



HAL
open science

Étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint-Paul, île de La Réunion, en 2013

François Blanchard

► **To cite this version:**

François Blanchard. Étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint-Paul, île de La Réunion, en 2013. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00956383

HAL Id: dumas-00956383

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00956383>

Submitted on 6 Mar 2014

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.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2013

N°154

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 18/12/2013 par

François BLANCHARD
Né le 26/01/1983 à Saint-Nazaire

ETUDE SUR LES CONNAISSANCES ET OPINIONS A
PROPOS DES MOYENS CONTRACEPTIFS CHEZ 305
FEMMES AU CENTRE D'ORTHOGENIE DE SAINT-PAUL -
ILE DE LA REUNION - EN 2013

Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Luc CHEVALLIER

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX
Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU
Monsieur le Docteur François PETREGNE
Madame le Docteur Mélanie AFONSO
Monsieur le Docteur Luc CHEVALLIER
Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Rapporteur

« C'est ce que nous pensons déjà connaître qui nous empêche
souvent d'apprendre »

Claude Bernard, *Introduction à la médecine expérimentale*.

REMERCIEMENTS

À nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Vous me faites l'honneur de présider ce travail et je vous en remercie. Veuillez trouver l'expression de mon plus profond respect. Je vous remercie aussi pour votre investissement pour la formation des médecins généralistes.

Monsieur le Professeur Malik BOUKERROU

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur François PETREGNE

Vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver dans cette thèse l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Madame Le Docteur Mélanie AFONSO

Je vous remercie de l'attention que vous voulez bien porter à mon travail. Je vous prie d'accepter mes remerciements.

À notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Luc CHEVALLIER

Je te remercie d'avoir entamé ce travail avec moi et de m'avoir guidé pas à pas tout au long de cette thèse. Je te remercie pour tout ce que tu m'as appris lors de mon stage dans ton service et de toutes les connaissances que tu m'as transmises. Trouve dans ce travail mes plus sincères remerciements et sois assuré de mon profond respect.

À notre rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre le temps d'être le rapporteur de ce travail. Je vous remercie aussi pour la qualité de votre enseignement et pour votre implication dans la formation des médecins généralistes à La Réunion. Soyez assuré de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

À ma fiancée Virakshela, mon rayon de soleil quotidien.

Merci pour ton inestimable soutien et ta présence à mes côtés durant la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir aidé dans la réalisation des graphiques à travers les méandres d'Excel.

À notre futur commun et à toutes les belles choses qui nous attendent...

À Charles-Mézence,

Merci pour ton amitié et ton aide dans la réalisation de ce travail, sans toi la mise en page n'aurait pas été aussi parfaite. Amicalement.

À mes parents,

Pour votre soutien et vos encouragements pendant ces longues années d'études, j'espère vous avoir apporté un peu de bonheur dans votre vie difficile.

À mes frères Antoine, David et Thomas, à ma sœur Claire et à Jérôme.

La distance nous a souvent séparés les uns des autres, mais cela ne m'empêche pas de penser souvent à vous et de vous aimer.

À Bastien,

Merci pour ton aide et pour le logiciel de statistique. Amicalement.

À Caroline,

Ma première colocataire à La Réunion. À nos premières gardes communes aux urgences de Saint-Pierre. Au plaisir de te revoir rapidement.

À mes amis,

Olivier, Arnaud, Armelle, Cédroc, Thibault, P-J, Laurent, Claire, Benj, Antoine et Marie-Pierre, Sylvain et Coline et à tous ceux que je n'ai pas cités.

À tous les professionnels médicaux et paramédicaux,

Que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus et auprès desquels j'ai beaucoup appris.

À Chantal, merci d'avoir pris le temps de distribuer le questionnaire.

À tous les patients, que j'ai déjà croisés ou qui croiseront un jour ma route.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p4
LISTE DES ABREVIATIONS	p10
INTRODUCTION	p12

PREMIÈRE PARTIE : Contexte et problématique p14

I. LA RÉUNION

A. Situation Géographique	p15
B. Situation historique	p15
C. Situation démographique	p17
D. Situation sanitaire et sociale	p17

II. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE p19

A. HISTORIQUE	
A1. Historique en France métropolitaine	p19
A2. Historique à La Réunion	p21
B. PRÉSENTATION DES IVG	
B1. Procédures légales	p23
B2. Les techniques d'interruption de grossesse	p23
-médicamenteuse	
-instrumentale	
B3. Les complications	p24
B4. Le coût	p24
C. SITUATION ACTUELLE DES IVG	
C1. En France métropolitaine	p26
C2. À La Réunion	p26
C3. En Europe	p27

III. LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION p28

A. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION	p28
B. CROYANCES SUR LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION CHEZ LES FRANÇAIS	p29
C. LE PARADOXE CONTRACEPTIF FRANÇAIS	p31

DEUXIÈME PARTIE : Résultats et analyse des données

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE	p34
A. OBJECTIFS	p34
B. CIRCONSTANCES DE L'ÉTUDE	p34
C. OUTILS ET MÉTHODE	p34
C1. Population	p34
C3. Questionnaire	p35
C4. Recueil des données	p35
C5. Traitement des données	p36
II. RÉSULTATS	p37
III. DISCUSSION	p61
A. CRITIQUE DE LA MÉTHODE	p61
A1 Critères d'inclusion et d'exclusion	p61
A2 Diffusion du questionnaire	p61
A3 Elaboration du questionnaire	p62
A4 Type de questions	p62
B. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	p63
B1. L'âge	p63
B2. Statut conjugal et parité	p63
B3. Données socio-économiques	p64
B4. IVG antérieure(s)	p65
B5. IVG actuelle et contraception	p66
C. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR LA REPRODUCTION	p68

D. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR LES CONTRACEPTIFS	p69
D1. La pilule	p69
D2. Le préservatif	p71
D3. DIU	p72
D4. Contraception d'urgence ou pilule du lendemain	p73
E. PERSPECTIVES	p75
E1. L'information et l'éducation sexuelles	p75
E2. L'information sur les contraceptifs	p76
E3. Formation des professionnels de santé	p77
E4. Amélioration du recueil des données statistiques	p78
E5. Exemples d'action	p78
CONCLUSION	p81
ANNEXE 1	p83
ANNEXE 2	p85
BIBLIOGRAPHIE	p88
SERMENT MÉDICAL	p95
RESUME	p97

LISTE DES ABREVIATIONS

ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANTCD : Antécédent
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BAC : Baccalauréat
CESC : Commission d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CMU : Couverture Maladie Universelle
CU : Contraception d'Urgence
CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIU : Dispositif Intra Utérin
DOM : Département D'outre Mer
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GEU : Grossesse Extra Utérine
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MG : Médecine Générale
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
ORS : Observatoire Régionale de Santé
RSA : Revenu de Solidarité Active
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis
UDR : Union Démocratique Réunionnaise

Listes des tableaux :

- Tableau 1 : Efficacité réelle des contraceptifs
- Tableau 2 : Repartition par tranches d'âge
- Tableau 3 : Situation matrimoniale
- Tableau 4 : Parité
- Tableau 5 : Nombre d'enfants
- Tableau 6 : Rapport situation matrimoniale/parité
- Tableau 7 : Niveau d'études actuel
- Tableau 8 : Activité professionnelle
- Tableau 9 : Contexte socio-économique difficile
- Tableau 10 : Précision sur les difficultés socio-économiques
- Tableau 11 : IVG antérieure
- Tableau 12 : Age * IVG antérieure
- Tableau 13 : Contexte socio-économique difficile * IVG antérieure(s)
- Tableau 14 : IVG autre
- Tableau 15 : Age*IVG autre
- Tableau 16 : Age * contraception
- Tableau 17 : Utilisation d'une contraception
- Tableau 18 : Situation de couple*méthode contraceptive
- Tableau 19 : Contraceptif utilisé
- Tableau 20 : Pensez-vous que l'on puisse tomber enceinte lors du premier rapport ?
- Tableau 21 : Fiabilité des méthodes naturelles
- Tableau 22 : Possibilité de conception lors de règles
- Tableau 23 : Jour sans aucun risque de grossesse
- Tableau 24 : La pilule
- Tableau 25 : La pilule est un moyen de contraception
- Tableau 26 : oubli de pilule supérieur à 12h
- Tableau 27 : Pour vous le préservatif
- Tableau 28 : Pour vous acheter un préservatif c'est
- Tableau 29 : Durée de vie d'un stérilet
- Tableau 30 : Stérilet et enfant
- Tableau 31 : Stérilet et multipare
- Tableau 32 : Relation stable et stérilet
- Tableau 33 : Stérilet rend stérile
- Tableau 34 : Stérilet et contraception d'urgence
- Tableau 35 : Pilule du lendemain
- Tableau 36 : Utilisation de la contraception d'urgence
- Tableau 37 : Délivrance d'une prescription pour la CU
- Tableau 38 : Connaissez-vous la durée d'utilisation de la CU
- Tableau 39 : Durée d'utilisation de la CU1
- Tableau 40 : Statut conjugal
- Tableau 41 : Tableau comparatif de la parité des femmes
- Tableau 42 : Comparaison du niveau d'étude
- Tableau 43 : Comparaison de l'activité professionnelle
- Tableau 44 : Comparaison des IVG antérieures

INTRODUCTION

Le XXe siècle a connu de nombreux bouleversements pour les femmes. Elles ont accédé à l'éducation, au travail, au droit de vote, et plus récemment à la contraception et à une sexualité libérée. Avec la légalisation de la contraception et des interruptions volontaires de grossesse, la sexualité des femmes est reconnue et prise en compte par les pouvoirs publics.

Depuis 1974, année où a été votée la loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), le nombre d'IVG est resté stable aux alentours de 220000 en France(1). A La Réunion, 4360 IVG ont été pratiquées en 2011. (2)

Le développement de la pratique contraceptive et la facilité d'accès à la contraception d'urgence n'ont pas entraîné de diminution du recours à l'IVG, c'est ce que montre Nathalie Bajos dans l'étude « pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans » publiée en 2004(3).

Au cours de ma formation de médecin généraliste, j'ai été amené à faire les entretiens pré IVG au centre hospitalier Gabriel Martin de Saint Paul et en remplissant le dossier médical de la patiente, j'ai eu le sentiment que beaucoup de femmes demandaient une IVG à cause d'un échec de leur contraception. Le Rapport de l'IGAS de 2009 pointe aussi cette défaillance, 72% des femmes enceintes qui ont recours à une IVG surviennent chez des femmes sous contraception. (1)

C'est dans ce contexte et après avoir discuté avec plusieurs professionnels de santé au contact de ces femmes que je me suis interrogé sur les raisons de ces échecs contraceptifs. Est-ce que certaines connaissances et opinions à propos des moyens contraceptifs pouvaient rendre leurs usages moins efficaces ?

En faisant ma recherche bibliographique, je n'ai pas trouvé d'étude sur le sujet à La Réunion. En revanche en France métropolitaine une étude réalisée par l'INPES en 2007 « les français et la contraception » (4) montre que les connaissances concernant l'existence de différents moyens pour éviter une grossesse sont relativement bonnes, mais qu'elles s'avèrent plus limitées quant à leurs conditions d'utilisation et leur efficacité. Cette étude montre aussi que certaines fausses croyances persistent dans l'opinion publique. C'est aussi ce que retrouve une étude réalisée en haute Normandie en 2009(5) ou encore l'étude Fécond de 2010 (6).

Dans une première partie après un rappel historique, nous verrons l'épidémiologie de l'avortement en France métropolitaine et à La Réunion puis ce que savent les français sur les différents contraceptifs à travers différentes études.

Dans une seconde partie nous présenterons les résultats et nous ferons l'analyse des données.

L'objectif principal de mon travail est de faire un état des lieux des connaissances et opinions des moyens contraceptifs dans une population de femmes qui ont recours à une IVG à Saint-Paul à partir d'un questionnaire d'une trentaine de questions et de les comparer aux données de la littérature pour découvrir s'il existe des spécificités réunionnaises.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes réalisant une IVG à Saint-Paul.

PREMIÈRE PARTIE

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

I. L'ÎLE DE LA RÉUNION

A. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

L'Île de La Réunion est située dans l'océan indien et fait partie de l'archipel des Mascareignes, au même titre que l'île Maurice et l'île Rodrigues, elle mesure 50 km de largeur et 80 km de longueur. 800 km à l'ouest se trouve l'île de Madagascar et encore plus au nord il y a les Seychelles. Paris est situé à 9 200 km de Saint-Denis qui est le chef lieu de ce département. La superficie totale est de 2 504 km².

B. SITUATION HISTORIQUE

La Réunion est une des seules îles de la région dont les premiers habitants aient été des Européens, ils y débarquent le 9 février 1513. L'île apparaît sur des cartes portugaises sous le nom de *Santa Apollonia*. Vers 1520, La Réunion, l'île Maurice et l'île Rodrigues sont appelées *l'archipel des Mascareignes*, du nom de Mascarenhas.

Au début du XVII^e siècle, l'île est une escale sur la route des Indes pour les bateaux Anglais et Néerlandais. Des Français y ont ensuite débarqué pour en prendre possession au nom du roi en 1642 et elle a été baptisée *île Bourbon*, du nom de la famille royale. C'est en 1665 qu'arrivent les vingt premiers colons de l'île de Bourbon.

Le 19 mars 1793, pendant la Révolution, son nom devient « île de La Réunion ». Le 26 septembre 1806, l'île prend le nom de L'île Bonaparte et se retrouve en première ligne dans le conflit franco-anglais pour le contrôle de l'océan Indien.

Le 20 décembre 1848, l'abolition de l'esclavage est proclamée (le 20 décembre étant un jour férié à La Réunion).

La seconde moitié du XIX^e siècle voit la population réunionnaise évoluer, par l'arrivée massive d'engagés indiens dont une partie s'installe définitivement dans l'île. De nombreux Chinois et musulmans indiens s'installent alors, et forment deux importantes communautés qui participent à la diversification ethnique et culturelle. À partir de la fin du XIX^e siècle, les sources d'engagements se tarissent peu à peu. Nombre de propriétaires terriens louent alors leurs terres (pratique du colonage), d'où l'émergence d'une population de travailleurs agricoles indépendants.

La participation de La Réunion à la Première Guerre mondiale se traduit par l'envoi de nombreux Réunionnais aux combats. L'aviateur Roland Garros se couvre de gloire et meurt en plein ciel en 1918. L'amiral Lucien Lacaze est nommé ministre de la Marine puis ministre de la Guerre de 1915 à 1917. La guerre a des conséquences économiques favorables pour La Réunion : la production de sucre

augmente fortement et les cours grimpent, la métropole étant privée de ses terres betteravières, théâtre des combats.

La Seconde Guerre mondiale est une épreuve très dure : bien que La Réunion soit épargnée par les combats, elle souffre terriblement de l'arrêt quasi total de ses approvisionnements. Le 28 novembre 1942, un débarquement des Forces françaises libres a lieu sur l'île : l'administration locale fidèle au gouvernement de Vichy est renversée, le territoire passant sous contrôle de la France libre.

Le 19 mars 1946 La Réunion devient un département d'outre-mer français puis, en 1997, l'une des sept régions ultrapériphériques de l'Union européenne.

À la départementalisation, La Réunion est en ruines. Mais la métropole est amenée à consentir de gros efforts pour la reconstruction de l'économie et le progrès social. L'instruction obligatoire constitue un progrès décisif. La mise en place, avec un léger décalage, du système de sécurité sociale hexagonal apporte un mieux-être considérable. Au début des années cinquante, le paludisme, fléau sanitaire majeur depuis un siècle, est éradiqué. Le nombre de lits d'hôpital triple en dix ans. Il s'ensuit une amélioration importante de la santé publique, une chute considérable de la mortalité et une augmentation galopante de la population, la natalité culminant à un niveau record proche de 50 pour mille. Dès la fin de la guerre, des liaisons aériennes régulières mettent La Réunion à trois journées seulement de la métropole. Autre conséquence de la départementalisation : une augmentation considérable du nombre de fonctionnaires, bien rémunérés, qui génèrent un flux commercial nouveau provoquant l'émergence d'une classe moyenne vivant du commerce, d'activités libérales et de fonctions d'encadrement. L'élection de Michel Debré à la députation, en 1962, apporte un atout considérable au développement, du fait de la dimension du personnage et de son poids politique en métropole.

Dans les années 1970 et 80, La Réunion accède vraiment à la modernité. Une université apparaît et se développe, ainsi que l'enseignement technique. La télévision supplante la radio. Le tourisme commence à se développer. Le réseau routier se densifie et se modernise, mais le parc automobile évolue plus rapidement encore ! L'habitat s'améliore et la construction de logements, dopée par des avantages fiscaux spécifiques aux DOM, est très active. L'économie change. Dans l'agriculture, les cultures maraîchères et fruitières, l'élevage se développent pour satisfaire les besoins d'une population qui augmente et consomme. La canne à sucre, toutefois, maintient son rang de première production agricole. Le BTP se porte bien. Mais c'est désormais le secteur tertiaire qui tire l'économie vers le haut : commerce, services, et, de plus en plus, le tourisme. C'est aujourd'hui la première activité de l'île, avec la construction.

C. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

Au 1er janvier 2010, la population de l'île s'élève à 833 000 habitants. L'accroissement naturel est le moteur de la croissance démographique réunionnaise, puisqu'il explique 95 % de l'augmentation de la population depuis 1999. La variation de population due au mouvement migratoire, qui était très favorable à l'île durant la décennie 1990 avec beaucoup plus d'entrées que de sorties, a fortement diminué depuis. (7)

La population réunionnaise est jeune, beaucoup plus jeune que celle de métropole puisque plus de 33 % de la population à moins de 20 ans soit 282 000 individus. (8)

D. SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE

Pour l'année 2010 le taux de mortalité infantile est bien plus important que celui de la métropole puisqu'il est de 7,6‰ contre 3,8‰. (9)

Le taux de natalité qui est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année était au 1er janvier 2010 de 17,4‰ contre 12,8‰ en France.(10)

À La Réunion l'espérance de vie à la naissance au 1er janvier 2009 était de 74,6 années pour les hommes et de 82,7 années pour les femmes contre respectivement 82,1 années et 84,2 années en métropole, mais ceci tend à s'améliorer avec l'amélioration de l'offre de santé et une élévation du niveau de vie des gens. (11)

Le taux de mortalité qui est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année au 1er janvier 2010 était de 5,1‰ contre 8,4‰ en France. (12)

À La Réunion, au 1^{er} janvier 2012, on reste en dessous de la moyenne nationale pour les services d'urgences, les centres de santé et les structures psychiatriques ambulatoires.(13)

Le nombre de lits et de places en secteur public et privé pour les courts séjours en 2012 était de 2 462 lits ce qui fait 284/100 000 habitants alors que la moyenne en France est de 402/100 000 habitants. (14)

La démographie médicale totale à La Réunion au 1^{er} janvier 2012 d'une manière générale reste en dessous de la moyenne nationale, mais avec de grandes disparités entre les localisations, avec une forte condensation dans le nord et l'ouest et une désertion pour l'Est de l'île. (15)

Le nombre de personne percevant les allocations sociales sur l'île de La Réunion est bien plus nombreux qu'en métropole. (16)

Sur l'île de La Réunion, en 2011, 150 300 allocataires ont bénéficié d'une prestation considérée comme minimum social. Les montants versés, 830 millions d'euros, s'accroissent également. La principale prestation, le RSA(socle + socle et activité), a été perçue par plus de 86 000 foyers. , il y avait 126 375 personnes qui avaient la CMU de base et 288713 autres qui avaient la CMU complémentaire(17)

La Réunion conserve le taux de chômage le plus élevé des DOM, il touchait 29,5 % des actifs au 2e trimestre 2011 et concerne, comme partout ailleurs, une proportion plus importante de femmes (31,8 %contre27,5 %). 4 chômeurs sur 10 n'ont aucune qualification, mais c'est le taux chez les moins de 25 ans qui reste le plus inquiétant à La Réunion avec plus d'un jeune sur deux sans emploi. (18)

Pour résumer les caractères socio-démographiques de cette île, le système de santé s'améliore avec un nivellement des différences par rapport à la métropole. La population réunionnaise est jeune, avec un taux de chômage nettement supérieur à la moyenne nationale, elle bénéficie de beaucoup d'allocations et plus de 33 % de la population est à la CMU complémentaire.

II. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

A. HISTORIQUE

A.1 Historique en France métropolitaine

L'avortement est attesté au Moyen-Âge, même s'il reste très difficile à mettre en place, Il s'agissait de provoquer des fausses couches. Les documents ecclésiastiques dénoncent l'utilisation à des fins abortives de graines de fougère ou de gingembre, des feuilles de saule, d'épidème, de rue, des mélanges d'aloès, du persil, du fenouil ou encore des bains de camomille. Les condamnations de l'avortement au Moyen-Âge étaient toujours très sévères.

L'avortement est défini pour la première fois par l'article 317 du code pénal de 1810 dans un cadre légal, en le rendant passible de prison. Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement aux moyens d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de réclusion.

En 1920 est votée la loi "répressive et nataliste" qui vise à réprimer la complicité et la provocation à l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle.

En 1923, une nouvelle loi est adoptée, redéfinissant ainsi l'avortement comme un délit.

En pleine seconde guerre mondiale sous Vichy la loi de 1942 considère l'avortement comme un crime, il est passible de la peine de mort.

En 1955 l'avortement thérapeutique est autorisé et il est créé le mouvement pour la maternité heureuse qui deviendra en 1960 le mouvement français pour le planning familial.

Le 19 décembre 1967 la loi de Lucien Neuwirth est votée, elle autorise la contraception, la vente de pilule et la création de centre de planification et d'éducation familiale.

La proposition de loi Peyret en 1970 (député gaulliste, président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale) prévoyait un assouplissement des conditions de l'avortement thérapeutique.

Le 5 avril 1971, 343 personnalités féminines du spectacle, de la littérature et de la politique déclarent avoir avorté dans un manifeste publié par l'hebdomadaire *Le Nouvel Observateur*. Aucune poursuite n'est engagée par le gouvernement Messmer. Suite à cela en juillet il y a eu la création de l'association Choisir, par Gisèle Halimi et Simone de Beauvoir, pour défendre les personnes accusées d'avortement. Le 20 novembre de la même année plus de 4 000 femmes manifestent à Paris pour le droit à l'avortement.

En octobre 1972 à Bobigny, l'avocate Gisèle Halimi fait acquitter une jeune fille de 17 ans qui avait avorté.

Le 5 février 1973, 331 médecins font savoir qu'ils ont pratiqué des avortements.

Le 28 juin 1974 l'Assemblée nationale vote le projet de Simone Veil ministre de la Santé, qui libéralise totalement la contraception. La Sécurité sociale rembourse la pilule. Les mineures ont droit à l'anonymat. Il s'en suit un débat houleux à l'Assemblée nationale sur le projet de Simone Veil, de dépénaliser l'Interruption volontaire de grossesse. Après une longue procédure législative et des débats très vifs, le projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse, présenté en Conseil des ministres le 13 novembre, est adopté le 20 décembre, par 277 voix contre 192 à l'Assemblée nationale et 185 voix contre 88 au Sénat, la majorité (UDR, réformateurs et centristes, républicains indépendants) votant pour à près d'un tiers, l'opposition (socialistes, radicaux de gauche, communistes) votant pour à l'unanimité moins quelques voix.

La loi autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines, sur simple demande à un médecin ; elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG ; elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elles ne deviennent un moyen de réguler les naissances ; elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

Le 17 janvier 1975, la loi Veil est mise en place pour une période de cinq ans, elle est reconduite définitivement le 30 novembre 1979.

En 1980, il est mis au point la pilule abortive RU 486 par le Pr Etienne-Emile Baulieu.

En 1982 l'avortement est remboursé par la sécurité sociale.

En 1988, l'IVG médicamenteuse est autorisée avec la mise sur le marché du RU

486.

En 1993 la loi Neirtz instaure un délit d'entrave à l'avortement.

En mars 2001, dans les collèges et les lycées, les infirmières scolaires sont autorisées à délivrer la pilule du lendemain (Levonorgestrel ou Norlevo®).

Le 4 juillet 2001, la Loi Aubry dépénalise l'avortement, porte de 10 à 12 semaines de grossesse le délai légal de l'IVG, supprime l'autorisation parentale pour les mineures rend facultatif l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures, et autorise la prescription de la pilule RU 489 par les médecins de ville. Enfin, la loi élimine la restriction de la loi de 1975 : l'IVG était laissé explicitement à la femme que sa grossesse « plaçait dans une situation de détresse ».

En 2004, un additif (décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004) est ajouté à la loi de 2001, permettant la pratique de l'IVG médicamenteuse dite de ville et les sages-femmes ont le droit de prescrire des moyens contraceptifs.

Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale réalisent également des IVG médicamenteuses.

Depuis le mercredi 27 mars 2013 à la suite de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, les mineures d'au moins 15 ans bénéficient désormais d'une contraception 100 % gratuite. (19)

A.2 Historique à La Réunion

Pendant longtemps, faute d'autres moyens, des plantes médicinales étaient utilisées comme méthode d'avortement.

Ce sont le thym ou l'armoise (que l'on trouve toujours en pharmacie pour atténuer les règles difficiles), qu'il faut faire bouillir et boire en grandes quantités. C'est l'effet anticoagulant, bien connu chez les « matrones » et les sages-femmes qui étaient recherché. Ces dernières savaient aussi utiliser des sondes pour provoquer des avortements.

À cause de la lutte contre le paludisme dans les années cinquante, les médicaments contre le paludisme étaient gratuits et accessibles sans grandes explications. Alors, en cas d'une grossesse, les femmes prenaient de la chloroquine pour avorter à cause des contractions provoquées par ce médicament.

Dans les années soixante-dix, il y avait un médecin généraliste à Saint-Denis qui endormait les femmes avec une forte dose de diazépam puis réalisait l'IVG réclamée.

Il y a eu pendant de longues années à la clinique de l'Est un chirurgien qui pratiquait l'avortement. Ces interventions concernaient surtout les femmes enceintes qui demandaient conseil sur les moyens de contraception afin d'éviter une prochaine grossesse. Et sous prétexte de « maladie bénigne » ce chirurgien pratiquait une opération sous anesthésie générale. Enceintes de trois, cinq voire sept mois dans les cas extrêmes, elles ont été avortées sans leur avis et en même temps stérilisées avec une ligature des trompes, dans la plupart des cas sans le savoir. Des centaines de femmes étaient concernées. Le scandale est révélé en 1970, par le journal réunionnais « Témoignages », puis apparaît dans les journaux métropolitains : par exemple, le « Nouvel Observateur » parle de « L'île du docteur Moreau » faisant allusion à l'un des romans de Jules Vernes. « Politique Hebdo » écrit dans un article intitulé « Une usine d'avortement » que l'on découvrait l'existence d'un véritable « réseau de médecins fournisseurs » et que « l'affaire de la clinique traduit bien la situation coloniale que connaît l'île de La Réunion », mettant l'accent sur le fait que la clinique était directement payée par la Sécurité sociale pour la plupart des cas.

Lors de son procès, le chirurgien avait mis en avant pour sa défense l'échec des méthodes de contraception auquel il devait faire face et trouver une solution. De toute façon, cette histoire a marqué de manière indélébile l'inconscient collectif féminin réunionnais à propos de la contraception.

De manière opportune, le sénateur et président du Conseil Général, Pierre Lagourgue, médecin radiologue de profession lui-même, crée l'« Association d'Orientation Familiale » en 1966, au moment où la « loi Neuwirth » est discutée à l'assemblée (« loi n° 67-116 relative à la régularisation des naissances » du 28 décembre 1967), c'est-à-dire, un an avant que la loi soit votée : Le préfet accorde une dérogation à la loi. L'association privée distribue des produits contraceptifs gratuitement à toutes les femmes et même aux médecins. Dès sa création, elle dispense aussi des informations concernant le planning familial. Elle organise des campagnes promotionnelles pour l'usage de la contraception et utilise le contraceptif injectable Depo-Provera® (acétate de médroxyprogestérone).

La suite se calque sur celle de la métropole, mais il persiste, encore à l'heure actuelle, certaines croyances et pratiques dans la population locale comme, par exemple, chez les Comoriens où la chloroquine est encore utilisée à des fins abortives. Il existe aussi un trafic de Misoprostol (cytotec®) dans certaines zones de La Réunion.

B. PRÉSENTATION DES IVG

B.1 Procédures légales(20,21)

La première consultation médicale peut être faite par n'importe quel médecin, elle permet de confirmer la grossesse et de déterminer l'âge gestationnel avec un examen gynécologique, prescription de B-HCG et une échographie de datation. Il faut informer la patiente de façon claire et adaptée sur les méthodes, les risques et les effets secondaires potentiels de l'IVG. Il faut aussi la renseigner sur les avantages et aides sociales existant en cas de maintien de la grossesse et remettre un dossier guide édité par la DDASS. Pour finir il faut remettre un certificat attestant que la patiente demande une IVG et se retrouve dans les délais légaux (12 semaines de grossesse ou 14 SA).

L'entretien social est un entretien de soutien, d'information et d'écoute, il doit être obligatoirement proposé à la patiente majeure avant et après l'IVG, il est obligatoire pour les mineurs avec délivrance d'une attestation.

La deuxième consultation permet de confirmer par écrit la demande d'IVG après un délai de réflexion de 7 jours suivant la première demande (délai pouvant être réduit à 2 jours si le terme légal risque d'être dépassé). Il faut dans cette consultation prévoir la contraception ultérieure, vérifier le groupe sanguin et rhésus.

Pour toute IVG il faut :

- Certificat médical des 2 consultations avec attestation de l'entretien social pour les mineurs.
- Demande d'IVG nominale et signée de la patiente.
- Autorisation parentale ou légale pour les mineurs.
- Déclaration anonyme et obligatoire à la DRASS.
- Consultation de contrôle entre j14 et j21.

B.2 Les techniques d'interruption de grossesse

IVG médicamenteuse :

Cette méthode permet d'éviter la morbidité liée à un geste endo-utérin, et à une anesthésie mais elle n'est possible que jusqu'à 7 SA voire 9 SA dans certains centres. Elle consiste à prendre 3 comprimés de MIFEPRISTONE per os en une prise avec présence du médecin car il y a de possible métrorragies, douleurs abdominales. 36 à 48 heures plus tard il faut prendre un analogue des prostaglandines le MISOPROLOL per os sous surveillance médicale, l'hémorragie survient 3 à 4 heures plus tard. Un contraceptif doit être pris le jour de l'expulsion ovulaire et une

consultation de contrôle doit être effectuée 8-12 jours plus tard pour vérifier la vacuité utérine.

Les contre-indications sont les antécédents cardio-vasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale, l'insuffisance hépatique, l'asthme instable.(20,21)

IVG instrumentale :

C'est la seule technique possible au-delà du cinquantième jour d'aménorrhée, elle se fait par anesthésie générale ou locale avec prise de MISOPROSTOL pour faciliter la dilatation cervicale, puis d'une dilatation à la bougie avant le passage de la canule d'aspiration. Cette canule permet une aspiration endo-utérine de l'œuf et peut être complétée par un curetage doux en cas de nécessité. L'examen anatomopathologique des débris ovulaires ne sera réalisé que si on suspecte une anomalie (mole hydatiforme...). Une surveillance postopératoire de quelques heures est obligatoire. (21)

B.3 Les complications

Les complications immédiates sont les accidents liés à l'anesthésie, la perforation utérine, l'hématométrie, le malaise vagal, la déchirure du col.

Les complications précoces sont les hémorragies dues à une rétention intra-utérine partielle, échec de l'IVG, complications infectieuses (endométrite, salpingite, pelvipéritonite), complications thromboemboliques, rétention de débris trophoblastiques (métrorragies abondantes, images hyperéchogène à l'écho) qui nécessiteront une aspiration secondaire.

Les complications tardives sont le retentissement sur la fertilité ultérieure avec possibles synéchies endo-utérine, béance cervico-isthmique, augmentation du risque de GEU. Il ne faut pas oublier les séquelles psychoaffectives liées au traumatisme psychologique et pour finir l'allo-immunisation rhésus qui nécessite une prévention systématique si la femme est rhésus négatif.

B.4 Le coût

Pour les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie chirurgicale ou médicamenteuse pratiquée dans un établissement de santé public ou privé, la prise en charge par l'assurance maladie est de 100 % du tarif de base.

Si la jeune fille mineure a le consentement de ses parents, elle bénéficie de leur couverture sociale. Dans le cas contraire, aucune demande de paiement ne peut lui être adressée.

Le coût d'une IVG chirurgicale peut varier en fonction de la durée de l'hospitalisation, du recours à l'anesthésie locale ou générale. En établissement

public, le coût minimum correspond à une IVG sans anesthésie générale et pour une durée de séjour n'excédant pas la journée et le coût maximum correspond à une IVG avec anesthésie générale et au moins une nuitée, cela va donc de 437,03 euros à plus de 644,71 euros

Le coût forfaitaire d'une IVG médicamenteuse comprend la consultation durant laquelle la patiente remet la confirmation de sa demande par écrit, les consultations d'administration des médicaments, le coût de ces médicaments et la consultation de contrôle. Son montant dépend du lieu de l'IVG, dans un cabinet médical cela va de 190 euros à plus de 270 euros dans un établissement de santé privé.(22)

C. SITUATION ACTUELLE DES IVG

C.1 En France métropolitaine

Les données de la DREES montrent un recours important à l'IVG en France métropolitaine avec 209 300 IVG réalisées en 2011. Cela représente un taux de recours de 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011 contre 12,3 en 1995. (23)

Les femmes de 20 à 24 ans demeurent celles qui ont le plus souvent recours à l'IVG (27 pour 1 000 femmes en moyenne en 2011). (23)

12 560 jeunes de 15 à 17 ans et 850 de moins de 15 ans ont eu recours à une IVG en 2007. Les mineures représentaient un peu plus de 6 % en 2007. (24)

C.2 À La Réunion(2, 25)

En 2011, on a dénombré 4 360 IVG à La Réunion, pour un total de 14 147 naissances contre 4 475 IVG pour 14 495 naissances en 2006.

Selon la DREES, le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans à La Réunion est toujours supérieur à celui de la métropole (20‰ à La Réunion contre 14,5‰ en métropole, en 2009) l'écart ne semble d'ailleurs pas diminuer depuis 1990. En 2009, le recours à l'IVG chez les jeunes femmes mineures est de 20 IVG pour 1 000 jeunes femmes mineures (12 IVG pour 1 000 jeunes femmes mineures pour la France entière).

Les femmes réunionnaises ont en moyenne 26,5 ans lors de leur première IVG contre 26 ans en métropole. Plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une IVG appartient à la classe d'âge des 18-29 ans. La part des mineures représente 11,2 %. Cette proportion de mineures est stable depuis ces dernières années. Parmi les mineures ayant eu recours à une IVG, environ 11 % ont moins de 15 ans. Elles étaient 6,3 % en 1996 à La Réunion. Les IVG en début de vie féconde sont particulièrement fréquentes à La Réunion en 2009.

La propension des femmes à l'IVG est caractérisée par un « pic » d'IVG entre 20 et 24 ans comme la métropole.

Le pourcentage des femmes vivant en couple est de 36% à La Réunion.

En 2011, 35,9 % des femmes lors de leur IVG n'avaient pas d'enfant, 22,4 % en

avaient un, 22,2 % en avaient 2 et 19,5 en avaient 3 ou plus.

Selon une enquête menée par la DREES en 2009, le mois où la grossesse a débuté, 32 % des femmes n'utilisaient pas de contraception, 35 % utilisaient la contraception non médicale et 33 % utilisaient une contraception médicale.

Les modes de contraception les plus utilisés à La Réunion comme en métropole restent la pilule et le préservatif.

Deux critères sont retenus pour définir la pratique d'IVG itératives :

- soit la femme a eu 3 ou plus de 3 IVG
- soit elle a eu une 2e IVG à moins de 3 ans d'intervalle.

Cette pratique concerne alors une IVG sur cinq (19,8 %) à La Réunion contre 15,5 % dans l'ensemble national. Les femmes recourant de façon répétée à l'IVG semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières. Elles vivent plus souvent seules par rapport à l'ensemble des femmes, notamment les plus jeunes (risque 5 fois supérieur avant 20 ans, et 2 fois entre 20 et 24 ans). La part des femmes se déclarant au chômage est également beaucoup plus importante pour celles qui ont recours aux IVG à répétition que pour l'ensemble des femmes à La Réunion pour chaque groupe d'âge.

C.3 En Europe

Les chiffres continuent à évoluer différemment d'un pays à l'autre en Europe. Tandis qu'au Danemark, en Allemagne, en Italie et en Suisse ainsi que dans la plupart des pays d'Europe orientale nombre d'interruptions de grossesse tend à diminuer (de même qu'au USA et Canada), ce nombre est stagnant depuis quelques années en Norvège et au Pays-Bas. En Angleterre, en Suède, après une période de diminution ou de stagnation, on observe une remontée.

On est frappé également par les différences nationales du taux d'IVG et de son évolution. Aux Pays Bas les taux de natalité et d'avortement sont très bas. En Suède les grossesses sont plus fréquentes chez les 15-19 ans mais la plupart sont interrompues. Les pays du Nord de l'Europe comme la Hollande sont un modèle de tolérance vis à vis de la vie sexuelle des jeunes. En revanche l'Angleterre et les pays du bloc de l'Est ont un taux d'IVG élevé. En effet la sexualité des mineurs y reste encore taboue et les politiques publiques de ces pays cherchent à retarder l'entrée des adolescents dans la vie sexuelle.

LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION (4)

A. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Selon l'étude INPES, *Français et contraception*, réalisée en 2007, la contraception est un sujet difficile à aborder pour une partie de la population et plus de la moitié des personnes interrogées choisissent leur moyen de contraception seule.

La transmission des conseils se fait essentiellement entre amis, par le biais des professionnels de santé et dans le cadre scolaire.

La pilule :

- 79 %, soit la majorité des personnes interrogées connaît et utilise la pilule
- 20 % la connaissent mais ne l'utilisent pas
- 1 % ne la connaissent pas

Le préservatif :

- 73 % des personnes le connaissent et l'utilisent
- 24 % qui le connaissent mais ne l'utilisent pas
- 3 % qui ne connaissent pas du tout le préservatif.

Dans cette étude la contraception d'urgence et le stérilet sont très connus. En effet 74 % la connaissent et 12 % des personnes ne la connaissent pas. Pour le stérilet 31 % des personnes déclarent utiliser le stérilet, 62 % le connaissent mais ne l'utilisent pas et 7 % ne le connaissent pas.

Les 3 contraceptifs les plus utilisés par les Français dans cette étude sont la pilule à hauteur de 58 % surtout chez les 21-30 ans avec un niveau d'études bac et qui n'a pas d'enfant de moins de 15 ans. Ensuite vient le préservatif 28 % qui est surtout utilisé au début de la vie sexuelle et avant 20 ans. Pour finir, le stérilet est utilisé chez 21 % des personnes interrogées surtout entre 30 ans et la ménopause, chez des femmes à fort revenu et ayant un enfant. On constate donc à travers de cette étude INPES de 2007 que l'utilisation des différents moyens de contraception est directement liée à des périodes de vie distincte.

B. CROYANCES SUR LA SEXUALITÉ ET LA CONTRACEPTION CHEZ LES FRANÇAIS

Pour 96 % des personnes interrogées il est possible qu'une femme soit enceinte après le premier rapport sexuel.

La méthode des températures d'Ogino est une méthode fiable pour 22 % des personnes alors que la méthode du retrait est sûre pour 31 % des gens.

Ensuite seulement 41 % pensent qu'il est possible de devenir enceinte lors d'un rapport pendant les règles et 64 % pensent qu'en surveillant le cycle des règles il y a des jours sans aucun risque de grossesse.

Selon le rapport au Haut Conseil de la Population et de la Famille sur la prévention de l'IVG chez les mineures, c'est deux tiers des jeunes filles en classe de troisième pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants et les trois quarts d'entre elles sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles.

Pour 95 % des personnes interrogées dans cette étude INPES la pilule ne protège pas des MST. Près d'un quart des Français pense que la pilule peut rendre stérile (22 %) et qu'elle fait grossir (24 %). La proportion est d'un tiers chez les jeunes de 15 à 20 ans. 61 % des personnes pensent qu'il ne faut pas fumer lorsque l'on prend la pilule. 33 % des personnes pensent que prendre la pilule augmente le risque de cancer.

Pour le préservatif la majorité des personnes interrogées pensent que le préservatif est efficace, pratique et facile à utiliser, peu contraignant au quotidien, confortable et sans gêne (respectivement 87 %, 76 %, 56 %, 51 %). Le préservatif est d'usage banal pour plus de la majorité des gens interrogés (82 %), de même que l'utilisation du préservatif ne semble pas compliquée pour 78 % des personnes. 28 % des personnes pensent que le préservatif crée des doutes sur le partenaire, 46 % pense que cela diminue le plaisir sexuel et 29 % des gens sont gênés d'en acheter. On constate donc que malgré sa facilité d'utilisation et son efficacité reconnues, le préservatif reste relativement mal perçu dans notre société (doute sur les partenaires, diminue le plaisir sexuel etc.)

En ce qui concerne le DIU on remarque que globalement les gens ne connaissent pas bien ses règles de prescription et que de fausses idées persistent. En effet près de 1/3 des personnes pensent qu'il ne faut plus vouloir d'enfant pour poser un stérilet, La moitié pense qu'il faut avoir eu un enfant pour pouvoir poser un stérilet, 37 % pensent qu'il faut avoir une relation de couple stable et avoir un seul partenaire. Et seulement 7 % des personnes interrogées pensent que c'est un moyen

de contraception d'urgence.

L'étude INPES sur « Les Français et la contraception » fait apparaître la persistance de représentations erronées sur la contraception chez une partie significative de la population française et tout particulièrement chez les jeunes. Ces idées fausses sont d'autant plus difficiles à combattre qu'elles se diffusent très rapidement dans un contexte où l'information par les pairs via les forums de discussion prend le pas sur la consultation des sites officiels ou la lecture des brochures mises à disposition du public.

C. LE PARADOXE CONTRACEPTIF FRANÇAIS

En France, la contraception est de plus en plus médicalisée avec un choix de plus en plus vaste de méthodes contraceptives. De plus sont apparus de nouveaux moyens contraceptifs comme le patch, l'anneau, l'implant.

Selon le Baromètre Santé INPES, 91% des Françaises sexuellement actives déclarent employer une méthode contraceptive en 2010 (23). Par ailleurs les femmes connaissent de mieux en mieux la contraception d'urgence et elle s'est fortement développée depuis son accessibilité en 1999 comme en témoigne l'augmentation du nombre de boîtes délivrées en pharmacie. « 1 , 23 »

Cependant on constate une stagnation des interruptions volontaires de grossesse. Il y a actuellement en France en 2011 plus de 222 000 IVG par an pour près de 834 000 naissances soit 20 % des conceptions (23). À La Réunion, le problème est encore plus aigu puisqu'il y a 4 360 IVG pour environ 14 500 naissances soit un peu plus de 31 % des conceptions. (2) Selon l'étude cocon, 23 % des femmes en demande d'IVG utilisent une méthode naturelle ou locale, 21 % des IVG ont lieu chez des femmes sous pilule, 12 % chez des utilisatrices de préservatif et 9 % chez des patientes ayant un DIU. Malgré la forte couverture contraceptive, 33 % des grossesses sont encore non prévues et dans 62 % des cas, elles aboutissent à une IVG. En France, deux tiers des IVG proviennent d'un échec de contraception (26).

Alors que dans les années soixante-dix, la pilule a été vécue comme un progrès pour la sexualité des femmes, aujourd'hui elle est banalisée et vécue comme une contrainte. Il y a une mauvaise observance et une méconnaissance des autres moyens contraceptifs. La pilule est vécue comme contraignante comme le montrent les différentes études sur le sujet, surtout pour une sexualité irrégulière, avec des oublis fréquents (92 % des utilisatrices l'ont oubliée 1 à 5 fois dans les 6 derniers mois). Et lorsqu'elles l'ont oubliée, plus de la moitié à une attitude qui les expose à une grossesse (27). La pilule a une efficacité théorique excellente avec un indice de Pearl de plus de 99% ; mais en pratique ce n'est pas le cas du tout puisqu'on arrive à un taux d'échec entre 6% et 8% (1).

Il y a donc une inadéquation entre la situation individuelle de la femme (l'âge, la sexualité, la période de vie, les représentations culturelles ou encore le contexte sociologique et psychologique de la femme) et la méthode contraceptive adoptée. La norme contraceptive française fait qu'au début de la vie sexuelle, on utilise le préservatif, ensuite vient la pilule puis lorsque la femme a eu le nombre d'enfants souhaité, elle passe au DIU.

C'est pour cela que l'HAS recommande au professionnel de santé de prendre le temps d'analyser la situation médicale, sociale, l'appartenance culturelle, les peurs et les envies de la femmes de manière à lui prescrire une contraception adaptée car

plus le médecin implique les femmes dans le choix de leur méthode contraceptive, plus elles en sont satisfaites et moins elles connaissent d'échecs.

Efficacité réelle des contraceptions

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Source : OMS

tableau 1

DEUXIÈME PARTIE

RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A.OBJECTIF

L'objectif principal de mon travail est de faire un état des lieux des connaissances et opinions des moyens contraceptifs dans une population de femme qui ont recours à une IVG à Saint-Paul à partir d'un questionnaire d'une trentaine de questions et de les comparer aux données de la littérature pour connaître s'il y a des spécificités réunionnaises.

L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes réalisant les IVG à Saint -Paul : âge, nombre d'enfants, contraception lors de la grossesse etc.

B.CIRCONSTANCES DE L'ÉTUDE

L'étude a été menée durant 6 mois de janvier à juin 2013 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG au centre d'orthogénie du CHGM de Saint-Paul.

C.OUTILS ET MÉTHODE

C.1 Population

La population concernée regroupe toutes les femmes se présentant au centre d'orthogénie de Saint-Paul durant la période de janvier 2013 à juin 2013 et qui ont souhaité remplir le questionnaire. Toutes les femmes souhaitant réaliser une IVG pouvaient y participer.

C.2 Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été élaboré à partir de l'étude INPES, *Les Français et la contraception*, de 2007. Certaines questions ont été reprises et adaptées pour l'étude.

Pour ce faire, j'ai été aidé par une interne en épidémiologie originaire de Paris, de plusieurs médecins dont mon directeur de thèse Luc Chevalier.

Puis, il a été soumis à plusieurs professionnels de santé (médecins, sage femme, infirmier) pour s'assurer de l'intelligibilité des questions. Pour finir, je l'ai soumis à une petite quantité de patientes de tous niveaux socio-économiques pour m'assurer que les questions étaient compréhensibles par un plus grand nombre.

Et le questionnaire a ensuite été remis à la secrétaire qui le donnait à la patiente lors de leur admission au centre d'orthogénie.

C3. Questionnaire

Les questions de 1 à 9 traitent du caractère socio-économique de la patiente :

- l'âge
- le nombre d'enfants
- le niveau d'études
- l'activité professionnelle exercée
- les éventuelles difficultés socio-économiques
- le nombre d'IVG antérieure(s)
- le souhait ou non de la grossesse actuelle
- l'utilisation ou non de la pilule lorsqu'elles sont tombées enceintes

Ce sont pour la plupart des questions fermées avec possibilité d'expression libre pour les questions 6 et 9.

Les questions de 10 à 14 traitent des fausses croyances que peuvent avoir les femmes sur la fertilité et les méthodes contraceptives naturelles. Ce sont des questions fermées.

Les questions de 14 à 29 traitent des contraceptifs en allant de la pilule à la contraception d'urgence en passant par le préservatif et le DIU. Il s'agit là, de questions fermées soit à choix multiples soit à réponse unique. Pour le DIU, nous n'avons volontairement pas parlé de celui qui a une durée de 10 ans pour ne pas apporter de confusion dans l'esprit des patientes. De même que pour la pilule du lendemain, nous n'avons pas d'acétate d'ulipristal qui peut être prise jusqu'à 5 jours après le rapport possiblement fécondant pour les mêmes raisons. De plus, en pratique courante leur utilisation reste encore marginale (40000 boîtes vendues en 2012 pour la pilule du surlendemain contre plus de 1 million pour la pilule du lendemain).(23)

C.4 Recueil des données

Les questionnaires n'étaient pas nominatifs et les patientes après les avoir remplis les remettaient dans une boîte hermétique (type boîte aux lettres) prévue à cet effet. Les questionnaires étaient exploités dans un lieu différent du lieu de recueil.

Sur les quelques 400 questionnaires distribués, 45 n'ont pas été remplis correctement et, pour simplifier l'analyse, ont été supprimés. 50 n'ont pas été récupérés. Aucun questionnaire n'a été récupéré avec l'intitulé « je ne souhaite pas participer à l'enquête » coché.

Nous avons donc pu exploiter 305 questionnaires sur 400 soit 76,25% des questionnaires.

C.5 Traitements des données

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués par le logiciel SPHINX, le test de dépendance utilisé est le test du Chi2.

II. RÉSULTATS

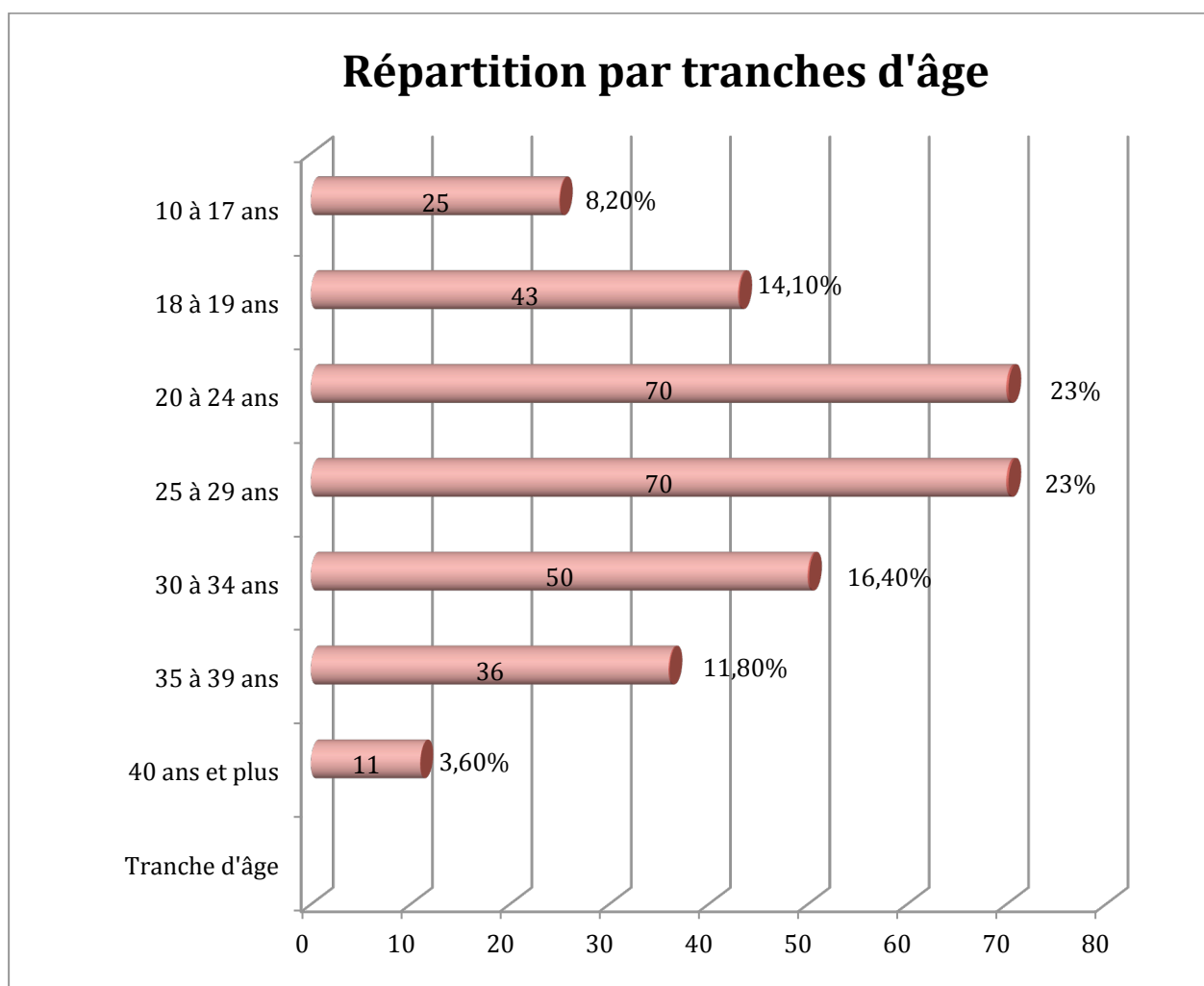


Tableau 2

Situation matrimoniale

■ Célibataire : 166 ■ en couple/mariée: 125 ■ séparée/divorcée: 14

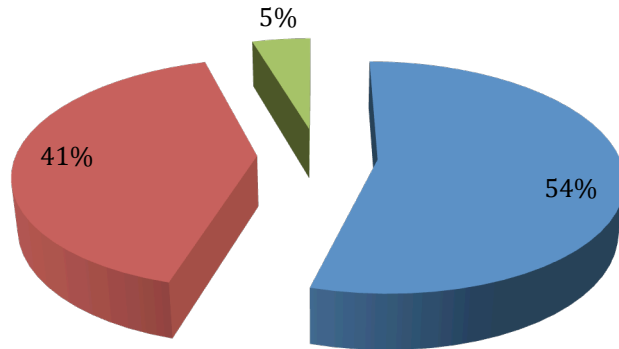


Tableau 3

-Plus de 54 % des femmes qui réalisent une IVG sont célibataires si l'on y ajoute le pourcentage de femmes séparées ou divorcées, 59 % des femmes sont seules lors de leur IVG.

Parité

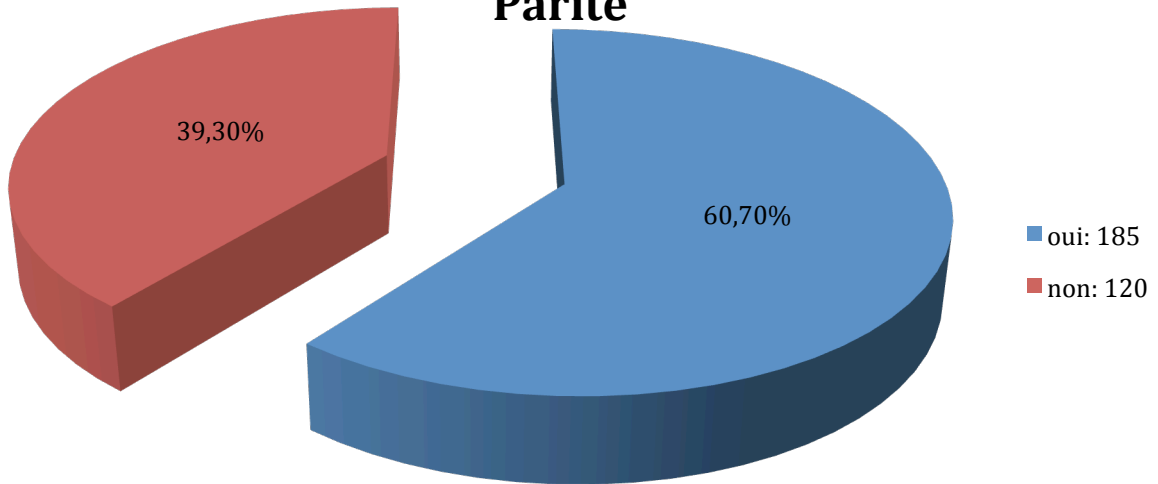


Tableau 4

-Toutes les femmes du panel ont répondu à cette question.
-Environ 2/3 de notre population a déjà eu un enfant ou plus (185 femmes soit 60,7%)

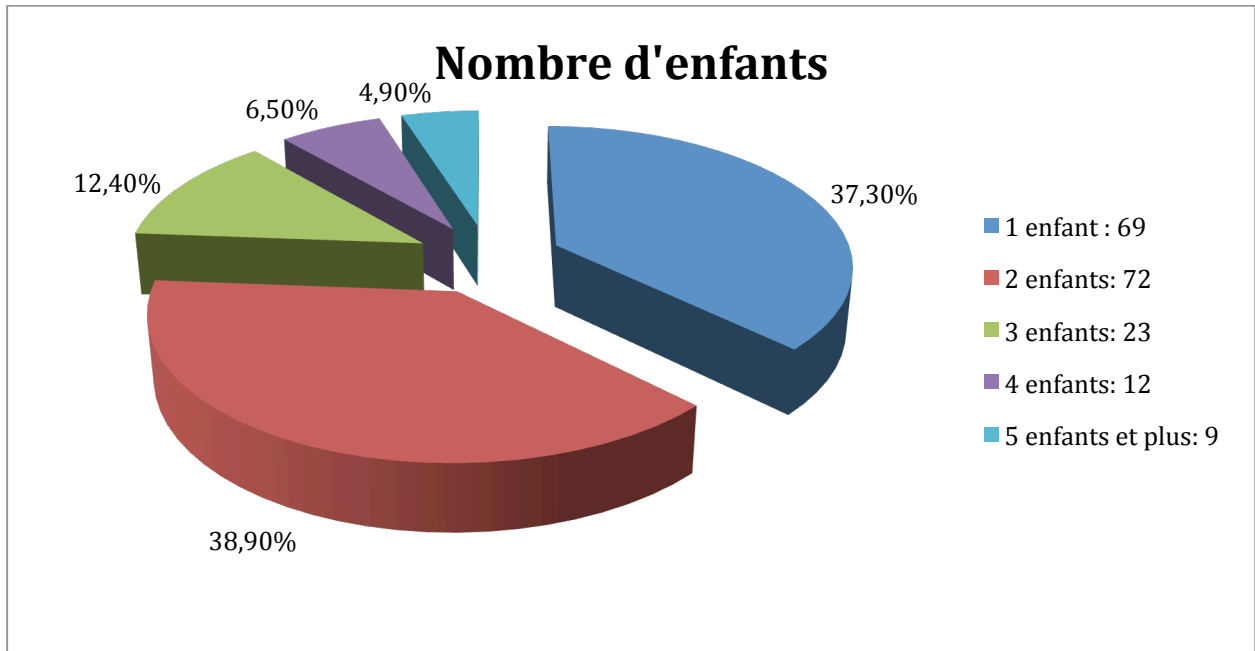
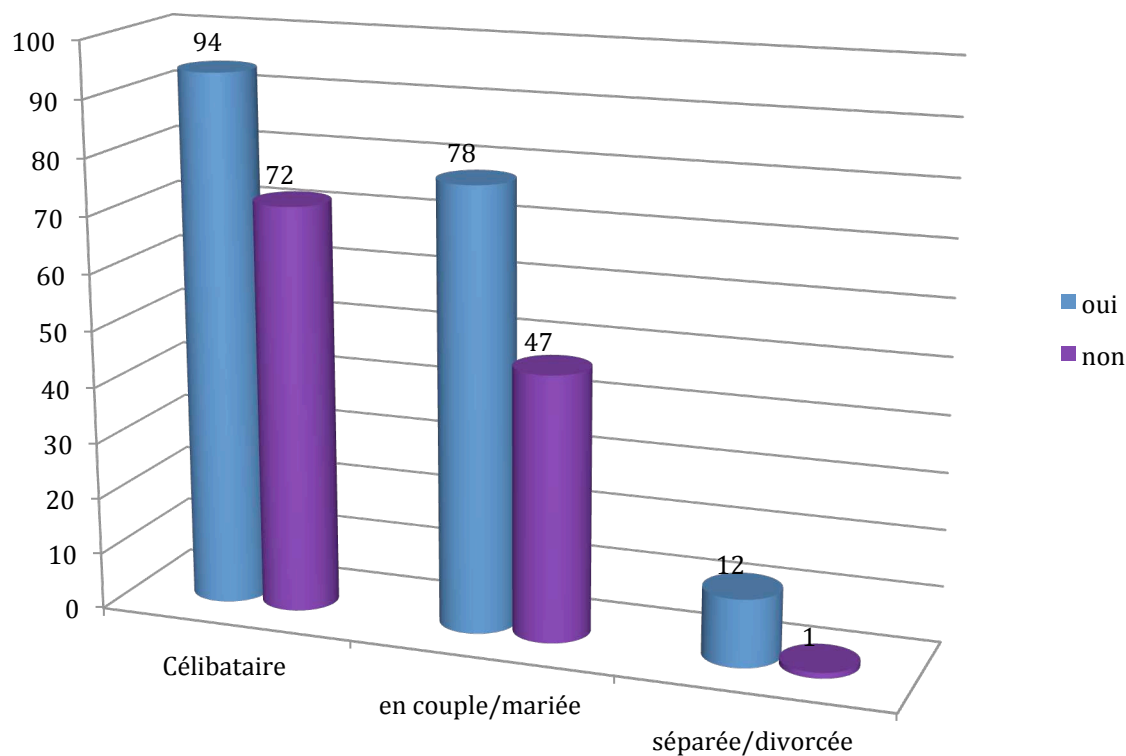


Tableau 5

-Parmi les femmes ayant des enfants, la plupart en avaient un ou deux respectivement 69 femmes (37,3 %) et 72 femmes (38,9 %).

-On dénombre 44 femmes soit 23,8 % qui en avaient 3 ou plus.

Rapport situation matrimoniale/parité



	Célibataire	en couple/mariée	séparée/divorcée
oui	94	78	12
non	72	47	1

Tableau 6

-Parmi les 166 femmes (54,6 %) de notre population qui étaient célibataires, 94 femmes soit 56,6 % avaient un enfant et 72 femmes soit 43,4 % n'en avaient pas.

-Parmi les 125 femmes (41,1 %) de notre population qui étaient soit en couple ou mariée, 78 (62,4 %) avaient des enfants et 47 (37,6 %) n'en avaient pas.

-Pour les 13 femmes séparées ou divorcées, 12 avaient des enfants et une n'en avait pas.

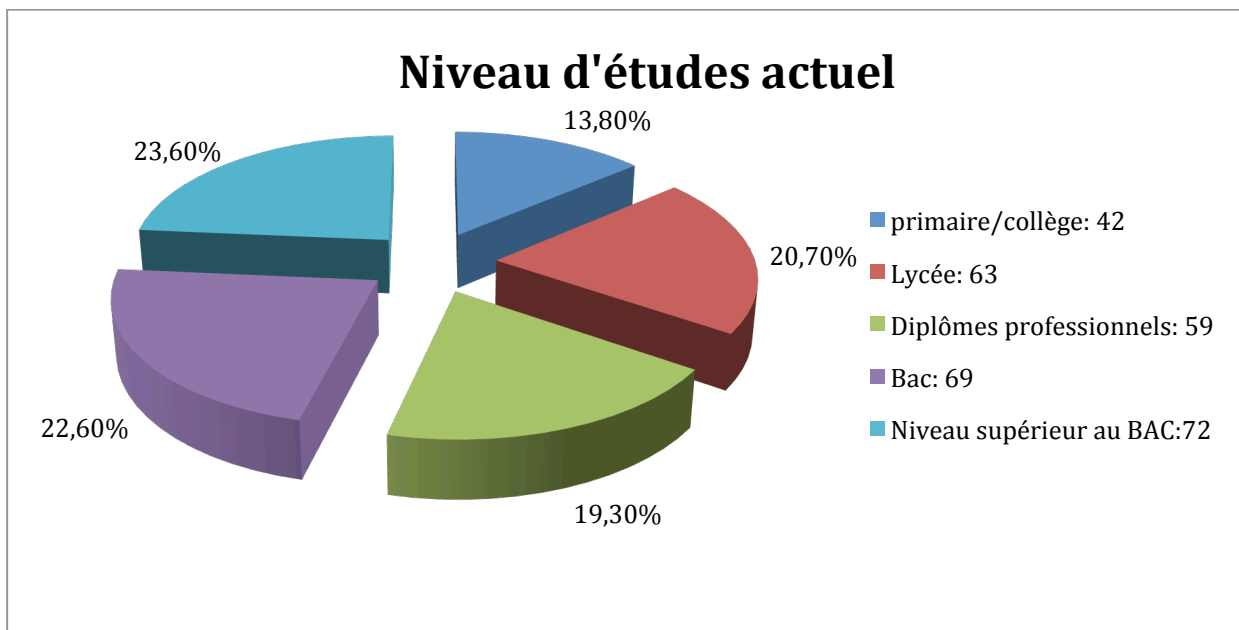


Tableau 7

-La répartition des femmes selon leur niveau d'études est à peu près homogène pour les 4 classes principales et seulement 13,8 % des femmes ont un niveau inférieur ou égal au collège.

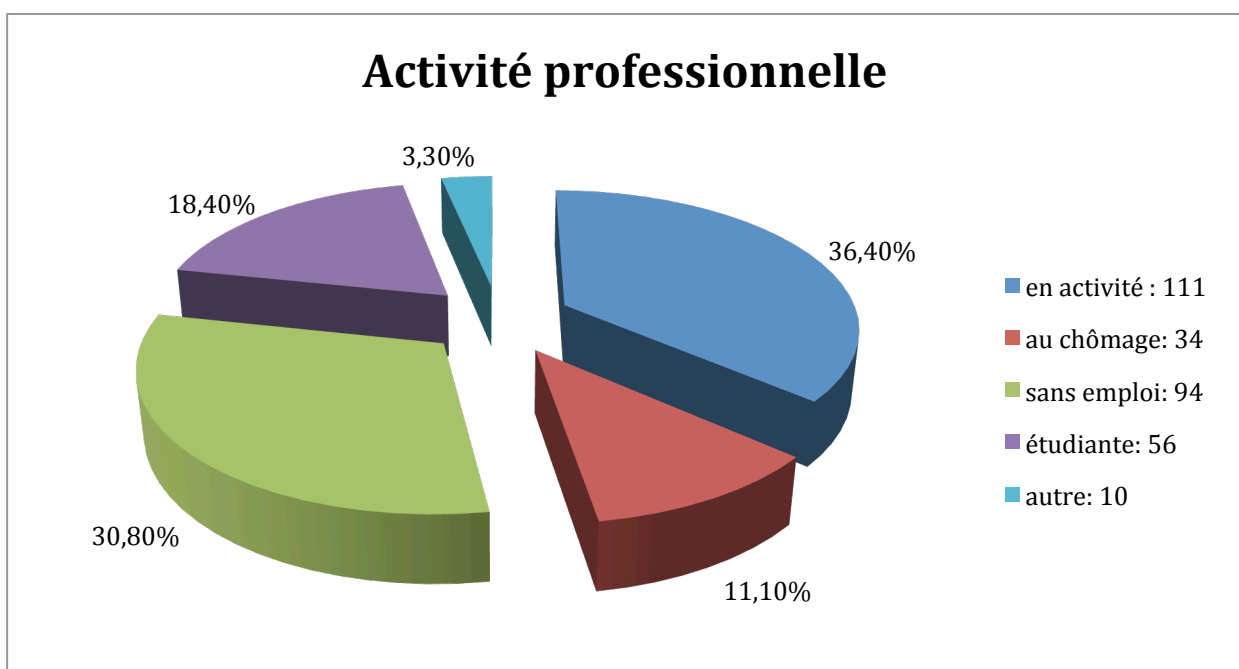


Tableau 8

-Dans cette population étudiée, l'élément marquant est que seulement 36,4 % des femmes ayant recours à une IVG travaillent, 18,4 % sont étudiantes et donc plus de 41,9 % des personnes sont sans activité ou au chômage. Les 3,3 % restant sont pour la grande majorité des personnes qui sont en formation.

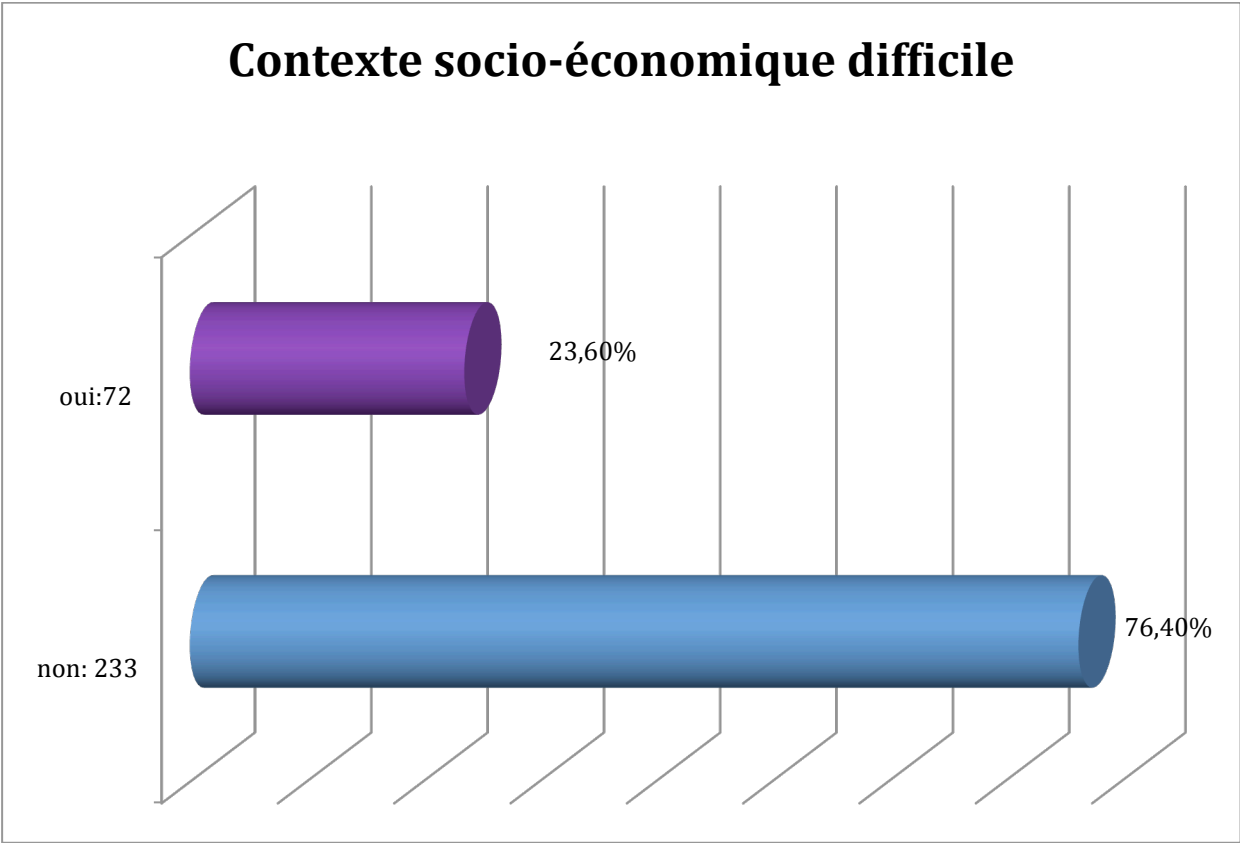


Tableau 9

-Parmi les 305 femmes ayant participé à l'étude, plus des 3/4 (233 femmes soit 76,5 %) ont déclaré ne pas avoir de problème socio-économique.

Précision sur les difficultés socio-économiques

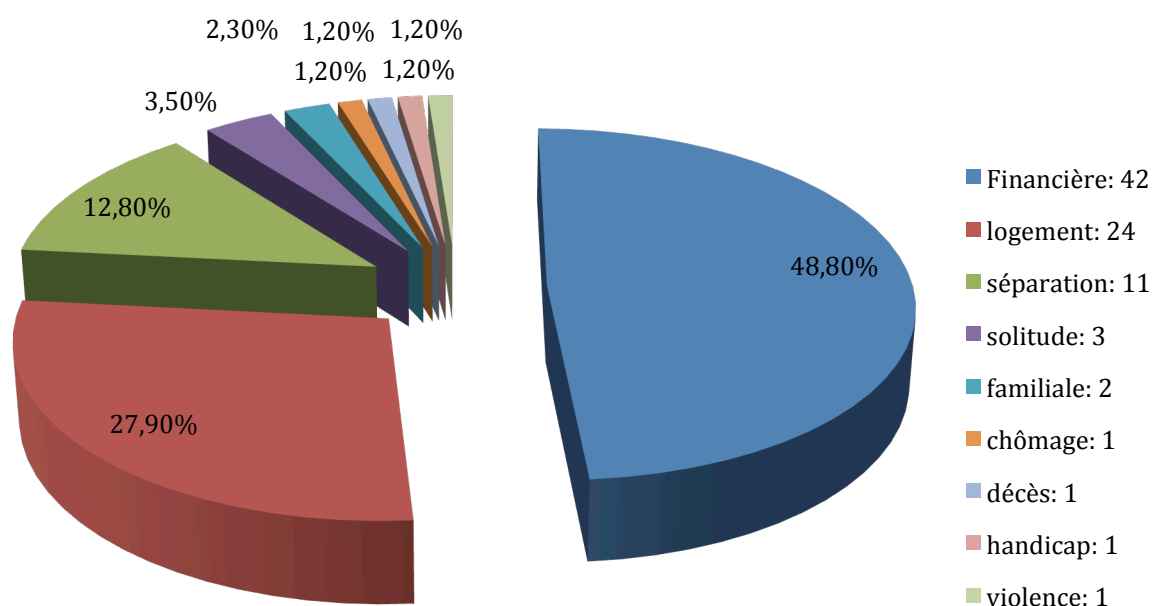


Tableau 10

-Pour cette question, nous avons un total de 86 réponses alors que dans la précédente question seule 72 personnes ont répondu oui ; cette différence est due au fait qu'il y a plusieurs femmes qui cumulent les difficultés. Comme c'était une question ouverte, pour faciliter l'analyse nous avons réuni les réponses en grande classe. Par exemple, dans les difficultés financières nous avons mis les personnes qui ont répondu RSA, problème pour finir les fins de mois etc. pour le logement nous avons réuni les problèmes d'insalubrité, les logements exigus, ou des femmes qui logeaient chez leurs parents etc. Mais la plupart ont répondu sans s'étendre, probablement parce que les réponses étaient induites par l'intitulé de la question.

-La première difficulté est d'ordre financier à 48,8 % soit 42 femmes, ensuite vient le logement à hauteur de 27,9 % soit 24 femmes et la séparation pour 12,8 % soit 11 femmes. En 4ème position vient la solitude ; à noter que la violence conjugale n'a été citée que 1 fois sur 305 questionnaires remplis.

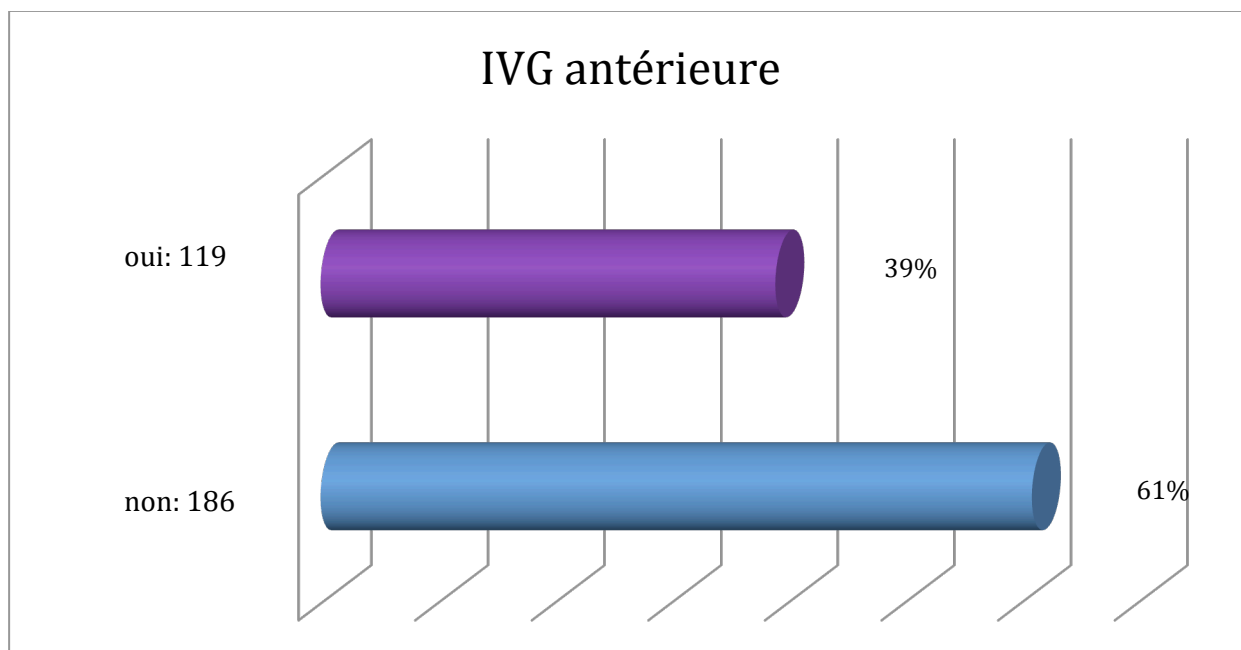


Tableau 11

IVG antérieure(s)	Âge							
	Moins de 18 ans	De 18 à 20 ans	De 20 à 25 ans	De 25 à 30 ans	De 30 à 35 ans	De 35 à 40 ans	40 ans et plus	TOTAL
Non	6,6%(20)	11,5%(35)	14,8%(45)	13,1%(40)	7,9%(24)	5,9%(18)	1,3%(4)	61%(186)
Oui	1,6%(5)	2,6%(5)	8,2%(25)	9,8%(30)	8,5%(26)	5,9%(18)	2,3%(7)	39%(115)
TOTAL	8,2%(25)	14,1%(43)	23%(70)	23%(70)	16,4%(50)	11,8%(36)	3,6%(11)	100%(305)

Tableau 12

-Un des éléments marquant de cette étude est que 39 % des femmes ayant déjà eu une IVG réitèrent ultérieurement.

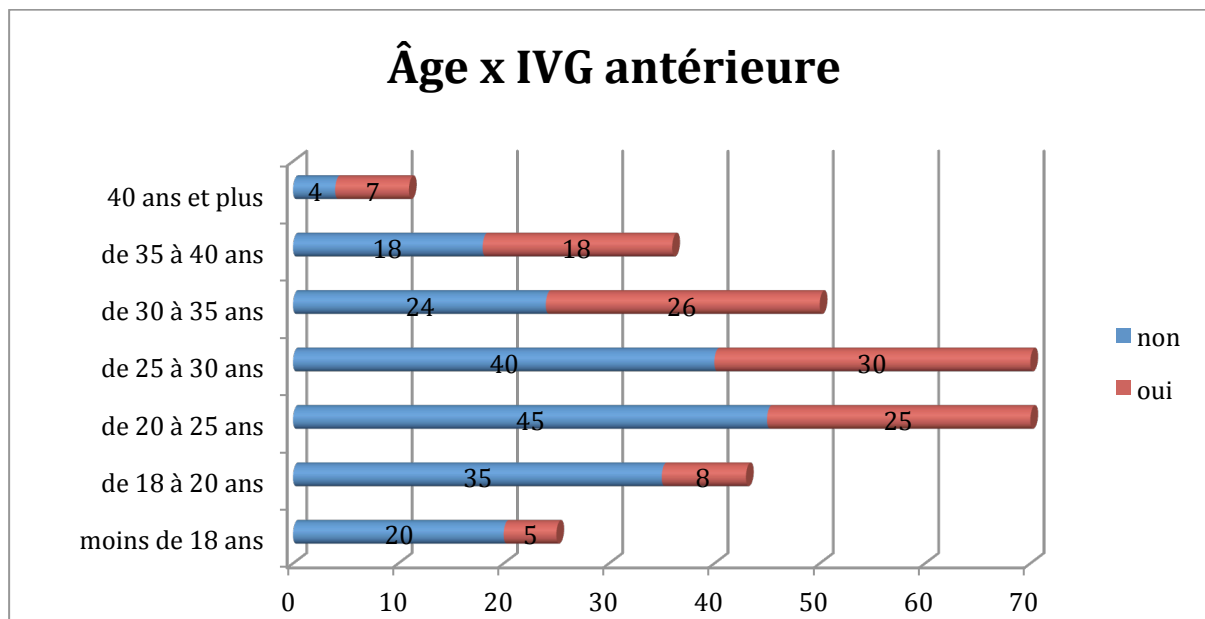


Tableau 13

-La dépendance entre l'âge et les IVG antérieures est très significative $\chi^2 = 20,25$; le ddl = 6 ; $1-p = 99,75$.

-1,6 % des 305 femmes interrogées ayant déjà eu une IVG sont mineures ; soit 4,3 % des 119 femmes ayant eu recours à une IVG.

-Dans cette enquête, sur la population des mineures, 20% d'entre elles ont déjà eu une IVG.

-Si l'on prend les femmes ayant plus de 40 ans, cela représente 2,3 % de la population étudiée. 6,1 % des femmes ayant déjà eu recours à l'IVG ont plus de 40 ans.

-63,6 % des plus de 40 ans ont eu une IVG antérieure. Ceci illustre bien la corrélation entre l'âge et la réalisation d'IVG antérieures.

Contexte socio-économique difficile	Non	Oui	TOTAL
IVG antérieure(s)			
Non	48,5%(148)	12,5%(38)	61%(186)
Oui	27,9%(85)	11,1%(34)	39%(115)
TOTAL	76,4%(233)	23,6%(72)	100%(305)

Tableau 14

-La dépendance entre le contexte socio-économique et les IVG antérieures est peu significative, $\chi^2 = 2,67$; ddl = 1 ; 1-p = 89,76

-Seulement 11,1 % des femmes qui ont eu une IVG connaissent un contexte socio-économique difficile.

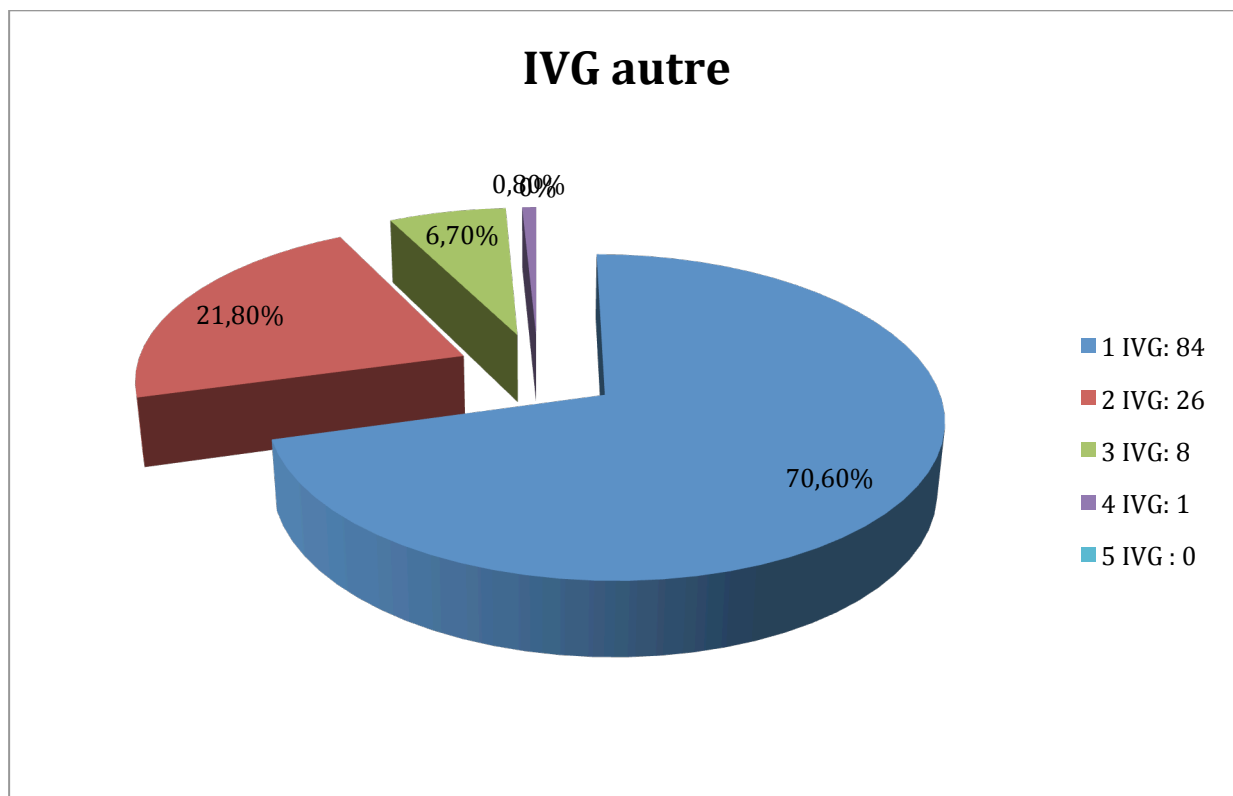


Tableau 15

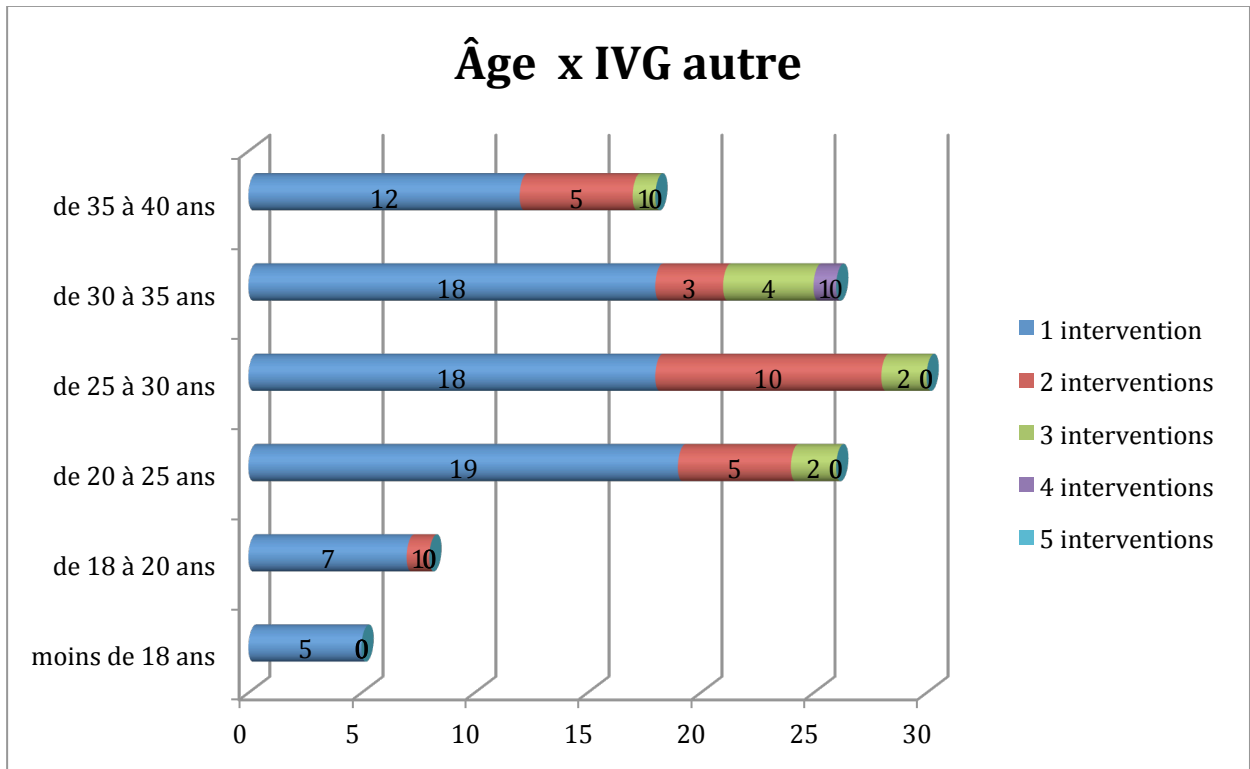


Tableau 16

-70,6% des femmes n'ont eu qu'une seule IVG antérieure et 29,4 % en ont eu 2 ou plus.

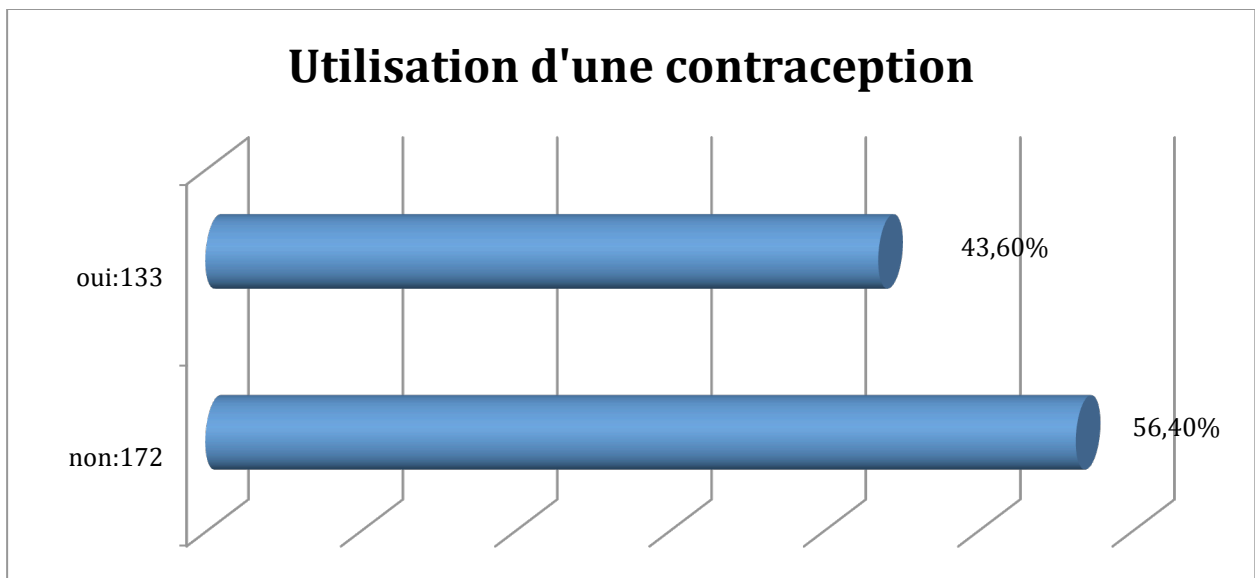


Tableau 17

-Parmi les femmes, 56,4 % n'utilisaient pas de moyen de contraception lors de leur grossesse actuelle.

Age Contra- ception	Moins de 18 ans	De 18 à 20 ans	De 20 à 25 ans	De 25 à 30 ans	De 30 à 35 ans	De 35 à 40 ans	40 ans et +	TOTAL
Non	4,9% (15)	8,5% (27)	9,5% (29)	14,8% (45)	9,8% (30)	6,5% (21)	1,6% (5)	56,4% (172)
Oui	3,3% (10)	5,2% (16)	13,4% (41)	8,2% (25)	6,6% (20)	4,9% (15)	2% (6)	43,6% (133)
TOTAL	8,2% (25)	14,1 % (43)	23% (70)	23% (70)	16,4% (50)	11,8% (35)	3,6% (11)	100% (305)

Tableau 18

-La dépendance entre l'âge et l'utilisation d'une méthode de contraception est non significative, $\chi^2 = 9,85$; $1-p = 86,89$; $ddl = 6$

-La dépendance entre l'utilisation d'un moyen de contraception et la situation de couple n'est pas significative le $\chi^2 = 0,15$; ddl = 2 ; 1-p = 7,28

Situation de couple	Célibataire	En couple Mariée	Séparée Divorcée	TOTAL
Méthode contraceptive				
Non	31,3%(95)	22,7%(69)	2,3%(7)	56,3%(171)
Oui	23,4%(71)	18,4%(56)	2,0%(6)	43,8%(133)
TOTAL	54,6%(166)	41,1%(125)	4,3%(13)	100%(304)

Tableau 19

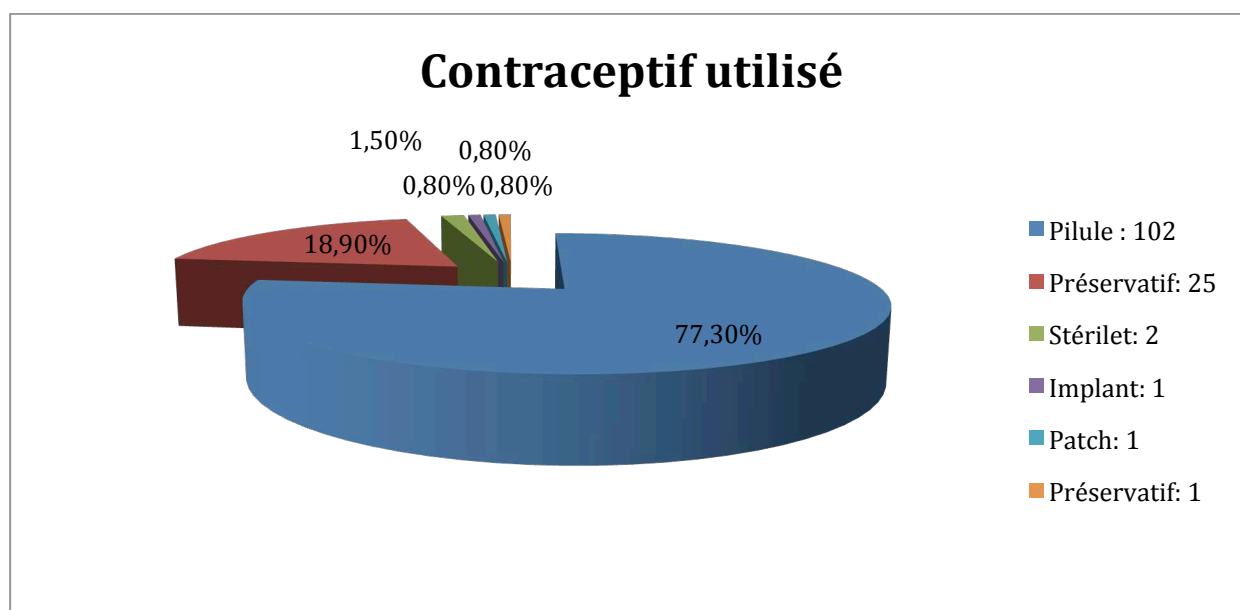


Tableau 20

-La grande majorité des femmes qui utilisaient une méthode de contraception utilisaient la pilule à 77,3 % ensuite vient le préservatif à 18,9 %, les autres méthodes ont un rôle accessoire.

Pensez-vous que l'on puisse tomber enceinte lors du premier rapport?

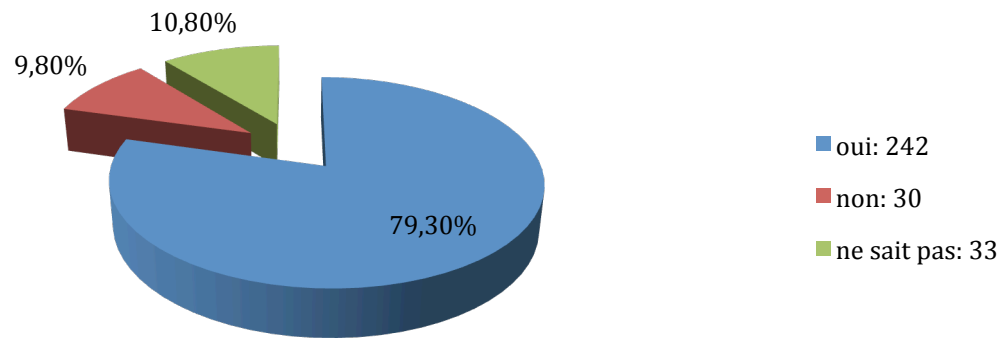


Tableau 21

-79,3% des femmes pensent que l'on peut devenir enceinte lors du premier rapport, 9,8 % pensent que cela n'est pas possible et 10,8 % ne savent pas.

Fiabilité des méthodes naturelles

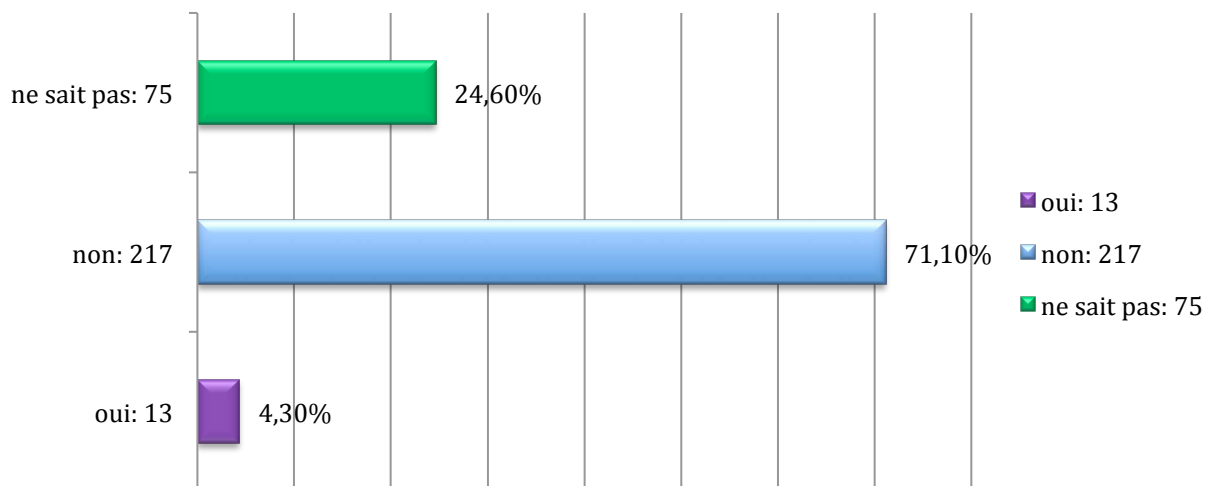


Tableau 22

-71,1 % des femmes pensent que les méthodes naturelles comme le retrait ou la méthode des températures ne sont pas fiables. 4,3 % pensent qu'elles sont fiables et 24,6 % ne savent pas.

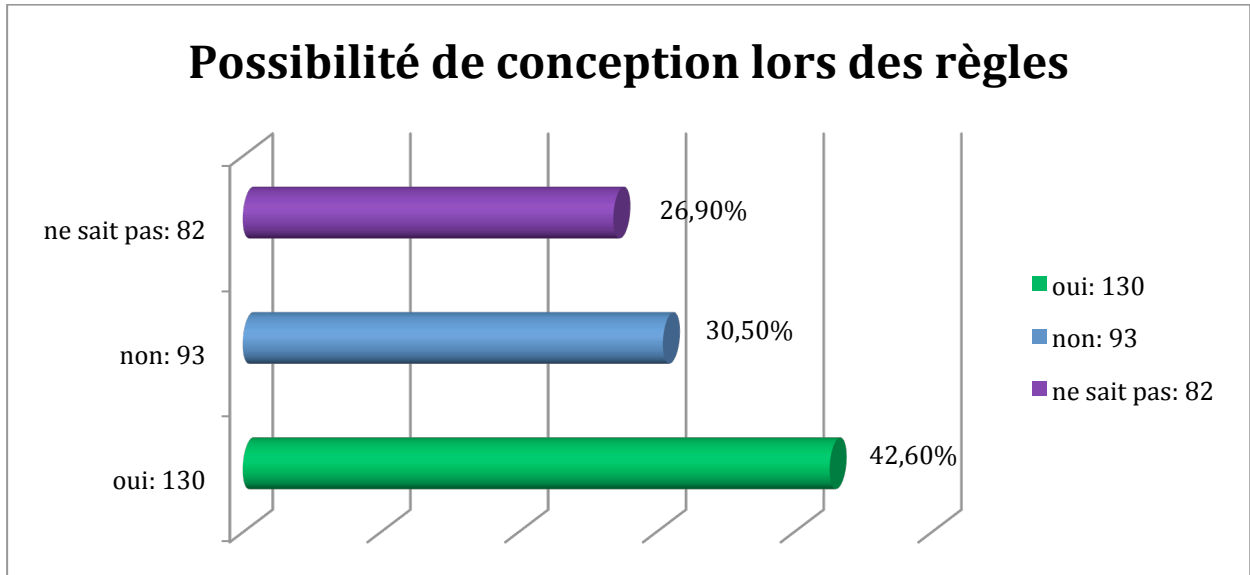


Tableau 23

-Plus de la moitié des femmes interrogées ne savent pas ou ne pensent pas qu'elles sont fécondes lors des règles. Et seulement 42,6 % le pensent.

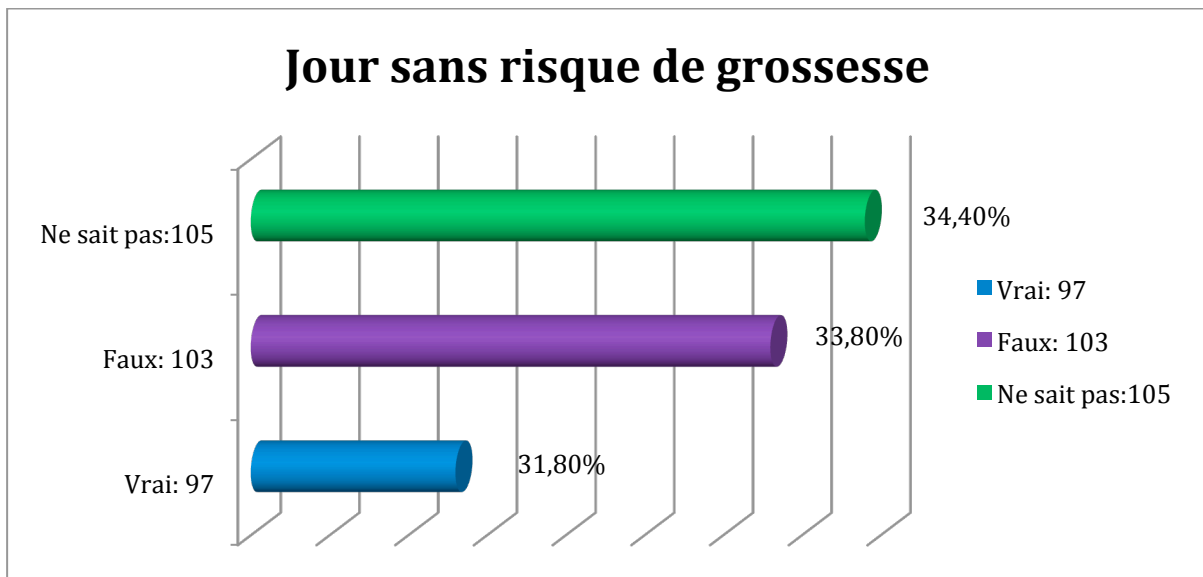


Tableau 24

-Seulement 33,8 % des femmes interrogées savent qu'il n'existe pas de jours sans aucun risque de grossesse. Et donc 66,2 % ne savent pas ou pensent que c'est vrai.

-Seulement 48 femmes ont répondu correctement aux questions 10, 11, 12, 13 soit 15,7 % de notre population.

La dépendance n'est pas significative entre l'âge et les femmes qui ont répondu correctement aux 4 questions 1-p = 34,74 %.

Il n'existe pas de relation de dépendance entre l'exercice d'une activité professionnelle et les femmes qui ont répondu correctement aux 4 questions.

De même qu'il n'y a pas de corrélation entre l'existence d'IVG antérieure(s) et les femmes ayant répondu correctement aux 4 questions sur les contraceptifs.

La dépendance n'est pas significative entre la situation de couple et les femmes ayant donné les 4 bonnes réponses.

La pilule	Nombre de citations	Fréquence
Protège contre les IST	17	5,6 %
Peut rendre stérile les femmes après plusieurs années d'utilisation	49	16,1 %
Il ne faut pas fumer en même temps	116	38 %
Donne le cancer	14	4,6 %
Fait systématiquement grossir	59	19,3 %
Aucune des propositions ci-dessus n'est correcte	77	25,2 %
Ne sait pas	36	11,8 %

Tableau 25

La pilule est un moyen de contraception	Nombre de citations	Fréquence
Efficace	135	44%
Pratique et fiable d'utilisation	103	33,8%
Contraignante au quotidien	123	40,3%
Compliqué à se procurer	9	3%
Ne sait pas	23	7,5%

Tableau 26

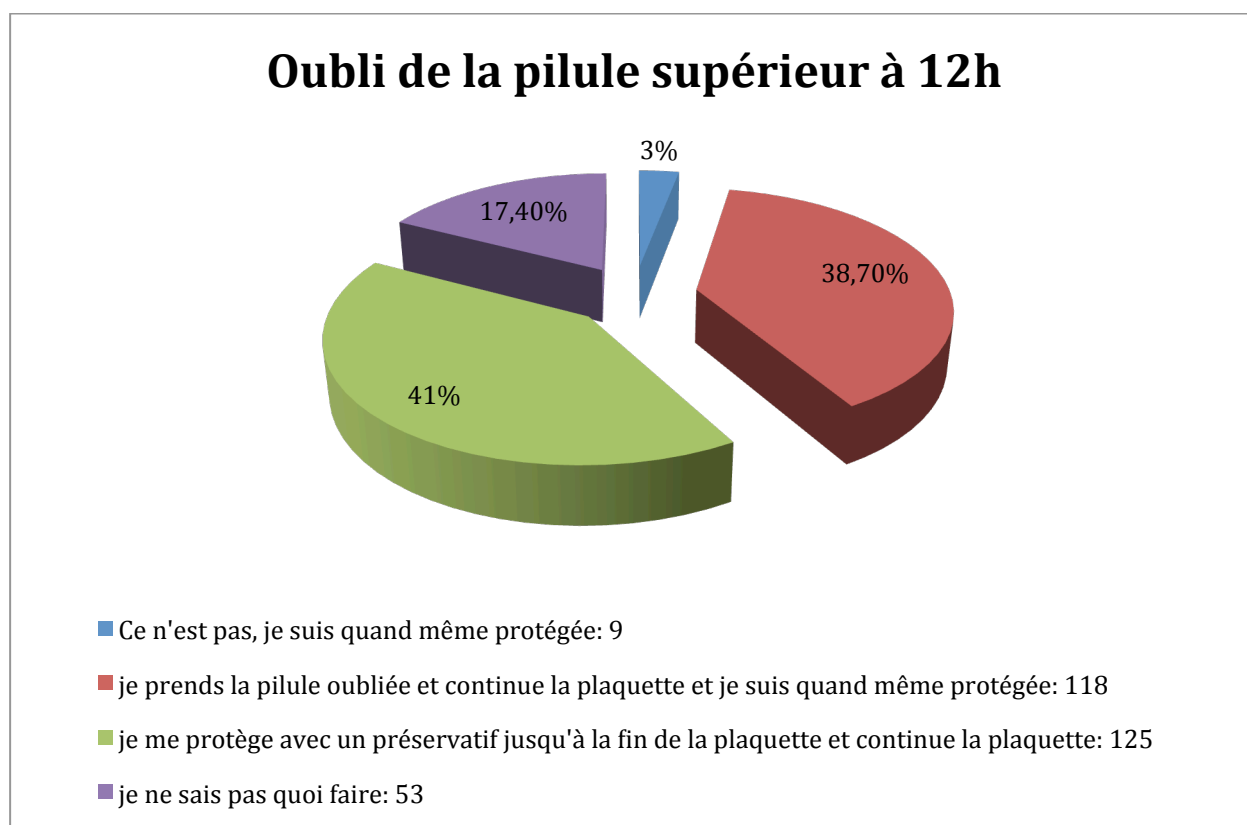


Tableau 27

-Pour la question « Si vous oubliez votre pilule plus de 12 heures », seule 41 % des personnes interrogées connaissent la bonne réponse ; et 38,7 % pensent qu'elles sont quand même protégées.

La dépendance entre l'âge et la bonne réponse n'est pas significative (1-p = 70,72 %), de même que pour l'existence d'IVG antérieure(s) (1-p = 64,82 %) et il en va de même avec le contexte socio-économique difficile (1-p = 80,87 %).

Par contre, il existe une dépendance forte entre le niveau d'études et les femmes ayant répondu correctement à cette question (1-p = 99,99 %)

Pour vous le préservatif	Nombre de citations	Fréquence
Diminue le plaisir sexuel	65	21,3%
Ça crée des doutes sur le partenaire	35	11,5%
Protège des IST et de la grossesse	233	76,4%
Protège des IST mais pas de la grossesse	52	17%
Casse assez fréquemment	52	17%
TOTAL des observations	305	

Tableau 28

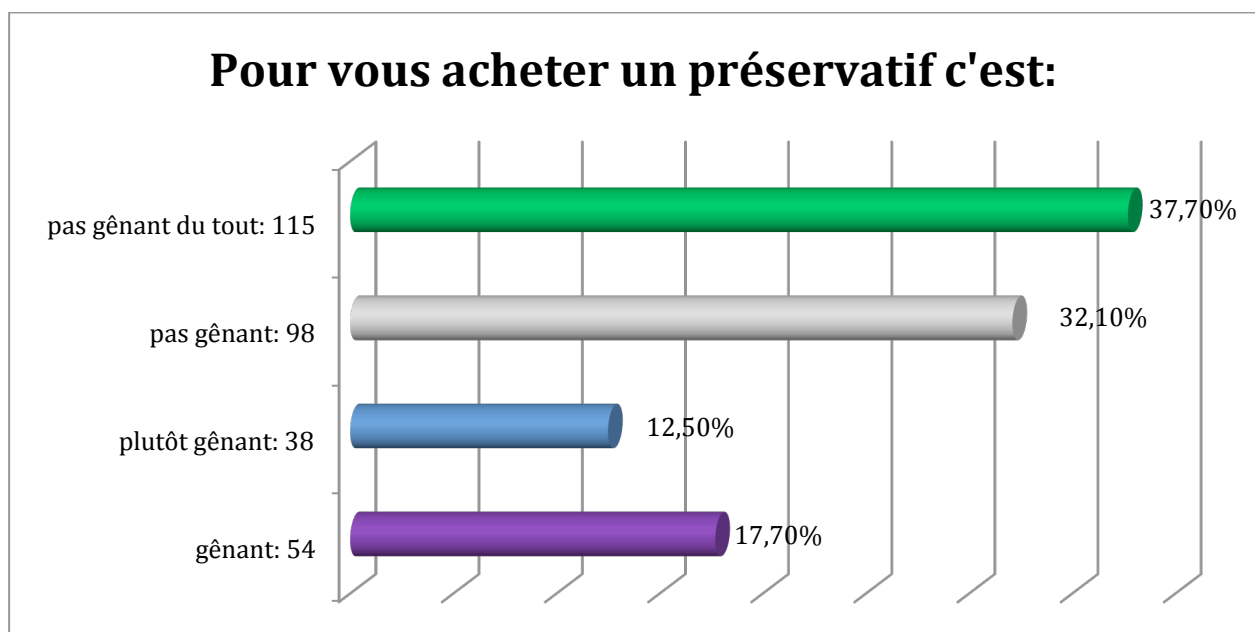


Tableau 29

-30,2 % des femmes sont gênées lorsqu'elles achètent un préservatif, contre 69,8 % qui ne le sont pas.

Il existe une dépendance entre l'âge et la gêne ressentie lors de l'achat d'un préservatif ($1-p = 98,86\%$), plus la femme est jeune et plus il existe une gêne importante.

De même, il existe une relation de dépendance entre le niveau d'études et la gêne ressentie lors de l'achat d'un préservatif ($1-p = 99,97\%$) ; ainsi qu'avec l'activité professionnelle ($1-p = 97,58\%$)

Durée de vie d'un stérilet

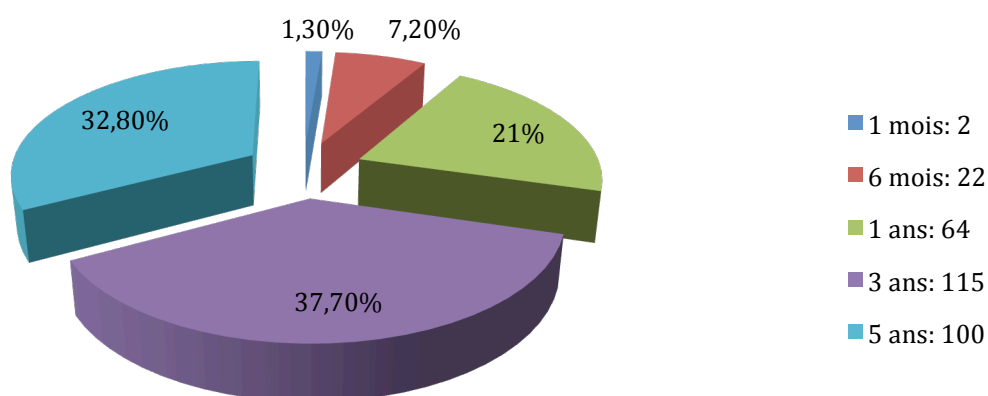


Tableau 30

Seulement 32,8 % des femmes connaissent la durée d'utilisation d'un stérilet, la plus grande partie a répondu 3 ans à hauteur de 37,7 %.

Il existe une relation de dépendance entre le nombre d'enfants et les femmes qui connaissent la durée exacte du stérilet ($1-p = 99,21\%$)

Stérilet et enfant

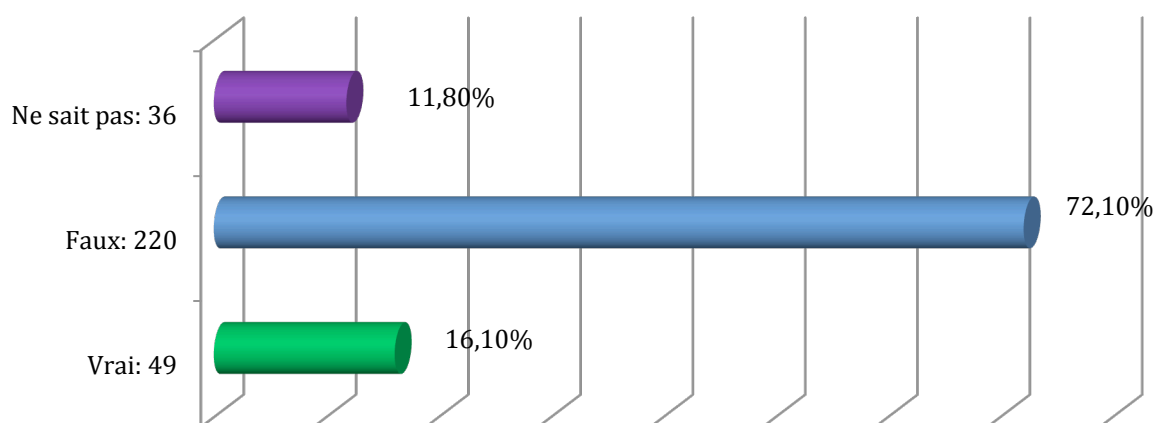


Tableau 31

À l'affirmation : la femme ne doit plus vouloir d'enfant pour mettre un stérilet, 72,1 % des femmes ont répondu correctement.

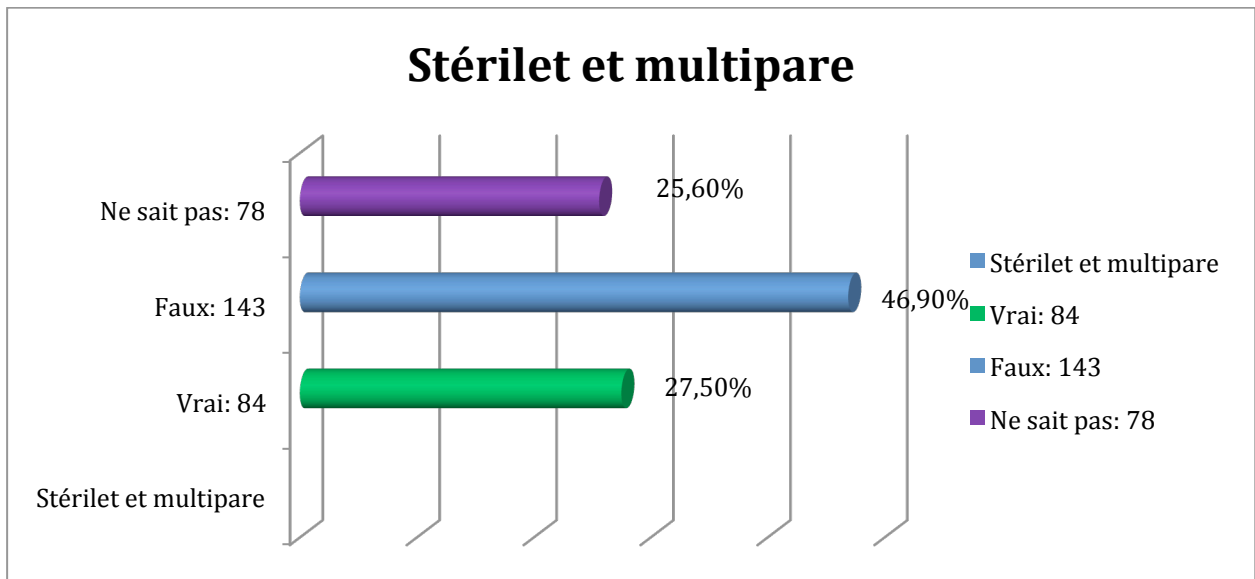


Tableau 32

Seulement 46,9 % des femmes savent que l'on peut mettre un stérilet sans avoir eu d'enfant, 53,1 % ne savent pas ou croient que c'est vrai.

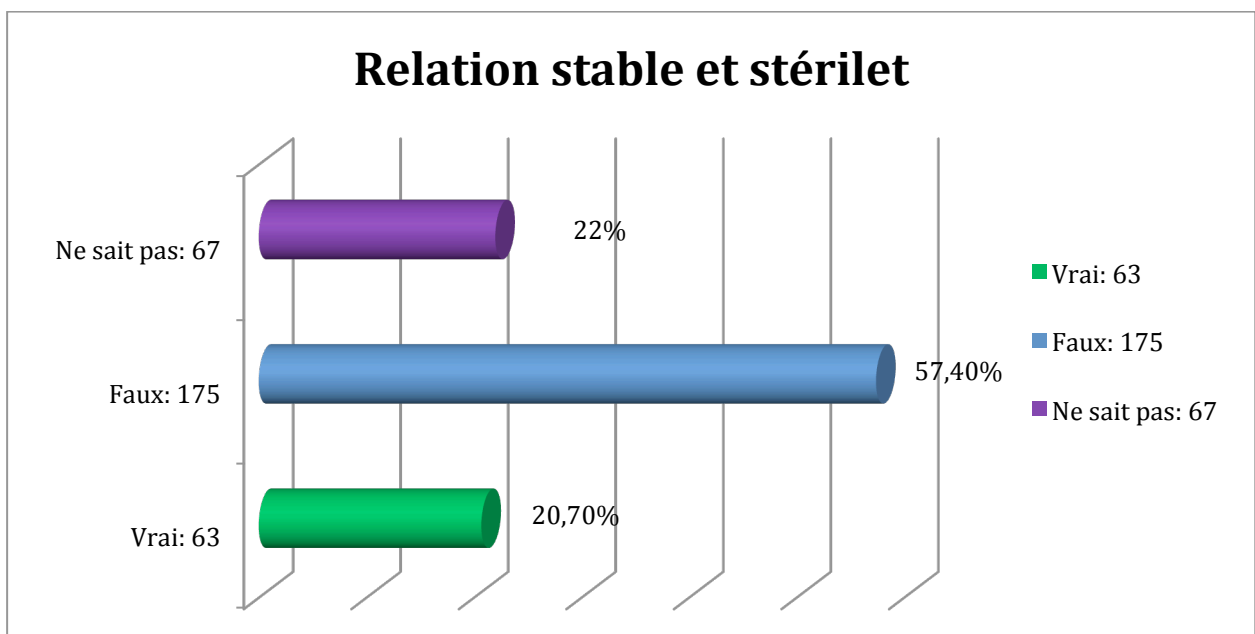


Tableau 33

57,4% des personnes interrogées pensent qu'il n'y a pas besoin d'avoir une relation stable pour mettre un stérilet ; 42,6 % ne savent pas ou pensent que c'est vrai.

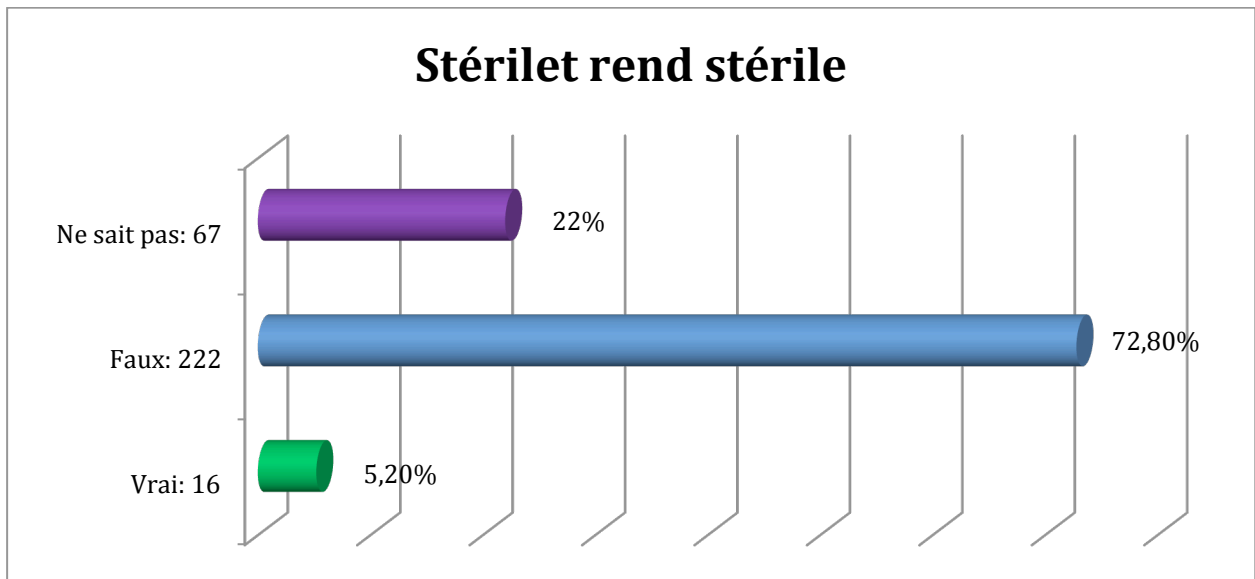


Tableau 34

5,2% des personnes interrogées pensent que le stérilet rend stérile, la grande majorité (72,8 %) ne le pense pas et 22 % ne le savent pas.

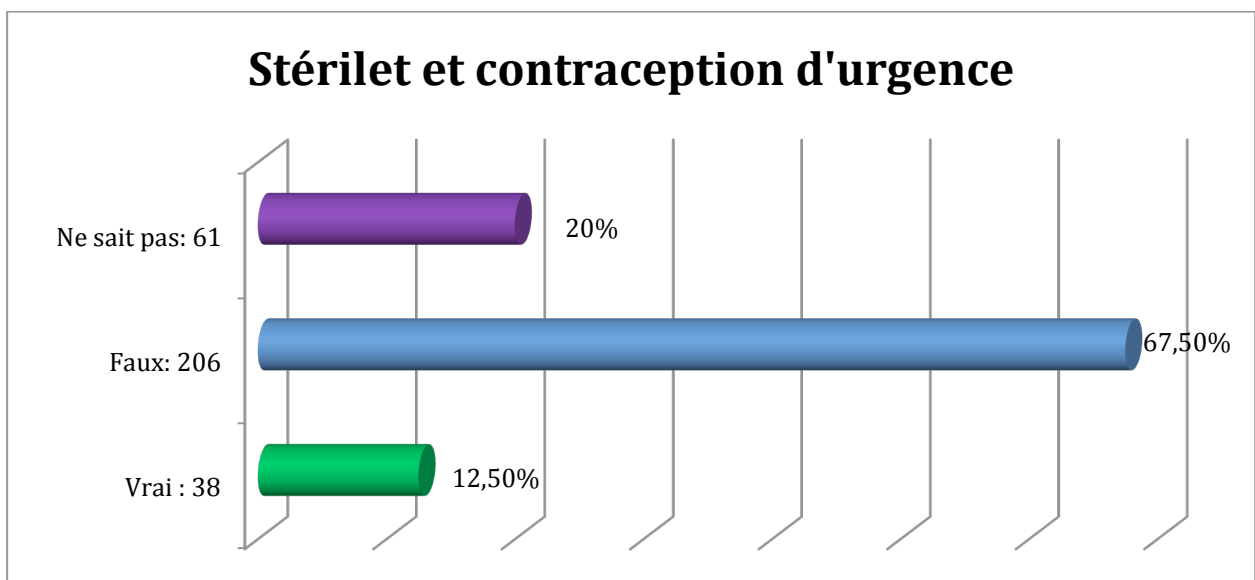


Tableau 35

Seulement 12,5 % de personnes interrogées savent que le stérilet est un moyen de contraception d'urgence ; 67,5 % des gens ne le pensent pas et 20 % ne savent pas.

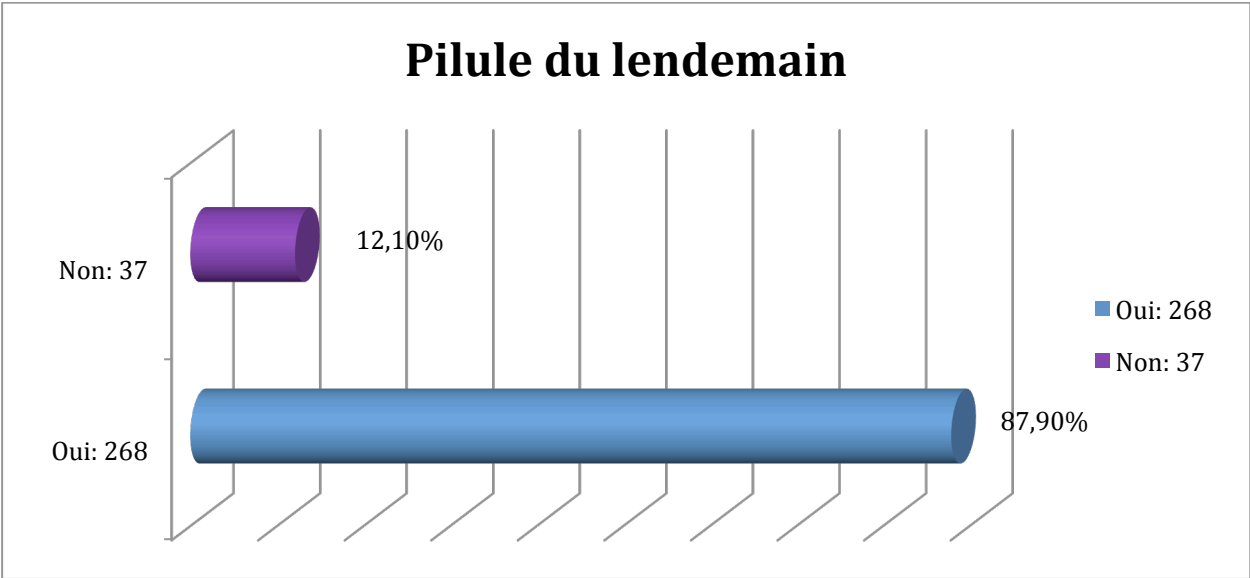


Tableau 36

87,9% des femmes réalisant une IVG connaissent les principes de la pilule du lendemain.

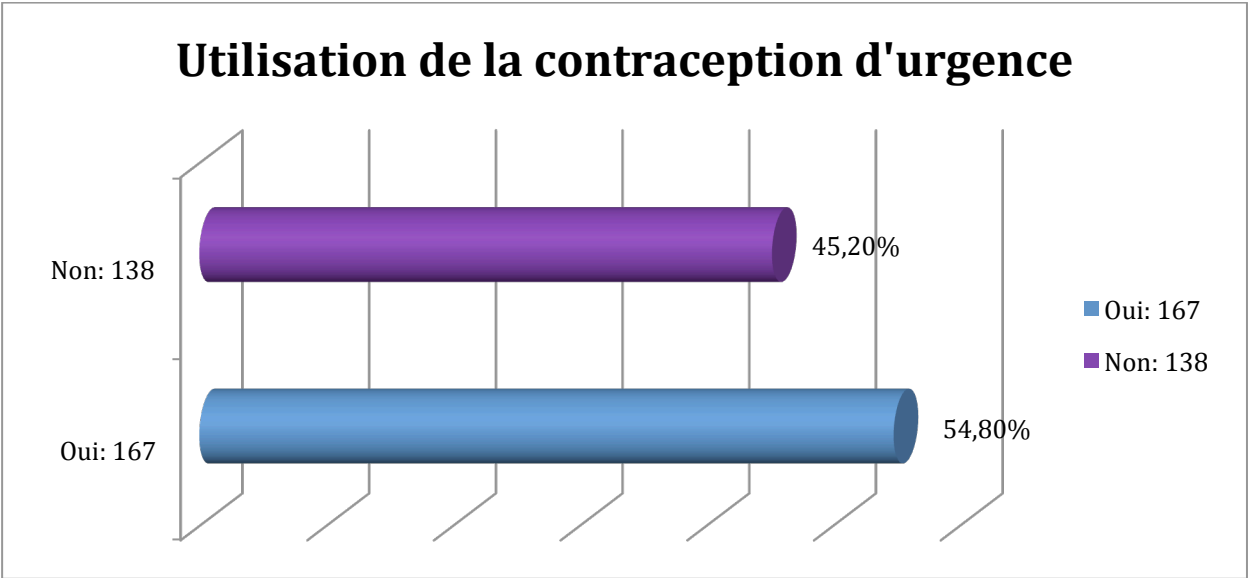


Tableau 37

Mais seulement 54,8 % des femmes l'ont déjà utilisée.

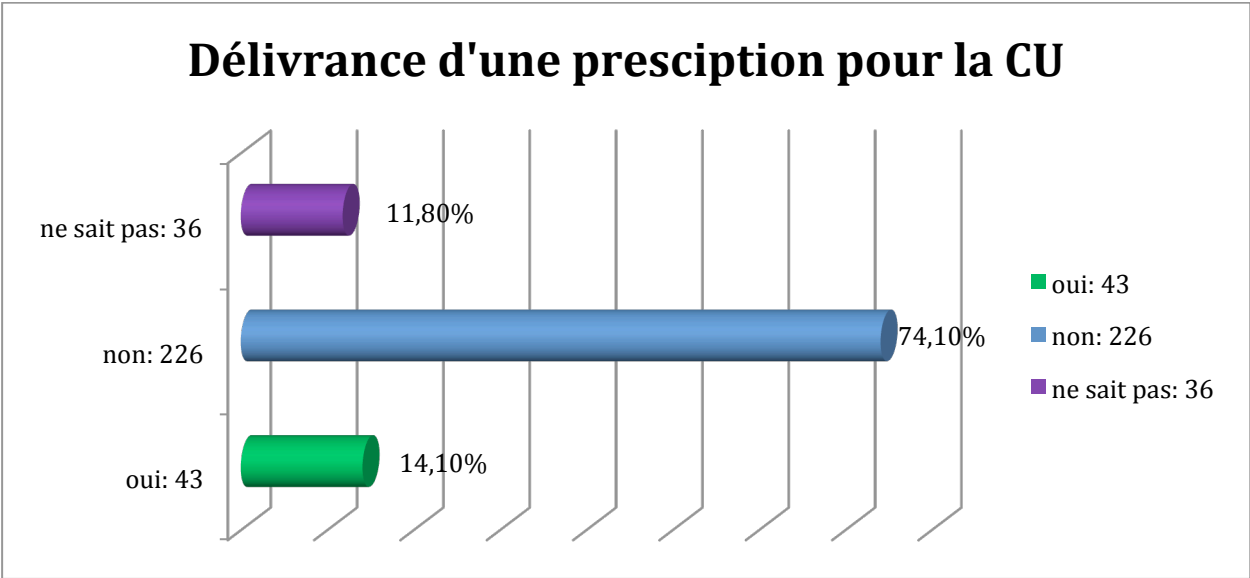


Tableau 38

74,1% des femmes interrogées pensent qu'il n'y a pas besoin d'ordonnance pour acheter la pilule du lendemain.

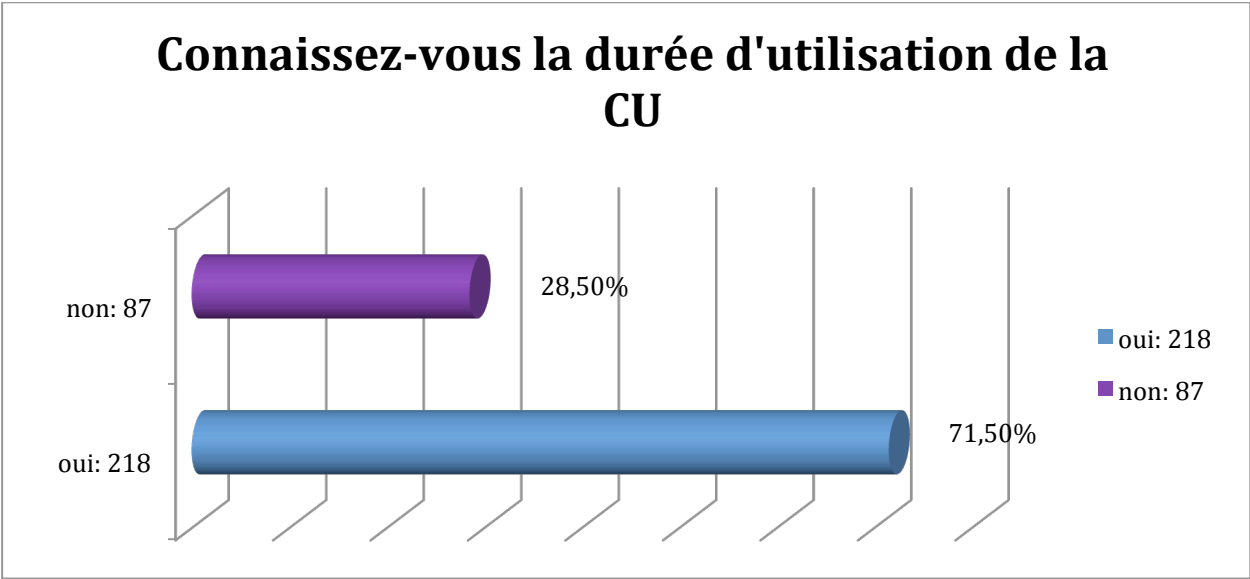


Tableau 39

71,5% des femmes interrogées pensent savoir la durée d'utilisation de la pilule du lendemain.

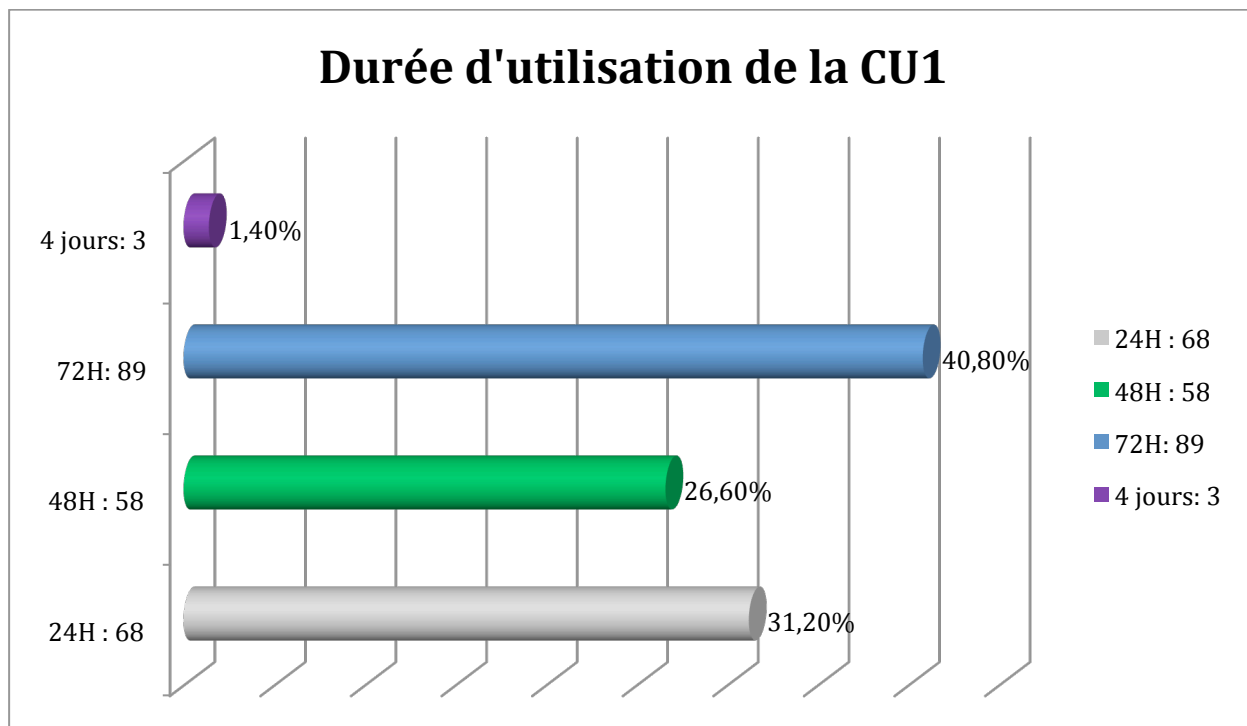


Tableau 40

Sur les 218 femmes ayant répondu à la question précédente, 31,2 % pensent qu'il faut la prendre dans les 24 heures, 26,6 % des femmes pensent qu'il faut la prendre dans les 48 heures, 40,8 % pensent qu'il faut la prendre dans les 72 heures, et seulement 1,4 % pense qu'elle est efficace jusqu'à 4 jours. Dans cette question nous n'avons pas voulu parler de la pilule du lendemain qui a une efficacité théorique de 5 jours pour ne pas semer la confusion dans l'esprit des femmes interrogées.

III. DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude descriptive auprès de 305 femmes demandeuses d'IVG dans le centre d'orthogénie de Saint-Paul de La Réunion.

L'enquête s'est déroulée de janvier à juin 2013 et a pour objectif de faire l'état des lieux des connaissances et opinions des femmes sur les différents contraceptifs et comme objectif secondaire de décrire les caractères socio-économiques des femmes qui réalisent une IVG.

A. CRITIQUE DE LA MÉTHODE

A1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critère d'inclusion:

- Les femmes qui consultaient au centre d'orthogénie de Saint-Paul, soit pour l'entretien pré-IVG, soit pour la consultation post IVG ont eu la possibilité de répondre à l'enquête que les patientes soient mineures ou pas.

Critères d'exclusions :

- Les femmes ayant fait une fausse couche spontanée ou des interruptions médicales de grossesse.

- Les femmes analphabètes ; alors qu'environ 100 000 adultes sont illettrés à La Réunion. Le taux d'illettrisme sur le département est plus du double de celui de métropole où il s'élève à 9 % (28).

- Les femmes étrangères ne parlant pas le français, or 2,2 % des femmes ayant recours une IVG sont étrangères à La Réunion en 2007. (25)

Les deux derniers critères d'exclusion s'expliquent par le travail de sélection de la secrétaire du service d'orthogénie de Saint Paul

A2. Diffusion du questionnaire

Biais de recrutement : les questionnaires n'ont pas été distribués dans tout le département ni dans tous les centres d'orthogénies, l'enquête se limite à l'hôpital de Saint-Paul et les cabinets libéraux n'ont pas été contactés. Il n'est donc pas représentatif de la population réunionnaise mais d'un échantillon de cette population drainé par le centre d'orthogénie de Saint-Paul.

Le questionnaire a été auto administré, ce qui donne lieu à des biais comme la subjectivité des réponses, le questionnaire a pu être rempli par plusieurs personnes en même temps (exemple : la personne accompagnant la patiente). Normalement, dans ce type d'enquête le taux de participation est relativement faible. (29) Or nous avons eu un taux de participation de 76,25 %, ceci étant probablement dû à la

diffusion du questionnaire par la secrétaire lors de l'admission. Ce qui peut inciter la patiente à participer à notre enquête. Dans la littérature nous avons retrouvé des taux de l'ordre de 40 % comme par exemple l'ORS de Basse Normandie où dans son enquête on retrouve un taux de 38 % (30).

A3.Elaboration du questionnaire

Il n'a pas été réalisé d'étude qualitative ou exploratoire au préalable pour contribuer à la définition et à la formulation de notre hypothèse.

Le pré-test du questionnaire a d'abord été réalisé auprès d'un personnel averti puis sur un échantillon de la population visée, par erreur de méthodologie de ma part.

Le livre « les sondages : principe et méthode » de Anne Marie DUSSAIRE préconise l'inverse car cela évite une mauvaise compréhension ou interprétation des questions par les participantes. (29)

Malgré ces quelques erreurs, le questionnaire a été relativement bien compris par l'ensemble de la population et il n'y a pas eu de retour négatif soit sur mon adresse E-mail, soit auprès du personnel du centre d'orthogénie.

A4.Type de questions

La plupart des questions sont des questions fermées soit à simple réponse soit à choix multiples, l'avantage de ce genre de question est une facilité d'exploitation du questionnaire, de même qu'il existe une facilité de réponse pour la personne interrogée (plus rapide, moins de non-réponse) mais l'inconvénient reste que les réponses sont orientées par l'enquêteur. Dans notre cas, nous avons réalisé une étude quantitative et dans ce genre d'enquête, il faut éviter les questions ouvertes car on y obtient souvent des réponses stéréotypées, de plus l'analyse de ce genre de questions s'avère assez complexe car il faut regrouper les réponses ayant une signification semblable en un nombre limité de thème ce qui implique une certaine subjectivité de la part de l'enquêteur. C'est ce qui s'est produit pour les questions 2, 5 et 6. (29)

B.DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE ET COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

B.1 L'âge

Dans la population étudiée, nous retrouvons une moyenne d'âge identique à la moyenne nationale qui est de 26 ans pour les femmes ayant eu une IVG selon la DRESS en 2007; la moyenne réunionnaise étant de 26,5 ans en 2011. (2, 24)

La proportion de femme ayant subi un avortement et qui ont moins de 18 ans est de 8,8 % dans notre étude. Ce résultat se situe entre la moyenne nationale qui est aux alentours de 6,6 % en 2007 et celle de La Réunion qui est de 11,2 % en 2011. (2, 24)

Nous retrouvons un pic entre 20-24 ans à égalité avec les 25-29 ans à hauteur de 23%. Dans la littérature, on trouve à La Réunion un pic de fréquence pour la tranche 20-24, comme en métropole. (2,23)

B.2 Statut conjugal et parité

-Statut conjugal :

	Notre enquête	IVG à La Réunion *	Population générale à La Réunion*
Taux de femmes en couple/mariées	41,1%	33,6%	44%

Tableau 40

* DRESS 2007 (25)

Nous constatons qu'à La Réunion les femmes vivent moins souvent en couple lorsqu'elles subissent une IVG que dans la population générale. Ce qui nous amène à émettre l'hypothèse, que le fait de vivre seule peut amener plus facilement une femme à avoir recours à une IVG. C'est ce que retrouve Blayo dans ses travaux sur l'évolution du recours à l'avortement en France (31). L'enquête sur le recours à l'IVG de la DRASS de 2007 démontre aussi cette tendance (25).

-Parité :

	Notre enquête	IVG à La Réunion*	IVG en Métropole**
Taux de femmes avec un enfant ou plus	61%	64,1%	55%

Tableau 41

* ORS 2011 (2)

Le résultat notre enquête se rapproche de celui de La Réunion, mais est supérieur au taux retrouvé en métropole. Cette différence n'est pas étonnante étant donné le taux de natalité de 18,3 pour 1000 contre 12,8 pour mille en France et du nombre d'enfants par femme qui est de 2,45 contre 1,98 en métropole (32).

B.3 Données socio-économiques

-Niveau d'étude actuelle :

Dans cette étude, 18,4 % de la population est étudiante. Ce résultat est relativement proche de celui de l'ORS qui retrouve dans son analyse des bulletins IVG un taux proche de 22 % en 2011 chez les étudiantes (2).

	Notre enquête	Population générale à La Réunion*
Niveau BAC ou plus	47,2%	26,62%
Niveau inférieur ou égal au lycée	34,5%	30%

Tableau 42

*INSEE 2009

Nos résultats tendent à rejoindre les résultats de la DRESS qui montre qu'à La Réunion, comme au niveau national, les femmes recourant à une IVG sont plus diplômées que dans le reste de la population (24, 25, 33).

Dans notre étude 34,5 % à un niveau inférieur ou égal au niveau lycée or la proportion de sans diplôme dans la population réunionnaise est de 30 % (25)

- Activité professionnelle :

	Notre étude	femmes à La Réunion	IVG à La Réunion
Chômage	11,1%	31,8%*	22,6%**

Tableau 43

*INSEE 2011 (34)

** ORS 2011 (2)

Dans notre étude on constate que les femmes qui ont recours à une IVG sont moins au chômage que dans la population de femmes Réunionnaise ainsi que dans la population de femmes réalisant des IVG à La Réunion. Dans l'étude de la DRESS réalisée en 2007 à La Réunion, les femmes actives ne pratiquent pas plus d'IVG que l'ensemble des femmes, mais les données de cette étude sont assez anciennes.(25)

On peut aussi émettre l'hypothèse que cette différence est en partie dû à l'origine géographique du centre d'orthogénie de Saint-Paul car le grand ouest compte moins de chômeur que l'est ou le sud par exemple (18).

- Difficulté(s) socio-économique(s) :

76,5 % des femmes de notre étude, ont déclaré ne pas avoir de difficulté(s) socio-économique(s), ceci va à l'encontre des idées reçues que l'IVG peut se réduire à une question financière ou de logement par exemple. Dans notre questionnaire, il n'était pas demandé le motif de l'IVG, mais dans la littérature, les éléments (objectifs et subjectifs) présentés comme ayant joué un rôle dans la prise de décision appartiennent à différents registres comme la relation du couple, le désir de l'enfant, l'importance du travail professionnel ou encore les logiques affectives et économiques (35).

La première des difficultés socio-économiques est d'ordre financière à 48,8 % soit 42 femmes, ensuite vient le logement à hauteur de 27,9 % soit 24 femmes et la séparation pour 12,8 % soit 11 femmes. En 4^{ème} position vient la solitude ; à noter que la violence conjugale n'a été citée qu'1 fois sur les 305 questionnaires remplis.

B.4 IVG antérieure(s)

	Notre étude	Etude Aquitaine *	A La Réunion **
ANTCD d'IVG	39%	38,8	41%

Tableau 44

*Aquitaine 2010 (35)

**ORS 2011 (2)

On constate que notre population de femme qui a recours à une IVG n'est pas différente de celle qui réalise une IVG à la réunion ou en Aquitaine.

La part des femmes, ayant un antécédent de deux IVG ou plus, est de 29,4 % dans notre étude avec une corrélation très forte avec l'âge, ce qui est normal car il faut plus de temps pour avorter plusieurs fois. Une étude réalisée en 1996 par M.Garel, M. Crost et M. Kaminski dans 3 centres métropolitains pratiquant des IVG a défini la notion d'IVG itérative par 2 critères, soit la femme a eu 3 ou plus de 3 IVG,

soit elle a eu une 2^{ème} IVG à moins de 3 ans d'intervalle. Cette pratique concerne environ une IVG sur cinq à La Réunion contre 15,5 % pour la France entière et la part des femmes ayant eu 3 IVG ou plus est plus importante à La Réunion qu'en France entière. Malheureusement dans notre enquête, il nous manquait le temps écoulé entre 2 IVG pour pouvoir étudier ce critère. (25, 35, 36,37).

Dans notre étude nous n'avons pas réussi à mettre en évidence une corrélation significative entre le nombre d'IVG antérieure(s) et les difficultés socio-économiques alors que dans la littérature plusieurs études montrent que ces femmes qui réitèrent l'acte d'IVG plusieurs fois dans un laps de temps très court présentent un profil sociodémographique particulier et semblent confrontés à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières (25, 35, 36, 37).

Dans notre étude 20% des mineurs ont déjà eu recours à une IVG, une thèse réalisée à la réunion en 2010 retrouve un taux de l'ordre de 10% (38).

B.5 IVG actuelle et contraception

Parmi les femmes de notre étude 56,4 % n'utilisaient pas de moyen de contraception lors de leur grossesse actuelle contre 32 % dans l'étude de la DRASS de 2007 à La Réunion (25). La grande majorité des femmes sous contraception utilisaient la pilule à 77,3 % ensuite vient le préservatif à 18,9 %, les autres méthodes ont un rôle mineur dans notre étude. Ces résultats vont dans le sens des études réalisées en France et qui illustre bien le paradoxe français. (39)

Résumé des données socio-démographiques de notre étude :

-La moyenne d'âge est de 26 ans. La plupart des femmes qui avortent ont entre 18 et 29 ans et il y a 8,8% de mineurs. Nos résultats, comme nous l'avons vu, sont à peu de chose près identiques aux données de la littérature.

-Nos patientes sont moins souvent en couple ou mariée lorsqu'elles subissent une IVG que dans la population générale. Comme les différentes études qui traitent du sujet.

-2/3 des femmes qui réalisent une IVG à Saint Paul ont un enfant ou plus. Ce résultat est semblable à celui de La Réunion, mais supérieur à celui de métropole.

-Les femmes de saint Paul qui recourent à l'IVG sont plus diplômées que le reste de la population, comme le montre les études de la DRESS.

-76,5% des patientes du centre d'orthogénie de Saint Paul n'ont pas de difficulté(s) socio-économique(s).

-Dans notre étude environ 40 % des femmes ont un antécédent d'IVG. C'est à peu de chose près le même résultat qu'à La Réunion ou en Aquitaine.

- Un peu plus de la moitié des femmes de notre étude n'avaient pas de moyen de contraception lors de leur IVG.

C. CONNAISSANCES GÉNÉRALES SUR LA REPRODUCTION

Dans cette partie du questionnaire, nous avons cherché à savoir ce que connaissent les femmes sur les bases de la conception d'un enfant et de leur cycle.

Q10	Notre étude	INPES 2007 (4)	Haute Normandie 2009(5)
Oui, il est possible de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel	79,3%	96%	86%

Tableau 45

À la question 10, « pour vous est-il possible de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel ? » 79,3 % des personnes ont répondu correctement à la question, il n'y a pas de dépendance avec l'âge, le nombre d'IVG antérieure(s), le nombre d'enfants et le niveau d'études au test du Chi2. Notre résultat est inférieur aux autres études menées en métropole.

71,1% des personnes interrogées pensent que les méthodes naturelles ne sont pas fiables. À noter, qu'il existe une forte dépendance entre les personnes ayant bien répondu à cette question et le niveau d'études ($p = 0,01$). Ce taux est comparable à celui retrouvé dans notre étude de référence *Les Français et la contraception* (4).

Q12	Notre étude	INPES 2007(4)	Haute Normandie 2009 (5)
Oui, on peut développer une grossesse lors des règles.	42,6%	43%	42%

Tableau 46

Pour la question 12, nos résultats sont identiques à ceux retrouvés en métropole.

À la question « en surveillant votre cycle de règles, il y a des jours sans aucun risque de grossesse ? » 33% des femmes interrogées pensent que c'est faux. À cette question, plus les femmes sont âgées, plus elles pensent que c'est vrai ($p = 0,15$) de même que si elles ont un enfant ($p = 0,4$). Au niveau national, on retrouve

exactement le même résultat puisque 33 % des personnes interrogées pensent que c'est faux dans l'étude INPES 2007. (4)

Seulement 15,7% de la population de notre étude a répondu correctement aux 4 questions sur le cycle de reproduction de la femme.

Au travers de nos résultats, on constate que la connaissance générale sur la reproduction reste limitée comme les différentes enquêtes menées en métropole. Ceci pourrait être un facteur de risque de grossesse non désirée important et donc d'IVG surtout chez les plus jeunes.

Cela rejoint ce que pense le Pr Israël Nisan dans son étude « pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineurs » de 2006. Il dit dans cette étude que l'IVG de la jeune femme recouvre habituellement un manque de connaissance sur son cycle, ce qui peut entraîner une vulnérabilité accrue à une grossesse non prévue et donc à l'IVG. Il dit cette phrase en parlant de ces jeunes filles : « on apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut receler ». (40)

D.CONNAISSANCES SUR LES CONTRACEPTIFS

D.1 La pilule

	Notre étude	INPES 2007 (4)	Haute Normandie 2009 (5)
Oui la pilule protège des IST	5,6%	4%	7%

Tableau 47

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés en métropole.

Dans notre enquête 16,1 % des femmes pensent que la pilule peut rendre stérile contre 22 % dans l'enquête INPES. 38 % des femmes pensent qu'il ne faut pas fumer en même temps contre 61 % dans l'enquête INPES. 4,6 % des femmes pensent que la pilule peut donner le cancer, ce résultat est proche de celui trouvé dans l'enquête de Haute Normandie chez les 15-18 ans, où 4 % considèrent que la pilule peut causer le cancer et plus d'un tiers ne savent pas si cette proposition est vraie ou fausse. (5)

Dans notre étude 19,3 % des femmes pensent que la pilule fait systématiquement grossir contre 24 % dans l'enquête INPES ;

D'une manière générale, les femmes ont une bonne représentation de la pilule, mais plus de 40% trouve son utilisation contraignante au quotidien.

Pour la question : « Si vous oubliez votre pilule plus de 12 heures, que faut-il faire ? », seules 41 % des personnes interrogées connaissent la bonne réponse et 38,7 % pensent qu'elles sont quand même protégées. La dépendance entre l'âge et la bonne réponse n'est pas significative (1-p = 70,72 %), de même que pour l'existence d'IVG antérieure(s) (1-p = 64,82 %) et il en va de même avec le contexte socio-économique difficile (1-p = 80,87 %), par contre il existe une dépendance forte entre le niveau d'études et les femmes qui ont répondu correctement à cette question (1-p = 99,99 %).

On constate que ***2/3 des femmes interrogées ne savent pas ou ont donné la mauvaise réponse et donc ne connaissent pas les recommandations sur la bonne conduite à suivre en cas d'oubli de pilule.*** De plus notre résultat est probablement en dessous du taux réel puisqu'il s'agit d'une question à choix multiple, le pourcentage aurait probablement été supérieur si la question avait été formulée autrement ou si elle avait été ouverte.

Dans différentes études menées sur l'hexagone, l'examen, à partir des demandes d'IVG, des causes d'échec contraceptif fait apparaître des mauvaises utilisations, des arrêts pour des raisons diverses (effets indésirables, interruption de la relation, coût excessif ou rupture de stock), et des oublis. L'oubli de pilule constitue un phénomène fréquent : selon une étude lancée sur 3 départements (41) 92 % des utilisatrices de contraception orale avaient oublié de prendre leur pilule entre 1 et 5 fois dans les 6 mois précédents. D'autres études confirment l'importance du phénomène comme celle réalisée par F. Collier « des échecs de la contraception à l'information des femmes ». (42)

Pourtant l'attitude des patientes après l'oubli de pilule témoigne d'un réel défaut d'informations quant à la conduite à tenir dans ce genre de circonstances (43). Plus de la moitié d'entre elles auraient en ce cas une attitude les exposant à un risque de grossesse (44).

Un travail de thèse réalisé à Lille en 2000 interrogeait des femmes qui consultaient pour une demande d'IVG retrouve un taux d'oublis de leur pilule de l'ordre de 55 %. Ces femmes étaient également interrogées sur leur attitude lorsqu'elles avaient oublié leur pilule : les deux tiers avaient poursuivi leur plaquette sans autre moyen de contraception, un quart avait arrêté sa plaquette sans utiliser une autre contraception de relais. Elles n'étaient que 6 sur les 175 femmes interrogées à avoir utilisé la pilule du lendemain, et 7 à avoir utilisé un préservatif (qu'elles aient poursuivi ou non leur plaquette). (45)

Un autre travail similaire a été réalisé à Lyon en 2004 : 168 femmes ont été interrogées d'une part sur leur observance de la contraception orale, et d'autre part sur ce qu'elles savaient de la conduite à tenir en cas d'oubli. Le taux d'oubli était de 43 % dans les trois mois qui précédaient le questionnaire. L'utilisation d'un « aide-

mémoire » n'apportait pas d'amélioration significative de l'observance. Seulement 4 % des femmes interrogées connaissaient toutes les recommandations en cas d'oubli. 67 % savaient qu'il fallait utiliser un préservatif pendant les sept jours qui suivent un oubli, et 44 % connaissaient le risque de grossesse s'il y avait eu des rapports dans la semaine qui précède l'oubli. Enfin, elles étaient 6 % à déclarer ne pas savoir quoi faire en cas d'oubli contre 17 % dans notre étude. (46)

D'une manière générale ces résultats nous amènent à émettre l'hypothèse que les femmes ayant recours à l'IVG de Saint-Paul connaissent mal la pilule. Cette tendance va dans le même sens des différentes études menées (4, 44, 45, 46). À cause d'un manque d'informations ou d'une connaissance partielle sur la contraception œstro-progestative, certaines femmes sont à risque de grossesse accidentelle et lorsque c'est le cas, elles ne connaissent pas la bonne conduite à suivre.

Dans ce contexte, l'efficacité de la contraception passe par une meilleure information et formation des femmes tant sur les mécanismes de fonctionnement de leur contraception que sur la conduite à tenir en cas d'accident. Le prescripteur (médecins généralistes ou gynécologues, personnels des centres de planification familiale, pharmacien, notamment pour les méthodes ne nécessitant pas de prescription médicale comme le préservatif) ont un rôle essentiel à jouer. Et ce d'autant plus qu'en complément de la formation de base qu'ils sont appelés à donner s'ajoute un rôle d'explication et de rectification des informations trop souvent incomplètes ou erronées qui circulent dans les divers médias ; il suffit de voir l'importance que prennent ces questions dans les forums de discussion sur Internet.

Une information claire devrait être donnée non seulement à chaque première prescription de contraception, mais également à chaque renouvellement. Pourtant trop peu de prescripteurs prennent le temps de la délivrer et surtout de vérifier qu'elle a été bien comprise et assimilée.

D.2 Le préservatif

Les 3/4 des personnes connaissent l'utilité du préservatif qui est à la fois contraceptif et protège des IST ; c'est d'ailleurs le seul moyen de contraception avec le préservatif féminin qui protège des IST.

Malgré cela, on constate à travers nos résultats que l'image véhiculée par ce contraceptif est mauvaise puisqu'il crée des doutes sur le partenaire, diminue le plaisir sexuel, casse assez fréquemment et qu'il existe une gêne lors de son achat chez les plus jeunes.

La mauvaise image du préservatif ainsi que la gêne ressentie par les plus jeunes lors de son achat pourraient être un frein à sa diffusion et à sa bonne

utilisation, or bien que l'âge du premier rapport sexuel ne semble plus diminuer, certaines modalités des pratiques sexuelles, telles que le nombre de partenaires et le type de relations, se modifient depuis plusieurs années. Le nombre de partenaires sexuels augmente et les jeunes s'engagent plus fréquemment dans des relations sexuelles dites occasionnelles (6). Michel Bozon de l'INED mentionnait en 1997 que l'usage du préservatif ne s'inscrit pas dans la durée, la proportion d'utilisateurs commence à baisser nettement lorsque la relation entre partenaires dépasse trois ou quatre mois, ou bien lorsque la fréquence devient hebdomadaire, ou bien en cas de passage à la contraception orale. (47)

Dans ce contexte il est urgent de rappeler aux plus jeunes que le préservatif reste le seul moyen de contraception qui protège des IST et de la grossesse. Ceci pouvant passer par de nouvelles campagnes publicitaires chocs dans les grands médias, et/ou via une information véhiculée par l'intermédiaire des professionnelles de santé ou par l'éducation nationale.

D.3 Dispositif Intra Utérin

Seulement 32,8 % des femmes de notre étude connaissent la durée d'utilisation du DIU et la très grande majorité (67,5 %) comme dans l'étude INPES de 2007 ne sait pas qu'il peut servir de moyen de contraception d'urgence.(4) Environ 30 % des femmes interrogées pensent que le DIU peut rendre stérile ou ne le savent pas.

Les patientes de notre étude croient que pour mettre un DIU, la femme doit avoir eu au moins un enfant ou plus, ceci va dans le même sens que l'étude INPES 2007. Dans l'enquête FECOND de 2010, c'est 54 % des femmes interrogées qui considèrent que le DIU n'est pas indiqué chez la femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes. (6) Dans cette dernière étude, seulement 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le DIU, la proportion s'élevant à 20 % parmi celles qui ont un enfant et 40 % pour celles qui en ont deux ou plus. (6) Dans l'étude réalisée en Haute-Normandie plus d'un jeune sur cinq pense que le DIU ne peut être utilisé que par des femmes ayant déjà eu un enfant et 37 % ne savent pas si cela est vrai. (5)

De même que dans notre enquête 42,7 % femmes pensent devoir avoir une relation de couple stable ou ne savent pas s'il faut avoir une relation stable pour pouvoir se faire poser un DIU. Ce résultat est proche de l'enquête INPES de 2007 (42 %).

Au vu de ces résultats on note que la connaissance des femmes sur le DIU reste approximative et que certaines fausses croyances persistent car historiquement le stérilet était plutôt posé chez les femmes multipares qui ne souhaitaient plus

d'enfant. De plus, le dosage en cuivre n'était pas suffisant et il arrivait souvent que la femme tombe enceinte. Le nom même de ce contraceptif a contribué à implanter ces fausses croyances, aujourd'hui l'appellation stérilet a été remplacée par celui de dispositif intra-utérin.

A l'heure actuelle, les professionnels de santé ont du mal à changer leurs pratiques car ils n'ont pas renouvelé leurs connaissances souvent anciennes qui ont depuis été remis en cause par les dernières études scientifiques et ce malgré les recommandations de la HAS diffusé en 2004 ou elle précisait bien que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait un enfant ou non et qu'il s'agissait d'un moyen de contraception de première intention. (6, 47)

D.4 Contraception d'urgence ou pilule du lendemain

Dans notre étude, 87,9 % des femmes recourant à une IVG connaissent la pilule du lendemain, mais seulement 54,8 % des femmes ayant recours à l'IVG l'ont déjà utilisée. En France, 8 à 10 % des femmes de 15-44 ans sexuellement actives, ont déclaré en 1999 avoir déjà utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie, elles étaient 13 % en 2005 (49). Dans l'enquête de haute Normandie en 2009, parmi les jeunes femmes qui ont déjà eu un rapport sexuel, 39 % ont déjà eu recours à la contraception d'urgence. Cependant, le recours des jeunes femmes à la contraception d'urgence est supérieur à celui des femmes plus âgées en raison notamment de leurs comportements sexuels plus espacés, plus irréguliers, donc plus souvent peu ou pas protégés (5).

Les $\frac{3}{4}$ des femmes interrogées pensent qu'il n'y a pas besoin d'ordonnance pour acheter la pilule du lendemain. Ce résultat est similaire à l'enquête « contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse » de 2005 ou un quart de la population âgée de 15 à 54 ans ne savait pas qu'il est inutile d'avoir une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence (49). Dans l'enquête INPES de 2007, c'est 80 % des personnes interrogées qui pensent qu'il n'y a pas besoin d'ordonnance pour se procurer la pilule du lendemain (4).

71,5% des femmes interrogées pensent savoir la durée d'utilisation de la pilule du lendemain, ce taux est à peu près similaire à celui retrouvé par l'étude INPES de 2007 (4). Dans cette étude, comme dans la nôtre, la tendance est à sous-estimer son délai d'utilisation. Dans l'étude « Contraception, pilule du lendemain, contraception d'urgence » de 2005, seules 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité reconnue de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence. (49)

Notre étude, comme les autres, montre une relative bonne connaissance de la pilule du lendemain malgré la méconnaissance de sa durée d'utilisation. Son accès

anonyme et gratuit pour les jeunes et sans ordonnance semble avoir permis sa démocratisation et on note une forte augmentation du nombre de boîtes vendues dans l'hexagone. Malgré cela, le nombre d'IVG reste stable depuis 20ans. (23)

Résumé des connaissances sur les contraceptifs :

-En ce qui concerne la pilule, les femmes de notre étude connaissent mal son utilisation et 2/3 ne savent pas quelle est la conduite à tenir en cas d'oublie comme les diverses études menées en métropole. (4,44,45,46)

-On constate à travers nos résultats que l'image véhiculée par le préservatif est mauvaise puisqu'il crée des doutes sur le partenaire, diminue le plaisir sexuel, casse assez fréquemment et qu'il existe une gêne lors de son achat chez les plus jeunes. Nos résultats rejoignent ceux de l'étude INPES réalisée en 2007. (4)

-Dans notre étude on constate que certaines fausses croyances persistent chez la femme et qu'il existe une méconnaissance de l'utilisation du DIU comme dans l'étude INPES de 2007 et l'étude Fécond de 2010 réalisées en métropole.

-Dans notre étude, comme dans celles réalisées en métropole, il existe une bonne connaissance de la pilule du lendemain malgré la méconnaissance de sa durée d'utilisation. (4, 5, 49)

-Au travers de ces résultats, on constate qu'il n'y a pas de spécificité Réunionnaise par rapport aux autres études réalisées en métropole.

E. PERSPECTIVES

E.1 L'information et l'éducation sexuelles

Au cours de notre enquête nous avons vu que la connaissance du cycle de reproduction de la femme reste limitée. Ceci est un facteur de risque de grossesse non désirée important et donc d'IVG, il convient donc que l'éducation sexuelle des jeunes se fasse dès le plus jeune âge comme aux Pays-Bas et avec une vraie information sur les risques des rapports sexuels ; que cela soit risque de grossesse ou risque de IST.

En effet les jeunes sont de plus en plus exposés précocement à la sexualité à travers les médias (publicité, film, internet etc.), l'enquête ACSF de 1992 révélait qu'à 18 ans 50 % des hommes avaient déjà vu un film à caractère pornographique (50). En 20 ans, la pornographie s'est largement diffusée et une enquête européenne du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel montrait en 2004 que 80 % des garçons et 45 % des filles de 14 à 18 ans ont déjà vu au moins un film X dans l'année. Actuellement la tendance s'est confirmée et Jérémie Piquandet explique dans une étude CSA de 2011 que « chez les garçons, c'est devenu une sorte de premier rite de passage vers l'âge adulte, un acte d'affirmation de soi, tous disent qu'ils manquent d'informations sur les rapports sexuels et qu'il est facile de télécharger des films X sur internet et smartphone » (51) (47).

Alors que dans ce contexte, l'éducation sexuelle devrait devenir une priorité, en France, la circulaire du 15 avril 1996 modifiée en novembre 1998, la rend obligatoire seulement que 2 heures en classe de quatrième. Avec la loi de 2001 sur l'IVG, ce sont toutes les écoles qui sont concernées par cet enseignement, à raison, de 3 séances annuelles. Pourtant le rapport sur l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2009 indique que dans l'éducation nationale, à l'heure actuelle, « l'information et l'éducation sexuelle à l'école ne sont pas perçues ni appliquées comme une obligation légale ». (1). De ce fait cette éducation à la sexualité s'avère très inégalement et partiellement appliquée : l'organisation des séances se heurte à des problèmes matériel (disponibilité des locaux, coûts) et humain (articulation entre équipe éducative intervenant extérieur). Le contenu de l'éducation à la sexualité fait aussi polémique car les enseignements dispensés nécessitent d'avoir une portée éducative pertinente et d'être délivrés par un personnel spécifiquement formé.

Les informations véhiculées soit par l'éducation nationale, soit par des campagnes d'informations à l'échelle nationale devront traiter :

1) Des différents contraceptifs disponibles sur le marché, leur mode d'action, leur efficacité, les avantages et les inconvénients de manière à permettre à la patiente de choisir la contraception adaptée à sa sexualité.

2) Expliquer les premiers signes de grossesse, que la femme peut développer une grossesse à tout moment du cycle, qu'un seul rapport sexuel peut suffire à tomber enceinte etc.

3) Donner les adresses et le numéro de téléphone des différentes structures d'accueil, d'écoute et d'information traitant de la contraception et de la sexualité.

4) Donner des informations sur le recours à une IVG (consultation, délais légaux, les différents types d'IVG etc.)

5) Donner des informations sur la sexualité, l'importance du préservatif lors du premier rapport sexuel ou lors du passage à la pilule, que les films X ne sont pas la réalité...

E.2 L'information sur les contraceptifs

Le prescripteur et le délivreur, que cela soit le généraliste, le gynécologue, le centre de planning familial, l'infirmière ou le pharmacien jouent un rôle primordial dans l'efficacité de la contraception. En effet, l'efficacité du contraceptif repose sur l'information et la formation des patientes concernant la conduite à tenir encas d'oubli. Il est important de noter que le pharmacien joue un rôle essentiel lors de la délivrance du contraceptif oral et est souvent le premier recours en cas d'oubli (contraception d'urgence, préservatifs).

Aujourd'hui, les patients ont accès à l'information médicale grâce aux nouveaux moyens de communication et le rôle du prescripteur est primordial pour corriger les informations erronées, incomplètes ou mal comprises. Une information claire devrait être donnée, non seulement à chaque première prescription de contraceptif hormonal, mais à chaque renouvellement de prescription car, au fil du temps, les recommandations évoluent. Il faudrait aussi orienter la patiente vers différent support officiel comme www.choisirsacontraception.fr ou donner un guide pratique sur les contraceptifs réalisé à partir des recommandations de la HAS.

Le rapport de l'IGAS de 2009 (1) soulignait la difficulté des jeunes à recourir à la contraception et il préconisait la contraception gratuite et anonyme pour les mineures, c'est chose faite depuis avril 2013 mais pour cela elles devront se rendre chez leur généraliste, avoir une ordonnance et avoir une carte vitale à jour puis se rendre à la pharmacie. Pour rester anonyme, elles devront indiquer à leur pharmacien qu'« un dispositif anonymat est prévu à cet effet avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui ne fera pas apparaître de décompte sur le relevé ». C'est pourquoi cette avancée pour les jeunes risque d'être dissuasive.

La contraception reste toujours disponible de façon gratuite et anonyme dans les centres de planification familiale.

Depuis le 31 juillet 2009 il est possible aux pharmaciens et infirmières de renouveler pour un maximum de 6 mois la contraception s'ils sont en possession d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

E.3 Formation des professionnels de santé

On a vu dans l'enquête « La contraception en France, nouveaux contextes, nouvelles pratiques » que 64 % des gynécologues et 83 % des généralistes » (6) pensaient qu'il fallait avoir une relation stable et avoir plusieurs enfants pour se faire poser un DIU. Cet exemple illustre bien la nécessité de se former en continu et de remettre sans cesse en cause ses pratiques médicales de manière à pouvoir être à jour dans sa pratique.

Le médecin généraliste ayant un rôle central, Il faudrait prévoir dans notre cursus une formation spécifique sur la contraception et les IVG. Dans l'enquête Fécond de 2010, seulement 29% des généralistes considèrent que leur formation les a bien préparés à la pose du DIU (6). Ceci s'explique par le fait que durant ses études, l'interne en médecine générale doit choisir entre faire un stage en gynécologie ou en pédiatrie. Lorsqu'ils effectuent leur stage en gynécologie, ils ne sont pas forcément formés à la pose du DIU. Pour tout interne en médecine générale, il faudrait rendre obligatoire le stage en gynécologie et avoir des cours sur les contraceptifs et les IVG avec des ateliers pratiques.

Il faudrait aussi prescrire une contraception d'urgence à chaque fois que l'on prescrit une pilule contraceptive et expliquer par une information claire et précise quand l'utiliser. La tarification de cette consultation qui est chronophage pourrait être majorée pour les MG

Les pharmaciens étant des interlocuteurs privilégiés, surtout lors de la délivrance de la contraception d'urgence, il faudrait qu'ils aient une formation sur les contraceptifs, en particulier la contraception d'urgence. Il faudrait aussi les obliger à appliquer la loi sur la délivrance de la pilule du lendemain qui doit être anonyme et gratuite, or dans ma pratique, qui n'est pas longue, j'ai entendu de nombreuses fois des jeunes filles me dire qu'elles s'étaient vues refuser la délivrance de ce contraceptif parce qu'elles n'avaient pas d'ordonnance.

Les infirmières scolaires sont parfois des interlocutrices privilégiées dans certaines situations de détresse ou d'isolement. De plus, elles peuvent délivrer la contraception et la pilule du lendemain. Il est donc important qu'elles, aussi, reçoivent une formation sur les contraceptifs, les IVG (modalité d'accès et déroulement)

E.4 Amélioration du recueil des données statistiques

Le système de recueil de données statistiques en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne permet pas de disposer d'informations récentes. La direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé publie chaque année les statistiques relatives à l'ensemble des IVG pratiquées deux ans auparavant. Une publication datant de juin 2013 fait état des IVG en 2011 mais certaines données sont manquantes en particulier chez les mineures. Avant cela la dernière étude datait de 2010 et avant cela de 2007.

Ce décalage est le plus souvent occulté par la plupart des personnes. Se référant à ces statistiques, nombre d'entre elles les datent de leur parution et non pas de l'époque à laquelle elles se rapportent (soit deux ans auparavant), empêchant de ce fait toute appréciation exacte de la situation. Il conviendrait d'inciter la DREES à publier plus régulièrement des chiffres offrant un aperçu des tendances réelles. Pour illustrer cet exemple, il suffit de prendre le rapport du 16 février 2012 dirigé par le professeur Nisand qui s'inquiète de l'augmentation des IVG chez les mineures. Or le rapport de la DREES publié en juin 2013 et faisant référence aux données de 2011, précise bien que le Taux de recours à l'IVG pour les femmes les plus jeunes recule légèrement (23)...

E.5. Exemples d'action

1-Le passe contraception :

La région Ile-de-France a créé un « passe contraception » en avril 2011 destiné aux lycéens. Ce dispositif leur permet d'avoir accès gratuitement et anonymement à des consultations médicales pour obtenir pilule, stérilet, implant, patch ou autre méthode de contraception. Le lancement du système, vise à se substituer au planning familial, souvent absent des petites communes.

2-Comité régional de pilotage :

Dans notre département, depuis 2008, pour réduire le nombre de grossesse précoce et donc d'IVG, il a été mis en place un comité régional de pilotage qui est intégré dans le plan régional de santé publique et qui a permis la création de 10 postes d'adultes relais. Chaque intervenant doit avoir plus de 30 ans, résider en zone sensible et avoir une expérience en matière de prévention et d'animation. Ils sont employés par le planning familial et l'association réunionnaise pour la prévention du SIDA. Leur rôle consiste à mener des actions de prévention dans le domaine de la

sexualité et la contraception. Ils interviennent autant sur le terrain que dans les établissements pour les adolescents comme pour les parents.

3-l'outil « Zizi, Zezette, Zistoire Lamour » :

Pour sensibiliser les plus jeunes au problème lié à la sexualité et à la reproduction, Luc Chevallier a publié fin 2010 une BD intitulé « zizi, zézette ». L'auteur de cet ouvrage est le chef du service de gynécologie du CHGM et sexologue. Cette BD est destinée à un public jeune (du CM2 à la 4eme). Le ton y est volontairement pédagogique, accessible et décomplexant pour le jeune adolescent. Cette BD dédramatise l'adolescence qui est souvent compliquée et difficile à vivre. Toutes les questions que se posent ou se poseront les adolescents y sont traitées sans aucun tabou. La préoccupation principale des jeunes de cet âge étant leur corps et leur sexualité, ces thèmes occupent la majeure partie de l'ouvrage. Il aborde aussi la première relation sexuelle, le plaisir et la contraception.

« Zizi, Zezette, Zistoire Lamour » est un outil pédagogique qui permet aux écoles primaires et aux collèges d'intervenir sur le thème de l'éducation à la sexualité, à la contraception, et de la lutte contre les IST. Le 5 novembre 2012 le label « outil péi » a été donné par le pôle de Compétence de La Réunion à cet outil.

-Cet outil pédagogique est composé de 3 supports :

- 1- La BD de Luc Chevallier, à destination de l'enseignant pour tout l'apport théorique concernant l'éducation à la sexualité. Des extraits de cet ouvrage pourront être diffusés aux élèves en fonction du sujet et de la pédagogie adoptée par l'enseignant/ intervenant.
- 2- Un livret d'accompagnement « élève » est un support d'activité à destination de l'élève regroupant des fiches pédagogiques.
- 3- Un Livret d'accompagnement « enseignant/intervenant » propose un certain nombre de séquences structurées reprenant les diverses acquisitions du socle commun et les références aux programmes. Un préambule est également présent qui reprend les objectifs de l'outil, les textes officiels et le lien avec la politique éducative à La Réunion.

-Cet outil a pour objectif de :

- 1- Généraliser l'éducation à la sexualité du CM2 à la 4eme, dans le cadre des projets d'écoles et du CESC.
- 2- Intégrer l'éducation à la sexualité dans les compétences sociales et

civiques du socle commun de connaissances et de compétences.

- 3- Renforcer chez les élèves une véritable culture de la responsabilité individuelle et collective.

- 4- Renforcer le respect mutuel, l'égalité garçon-fille et l'acceptation des différences. Cet outil est à destination du corps enseignant et des intervenants souhaitant réaliser des actions sur cette thématique. Le public bénéficiaire sont les élèves de CM2 jusqu'à la 4eme.

CONCLUSION

Dans notre enquête, « étude sur les connaissances et opinions à propos des moyens de contraception chez 305 femmes au centre d'orthogénie de Saint Paul-ile de La Réunion- en 2013 » qui est une enquête prospective réalisée de janvier à juin 2013 au centre d'orthogénie de Saint Paul, nous avons vu dans une première partie la situation des IVG en France ainsi qu'à La Réunion et ce qu'était « le paradoxe contraceptif à la Française ».

Dans la deuxième partie nous avons rendu et analysé les résultats.

- Nous nous sommes d'abord intéressés aux données socio-démographiques de la population étudiée et nous avons constaté qu'elles étaient, à peu de chose près, identiques aux données de La Réunion et de la métropole. En effet, la moyenne d'âge est de 26 ans, la plupart des femmes qui avortent ont entre 18 et 29 ans et il y a 8,8% de mineures. Nos patientes sont moins souvent en couple ou mariée lorsqu'elles subissent une IVG que dans la population générale et les 2/3 des femmes recourant à une IVG à Saint Paul ont un enfant ou plus. Ce résultat est semblable à celui de La Réunion, mais supérieur à celui de métropole.

Les femmes de saint Paul qui recourent à l'IVG sont plus diplômées que le reste de la population, comme le montre les études de la DRESS (24,25). Contrairement aux idées reçues, 76,5% des patientes du centre d'orthogénie de Saint Paul n'ont pas de difficulté(s) socio-économique(s). Pour finir dans notre étude environ 40 % des femmes ont un antécédent d'IVG.

-Ensuite nous nous sommes intéressés aux connaissances et opinions sur les différents moyens contraceptifs et nous avons pu constater que :

- Pour la pilule, certaines fausses croyances persistent dans l'imaginaire collectif. Par exemple 20% des femmes pense que la pilule fait systématiquement grossir. En plus de cela, elles connaissent mal son utilisation et 2/3 des femmes ne savent pas quelle est la conduite à tenir en cas d'oubli ceci rejoint les études réalisées sur le sujet comme celle de l'INPES de 2007 (4).

- Pour le préservatif, on constate à travers nos résultats que l'image véhiculée est mauvaise puisqu'il crée des doutes sur le partenaire, diminue le plaisir sexuel, casse assez fréquemment et qu'il existe une gêne lors de son achat chez les plus jeunes. Nos résultats rejoignent ceux de l'étude INPES réalisée en 2007. (4)

- Il y va de même pour le DIU car dans notre étude on constate que certaines fausses croyances persistent chez la femme et qu'il existe une méconnaissance de l'utilisation du DIU comme dans l'étude INPES de 2007 et l'étude Fécond de 2010 réalisées en métropole.

Nous avons pu constater que de fausses croyances ainsi qu'une méconnaissance générale sur le cycle de reproduction chez les femmes sont bien présentes à Saint Paul de La Réunion à l'instar de l'étude de l'INPES de 2007 (4) et l'étude réalisée en Haute Normandie en 2009(5) ou encore de l'étude Fécond de 2010 (6).

Pour essayer de faire diminuer le nombre d'IVG, notamment chez les mineures, il faudrait essayer de faire diminuer le nombre de grossesses non prévues en alertant les femmes sur la différence entre l'efficacité théorique et réelle des contraceptifs, en responsabilisant les personnes sur les conséquences d'une relation sexuelle sans protection et promouvoir chez les jeunes les liens entre amour et sexualité. Le médecin généraliste étant la personne la plus à même pour sensibiliser la femme ou le compagnon à ce genre d'information, Il doit être attentif à délivrer une information complète et claire sur le moyen contraceptif choisi par la patiente en fonction de son mode de vie, la phase du cycle de sa vie, de sa sexualité, de l'environnement psychosocial et de ses attentes. Si la patiente a choisi la pilule comme mode de contraception, il est important de lui rappeler la possibilité d'oubli et la méthode « double dutch » doit être instaurée en début de relation. La délivrance d'une information écrite, comme un guide sur les contraceptifs, permettrait aux femmes de conserver des réponses sûres auxquelles se rapporter en cas de doute. Une sensibilisation des médecins généralistes sur le problème des grossesses indésirées et à la notion de sous information est indispensable. En effet il est du devoir du généraliste de lutter contre les fausses croyances et les mauvaises opinions véhiculées par les ami(e)s, la famille ou les médias comme par exemples les forums de discussion sur le net. Un développement de la formation initiale et continue est nécessaire. Les initiatives comme le pass-contraception, la gratuité de la pilule pour les mineures ou encore les initiatives dans les écoles primaires ou collèges doivent être encouragées.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR L'ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET OPINIONS DES CONTRACEPTIFS CHEZ LES FEMMES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CHGM DE SAINT-PAUL

Madame, Mademoiselle,

Je suis actuellement interne en médecine générale et je réalise une enquête prospective pour faire l'état des lieux des connaissances et opinions des contraceptifs chez les femmes dans le service de gynécologie au CHGM.

Pour répondre, il vous suffit de cocher une ou plusieurs cases à la fois en fonction de l'intitulé de la question. Si vous ne savez pas quoi répondre, veuillez cocher la case NSP (ne sait pas). Lors de certaines questions, si aucune des réponses ne vous conviennent vous pouvez écrire votre propre réponse à l'endroit prévu à cet effet, il y va de même lorsqu'il est demandé de préciser votre choix.

Toutes les réponses seront strictement anonymes et confidentielles. Vous pouvez à tout moment avoir accès aux informations vous concernant en me contactant directement.

Sur simple demande de votre part, je peux également vous faire parvenir les résultats de cette enquête.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette enquête, veuillez cocher la case correspondante. Une fois toutes les réponses remplies, merci de remettre le questionnaire au personnel médical.

Pour toutes informations complémentaires, merci de me contacter à frblanchard@hotmail.fr

MERCI PAR AVANCE POUR VOTRE PARTICIPATION !

François Blanchard

ANNEXE 2

Questionnaire connaissances des contraceptifs

Je ne souhaite pas participer à l'enquête

Informations générales

<p>Q1- Quel est votre âge ? : _____</p> <p>Q2 - Vous êtes:</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire</p> <p><input type="checkbox"/> En couple</p> <p><input type="checkbox"/> Séparée/divorcée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Q3 - Avez vous eu des enfants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui : si oui, combien ? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Q4- Quel est votre niveau d'études actuel?</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire/collège</p> <p><input type="checkbox"/> Lycée</p> <p><input type="checkbox"/> Diplômes professionnels (CAP, BEP)</p> <p><input type="checkbox"/> BAC</p> <p><input type="checkbox"/> niveau supérieur au BAC</p> <p>Q5- Quelle activité professionnelle avez-vous actuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Travaille</p> <p><input type="checkbox"/> Chômage</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Etudiante</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>—</p>	<p>Q6 - Etes-vous dans un contexte socio-économique difficile ? (difficulté financière, séparation, difficulté de logement, violence conjugale, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui - si oui, précisez les difficultés : _____</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Q7 - Avez vous déjà réalisé une IVG ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non ___</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, précisez combien avez-vous eu d'IVG auparavant: _____</p> <p>Q8 – La grossesse actuelle était-elle désirée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Q9 - Utilisez-vous une méthode de contraception lorsque vous êtes tombée enceinte pour la grossesse actuelle ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui : si oui, précisez la/lesquelles</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
---	--

La contraception

<p>Q10 - Pour vous, est-ce qu'il est possible de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Q11 - Les méthodes contraceptives naturelles comme le retrait (lorsque l'homme se retire avant l'éjaculation) ou la méthode des températures (ogino) sont elles fiables ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>	<p>Q12 - Selon vous, est-t-il possible de tomber enceinte lorsque l'on a eu un rapport sexuel pendant la période des règles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p> <p>Q13 - En surveillant votre cycle des règles, il y a des jours sans aucun risque de grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux <input type="checkbox"/> Ne sait pas</p>
--	---

Les moyens de contraception

<p>La pilule</p> <p>Q14 - Pour vous, la pilule (<i>Cochez la ou les réponses qui vous semblent vrai</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Protège contre les maladies ou infections sexuellement transmissibles (IST)<input type="checkbox"/> Peut rendre stérile les femmes après plusieurs années d'utilisation<input type="checkbox"/> Il ne faut pas fumer en même temps<input type="checkbox"/> Donne le cancer<input type="checkbox"/> Fait systématiquement grossir<input type="checkbox"/> Aucune des propositions ci-dessus n'est correcte<input type="checkbox"/> NSP <p>Q15 - Pour vous, la pilule est un moyen de contraception (<i>Cochez une ou plusieurs réponses</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Efficace<input type="checkbox"/> Pratique et fiable d'utilisation<input type="checkbox"/> Contraignant au quotidien<input type="checkbox"/> Compliqué à se procurer<input type="checkbox"/> NSP <p>Q16 - Pour vous, si vous avez oublié votre pilule plus de 12h : (<i>Cochez la bonne réponse</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ce n'est pas grave, je suis quand même protégée. <input type="checkbox"/> Je prends la pilule oubliée et continue la plaquette et je suis quand même protégée.<input type="checkbox"/> Je me protège avec un préservatif jusqu'à la fin de la plaquette et continue la plaquette.<input type="checkbox"/> Je ne sais pas quoi faire. <p>Le préservatif</p> <p>Q17 - Pour vous, le préservatif (une ou plusieurs réponses possible)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diminue le plaisir sexuel<input type="checkbox"/> Ça créé des doutes sur le partenaire<input type="checkbox"/> Protège des IST* et de la grossesse<input type="checkbox"/> Protège des IST* mais pas de la grossesse<input type="checkbox"/> Se casse assez fréquemment <p>Q18 - Pour vous, acheter un préservatif, c'est (1 seule réponse possible) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Gênant<input type="checkbox"/> Plutôt gênant<input type="checkbox"/> Pas gênant<input type="checkbox"/> Pas gênant du tout	<p>Le stérilet</p> <p>Q19 - Pour vous, la durée d'efficacité d'un stérilet est (1 seule réponse possible):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1 mois<input type="checkbox"/> 6 mois<input type="checkbox"/> 1 an<input type="checkbox"/> 3 ans<input type="checkbox"/> 5 ans <p>Q20 - Pour mettre un stérilet, la femme ne doit plus vouloir d'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vrai<input type="checkbox"/> Faux<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q21- Pour mettre un stérilet la femme doit avoir au moins un enfant ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vrai<input type="checkbox"/> Faux<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q22 - Pour mettre un stérilet, la femme doit avoir une relation de couple stable avec un seul partenaire :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vrai<input type="checkbox"/> Faux<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q23 - Pour vous, le stérilet est efficace parce qu'il rend stérile ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vrai<input type="checkbox"/> Faux<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q24 - Selon vous, le stérilet peut être utilisé comme moyen de contraception d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vrai<input type="checkbox"/> Faux<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>La contraception d'urgence</p> <p>Q25- Connaissez vous la contraception d'urgence ou encore pilule du lendemain ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non <p>Q26 - L'avez vous déjà utilisée :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non <p>Q27 - A votre avis, a-t-on besoin d'une ordonnance pour acheter la pilule du lendemain ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q28 -savez vous combien de temps après un rapport non protégé il faut prendre la pilule du lendemain ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Ne sait pas <p>Q29 -Si vous avez répondu oui à la question précédente, au maximum combien de temps après le rapport possiblement fécondant faut-il la prendre ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 24h<input type="checkbox"/> 48h<input type="checkbox"/> 72h<input type="checkbox"/> 4 jours
---	---

*Infections sexuellement transmissibles

BIBLIOGRAPHIE

1. C. AUBIN; D. JOURDAIN MENNINGER; L. CHAMBAUD.
Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.
Inspection Générale des Affaires Sociales, 2009 : 93p.
2. DASSA B.
Analyse des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse de La Réunion. ORS, juin 2012, 4p.
3. BAJOS, Nathalie ; MOREAU, Caroline ; LERIDON, Henri et FERRAND, Michèle.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population&societies, 2004, n° 407, 4 p.
4. GALL B ; JOUANNIC E.
Les Français et la contraception
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis.
FRA. – Inpes, 2007/03/02, 47p.
5. FLAMAND (Magali), MAZURE (Gaëlle), VILLET (Hervé),
Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie.
ORS (éditeur), juin 2009, 190 p.
6. BAJOS, Nathalie ; BOHET, Aline ; LE GUEN, Mireille ; MOREAU, Caroline.
La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques?
INED; Population et société, n° 492, septembre 2012 : 4p.
7. INSEE
La situation démographique à La Réunion en 2009.
Evolution et structure de la société, février 2011, 4p.
8. INSEE
Répartition de la Population selon le sexe et l'âge.
Evolution et structure de la société, TER 2011, pp 3-4
9. INSEE
La fécondité reste élevée à la Réunion.
Informations rapides Réunion, n°219, mars 2012, 3p.
10. INSEE
Natalité et fécondité
Naissances-Fécondité, Février 2012, 6 p.

11. INSEE.

Espérance de vie

Décès-Mortalité, TER 2011, pp 3-4

12. INSEE.

Le rattrapage de l'espérance de vie freiné par la mortalité infantile

Informations Rapides Réunion, mars 2013, n° 258, 4p.

13. INSEE.

Taux d'équipement en services de santé au 1er janvier 2012 : comparaisons régionales

Personnel et équipement de santé, janvier 2012, 4p

14. INSEE.

Équipement hospitalier de court séjour au 1er janvier 2012 : comparaisons régionales.

Personnel et équipement de santé, janvier 2012, 6p

15. INSEE.

Médecins en 2012 : comparaisons départementales.

Personnel et équipement de santé, Janvier 2012, 3p

16. INSEE.

Une situation sociale hors norme.

Indicateur sociaux départementaux, aout 2013, n°25, 4p.

17. INSEE.

Les allocataires de minima sociaux n'ont jamais été aussi nombreux

Consommation-revenus, décembre 2012, pp 1-3

18. INSEE.

Contrats aidés et découragement des chômeurs infléchissent le taux de chômage.

Informations Rapides Réunion, décembre 2012, n°245, 4p.

19. Avortement IVG. *Histoire de l'avortement en France.*

Consultable sur: http://www.avortementivg.com/pages/Historique_de_lavortement-471938.html, consulté le 11/06/13

20. ANAES, INPES et AFSSAPS.

Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 SA, Recommandations et références professionnelles. Mars 2001.

Mise à jour des Recommandations de l'HAS, décembre 2010. Service des recommandations et références Professionnelles, 90p.

21. AFFSAPS.

Rapport public d'évaluation Mifégyne 200mg, 2007.

Consultablesur ::http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/776b24988710e52725e3584edb4cdc2a.pdf consulté le 7/03/12

22. Direction Générale de la Santé

Interruption volontaire de grossesses (dossier-guide)

Ministère de la santé et des sports. novembre 2007. 44p.

Consultable sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1551.xhtml>, consulté le 8/01/13

23. VILAIN A. ; MOUQUET M.C. ; GONZALES L.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2011

DRESS ; études et résultats, n°843, juin 2013. 6p.

24. VILAIN, A.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2007.

Études et Résultats. DREES, 2009, p. 713-718.

25. DRASS.

Les Recours à l'IVG à La Réunion.

DRESS, Pôle régional santé publique et cohésion sociale; 2007 : 60p.

26. LELONG, N. at al.

Enduced abortion in France: result of cocon study.

Gynecologie obstetric biology of reproduction, Paris, 2005: pp 53-61

27. Embersin C.; Fontaine D.; Gruez D.

Prévention des grossesses non désirées dans 3 départements: Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme.

FNORS; Juin 2004: 217p.

28. INSEE

Communication écrite : un adulte sur cinq en situation préoccupante.

Économie de La Réunion ; 2007 ; n° 133 : pp 3-4

29. DUSSAIRE A.

Les sondages : principes et méthodes

Que sais-je ? Presse Universitaire de France, aout 1993 ; P30-34

30. GRIMBERT, I. et DUROY, E.
Les interruptions volontaires de grossesses : constat et tendance en Basse Normandie.
ORS de Basse Normandie, Le Bulletin n°21, février 2008, pp 3-4.
31. BLAYO, C.
L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976.
Population, 1995: pp 779-810
32. INSEE.
La situation démographique à La Réunion en 2009 : naissance, décès, Mariage.
Evolution et structure de la population; résultat n°40; janvier 2011, pp 3-4.
33. GALANT C.
Niveau d'études en hausse mais encore trop de sortie sans qualification.
INSEE. Diplôme-Formation; 2009: pp10-13
34. INSEE.
Enquête emploi 2011 à La Réunion.
Informations Rapides Réunion; n°202; octobre 2011: pp1-4.
35. LAFAYSSE, Mathilde.
Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant une IVG itérative.
Thèse de médecine. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2010, pp 40-45
36. GAREL, M. ; CROST, M. et KAMINSKY, M.
Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français.
Contraception, Fertilité, Sexualité, volume 24, n° 1, 1996, pp.72-76.
37. PONS, J-C. ; VENDITELLI, F. et LACHCAR, P.
L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention.
Éditions Masson, Paris 2004. Pp34-37
38. DE PIREY S.
Grossesses précoces : états de lieux à La Réunion en 2009, études menées auprès de 160 mineures.
Thèse de médecine, faculté de bordeaux, 2010. pp56-58
39. ATTIA-SOBOL ; FOURNIER ; DE BELS
Recommandation pour la pratique clinique : stratégie de choix des méthodes Contraceptives chez la femme : argumentaire. 2004.
ANAES, INPES, AFSSAPS ; Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, décembre 2004 ; pp 23-27

40. NISAN, I. et TOULEMON, L.
Pour une meilleure prévention de l'IVG chez la mineure. Haut conseil de la population et de la famille, 2006.
Consultable sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000104/0000.pdf>; consulté le 13/05/13
41. EMBERSIN C.; FONTAINE D.; GRUEZ D.
Prévention des grossesses non désirées dans 3 départements :Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme.
FNORS; Juin 2004: 217p.
42. AUBENY, E. ; BUHLER, M. ; COLAU, J.C. et al. ;
The Coraliance study: non-compliant behaviour.
Eur J Contracept Reprod Health Care, 2004; pp 68-69
43. COLLIER, F.
Des échecs de la contraception à l'information des femmes.
Pons, Venditelli, Lachcar, *op cit* ;. pp59-62
44. CHAMPOLLION, S. et OURABAH, R.
Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule?
Exercer, 2008, p. 80.
45. AGACHE, F.
Les échecs de la contraception médicale.
Thèse de médecine, Faculté de médecine de Lille, 2001 ;.pp 61-65
46. FERRE, G.
Évaluation des connaissances concernant leur contraception de femmes utilisatrices d'œstroprogestatifs oraux combinés.
Thèse de médecine, Faculté de médecine de Lyon, 2005 ; pp 87-90
47. BOZON, M.
L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida,
La Découverte, Collection Recherches, 1997. pp 35-38
48. AMSELEM-MAINGUY, Y.
Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence.
INPES; La santé de l'homme, n° 399. Janvier-Février 2009: pp 8-10
49. LYDIÉ, N. et LÉON, C. ; GUILBERT, P. ; GAUTIER. A.
Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse
Baromètre santé, Premiers résultats, 2005, p. 103-108.

50. SPIRA, A. and BAJOS, N.
AIDS and sexual behavior in France,
ACSF investigators; *Nature*, 1992, 360(3): p. 407-409.

51. PIQUENDET J.
Évaluation qualitative de la campagne de sensibilisation à la protection du jeune public.
CSA, TNS, SOFRES, Mai 2012. pp 4-7

SERMENT DE L'ORDRE FRANÇAIS DES MEDECINS

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SUMMARY

Context

- 220 000 VTOP in France, considering 4 500 VTOP at the Reunion Island, with an increase in the lesser than 20 years old
- A contraceptive coverage in metropolitan France as large as in the Reunion Island
- Beliefs and false representations of the contraceptives are always present in the collective imagination

Objective

- The main objective is to process the state of the knowledge and opinion on contraceptive methods, in a population of women taking part in a VTOP at Saint-Paul, by a survey of thirty questions.
- The secondary objective is to describe the socio-demographic characteristics of women taking part in a VTOP at Saint-Paul: age, number of children, contraceptive taken during pregnancy, etc.

Method

- Prospective study on 305 women taking part in a VTOP at the orthogenics center of Saint-Paul between January 2013 and June 2013. Support: survey

Results

- 8.2% of the women are underage during a VTOP
- 20% of the underage women already had a VTOP
- 15.7% of the population responded correctly on the survey about their reproductive cycle
- 41% of the women know what to do during a case of untaken contraceptive pill for more than 12hours.
- 46.9% of the women know that the installation of an intrauterine device is possible without having had a case of pregnancy
- 87.9% of the women in VTOP know about the emergency contraceptive pill and 71.5% of the women surveyed think they know the delay of use of the emergency contraceptive pill; however, only 40.8% were correct.

Conclusion

- The knowledge of the cycle of reproduction of women as well as the different contraceptive methods are still scarce whether in the whole population or in the population of women in VTOP of Saint-Paul of the Reunion Island. It is a factor of risk of unwanted pregnancy therefore of VTOP.

RÉSUMÉ

Contexte

- 220 000 IVG en France dont 4 360 IVG à La Réunion ont eu lieu en 2011.
- Une couverture contraceptive très large en métropole comme à La Réunion.
- Des croyances et des fausses représentations des contraceptifs sont toujours présentes dans l'imaginaire collectif.

Objectif

- L'objectif principal de mon travail est de faire un état des lieux des connaissances et opinions des moyens contraceptifs dans une population de femme qui ont recours à une IVG à Saint-Paul à partir d'un questionnaire d'une trentaine de questions et de les comparer aux données de la littérature pour connaître si il y a des spécificités réunionnaises.
- L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes réalisant une IVG à Saint-Paul.

Méthode

Étude prospective auprès 305 femmes réalisant une IVG au centre d'orthogénie de Saint-Paul entre janvier et juin 2013. Support : questionnaire d'une trentaine de questions.

Résultats

- 8,2 % des femmes sont mineures lors de leur IVG.
- 20 % des mineures ont déjà eu une IVG.
- 15,7 % de notre population a répondu correctement à toutes les questions sur le cycle de reproduction.
- 41 % des femmes savent ce qu'il faut faire en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h.
- 46,9 % des femmes savent que l'on peut mettre un stérilet sans avoir eu d'enfant.
- 87,9 % des femmes réalisant une IVG connaissent la pilule du lendemain et 71,5 % des femmes interrogées pensent connaître le délai d'utilisation de la pilule du lendemain, mais seulement 40,8 % le connaissent réellement.
- La population de femme qui réalise une IVG à Saint Paul ne présente pas de caractéristique particulière par rapport aux autres études menées à La Réunion ou en métropole.

Conclusion

- La connaissance du cycle de reproduction de la femme ainsi que celle des différents moyens contraceptifs restent limitées que cela soit dans la population générale ou dans celle des femmes ayant recours à une IVG de Saint-Paul de La Réunion. Ceci peut être un facteur de risque de grossesse non désirée important et donc d'IVG.

MOTS-CLEFS: IVG, Connaissances, opinions, contraceptifs, ile de La Réunion, médecine générale, état des lieux.

DISCIPLINE : Médecine Générale

UFR des Sciences Médicales

Université Victor Segalen-Bordeaux 2

Rue Léo Saignat

33076 Bordeaux Cedex