse de la contraception en chance de maîtriser sa vie sexuelle.

Première partie

Cadre conceptuel.

1. Précarité sociale et santé.

1.1 Définition de la précarité sociale.

La notion de « précarité » ou « précarité sociale », initialement développée et étudiée en sciences sociales, est définie par « une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche »(1). C'est ainsi une notion subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une « situation acceptable », au sein d'une société donnée.

En France la définition officielle de la précarité est celle établie par J. WRESINSKI, en 1987 (2): « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. » Il est essentiel de noter l'existence du caractère réversible de cet état de précarité.

La précarité sociale peut se décliner sous plusieurs formes, en voici quelques exemples:

- La précarité financière : liée aux faibles ressources d'un individu voir en l'absence de revenu(s).
- La précarité du logement : habitat insalubre, exigü, hôtel ou absence d'habitat.
- La précarité relationnelle : absence de relation de solidarité ou état d'instabilité des relations entre les individus pouvant conduire à l'isolement social.
- La précarité liée à l'emploi : emploi incertain, revenus instables, irréguliers...

- La précarité d'éducation : décrochage scolaire, absence d'insertion professionnelle ...
- Précarité de la santé : pas d'accès à la sécurité sociale, à la CMU, à l'AME, renoncement aux soins par faute de moyens financiers...
- Précarité des étrangers sans statut administratif...etc.

Bien que les types de précarité soient définis distinctement, il existe des interrelations entre eux de sorte qu'une personne frappée par un type de précarité a plus de risque d'en subir une ou d'autres en raison de sa vulnérabilité.

1.2 L'histoire de la prise en charge des personnes précaires en France.

A l'époque du moyen-âge (3), les premiers hôpitaux fondés par l'Eglise dans un esprit de charité se destinaient à l'accueil des pauvres. Ils n'avaient pas de véritable vocation médicale et le principe de gratuité s'y appliquait.

Au cours du XVIIème siècle, la pauvreté s'accroît au sein de la population et l'Etat décide de créer des hôpitaux dans le but d'accueillir les sans-logis, les mendiants les exclus mais également d'enfermer les « pauvres », les marginaux et les « fous ». L'hôpital général de Paris est alors créé et la loi du 16 octobre 1796 rattache l'hôpital à la commune.

La mission médicale de l'hôpital est renforcée avec la loi du 7 août 1851 « d'assistance publique ». Cette loi instaure que: « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune ».

Le 14 juillet 1905, une nouvelle loi donne droit à tout français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités d'existence, âgé de plus de 70 ans ou ayant une maladie incurable, d'être accueilli gratuitement dans les hôpitaux ou les hospices. L'hôpital restera gratuit pour tous jusqu'à la loi du 21 décembre 1941, qui institue un tarif d'hospitalisation à la journée.

Dès lors les hôpitaux initialement dédiés aux « pauvres », se destinent préférentiellement aux personnes pourvues de ressources financières.

En 1959, avec « la réforme DEBRE » apparaissent les « centres hospitaliers et universitaires » destinés à l'enseignement médical et la recherche. Ces centres deviennent des lieux d'excellence médicale.

Il faudra attendre la loi « de réforme hospitalière » datée du 31 juillet 1991 pour réaffirmer la mission du service public hospitalier. Ces établissements « ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. ».

L'une des grandes évolutions dans le système de soins français est apparue avec la création et la mise en place du revenu minimal d'insertion (RMI). Ce revenu créé par la loi 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 attribut un « droit d'obtenir un moyen convenable d'existence » pour « toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler ». Ainsi, jusqu'en 2009, les personnes bénéficiant du RMI se voient automatiquement affiliées à la couverture maladie universelle (CMU) et CMU complémentaire, dans une logique de lutte contre l'exclusion.

Le 1 juin 2009, le RSA ou revenu de solidarité active se substitue officiellement au RMI, qui disparaît donc à cette date. A la différence de son prédécesseur, il existe la possibilité d'exercer une activité salariale en plus de bénéficier du RSA dans le cas où cette activité, bien souvent à temps partielle, apporte un faible revenu. Ces bénéficiaires sont alors affiliés directement à la sécurité sociale par le biais de leur activité salariale.

Les bénéficiaires du RSA (4) sans aucune activité salariale se voient attribuer la couverture maladie universelle. L'attribution de la CMU complémentaire est quant à elle soumise à condition : les ressources financières de l'intéressé ne doivent excéder un certain seuil prédéfini qui varie en fonction de la composition du foyer.

Il est important de souligner que l'obtention de la CMU et CMU complémentaire sont toutes deux soumises à des conditions de résidence stable et régulière en France. Stable c'est-à-dire: résider en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois sauf situation spéciale ; régulière : justifier d'être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Avec ces conditions d'accès aux prestations de santé beaucoup de personnes précaires se retrouveraient sans aucun accès à la santé. Ainsi a été mis au point l'AME ou l'aide médicale d'Etat qui assure une protection médicale aux personnes qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la

couverture médicale universelle, c'est-à-dire essentiellement aux étrangers en situation irrégulière. Le bénéfice de l'AME est là aussi subordonné à une double condition de résidence et de ressources.

Enfin, les étrangers en situation irrégulière n'étant pas titulaires de l'AME, c'est-à-dire en particulier ceux qui résident en France depuis moins de trois mois, bénéficient d'une prise en charge « des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ».

Pourtant, malgré un système de soins Français décrit comme étant le meilleur d'après l'OMS (5), environ 14,3 % de la population déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (6).

1.3 Les inégalités sociales de santé.

1.3.1 La santé : un droit fondamental.

Traditionnellement la santé était considérée comme relevant du domaine privé plutôt que public. On entendait par santé : « absence de maladie ».

L'évolution qui a permis de définir la santé comme question sociale a mené à la fondation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 ; la conception de la santé a alors changé.

L'OMS définit ainsi la santé comme (1) : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et évoque le droit fondamental à la santé comme étant : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

La Déclaration universelle des droits de l'homme, ajoute que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. »

Ces définitions ont ainsi permis d'intégrer à la santé, tous les facteurs qui déterminent le bien-être humain à savoir l'environnement physique et social notamment.

1.3.2 Les déterminants sociaux de la santé.

L'OMS définit les déterminants sociaux de la santé comme étant les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (7). Ils sont l'une des principales causes d'inégalités de santé au sein de la société et conditionnent notre état de santé.

En France, malgré une importante amélioration de l'état de santé de la population, un système de soin parmi les plus performants, les disparités en termes de qualité de soins sont très nettement marquées. En effet les progrès de santé accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées (8).

Il existe un réel lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale (9). Le rapport du « Plan Périnatalité 2005-2007 » illustre cette idée: « Les suivies médiocres ou inexistantes de grossesse, à l'origine des pathologies obstétricales, sont particulièrement associés à la précarité et à la pauvreté ».

D'autre part il semblerait que l'existence de conditions de vie défavorables au cours de l'enfance engendre des inégalités de santé à l'âge adulte. Dans une étude française datant de 2007 (10), une équipe de l'IRDES a montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cependant, cette situation défavorable peut être compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents. Promouvoir les programmes de prévention dès la petite enfance pourrait ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé des individus.

1.3.3 La lutte contre les inégalités de santé : les permanences d'accès aux soins de santé.

Le rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP) de 1994 (11), à travers les indicateurs de mortalité prématurée, met clairement en évidence les

inégalités sociales en matière de santé. Il inscrit alors la réduction de ces inégalités parmi ses priorités.

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique publie un nouveau rapport concernant « la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » : les politiques prennent alors conscience que les écarts de santé se creusent entre les classes favorables et les classes défavorables. Ainsi l'élaboration de la loi 98-657 du 29 juillet 1998, loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, a permis la création de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Dans le cadre de ces programmes régionaux, les établissements publics hospitaliers mettent en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics permettant d'accueillir les personnes en grande précarité, démunies sur le plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Les PASS jouent également un rôle de prévention et permettent notamment de répondre aux demandes de jeunes femmes démunies concernant la prévention en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, ou d'accueil de leurs enfants.

2. Précarité sociale et contraception.

2.1 La contraception et les conditions socio-économiques des femmes.

Actuellement la France est l'un des pays européens les plus avancés en matière de contraception : 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode contraceptive (12). La multitude des méthodes contraceptives proposées actuellement devrait permettre à chaque femme de disposer du contraceptif qu'elle aura élu le plus adapté pour elle. Cependant ce n'est pas encore une réalité pour toutes les femmes, en effet pour certaines leur choix est guidé, non pas par ce qu'elle aimerait mais plutôt par ce que leurs conditions socio-économiques leur permettent d'avoir ou de ne pas avoir.

2.1.1 Une contraception conditionnée par les ressources financières.

En 2010, l'INSERM et l'INED ont menés une étude nommée « FECOND »(13) auprès de 5275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3373 hommes du même âge, ceci dans le but d'étudier les méthodes contraceptives utilisées de nos jours en France.

Cette étude affirme que la pilule reste la méthode la plus utilisée (50 % des femmes de 15-49 ans) mais la proportion de femmes ayant recours à cette contraception diminue. Cette diminution semble s'expliquer par deux phénomènes : le premier étant le recours augmenté aux nouvelles méthodes contraceptives avec notamment l'implant (2,6% des femmes interrogées), l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0,4%).

Le second phénomène vient éclairer la baisse d'utilisation de la pilule chez les femmes de 20-24 ans : il semblerait que cette classe d'âge soit particulièrement méfiante quant aux produits médicamenteux d'une part. D'autre part la dégradation de la situation socio-économique de ces femmes, avec une forte augmentation du taux de chômage depuis dix ans, serait à l'origine de la moindre utilisation de la pilule qui représente parfois un budget important. En effet seules 43% des jeunes femmes en difficulté financière utilisent une contraception 100% remboursée.

Cette étude rapporte également que « environ 3 % des femmes n'utilisent pas de contraception du tout alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Cette situation semble plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées... ». Ainsi il apparaît que les femmes qui connaissent une situation financière plus difficile sont beaucoup plus exposées que les autres à une absence de contraception (1,6% des femmes cadres n'en prennent aucune, contre 6,5% des ouvrières).

On distingue principalement deux catégories de femmes concernées par cette problématique. En premier lieu, les femmes dans une situation financière difficile de part leur précarité d'emploi ou de vie, qui éprouvent parfois de réelles difficultés à accéder à un suivi gynécologique et à la contraception.

En second lieu, les mineures ayant peu voir aucune ressource. Pour éviter de recourir à la sécurité sociale de leur parent, de laquelle elles dépendent, on observe encore fréquemment un recours à la contraception d'urgence, en tant que méthode de contraception régulière. Or rappelons que depuis la loi de juillet 2001 visant à

favoriser l'accès à la contraception, celle-ci peut être délivrée gratuitement et de façon anonyme aux mineures dans les centres de planification et d'éducation familiale. Ces constats mettent en avant toute l'importance de continuer à informer les femmes sur les moyens d'accès à la contraception dont elles disposent. C'est en ce sens que la sage-femme joue un rôle prédominant d'information de par sa position privilégiée aux cotés des femmes.

Pour aller plus loin, l'Assemblée Nationale (14) vient d'annoncer dans son projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013, le remboursement à 100% des contraceptifs pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Ce remboursement s'appliquera à tous les modes de contraception pris en charge par la Sécurité sociale.

Par ailleurs pour répondre au problème de l'anonymat des mineures, certains dispositifs déjà développés à l'échelle locale pourraient devenir de véritables exemples : mis en place depuis 2002 déjà, dans la vallée de la Bruche en Alsace, un réseau de professionnels (médecins généralistes et pharmaciens) propose gratuitement aux mineures les modes de contraception et les consultations nécessaires grâce à des feuilles de soins anonymisées et une prise en charge en tiers payant. Cette opération a permis de diviser par deux le nombre d'IVG dans cette région en cinq ans. Ce type de dispositif s'étend actuellement à plusieurs régions dont les régions Poitou-Charentes et Ile-de-France.

2.1.2 Une contraception qui diffère suivant le consultant.

Dans son rapport 2010 sur l'état de santé (15), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé (Drees), affirme que les Français les plus précaires se soignent moins bien que les autres. Ils consultent majoritairement aux urgences des hôpitaux publics. Quant aux classes sociales favorisées, les patients sont dans une démarche de prévention et consultent préférentiellement les médecins spécialisés.

Ainsi le type de suivi médical varie selon le milieu social ; ce qui conditionne le type de contraception utilisé : « Les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48% contre 70%) mais ont davantage recours au stérilet (26% contre 7%) », ce que rapporte l'étude FECOND précédemment citée.

2.2 Influence de la culture sur le comportement face à la contraception.

Au décours de mes stages au sein des maternités parisiennes, je me suis souvent confrontée à des situations de patientes d'horizons différentes mais ayant la même volonté : une contraception. Je me suis alors demandée comment pourrais-je, en tant que future sage-femme, m'adapter aux désirs de ces femmes aux cultures si différentes ? Je n'avais alors aucune idée de leur conception et de leur rapport à la sexualité et à la contraception.

Chez certaines femmes, la culture a un réel impact sur leurs représentations de la contraception. Par exemple, la grande majorité des femmes musulmanes se montrent réticentes à utiliser une méthode de contraception qui supprime les menstruations. Elles expliquent très clairement que les règles donc les saignements relèvent de la purification corporelle. Bien évidemment de nombreuses femmes européennes se montrent tout aussi réticentes à cette idée mais elles ne le justifient pas par le poids de leur culture mais plutôt par le fait d'une grande angoisse ou d'une nécessité pour elles d'avoir leur règle afin de confirmer qu'elles ne sont pas enceintes ».

Dans les cultures où la sexualité ne s'envisage que dans le cadre du mariage, la jeune fille qui ferait la demande d'une contraception avant son union, braverait ainsi un interdit. Nombreuses sont ces jeunes femmes que j'ai pu rencontrer, elles sont alors piégées entre ce lourd tabou familial et culturel et ce qu'elle souhaite faire de leur corps. Comment peut-on leur refuser de se soucier de leur corps, de leur santé ? Comment peuvent-elles s'épanouir dans leurs premières expériences sexuelles avec ce sentiment profond de culpabilité ?

2.3 Les nouvelles dispositions facilitant l'accès à la contraception.

Durant les dix dernières années nous avons assisté à une évolution notable en matière d'accès à la contraception. En premier lieu, la loi Aubry du 4 juillet 2001, autorise l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse chez les

mineures et leur permet de recourir au médecin de leur choix sans autorisation parentale. Notons qu'avant cette loi, les jeunes femmes mineures pouvaient déjà se rendre dans les centres de Planning Familial pour obtenir gratuitement et anonymement une contraception.

Au début des années 2000, de nouvelles méthodes de contraception (implant, anneau, patch) sont proposées aux femmes afin de s'adapter au mieux au mode de vie et au désir de chaque utilisatrice.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a élargi les compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et de contraception. Les sages-femmes ont alors été pleinement associées aux politiques de santé publique en matière de lutte contre les grossesses non désirées. Dans cette même idée, la loi du 29 décembre 2011 a supprimé toutes réserves relatives aux compétences des sages-femmes dans le domaine de la contraception en dehors de l'existence de situations pathologiques. Enfin le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 modifie le code de déontologie des sages-femmes et atteste leurs nouvelles compétences avec notamment l'autorisation à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs.

Durant l'année 2012, d'autres décrets (16) ont étendus l'accès à la contraception :

- Le décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 autorise la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien. Ce décret « offre la possibilité pour le pharmacien de dispenser, pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois, sur présentation d'une ordonnance datant de moins d'un an et dont la durée de validité est expirée, les contraceptifs oraux nécessaires à la poursuite du traitement. »
- Le décret n°2012-35 du 10 janvier 2012, prévoit quant à lui, les modalités pratiques du renouvellement par les infirmiers et infirmières des prescriptions, datant de moins d'un an, des contraceptifs oraux pour une durée de six mois maximum.
- Le décret n°2012-910 du 24 juillet 2012 a permis la délivrance gratuite de la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires

de médecine préventive et de promotion de la Santé. Ainsi les étudiantes ont plus facilement accès à la contraception d'urgence dont la délivrance doit s'accompagner de conseils de prévention appropriés.

La récente étude « FECOND » citée précédemment, affirme que : « La multiplication des prescripteurs compétents permettra d'élargir l'offre de soins et en conséquence, d'améliorer le bilan de la France, tant sur son schéma contraceptif que sur le nombre de grossesses non désirées »(13). Elle rappelle également qu'en ce sens, le rôle de la sage-femme s'avère primordial.

3. Précarité et échec de contraception.

3.1 Echec de contraception : les facteurs dissuasifs à l'observance d'un contraceptif chez la femme en général.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la France est un des pays les plus avancés en Europe en ce qui concerne la contraception et pourtant, en 2010, c'est encore près d'une grossesse sur deux qui n'a pas été planifiée chez les 15-24 ans et c'est cette même tranche d'âge qui représente à elle seule près d'un tiers des interruptions volontaires de grossesse (16).

Malgré une contraception fortement médicalisée, les échecs restent fréquents et pas moins d'une grossesse sur trois est qualifiée de non prévue par les femmes elles-mêmes dont les deux tiers surviennent sous contraception (17). Il apparaît clairement que l'efficacité d'une contraception en utilisation courante est diminuée par rapport à son efficacité théorique (18). Ceci traduit toute la difficulté qu'on les femmes à gérer leur contraception au quotidien et toute la complexité de l'adéquation entre le contraceptif et la vie quotidienne.

Dans sa thèse ayant pour objectif d'explorer les causes de la non observance en contraception orale, M. HAMRAOUI (19) mène ses travaux auprès de 50 femmes âgées de 20 à 55 ans utilisatrices de la contraception orale, (soit deux groupes : 25

femmes présentant des difficultés d'observance et 25 femmes ne présentant pas de difficultés d'observance).

Les résultats indiquent l'existence de causes de non observance liées à l'utilisatrice (oublis, fausses croyances, peur des effets indésirables, manque d'information), à la contraception orale (routine, lassitude, contrainte de la prise journalière) et à la relation entre le prescripteur et l'utilisatrice (qualité de l'information donnée, relation thérapeutique, écoute, logique de prescription). La contraception orale apparaît souvent, de part sa contrainte de prise journalière, comme étant la méthode la plus délicate à utiliser mais pourtant elle reste la plus utilisée en France (40% des utilisatrices) (13). Au regard de la multitude de contraceptifs proposés, comment expliquer ce phénomène ? Est-il lié aux conseils non évolutifs des prescripteurs, à leurs habitudes de prescription ? Ou plutôt lié aux représentations des femmes, à un « schéma contraceptif » qui se perpétue ?

L'étude FECOND confirme cette idée : « le modèle contraceptif français reste figé et suit le schéma suivant : préservatif en début de vie sexuelle, pilule puis stérilet » (13).

Il est toutefois intéressant de relever les efforts de plus en plus marqués, des politiques de Santé, en matière d'information du public sur la contraception, la dernière campagne de l'INPES datant de 2012 en est un exemple. Il existe actuellement une réelle volonté d'améliorer l'accompagnement des femmes dans leur désir d'une éventuelle contraception, au travers par exemple d'affiches, de réunions, de campagnes d'information mais surtout auprès des professionnels de santé. C'est la qualité de l'information donnée à la patiente par le praticien qui permettra d'établir une relation de confiance au sein du binôme. Ainsi la patiente informée et conseillée sur les modalités d'utilisation ainsi que sur les probables effets secondaires, est préparée à utiliser sa méthode. On peut alors limiter les situations d'étonnement, d'inquiétude ou d'angoisse qui amènent certaines femmes à stopper leur contraception et de ce fait se retrouvent exposées à un réel risque de grossesse.

Pour pouvoir espérer diminuer la proportion de grossesses non désirées, notons que la volonté et la motivation des utilisatrices reste l'élément incontournable et indispensable, auquel nul praticien ne serait se substituer.

3.2 Echec de contraception : les facteurs dissuasifs à l'observance d'un contraceptif chez la femme précaire.

A partir des constats établis auprès des femmes en général, si l'on considère les femmes précaires et leurs conditions de vie, on comprend combien il peut être difficile de gérer une contraception aux cotés de toutes les préoccupations quotidiennes.

En 2005, dans son rapport à la Direction générale de la Santé, l'observatoire du Samu social de Paris, révèle au travers de son étude (20) réalisée auprès de 30 femmes prises en charge par le Samu Social, que « les femmes sans domicile ont les même désirs, comportements et besoins que les femmes de la population générale concernant leur vie affective, sexuelle et reproductive. Elles doivent néanmoins faire face à plus de difficultés du fait de leurs conditions de vie, et de leurs trajectoires pour pouvoir continuer à assumer leur identité de femme. Elles vivent un quotidien rempli d'incertitudes dans lequel elles doivent gérer de multiples risques (risques sanitaires, violences physiques et sexuelles...) ». Dans ces situations de vie extrêmes, la contraception ne fait nullement partie des priorités.

En ce qui concerne le contrôle de la fertilité, l'étude affirme que les femmes interrogées paraissent toutes avoir été un minimum informées à l'usage de contraceptifs et principalement à l'usage de la pilule et/ou du préservatif. Notons que l'implant a été cité par plusieurs d'entre-elles et semblait bien toléré.

De plus la perception des éventuels effets secondaires comme élément dissuasif ne diffère pas de la population générale. Cependant la contrainte temporelle liée à la prise quotidienne de la pilule est souvent évoquée comme étant « particulièrement pesant » dans le contexte de vie d'une femme sans domicile. D'autre part certaines femmes ont avoué avoir des difficultés à maintenir une contraception sur le long terme, principalement liées au problème d'addictions. En effet dans ces milieux de grande précarité, toxicomanie et alcoolisme amènent certaine femme dans un état d'inconscience rendant impossible l'utilisation d'une quelconque contraception, ni même du préservatif.

Notons également l'influence de la qualité de la relation affective et sexuelle du couple sur l'utilisation de la contraception. Rappelons que pour bien orienter une

patiente dans son choix contraceptif il est recommandé de prendre en compte l'ensemble des acteurs concernés c'est-à-dire la femme et son partenaire (13). Ceci présuppose que ce dernier soit présent sans imposer son unique avis et désir à sa partenaire c'est-à-dire qu'il lui permette une certaine autonomie dans ses décisions. En effet il apparaît bien plus facile d'envisager une contraception au sein d'un couple stable, respectueux où le dialogue trouve sa place, que dans un contexte de vie affective et sexuelle totalement imprévisible et chaotique.

Ces éléments confirment l'idée qu'il convient d'adapter les choix contraceptifs aux contextes de vie des femmes pour minimiser ces échecs (21).

3.3 La grossesse prévue ou non : moment propice à la construction d'un projet de contraception.

3.3.1 La grossesse : un accès facilité à la santé et une opportunité d'échange autour de la contraception.

Nombreux acteurs de terrains évoquent une fréquence non négligeable de femmes enceintes parmi les personnes accueillies dans les centres d'urgence parisiens. M-C. VANEUVILLE (22) tente d'expliquer leur désir sous jacent : « enceintes, elles sont reconnues, elles n'ont plus rien à prouver, elles n'ont jamais eu autant de travailleurs sociaux autour d'elles... c'est extrêmement valorisant. ». Pour certaines d'entre-elles, la grossesse est vécue comme une véritable chance.

Le rapport (20) de l'observatoire du Samu Social de Paris de juin 2005 sur les femmes en grande précarité, indique que : « la grossesse peut être un réel support, réduisant le sentiment de solitude, apportant une motivation, avec la possibilité de se projeter dans un avenir heureux et la possibilité d'avoir accès à de nouveaux services ouverts aux femmes enceintes. ». La grossesse est l'opportunité d'entrer en contact avec le système de soins. Elle peut alors donner à ces femmes une motivation de prendre soin d'elle et de leur santé pour le bien-être de leur futur enfant.

La grossesse est également un moyen de prise de contact avec les services sociaux (23). C'est bien souvent au décours d'une grossesse que la femme accède à l'ouverture de ses droits sociaux indispensables à la prise en charge médicale de la

grossesse. Le service social permet ainsi d'aider les patientes à faire valoir leurs droits afin de bénéficier d'un suivi médical de qualité.

De plus, la grossesse est un moment propice au dialogue autour de la santé gynécologique de la patiente, où il paraît opportun d'échanger en vue d'un éventuel projet de contraception post-natale. A plusieurs reprises, la future mère aura des moments d'échanges à ce sujet : en premier lieu lors des consultations de suivi de grossesse où dès le départ, le professionnel s'intéresse aux circonstances de venue de cette grossesse et donc à l'existence d'une éventuelle contraception auparavant qu'il conviendra d'ajuster ou non en sortie de maternité. Ensuite cette idée pourra être ré-abordée dans des séances de préparation à la naissance bien qu'encore peu fréquentées par les populations en grande précarité (24). De toutes les manières, la période post-natale permettra de consacrer un moment certain au sujet avec l'entretien de contraception.

Ainsi tout comme la femme en population générale, la femme précaire est alors entourée par différents acteurs de santé, qui vont accentuer l'importance d'une bonne hygiène de vie pour soi et pour l'enfant à venir, d'un suivi médical et gynécologique sur le plus long terme avec notamment le maintien d'une contraception efficace (ce qui est d'autant plus vrai pour les femmes ayant donné naissance par césarienne, pour lesquelles il est déconseillé de débiter une nouvelle grossesse dans l'année).

3.3.2 Intérêt de l'entretien de contraception en post-natal et de la consultation post-natale dans l'aboutissement du projet de contraception.

L'HAS définit la meilleure contraception comme étant celle que la femme ou le couple choisit de façon libre et éclairée (25). La littérature a effectivement montré que le choix de la méthode contraceptive est lié à une meilleure satisfaction et à un meilleur respect des conditions d'utilisation de la méthode. Le choix de la patiente doit donc se faire en réponse à des propositions expliquées par le praticien, celles-ci étant déjà adaptées aux spécificités médicales de la patiente. Selon les recommandations de l'ANAES (26), l'entretien doit être mené avec des outils comme le counseling et la démarche éducative. Ces outils visent à la démarche personnelle

et éducative afin que la patiente choisisse de façon éclairée et exprime sa décision librement. Il repose sur l'empathie et le respect (sexualité, religion, besoins).

Le but est de rendre la patiente autonome. Au cours de l'entretien, le praticien prendra en compte les facteurs de risque médicaux et les antécédents de la patiente ainsi que ses connaissances en matière de contraception et son contexte de vie (situation familiale et socioprofessionnelle, niveau de ressources et couverture sociale), ainsi que ses croyances, ses idées et ses peurs. De ce fait, cet entretien nécessite souvent beaucoup de disponibilité de la part de la sage-femme ou du médecin d'autant plus que la situation socio-économique, affective ou psychologique de la patiente est complexe. L'entretien de contraception est donc sans aucun doute un moment privilégié pour informer la patiente et une période bénéfique à la prévention des grossesses non désirées.

La construction du projet de contraception, débutée au cours de la grossesse, plus largement évoquée et démarrée en sortie de maternité, vient se finaliser lors de la consultation post-natale. Réalisée dans les six à huit semaines qui suivent l'accouchement, elle est une étape clé à la clôture de ce projet. En effet, durant cette consultation, le praticien va notamment évaluer l'adéquation entre la méthode de contraception mis en place en sortie de maternité et la vie de la femme devenue mère. Il va également effectuer un examen médical de la patiente dans le but de s'assurer de la bonne tolérance de l'éventuel contraceptif utilisé. En fonction de la présence ou non d'un allaitement, la méthode initialement utilisée peut être amenée à évoluer si cette dernière ne convenait pas. Dans le cas où la patiente désire se faire poser un implant contraceptif ou un dispositif intra-utérin, il est indispensable d'encourager la patiente à revenir consulter au plus vite afin de finaliser sa demande.

La réalisation de la consultation post-natale présuppose la venue des patientes, or elle ne concerne pas encore la totalité des femmes souvent préoccupées à leurs nouvelles vies de mères. Il apparaît encore plus difficile pour les patientes précaires de s'y rendre, leur préoccupations pouvant être encore plus importantes alors que cet entretien pourrait être un excellent moyen de ne pas rompre les liens établis avec le système de soin.

Deuxième partie

La méthodologie de l'étude

Problématique

Le contexte de crise économique actuel met en évidence les difficultés rencontrées par une partie croissante de la population. L'idée de ce mémoire est issue d'un constat fait lors de mes stages en maternité et notamment dans les services d'orthogénies. En tant que professionnels au sein de ces établissements, nous sommes de plus en plus confrontés à des patientes en situation de précarité sociale. La prise en charge optimale de ces patientes n'est pas toujours possible même si les professionnels s'efforcent de proposer un suivi de qualité pour tous. On sait aujourd'hui, que la précarité peut avoir des conséquences importantes sur la santé des femmes, ce facteur doit donc être identifié et pris en compte par l'ensemble des acteurs de la santé. Devant ce constat il apparaît important de prendre en considération certains éléments lorsque nous sommes amenés à suivre ces patientes. D'une part, ne pas les stigmatiser en les isolant du reste des patientes, ne pas juger de ce qui serait bon ou mauvais pour elles et d'autre part favoriser le travail en collaboration avec le secteur psycho-social.

En matière de contraception, malgré un très fort taux de diffusion des méthodes médicales, l'utilisation des contraceptifs ne présente pas l'efficacité qu'on pourrait en attendre en raison d'un défaut d'observance. Il apparaît un nombre important d'échecs de contraception et ce malgré la diversité des méthodes proposées. La contraception hormonale orale reste encore largement proposée et utilisée alors même que les attentes ainsi que les besoins se sont diversifiés. De plus le schéma de la sexualité classique de type régulière et prévisible ne s'applique désormais plus majoritairement. Ces évolutions, au sein de la population générale, mettent en lumière toute la difficulté dans l'adéquation d'une méthode contraceptive avec le quotidien des femmes. Le choix, l'utilisation et l'observance de la contraception peut s'avérer encore plus difficile et délicat pour les femmes dont le quotidien est rempli d'imprévus et d'insécurité. A notre époque, l'accès à la contraception doit permettre

à chaque femme et a fortiori à chaque couple de pouvoir planifier un projet de grossesse afin de pouvoir accueillir son enfant dans les meilleures conditions possibles. En cas d'échec de contraception et de la survenue d'une grossesse, si le couple dispose des conditions suffisantes et d'une situation sereine, cet évènement pourra tout à fait s'envisager et sinon ils seront libres et dotés du droit d'accès à l'IVG. Pour les femmes en situation de précarité sociale, l'arrivée de cette grossesse inattendue peut parfois être totalement inconcevable en raison de la complexité de leur situation de vie. Malgré un désir d'enfant parfois présent, cette grossesse est inenvisageable à cette période de leur vie. Ces femmes sont alors amenées à consulter majoritairement dans les centres d'orthogénie où elles expriment leur demande d'interruption volontaire de grossesse. En tant que professionnels, nous sommes témoins de toute la culpabilité et de la souffrance dont sont imprégnées ces femmes lors du vécu d'une IVG. Ces situations pouvant être évitées, elles ne devraient donc pas venir s'ajouter au parcours des patientes ayant parfois un vécu déjà si douloureux et pénible.

En ce sens nous nous sommes intéressés à l'ensemble des femmes en situation d'échec de contraception et demandeuses d'une IVG. Nous avons souhaités savoir si la précarité sociale expose les femmes à un risque augmenté d'échec de contraception, à un sur risque de situation d'IVG ? Les contextes de demande d'IVG de ces femmes précaires diffèrent-ils de ceux des femmes en population générale ? L'existence d'une situation d'IVG est-elle en rapport avec les conditions sociales des femmes ?

Hypothèses

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- La précarité entraîne un moindre recours aux soins et donc à la contraception.
- La précarité entraîne des difficultés d'observance de la contraception.
- La précarité entraîne un recours plus important à l'IVG en cas d'échec de contraception.

Objectifs

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Etudier l'influence de la précarité sur le suivi gynécologique des femmes et l'accès à la contraception.
- Evaluer et comparer les connaissances sur la contraception entre les deux types de population.
- Evaluer l'influence de la précarité sur le recours à l'IVG en situation d'échec de contraception.

Méthodologie

4.1 Type d'étude et population incluse

Pour répondre à la problématique de ce mémoire de fin d'étude, il a été décidé de mener une étude descriptive et comparative de deux populations de femmes (précarité/ absence de précarité). Des questionnaires ont été distribués au sein de deux centres d'orthogénie : celui de la maternité de Port-Royal à Paris et celui de l'hôpital J.Verdier à Bondy.

Critères d'inclusion des patientes au sein de l'étude:

Toute femme âgée de 15 à 45 ans, se présentant dans l'un des deux centres pour une demande d'IVG.

Critères d'exclusion de l'étude :

Ont été exclues :

- les patientes utilisant l'implant ou le dispositif intra-utérin au moment de la demande d'IVG car la survenue de cette grossesse n'est pas liée à un défaut d'observance.
- les patientes ne maîtrisant pas la langue française car les résultats auraient été inexploitable.

4.2 Construction du questionnaire

Dans un premier temps, nous avons rédigé une version d'essai du questionnaire comportant 18 questions réparties en trois parties. La première partie concernant les informations générales de la patiente, nous a permis de classer chaque femme soit dans le groupe de femmes précaires, soit dans le groupe de femmes non précaires d'après une cotation que nous définiront plus loin. La deuxième partie concerne le suivi médical, la troisième s'intéresse à la contraception et au contexte de la demande d'IVG. Une introduction précisait notre identité, le but de l'étude et le caractère anonyme de l'enquête.

Après l'autorisation des chefs de service des deux centres d'orthogénie, cette version d'essai a été testée auprès de 20 patientes de la maternité de Port-Royal en leur demandant de nous soumettre leurs avis et suggestions éventuels. En effet il nous a paru essentiel de vérifier la bonne compréhension de nos questions. Les patientes se sont montrées très disponibles et impliquées pour cette tâche ainsi nous avons récupéré 19 questionnaires remplis. Les patientes ont répondu de manière correcte aux différentes questions et ont jugé correcte la durée de remplissage. Les suggestions pertinentes ont été prises en compte afin d'améliorer la qualité et la pertinence de notre outil.

4.3 Distribution et récupération des questionnaires.

Le questionnaire (annexe 1) a été distribué par l'aide-soignant ou l'infirmière accueillant toute patiente en demande d'IVG dans l'un des deux centres.

Les centres d'orthogénies choisis :

En premier lieu, ces centres ont été choisis du fait de leur importante activité. Le tableau ci-dessous présente plus en détail leurs activités pour l'année 2011.

	PORT-ROYAL			J. VERDIER		
Taux d'IVG en 2011	2315			934		
Techniques d'IVG	IVG Chir		IVG Méd	IVG Chir		IVG Méd
	AL	AG		AL	AG	
	712	725	878	317	1	616
IVG pratiquées > 12SA	467 (20%)			22 (2%)		
IVG pratiquées sur mineures	186 (8%)			74 (8%)		
Délai moyen PEC (1^{er} RDV)	6 jrs			4 jrs		

Tableau 1 Activités des centres d'orthogénie durant l'année 2011.

En second lieu, nous avons choisi un établissement Paris intra-muros et l'autre en périphérie de Paris afin de constituer un échantillon plus représentatif de la population générale.

Répartition des questionnaires destinés aux patientes :

200 questionnaires ont été distribués au total, dont 100 questionnaires dans chaque centre. La distribution a débuté le 10 novembre 2012 et s'est achevée le 10 janvier 2013.

Le diagramme suivant représente la répartition des questionnaires.

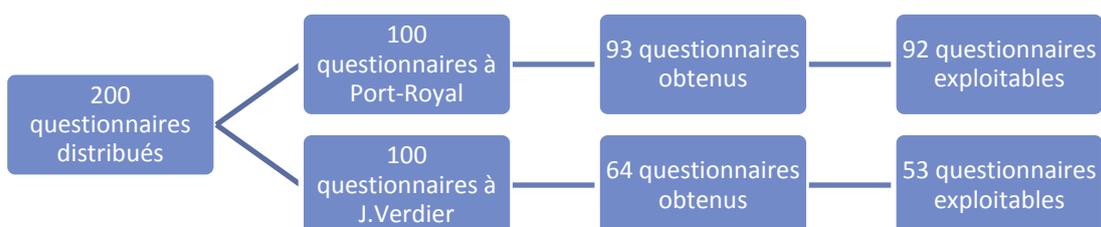


Figure 1 Répartition des questionnaires.

4.4 Fin d'étude et analyse des questionnaires.

Après deux mois de recueil de données, 145 questionnaires exploitables ont ainsi été obtenus.

A chaque questionnaire étudié, nous avons classé les patientes dans le groupe précaire ou non précaire. Pour déterminer l'appartenance ou non au groupe précaire, nous nous sommes inspirés d'un score établi en 2005 par les docteurs C. Agard, médecin spécialiste en médecine interne et Dr Senand, médecin généraliste. Ce score a été utilisé dans la thèse de C. Gosselin intitulée «La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise » (27), présentée au diplôme d'Etat de docteur en Médecine. Initialement ce score prend en compte la nationalité, le mode de vie, la situation familiale, l'activité professionnelle et la couverture médicale. Suivant les réponses aux différents items, on obtient un score qui lorsqu'il est supérieur ou égal à 3, place la femme dans le groupe précaire.

Dans notre étude nous nous sommes appuyés sur ce score préétabli, mais nous avons volontairement exclu l'item nationalité et couverture médicale. Nous les avons exclu car notre volonté a été de nous limiter à certains types de précarité qui sont : la précarité des conditions de vie (items mode de vie, situation familiale), la précarité relationnelle et affective (items isolement social et situation familiale) et la précarité liée à l'activité salariale des patientes. La précarité financière et de couverture médicale étant liées à l'activité salariale.

Ainsi le score utilisé est le suivant :

- ✓ Situation familiale : Mariée, pacsée ou concubinage = 0 point ; Célibataire sans enfant = 1 point ; seule avec enfant(s) = 2 points
- ✓ Activité professionnelle : travaille = 0 point ; étudiante = 0 point ; chômage = 2 points ; sans activité salariale = 1 point.
- ✓ Entourage : entourage familial ou amical présent = 0 point ; pas d'entourage = 2 points.
- ✓ Mode de vie : maison ou appartement individuel = 0 point ; logée par un tiers (ami, famille) = 1 point ; foyer d'hébergement ou hôtel ou sans logement = 3 points.

Une femme ayant obtenue un score supérieur ou égal à 3 est placée dans le groupe « précaire ».

La composition finale des deux populations est la suivante: sur les 92 femmes provenant de Port-Royal, 25 d'entre-elles sont classées dans le groupe précaire et 67 dans le groupe non précaire. A J. Verdier, sur les 53 femmes, 33 sont ajoutées au groupe précaire et 20 au groupe non précaire. Au total nous avons 58 femmes constituant notre population précaire et 87 dans notre population non précaire.

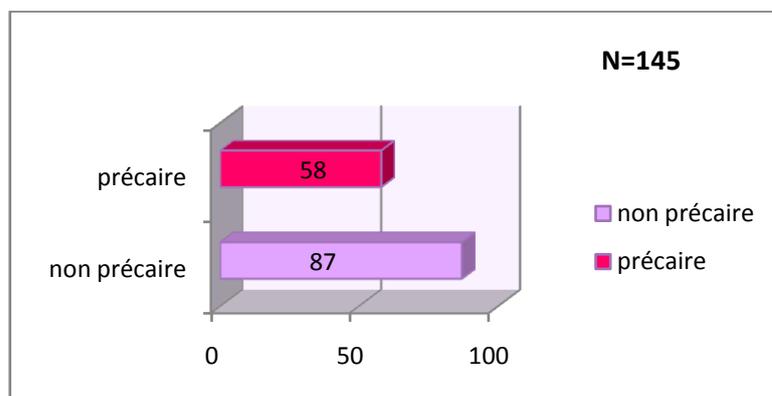


Figure 2 Effectifs des populations d'étude.

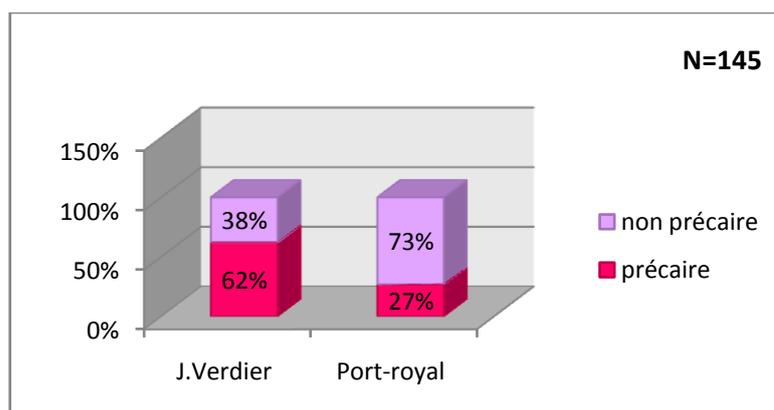


Figure 3 Populations au sein des 2 centres d'IVG.

Le logiciel Excel à été utilisé pour réaliser les calculs et les graphiques nécessaires à la présentation des résultats.

Les tests du Chi 2, de Fischer nous ont permis de comparer des effectifs de patientes appartenant aux deux populations étudiées. La correction de Yates à été utilisée lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p (probabilité que la différence de résultat soit liée au hasard) était inférieure à 0,05.

Présentation des résultats

5.1 Description des populations

Age :

Age des femmes (n = 145)			
	Précaire	Non précaire	P
	n (%)	n (%)	Chi 2
15-18 ans	8 (14)	11 (12)	0.58 NS
19-25 ans	29 (50)	37 (43)	
26-35 ans	12 (21)	27 (31)	
36-45 ans	9 (15)	12 (14)	
TOTAL n	58	87	

Tableau 2 Age des femmes au sein des deux populations.

Dans les deux populations, nous observons que la catégorie des femmes âgées de 19-25 ans prédomine (50% et 43%). Les deux populations étudiées ne se différencient pas sur le critère de l'âge.

Situation familiale : (tableau 3)

Au sein des deux populations, nous observons que les femmes célibataires sans enfant prédominent. Au sein du groupe précaire, la proportion de femmes seules avec enfant(s) est plus importante que dans le groupe non précaire (31% vs 6%). A l'inverse dans le groupe non précaire, la proportion de femmes étant mariées, pacsées ou vivant en concubinage est plus importante (39% vs 21%).

D'après notre test statistique, nos deux populations sont différentes vis-à-vis de leur situation familiale. Il existe ainsi un lien entre la précarité et la situation familiale des femmes.

Situation familiale des femmes (n = 145)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2
Célibataire sans enfant	28 (48)	48 (55)	< 0,001 S
Célibataire avec enfant(s)	18 (31)	5 (6)	
Mariée, pacsée ou concubinage	12 (21)	34 (39)	
TOTAL	58	87	

Tableau 3 Situation familiale des femmes au sein des deux populations.

Situation salariale :

Nous observons qu'au sein du groupe précaire, 69% des femmes sont soit sans activité salariale soit au chômage contre 3% dans le groupe non précaire. Seul 23% des femmes du groupe précaire exercent une activité salariale contre 57% dans le groupe non précaire. Parmi les 40 étudiantes incluses, 5 d'entre-elles sont précaires.

Situation salariale des femmes (n = 145)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2
Sans activité	26 (45)	2 (2)	<< 0,001 S
Chômage	14 (24)	1 (1)	
Etudiante	5 (8)	35 (40)	
Exerce un emploi	13 (23)	49 (57)	
TOTAL	58	87	

Tableau 4 Situation salariale des femmes au sein des deux populations.

D'après notre test statistique, la situation salariale des femmes est différente au sein des deux populations. Il existe donc un lien entre la précarité et la situation salariale des femmes.

Entourage des femmes :

Il est intéressant de voir qu'aucune des femmes du groupe non précaire n'est dans une situation d'isolement social. Par contre dans le groupe précaire, un peu moins de la moitié des femmes n'ont aucun entourage familial et/ou amical de présent.

Nos deux populations sont statistiquement différentes ($p \ll 0,001$ (Chi 2)) sur ce critère, il existe donc un lien entre la précarité et l'entourage des femmes.

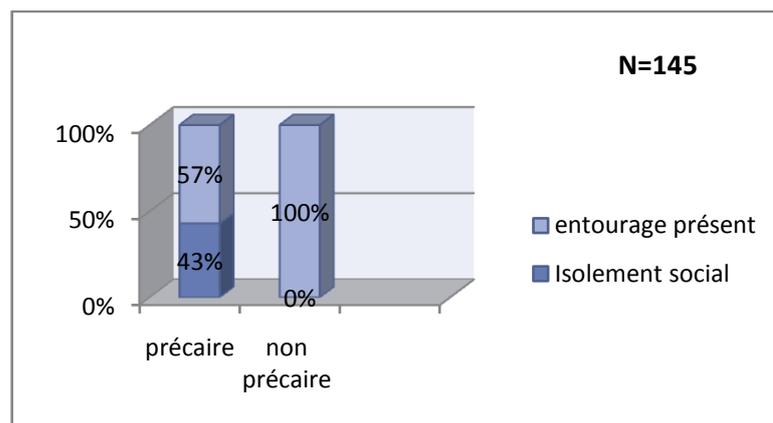


Figure 4 Entourage et isolement au sein des 2 populations.

Mode d'habitation :

Mode d'habitation des femmes (n = 145)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Fischer
Sans logement	1 (2)	0 (0)	$\ll 0,001$ S
Foyer d'hébergement ou hôtel	15(26)	0 (0)	
Logée par un tiers (ami ou famille)	28 (48)	29 (33)	
Logement individuel	14 (24)	58 (67)	
TOTAL	58	87	

Tableau 5 Mode d'habitation des femmes au sein des deux populations.

Nous observons que seul 24% des femmes du groupe précaire ont un logement individuel (vs 67% dans le groupe non précaire.) Les femmes logées par un tiers sont plus nombreuses dans le groupe précaire (48% vs 33%).

Parmi les 57 femmes du groupe précaire, 15 vivent dans un hôtel ou foyer d'hébergement et une femme n'a aucun logement. Au travers du test statistique, nous avons pu mettre en évidence un lien entre la précarité et le mode d'habitation des femmes.

5.2 Recours aux soins et accès à la contraception:

Afin d'évaluer le recours aux soins et à la contraception, nous nous sommes intéressés au type de suivi médical et aux modalités de recours à la contraception des femmes au sein des deux populations d'étude.

Suivi gynécologique :

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2)
Total = 145	58 (100)	87 (100)	
Suivi gynécologique	43 (74)	70 (81)	p=0,36 NS

Tableau 6 Relation entre la précarité et l'existence d'un suivi gynécologique.

Dans notre échantillon d'étude, on observe que ¼ des femmes environ, au sein des deux populations ont aucun suivi gynécologique. Ce critère de suivi gynécologique ne nous a pas permis de différencier nos deux populations.

Fréquence du suivi gynécologique :

Fréquence de suivi gynéco (n = 113)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2 avec correction de Yates
< 6 mois	28 (65)	39 (55)	0,54 NS
6 -24 mois	13 (30)	25 (36)	
>24 mois	2 (5)	6 (9)	
TOTAL	43	70	

Tableau 7 Relation entre la précarité et la fréquence de suivi gynécologique.

Dans notre échantillon d'étude, on observe une répartition quasiment similaire des deux populations. Le critère de fréquence de suivi gynécologique ne nous a pas permis de différencier nos populations, ainsi nous ne pouvons pas mettre en avant une quelconque corrélation entre la précarité et ce critère.

Professionnel assurant le suivi gynécologique des patientes :

D'après les résultats de notre étude, nous observons une plus grande proportion de femme ayant recours au médecin généraliste ou à un professionnel de centre de planification familiale, dans le groupe précaire que dans le groupe non précaire (90 % vs 12%). Inversement nous observons une plus grande proportion de femmes suivies par un gynécologue ou sage-femme dans le groupe non précaire que dans le groupe précaire (88% vs 10%).

Professionnel assurant le suivi (n = 113)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2
Médecin généraliste	25 (57)	4 (6)	<< 0,001 S
Gynécologue ou Sage-femme	4 (10)	62 (88)	
Planning familial	14 (33)	4 (6)	
TOTAL	43	70	

Tableau 8 Relation entre la précarité et le professionnel assurant le suivi.

A l'aide du test statistique, nous avons pu démontrer que type de professionnel assurant le suivi gynécologique des femmes, diffère significativement au sein des deux populations. Il existe donc un lien entre la précarité et le type de professionnel prenant en charge les patientes.

Motif d'absence de suivi gynécologique :

Au travers des résultats de notre étude, nous observons une répartition quasiment similaire des deux populations de femmes vis-à-vis du motif d'absence de suivi gynécologique. Ce critère ne nous a pas permis de différencier nos deux populations d'étude : la précarité ne semble pas être corrélée à l'absence de suivi.

Motif d'absence de suivi (n = 32)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2 avec correction de Yates
Problème financier	4 (26)	3 (18)	0,80 NS
Autre	11(74)	14 (82)	
TOTAL	15	17	

Tableau 9 Relation entre la précarité et le motif d'absence de suivi gynécologique.

Recours à la contraception :

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2)
Total = 145	58 (100)	87 (100)	
Utilisation d'un moyen de contraception	42 (72)	61 (70)	p=0,76 NS

Tableau 10 Relation entre la précarité et l'utilisation d'un contraceptif.

D'après nos résultats d'étude, nous observons une répartition similaire des deux populations quant à l'utilisation ou non d'une contraception. En effet les 2/3 des femmes au sein des populations utilisent une contraception. Le critère « existence d'une contraception » ne nous permet pas de différencier nos populations.

Motif d'absence de contraception :

D'après nos résultats, nous observons que le motif d'absence de contraception diffère suivant les populations. Dans le groupe précaire, 37,5% des femmes expliquent que l'absence de suivi est due à un refus de contraception de la part de leur partenaire (vs 4 % des femmes dans le groupe non précaire). De plus 39% des femmes du groupe non précaire affirment ne pas souhaiter de contraceptif contre 6% dans le groupe précaire.

Motif d'absence de contraception (n = 42)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Fischer
Pas de partenaire régulier	5 (31,5)	8 (31)	0,02 (<0,05) S
CI médicale	1 (6)	3 (11)	
Jamais consulté	3 (19)	4 (15)	
Non souhaité	1 (6)	10 (39)	
Refus du partenaire	6 (37,5)	1(4)	
TOTAL	16	26	

Tableau 11 Relation entre la précarité et le motif d'absence de contraception.

Nous avons démontré que la précarité est corrélée au motif d'absence de contraception.

Utilisation de la contraception d'urgence :

Dans notre étude, nous observons une plus grande proportion de femmes ayant recours à la contraception d'urgence dans le groupe non précaire que dans le groupe précaire (70% vs 53%).

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2)
Total = 145	58 (100)	87 (100)	
Utilisation de la contraception d'urgence	31 (53)	61 (70)	p=0,04 S

Tableau 12 Relation entre la précarité et l'utilisation de la contraception d'urgence.

Nous avons pu démontrer que les femmes du groupe non précaire utilisent statistiquement plus la contraception d'urgence que les femmes du groupe précaire.

Nombre d'utilisation de la contraception d'urgence :

Nombre d'utilisation de la CU : moyenne [min-max]	
Précaire	2,37 [0-21]
Non Précaire	1,67 [0-10]

Tableau 13 Nombre d'utilisation de la contraception d'urgence.

La moyenne du nombre d'utilisation de la contraception d'urgence est plus élevée dans le groupe précaire. Mais notons qu'une femme déclare avoir déjà utilisé 21 fois ce contraceptif dans le groupe précaire et 2 femmes du groupe non précaire déclarent l'avoir utilisé environ 10 fois.

Contraception en post-partum :

Dans la mesure où les femmes ont à priori accès à la contraception dans le cadre d'une grossesse, nous nous sommes intéressés au suivi contraceptif en période post-natale.

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2 avec correction de Yates)
Total = 45	30 (100)	15 (100)	
Contraception mis en place dans le post-partum	20 (66)	11 (73)	p=0,90 NS

Tableau 14 Relation entre la précarité et la mise en place d'une contraception dans le post-partum.

Nous observons qu'au sein des deux populations, les 2/3 des femmes ont une contraception dans le post-partum et 1/3 n'en n'ont pas. Ce critère ne nous permet pas de différencier nos populations.

Type de contraception mis en place dans le post-partum :

Type de contraception mis en place dans le post partum (n = 33)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Fischer
pilule	8 (40%)	10 (76%)	0,12 NS
préservatif	8 (40%)	1 (8%)	
DIU posé ultérieurement	3 (15%)	1 (8%)	
Implant posé en SDC ou ultérieurement	1 (5%)	1 (8%)	
TOTAL	20	13	

Tableau 15 Type de contraception mis en place dans post-partum.

Notons que parmi les 10 patientes du groupe précaire sans contraception dans le post-partum, 3 d'entre-elles ont eu une prescription de DIU mais jamais posé dans le post-partum et 2 ont souhaité un implant qui n'a pas été posé en suites de couches, ni après la sortie de maternité.

Nous avons le sentiment que les femmes du groupe précaire utilisent plus le préservatif comme contraceptif régulier que les femmes du groupe non précaire qui elles utilisent plus la pilule. Le test statistique de Fischer, n'a pas montré de différence significative ($p = 0,056$) entre les deux populations vis-à-vis du type de contraception mis en place dans le post-partum.

La consultation post-natale :

La consultation post-natale étant l'étape qui finalise un éventuel projet de contraception, nous avons voulu évaluer l'influence de la précarité sur la réalisation de cette consultation.

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2)
Total = 45	30 (100)	15(100)	
Consultation post-natale effectuée	9 (30)	12 (80)	p = 0,001 S

Tableau 16 Relation entre la précarité et la réalisation de la consultation post-natale.

Nous pouvons observer que seul 30% des femmes du groupe précaire effectuent leur consultation post natale contre 80% dans le groupe non précaire.

La précarité semble donc avoir une influence sur la réalisation de cette consultation. Ainsi les femmes en situation de précarité semblent moins réaliser leur consultation post-natale que les femmes en général.

5.3 Observance de la contraception.

L'observance d'un contraceptif, va en premier lieu différer en fonction du type de contraception utilisée.

Type de contraception utilisée :

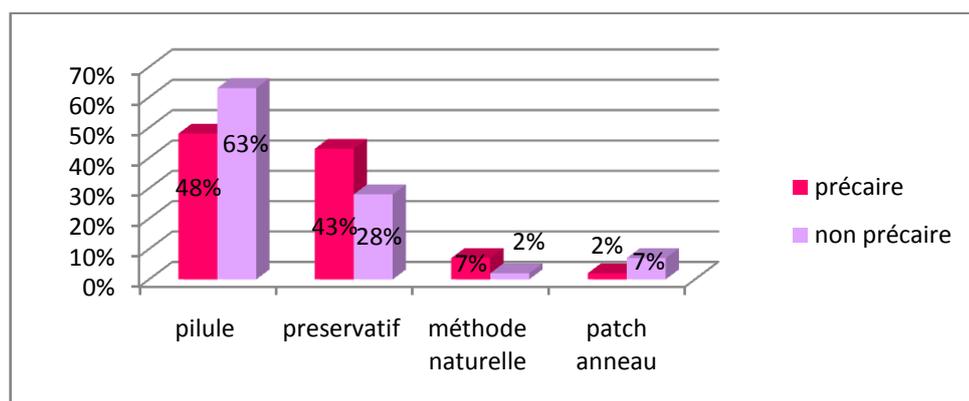


Figure 5 Type de contraception utilisée par les femmes au sein des deux populations.

Type de contraception utilisée (n = 103)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2 correction de Yates
Pilule	20 (48)	38 (63)	0,26 NS
Préservatif	18 (43)	17 (28)	
Autres (patch, anneau, méthode naturelle)	4 (9)	5 (9)	
TOTAL	42	61	

Tableau 17 Relation entre la précarité et le type de contraception utilisée.

On observe que le type de contraception utilisé par les femmes diffère quelque peu entre les deux populations. Notamment on aperçoit que les femmes du groupe précaire semblent utiliser d'avantage le préservatif (43% vs 28% dans le groupe non précaire), dans le groupe non précaire la pilule paraît être le contraceptif le plus utilisé. D'après le test statistique, la précarité ne semble pas influencer le type de contraception utilisé par les femmes. Notons néanmoins que dans le groupe précaire :

- aucune patiente n'utilise le préservatif en complément de la pilule.
- Parmi les 3 femmes utilisant une méthode naturelle, la méthode OGINO est utilisée par 2 d'entre-elles et la dernière cite comme moyen de contraception : le lavage du vagin après un rapport sexuel.

Dans le groupe non précaire seule une femme utilise la pilule associée au préservatif et la méthode naturelle utilisée est la méthode OGINO.

Difficultés d'observance de la contraception orale :

Il nous a paru intéressant d'évaluer si la population précaire avait d'avantage de difficultés d'observance lors de l'utilisation de la contraception orale.

Pour ce faire nous avons interrogé les femmes sur l'existence d'un décalage ou un oubli de la prise de comprimé et la fréquence de cette situation lorsqu'elle existe.

- Décalage ou oubli de comprimé :

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (Fischer)
Total = 59	20 (100)	39(100)	
Décalage ou oubli de comprimé	18 (90)	36 (92)	p = 1 NS

Tableau 18 Relation entre la précarité et l'existence de situation de décalage ou d'oubli de comprimé au sein des deux populations.

En premier lieu nous pouvons observer que 90% des femmes environ affirment avoir déjà oublié ou décalé la prise de leur contraception orale aux seins des deux groupes d'étude. Les femmes du groupe précaire n'apparaissent pas plus nombreuses dans ces situations. Ce critère ne nous a pas permis de différencier nos populations d'étude.

- Fréquence de décalage : (tableau 19)

Pour évaluer la fréquence de décalage nous avons considéré les termes suivants : rarement (pas tous les mois), parfois (1 fois par mois) et souvent (plusieurs fois par mois). Nous pouvons observer que les femmes du groupe non précaire oublient ou décalent la prise de comprimé moins fréquemment que les femmes du groupe précaire. 78% des femmes du groupe précaire affirment être dans cette situation au moins une fois par mois voir plusieurs fois par mois pour 39% d'entres-elles (vs 19%).

Fréquence de décalage ou d'oubli de la contraception orale (n=54)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P (Chi 2 avec correction de Yates)
Plusieurs fois/ mois	7 (39)	7 (19)	0,04 S
1 fois /mois	7 (39)	8 (23)	
Pas tous les mois	4 (22)	21 (58)	
TOTAL	18	36	

Tableau 19 Fréquence de décalage ou d'oubli de la contraception orale au sein des deux populations.

Nous avons pu mettre en évidence que parmi les femmes se trouvant dans une situation de décalage ou d'oubli de contraception orale, la fréquence de cette situation est plus importante chez les femmes en situation de précarité.

- Motif de décalage ou d'oubli de la contraception orale :

Nous avons voulu savoir si les motifs évoqués pour justifier les situations de décalage ou d'oubli différent selon les populations.

Motifs de décalage ou d'oubli de contraception (n=54)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Fischer
Travail ou horaires irréguliers	2 (11)	24 (67)	<< 0,001 S
Conditions de vie difficile (logement incertain ou collectivité)	8 (44)	4 (11)	
Importante charge de travail liée aux enfants	1 (6)	4 (11)	
Partenaire ou parents pas au courant	7 (39)	4 (11)	
TOTAL	18	36	

Tableau 20 Relation entre la précarité et les motifs d'oubli ou de décalage de la contraception orale.

On observe que les femmes du groupe précaire évoquent majoritairement les conditions de vie difficiles (44%) et le partenaire ou les parents n'étant pas au courant de l'utilisation de la contraception (39%) pour justifier leurs difficultés d'observance de la contraception orale. Les femmes du groupe non précaire

évoquent majoritairement le travail ou les horaires de travail irréguliers (67%) comme motif majeur.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence que les motifs de difficulté d'observance de ce type de contraception sont influencés par la précarité.

Information sur la contraception :

Nous avons voulu évaluer si les patientes sont renseignées sur la méthode contraceptive qu'elles emploient.

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (Chi 2)
Total = 103	42 (100)	61 (100)	
Renseignée sur la méthode contraceptive	35 (83)	55 (90)	p = 0,30 NS

Tableau 21 Relation entre la précarité et le renseignement des patientes sur leur contraceptif.

La répartition des deux populations est quasiment similaire vis-à-vis du critère « renseignée sur la méthode contraceptive utilisée », ce critère ne nous a pas permis de différencier nos populations. Ainsi la précarité ne semble pas influencer le renseignement des patientes sur leur contraceptif.

Connaissance sur la contraception en générale : (figure 14)

L'insuffisance de connaissance pouvant être un frein à la bonne utilisation d'un contraceptif, nous nous sommes demandé si les femmes de la population précaire avaient des connaissances similaires aux femmes du groupe non précaire.

A la question « Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur la contraception en général ? », les femmes pouvaient estimer leur connaissances au travers de différentes réponses proposées « non pas du tout », « très peu », « oui à peu près », « oui tout à fait ».

On observe que les femmes du groupe précaire évaluent leurs connaissances « à peu près » ou « tout à fait » suffisantes pour les 2/3 d'entre-elles tout comme les femmes du groupe non précaire. Seuls 1 à 2% des femmes des deux populations estiment n'avoir aucune connaissance sur la contraception.

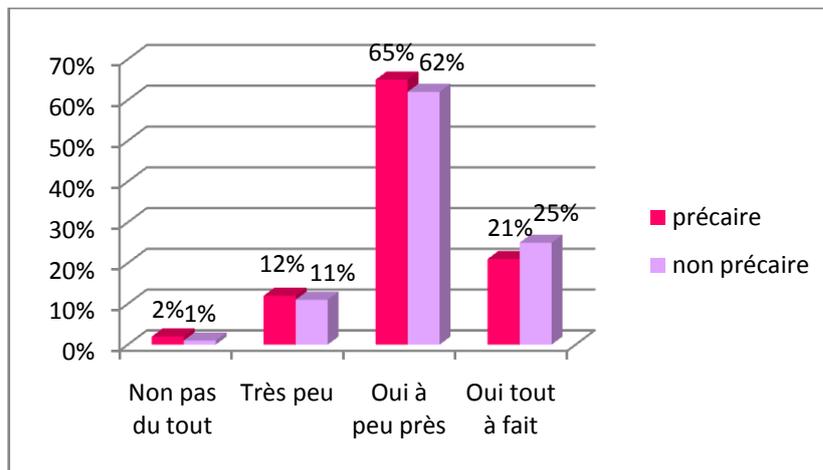


Figure 6 Connaissances des femmes sur la contraception en général.

Ce critère ne nous a pas permis de distinguer nos populations ($p = 0,93$, Fischer). Ainsi la précarité ne semble pas engendrer un sentiment plus fréquent de manque de connaissances générales en matière de contraception.

Connaissance sur la contraception d'urgence (CU):

Nous avons voulu évaluer les modalités de recours et d'utilisation de cette contraception occasionnelle qui permet lorsqu'elle est correctement utilisée d'éviter la survenue d'une grossesse après une situation à risque. Nous avons également évalué les connaissances des femmes sur ce contraceptif.

- Connaissances sur les situations dans lesquelles utiliser la CU :

Connaissance des situations d'utilisation de la CU (n=144)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2
A évoqué au moins 1 situation ou plus	37 (64)	61 (71)	0,47 NS
Ne sait pas du tout	21 (36)	25 (29)	
TOTAL	58	86	

Tableau 22 Relation entre la précarité et les connaissances des situations d'utilisation de la contraception d'urgence.

D'après les réponses de nos femmes incluses, on s'aperçoit que les femmes des deux populations ont cité les mêmes situations de recours à la CU : la relation sexuelle non protégée, l'oubli d'un comprimé et l'échec de contraception avec

fréquemment cité le préservatif déchiré. Aucune n'a donné de réponse erronée au sein des deux populations. Notons néanmoins qu'environ 1/3 des femmes de chaque groupe ne savent pas du tout dans quelle situation y avoir recours. La répartition des populations étant similaire sur ce critère nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien entre la précarité et la connaissance des situations d'utilisation de la CU.

- L'utilisation de la CU :

L'utilisation d'une CU lors de situation à risque présuppose de disposer de ce type de contraceptif. Nous avons donc demandé aux femmes si elles savent où et comment l'obtenir, si elles en possèdent une et si un professionnel de santé leur en avait déjà proposé lors d'une consultation et notamment lors de la prescription de leur contraceptif régulier.

Voici les résultats au sein des deux populations d'étude :

Variable	Précaire n(%)	Non précaire n (%)	P (chi 2, Chi 2 corrigé Yates, Fischer)
Total = 145	58 (100)	87 (100)	
Sait comment obtenir la CU	45 (77)	74 (85)	p=0,25
Sait où obtenir la CU	44 (76)	75 (86)	p=0,11
Possède une CU	2 (3)	2 (2)	p=1,00
CU proposée par un professionnel	5 (9)	5 (6)	p=0,73

Tableau 23 Relation entre la précarité et l'utilisation de la contraception d'urgence au sein des 2 populations.

On observe que les 2/3 des femmes de chaque population savent comment et où l'obtenir. On s'aperçoit que seule 2 à 3% des femmes au sein des deux groupes, possèdent ce contraceptif et que ce dernier n'est que rarement proposé aux femmes (9% dans le groupe précaire vs 6% dans le groupe non précaire) lors des consultations médicales. La répartition des populations pour ces 4 critères étant la même, nous n'avons pas pu mettre en évidence de corrélation entre la précarité et ces différents aspects étudiés.

○ Connaissance du délai d'efficacité de la CU :

Nous avons supposé que certains échecs de contraception d'urgence pouvaient être liés à une mauvaise utilisation de celle-ci et notamment par méconnaissance du délai d'efficacité de la méthode. Nous avons évalué et comparé les connaissances de ce délai au sein des deux populations. Pour ce faire nous avons considéré la réponse « dans les 72 premières heures » comme étant le délai correct.

Connaissance du délai d'efficacité de la CU (n=142)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Chi 2
Dit connaître et délai correct	18(31)	24 (28)	0,28 NS
Dit connaître mais délai incorrect	15 (26)	32 (38)	
Dit ne pas connaître le délai	35 (43)	28 (34)	
TOTAL	58	84	

Tableau 24 Relation entre la précarité et la connaissance du délai d'efficacité de la contraception d'urgence

Nous pouvons observer que la répartition des populations était quasiment similaire ainsi aucune différence significative ni aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre la précarité et la connaissance de ce délai d'efficacité. Cependant il est très intéressant de relever que seul 30% des femmes environ (groupe précaire ou non précaire) connaissent le délai « correct » et que 26% des femmes de la population précaire citent un délai incorrect (vs 38% dans groupe non précaire), ce qui nous évoque une mauvaise utilisation de la méthode.

5.4 Recours à l'IVG.

Dans cette 4^{ème} partie nous avons souhaité évaluer et comparer la fréquence de recours à l'IVG ainsi que le contexte dans lequel les patientes y avaient recours.

Proportions de femmes ayant recours à l'IVG :

Aux vues des résultats obtenus sur notre échantillon, on observe une répartition inversée des deux populations. 62% des femmes du groupe précaire ont eu recours à l'IVG contre 38% dans le groupe de non précaire et inversement.

Nous entendons « jamais eu d'IVG » par « pas d'antécédent d'IVG avant ce jour » en excluant leur demande actuelle d'IVG au moment où les femmes remplissent le questionnaire.

Recours à l'IVG			
	Précaire	Non précaire	P
	n (%)	n (%)	Chi 2
IVG	36 (62)	33 (38)	0,004 S
Jamais fait d'IVG avant ce jour	22 (38)	54 (62)	
TOTAL	58	87	

Tableau 25 Relation entre la précarité et la proportion de femmes ayant eu recours à l'IVG.

L'analyse statistique nous a permis de mettre en évidence une différence significative du taux d'IVG au sein des deux populations. Les femmes du groupe précaire ont plus recours à l'IVG que les femmes du groupe non précaire.

IVG médicamenteux et chirurgicaux :

On observe une répartition similaire des deux types d'IVG au sein des populations d'étude. La précarité ne semble pas être en lien avec le type d'IVG réalisé.

Ce critère ne nous a pas permis de différencier nos populations ($p = 0,63$, Chi 2).

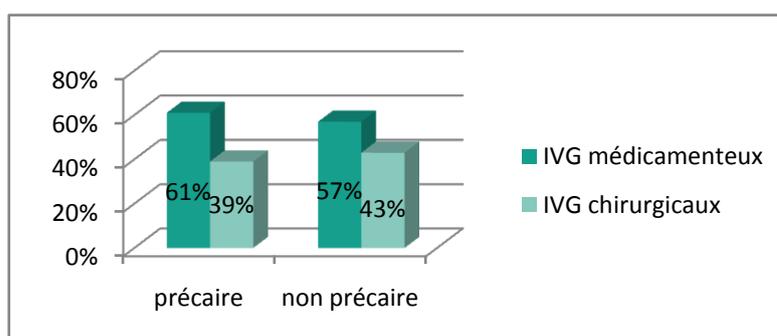


Figure 7 Proportions d'IVG médicamenteux et chirurgicaux dans les deux populations.

Nombre d'IVG moyen :

	Nombre d'IVG moyen [min-max]
Population précaire	0,89 [1-4]
Population non précaire	0,50 [1-3]

Les femmes du groupe précaire semblent réaliser un plus grand nombre d'IVG que les femmes du groupe non précaire.

Contexte de recours à l'IVG :

Afin d'analyser les réponses des femmes nous avons regroupé les items par thèmes communs :

- Absence de contraception ou mauvaise observance.
- Difficultés au sein du couple pour désaccord entre les partenaires et/ou partenaire n'est pas ou plus présent.
- Difficultés liées au quotidien pour les difficultés financières et/ou difficultés liées aux conditions de vie et/ou formation professionnelle non achevée.
- Sentiment d'être trop jeune ou trop âgée.
- Raison culturelle ou religieuse.

Contexte de demande d'IVG (n=145)			
	Précaire n (%)	Non précaire n (%)	P Fischer
Absence de contraception ou mauvaise observance	34 (42%)	56 (42%)	0,22 NS
Difficultés au sein du couple	20 (25%)	21(16%)	
Difficultés liées au quotidien	20 (25%)	32 (24%)	
Sentiment d'être trop jeune ou trop âgée	6 (7%)	22 (16%)	
Raison culturelle ou religieuse	1 (1%)	3 (2%)	
TOTAL	81	134	

Tableau 26 Relation entre précarité et contexte de demande d'IVG au sein des deux populations.

Nous observons que nos deux populations semblent ne pas se différencier sur ce critère de contexte de demande d'IVG. Cependant nous avons le sentiment qu'une plus grande proportion de femmes dans la population précaire fait une demande d'IVG en raison de difficultés au sein du couple que dans le groupe non précaire. Dans ce dernier nous observons qu'une plus grande proportion de femmes fait une

demande d'IVG en raison d'un sentiment d'être trop jeune ou trop âgée que dans le groupe précaire. Après test statistique sur ces deux critères, les deux populations ne diffèrent pas ($p = 0,07$, Chi 2). Il ne semble donc pas avoir de lien entre la précarité et le contexte de demande d'IVG.

Troisième partie

Discussion

Critique de l'étude.

6.1 Participation à notre étude.

De façon générale, les patientes ont répondu à toutes les questions. Seuls 12 questionnaires sur 157 questionnaires obtenus ont été inexploitable (soit 8%). Les patientes du centre d'orthogénie de Port-Royal se sont montrées très intéressées, volontaires et disponibles pour participer à notre étude. Cependant au centre J. Verdier, il nous a été particulièrement difficile d'obtenir des questionnaires. Une grande proportion de femmes d'origine africaine refusait de participer à notre étude dès lors qu'elles étaient accompagnées de leur conjoint. Nous avons remarqué que lorsque nous nous adressions à elles, ce sont les conjoints qui répondaient et refusaient de participer à une étude s'intéressant à leurs pratiques contraceptives. Nous n'avons pas réussi à engager le dialogue avec ces patientes qui manquent clairement de liberté de parole. Il est regrettable de n'avoir pu inclure ces femmes isolées et en manque d'autonomie pour lesquelles l'utilisation de la contraception est probablement très délicate. L'autre difficulté a été la barrière de la langue : en effet de nombreuses femmes en situation de vulnérabilité ont été exclues de par notre méthode d'étude qui présuppose la maîtrise de la langue française. De nombreuses femmes ayant participé à notre étude ont souligné l'intérêt d'un tel sujet et ont apprécié que nous nous intéressions à leurs difficultés contraceptives.

6.2 L'effectif

En premier lieu le nombre de questionnaire ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'échelle nationale mais nous apporte néanmoins une vision non négligeable des pratiques contraceptives des femmes dans deux centres d'orthogénie parisiens.

De plus le taux de remplissage des questionnaires étant supérieur à 70%, un taux important de questionnaires distribués ont ainsi été récupérés, ce qui constitue une force de l'étude. Il existe cependant différents biais dans notre étude. Le premier

étant un biais de recrutement : les patientes ne maîtrisant pas la langue française n'ont pas pu répondre à notre questionnaire et ont été exclues de notre étude. Ceci est regrettable car elles correspondent à une population pouvant avoir de nombreuses difficultés à utiliser leur contraception (manque d'accès à l'information et à l'éducation, à la contraception, isolement social, manque d'autonomie, situation de précarité de vie...). Il existe un biais de sélection évident car seules les patientes volontaires ont rempli le questionnaire.

6.3 Les réponses aux questionnaires

Seuls 7% des questionnaires n'ont pas pu être exploités, tous les autres ont pu être analysés dans leur totalité. Les questions posées étaient donc claires et compréhensibles pour une très grande majorité. Les patientes ont accepté de répondre à des questions évaluant leurs pratiques contraceptives et à certaines questions très intimes et délicates comme le contexte de recours à l'IVG. Le caractère anonyme de l'enquête et l'utilisation de questionnaire a sans doute permis de mettre à l'aise ces femmes.

L'étude visant à évaluer l'attitude des femmes vis-à-vis de la contraception a sans doute engendré un biais : certaines d'entre-elles peuvent avoir minimisé voir modifié leur réponse de manière à paraître plus proche d'un comportement idéal d'utilisation de la contraception.

6.4 Travail d'analyse et de recherche

Ce mémoire nous a permis de faire le point sur les pratiques contraceptives actuelles des femmes et l'influence de l'état de précarité sur le recours à la contraception au travers des études menées sur le même thème. Il nous a également permis de nous informer sur les dernières évolutions des compétences des professionnels de la santé et notamment des sages-femmes dans le domaine de la contraception. Enfin ce mémoire nous a permis de nous rendre compte de toute la difficulté de recours et d'utilisation de la contraception par les femmes et de la complexité de prise en charge de ces dernières par les professionnels. Nous avons vu que ces difficultés existent pour toutes les femmes mais sont renforcées en situation de précarité. Pour ces femmes aux conditions socio-économiques difficiles, la précarité n'est pas le seul paramètre conditionnant la vie contraceptive des

femmes. En effet de nombreux éléments n'ayant pas pu être pris en compte dans notre étude de par notre méthodologie, interagissent et ne peuvent être négligés: le poids parfois très fort de la culture, de la religion des femmes, leur éducation, la transmission des idéologies familiales autour de la vie sexuelle et de la contraception, le manque d'autonomie de certaines d'entre-elles victimes de violences conjugales... etc.

Malgré tout, nos travaux nous donnent des axes de réflexion et d'ouverture sur le rôle primordial de la sage-femme dans le parcours de soin des femmes en général et particulièrement pour ces femmes en situation de précarité, ceci dans l'espoir de faire évoluer l'angoisse liée à la contraception en véritable chance de pouvoir maîtriser sa vie sexuelle.

Analyse des résultats et réponse aux hypothèses

Pour cette partie nous avons comparé nos résultats à ceux de l'étude menée à Nantes en 2004 par C. Gosselin et al. (27) précédemment citée. Il nous a paru pertinent de confronter nos résultats à ceux de cette thèse car nous avons utilisé le score établi par cette équipe de recherche, les critères de définition de la précarité étant alors très proches. De plus nous avons confronté nos résultats à ceux de l'enquête COCON en population générale (28), réalisée en 2000-2004 auprès de 2863 femmes françaises âgées de 18 à 44 ans. Cette étude s'intéresse aux pratiques contraceptives de femmes ayant eu une grossesse non prévue ou une IVG durant les 5 dernières années. Enfin nous avons mis nos résultats en parallèle avec ceux de l'étude FECOND, précédemment citée.

7.1 La précarité entraîne un moindre recours aux soins et donc à la contraception.

7.1.1 Les caractéristiques socio-économiques des populations : freins au recours aux soins et à la contraception.

Le tableau comparatif entre nos données et les études de références précédemment citées est présenté en *Annexe II*.

Age :

Dans notre étude nos populations ne diffèrent pas sur ce critère. 85% de notre population totale est constituée de femme de moins de 35 ans ce qui est en accord avec les résultats de l'enquête COCON en population générale (80,5%). En effet cette tranche d'âge correspond à la période où le désir de grossesse est le plus important dans la vie des femmes.

Situation familiale :

Dans notre étude, seules 32% des femmes (dont 21% dans le groupe précaire et 39% dans le groupe non précaire) ont une vie en couple (mariée, pacsée ou vie conjugale) contre 58% en population générale. Ceci s'explique par l'inclusion d'un nombre important de femmes en situation de précarité au sein de notre étude et du fait de la situation particulière de la demande d'IVG. En effet dans ce groupe d'étude 79% des femmes sont célibataires dont 31% avec enfants ce qui les rend d'autant plus vulnérables. Nos résultats montrent que les femmes en situation de précarité sont plus souvent dans une situation familiale délicate avec une vie conjugale instable. Or il est évident que le choix d'un contraceptif s'inscrit dans une relation de couple, où l'implication des deux partenaires facilite la bonne utilisation de la méthode.

Situation salariale :

La moitié des femmes de notre étude exercent une activité salariale ce qui est en accord avec la population générale (50% vs 58%). Cependant la situation salariale des femmes diffère statistiquement au sein des deux populations d'étude. Les 2/3 des femmes en situation de précarité sont soit sans emploi, soit au chômage contre une minorité pour les femmes du groupe non précaire (3%). Cette donnée confirme les résultats de l'étude nantaise. La précarité est donc associée à une situation économique plus difficile ce qui peut être un véritable frein à l'utilisation d'une contraception.

Isolement :

Aucune donnée sur ce critère n'a été retrouvée dans la littérature. Il est intéressant de voir qu'environ la moitié des femmes en situation de précarité vit de manière isolée. Elles n'ont aucun entourage familial ni amical, donc souvent aucun soutien psychique, financier, ni aucun conseil de leurs proches, ce qui les rend d'autant plus vulnérables. Lorsqu'une personne n'a pas de lien social il devient alors d'autant plus compliqué pour elle, de s'ouvrir à une quelconque relation ou dialogue. Cette tendance se retrouve lors des consultations auprès de ces femmes où le dialogue s'engage parfois très difficilement. Or pour accompagner au mieux une femme dans son projet de contraception nous avons besoin de recueillir ses envies, ses besoins, son histoire. Nous devons pour y parvenir, instaurer une relation de grande confiance pour amener la femme à se dévoiler.

Mode d'habitation :

Notre étude met en avant que plus de la moitié des femmes du groupe précaire n'a pas de logement individuel, dont 28% vivent en foyer d'hébergement ou en hôtel. Cette tendance est retrouvée dans l'étude nantaise où 50% des femmes ont des difficultés de logement. Pour ces femmes dont les préoccupations quotidiennes sont de l'ordre de l'alimentation, de leur lieu de vie incertain et temporaire, comment la contraception peut-elle trouver sa place ? Les difficultés d'observance dans ces situations sont davantage liées au caractère instable du mode de vie. La contraception est rarement une priorité pour ces femmes pour lesquelles s'ajoute bien souvent une vie conjugale à l'image de leur situation de vie c'est-à-dire aléatoire et délicate.

Les caractéristiques que nous venons d'évoquer sont clairement des pré-requis essentiels à la bonne utilisation d'un contraceptif. Il est indispensable qu'il y ait une adéquation entre le mode de vie des femmes et le contraceptif utilisé. Cependant le quotidien de certaines femmes étant parfois si angoissant et incertain, que la question de la contraception ne se pose même pas. Alors lorsque survient une grossesse non désirée aboutissant à une demande d'IVG, c'est toute la difficulté et la fréquente culpabilité qui se rajoutent à leur existence déjà si dure. C'est pourquoi nous devons tout mettre en œuvre pour instaurer un dialogue de confiance avec ces femmes afin qu'elles nous livrent leurs difficultés de vie pour mieux les guider dans

leur vie contraceptive. Pour ces femmes qui consultent peu en milieu médical, l'IVG doit être l'opportunité pour nous professionnel, de faire le point sur leurs pratiques contraceptives afin de trouver une méthode adéquate qui permettrait que la contraception ne soit pas vécue comme une contrainte.

7.1.2 Le suivi médical des femmes.

Le suivi gynécologique :

Notre étude a montré qu'un quart des femmes en demande d'IVG n'a pas de suivi gynécologique au sein des deux populations d'étude. La récente étude FECOND précédemment citée, rapporte qu'en 2010, 12,2% des femmes âgées de 20 à 24 ans n'avaient pas de suivi gynécologique. La proportion plus élevée dans notre étude s'explique par le fait que les femmes interrogées sont dans une situation de demande d'IVG. Nous avons sans doute une surreprésentation de femmes ayant un défaut de suivi médical et qui plus est en situation de précarité sociale. Ainsi malgré les efforts des pouvoirs publics quant à l'amélioration de l'accès aux soins pour tous, il existe encore de nombreuses femmes en dehors de tout circuit médical, véritable enjeu pour nous professionnels de santé. Bien que nos travaux ne nous aient pas permis de mettre en évidence un lien entre la précarité et l'existence de suivi gynécologique, l'étude FECOND confirme que les populations en situation de vie difficile ont un recours plus tardif aux soins. La demande d'IVG illustre en quelque sorte ce recours tardif à la contraception.

Des différences sur le type de suivi gynécologique :

Tout comme l'a démontré l'enquête FECOND, le type de suivi médical varie en fonction du milieu social puisque les femmes cadres sont plus suivies par un gynécologue que les ouvrières (82% vs 73%), ces dernières consultant plus souvent le généraliste. Nos résultats confirment cette idée puisque 90% des femmes du groupe précaire ont un suivi gynécologique assuré par leur généraliste et à l'inverse 90% des femmes du groupe non précaire sont suivies par un gynécologue. Il semblerait que les femmes en situation de précarité privilégient leur généraliste car celui-ci connaît en général depuis longtemps sa patiente, elle n'a donc pas besoin de parler d'elle, d'échanger sur sa vie parfois douloureuse. Elles auraient le sentiment

d'être mieux prise en charge car le généraliste les connaît depuis plusieurs années souvent. Ce médecin serait le référent de leur santé et surtout un point de repère fixe essentiel à leur quotidien. Lorsque ces femmes en situation de précarité sociale sont amenées à consulter un gynécologue, elles consultent essentiellement en hôpitaux publics pour la gratuité des soins et sont donc amenées à rencontrer différents professionnels qui varient d'un rendez-vous à l'autre, ce qui est très déstabilisant. De plus nous avons le sentiment qu'il existe parfois des différences tarifaires entre ces deux types de suivi avec de fréquents dépassements d'honoraires chez les gynécologues alors qu'ils sont quasiment inexistantes chez les généralistes. Cette hypothèse n'a pas été explorée dans notre étude mais semble également influencer le type de suivi médical des patients.

La consultation post-natale encore trop peu réalisée:

Notre étude révèle une influence de la précarité sur la réalisation de cette consultation essentielle à la finalisation du projet de contraception post-natale. En effet seules 30% des femmes en situation de précarité réalisent cette consultation (vs 80% groupe non précaire). Nous soulevons ici une véritable faille dans le parcours contraceptif des femmes. Il est primordial que ces femmes puissent être revues à distance de l'accouchement afin notamment de faire un bilan sur l'utilisation du contraceptif instauré en suites de couches pour éviter des situations d'arrêt de contraception. Notons que dans le groupe non précaire, encore 20% des femmes ne se rendent pas à ce rendez-vous contraceptif important.

Notre étude n'a pas montré de différence entre les deux populations quant à la mise en place d'une contraception dans le post-partum. Les deux tiers des femmes de chaque groupe sont sorties de la maternité avec une contraception. Ce constat s'explique probablement par la prise en charge, par la sage-femme, de toute femme en suites de couches. Néanmoins un tiers des femmes reste encore sans contraception post-natale ce qui les expose à un risque de survenue d'une nouvelle grossesse. Concernant le type de contraception post-natale, nos groupes d'étude ne diffèrent pas, la pilule et le préservatif restent majoritaires.

7.1.3 Le recours à la contraception.

Prise d'une contraception :

Notre étude n'a pas mis en évidence une moindre utilisation de la contraception par les femmes du groupe précaire. En effet 70% des femmes des groupes précaire et non précaire, utilisent un moyen de contraception, chiffre en accord avec les résultats de l'étude FECOND qui révèlent que 70,9% des femmes françaises de 15-44 ans y ont recours. Néanmoins cette étude affirme que la proportion de femmes n'ayant pas recours à la contraception est plus importante parmi celles « confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural »(6,8% des ouvrières vs 1,6% des cadres). Cette tendance n'a pas été retrouvée dans notre étude. Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que les femmes en demande d'IVG que nous avons incluses dans notre étude avaient pour la plupart déjà eu recours à une précédente IVG. De ce fait elles avaient déjà bénéficié d'une prise en charge contraceptive au préalable, ce qui diminue notre proportion de femme sans aucune contraception.

D'autre part, nos populations ne se différencient pas sur le type de contraception utilisé. La pilule et le préservatif prédominent au sein des deux populations d'étude ce qui peut s'expliquer par le jeune âge des femmes incluses, ces dernières évoluent suivant le modèle contraceptif classique : préservatif en début de vie sexuelle, pilule puis dispositif intra-utérin, constat établi par l'étude FECOND. Il est très inquiétant que seule une femme sur 145 utilise le préservatif associé à la pilule alors qu'un grand nombre d'entre-elles signalent ne pas avoir de partenaire régulier. Il est primordial d'évoquer avec ces femmes, le préservatif comme unique protection contre les infections sexuellement transmissibles.

7.1.4 Conclusion.

Notre première hypothèse est donc validée.

Les caractéristiques socio-économiques de la population précaire apparaissent comme des freins à l'utilisation de la contraception. En effet les situations familiales et salariales difficiles, l'isolement social des femmes ainsi que le caractère précaire du mode d'habitation compliquent l'utilisation optimale d'une méthode contraceptive.

De plus la précarité entraîne un moindre recours à la consultation post-natale, essentielle à la finalisation du projet de contraception débuté pendant la grossesse. Par ailleurs, bien que les femmes en situation de précarité n'aient pas un moindre suivi gynécologique, elles se différencient sur le type de professionnel assurant ce suivi. Or il apparaît que cet élément influence le type de contraception prescrit comme l'affirme l'étude FECOND : « les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48% vs 70%) ». Enfin les femmes en situation de précarité utilisent autant et les mêmes types de contraception que les autres femmes. Néanmoins parmi celles n'utilisant pas de contraception, les femmes du groupe précaire se différencient par un manque d'autonomie et des difficultés d'acceptation de la part du partenaire.

7.2 La précarité entraîne des difficultés d'observance de la contraception.

7.2.1 Des difficultés d'observance lors de l'utilisation de la contraception orale.

Rappelons que l'efficacité de la contraception orale est conditionnée par une prise quotidienne et régulière du comprimé, cela impose donc une contrainte journalière souvent à l'origine du défaut d'observance du contraceptif.

Des situations d'oubli ou décalage du comprimé fréquentes :

Notre étude n'a pas révélé de différence statistique entre les deux populations d'étude, ainsi la précarité ne semble pas avoir d'influence sur l'existence d'une situation d'oubli ou de décalage de la contraception orale. Cependant notre étude révèle que parmi les femmes utilisant une contraception orale, 90% d'entre-elles affirment avoir déjà été au moins une fois dans cette situation. Ce taux effrayant montre à quel point cette méthode peut être difficile à gérer au quotidien même pour des femmes en dehors de toute forme de précarité. Comment peut-on alors imaginer qu'une femme en situation incertaine puisse l'utiliser de façon efficace ? Malgré tout, elle reste la méthode la plus utilisée actuellement, plus d'une femme sur deux en 2010 d'après l'étude FECOND. Il devient indispensable de faire évoluer le modèle contraceptif français afin de se tourner vers d'autres méthodes plus adéquates.

Notre étude montre que parmi les femmes se trouvant dans ces situations d'oubli ou de décalage, 40% des femmes du groupe précaire affirment être dans cette situation au moins une fois par mois (vs 20% chez non précaire). Cela nous montre que ces situations sont banalisées par certaines femmes qui ne semblent pas s'inquiéter de leur difficulté d'observance, de l'inadéquation du contraceptif avec leur mode de vie et du risque de grossesse non prévue qu'elles encourent.

Des motifs de décalage ou d'oubli de contraception qui diffèrent :

Notre étude met en évidence l'influence de la précarité sur le motif d'existence de ces situations d'oubli. En effet, 67% des femmes du groupe non précaire évoquent des difficultés liées à des conditions de travail ou d'horaires irréguliers, ce qui concorde avec la forte proportion de femmes exerçant une activité professionnelle dans ce groupe d'étude. Encore une fois il existe ici une grande inadéquation entre le mode de vie des femmes et le contraceptif utilisé. Ces femmes devraient préférentiellement s'orienter vers des méthodes hebdomadaires ou mensuelles suivant leurs envies. D'autrepart, parmi les femmes en situation de précarité, 44% évoquent des conditions de logement difficiles et pour 39% le partenaire ou les parents non informés de l'utilisation de la contraception. Ceci souligne encore une fois les difficultés supplémentaires liées au caractère incertain du quotidien et le manque d'autonomie de ces femmes, souvent obligées de se cacher pour prendre leur comprimé. Pourquoi ne pas les orienter vers un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif beaucoup plus discret et ne nécessitant aucune observance de la part de la femme ? Encore faut-il que ces méthodes soient acceptées, c'est ici que la sage-femme joue un rôle important d'éducation et d'information auprès des patientes.

7.2.2 Des difficultés d'observance qui semblent liées à l'instabilité conjugale et à un manque d'autonomie des femmes.

Parmi les femmes n'ayant pas recours à la contraception, il est très intéressant de voir que le motif évoqué par les femmes pour justifier cette absence de contraceptif varie statistiquement entre les deux groupes. Les femmes du groupe

précaire évoquent majoritairement l'absence de partenaire régulier ou le refus du partenaire. Ceci traduit l'instabilité fréquente des couples en milieu précaire avec toutes les discordances que cela engendre face à l'utilisation d'un contraceptif. Certaines d'entre-elles n'ont pas leur mot à dire en ce qui concerne le choix de leur contraception, c'est alors le conjoint qui décide pour elle sans recueillir le désir de leur partenaire. Pour illustrer cette idée je me souviens très bien d'un couple que nous avons reçu en consultation post-IVG au centre de J. Verdier, le conjoint avait sèchement affirmé : « La contraception c'est moi qui choisit alors c'est à moi que vous devez parler ». Ces femmes ayant des relations conjugales complexes manquent d'autonomie dans leur choix.

Au contraire dans le groupe non précaire cette situation d'absence de contraception est souvent un choix de leur part.

7.2.3 Un moindre recours à la contraception d'urgence.

Les femmes en situation de précarité utilisent moins la contraception d'urgence (53% vs 70%). Pour expliquer ceci nous avons pensé que cette différence était due à un défaut de connaissances ou d'accès à ce contraceptif plus marqué chez les femmes en situation de précarité. Or notre étude a rejeté cette idée mais nous montre que trop peu de femmes sont correctement renseignées sur cette méthode. Même si beaucoup de nos femmes incluses y ont recours, seul 1/3 d'entre-elles connaissent le délai d'efficacité de la méthode. De plus bien que les 2/3 des femmes savent où et comment l'obtenir seules 2 à 3% d'entre-elles en possèdent une chez elle. Ainsi le délai nécessaire à l'efficacité de cette méthode peut-être altéré. Notons que seules 6 à 9% des femmes incluses se sont vues proposer ce contraceptif par un professionnel de santé. Nous avons là un énorme travail à faire quant à la diffusion de l'information sur ce contraceptif et ceci doit nous encourager à le proposer de manière systématique aux femmes.

7.2.4 Des femmes globalement bien informées et ayant des connaissances jugées suffisantes.

Notre étude n'a pas mis en évidence de défaut d'information ou de manque de connaissance de la contraception plus marqué dans la population précaire. Il est rassurant de constater que 83 à 90% des femmes (groupe précaire vs groupe non

précaire) sont renseignées sur la méthode contraceptive qu'elles emploient, ce qui améliore l'efficacité de celle-ci et que les deux tiers des femmes estiment avoir de bonne connaissance sur la contraception en général. Reste encore 10 à 17% des femmes non renseignées, ce qui nous montre qu'il existe encore des failles dans la prise en charge contraceptive des femmes.

7.2.5 Conclusion.

Notre deuxième hypothèse est donc partiellement validée.

Les femmes du groupe précaire ne sont pas plus nombreuses à être dans des situations d'oubli ou de décalage de la contraception orale. Cependant parmi les femmes dans cette situation, celles du groupe précaire oublient ou décalent leur contraception plus fréquemment allant d'une fois à plusieurs fois par mois. Les motifs de décalage ou d'oubli coïncident avec le mode de vie des femmes et révèlent une grande inadéquation entre le contraceptif employé et le quotidien de ces dernières.

De plus, la précarité semble être un frein à l'utilisation de la contraception par certaines femmes. En effet le caractère instable des relations de couple et le manque d'autonomie semblent prédominer dans le groupe précaire et expliqueraient en grande partie l'absence de contraception chez ces femmes.

Par ailleurs, les femmes en situation de précarité apparaissent globalement aussi bien informées que les autres femmes et jugent leurs connaissances sur la contraception globalement satisfaisantes.

7.3 La précarité entraîne un recours plus grand à l'IVG en cas d'échec de contraception

Nos travaux nous ont permis de valider cette dernière hypothèse. En effet nous avons montré l'existence d'un lien entre la précarité et le recours à l'IVG. Les femmes en situation de précarité semblent recourir de manière plus importante à l'IVG que les femmes du groupe non précaire.

Nous n'avons pas retrouvé de chiffre sur le taux d'IVG chez les femmes précaires en France lors de notre analyse de la littérature. Cependant d'après nos résultats il apparaît que 62% des femmes en situation de précarité ont un antécédent d'IVG contre 38% en milieu non précaire. Dans le groupe non précaire, le taux d'IVG

correspond à l'estimation de l'enquête COCON qui affirme que : « on estime que 40% des femmes en France auront recours à une IVG au cours de leur vie reproductive. ». Il est important de noter que 69% de notre population générale à déjà un antécédent d'IVG au moment où nous les avons interrogé. Ce taux important met en avant un nombre étonnant d'échec de contraception post-IVG. En effet chacune des femmes ayant eu une IVG a nécessairement bénéficié d'une prise en charge contraceptive à l'occasion de cette intervention. Malgré un accès à la contraception similaire pour chacune de ces femmes, il semble que le duo « professionnel patiente » n'ait pas réussi à mettre en place une solution adéquate et efficace. Ce taux important peut également s'expliquer par la tendance actuelle qu'ont les jeunes femmes à recourir plus fréquemment à l'IVG en cas d'échec de contraception, observation établie au travers de l'enquête COCON.

D'autre part les femmes en situation de précarité ne semblent pas avoir un recours plus tardif à l'IVG car nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les taux d'IVG médicamenteux et chirurgicaux entre les deux populations.

Enfin concernant le contexte de recours à l'IVG, bien qu'aucun lien n'ait pu être établi avec la précarité, il est intéressant de souligner que de manière générale, les femmes font cette demande suite à une absence ou un arrêt de contraception (40% d'entre-elles environ) et pour instabilité au sein du couple (25% environ). Ceci reflète d'une part l'inadéquation de la méthode contraceptive choisie par la femme avec sa capacité à l'utiliser de manière efficace. D'autre part ceci souligne la dimension fondamentale de la stabilité du couple dans la décision de recourir à l'IVG.

Propositions

9.1 Améliorer et faciliter le parcours de soin des femmes.

Au travers de nos travaux nous avons vu combien l'accompagnement des femmes dans leur projet contraceptif peut être complexe pour les professionnels de santé. Outre ces difficultés de prise en charge des patientes, les femmes rencontrent parfois de nombreux obstacles dans l'accès même à la contraception comme nous l'avons évoqué dans notre première partie. En tant que sage-femme nous avons là un rôle primordial à exercer. En effet la plupart des femmes auront au moins une grossesse et/ou un enfant. Le moment de la grossesse est une période judicieuse pour élaborer un éventuel projet de contraception en collaboration avec nos patientes. Nous avons déjà évoqué que la consultation post-natale est un rendez-vous clé dans la finalisation de ce projet contraceptif puisqu'il permet d'évaluer l'adéquation de la méthode choisie avec les désirs, envies, et modes de vie des femmes avec un peu de recul puisque la méthode choisie a été mise en place en sortie de maternité. Notre étude a montré que plus de la moitié des femmes (54%, les deux groupes confondus) ne l'avaient pas réalisé. Ce taux est encore plus marqué dans la population précaire où cette situation concerne 70% des femmes. Ces taux surprenants nous amènent à nous demander pourquoi ces femmes jugent ce rendez-vous inutile et le manquent délibérément ?

L'inobservance de cet entretien est peut-être liée à la difficulté d'obtenir ce rendez-vous ? De plus en plus d'hôpitaux nous renvoient vers des plates-formes téléphoniques où il n'est pas aisé d'obtenir un rendez-vous d'autant plus si la femme souhaite revoir le professionnel ayant assuré le suivi de sa grossesse. Pour de nombreuses femmes en situation d'isolement social, de non maîtrise de la langue française, cette prise de rendez-vous s'avère très délicate et complexe pour elles. Pour augmenter les chances que ces femmes se rendent à la visite post-natale, **les sages-femmes assurant le suivi des femmes en suites de couches, pourraient anticiper cette situation en prenant de manière systématique les rendez-vous post-nataux des femmes.**

Au vu de la lourdeur de la charge de travail des sages-femmes dans ces services, peut-être pourrions-nous déjà envisager d'appliquer cette règle de manière systématique à toute femme en situation de précarité ?

Une seconde proposition serait que le professionnel assurant le suivi de grossesse de la patiente, planifie avec elle la consultation post-natale lors de la visite du 9 mois. En prenant comme repère la date présumée de l'accouchement, le professionnel donnerai un futur rendez-vous à environ 6 semaines de distance. De cette façon nous offririons l'opportunité d'un suivi avec un même professionnel (hormis pour la césarienne où la patiente devra consulter l'obstétricien ayant pratiqué l'intervention) ce qui constituerait un réel repère pour les femmes, l'occasion de faire un point sur le déroulement de l'accouchement et de finaliser le projet de contraception.

Bien évidemment ces propositions ne permettront pas à elles seules d'obtenir un taux de consultation post-natale de 100% mais elles nous permettraient de l'augmenter considérablement à mon sens.

Une autre façon d'améliorer le parcours de soin des femmes est de **développer les réseaux ou partenariat de santé** de plus en plus présents en Ile-de-France. Ils sont de véritables relais entre l'hôpital et ces femmes, ils permettent ainsi de dépister, en amont, des situations de grande vulnérabilité sociale et donc des situations à risque. Ces établissements offrent l'opportunité de rompre l'isolement social des femmes, elles peuvent ainsi échanger sur leurs représentations autour de la santé et en particulier autour de la contraception. Nous avons l'espoir que ce partage leur permette d'accéder à un suivi de qualité et un choix contraceptif adapté et désiré. Le réseau parisien SOLIPAM et le partenariat ville-hôpital PRENAP en sont de véritables exemples et devraient s'étendre à de nombreuses régions françaises. Notons qu'à l'Espace Solidarité Insertion d'Emmaüs (partenaire de PRENAP), des groupes de paroles autour de la contraception ont été proposés aux femmes il y a quelques années, afin de participer à leur information et au partage de leurs connaissances, initiatives à perpétuer.

9.2 Améliorer la prise en charge contraceptive des femmes.

Le choix d'une méthode contraceptive repose sur un nombre important d'éléments complexes et propres à chaque femme. Il existe actuellement diverses méthodes contraceptives proposées aux femmes et malgré tout des échecs perdurent. Le problème ne semble pas lié à un manque dans la diversité des méthodes mais plutôt au choix de celles-ci.

Chaque femme appréhende sa contraception avec ses représentations personnelles souvent imprégnées des idéologies familiales, de son éducation mais aussi de sa culture et parfois de sa religion. A ces représentations s'ajoute l'influence de la qualité de couple et du mode de vie de chaque femme. Tant d'éléments qui rendent le choix contraceptif très complexe. Nous sommes là en tant que soignant pour éduquer, informer, conseiller et guider nos patientes dans cette réflexion, de la meilleure manière qu'il soit.

En ce sens nous devons, en premier lieu, **cesser de nous laisser influencer par nos aprioris concernant les méthodes contraceptives et concernant le profil de la patiente. Ces éléments nous orientent très souvent vers un certain type de contraception que nous jugeons le plus adapté pour elle.** Au décours de mes stages, j'ai eu l'occasion d'interroger divers professionnels (gynécologue-obstétriciens, sages-femmes) à ce sujet. Beaucoup d'entre-eux m'ont affirmé prendre en considération les attentes des femmes en matière de contraception mais avouent être souvent influencés par les représentations qu'ils peuvent avoir quant à certaines méthodes contraceptives (DIU et nullipare par exemple) et la capacité d'une patiente à suivre la prescription.

Ainsi rappelons-nous toujours, que la meilleure contraception est sans aucun doute celle que la patiente aura choisie. Au travers de l'entretien de contraception, nous sommes là en tant que professionnels pour aider nos patientes à effectuer leur choix en adéquation avec leur mode de vie, leur vie sexuelle et affective. Quant à la capacité de la patiente à utiliser un certain type de contraception n'est-elle pas le meilleur juge et la mieux renseignée sur ses propres facultés à y adhérer ?

Une seconde proposition pourrait permettre de diminuer les échecs de contraception aboutissant à une grossesse non désirée, voire à une demande d'IVG. **Cette proposition consiste à développer l'information au sujet de la contraception d'urgence et de son utilisation et surtout en une prescription systématique de celle-ci.** Cette méthode de « rattrapage » devrait être un réflexe en cas d'échec de contraception. Or elle est encore trop peu utilisée (53% des femmes du groupe non précaire vs 70% des femmes en situation précaire) et trop souvent mal utilisée puisque 70% des femmes de notre étude ne connaissent pas le délai d'efficacité ou citent un délai incorrect. Moins de 10% des femmes de notre étude se sont vues proposer ce contraceptif par un professionnel lors de la prescription de leur méthode habituelle. Il y a donc un réel effort à faire dans ce domaine afin d'offrir une alternative aux échecs de contraception occasionnels.

Enfin pour améliorer l'accompagnement des femmes dans leur éventuel projet de contraception, il est primordial que les professionnels, chargés de suivre ces femmes au contexte parfois très difficile, bénéficient de suffisamment de temps lors des consultations, afin de développer une prise en charge pluridisciplinaire. C'est la multiplicité des acteurs de santé qui permettra à ces femmes de disposer de soins de qualité.

9.3 Donner du poids à l'étude.

Notre étude a une portée limitée du fait du faible nombre de patientes incluses et de sa limitation à seulement deux centres parisiens. Pour qu'elle ait plus de poids, elle devrait être menée à plus grande échelle, au niveau national et au sein de multiples centres, afin d'obtenir d'avantages d'informations sur les difficultés rencontrées dans le parcours contraceptif des femmes.

Conclusion

D'après notre étude, les femmes en situation de précarité ont un recours plus fréquent à l'interruption de grossesse en raison de difficultés d'observance de la contraception. Bien que les difficultés d'observance n'apparaissent pas plus fréquentes dans la population précaire, elles sont en rapport avec la précarité des femmes.

Ainsi plusieurs freins à l'utilisation optimale d'un contraceptif ont pu être mis en avant. Les femmes précaires semblent avoir un moindre recours aux soins de part des difficultés d'accès à ceux-ci en rapport avec leurs conditions socio-économiques. En effet les situations familiales et salariales, ainsi que l'isolement social et l'instabilité d'hébergement de ces femmes engendrent un moindre suivi médical. Ces femmes réalisent peu la consultation post-natale essentielle à la finalisation du projet contraceptif post-natal. Par ailleurs elles consultent préférentiellement des généralistes à l'inverse des femmes en situation non précaire, qui consultent majoritairement des gynécologues.

De manière plus globale, notre étude laisse penser que les oublis de contraception sont plus fréquents lors de situations sociales et affectives particulières dans la vie des femmes. En ce sens les femmes en situation de précarité rencontrent majoritairement des difficultés sociales et affectives qui les placent dans un moment de fragilité au sein leur parcours contraceptif. Nos travaux réaffirment ainsi qu'il est primordial d'apporter une attention toute particulière à l'adéquation entre les méthodes contraceptives et le contexte de vie des femmes.

Ainsi en raison de la difficulté de la notion de « précarité » si délicate à appréhender et si large, une étude plus générale permettrait d'inclure d'autres obstacles à la bonne utilisation de la contraception. Ces éléments qui sont par exemple : le lourd poids de la culture et de la religion des femmes, les contextes de violences conjugales qui empêchent toute forme d'autonomie, mériteraient d'être étudiés dans une future étude qualitative qui viendrait enrichir, préciser et compléter nos résultats quantitatifs.

Bibliographie

- (1) Constitution de l'organisation mondiale de la santé. *Documents de base, documents officiels n°240*. Washington, 1991.
- (2) WRESINSKI, J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris: Journal officiel, 1987, p14.
- (3) Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Evolution historique des concepts de santé et précarité*. Nov. 2009.
- (4) Aide médicale de l'Etat. Bénéficiaires et prestations. Direction de l'information légale et administrative mis à jour le 18.08.12. www.vosdroits.service-public.fr
- (5) HCSP. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. ENSP, fév.1998.
- (6) IRDES. *La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire*. Enquête Santé Protection Sociale, 2006.
- (7) OMS. *Closing the gap in a generation*. Health equity through action on the social determinants of health: Final report, 2008.
- (8) INPES. *Des inégalités sociales de santé : des déterminants multiples*. La santé de l'Homme. Sept-oct. 2008, p17-19.
- (9) AIACH P., FASSIN D., *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*. La revue du Praticien, 2004 ; 20(54) ; 2221-27.
- (10) DEVAUX M., JUSOT F., TRANNOY A., TUBEUF S., *Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents*. Questions d'économie de la santé, n°118, fév. 2007.
- (11) HCSP, Rapport général. *La Santé en France*. La documentation française, nov. 1994.
- (12) INPES. *Baromètre santé 2010*. Equilibres n°76, nov.2011.
- (13) AKOUKA C., *Etude FECOND : le modèle contraceptif français doit évoluer*. Contact Sages-femmes, n°33, oct. 2012.
- (14) A.E., *Contraception et IVG : ce qui change en 2013*. Le Parisien, Déc. 2012.
- (15) DRESS, *L'état de santé de la population en France*. Rapport 2009-2010, juillet 2010.

- (16) Ministère des affaires sociales et de la santé, *Décrets contraception 2012*. Contact Sages-femmes, n°33, oct. 2012.
- (17) BAJOS et al., *Contraception : from accessibility to efficiency*. HumanReprod, 2003 ; 18(5) ; 994-998.
- (18) MOREAU et al., *Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France*. Population 2007; 415-438.
- (19) HAMRAOUI M. *Observance thérapeutique et défaut d'observance thérapeutique en contraception*. Thèse de Doctorat en Psychologie, Ecole doctorale Cognition, Langage, Education d'Aix-Marseille, Soutenue le 16 Déc. 2011.
- (20) Observatoire du Samu Social de Paris, *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*. Rapport de juin 2005 à la Direction Générale de la Santé, p 7-9.
- (21) BAJOS, MOREAU et al., *Perspectives in sex and reprod health*. Pop. and Soc. 2006.
- (22) M-C. VANEUVILLE, *La santé des personnes sans chez soi*. Rapport remis au ministère de la Santé, Nov. 2009
- (23) BLONDEL B., *Déroulement de la grossesse et santé périnatales chez les femmes en situation précaire*. Réalité en gynécologie et obstétrique, Nov. 2010, 1-5.
- (24) SCHEIDEGGER S., VILAIN A., *Disparités sociales et surveillance de grossesse*. DRESS étude et résultats, Janv. 2007, 552 : 1-8.
- (25) Haute autorité de la Santé, *La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit*. Dossier de Presse, Sept. 2007.
- (26) ANAES. *Recommandations pour la pratique clinique, stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Argumentaire*. Déc. 2004.
- (27) GOSSELIN C. *La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise*. Thèse de Doctorat en Médecine Générale, Université de Nantes, Soutenue en 2004.
- (28) BAJOS N. et al., *Enquête COCON (Cohorte sur la Contraception) : enquête socio-démographique sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement en France*. INSERM, INED et CNRS unité 822, 2000-2004.

Annexes

5. Quel est votre mode de vie ?

- Maison ou appartement Individuel
- Foyer d'hébergement ou hôtel
- Sans logement
- Logée par un tiers (ami(e) ou famille)

II. Suivi médical

6. Avez-vous un suivi gynécologique ?

- Si oui :

o A quand remonte votre dernière consultation ?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 24 mois
- Plus de 24 mois

o Qui consultez-vous ?

- Gynécologue
- Sage-femme
- Généraliste
- Planning familial ou PASS (permanence d'accès au soin de santé)

Autre :

- Si non, pour quelle raison ?

- Problème financier
- Personne ne vous l'a dit
- Ne connaît pas de médecin
- N'ose pas
- Jamais pensé
- Ne sais pas où aller
- Autre :

7. Avez-vous déjà eu un examen gynécologique avant votre venue au planning familial ?

→ Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

- Dans le cadre d'un suivi de grossesse
- Dans le cadre d'une précédente interruption volontaire de grossesse
- Dans le cadre d'une consultation médicale

→ Si non, pourquoi ?

- Non proposé
- Refusé
- Jamais consulté

8. Quels sont vos antécédents gynécologiques ?

→ Nombre de grossesse :

→ Nombre d'enfant né vivant :

→ Nombre d'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse :
.....

→ Nombre d'interruption volontaire de grossesse par méthode chirurgicale :
.....

III Contraception

9. Actuellement, utilisez-vous une contraception ?

→ Si oui :

○ Laquelle ?

Pilule en prise continue (28 comprimés)

Pilule avec arrêt entre les plaquettes (21 comprimés)

Préservatif : masculin ou féminin?.....

Patch, anneau

Méthode naturelle, laquelle?

Autre :

○ Quelqu'un vous a-t-il renseigné sur la méthode d'utilisation de votre contraception actuelle ?

Médecin

Sage-femme

Pharmacien

Un tiers (ami(e) ou famille)

Infirmière scolaire

Médias ou brochure d'information

Aucun renseignement

○ Etes-vous satisfaite de votre contraception actuelle ?

Très satisfaite Plutôt satisfaite

Peu satisfaite Pas du tout

○ Votre contraception actuelle vous semble-t-elle facile à utiliser ?

Oui

Non, pour quelle(s) raisons ?

.....

→ Si vous n'utilisez pas de contraception : pour quelle(s) raison(s) ?

Pas de partenaire sexuel régulier

Désir de grossesse

Contre-indication médicale

Jamais consulté un Médecin ou une Sage-femme

Jamais demandé

Ne le souhaite pas

Refus du partenaire

Autre :

10. Pour les femmes utilisant la pilule comme moyen de contraception :

→ Vous arrive-t-il de décaler l'heure de prise du comprimé ou de l'oublier?

○ Si oui :

→ A quelle fréquence ?

Cela m'arrive rarement (pas tous les mois)

Cela m'arrive parfois (une fois par mois)

Cela m'arrive souvent (plusieurs fois par mois)

→ Pour quelle(s) raison(s) avez-vous des difficultés à prendre votre comprimé ?

Travail ou horaires de travail irréguliers

Mode de vie difficile (logement incertain, vie en collectivité)

Importante charge de travail avec votre (vos) enfant(s)

Partenaire ou parents ne sont pas au courant de votre contraception

Autre :

○ Si non :

→ Quel moyen utilisez-vous pour vous souvenir de l'heure de prise du comprimé ?

Aucun je m'en souviens spontanément

Réveil, alarme du téléphone

Prise en même temps qu'un geste quotidien, lequel ?

.....

Autre :

11. Pour les femmes ayant eu un ou plusieurs enfants :

→ A la sortie de la maternité, quelle contraception a été mise en place ?

Aucune, je n'en ai pas voulu.

Pilule

Préservatifs seuls

Implant préciser : Sortie avec la prescription et pose ultérieure

Posé durant votre séjour à la maternité

Sortie avec la prescription mais jamais posé

Stérilet préciser : Sortie avec la prescription et pose ultérieure

Posé durant votre séjour à la maternité.

Sortie avec la prescription mais jamais posé

Autre :

→ Avez-vous effectué votre consultation post-natale ?

Oui

Non

12. En cas d'oubli de contraception ou de relation sexuelle non protégée, pensez-vous savoir quoi faire ?

Tout à fait

A peu près

Pas du tout

13. Avez-vous des connaissances sur la pilule dite du « lendemain » ou contraception d'urgence ?

- Oui Non Vaguement

→ Savez-vous dans quelle(s) situation(s) l'utiliser ?

Oui, préciser :

.....

Non

→ L'avez-vous déjà utilisée ? Oui, combien de fois ?

Non jamais

→ Vous semble-t-elle :

Facile à utiliser

Peu facile à utiliser

Trop compliquée

→ Savez-vous comment l'obtenir ? Oui Non

→ Savez-vous où l'obtenir ?

Oui, préciser :

Non

→ Connaissez-vous le délai d'efficacité de cette méthode ?

Oui, préciser :

Non

→ En possédez-vous une ? Oui Non

→ Vous l'a-t-on déjà proposée lors de la prescription de votre contraception habituelle ?

Oui

Non

14. Selon vous, quels sont les avantages de votre contraception ?

.....
.....
.....

15. Selon vous, quels sont les inconvénients de votre contraception ?

.....
.....
.....

16. Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur la contraception en général ?

- Oui tout à fait Oui à peu près
- Très peu Non pas du tout

17. Concernant votre venue ce jour au planning familial :

Dans quel contexte faites-vous cette demande d'interruption de grossesse ?

- Pas de contraception ou arrêt de contraception
- Oubli de pilule ou décalage de l'horaire de prise habituel
- Mauvaise utilisation du préservatif ou accident de préservatif
- Désaccord au sein du couple
- Partenaire n'est pas ou plus présent
- Ne peut assumer financièrement
- Ne peut assumer au vu de votre mode de vie (vie en collectivité, chez un tiers, pas de logement)
- Formation professionnelle non terminée
- Vous vous estimez trop jeune
- Raison culturelle ou religieuse
- Autre : préciser

.....

18. Votre partenaire est-il au courant de votre démarche ?

- Oui Non

N'hésitez pas à me soumettre vos éventuelles remarques :

.....
.....
.....

Je vous remercie.

Annexe II : Tableau comparatif entre les caractéristiques de nos populations et celles des études de référence.

	Mon étude (Ile de France 2012) N= 145		C. GOSSELIN (Nantes 2004) N =94		COCON N=2863
	Précaire %	Non précaire %	Précaire %	Non précaire %	Population générale %
Age	15-25 ans : 64	55	< 20 ans : 33	53	15-24 ans : 28,5
	26-35 ans : 21	31	21-30 ans : 51	26	25-34 ans : 52
	36-45 ans : 15	14	>30 ans : 16	21	>35 ans : 19,5
Age de la population générale	< 35 ans : 85%		< 30 ans : 82%		< 35 ans : 80,5%
Situation familiale					
Vie maritale	21	39	42	21	58,4
Situation salariale					
Travail	23	57	9	29	52,9
Chômage	24	1	18	10	13,7
Etudiante	8	40	25	55	
Pas d'activité	45	2	48	6	
Existence d'un suivi gynécologique	26	19	74,5	78	

L'influence de la précarité sur l'observance de la contraception.

Malgré un grand choix de méthodes contraceptives proposées aux femmes, les échecs de contraception perdurent. En situation de précarité sociale, les conditions socio-économiques rendent difficile la gestion d'une contraception. L'étude proposée dans ce mémoire s'est intéressée à l'influence de la précarité sur l'observance de la contraception. Il s'agit d'une étude descriptive et comparative de deux populations de femmes : précaire et non-précaire, dont l'objectif principal est la mise en évidence des freins à l'utilisation efficace de la contraception en milieu précaire. Cette étude a été menée auprès de 145 femmes, par distribution de questionnaires au sein de deux centres d'orthogénie parisiens.

Les résultats obtenus montrent un moindre recours aux soins et à la contraception dans la population précaire ainsi que des difficultés d'observance en lien avec la précarité sociale des femmes. Il apparaît également que ces femmes ont un recours plus fréquent à l'interruption volontaire de grossesse.

Une étude qualitative et plus générale permettrait d'étudier d'autres obstacles à l'observance de la contraception en milieu précaire, notamment le manque d'autonomie de ces femmes et les facteurs culturels et religieux impliqués dans le choix d'une contraception.

Mots-clés : observance du traitement médicamenteux, contraception, précarité, interruption légale de grossesse.

The influence of the uncertainty on contraception observance.

Despite a wide range of contraceptive methods available to women, contraceptive failures persist. The socio-economic context associated with precarious situation make contraception difficult to manage. The study presented in this dissertation deals with the influence of the uncertainty on contraception observance. This work is a descriptive and comparative study of two populations of women: precarious and non-precarious. Main objective is the identification of obstacles to the effective use of contraception in precarious context. This study was conducted with 145 women through the distribution of questionnaires in two orthogenetic centers in Paris.

The results show a lower use of health care and contraception for precarious population. They also reveal difficulties of compliance linked to social disadvantage of women. It appears that precarious women have more frequent recourse to abortion.

A global and more quantitative study would consider other barriers to contraception observance in precarious environment including the lack of autonomy of women or the cultural and religious factors involved in the choice of a contraception method.

Keywords: medication adherence, contraception, precarium, abortion, legal