



HAL
open science

Liberté de choix en matière contraceptive au cours de consultations d'interruption volontaire de grossesse

Méghane Daviet

► **To cite this version:**

Méghane Daviet. Liberté de choix en matière contraceptive au cours de consultations d'interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01624807

HAL Id: dumas-01624807

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624807>

Submitted on 26 Oct 2017

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
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

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

Présenté et soutenu publiquement

le : **25 septembre 2017**

par

Méghane DAVIET

Née le 11 Juin 1989

**Liberté de choix en matière contraceptive au
cours de consultations d'interruption
volontaire de grossesse**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Monsieur GANTOIS Adrien

Sage-femme, libérale

JURY :

Madame GIRAUD Delphine

Madame DUQUENOIS Sylvie

Monsieur TEBOUL Michel

Sage-femme, Pitié Salpêtrière

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Gynécologue-Obstétricien, Port Royal

Mémoire N° 2017PA05MA08

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Adrien GANTOIS, pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour ses encouragements tout au long de ces mois.

Je tiens également à remercier toute l'équipe enseignante pour avoir su nous transmettre l'amour de ce merveilleux métier au cours de ces 4 années.

Je remercie aussi le centre de planification et d'éducation familiale et le cabinet libéral qui ont bien voulu m'accueillir ainsi que les femmes qui ont accepté de se livrer à moi afin que cette étude voie le jour.

Je remercie également mes parents, ma sœur, mon frère, Fred et mes amis pour m'accompagner et me porter dans tous les projets que j'entreprends. Merci pour votre soutien infailible !

Une mention spéciale à ma fille. Merci de m'avoir permis de faire ses longues études, merci d'être aussi facile à vivre, merci pour tout ce que tu me donnes chaque jour. Merci tout simplement d'être toi !

Merci en particulier à mes 2 acolytes, Cécilia et Charlotte, pour ces 4 années passées à vos côtés, à rigoler, se motiver...nos déjeuners et ce qui va avec vont me manquer !

Table des matières

Lexique	VI
Introduction.....	1
Première partie CADRE CONCEPTUEL.....	3
Chapitre 1 : La contraception	3
1.1 Données historiques.....	3
1.1.1 La préhistoire	3
1.1.2 L'antiquité	3
1.1.3 Le moyen-âge	4
1.1.4 La renaissance	5
1.1.5 L'époque contemporaine (XVIIIe - XXIe siècle).....	5
1.2 Données législatives.....	7
1.3 Données épidémiologiques.....	9
1.4 Données sociologiques	10
1.5 Les recommandations professionnelles	12
Chapitre 2 : L'interruption volontaire de grossesse.....	14
Deuxième partie METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	18
Chapitre 1 : Problématique, objectifs et hypothèses.....	18
2.1 Problématique.....	18
2.2 Objectifs	18
2.2.1 Objectif principal	18
2.2.2 Objectifs secondaires	18
2.3 Hypothèses.....	19
Chapitre 2 : Présentation du terrain	19
2.4 Terrain.....	19
2.5 Présentation de l'enquête	20
2.5.1 Les observations	20
2.5.1.1 Observations non participantes, grille d'observation	20
2.5.1.2 Déroulement des observations	21
2.5.1.3 Analyse	21
2.5.2 Les entretiens	22
2.5.2.1 Entretiens semi-directifs, grille d'entretien et pré-test.....	22
2.5.2.2 Recrutement des enquêtées	23
2.5.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	23
2.5.2.4 Déroulement des entretiens	24
2.5.2.5 Analyse	24
2.5.2.6 Anonymat et consentement	24
2.5.3 Profil des enquêtées	25
2.5.3.1 Age	25
2.5.3.2 Origines.....	25

2.5.3.3 Niveau d'études et catégorie socio-professionnelles.....	25
2.5.3.4 Gestité.....	25
2.5.3.5 Contraception utilisée au moment de la grossesse.....	25
2.5.3.6 Situation matrimoniale.....	25
2.5.4 Limites et forces de l'étude.....	26
2.5.4.1 Limites.....	26
2.5.4.2 Forces.....	26
Troisième partie PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE.....	28
Chapitre 1 : L'information en matière contraceptive au décours de consultations d'interruption volontaire de grossesse.....	28
3.1 <i>Une information à améliorer</i>	28
3.1.1 Une information existante.....	28
3.1.2 Une information souvent partielle.....	33
3.1.3 Une information parfois partielle.....	36
Chapitre 2 : Les connaissances des femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse en matière de contraception.....	39
3.2. <i>Des connaissances lacunaires</i>	39
3.2.1. Une connaissance superficielle de la contraception.....	39
3.2.3. Des sources d'information hétérogènes.....	44
Chapitre 3 : Le choix en matière de contraception des femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse.....	46
3.3. <i>Une liberté de choix contrariée</i>	46
3.3.1. Le professionnel de santé, quel poids ?.....	46
3.3.2. L'entourage, un frein au libre choix ?.....	48
3.3.2. L'entrave des idées-reçues.....	50
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	54
Annexes.....	59
Annexe I : Grille d'observation.....	60
Annexe II : Grille d'entretien.....	61
Annexe III : Population d'étude.....	65

Lexique

COCON : Cohorte sur la Contraception

DIU : Dispositif intra-utérin

GINE : Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

SIU : Système intra-utérin

Introduction

« *N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant* », tels sont les mots qu'employaient Simone De Beauvoir. Cette citation illustre bien à quel point les droits (contraception, interruption volontaire de grossesse, reconnaissance des violences faites aux femmes, etc) pour lesquels les femmes se sont longuement battues, ne sont évidemment pas intangibles mais peuvent s'avérer fragiles. L'actualité de la scène internationale ne cesse d'ailleurs de nous le rappeler. Toutefois, les sages-femmes, en tant qu'acteur clé de notre système de santé, sont en partie garantes de leur exercice. Traditionnellement associées à l'accompagnement des femmes et des couples au cours de la grossesse, l'accouchement et lors des suites de naissance, les sages-femmes n'ont eu de cesse de voir leur profession évoluer ces dernières années. En effet, l'élargissement de leurs compétences leur permet désormais de suivre les femmes à bas risque tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique et la prescription de leur contraception (1). Dernièrement, leur a également été attribué la possibilité de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses afin d'en faciliter l'accès (2).

La contraception se définit comme l'ensemble des moyens utilisés pour empêcher, temporairement ou définitivement, une grossesse non désirée (3). L'interruption volontaire de grossesse, ou IVG, se définit quant à elle comme un acte destiné à provoquer un avortement, à interrompre une grossesse en cours par l'expulsion d'un embryon et de ses annexes pour des raisons non médicales (4).

En France, la couverture contraceptive s'avère être importante grâce aux politiques de prévention et de sensibilisation mises en œuvre par les pouvoirs publics. Ainsi, en 2013, on estimait que 76% des femmes de 20 à 44 ans avaient recours à une méthode contraceptive. La plupart d'entre elles utilisaient la pilule (5). Néanmoins, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse, estimé à environ 220 000 par an (6), demeure encore relativement important et constitue donc ce que l'on qualifie de paradoxe français. Cette stabilité des taux d'IVG à travers ces dernières années s'explique, en partie, par le fait que lorsqu'une grossesse non souhaitée survient, celle-ci se termine plus fréquemment par un avortement qu'auparavant. Par ailleurs, en dépit de ce constat, il a été démontré que si le nombre d'IVG ne diminuait pas, de moins en moins en femmes y avaient pourtant recours. L'explication de cette invraisemblance réside dans

le fait que ce sont les mêmes femmes qui avortent plusieurs fois au cours de leur vie, ainsi le nombre d'IVG en lui-même ne décroît pas mais moins de femmes sont dénombrées. Et cette tendance est en constante augmentation depuis plusieurs années (7).

L'émergence de notre sujet d'étude faite suite à la réalisation d'un stage en centre d'orthogénie, au cours duquel nous avons constaté qu'une majorité des demandes d'IVG concernait des femmes qui disposaient pourtant d'un moyen contraceptif (donnée que l'on retrouve également au niveau national) et qu'une majeure partie d'entre elles, confiaient avoir une contraception qui ne leur convenait pas complètement. Ces différentes observations nous ont conduit à nous interroger sur le fait de savoir si les professionnels de santé, recevant ces femmes, veillaient bel et bien à leur prescrire une contraception adaptée et choisie avec elles lors de leur parcours d'IVG, afin d'éviter leur répétition.

Ainsi, à l'aube du 50^e anniversaire de la loi Neuwirth légalisant et autorisant l'utilisation des moyens de contraception, nous nous sommes demandés dans quelle mesure, les femmes qui recourent à l'IVG pour échec contraceptif, ont-elles une liberté de choix effective en matière de contraception lors des consultations d'IVG.

Pour répondre à cette question, nous commencerons tout d'abord par aborder le contexte dans lequel elle s'inscrit (partie 1) ; nous expliquerons ensuite comment notre étude a été construite puis conduite (partie 2) ; et enfin, nous exposerons, analyserons et discuterons nos résultats (partie 3).

Première partie

CADRE CONCEPTUEL

Chapitre 1 : La contraception

1.1 Données historiques

1.1.1 La préhistoire

Si les diverses méthodes contraceptives se sont développées au cours des dernières décennies, la contraception n'en n'est pas pour autant une pratique moderne. En effet, les premières traces de régulation des naissances semblent remonter à la préhistoire. Ainsi, a-t-il été retrouvé dans une grotte de Combarelles, en Dordogne, des peintures représentant des silhouettes avec un pénis autour duquel se trouvait un sac. Il est cependant très difficile de dater avec exactitude l'apparition de ce qui semble être l'ancêtre du préservatif tel que nous le connaissons aujourd'hui (8).

1.1.2 L'antiquité

En Egypte antique, les égyptiens recouraient déjà à une contraception locale avec l'usage de spermicides à base de gomme arabique extraite d'acacias ou avec l'utilisation de pessaires (tampons réalisés avec de la laine et imbibés de diverses substances à introduire dans le vagin) à base de miel, d'excréments de crocodile ou d'éléphant, afin d'empêcher toute conception.

A cette fin, les femmes pratiquaient également les douches vaginales post-coïtales avec du vin, de l'ail et du fenouil.

Il n'était pas rare non plus que les égyptiennes avalent, à titre de contraception orale, des graines de grenade moulues associées à de la cire (réputées pour bloquer l'ovulation) ou des graines de ricin censées protéger d'une nouvelle grossesse pendant un 1 à 2 ans après leur accouchement.

Des boules de cuivre ont également été retrouvées dans l'utérus de certaines momies. N'était-ce pas déjà là le précurseur de nos dispositifs intra-utérins au cuivre ? (9)

Chez les Grecs, un médecin considéré comme le premier gynécologue de l'époque antique, Soranos d'Ephèse, livrait plusieurs méthodes destinées à empêcher les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus pour féconder un ovule. Ainsi, préconisait-il aux femmes d'éternuer, de se lever, de marcher immédiatement après le coït (10). De même, recommandait-il aux couples d'avoir préférentiellement des rapports sexuels durant la période des menstruations de la femme, estimant qu'un « *organe préposé à deux fonctions contraires ne peut en exercer qu'une à la fois* ». Par conséquent, dès lors que le corps était en train d'évacuer du sang, il ne pouvait pas dans le même temps laisser les spermatozoïdes remonter au niveau des organes génitaux, pensait-on alors (8).

Le philosophe Aristote, quant à lui, préconisait les irrigations à base d'huile d'olive ou d'huile de cèdre.

Hippocrate, lui, conseillait divers moyens réputés contraceptifs tels que le coït interrompu, l'ingestion d'une fève de Misy dissoute dans de l'eau censée protéger durant une année, ou de sauter 7 fois talon aux fesses après le rapport sexuel afin de faire tomber la semence (9).

Les romains, quant à eux, avaient recours à des pratiques différentes. Ils recommandaient notamment d'extraire 2 pattes d'araignée et de les attacher dans un morceau de peau de daim avant le lever du jour et de placer le tout sur le corps de la femme ou de porter, durant l'acte sexuel, une dent d'enfant ou un foie de chat sur le pied gauche (11).

Tantôt composé de lin, tantôt composé de vessies ou d'intestins d'animaux, ces 3 civilisations faisaient également usage de « gaines » à titre de préservatifs (8).

Si les Egyptiens, les Grecs et les Romains ne maîtrisaient pas bien la physiologie du cycle féminin et si nous pouvons douter de l'efficacité de la plupart de ces procédés, il n'en demeure pas moins qu'ils ont tenté de réguler, à leur manière, les naissances et qu'il s'agissait bel et bien d'une de leurs préoccupations.

1.1.3 Le moyen-âge

Au moyen-âge, la place de l'Eglise est fondamentale dans la société et celle-ci exerce une grande influence.

Considérant que la sexualité n'a sa place que dans un but procréatif, elle condamne fermement la contraception et notamment le coït interrompu jugé alors comme étant contre-nature. Toutefois, le coïtus obstructus, consistant en la compression de l'urètre afin de provoquer une éjaculation rétrograde c'est-à-dire dans la vessie, était quant à lui autorisé. L'abstinence sexuelle, elle, était préconisée à de multiples reprises au cours de l'année que ce soit au moment du Carême, de Pâques, de l'Avent, de Noël, lors des menstruations ou durant la grossesse, le dimanche considéré comme jour du Seigneur ou le mercredi et jeudi considérés comme jours de deuil. (11).

Là encore, les femmes avaient recours à des pessaires à base de menthe ou à diverses potions et il leur était conseillé de cracher à 3 reprises dans la bouche d'une grenouille ou de boire de l'urine de mouton ou encore de manger des abeilles afin d'éviter toute grossesse. (9).

1.1.4 La renaissance

A la renaissance, les connaissances sur l'appareil génital féminin et masculin étaient un peu plus claires.

C'est à cette période que l'utilisation du préservatif prend une place particulière. Il était alors fabriqué en lin et recouvert de décoctions de plantes (8). Gabriel Fallope, médecin du XVI^e siècle, n'hésitait pas à en vanter les mérites mais davantage dans le but de se protéger des maladies vénériennes telle que la syphilis. A propos des préservatifs de l'époque, Mme De Sévigné écrivait d'ailleurs qu'il s'agissait là « *d'une armure contre le plaisir mais d'une toile d'araignée contre le danger* » (9). C'est également à cette période que les préservatifs en caecum de mouton se développent.

La méthode du retrait, toujours utilisée, était alors couplée à un blocage de la respiration par la femme afin de diminuer la puissance de l'aspiration du sperme par l'utérus lors de la jouissance, croyait-on (9).

Les douches vaginales étaient également toujours pratiquées ainsi que l'introduction d'éponges imbibées de cognac (9).

1.1.5 L'époque contemporaine (XVIII^e – XXI^e siècle)

Cette période est marquée par une baisse de la natalité. On passe progressivement de 6 enfants par femme en moyenne à 2. C'est, en effet, à cette époque que les femmes commencent à travailler et que se développe le malthusianisme. Ce courant de pensée du XVIIIe siècle, développée par un économiste anglais Thomas Malthus, repose sur la théorie selon laquelle la population augmente beaucoup plus rapidement que les ressources alimentaires nécessaires pour assurer sa survie. Par conséquent, elle exprime l'importance de contrôler les naissances afin de limiter la surpopulation mondiale et sa paupérisation. C'est ainsi que les mouvements en faveur de la contraception s'inspirent de cette théorie. On prône alors le mariage tardif, l'abstinence avant le mariage et on tente de développer la contraception (9).

Au XIXe siècle, l'idée d'une maternité choisie se développe de plus en plus au sein de la société. Des personnalités de l'époque n'hésitent pas à s'opposer à la procréation involontaire, comme ils la nomment, inévitable au sein du mariage selon eux. Ils argueront « être en faveur d'une procréation intelligente bien ordonnée » (8).

De nouvelles techniques se développent alors telles que la seringue de Knowlton (contenant de l'alun, du sulfate de zinc et du vinaigre) que les femmes gardaient sur leur table de chevet et qu'elles utilisaient pour faire des irrigations juste après un rapport sexuel dans un but contraceptif, ou l'utilisation du caoutchouc pour fabriquer des préservatifs et des capes cervicales. Ces dernières n'étaient à retirer que durant les menstruations. Les préservatifs, quant à eux, n'étaient pas jetables. En effet, il fallait les laver, les sécher et les talquer après chaque utilisation. Divers stérilets se développent également, d'abord avec un anneau métallique puis en cuivre (9).

Au début du XXe siècle, les recherches sur les spermicides s'intensifient et leur commercialisation commence dès 1906.

En 1924, Ogino définit l'ovulation et en 1933, Knaus reprend ses travaux et développe la méthode de la période de fécondabilité telle que nous la connaissons.

Deux ans plus tard, c'est à la méthode des températures de faire son apparition avant d'être véritablement introduite en France en 1943. A cette même période, la fabrication du préservatif évolue puisque celui-ci est dorénavant fabriqué en latex. Puis, c'est au tour des hormones (l'oestradiol et la progestérone) d'être découvertes.

Dans les années 50, après avoir ouvert un centre de recherche, Pincus met au point la pilule contraceptive avant qu'elle ne soit commercialisée pour la première fois aux Etats-Unis en 1960 et un an plus tard en France. Toutefois, la contraception étant fermement prohibée à cette

époque-là, ses propriétés contraceptives ne sont pas citées. En effet, elle était alors présentée comme étant un médicament destiné à régulariser les règles.

Dans les années 70, c'est un contraceptif injectable, le Depoprovera®, qui voit le jour, toujours aux Etats-Unis avant d'être commercialisé en France dès les années 80. Toutefois, il ne rencontre pas le succès escompté. A cette même période, la méthode Billings émerge.

Dans les années 90, les éponges vaginales imprégnées de spermicide font leur entrée sur le marché. Pendant ce temps, les recherches sur les hormones contraceptives se poursuivent et on voit apparaître les pilules de 2^e et 3^e génération. De même que le préservatif féminin ou la première contraception d'urgence, la pilule Norlevo®.

Les années 2000, quant à elles, voient apparaître l'implant contraceptif (Implanon®), le système intra-utérin hormonal (Mirena®), le patch, l'anneau vaginal, la contraception d'urgence Ella One® et la stérilisation à visée contraceptive (9).

Ainsi, nous pouvons constater que si les recherches contraceptives se sont essentiellement portées sur la femme à travers les siècles, la contraception hormonale masculine, qu'elle soit sous forme de pilule ou de produit injectable, est aujourd'hui encore à l'état de recherche et mérite d'être développée.

1.2 Données législatives

Contrairement à ce que nous pouvons penser, pendant longtemps, aucune loi n'interdit explicitement le recours à la contraception.

Toutefois, la pression de l'Eglise, qui condamne les moyens anti-conceptionnels, est si importante que les femmes n'y ont pas recours ouvertement.

Il faut attendre l'après-guerre pour que le législateur s'empare de la question. En effet, suite à la Première Guerre Mondiale, une politique nataliste se met en place. La décimation qu'a connue la France fait craindre une baisse de la croissance économique et l'impossibilité pour le pays de lutter dans le cas où une nouvelle guerre éclaterait. On souhaite donc repeupler la France. Ainsi, en 1920, une loi faisant de l'avortement un crime et interdisant toute propagande anti-conceptionnelle est votée. S'ensuivront des années où les femmes tenteront comme elles le pourront d'avoir recours à des moyens contraceptifs au péril de leur vie puisque la contraception était à l'époque assimilée à un avortement qui lui-même était considéré comme

un crime contre la sûreté de l'Etat, passible de la peine de mort (12).

Il faut attendre 1967 pour qu'une loi, la loi Neuwirth, autorise explicitement la vente et la publicité de contraceptifs. Toutefois, celles-ci sont rigoureusement encadrées : la vente n'est autorisée qu'en pharmacie sur prescription médicale, les mineures doivent disposer d'une autorisation parentale, et leur publicité n'est autorisée que dans les revues médicales (12). Cependant, ce n'est que 5 ans plus tard, en 1972, que les décrets d'application de cette loi sont publiés, lui permettant alors de prendre son plein effet.

En 1974, le législateur essaye d'étendre l'accès à la contraception en permettant son remboursement par la sécurité sociale. Toutefois, il n'est toujours pas question d'en faire ouvertement publicité. Ce n'est qu'en 1991, sous la pression des associations qui œuvrent pour la prévention du sida, que la loi autorise de faire la publicité de la contraception.

En 1999, c'est au tour de la vente libre de la contraception d'urgence d'être autorisée.

Un an plus tard, le législateur permet qu'elle soit délivrée, par les pharmaciens dans un premier temps puis par les infirmières des établissements scolaires dans un second temps, aux mineures désirant garder le secret.

2001 voit apparaître l'instauration de séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires où doit notamment être abordée la question de la contraception (Article L. 312-16 du code de l'Éducation) et la reconnaissance de la stérilisation féminine comme mode de contraception à part entière.

En 2004, la loi permet aux sages-femmes de prescrire aux femmes une contraception dans les suites de couches, lors de la consultation post-natale ou après une IVG (13).

En 2007, sont mis en place un site d'information en partenariat avec le ministère des affaires sociales et de la santé (14) ainsi qu'un numéro d'information anonyme et gratuit (fil santé jeunes) à destination des jeunes permettant entre autres d'aborder les questions relatives à la contraception.

En 2009, la loi HPST, permet le renouvellement des contraceptifs par les pharmaciens pour une durée de 6 mois dès lors que l'ordonnance n'est pas expirée de plus d'un an ainsi que la possibilité pour les sages-femmes d'assurer des consultations de gynécologie de prévention et de contraception auprès des femmes à bas risque et donc la prescription, l'administration et la pose de tout contraceptif.

En 2011, la loi étend la possibilité pour les infirmières de renouveler la prescription de contraceptifs.

En 2012, c'est au tour de la méthode Essure® d'être remboursée par la sécurité sociale pour les femmes qui souhaitent avoir recours à cette méthode de contraception définitive.

En 2013, une loi prévoit le remboursement à 100% des contraceptifs remboursables pour les jeunes filles de 15-18 ans mais également le déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération suite à leur scandale.

Enfin, en 2016, le législateur tente de renforcer l'accès à la contraception des 15-18 ans en mettant en place la confidentialité et la gratuité des consultations médicales et des examens biologiques nécessaires à l'obtention d'un contraceptif (15).

Nous voyons donc à travers ce panorama, la longue conquête qu'il a fallu entreprendre pour obtenir un accès davantage facilité à la contraception, bien que certaines difficultés d'accès demeurent encore actuellement pour certaines femmes.

1.3 Données épidémiologiques

La contraception concernait 63% des femmes dans le monde en 2011 avec de grandes disparités d'accès entre les pays du Nord et les pays du Sud (4), malgré les divers programmes d'actions promouvant la planification familiale.

Environ 225 millions de femmes en âge de procréer dans le monde ne peuvent y avoir recours (16). Quant à celles qui en ont l'opportunité, la majorité d'entre elles optent pour la stérilisation (4).

A l'inverse, en France, la couverture contraceptive est plutôt bonne. En effet, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception (ce qui incluait celles ne souhaitant pas d'enfant, celles ayant des rapports sexuels hétérosexuels, et celles n'étant ni enceinte au moment de l'enquête et ni infertiles), seulement 3% d'entre elles ne recouraient à aucun moyen contraceptif en 2013 (17).

Si les moyens de contraception utilisés ont tendance à changer en fonction de l'âge, les études retrouvent toutefois une nette prévalence de l'utilisation de la pilule quel que soit les tranches d'âge. Ainsi, en 2010, l'enquête Fecond¹ démontrait que 50% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une contraception avaient recours à la pilule (18). Cependant, les auteurs de l'enquête remarquaient également que cette proportion connaissait une légère diminution depuis les années 2000 au profit des nouvelles méthodes de contraception hormonales (18), diminution d'autant plus accrue par la controverse des pilules de 3^e et 4^e générations. Malgré cela, une norme contraceptive perdue en France, norme que nous expliciterons ci-après.

En région Ile-de-France, les dernières données issues du baromètre santé de 2010 sont globalement comparables aux résultats à l'échelle nationale, aussi bien en termes de couverture contraceptive qu'en terme de moyen de contraception le plus utilisé à savoir la pilule (19).

1.4 Données sociologiques

Comme nous l'évoquions, l'une des particularités françaises est sa norme contraceptive. On entend par norme contraceptive le fait pour les individus d'utiliser une contraception de façon normée en fonction de leur âge et de leur parcours sexuel. Ainsi, généralement, les jeunes

¹ L'enquête Fecond, mise en place par l'Ined et l'Inserm en 2010 avait pour objectif d'analyser les - différents enjeux en santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesses non prévues, IVG, infertilité, dysfonctions sexuelles) en France. L'étude a été réalisée, par téléphone, auprès d'un échantillon aléatoirement choisi et représentatif de la population française. Ainsi étaient inclus 5275 femmes et 3373 hommes âgés de 15 à 49 ans et résidant en France métropolitaine.

L'enquête a par ailleurs été reconduite en 2013 dans l'objectif, cette fois, d'analyser l'impact de la crise de la pilule sur les pratiques contraceptives et les représentations.

filles ont d'abord recours au préservatif masculin seul lors de leurs premiers rapports sexuels ; puis une fois installée dans une relation stable, elles recourent majoritairement à la pilule ; et enfin, après avoir eu un ou plusieurs enfants, elles se tournent davantage vers le dispositif ou système intra-utérin.

Quelques-unes des raisons invoquées à l'existence de cette norme seraient d'abord que les professionnels de santé auraient tendance à prescrire de façon quasi automatique la pilule, faute de réelle formation aux autres méthodes contraceptives ; les femmes, quant à elles, n'auraient pas connaissance du panel de contraceptifs mis à leur disposition ; il existerait enfin des représentations tenaces autour de la contraception au sein de la société qui font adhérer les femmes à cette norme sans qu'elles en aient forcément conscience (20).

Toutefois, ce cadre ne convient pas à toutes les femmes et ne répond pas forcément à leurs besoins.

Par ailleurs, le constat est qu'en France la contraception est fortement médicalisée. Cela s'explique par le fait que les modes de contraception les plus utilisés sont ceux pour lesquels une prescription médicale est nécessaire (21).

En effet, il semblerait que les professionnels de santé aient davantage tendance à prescrire des contraceptifs ayant une bonne efficacité théorique telle la pilule.

Toutefois, comme son nom l'indique il ne s'agit que d'une efficacité théorique, l'efficacité pratique peut donc être tout autre et créer un delta.

Ainsi, si l'indice de pearl de la pilule est de 0.8 %, en efficacité courante l'indice est de 8% (22).

Une autre particularité de notre pays est ce que l'on qualifie de paradoxe français : en dépit des divers moyens de contraception mis à la disposition des femmes et relayés par les campagnes nationales d'information, le taux d'IVG reste stable depuis plusieurs années.

Ce phénomène s'explique en partie par le fait qu'il existe également une certaine norme procréative. Les femmes, et plus largement les couples, veulent être parents au « bon moment » : il faut avoir terminé ses études (des études de plus en plus longues), il faut avoir une certaine stabilité professionnelle, être installé dans une relation depuis un certain nombre de temps, avoir un logement suffisamment grand, etc. Ces impératifs sociaux font que lorsqu'une grossesse non prévue survient alors que tous ces paramètres ne sont pas remplis, les femmes ont alors beaucoup plus recours à une interruption volontaire de grossesse qu'auparavant.

Ainsi, selon les résultats des enquêtes COCON et GINE de 2004, si en 1975, 4 grossesses non prévues sur 10 faisaient l'objet d'une interruption volontaire de grossesse, en 2004 il s'agissait de 6 grossesses non désirées sur 10 (7). Il n'y a donc en soi pas plus de grossesses non désirées que dans le passé, elles se terminent juste davantage par un avortement.

Par ailleurs, il a été remarqué que la proportion des premières interruptions volontaires de grossesse avait tendance à diminuer mais qu'en revanche, la probabilité de recourir à d'autres avortements lorsque l'on en avait déjà fait un, augmentait. Nathalie Bajos, sociologue et chercheuse à l'INSERM célèbre pour ses travaux sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, l'explique en ces termes : « *Cela traduit sans doute la diversification croissante des biographies génésiques, conjugales, amoureuses et sexuelles des femmes et, pour une part d'entre elles, au quotidien, l'usage de méthodes contraceptives insuffisamment adaptées à leurs situations de vie, malgré la large couverture contraceptive* » (7).

Toutefois, il semblerait que le caractère rigide de cette norme contraceptive soit en train d'évoluer. En effet, la controverse sur les pilules de 3^e et 4^e génération qu'a connue la France en 2012-2013 (qui rappelons-le étaient accusées de majorer le risque de thromboses veineuses profondes et ayant conduit à leur déremboursement) a contribué à faire reculer le recours à la pilule. Si les femmes n'ont pas désaffectionné la contraception pour autant, une partie d'entre elles (1 femme sur 5) s'est néanmoins tournée vers d'autres modes contraceptifs (17).

Ainsi, le passage aux pilules de 1^e ou 2^e génération a finalement été très faible puisque cela concernait 22% de femmes avant la crise et seulement 23% après celle-ci, et plus généralement l'utilisation de la pilule est passée de 50 à 41% en 2013 (17). Le recours au dispositif intra-utérin, aux préservatifs masculins mais aussi à certaines méthodes naturelles (retrait, méthode Ogino) a, quant à lui, progressé sans toutefois dépassé le recours à la pilule qui reste encore la méthode majoritairement utilisée en France.

La polémique autour des pilules de 3^e et 4^e génération aura donc au moins eu le mérite d'ouvrir le débat autour des autres modes contraceptifs qui étaient jusque-là, pour la plupart, délaissés par les femmes et les professionnels de santé.

1.5 Les recommandations professionnelles

Diverses instances ont établi des recommandations professionnelles en ce qui concerne la prescription d'un moyen contraceptif aux femmes.

L'OMS recommande ainsi de mener les consultations de contraception en suivant le modèle BERCER.

BERCER est un acronyme signifiant Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour. Chacun de ces items devrait donc guider les professionnels de santé lors des consultations où la question de la contraception est abordée.

Ainsi, devraient-ils dans un premier temps se présenter à la patiente, expliquer le déroulement de la consultation et rassurer celle-ci sur son caractère confidentiel.

Puis, s'intéresser à des informations médicales mais également culturelles et psychosociales. Il conviendrait, par ailleurs, que la patiente soit informée de façon claire et précise des divers moyens de contraception dont elle peut faire l'utilisation.

Il faudrait ensuite que les professionnels de santé s'enquière des préférences et de la situation personnelle de la patiente et lui affirment que le choix de la contraception lui revient. Une fois le choix effectué, des explications concernant le mode d'utilisation et la conduite à tenir à suivre en cas d'oubli devraient lui être fournies.

Et enfin, il serait nécessaire que le professionnel prévoie avec la femme une consultation ultérieure afin de s'assurer non seulement de la bonne tolérance et de la bonne observance de la méthode contraceptive mais également que celle-ci lui convient (23).

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), quant à lui, affirme dans ses recommandations que les femmes doivent être informées de toutes les méthodes contraceptives existantes, sans que l'une d'entre elles ne soient ciblées d'emblée, y compris les méthodes de longue durée. Il souligne également l'importance de leur fournir une information détaillée (l'efficacité de la contraception, sa durée d'utilisation, ses risques et effets indésirables, ses éventuels avantages non contraceptifs, la façon dont se prend ou se pose et se retire le contraceptif) orale et écrite, tenant compte de leurs besoins et leur permettant de choisir la méthode de leur choix et de l'utiliser convenablement (24).

L'INPES a également élaboré divers documents à destination des professionnels afin de leur permettre de réaliser des prescriptions personnalisées en aidant les femmes à choisir leur contraception et ainsi améliorer leurs pratiques. Ainsi, insistent-ils sur le fait que la contraception doit être adaptée à la femme et choisie avec elle, que le partenaire doit être autant que possible inclus et qu'une consultation entière devrait être dédiée à la question de la contraception. Ils précisent également qu'une consultation de suivi doit avoir lieu et qu'elle doit permettre de revenir sur le choix contraceptif en cas de problème d'observance ou d'insatisfaction (25).

Enfin, la HAS dans ses recommandations revient sur l'importance d'impliquer la femme, et si possible son partenaire, dans la prescription du contraceptif afin de faire émerger leur choix et ce, quel que soit son âge. Pour ce faire, elle recommande de conduire la consultation en suivant 2 approches qu'elle juge indissociables : le counseling et la démarche éducative. Ces 2 méthodes seraient associées à une meilleure connaissance de la contraception utilisée par les femmes et à un taux supérieur d'utilisation des méthodes contraceptives.

La première approche, le counseling, est basée sur le conseil et l'accompagnement de la femme afin de permettre l'émergence de son choix. Cela implique pour le professionnel de santé de manifester de l'empathie, du respect envers l'histoire de la femme et ce qu'elle lui dit mais également de faire preuve de neutralité notamment dans les informations données. La HAS précise que ces dernières doivent être intelligibles et qu'il ne suffit pas de les donner mais qu'il faut aussi s'assurer de leur bonne compréhension.

La seconde approche, la démarche éducative, a pour objectif d'établir une « coopération pédagogique » entre le professionnel de santé et le patient afin de l'autonomiser dans sa prise en charge à partir de ses propres connaissances et habitudes de vie. Elle rappelle également l'importance de consacrer une consultation entière à la question de la contraception ou dans le cas où cela ne serait pas possible immédiatement, de programmer à court terme une telle consultation et de réévaluer régulièrement l'adéquation du moyen contraceptif choisi avec les besoins et les attentes de la femme. (24) (25).

Chapitre 2 : L'interruption volontaire de grossesse

Prise en charge d'une demande d'IVG

Cette section vise à décrire la façon dont une demande d'IVG est prise en charge en France. Certaines spécificités sont propres à certains établissements ou cabinets libéraux, nous ne retracerons donc la prise en charge que dans ses grandes lignes.

En France, les femmes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse peuvent soit s'adresser à des établissements hospitaliers (qu'ils soient publics et privés), des centres de

planification ou des centres de santé, soit à des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, peu importe qu'elles soient mineures ou majeures.

Notons, toutefois, qu'une particularité demeure pour les mineures : ces dernières doivent obtenir le consentement écrit d'un de leurs parents ou de leur représentant légal pour que l'IVG puisse être pratiquée ou à défaut, se faire accompagner par une personne majeure de leur choix et remplir ainsi une attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant (26).

Le parcours d'IVG se divise en 4 temps :

Le 1er temps est celui où la femme, s'adressant à un professionnel de santé, lui fait part de son souhait d'interrompre sa grossesse. Au cours de cette première consultation, le professionnel l'informe des différentes méthodes d'IVG existantes, des différents lieux où elles se réalisent, des effets secondaires et complications de chacune des méthodes et l'oriente vers un autre professionnel ou établissement dans le cas où il ne pratiquerait pas d'avortements.

Par ailleurs, le professionnel de santé doit proposer à la femme un entretien psycho-social avec une conseillère conjugale et familiale. Il n'est pas obligatoire pour les femmes majeures mais l'est pour les femmes mineures.

Lorsque le professionnel de santé rencontré est en mesure de procéder à l'IVG, le 1er et le 2^e temps (présenté ci-après) peuvent n'en former plus qu'un seul, compte tenu de l'abrogation du délai de réflexion de 7 jours.

En revanche, dans le cas où la patiente est réorientée, celle-ci doit se rendre à une 2^e consultation pré-IVG. Lorsque des examens complémentaires (dosage plasmatique des BHCG, échographie de datation, groupe rhésus, etc) ont déjà été réalisés, la femme se présente avec ses résultats et son compte rendu. Dans le cas contraire, ces derniers lui sont prescrits et peuvent, parfois, être réalisés sur place.

Les 2 méthodes d'IVG existantes sont ensuite (re)présentées à la patiente en fonction de son terme : D'une part, la méthode instrumentale, envisageable jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, qui consiste en l'aspiration du contenu utérin sous anesthésie locale ou anesthésie générale. D'autre part, la méthode médicamenteuse, réalisable jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée si elle a lieu à domicile et jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée si elle a lieu dans un établissement de santé, qui quant à elle consiste en l'administration de 2 types de médicaments différents (généralement 600 mg de mifépristone soit 3 comprimés et 400 µg de misoprostol soit 2 comprimés) à 36-48 heures d'intervalle conduisant d'abord à l'arrêt de la grossesse et à l'ouverture du col (pour le 1^{er} médicament) puis à l'expulsion du contenu utérin par des contractions (pour le 2nd médicament).

Les patientes sont également informées des avantages (pour la méthode médicamenteuse : pas de nécessité de passer au bloc opératoire, peut être réalisée à domicile, peut être effectuée à un terme très précoce, etc. ; pour la méthode chirurgicale : intervention ne durant que quelques minutes, peu de saignements après l'intervention, taux d'échec moindre, etc.) et des inconvénients (pour la méthode médicamenteuse : douleurs pelviennes, saignements plus abondants et plus longs, déroulement de l'IVG sur plusieurs jours, etc. ; pour la méthode chirurgicale : nécessité de passer par un bloc opératoire, nécessité d'une hospitalisation de quelques heures, engendre plus de passivité chez la femme (peut être vu comme un avantage pour certaines), etc.) de chaque méthode (notons qu'aucune méthode n'est meilleure que l'autre !) ainsi que des possibles effets secondaires (principalement douleurs pelviennes, nausées, vomissements, diarrhée, saignements pour la méthode médicamenteuse et douleurs pelviennes +/- saignements pour la méthode chirurgicale) et complications (principalement hémorragie, infection, échec ou rétention pour la méthode médicamenteuse et perforation utérine, déchirure cervicale, hémorragie, rétention, infection, accidents liés à l'anesthésie pour la méthode chirurgicale). Une fois cette présentation faite, le consentement écrit et le choix de la méthode de la patiente sont recueillis par le professionnel de santé.

Parallèlement, un interrogatoire complet, destiné notamment à rechercher des contre-indications à l'une ou l'autre des méthodes abortives, est évidemment mené. Au cours de celui-ci, le professionnel de santé et la patiente reviennent sur son histoire contraceptive (moyens de contraception utilisés jusque-là, tolérance, oublis, etc.). C'est également l'occasion de lui présenter les divers moyens de contraception mis à sa disposition et de voir avec elle la méthode de contraception qu'elle souhaite adopter après l'IVG, si celle-ci en désire une. En effet, la prescription de la contraception est la plupart du temps faite avant que n'ai lieu l'IVG, ne serait-ce que pour que la contraception choisie soit débutée le plus précocement possible ensuite (poser un DIU/SIU ou un implant au cours de l'IVG instrumentale ou permettre à la patiente d'avoir déjà pu acheter sa contraception à la pharmacie afin de pouvoir la commencer dès le soir ou le lendemain de l'IVG).

La plupart du temps, le professionnel de santé propose à la patiente de réaliser un examen clinique. C'est également l'occasion de réaliser tous les actes de dépistage (frottis cervico-vaginal, palpation des seins, dépistage des infections sexuellement transmissibles, etc) qui seraient nécessaires et que la patiente n'aurait pas réalisés faute de suivi.

Le 3^e temps est celui de l'IVG elle-même. Dans le cas où un avortement par aspiration est prévu, la femme est hospitalisée quelques heures. L'intervention en elle-même est relativement rapide et dure généralement moins de 15 minutes. Si une anesthésie générale est choisie, la patiente rencontre avant l'intervention un anesthésiste au cours d'une consultation. A l'inverse, nul

besoin de cette consultation dans le cas où une anesthésie locale est choisie. La patiente recevra alors généralement une prémédication à son arrivée (généralement de l'hydroxyzine), le col de l'utérus sera ensuite anesthésié juste avant l'intervention et la patiente bénéficiera de protoxyde d'azote au cours de celle-ci. A la fin de l'IVG, un contrôle échographique destiné à s'assurer de la vacuité utérine peut être réalisé. Lorsque l'IVG est choisie par méthode médicamenteuse, les premiers comprimés sont pris devant le professionnel de santé, les comprimés suivants sont soit pris au domicile de la patiente s'il s'agit d'une IVG à domicile, soit pris au sein de l'établissement de santé ou centre de planification lorsque la patiente revient 36 à 48h plus tard. Dans la plupart des cas, l'expulsion a lieu dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol. Toutefois, il arrive qu'elle ait lieu bien plus tôt, après la prise des premiers comprimés de mifépristone ou au contraire plus tard voire pas du tout (5% des cas) auquel cas, une aspiration doit être faite. Dans les 2 cas, avant sa sortie, la patiente est revue par le professionnel de santé afin qu'il lui donne des consignes de sécurité (surveillance de la température les premiers jours, pas de bain ni de baignade en piscine ou en mer, pas d'utilisation de tampons, consulter en cas de saignements anormalement abondants ou en cas de douleurs pelviennes ne cédant pas au traitement ou en cas de leucorrhées malodorantes ou de fièvre pendant plus de 48h), et afin qu'il lui remette éventuellement l'ordonnance des antalgiques prescrits si celle-ci n'a pas été donnée auparavant. C'est également l'occasion de lui rappeler l'importance de la consultation post-IVG qui constitue le 4^e et dernier temps du parcours. En effet, elle ne doit pas être oubliée qu'il s'agisse d'une IVG par méthode chirurgicale ou par méthode médicamenteuse. Elle vise d'une part à s'assurer de l'interruption effective de la grossesse et de l'absence de complications depuis et d'autre part, à vérifier auprès de la femme la bonne tolérance et l'observance du moyen de contraception prescrit.

Enfin, notons que concernant le coût de l'IVG, l'Etat a mis en place un forfait permettant que les frais qu'elle engendre soient pris en charge à 100% par l'assurance maladie qu'il s'agisse de l'IVG elle-même ou des examens complémentaires qui lui sont associés (26).

Deuxième partie

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : Problématique, objectifs et hypothèses

2.1 Problématique

Nous venons de voir dans l'introduction que la majorité des femmes en demande d'IVG disposait pourtant d'un moyen de contraception au moment de la grossesse. Nous avons également vu qu'il existait une norme contraceptive conduisant à prescrire une contraception qui ne leur était pas spécialement adaptée et que la part des IVG répétées avait tendance à augmenter. C'est face à ce constat qu'est née notre interrogation. Nous nous sommes donc demandés dans quelle mesure les femmes, qui recourent à l'avortement pour échec contraceptif, ont-elles une liberté de choix effective en matière de contraception lors des consultations d'IVG ?

2.2 Objectifs

2.2.1 Objectif principal

Les consultations d'IVG nous apparaissent comme étant de formidables opportunités de trouver avec la femme qui consulte la contraception qui lui convient le mieux. Ainsi, en réalisant cette étude, notre objectif principal était de déterminer si les pratiques médicales, lors des consultations d'IVG, permettent aux femmes de réellement choisir leur contraception.

2.2.2 Objectifs secondaires

Nous avons pour objectifs secondaires :

D'une part, comparer l'offre contraceptive théorique à celle proposée en pratique par les praticiens aux femmes lors des consultations d'IVG.

Et d'autre part, comprendre les raisons d'une éventuelle absence de liberté de choix des femmes en matière de contraception.

2.3 Hypothèses

Afin de répondre à notre problématique, nous avons émis trois hypothèses dont l'élaboration a été guidée par une revue de la littérature et une expérience personnelle lors d'un stage en centre d'orthogénie. Ainsi nous faisons le postulat que :

- L'obligation légale d'information incombant aux professionnels de santé n'est pas toujours respectée. Les femmes ne disposant ainsi pas d'une information éclairée. Il nous apparaissait effectivement intéressant de voir comment les professionnels se saisissent de cette obligation qui leur ait faite et comment celle-ci peut s'inscrire dans le choix contraceptif en palliant à des connaissances insuffisantes.

- Malgré les diverses campagnes de communication et d'information mises en œuvre ces dernières années par les politiques publiques, les femmes n'ont globalement pas une connaissance suffisante des différentes contraceptions disponibles.

Il nous paraissait pertinent d'explorer cette hypothèse compte tenu du fait que la méconnaissance d'un sujet ne peut aider à se positionner clairement et librement dessus.

- La liberté de choix des femmes en matière de contraception n'est pas totalement effective.

Chapitre 2 : Présentation du terrain

2.4 Terrain

Nous avons décidé de réaliser une étude multicentrique. Pour ce faire, nous avons sélectionné 2 lieux d'étude : un centre de planification et d'éducation familiale dans les Hauts-de-Seine (92) et un cabinet libéral dans le Val d'Oise (95).

Nous souhaitons 2 modes d'exercice différents où le type de praticiens y exerçant l'était également afin de pouvoir constater si les pratiques professionnelles différaient.

Nous avons volontairement choisi d'anonymiser nos lieux d'étude afin que les praticiens et les patientes ne puissent être reconnaissables.

Le cabinet libéral était tenu par un médecin généraliste, seul. Tandis que le centre de planification et d'éducation familiale comptait 2 gynécologues et 2 médecins généralistes. Cependant, compte tenu des capacités d'accueil du centre de planification, nous n'avons pu observer que des gynécologues. Nous regrettons, toutefois, de ne pas avoir pu mener notre étude dans un lieu où des sages-femmes exerçaient également.

2.5 Présentation de l'enquête

2.5.1 Les observations

2.5.1.1 Observations non participantes, grille d'observation

Nous avons choisi de baser, en partie, notre étude sur de l'observation non participante. Il s'agissait ainsi d'observer des consultations pré-IVG puisque c'est à leur occasion que la question de la contraception post-abortum est abordée et souvent prescrite.

Nous n'avons pas choisi d'observer des consultations de contraception tout venant car nos lectures nous permis de constater que les échecs contraceptifs survenaient dans les 6 mois suivant un changement de contraception. Les femmes ne reconsultant pas forcément un autre professionnel de santé (pour une prescription de contraception) dans les 6 mois suivant leur IVG, nous voulions être au plus près de ces consultations où leur avait été prescrite une contraception.

L'observation était également l'occasion d'étudier les interactions et canaux de communication en comparant les informations données par le professionnel et celles reçues par la femme.

Nous ne souhaitions pas participer afin de pouvoir nous concentrer pleinement sur ce que nous avons observés et parce qu'à notre niveau, il nous paraissait difficile de mener des consultations d'IVG tout en ayant assez de recul pour nous observer et observer les autres protagonistes.

Avant de commencer nos observations nous avons donc créé une grille d'observation (Annexe 1) à partir de la grille de l'entrevue médicale Calgary Cambridge. Ses thèmes principaux étaient les suivants :

- Description des lieux et des différents participants
- Etablissement du 1er contact entre le professionnel de santé et la patiente
- La façon d'être
- La communication et les interactions professionnel-patiente
- Le recueil de l'information

- La délivrance de l'information
- La prescription de la contraception

Nous n'avons pas pu réaliser de phase de test pour les observations.

2.5.1.2 Déroulement des observations

Nos observations se sont toutes réalisées sur une période allant d'octobre à décembre 2016.

Nous avons convenu avec le médecin libéral qu'il nous joigne par téléphone dès lors qu'il avait connaissance d'une consultation IVG à venir et nous le contactons chaque semaine afin de s'assurer qu'une d'entre elles n'étaient pas prévue dans les jours suivants. Au centre de planification et d'éducation familiale, nous avons été autorisées à venir une fois par semaine à jour fixe.

Ainsi, nous avons pu observer au total 10 consultations pré-IVG parmi lesquelles 8 au centre de planification et d'éducation familiale et 2 en cabinet libéral. La principale difficulté résidait dans le caractère aléatoire des consultations d'IVG en libéral, qui demandait une certaine disponibilité et proximité. Ceci explique le faible nombre de consultations observées pour ce mode d'exercice.

Nous n'avons pas été autorisées à enregistrer les consultations au dictaphone. Nos observations étaient donc consignées dans une grille d'observation prévue à cet effet, puis étaient directement retranscrites dans un journal de bord à la fin des consultations.

Enfin, lors des observations, nous faisons en sorte lorsque cela était possible de ne jamais s'installer directement à côté de la patiente ou du professionnel de santé afin de garder notre statut d'observateur.

2.5.1.3 Analyse

Pour notre analyse, nous nous sommes servis des notes inscrites sur notre grille d'observation mais surtout de notre journal de bord. Nous avons tenté de dégager les thèmes qui en ressortaient et nous avons comparé quels étaient les thèmes concordants et discordants entre toutes les observations.

2.5.2 Les entretiens

2.5.2.1 Entretiens semi-directifs, grille d'entretien et pré-test

Afin de répondre à notre problématique et d'infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherche, nous avons également choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des femmes venant de vivre un parcours d'IVG pour échec contraceptif. Les entretiens couplés aux observations nous apparaissaient intéressants et originaux compte tenu du fait que la majorité des mémoires existante sur le sujet ne s'intéressent pas spécifiquement aux femmes dans un parcours d'IVG et traitent le sujet sur la base de questionnaires.

Il nous semblait aussi que l'entretien semi-directif permettait un recueil du vécu et de la perception des patientes plus fin et plus complet en laissant libre cours à leur parole tout en cadrant les thèmes que nous voulions aborder.

Nous avons donc construit une grille d'entretien (Annexe 2) dont les thèmes principaux étaient les suivants :

- Profil
- Histoire contraceptive
- Cause de l'échec contraceptif ayant conduit à l'IVG
- Déroulement de la consultation ayant conduit à la prescription de la contraception post-abortum
- Le choix contraceptif
- Représentations et idées reçues autour de la contraception
- Influences
- Connaissances et sources d'information
- Satisfaction de la contraception
- Axes d'amélioration des consultations de contraception

Notre grille d'entretien a été modifiée au cours de notre étude, certains entretiens nous faisant prendre conscience de points intéressants à aborder ou approfondir auxquels nous n'avions pas pensé initialement.

Nous avons réalisé une pré-enquête auprès de 2 femmes au mois de septembre 2016 afin de tester notre grille d'entretien et nous assurer de la bonne compréhension de nos questions. Les entretiens qui en sont issus n'ont évidemment pas été inclus à notre étude, s'agissant d'une phase de test.

2.5.2.2 Recrutement des enquêtées

Les femmes ont toutes été directement recrutées sur nos lieux d'étude par nous-mêmes à la fin de consultations pré-IVG où nous étions présentes en tant qu'observatrice ou après qu'elles aient pris connaissance de la lettre d'information que nous avons laissé aux secrétariats de nos lieux d'étude et qui était à leur remettre à leur arrivée. Dans ce cas-là, les patientes nous contactaient par mail ou par téléphone. Toutefois, ce dernier mode de recrutement a été peu concluant puisqu'il nous a seulement permis de recruter 3 femmes sur 11.

2.5.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nos critères d'inclusion étaient les suivants :

- Femme volontaire pour participer à l'étude
- Femme majeure
- Femme ayant recouru à une IVG pour un échec contraceptif dans les 3 mois précédents quel que soit la méthode utilisée (afin de limiter le biais de mémorisation)

Initialement, nous ne voulions inclure que des femmes âgées de 20 à 24 ans puisqu'il s'agit de la tranche d'âge dans laquelle on retrouve le plus d'IVG. Toutefois, au milieu de notre période d'entretien, le recrutement de ces patientes ne permettait pas d'atteindre le quota que nous nous étions fixés. Nous avons donc choisi d'élargir notre critère d'inclusion et de ne le limiter qu'à la majorité.

Nos critères d'exclusion étaient quant à eux les suivants :

- Femme mineure (pour des raisons éthiques et légales)
- Femme réalisant une IVG pour une autre cause que l'échec de contraception
- Femme ayant connu un échec de contraception mais décidant finalement de poursuivre la grossesse
- Femme présentant une contre-indication à certains contraceptifs (nous voulions voir si tout le panel de contraceptifs était proposé à la femme lorsque cela était possible au vu de ses antécédents)
- Femme ne maîtrisant pas la langue française

2.5.2.4 Déroulement des entretiens

Tous nos entretiens se sont déroulés sur une période allant d'octobre à décembre 2016 (hors phase de test).

Tous les entretiens ont eu lieu 1 mois maximum après la consultation pré-IV afin de limiter au maximum le biais de mémorisation et le risque de perte de vue.

Au total, nous avons réalisé 11 entretiens dont 7 avec des femmes ayant consulté au centre de planification et d'éducation familiale et 4 ayant consulté en libéral.

La durée de nos entretiens était de 1h15 à 2h.

Le lieu des entretiens a été laissé au choix des femmes que nous avons recrutées. Ainsi, ils ont été réalisés soit dans un café, soit au domicile de la femme, soit au sein d'un bureau annexe du centre de planification et d'éducation familiale.

Nous pensons que nos 11 entretiens nous ont permis d'arriver à un effet de saturation. C'est en partie pour cette raison que nous n'avons pas poursuivi.

2.5.2.5 Analyse

Tous nos entretiens ont été enregistrés au dictaphone puis retranscrits par ordinateur. Nous prenions également quelques notes au cours des entretiens, nous permettant notamment de noter la gestuelle des femmes ou des phrases particulièrement saisissantes.

Comme pour les observations, nous avons ensuite dégagé les thèmes qui ressortaient dans chaque entretien. Puis, nous avons comparé quels étaient les thèmes concordants et discordants entre tous les entretiens et les observations faites auparavant quand cela avait pu être le cas.

2.5.2.6 Anonymat et consentement

Au début de chaque entretien, nous prenions le temps de garantir l'anonymat aux femmes. Des pseudonymes ont ainsi été utilisés lors de notre rédaction. Nous prenions également le temps de leur rappeler en quoi consistait l'entretien, de leur demander leur consentement pour l'enregistrement de celui-ci et de leur dire qu'elles avaient la possibilité de revenir sur leur consentement à la participation de l'étude à tout moment.

2.5.3 Profil des enquêtées

2.5.3.1 Age

Les femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenues avaient entre 19 ans et 35 ans au moment de l'entretien.

2.5.3.2 Origines

La majorité des femmes que nous avons rencontrées sont d'origine française (9 sur 11). Deux d'entre elles sont toutefois d'origine guinéenne et sénégalaise.

2.5.3.3 Niveau d'études et catégorie socio-professionnelles

Le niveau d'études des femmes allait du CAP au Master 2. La majorité d'entre elles avait un niveau bac + 2. La plupart exerçait une activité professionnelle ou suivait des études. Ainsi, était-ce le cas de 8 d'entre elles, les 3 autres étant en chômage.

2.5.3.4 Gestité

La plupart des femmes était primigeste. Notons toutefois que 3 femmes de notre échantillon étaient 2^e geste (2 d'entre elles ayant déjà eu recours à une IVG dans le passé et la 3^e ayant un enfant âgé de 4 ans).

2.5.3.5 Contraception utilisée au moment de la grossesse

La majorité des femmes prenaient la pilule au moment de la grossesse. L'une d'entre elle avait cependant un DIU au cuivre.

2.5.3.6 Situation matrimoniale

Toutes les femmes étaient en couple au moment de nos entretiens. 6 d'entre elles vivaient en concubinage, 3 d'entre elles ne vivaient pas avec leur compagnon et 2 d'entre elles étaient mariées.

2.5.4 Limites et forces de l'étude

2.5.4.1 Limites

Nous avons pu constater que notre travail de recherche comportait plusieurs biais. Le premier d'entre eux est un biais de mémorisation : en effet, même si nous disposions d'une grille d'observation et d'un journal de bord que nous remplissions après les consultations, il n'est pas exclu que nous ayons oublié certaines données ou que nous n'ayons pas saisi tout ce qui se passait ou se disait lors des consultations. De la même manière, ce biais existe pour les personnes que nous avons interrogées. Bien que nous ayons essayé de les revoir un mois maximum après leur consultation d'IVG, il se peut qu'elles aient elles-mêmes oubliés certains points.

Le deuxième biais que nous notons est un biais d'auto-sélection : évidemment toutes les femmes et tous les professionnels qui ont participé à notre étude étaient volontaires pour le faire. Notre analyse ne prend donc en compte que celles qui ont accepté de témoigner et que ceux qui ont accepté d'être observés.

Le troisième biais que nous voyons est « l'effet hawthorne » sur les praticiens observés : il est fort probable que le comportement des professionnels de santé n'ait pas été totalement le même que lorsqu'ils sont seuls, se sachant observés.

Et enfin, le dernier biais est le biais d'interprétation : il est extrêmement complexe d'interpréter et d'analyser le discours de femmes mais encore plus d'observer des comportements sans risquer de tomber dans le jugement ou sans aucune part de subjectivité.

2.5.4.2 Forces

Les forces de notre étude sont au nombre de 3.

La première d'entre elles que malgré notre faible échantillon, nous nous retrouvons avec un panel de femmes assez diverse.

La deuxième force de notre étude est son originalité : peu d'études sur la question mêlent les observations aux entretiens en observant plusieurs types de professionnels de santé.

La troisième et dernière force de notre travail est qu'il existe peu d'études s'intéressant spécifiquement à la contraception prescrite aux femmes lors des consultations d'IVG. Notre

travail a justement permis de s'intéresser aux femmes en pré et post-abortum et à leur contraception.

Troisième partie

PRESENTATION DES RESULTATS ET ANALYSE

Chapitre 1 : L'information en matière contraceptive au décours de consultations d'interruption volontaire de grossesse

3.1 Une information à améliorer

3.1.1 Une information existante

Pour mieux comprendre ce que nous développerons ci-après, il convient d'expliquer ce que recouvre exactement la notion d'obligation d'information.

Avant d'être une obligation légale, l'obligation d'information qui incombe aux professionnels de santé est avant tout un devoir moral. En effet, les professionnels de santé n'ont pas attendu que cette obligation soit posée par la loi pour la mettre en œuvre. Décider d'informer son ou sa patiente relève de la conscience personnelle de chaque professionnel.

Toutefois, le législateur l'a expressément consacrée dans sa loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il dispose ainsi : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* » (27). La contraception entre dans ce cadre-là, elle peut être considérée comme un traitement ou une action de prévention.

Ainsi, les prescripteurs ne devraient pas seulement se contenter d'informer leurs patientes sur le mode d'utilisation du contraceptif prescrit. Au regard de la loi, ils devraient également les informer des effets secondaires et indésirables et des autres moyens de contraception en tant qu'autres solutions possibles.

Le fait de manquer à cette obligation n'est pas sans conséquence puisqu'elle peut engager la responsabilité du professionnel de santé, au sens juridique du terme, qui peut être ainsi condamné. Récemment, certaines juridictions françaises ont été jusqu'à considérer que le simple fait de manquer à son obligation d'information constitue en lui-même un préjudice au patient devant donner lieu à réparation alors même que les risques encourus ne sont pas survenus (28). On voit donc bien à quel point cette obligation n'est pas un concept purement théorique mais revêt une importance particulière en droit français.

Il nous semblait important de revenir sur ce qu'était l'obligation d'information puisque l'une de nos hypothèses est que cette obligation n'est justement pas toujours respectée par les professionnels de santé, ce que notre recherche a confirmé.

Au cours des observations que nous avons effectuées, nous avons pu constater que la question de la contraception n'occupait pas une place prépondérante au sein de la consultation. Cela tient probablement au fait que les femmes que nous voyions venaient avant tout là pour demander une IVG. Ainsi, qu'il s'agisse du centre de planification et d'éducation familiale ou du cabinet libéral où nous étions, le professionnel de santé et la patiente parlaient de contraception (ce qui incluait retracer l'histoire contraceptive de la patiente jusqu'à aujourd'hui, lui présenter les divers moyens contraceptifs lorsque cela était fait, recueillir le mode de contraception désiré par la patiente et lui transmettre les différentes informations nécessaires concernant la contraception choisie) durant 5 à 10 minutes en moyenne sur les 30 minutes que durait la consultation.

Toutefois, nous n'affirmons pas pour autant que les professionnels de santé observés se contentaient de demander à la patiente quelle était la contraception choisie pour une fois l'IVG effectuée et d'en faire la prescription. Tous ont fourni aux femmes que nous avons rencontrées des informations plus ou moins complètes sur la méthode contraceptive prescrite. En effet, les modalités d'utilisation étaient toujours expliquées aux patientes, son caractère remboursable était précisé et dans la plupart des cas, les femmes étaient rassurées quant au caractère réversible de la méthode choisie et quant au fait qu'elle ne compromettrait pas leur fertilité future quelle que soit la durée d'utilisation. L'entretien avec Anna, 24 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG chirurgicale, l'atteste parfaitement : « *Moi c'est vrai que quand on m'a prescrit mon stérilet, le médecin m'a expliqué vite fait comment il allait le mettre, comment ça fonctionnait, c'est dingue d'ailleurs ce truc hein...et puis il m'a aussi dit que ça me coûterait rien et que je pouvais l'enlever quand je voulais et que ça poserait pas problème quand je voudrais des enfants plus tard* ».

Cependant, si les femmes que nous avons interrogées sont toutes unanimes pour dire qu'elles ont reçu une information concernant la contraception qui leur a été prescrite, plusieurs d'entre elles évoquent avoir reçu une information succincte et rapide : *« elle s'est pas attardée », « j pense qu'il m'a dit le minimum à savoir », « il devait pas avoir trop le temps pour me parler en long et en large de l'implant aussi, en même temps je venais pour avorter alors c'est normal je pense »*. Il est, toutefois, à noter que nous n'avons pas retrouvé ce type de discours chez les patientes ayant consulté le médecin généraliste libéral. Nous n'en tirons pas de conclusion générale puisque le nombre de femmes interviewées ayant consulté un praticien libéral est bien inférieur à l'autre groupe de notre étude.

Toutefois, des travaux sociologiques tendent à affirmer que le mode d'exercice du praticien exercerait une influence quant au type de relation qu'il nouerait avec ses patients (29). L'exercice d'un praticien libéral dépend en effet de sa patientèle, il doit non seulement s'en créer une mais également la fidéliser s'il souhaite voir perdurer sa pratique libérale. L'exercice au sein d'une organisation telle que le milieu hospitalier n'impose pas ce type de dépendance au praticien qui n'a pas ces mêmes préoccupations. Dès lors, le premier a d'autant plus intérêt à ce que ses patients soient satisfaits de la relation qu'ils entretiennent et donc à soigner sa communication. Or, l'information transmise aux patients n'est-elle pas au cœur de la communication et de la relation médecin (et plus largement professionnel de santé) -patient ?

De plus, alors que nous avons trouvé lors de nos observations que les professionnels de santé se mettaient globalement au niveau des femmes et qu'ils dispensaient des informations plutôt compréhensibles, il ne ressort pas la même chose de nos entretiens. L'information délivrée aux femmes est souvent perçue comme étant inintelligible par celles-ci et elles l'expriment en ces termes : *« c'était un peu du chinois quoi », « charabia »*. Or, il est évident qu'une information non comprise n'aide pas à faire un choix éclairé. Il est surprenant de constater qu'il existe parfois un réel décalage entre l'information qui a été donnée par le professionnel de santé, et qui pense sincèrement l'avoir délivrée au mieux, et l'information qui a été reçue par la femme, ce qui peut franchement devenir problématique, en atteste cet extrait d'entretien avec Marie, 20 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG médicamenteuse :

- *« Vous me disiez à l'instant que le médecin vous avait pas mal parlé de votre pilule, vous pouvez m'en dire plus ? »*

- *« Ouais parce-que moi j'ai jamais utilisé de contraception avant, on utilisait juste le préservatif avec mon copain, du coup j'y connaissais rien niveau pilule (marque une pause) ... »*

alors il m'a parlé de génération d'hormones j'crois, de comment ça agissait sur le corps, de comment la prendre, et cetera. Mais j'avoue, j'ai pas pigé grand chose (rire gêné) ...

- Vous lui avez demandé de vous réexpliquer ?

- Non (semble gênée) ...j'ai pas trop osé en fait parce-que voilà...mais j'aurais dû parce-que maintenant j'suis en flip...

- En flip pour quoi ?

- Ben j'ai peur d'être encore enceinte...parce-que j'ai mal compris, c'est de ma faute hein, mais (marque une pause)...en fait j'ai commencé ma pilule par les comprimés de la fin vu que je devais la prendre en continu mais on m'a dit que c'était dans l'autre sens parce-que ceux-là ben c'est pas vraiment de la pilule... ».

On voit donc bien à quel point, en dehors du fait d'essayer de délivrer une information compréhensible, il est nécessaire de s'assurer ensuite que la patiente a bien reçu et compris ce que nous voulions lui transmettre, au risque d'arriver à des situations dommageables.

Si nous communiquons tous de façon plus ou moins innée, une communication efficace, elle, ne l'est pas. La transmission d'informations entre un professionnel de santé et sa patiente emprunte divers processus de communication : l'émetteur (professionnel de santé) va transmettre un message qui lui-même empruntera un ou plusieurs canaux de communication avant d'arriver au récepteur (patient). Or, selon le sociologue Jean-François Dortier, il est impossible pour le récepteur d'appréhender l'ensemble des éléments transmis par l'émetteur. Celui-ci sélectionne nécessairement certains éléments du message, qu'il décode et interprète en fonction de différents facteurs tels que ses émotions. Dès lors, il ne reçoit jamais le message comme l'aurait souhaité l'émetteur, dit-il. (30).

Diverses études menées dans différentes disciplines médicales se sont intéressées à la question. L'une d'entre elles, basée sur des observations et portant sur l'information transmise au cours de consultations orthopédiques afin de vérifier si elle était correctement transmise, a démontré l'existence d'une différence conséquente entre l'information émise et l'information reçue. Les auteurs mettaient en évidence que la concordance entre les deux variait de 15 à 50% (31).

Notre étude, bien que recouvrant un champ différent, s'inscrit dans cette direction. C'est ce qui s'est déroulé avec notre patiente, Marie, qui n'a pas perçu que le médecin lui disait de commencer par le début de la plaquette de pilules et qui a seulement retenu qu'elle devait prendre un comprimé chaque jour sans s'arrêter, en enchaînant les plaquettes.

Si les femmes en demande d'IVG sont dans un état émotionnel particulier qui peut influencer sur leur façon de recevoir et de retenir les informations qu'on leur donne, il n'en demeure pas moins que la communication entre elles et le professionnel de santé peut être perturbée par

une part non verbale. En effet, le ton de la voix, certains gestes, certaines mimiques et attitudes, souvent réalisées de façon inconsciente, interfèrent et peuvent influencer la signification du message envoyé. Certains auteurs vont ainsi jusqu'à affirmer que « *L'ensemble d'un message compte 7% de paroles, 38% d'intonations et 55% de langage gestuel* » (32). Là encore, peut exister un décalage voire une ambiguïté entre ce qui est dit verbalement et ce que le non verbal transmet (33), et dans bien des cas c'est ce dernier qui prévaudra auprès des patients (34) et c'est que révèle notre étude. Ainsi avons-nous pu observer la scène suivante lors d'une consultation : abordant la question de la contraception avec sa patiente, un des professionnels de santé observés a commencé à lui présenter divers moyens contraceptifs. Lorsque la patiente a exprimé le fait qu'elle avait pensé à l'implant contraceptif, celui-ci a effectué une certaine moue en affirmant que « oui...l'implant c'est bien aussi ». Finalement, cette patiente sera repartie de la consultation avec un autre contraceptif. Lorsque nous sommes revenus sur cet épisode, lors de l'entretien effectué avec elle, afin de comprendre la raison pour laquelle elle avait opté pour une autre contraception, elle nous a expliqué ceci : « *Je sais pas trop...le médecin a fait une tête un peu bizarre quand j'ai parlé de l'implant, du genre (mime la grimace), du coup j'étais plus vraiment sûre que c'est ce que je voulais...j'ai préféré reprendre la pilule, au moins ça je connais (rire)* ». Nous voyons donc bien comment certains gestes et expressions du visage peuvent venir dénaturer le discours tenu, quand bien même il se veut positif comme c'était le cas ici. D'où l'importance de ne pas se contenter de délivrer une information mais de s'assurer qu'elle a été bien reçue et comprise par la patiente mais aussi de veiller à notre gestuelle afin qu'elle ne vienne pas polluer notre discours. En effet, il ne s'agit pas de délivrer une information brute dans le seul but de remplir notre obligation d'information et de s'épargner des poursuites juridiques, il est nécessaire de faire en sorte que les patientes s'en saisissent afin de pouvoir faire les choix qui correspondent à leurs besoins.

Par ailleurs, lorsque nous demandions aux femmes ce qu'elles attendaient d'une consultation où la question de la contraception était abordée, la majorité d'entre elles a évoqué désirer des ressources à consulter, des documents écrits leur permettant de retenir les informations qu'elles recevaient ou pour s'y référer lorsqu'elles le voulaient sans avoir à consulter un professionnel de santé. Noémie, 28 ans, et Angéline, 25 ans, consultant chacune au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG médicamenteuse l'expliquent ainsi : « *Ça [les informations reçues] me paraissait clair sur le moment et puis après, plus du tout en fait. J'ai eu plein de papiers sur l'IVG, les diverses méthodes, le déroulement, les effets indésirables mais rien sur la contraception et je trouve ça dommage car c'est important quand même* », « *Moi, je sais que j'ai une mémoire visuelle* ».

Cette conclusion semble être confirmée par plusieurs études, dont l'une contrôlée randomisée, qui démontraient que le fait de fournir une information écrite en plus de l'information orale permettait aux patients de mieux les retenir que ceux qui n'avaient reçu qu'une simple information orale (35) (36) (37).

Ainsi, les enquêtées de notre étude semblent estimer qu'il ne suffit pas de donner une information, quand bien même cela permette de remplir notre obligation légale d'information, mais qu'il faille rendre l'information accessible ultérieurement en développant et/ou en faisant la promotion d'outils, notamment écrits, afin qu'elles puissent s'y référer de nouveau.

Comme nous venons de le voir, la communication au sein d'une relation entre un professionnel de santé et sa patiente n'est pas chose aisée, l'information médicale à transmettre pouvant dès lors s'en retrouver altérée. En dépit de ce constat, force est de constater que l'information existe bel et bien au cours des consultations d'IVG qui ont fait l'objet de notre étude. Toutefois, il s'avère qu'elle n'est parfois que partielle à certains égards.

3.1.2 Une information souvent partielle

Si dans la plupart des cas, les femmes interrogées au cours de notre étude ont reçu une information concernant le mode de contraception choisi, nous avons pu constater que l'information délivrée n'était souvent que partielle que ce soit au cours de nos entretiens ou au cours de nos observations.

Nos diverses observations dans nos 2 lieux d'étude nous ont conduit à faire le constat que le panel des différents moyens contraceptifs était, en partie, exposé aux patientes lorsque celles-ci étaient indécises quand on leur demandait quel contraceptif elles souhaitaient pour la suite. En revanche, il n'était jamais présenté lorsque la patiente répondait d'emblée à la question, les professionnels semblant estimer que si la patiente savait ce qu'elle voulait, c'est qu'elle était informée et qu'ils n'avaient donc pas besoin de leur parler des autres méthodes contraceptives sur le marché. Notre entretien avec Maéva, 19 ans, consultant pour une IVG chirurgicale au centre de planification et d'éducation familiale, l'illustre bien :

« - Vous pouvez me raconter comment ça s'est déroulé avec le médecin quand vous avez commencé à parler de contraception pour après l'IVG ?

- Ben...(semble chercher ses mots) de ce que j'me souviens, il m'a demandé ce que je voulais, alors j'lui ai répondu la pilule...comme avant quoi.

- *Et pourquoi la pilule ?*

- *Ben j'sais pas, j'connais pas trop le reste donc voilà...et puis la pilule c'est ce que j'avais avant de tomber enceinte donc j'me suis dit que j'allais repartir sur ça même si avec ce qu'on entend dessus, j'suis pas super rassurée, mais bon...*

- *Et il vous a parlé des autres moyens de contraception à un moment donné ?*

- *Qui ? Le médecin ?*

- *Oui le médecin.*

- *Non non. Après il a écrit des trucs dans le dossier, il m'a donné l'ordonnance pour ma pilule et puis il m'a expliqué des trucs sur l'IVG. »*

A l'inverse, comme nous le disions, lorsque la patiente faisait preuve d'indécision quant à son choix contraceptif, le professionnel de santé lui présentait la plupart des contraceptions disponibles afin de l'aider à faire un choix. Pour ce faire, chacun utilisait différents outils : le centre de planification et d'éducation familiale utilisait des échantillons de différents contraceptifs et des images de contraceptifs et le cabinet libéral se contentait d'expliquer oralement les différents moyens de contraception.

Nous utilisons volontairement le terme « la plupart » car nous avons pu constater que toutes les contraceptions n'étaient pas mentionnées par les professionnels de santé que nous avons observés. En effet, nos observations ont démontré que le diaphragme, la cape cervicale, les spermicides, les progestatifs injectables, les méthodes naturelles et la stérilisation n'étaient jamais évoquées par le professionnel de santé, qu'il s'agisse du centre de planification et d'éducation familiale ou du cabinet libéral, alors qu'ils pourraient convenir à certaines patientes comme l'atteste Leïla, 28 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG chirurgicale : « *Euh j'ai une histoire un peu bizarre en fait, j'ai pas de chance avec la contraception de toute façon moi. J'ai eu un petit garçon il y a 4 ans...c'était pas prévu...(marque une longue pause) en fait, j'ai fait un déni de grossesse jusqu'à 6 mois...A l'époque je prenais la pilule, tout bien comme il faut, enfin je veux dire je l'ai pas oubliée ni rien et pourtant je me suis retrouvée enceinte. Alors euh...après mon accouchement, on m'a redonné une pilule, je sais plus son nom mais comme ça me stressait pas mal avec ce qui m'est arrivé et tout, j'ai demandé à ma gynéco si on pouvait pas me mettre un stérilet, celui au cuivre là. J'avais pas de problèmes avec jusque-là mais bon...voilà je suis encore tombée enceinte. Le docteur que j'ai vu pour l'IVG il m'a dit que c'était rare de tomber enceinte avec un stérilet. J crois que je suis hyper fertile en fait (rire gêné). Enfin moi j'en ai marre là...même si je suis heureuse avec mon fils maintenant, je sais que je veux plus d'enfants, je voudrais me faire une opération définitive [ligature des trompes] pour être tranquille avec ça, mais je crois que c'est pas possible, je suis trop jeune il me semble ».*

Ce témoignage nous démontre que cette femme n'a pas reçu d'information sur la stérilisation (sinon elle saurait que d'un point de vue légal elle est tout à fait en âge d'y avoir recours), ce qui corrobore nos diverses observations. Ainsi, certains modes de contraception « passent à la trappe ». Ce constat n'est pas sans nous rappeler qu'il existe encore, en France, une certaine norme contraceptive comme nous l'évoquions précédemment (20).

Au même titre, qu'il semble y avoir une contraception faite pour chaque période de sa vie de femme, certaines contraceptions, telle la stérilisation, demeurent taboues. Cette dernière n'est, souvent, pas présentée aux femmes car elle reste considérée comme choquante, mutilante par certains esprits. Elle n'est pas conforme à la norme sociétale majoritaire qui voudrait qu'une femme veuille forcément plusieurs enfants au cours de sa vie, à l'idée qu'on se fait de la « bonne famille ». L'inverse est choquant, hors norme, car la maternité est encore vue comme le moyen d'accomplissement des femmes (38) (39).

Or, comme l'affirmait Simone de Beauvoir, dans son célèbre ouvrage *Le deuxième sexe*, « *Que l'enfant soit la fin suprême de la femme, c'est là une affirmation qui a tout juste la valeur d'un slogan publicitaire* » (40).

Par ailleurs, nos observations et nos entretiens nous ont permis de constater que la contraception d'urgence était souvent la grande oubliée des consultations d'IVG.

Ce constat peut s'expliquer par le fait que la majorité des contraceptions prescrites était des contraceptifs de longue durée d'action (DIU/SIU ou implant), ne nécessitant a priori pas l'usage de la contraception d'urgence.

Toutefois, même lorsque les autres contraceptions étaient prescrites, la question de la contraception dite de rattrapage n'était pas toujours évoquée et elle n'était jamais prescrite systématiquement par les professionnels de santé que nous avons observés, qu'il s'agisse du centre de planification et d'éducation familiale ou du cabinet libéral où nous étions. Cela s'avère être en total conformité avec les recommandations de la HAS qui invitent les professionnels à la prescrire conjointement à la contraception choisie au cas par cas et non de façon systématique (18) et avec diverses revues de la littérature, incluant plusieurs études contrôlées randomisées et non randomisés, qui ne réussissaient pas à démontrer que fournir à l'avance une contraception d'urgence diminuait le nombre de grossesses non désirées (41) (42) (43) (44).

Nous n'avons cependant pas réussi à déterminer de critères homogènes qui faisaient que le professionnel de santé prescrivait ou non une contraception d'urgence aux femmes qu'ils recevaient en consultation.

Nous avons également remarqué que lorsque la question de la contraception d'urgence était évoquée en consultation (toujours par les professionnels de santé et jamais par les femmes elles-mêmes), toutes les informations la concernant n'étaient pas toujours expliquées. Ainsi, le dispositif intra utérin n'était jamais présenté comme étant potentiellement une « méthode de rattrapage » et la notion de rapport sexuel à risque dans les 5 jours précédant l'oubli de contraception n'a été abordée que 2 fois, ce que nos entretiens ont confirmé. De la même manière, lorsqu'une contraception orale était prescrite, il n'a jamais été précisé que des interactions médicamenteuses (probablement car l'interrogatoire des patientes permettait d'emblée d'écartier la prise de traitement) ou des troubles digestifs (vomissements, diarrhées sévères) survenant rapidement après son absorption pouvaient s'apparenter à un oubli de contraception et conduire à son échec. Or, cela représente une part non négligeable d'échecs de contraception puisque plusieurs études ont démontré que cela représentait 17% d'entre eux (45) (46). Sur les femmes que nous avons rencontrées, aucune ne connaissait ces causes-là. Ce phénomène ne semble pas isolé puisqu'un mémoire d'une étudiante sage-femme, portant spécifiquement sur cette question, a établi que 2 femmes sur 3 n'étaient pas informées à ce sujet (46). Il semblerait donc qu'il faille s'astreindre à informer les femmes sur la contraception d'urgence et sur chacun des cas dans lesquels elle est indiquée, et ce à plusieurs reprises, afin de combler les connaissances lacunaires que peuvent avoir certaines femmes sur cette question à cause d'un manque d'information, comme nous le verrons plus loin.

Ces différents constats nous amènent à nous interroger sur la formation, notamment continue, des professionnels de santé et sur la compatibilité de la logique budgétaire des établissements de santé, qui veut qu'il y ait toujours plus de consultations en offrant aux professionnels un moindre temps, avec la possibilité de délivrer une information la plus complète possible.

Ainsi, s'il n'est pas toujours évident de fournir une information complète aux patientes autour de la contraception, tant celle-ci regroupe divers et nombreux aspects, nous verrons que parfois l'information donnée semble se parer de partialité.

3.1.3 Une information parfois partielle

Avant d'aborder cette sous-partie, il convient d'expliquer ce que nous entendons par information partielle.

Nous n'entendons pas par là le fait que le professionnel de santé ne donne pas exactement la même information suivant la femme qui vient le consulter. Au contraire, il nous semble louable d'essayer de s'adapter à chacune et de lui délivrer une information qui soit personnalisée. Nous entendons par information partielle, le fait que ce qui guide sa délivrance n'est pas toujours neutre, objectif, impartial mais peut être influencée ou conditionnée par des représentations.

D'après Abric, professeur de psychologie sociale, les représentations sociales sont « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » (47). Moscovici, spécialiste de psychologie sociale, lui, affirme qu'elles « *circulent, se croisent et se cristallisent sans cesse à travers une parole, un geste, une rencontre, dans notre univers quotidien. La plupart des rapports sociaux noués, des objets produits ou consommés, des communications échangées en sont imprégnés* » (47). Dès lors, les représentations font partie de la vie de tous les jours, elles sont partout et souvent malgré nous.

Certaines de nos observations nous ont conduit à remarquer que cette notion pouvait être présente au sein des consultations, notamment chez le professionnel de santé. En effet, nous avons constaté qu'il arrivait que des informations ne soient pas données à certaines catégories de patientes. Ainsi, nous avons systématiquement noté, après un certain temps d'observation avec le même médecin au centre de planification et d'éducation familiale, que l'information concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception orale n'était pas transmise aux patientes relevant de ce que l'on pourrait nommer des « catégories socio-professionnelles supérieures » (juriste, banquière d'affaires, journaliste). Selon nous, la représentation en jeu ici est que ces femmes ayant fait des études supérieures doivent avoir un minimum de connaissances sur la contraception et de ce fait, il n'est pas utile de passer du temps sur ce que l'on croit qu'elles savent déjà. Les propos d'Axelle, 30 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG chirurgicale, semblent le confirmer :

« - Je suis plutôt satisfaite de cette consultation avec le Dr X. Enfin je dis plutôt mais je suis satisfaite quoi, enfin je veux dire satisfaite tout court. Bon par contre je crois que j'ai dû être un peu pénible.

- Pénible ? Pourquoi vous pensez ça de vous ?

- Non parce-qu'à un moment il m'a dit un truc du style « Comme vous devez le savoir, je vais pas m'arrêter sur ce qu'il faut faire en cas d'oubli », alors je l'ai regardé, j'osais pas trop...enfin on sait jamais trop comment faire dans ces situations et je lui ai balancé « vous

savez j'y connais pas grand-chose donc je veux bien que vous m'expliquiez quand même ». C'était la première fois que j'osais faire ça et je peux vous dire que j'en menais pas large.

- Et il a réagi comment ?

- J'ai eu l'impression qu'il était surpris...enfin surpris je sais pas si c'est le bon mot...enfin moi c'est comme ça que je l'ai ressenti. Après il s'est très gentiment excusé et il m'a expliqué.

- Ah c'est bien que vous ayez redemandé alors. Et pourquoi vous n'osiez pas ?

(Met plusieurs secondes avant de répondre)

- Je ne sais pas trop...vous savez en tant que femme on se culpabilise parfois beaucoup je pense...enfin je sais pas vous moi oui en tout cas (rire).

- Je comprends oui, mais par rapport à quoi du coup là ?

- Je pense qu'inconsciemment je me suis dit que je devrais probablement le savoir. »

On voit donc bien comment les représentations peuvent vite œuvrer au sein d'une consultation. Des travaux ont d'ailleurs démontré que les représentations et croyances du professionnel de santé influençaient sa façon de se comporter avec son patient. Elles concernent généralement la capacité de compréhension du patient, son intellect. Ne parle-t-on pas souvent de « patient cortiqué » ou « non cortiqué » ? Ainsi, contrairement à ce que nos observations ont révélé, un professionnel de santé serait plus enclin à donner aux patients qu'il juge suffisamment intelligents ou appartenant à des classes socio-économiques « supérieures » (47), les moyens utiles pour une prise de décision médicale partagée, telle que de l'information. Notre constatation ne ressemble donc pas totalement aux résultats de la littérature sur la question. Nous retrouvons effectivement le même type de représentations mais elles conduisent à des comportements contraires, l'information étant davantage donnée aux patientes relevant de classes socio-économiques et socio-professionnelles « inférieures ».

De la même manière, nous avons pu remarquer que lorsque la contraception d'urgence était évoquée, elle l'était avec des jeunes femmes (moins de 25 ans). Est-ce là un pur hasard ou est-ce l'expression d'une représentation qui voudrait que les jeunes femmes ont davantage de comportements à risque que leurs aînées et seraient donc plus sujettes aux échecs contraceptifs ?

Nous expliquions précédemment que nos représentations existaient malgré nous. Hamilton Krieger, qui a beaucoup travaillé sur les biais implicites², l'explique en affirmant qu'il est impossible pour tout un chacun d'aborder ce qu'elle nomme des « objets de perception » de façon spécifique. La raison étant, dit-elle, que cela dépasse nos capacités de traitement cognitif dès lors qu'une multitude d'informations est à traiter, ce qui est le cas lorsque nous rencontrons des individus. Pour nous simplifier la tâche, nous catégorisons et lorsque nous faisons la rencontre d'une personne, nous la mettons alors dans l'une ou l'autre de nos catégories. Ainsi, même s'il s'avère d'un comportement humain somme toute normal et explicable, se pose la question de savoir si malgré nous, nos représentations ne conduisent pas à un « traitement inégalitaire » des patientes dans l'information qui leur est donnée ? Bien que nous n'ayons pas de réponse certaine, il nous semble que la question mérite d'être posée et notre vigilance.

Au même titre que l'information concoure à pouvoir faire un choix libre de sa contraception, les connaissances dont nous disposons dessus peuvent également nous y aider. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur les connaissances qu'ont les femmes de la contraception.

Chapitre 2 : Les connaissances des femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse en matière de contraception

3.2. Des connaissances lacunaires

3.2.1. Une connaissance superficielle de la contraception

² Les biais implicites sont des « associations d'idées faites de manière inconsciente qui peuvent aller à l'encontre des valeurs conscientes et jouer un rôle sur nos comportements » (http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/FAF_report.pdf)

Nous posons l'hypothèse que les femmes n'avaient globalement pas une connaissance suffisante des différents moyens de contraception disponibles sur le marché. Il convient, avant de poursuivre notre développement, de définir ce que nous entendons par « connaissance suffisante ».

Il ne s'agit pas, pour les femmes, de maîtriser des concepts scientifiques comme on le demanderait à un professionnel de santé. Il s'agit davantage de connaître et de comprendre les « caractéristiques » des divers moyens contraceptifs, de les avoir intégrées et assimilées afin d'être en capacité d'en faire ensuite une utilisation courante. Cela nous semble essentiel afin que les femmes puissent choisir une contraception adaptée à leurs besoins et leurs envies et non une contraception par défaut. En effet, peut-on réellement choisir ce qu'on ne connaît pas vraiment ?

Nos entretiens ont révélé que les femmes avaient une connaissance superficielle des moyens contraceptifs. Toutes ont été capables de nous citer plusieurs moyens de contraception. Ainsi, la pilule, l'implant et le DIU/SIU sont ceux qui sont le plus revenus. Ce constat correspond partiellement aux résultats d'une enquête nationale menée par l'INPES en 2007 sur les français et la contraception. Dans cette enquête, il y avait en moyenne 7 moyens contraceptifs connus par les interrogés. Ce n'était pas le cas des femmes avec qui nous nous sommes entretenues, en revanche, les moyens contraceptifs les plus cités correspondaient principalement à ceux qui l'étaient déjà en 2007 en population générale, exception faite pour l'implant qui était encore inconnu pour une majorité de français à l'époque (48). Ainsi, alors que nous pourrions penser que nos interrogées sont censées, peut-être plus que d'autres, avoir reçu une information sur les différents moyens de contraception existants, nous faisons la conclusion qu'elles ne connaissent pas plus de moyens contraceptifs que dans la population générale. Ainsi, en atteste cet extrait d'entretien avec Maéva, 19 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG chirurgicale :

« - Et on vous a présenté tous les moyens de contraception disponibles ?

- Oui

- Lesquels ? Vous vous souvenez ?

- Oui...pilule, implant et stérilet.

- Uniquement ça ou d'autres dont vous ne vous souvenez plus trop ?

- Oui uniquement ça. Pourquoi, il y en a d'autres ? »

Par ailleurs, les modalités d'utilisation ou la durée d'utilisation des différents moyens contraceptifs sont très largement méconnus : « *Ben la pilule, ça se commence le 1^{er} jour des règles, non ?* » (Patiente ne connaissant pas le quick start), « *Et l'anneau comment ça se met ce*

truc ? », « *Le patch, moi je le changerais tous les jours, un peu comme ceux contre le tabac, non ? »*, « *Le stérilet je sais que faut le garder 5 ans je crois »* (Patiente faisant un amalgame entre la durée d'efficacité du contraceptif et la durée où elle peut le laisser en place).

De la même manière, certaines données qui pourraient entrer en ligne de compte dans le choix d'une contraception, comme l'efficacité du contraceptif, son coût ou son caractère remboursable, ne sont pas plus connues.

Ainsi, pour un certain nombre de femmes interrogées l'efficacité de certains moyens de contraception est surestimée, quand pour d'autres contraceptifs elle est sous-estimée : « *Pour moi, la pilule c'est quand même efficace à 100% si on la prend correctement »*, « *Je sais pas vraiment quel est le moyen de contraception le plus efficace, je dirais la pilule »*, « *Pour être honnête, moi le stérilet j'ai pas trop confiance, je suis pas sûre que ce soit super efficace. Le médecin, il m'a dit qu'il y avait un tout petit peu d'hormones dedans enfin moins que dans une pilule. Je sais pas, j'aurais peur que du coup ça soit moins efficace »*.

Quant au coût ou au caractère remboursable des contraceptifs, les connaissances ne sont pas exactes : « *Je n'ai aucune idée du coût d'un implant. Si je prends pour exemple ma pilule actuelle qui me revient à environ 30€ tous les 3 mois, sur 3 ans ça fait du 360€ donc ça doit revenir à peu près à ça aussi pour un implant j'imagine, comme c'est efficace 3 ans »*, « *Je pense que tous les contraceptifs sont remboursables dès lors qu'on a une ordonnance, non ? »*.

Au cours de nos entretiens, quelque chose nous a particulièrement surpris. A la question « *quels moyens de contraception avez-vous déjà utilisés ou connaissez-vous ? »*, le préservatif n'a jamais été cité spontanément. Le préservatif n'était pas vu comme un moyen de contraception à part entière permettant d'éviter les grossesses, cette fonction semblait oubliée. Il était davantage considéré comme un moyen permettant de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles. L'entretien avec Clara, 23 ans, consultant un médecin libéral pour une IVG médicamenteuse en témoigne :

« - *Vous pouvez me parler des moyens de contraception que vous avez utilisés jusqu'à maintenant ?*

- *J'ai commencé par prendre la pilule à 16 ans, Jasminelle, parce-qu'avec mon petit copain de l'époque, on comptait coucher ensemble et comme on voulait pas que je tombe enceinte...Après, j'ai essayé plein d'autres pilules mais sinon c'est tout ce que j'ai utilisé jusqu'à mon implant après mon IVG.*

- *Vous n'avez jamais utilisé le préservatif ?*

- *Bah si, à chaque fois, pour pas attraper le sida ou les trucs dans ce genre. »*

Ce constat peut être expliqué par le fait que les femmes que nous avons interrogées appartiennent toutes à la « génération sida », ce qui a probablement un impact. Elles ont toutes grandi avec l'existence de ce virus ainsi qu'avec les diverses campagnes de prévention et leurs messages clés tels que « *Sortez couvert* », « *Le préservatif est le seul moyen qui vous protège du VIH* » au point où ils ont été intégrés en tant que tel.

L'autre constat que nous faisons est que parmi les femmes de notre groupe d'étude, celles qui ont le plus de connaissances sur la contraception ne sont pas celles qui ont vécu plusieurs IVG. Ce fait peut paraître étonnant au premier abord, compte tenu du fait que ces femmes en particulier ont été amenées à rencontrer plusieurs professionnels de santé pour leurs IVG et ont donc eu plus d'occasions d'obtenir des informations dessus. Sauf que comme nous l'avons vu précédemment, une femme peut recevoir 10 fois les mêmes informations, si les canaux de communication ne sont pas les bons, elle n'en retiendra rien ou pas suffisamment et n'aura donc pas les connaissances adéquates. Les femmes qui avaient le plus de connaissances exactes étaient celles appartenant à des catégories socio-professionnelles plus élevées ou ayant fait des études supérieures, ce qui est corroboré par une étude s'intéressant à la question (48).

Enfin, les femmes que nous avons rencontrées reconnaissent quasiment unanimement (si ce n'est l'une d'entre elles mais le fait qu'elle soit étudiante en pharmacie peut l'expliquer) ne pas disposer de bonnes connaissances en matière de contraception : « *J'y connais rien* », « *Je sais pas grand-chose* », « *Je suis pas experte sur ça* », « *Franchement vous me posez une colle là* », « *Mes connaissances sont minces, je me suis toujours basée sur mes simples acquis sur la pilule* ».

Mais dans le même temps, la plupart d'entre elles expriment le désir d'étoffer un peu plus leurs connaissances sans pour autant oser en demander plus au professionnel : « *c'est vrai que ça pourrait être utile* », « *je veux bien des infos supplémentaires si vous pouvez m'en donner* », « *ça pourrait être bien d'en savoir plus* ».

Nous avons remarqué que chez beaucoup d'entre elles, il semblait exister une espèce de gêne voire de honte au cours des consultations à devoir avoir recours à une IVG : yeux baissés pour certaines, attitude prostrée pour d'autres, des explications sur la cause de l'échec contraceptif dévoilées à demi-mots, des « *à mon âge quand même, ça devrait pas arriver* ». Certaines, ensuite au cours des entretiens, nous ont dévoilé qu'elle « *ne faisait pas la fière (lors de la consultation)* », « *c'est comme si je m'étais transformée en petite fille qui venait de faire une bêtise et qui avait peur de se faire gronder* ». A l'inverse, chez toutes les femmes qui s'étaient rendues au cabinet libéral, ces discours et attitudes-là n'existaient pas. Nous ne tirons pas de

conclusion hâtive compte tenu de notre faible échantillon mais le fait que la plupart des femmes ayant consulté en libéral connaissaient déjà le médecin généraliste, pour l'avoir en tant que médecin traitant, n'a-t-il pas joué ? Autrement dit le fait d'avoir une relation au long cours avec un professionnel de santé permet-il aux femmes d'être plus à l'aise et d'oser demander des informations supplémentaires pour parfaire leurs connaissances ?

3.2.2. La contraception d'urgence, une grande inconnue ?

Nous expliquions précédemment que l'information donnée sur la contraception d'urgence était partielle voire oubliée. En miroir à cela, nos entretiens nous ont démontrés que les connaissances que les femmes ont dessus sont relativement faibles. En effet, nous avons pu constater qu'il existait une certaine méconnaissance concernant les cas dans lesquels une contraception d'urgence doit être utilisée. Ainsi, à la question « Dans quels cas utiliseriez-vous une contraception d'urgence ? », il a pu nous être dit : « *La contraception d'urgence ? Moi je la prendrai que si j'oublie ma pilule par exemple et qu'on a pas mis de préservatif avec mon copain ce jour-là* » (patiente ignorant que les 5 jours précédents et les jours suivants un oubli de contraception sont également à risque), ou « - *Je dirai qu'il faut l'utiliser dès qu'on oublie sa pilule. – Même si vous avez des rapports protégés ? – Bah...oui je pense, parce que ça reste quand même un oubli de pilule* ».

De la même manière, même si les femmes que nous avons rencontrées sont conscientes de la nécessité d'utiliser une contraception d'urgence le plus tôt possible, il existe un grand flou autour des délais d'utilisation. Rares étaient celles qui les connaissaient (2 femmes sur 11). La plupart ont tendance à sous-estimer ce délai, ainsi beaucoup pensent qu'on ne peut les utiliser que dans les 24h suivant le rapport sexuel à risque : « *Il me semble qu'on a 24h pour l'utiliser* », « *Je pense qu'on peut la prendre jusqu'au lendemain* ». Cette observation se conformant aux résultats d'autres études sur le sujet (49).

Il est fort à parier que l'appellation communément admise « pilule du lendemain » n'y est pas pour rien et participe à brouiller les connaissances.

Par ailleurs, aucune de nos interrogées n'avait connaissance du DIU au cuivre en tant que contraception de rattrapage. Là encore, nous pouvons nous demander si le terme « pilule du lendemain » n'est pas à mettre en cause puisque pour ces femmes, la contraception d'urgence est forcément une pilule. L'amalgame entre « pilule classique » et « pilule du lendemain » est

même parfois fait. Ainsi en atteste cet extrait d'entretien avec Apolline, 25 ans, consultant en cabinet libéral pour une IVG médicamenteuse :

« - Vous pouvez me parler de votre histoire contraceptive un peu ?

- Je n'ai utilisé que la pilule pendant un petit moment. Toujours la même.

- Vous vous souvenez de son nom ?

- Non pas vraiment...je me souviens juste que c'était une boîte blanche et verte.

- C'était une pilule à prendre en continu ou vous aviez 7 jours d'arrêt ?

- Non je prenais juste un comprimé.

- Un seul ?

- Oui.

- Norlevo ?

- Ah oui voilà c'est ça.

- Donc si je comprends bien ce que me vous me dites, vous n'aviez ni pilule, ni préservatif ou autre moyen de contraception, c'est bien ça ?

- Oui c'est ça...enfin si j'avais la pilule, Norlevo quoi, mais comme avec mon copain on se voyait qu'un week-end sur 2 car il est pas d'ici, je trouvais ça assez pratique d'avoir juste un comprimé à prendre au moment où je savais que j'allais le faire quoi. »

On voit donc bien à quel point la confusion peut exister dans l'esprit de certaines femmes et comment « la pilule du lendemain » peut être prise pour une contraception de première ligne. Ainsi, des travaux de recherche ont suggéré de ne plus utiliser le vocable « pilule du lendemain » mais bel et bien celui de contraception d'urgence ou de rattrapage (50).

3.2.3. Des sources d'information hétérogènes

Afin de mieux comprendre les connaissances lacunaires des femmes que nous avons interrogées, nous nous sommes intéressés aux sources d'information qui en étaient à l'origine.

Il ressort ainsi de nos entretiens que les sources d'information des femmes sont très diverses.

Les femmes que nous avons rencontrées s'informent principalement sur internet parce que « c'est vachement pratique », « c'est quand même ce qu'il y a de plus accessible aujourd'hui », « on a tout de suite la réponse à la question qu'on se pose, pas besoin de prendre rendez-vous

avec un médecin et d'attendre en plus le rendez-vous, là c'est direct ». Ainsi, les forums de discussion sont particulièrement plébiscités ainsi que les sites internet.

Les femmes disent également rechercher ou qu'elles rechercheraient les réponses aux questions qu'elles se posent auprès des professionnels de santé. Toutefois, notons, qu'au cours de nos observations, nous n'en avons vu aucune poser de questions concernant la contraception en elle-même.

Les amies sont aussi une source d'information très largement citées par nos interrogées, ainsi est-il dit à ce propos : *« C'est vrai que quand j'ai une question, j'appelle ma meilleure pote...ça fait partie des trucs de filles, c'est peut-être bête je sais mais je me dis que comme c'est une fille aussi, ben y'a des chances qu'elle connaisse des choses que moi je connais pas et inversement »*. Cette donnée ne correspond pas à ce qui est retrouvé dans la littérature. En effet, il a été démontré que les personnes faisant partie de l'entourage des interrogés n'étaient pas particulièrement vus comme des sources de confiance en matière de contraception et que les informations n'étaient pas spécialement recherchées auprès d'elles (48).

Par ailleurs, notre analyse révèle qu'il existe une certaine ambivalence à un double niveau. D'une part, les femmes assurent toutes avoir confiance dans les informations délivrées par le professionnel de santé mais dans le même temps, une majeure partie d'entre elles reconnaît ne pas le questionner dessus ou ne pas oser le faire : *« Je pense que ça doit venir de lui...enfin je veux dire, les infos c'est à lui de nous les donner. Moi je me vois pas lui demander de me faire limite un cours »*. D'autre part, elles ont conscience que les informations trouvées sur internet ne sont pas toujours fiables, mais dans le même temps se tournent prioritairement vers elles. Cela semble en partie s'expliquer par le fait qu'il existe une différence entre ce que les femmes pensent devoir faire et ce qu'elles font en pratique (49). Dès lors que l'on connaît l'importance d'internet comme source d'information à l'origine des connaissances des femmes, ne devons-nous pas leur fournir des adresses de sites internet officiels où l'information trouvée sera fiable ?

Enfin, notons qu'aucune d'entre elles ne nous a cité l'enseignement scolaire, les livres ou les magazines comme étant de potentielles sources d'information pour elles.

Chapitre 3 : Le choix en matière de contraception des femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse

3.3. Une liberté de choix contrariée

3.3.1. Le professionnel de santé, quel poids ?

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les femmes que nous avons rencontrées ne disposent pas forcément de bonnes connaissances en matière de contraception et les informations qui leur sont fournies en consultation ne sont pas toujours complètes. A priori, cela ne semble pas aider au libre choix de sa propre contraception. La question qui se pose alors est donc celle de savoir si cela permet une influence du professionnel de santé, même malgré lui comme nous l'avons vu avec les représentations.

Nos observations nous ont permis de constater que le professionnel de santé était toujours respectueux du choix de la femme dès lors qu'elle savait quelle contraception elle souhaitait. En effet, lorsqu'une des patientes souhaitait telle ou telle contraception, fort heureusement le professionnel de santé ne s'y opposait pas et la lui prescrivait.

En revanche, nos observations nous ont conduit à constater que lorsque la patiente hésitait, il arrivait que l'expérience personnelle du professionnel surgisse au détour de la conversation avec la femme. Ainsi, par exemple, l'une des professionnelles de santé avouera qu'elle porte tel type de DIU et qu'en étant très contente, elle se rend compte qu'elle prescrit beaucoup plus son type de « stérilet » lorsqu'une patiente en veut un mais hésite entre celui au cuivre ou hormonal. Ou un autre professionnel affirmant qu'ayant « *eu une grossesse sur cuivre* », ne prescrit quasiment plus que le SIU hormonal. On voit donc bien à quel point notre expérience personnelle ou même professionnelle peut nous imprégner en tant qu'acteur du système de santé et donc potentiellement influencer nos patientes.

Nous n'affirmons toutefois pas que toutes les patientes que nous avons rencontrées ont été influencées par ce genre de discours. Mais nous notons que cela pourrait peut-être influencer certaines femmes et que nous devons donc y être vigilants.

Au même titre qu'il y aurait des représentations qui joueraient du côté du professionnel dans l'information qu'il divulgue ou pas à la femme, il existerait aussi chez lui des

représentations concernant la contraception. C'est en tout cas ce que décrivent certaines études et certains rapports qui démontrent que leurs représentations peuvent conduire à moins bien identifier les besoins contraceptifs de la femme et à la dissuader ou la convaincre dans son choix contraceptif (51). Toutefois, dans notre étude, ni nos observations, ni nos entretiens nous ont permis de le constater.

En revanche, nos observations nous ont permis de constater un point auquel nous n'avions pas pensé lors de l'élaboration de notre grille d'observation. Nous avons ainsi remarqué qu'il existait une certaine difficulté, chez les professionnels de santé observés, à se retrouver impuissant lorsque la patiente ne souhaitait pas de contraception après son IVG. Il semble alors plus dur de réussir à respecter son choix et de résister à l'envie de lui faire une prescription « *au cas où, vous changiez d'avis* » comme a pu le justifier l'un des professionnels observés au cours d'une consultation.

Nous avons également noté la forte proportion de femmes qui repartaient de la consultation avec la prescription d'une contraception de longue durée. Cela concernait ainsi 9 femmes sur 11. Cela s'explique parfois par la volonté du professionnel de prescrire la contraception ayant la meilleure efficacité à la patiente, en passant parfois à côté de ses envies ou besoins.

Enfin, nous avons pu remarquer au cours de nos entretiens que certaines femmes « revendiquaient » préférer s'en remettre au professionnel en ce qui concerne le choix de leur contraception et lui faire totalement confiance. Ce sont des discours que nous avons particulièrement entendus chez les femmes ayant consulté le médecin libéral. Cette « caractéristique » est reconnue par certains auteurs qui considèrent qu'un patient peut effectivement ne pas désirer ou ne pas être en capacité à un instant T de s'impliquer outre mesure dans une décision partagée comme le commande la prescription d'une contraception. Les auteurs affirment ainsi : « Certains patients peuvent choisir d'exprimer leur autonomie en autorisant le médecin à prendre toutes les décisions » (29). Il faut donc savoir aussi interroger le souhait de la femme à cet égard et le respecter car il s'agit là aussi d'une liberté de choix pour la femme.

3.3.2. L'entourage, un frein au libre choix ?

Comme nous le démontrions ci-avant, le professionnel de santé peut exercer un certain poids lorsque la question de la contraception est abordée avec les femmes au cours des consultations d'IVG. Mais ce qui nous a d'autant plus frappés lors de nos observations et nos entretiens est le poids exercé par l'entourage de la femme elle-même.

En effet, les femmes que nous avons rencontrées ont mis en lumière l'existence de cette norme contraceptive dont nous parlions au début de notre travail de recherche. Rappelons que cette norme voudrait qu'à chaque période de sa vie, la contraception la plus adaptée soit déjà établie d'avance et la même pour toutes (20). Ainsi, parmi nos 11 interrogées, toutes ont commencé leur histoire contraceptive à l'adolescence par la pilule. Certaines nous ont alors dit « *J'ai demandé la pilule parce que c'est ce qui se fait* », « *Je me suis pas posée de question, pour moi à l'époque contraception voulait dire forcément pilule* », « *Tout le monde a ça (en parlant de la pilule)* », « *En même temps, je vois pas ce que je pouvais demander d'autres* ».

Toutefois, le scandale des pilules de 3^e et 4^e génération étant passé par là, les femmes semblent avoir pris la mesure qu'il existait d'autres moyens de contraception qui pouvait leur être adaptés. Les lignes de la norme contraceptive semblant quelque peu bouger.

Si les études sur la question vont en ce sens (17), elles démontrent une certaine désaffection de la contraception orale au profit du DIU et SIU, du préservatif et des méthodes naturelles. Nos résultats sont quant à eux plus nuancés. Si la majeure partie des femmes que nous avons rencontrées ont choisi de se faire poser un DIU ou SIU (7 femmes sur 11), les autres ne se sont pas pour autant tournées vers le préservatif ni les méthodes naturelles. 2 ont choisi l'implant et 2 autres ont choisi la pilule contraceptive.

L'explication réside peut-être dans le fait que, contrairement à la population générale de ces études, nos femmes ont déjà vécu un ou plusieurs échecs contraceptifs et souhaitent disposer d'une méthode « plus sûre » pour l'avenir. Toujours est-il que le poids sociétal de la norme contraceptive semble s'être quelque peu allégé et n'apparaît pas comme un étant un frein au libre choix contraceptif des femmes interrogées.

Nos entretiens ont, par ailleurs, révélé que la place de l'homme pouvait avoir une influence considérable dans le choix contraceptif de la femme. Alors que les études semblent montrées un retrait des hommes par rapport à ces questions souvent considérées, à tort, comme exclusivement féminines, nous avons pu constater dans notre étude que 8 femmes sur 11 leur attribuaient une place particulièrement importante à ce propos. En effet, nous retrouvons chez

elles un désir de tenir compte des préférences de leur partenaire. L'extrait d'entretien avec Angéline, 25 ans, consultant au centre de planification et d'éducation familiale pour une IVG médicamenteuse, le démontre :

« - *J'ai essayé tout plein de choses moi niveau contraception. J'ai commencé avec la pilule, bon classique, mais je la supportais pas du tout.*

- *Comment ça ?*

- *Je sais pas, j'avais l'impression de devenir folle (fait des guillemets avec ses doigts)...en fait j'avais des sautes d'humeur sans arrêt, ça devenait plus possible, mon copain commençait à péter un câble (rire) et puis j'avais moins de libido aussi.*

- *Effectivement, ça fait partie des effets indésirables qu'on connaît. Vous avez enchaîné sur autre chose du coup ou pas ?*

- *Oui oui bien sûr. J'ai voulu mettre un implant, vous savez au niveau du bras. Au final ça m'allait pas non plus, j'avais mes règles quasi tout le temps. Du coup, avec mon gynéco, on a mis un stérilet, celui qui est naturel là.*

- *Oui je vois.*

- *Franchement, j'avais pas de soucis avec, je me sentais bien et tout. Mais mon copain me disait sans arrêt qu'il sentait les fils...bon mon gynéco les a recoupés et il sentait toujours et voulait que je le fasse enlever.*

- *Et finalement ?*

- *Bah comme une conne je l'ai fait et je suis repartie sur une pilule. Mais qu'est-ce que je regrette maintenant ! »*

On voit donc bien que même pour une femme qui peine à trouver une contraception qui lui convient, son choix peut être mis à mal par l'homme qui partage sa vie.

De la même manière, au cours d'une observation de consultation, une des femmes que nous avons vue ne souhaitait pas de contraception après son IVG, ne voulant ni hormones ni corps étranger. Le praticien lui a alors conseillé d'utiliser au moins des préservatifs masculins, ce à quoi elle a répondu « *Ah non, les préservatifs ça va pas être possible avec mon mari, il veut pas de ça* ». Alors que les préservatifs masculins semblaient pouvoir lui convenir, elle s'y est refusée. On voit donc bien ici aussi le poids que peut avoir l'homme dans les questions relatives à la contraception.

La HAS va d'ailleurs jusqu'à expliquer qu'il peut être un véritable frein à une contraception adaptée pour la femme (24).

3.3.2. L'entrave des idées-reçues

L'analyse de nos entretiens a démontré que le poids des représentations personnelles des femmes et de leurs idées-reçues étaient particulièrement prégnant.

En effet, nous l'avons vu, les professionnels de santé peuvent avoir des représentations, mais les femmes n'en sont pas moins à l'abris. Nous avons retrouvé des idées-reçues diverses et variées chez plus de la moitié de nos interrogées (7 femmes sur 11). Ainsi, a-t-il pu nous être dit « *J'ai entendu dire que le stérilet, ça pouvait rendre stérile à terme* », « *Moi je pense que la pilule, faut pas trop la prendre quand même...enfin je veux dire pas durant des années et des années. Ca reste des hormones et moi je me dis que ça peut peut-être donner le cancer* », « *Oui sans doute qu'il y existe des contraceptifs plus adaptés pour les ado, les jeunes femmes et celles qui ont des enfants* ».

Certaines idées-reçues ancrées chez les femmes sont parfois même véhiculées par certains professionnels eux-mêmes, ainsi une des patientes nous a dit « *Mon ancien gynéco, il a jamais voulu me poser un stérilet soit disant car on en posait pas aux femmes qui avaient pas eu d'enfant, jusqu'au jour où il a accepté...bon la pose s'est pas super bien passée, j'ai fait un malaise, il a dû paniquer je pense et du coup il l'a retiré* ».

Quand ce ne sont pas les propres idées-reçues des femmes ce sont celles de leur environnement familial ou amical qui œuvrent. Ainsi, nous avons pu observer une patiente refuser le « stérilet » au motif que sa mère lui avait déconseillé tant qu'elle était jeune ou une femme dire au professionnel de santé qu'elle ne voulait pas d'hormones parce-que sa meilleure amie est naturopathe, qu'elle connaît bien les effets des hormones sur les animaux et comme ce n'est pas bon pour eux, ça ne doit pas l'être non plus pour elle...

Yaëlle Amsellem-Manguy, dans sa thèse sur la contraception d'urgence et l'analyse des pratiques contraceptives, dit d'ailleurs à ce sujet que l'autonomie individuelle est partielle (49). C'est effectivement ce que nous constatons aussi et en particulier chez les jeunes femmes qui sont peut-être plus que d'autres sensibles à l'avis et aux idées de leur entourage.

Evidemment, il faut respecter le désir des femmes d'éviter tel ou tel type de contraceptifs mais il faut également s'évertuer à déconstruire les idées-reçues qui sont encore parfois tenaces.

Conclusion

La question de la contraception est presque universelle, parce qu'elle a touché, touche et touchera de nombreuses femmes durant leur vie.

En raison du nombre important de femmes concernées par une IVG pour échec contraceptif au cours de leur vie, la contraception est un sujet de santé public dont l'enjeu est important.

En France, divers outils mis à disposition des professionnels de santé et des femmes pour l'aide au choix contraceptif ont émergé ces dernières années. Toutefois, ils n'ont pas réussi à endiguer le nombre de recours à l'IVG, que l'on peine à s'expliquer.

La question de la contraception au sein des consultations d'IVG s'avère être capitale. Et ce d'autant plus lorsque l'on sait que certaines situations de vulnérabilité, tel le post-abortum, sont considérés comme étant des périodes à risque de nouvel échec contraceptif donnant lieu à des grossesses non désirées. Il est donc d'autant plus important d'aider ces femmes à choisir une prescription leur étant adaptée.

Mais la question du libre choix en matière de contraception est complexe. Elle englobe, comme nous l'avons vu de nombreux paramètres (l'information reçue, les connaissances, les représentations et idées reçues de part et d'autre, les influences extérieures, etc) que nous ne pouvons pas toujours maîtriser en tant que professionnel de santé.

A travers cette étude, nous souhaitons donc voir comment s'inscrivait la question de la contraception dans les consultations IVG. L'analyse de nos observations et de nos entretiens nous a permis de saisir ce qui s'y passait et la façon dont elle était abordée.

Ainsi, nous posions comme première hypothèse que l'obligation légale d'information, incombant aux professionnels de santé, n'était pas toujours respectée, les femmes ne disposant ainsi pas d'une information éclairée. Notre hypothèse peut être en partie validée. Notre étude a démontré que les professionnels de santé informaient bel et bien les femmes qu'ils recevaient en consultation, mais que l'amplitude de l'information donnée variait. Notre étude a surtout révélé l'importance d'apprendre à communiquer, dès la formation initiale des professionnels de santé et en formation continue car une bonne communication n'a rien d'innée.

Notre deuxième hypothèse qui était que malgré les diverses campagnes de communication et d'information mises en œuvre par les pouvoirs publics, les femmes n'avaient globalement pas une connaissance suffisante des différentes contraceptions disponibles est quant à elle confirmée. Notre étude a démontré que les femmes pouvaient avoir de nombreuses lacunes en termes de contraception.

Enfin, notre dernière hypothèse qui était que la liberté de choix des femmes en matière de contraception n'est pas totalement effective est également confirmée. Notre étude a démontré que ce n'était pas tant le professionnel de santé qui était en cause mais davantage l'entourage, au sens large (famille, amis, compagnon, société), des femmes.

Nous avons ainsi tous un rôle à jouer pour permettre aux femmes de réaliser un libre choix en matière de contraception.

Bibliographie

1. Les compétences des sages-femmes - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
2. Contraception - Sommaire - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-sommaire.html>
3. Expressions : interruption - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interruption/43845/locution>
4. La contraception dans le monde - Fiches pédagogiques - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/>
5. OMS | Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 29 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
6. L'avortement dans le monde - Fiches pédagogiques - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 7 févr 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-avortement-dans-le-monde/>
7. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété - Population et Sociétés - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 22 décembre 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
8. Bodet A. Histoire de la contraception, de la grossesse subie à la grossesse désirée [Thèse]. [France] : Université d'Angers ; 2014.
9. Histoire de la contraception : J. Lansac [Internet]. [cité 22 décembre 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/030/Media/
10. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne [En ligne]. Population et sociétés. 2005 [cité 22 décembre 2016] Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/250/francais_418.fr.pdf
11. Régnier-Loilier A. Avoir des enfants en France : désirs et réalités. Paris : INED ; 267 p.
12. Contraception et avortement : les grandes dates en France - 27 novembre 2007 - L'Obs [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur:

- <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS6977/contraception-et-avortement-les-grandes-dates-en-france.html>
13. Revue Prescrire, article en une, sages-femmes août 2005 [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierSageFemme.php>
 14. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/>
 15. Contraception: ce qui change à partir du 1er juillet - L'Express [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur: http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/contraception-ce-qui-change-a-partir-du-1er-juillet_1807820.html
 16. OMS | Planification familiale/Contraception [Internet]. [cité 29 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
 17. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? - Population et Sociétés - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>
 18. HAS. Contraception d'urgence, prescription et délivrance à l'avance [En ligne]. HAS ; 2013 [cité le 24 décembre 2016] 125 p. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
 19. ORS. Contraception, IVG et IST chez les franciliennes [En ligne]. ORS ; 2011 [cité le 24 décembre 2016] 2 p. Disponible : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/Contraception.pdf>
 20. La persistance de la norme contraceptive | Crips Ile-de-France [Internet]. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/dossier-contraception/contraception-norme-contraceptive.htm>
 21. INPES, BVA. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit [En ligne]. Dossier de presse. Paris; sept 2007. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
 22. Efficacité des moyens contraceptifs : l'indice de Pearl - ameli-santé [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>
 23. Direction générale de la santé. Contraception, pour une prescription adaptée [Internet] [cité 24 mai 2017]. 12p. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
 24. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 24 janvier 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

25. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et la femme [Internet]. [cité 24 janvier 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
26. L'IVG pour mineures : comment ça se passe ? | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 24 janvier 2017]. Disponible sur: <http://ivg.social-sante.gouv.fr/l-ivg-pour-mineures-comment-ca-se-passe.html>
27. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Légifrance [Internet]. [cité 24 janvier 2017]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id\\$](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id$)
28. Jourdain P. Préjudice réparable en cas de défaut d'information médicale : la Cour de cassation réoriente sa jurisprudence. Revue civile. 2014 [Internet] [cité 24 janvier 2017]. Disponible sur : http://actu.dalloz-estudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/JUIN_2015/12-22.123_RTD_civ..pdf
29. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature | Cairn.info [Internet]. [cité 31 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.html>
30. DORTIER, J.F. CABIN, P. Ouvrage collectif. La communication, états des savoirs. Auxerre : Sciences Humaines ; 2005. 462p
31. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé - EM|consulte [Internet]. [cité 30 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/131495>
32. Bioy A, Bourgeois F, Nègre I. La communication entre soignant et soignée : repères et pratiques. 3^e Edition. Bréal ; 2013. 162 p
33. Raach M. Elaboration d'outils de communication destinés à des patients traumatisés crâniens graves pris en charge en service de soins de suite et de réadaptation. [France] : Bordeaux ; 2011.
34. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer [Internet]. [cité 1 février 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814257/>
35. Prospective randomised controlled trial on the role of patient information leaflets in obtaining informed consent. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 1 février 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16626351>
36. V. Christophe, M. Corbeil, V. Servent, L. Vanlemmens, J.M. Pion, C. Humez, P. Vennin. Évaluation des supports écrits sur la compréhension des informations médicales en cancérologie. Exemple de la chimiothérapie adjuvante des cancers du sein. Revue francophone psycho-oncologie. 2003. Numéro 4 p 161-168 [En ligne] [cité 1 février 2017] Disponible : <http://ureca.recherche.univ-lille3.fr/uploads/File/Christophe/RFPO%20-%20Info%20-%202003.pdf>

37. L. Laccourreye, A. Werner, R. Cauchois, O. Laccourreye. Interprétation et mémorisation de l'information pour parotidectomie. Elsevier Masson. 2009. P 53-60 [En ligne] [cité 1 février 2017] Disponible sur : http://www.orlfrance.org/college/biblio/Bibliographies_Reco_information_patients_avant_thyroidectomie/Interpr%20et%20m%20m%20morisation%20de%20informati%20on%20pour.pdf
38. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative | Cairn.info [Internet]. [cité 1 février 2017]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.htm>
39. Debest C, Mazuy M. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant. Population et sociétés. 2014. Numéro 158 [En ligne] [Cité 1 février 2017] Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18704/population_societes_2014_508_choix_sans_enfant.fr.pdf
40. De Beauvoir S. Le deuxième sexe, tome I. Gallimard ; 1986. 408 p
41. Polis CB, Grimes DA, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). Cochrane Database Syst Rev 2007 ; [En ligne] [cité 1 février 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18055735>
42. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. Obstet Gynecol 2007; [En ligne] [cité 1 février 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17197603>
43. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women. A systematic review of literature. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011; [En ligne] [cité 1 février 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869281>
44. Faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour aider les femmes à prévenir une grossesse non désirée | Cochrane [Internet]. [cité 1 février 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD005497/faciliter-lacces-a-la-contraception-durgence-pour-aider-les-femmes-a-prevenir-une-grossesse-non-desiree>
45. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO - EM|consulte [Internet]. [cité 3 février 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/39460>
46. Chardon A-S. Les échecs de contraception orale par interactions médicamenteuses et troubles digestifs [Mémoire de sage femme] [En ligne] [France] : Nancy ; 2015 [cité 3 février 2017] Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2015_CHARDON_ANNE_SOLENNE.pdf
47. Consentement au traitement médical et représentations sociales - RERO DOC [Internet]. [cité 4 février 2017]. Disponible sur: <http://doc.rero.ch/record/5165>

48. INPES, BVA. Les français et la contraception [En ligne]. Paris; mars 2007. [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
49. Amsellem-Manguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes [Thèse de sociologie] [En ligne]. [France] : Paris ; 2007 [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00903733>
50. Garcia J. Le point sur la contraception d'urgence en 2014 [Doctorat de pharmacie] [En ligne]. [France] : Bordeaux ; 2014 [cité 24 décembre 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01010731/document>
51. Perrin E, Berthoud M, Chardonnens D, Dupanloup A, Gendre A. Rapport final: Représentations de la contraception des professionnels de la santé: l'exemple des sages-femmes, des infirmières, des médecins gynécologues du Département de Gynécologie et d'Obstétrique et des conseillères en planning familial (CIFERN) des Hôpitaux universitaires de Genève. Genève: Le Bon Secours; 2003 juin. p. 117.

Annexes

Annexe I : Grille d'observation

Grille d'observation

- **Description des lieux et des différents acteurs/participants**
 - Salle d'attente
 - Configuration de la pièce où a lieu la consultation
 - Rôle des différents acteurs
 - Interactions entre les différents acteurs
 - Etc
- **Etablissement du 1^{er} contact entre le professionnel de santé et la patiente**
- **L'être**
 - Les attitudes et comportements
 - Les gestes
 - La posture
 - Le ton de la voix
 - Passivité chez la patiente/ou l'inverse
- **La communication et les interactions professionnel-patiente :**
 - Le discours du professionnel et de la patiente
 - Les représentations de chacun
 - L'adaptation du professionnel à la patiente
 - Etc
- **Le recueil de l'information par le professionnel**
 - L'histoire contraceptive
 - Volontés de la patiente
 - La recherche des connaissances de la patiente par le professionnel
 - Etc
- **La délivrance de l'information**
 - La déconstruction des idées reçues
 - L'information donnée (laquelle ? complète ? personnalisée ? intelligible ? etc)
 - Les supports utilisés
- **La prescription de la contraception**
 - Le professionnel s'appuie l'expérience de la patiente
 - Recherche la volonté de la patiente
 - Le professionnel facilite la participation de la patiente
 - Décision partagée autour de la contraception prescrite
 - Etc
- **Fin de la consultation**

Annexe II : Grille d'entretien

Grille d'entretien

● **Profil de la patiente**

- Question principale : Pouvez-vous vous présenter ?
- Question de relance 1 : Quel âge avez-vous ?
- Question de relance 2 : De quelle origine êtes-vous ?
- Question de relance 3 : Quelles études avez-vous faites ?
- Question de relance 4 : Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? Si oui, laquelle ?
- Question de relance 5 : Etes-vous en couple ?
- Question de relance 6 : Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Question de relance 7 : De quand date votre IVG ? Dans quel type de lieu a-t-elle été réalisée ? Quelle méthode a été utilisée ?
- Question de relance 8 : Aviez-vous effectué une IVG auparavant ? Si oui, quand ? Et par quelle méthode ?

● **Histoire contraceptive**

- Question principale : Pouvez-vous me parler de votre parcours contraceptif jusqu'à aujourd'hui ?
- Question de relance 1 : A quel âge avez-vous utilisé pour la première fois une contraception ?
- Question de relance 2 : Etait-ce dans un but contraceptif ou pour une autre raison (douleurs de règles, acné, etc.) ?
- Question de relance 3 : Quelle contraception avez-vous utilisé lors de votre 1^{er} rapport sexuel ?
- Question de relance 4 : Comment en êtes-vous venue à choisir cette première contraception ?
- Question de relance 5 : Qui vous la prescrite (hors préservatifs) ?
- Question de relance 6 : Combien de temps l'avez-vous prise ?
- Question de relance 7 : Avez-vous utilisé d'autres moyens de contraception après celle-ci ?
- Question de relance 8 : Si oui, lesquels ?
- Question de relance 9 : Qu'est-ce qui vous a fait changer de contraception ?

- Question de relance 10 : Comment les avez-vous choisies et qui vous les a prescrites ?

● **Cause de l'échec contraceptif ayant conduit à l'IVG**

- Question principale : Que s'est-il passé avec votre contraception actuelle ?)

- Question de relance 1 : Comment en êtes-vous arrivée à être enceinte ?

- Question de relance 2 : Etait-ce le premier oubli ? Si non, à quelle fréquence oubliez-vous votre contraception (fréquemment = plus d'une fois par semaine ; occasionnellement = plus d'une fois dans le mois ; rarement = moins d'une fois par mois) ?

- Question de relance 3 : Etiez-vous satisfaite de votre contraception ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

- Question relance 4 : Avez-vous l'impression qu'elle vous était adaptée ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

● **Déroulement de la consultation ayant conduit à la prescription de la contraception post-abortum**

- Question principale : Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulée la consultation où on vous a prescrit votre contraception pour l'après IVG ?

- Question de relance 1 : Vous sentiez-vous à l'aise ? Aviez-vous l'impression d'être dans une relation de confiance ?

- Question de relance 2 : Est-ce vous ou le professionnel de santé qui a abordé la question de la contraception ?

- Question de relance 3 : Le professionnel de santé vous a-t-il interrogé sur votre mode de vie et votre situation ?

- Question de relance 4 : Avez-vous eu le sentiment de pouvoir exprimer vos préférences, vos peurs ?

- Question de relance 5 : Le professionnel de santé a-t-il essayé de vous rassurer ?

- Question de relance 6 : Le professionnel de santé vous a-t-il proposé un moyen de contraception en particulier ou avez-vous dit de vous-même la contraception souhaitée ?

- de relance 7 : Le professionnel de santé vous a-t-il présenté d'autres moyens de contraception ? Si oui, lesquels ?

- Question de relance 8 : Avez-vous pu comprendre facilement ses explications ? Qu'en avez-vous retenu ? A-t-il utilisé des supports ?

- Question de relance 9 : Avez-vous le sentiment d'avoir été écouté par le professionnel de santé ?

- Question de relance 10 : Avez-vous le sentiment que vos souhaits ont été pris en considération ?

- **La question du choix contraceptif en pratique**

- Question principale : Comment et pourquoi avez-vous choisi cette contraception ?

- Question de relance 1 : Vous a-t-on expliqué comment utiliser votre contraception ?

Avez-vous le sentiment d'avoir compris ?

- Question de relance 2 : Vous a-t-on présenté les divers avantages et inconvénients de votre moyen de contraception ?

- Question de relance 3 : Vous a-t-on expliqué quoi faire en cas d'oubli ? Pouvez-vous me dire ce que vous en avez compris (contraception d'urgence entre autres)?

- Question de relance 4 : Vous a-t-on parlé du coût de votre contraception ?

- **Représentations (culturelles, sociologiques, psychologiques, etc.) et idées reçues autour de la contraception**

- Question principale : Que représente pour vous la contraception ?

- Question de relance 1 : La voyez-vous comme une contrainte ou une libération ?

- Question de relance 2 : La voyez-vous potentiellement comme quelque chose de dangereux pour votre santé ?

- Question de relance 3 : Pensez-vous qu'à long terme elle puisse rendre stérile ? Si oui, quelle contraception en particulier ?

- Question de relance 4 : Pensez-vous qu'il existe une contraception plus adaptée pour les adolescentes, les jeunes femmes sans enfant et les femmes ayant des enfants ?

- Question de relance 5 : Que vous a-t-on dit ou qu'avez-vous entendu sur l'efficacité de votre contraception ?

- Question de relance 6 : Y'a-t-il certaines contraceptions qui vous font peur ? Lesquelles et pour quelles raisons ?

- **Les diverses influences entrant en compte (famille, amis, conjoint, médias, etc)**

- Question principale : Comment en êtes-vous arrivée à choisir cette contraception ?

- Question de relance 1 : Qu'est-ce qui vous a convaincu ?

- Question de relance 2 : En aviez-vous entendu de bons échos de la part de votre famille, de vos amies, dans les magazines, sur internet, à la télévision ?

- Question de relance 2 : Avez-vous entendu de mauvais échos sur d'autres contraceptifs ? Si oui, quels contraceptifs et quels mauvais échos ?

- Question de relance 3 : Parlez-vous de contraception avec votre conjoint ?

- Question de relance 4 : Se sent-il concerné par cette question ?

- Question de relance 5 : A-t-il une préférence dans le choix de votre contraception ?
Si oui, laquelle et pourquoi ?

- Question de relance 6 : Vous sentiriez-vous prête à changer de contraception si votre conjoint vous le demandait ?

● **Les connaissances sur la contraception et les sources d'informations**

- Question principale : Pouvez-vous me parler des différents moyens de contraception que vous connaissez ?

- Question de relance 1 : De manière générale comment qualifieriez-vous vos connaissances sur la contraception ?

- Question de relance 2 : Aimerez-vous avoir davantage de connaissances ?

- Question de relance 3 : Lorsque vous avez une question sur la contraception, où allez-vous chercher la réponse ?

- Question de relance 4 : Faites-vous confiance aux informations données par les professionnels de santé ?

● **Satisfaction de la contraception**

- Question principale : Que pensez-vous de votre contraception ?

- Question de relance 1 : Etes-vous satisfaite de votre contraception ?

- Question de relance 2 : Aimerez-vous en changer ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) et pour quel contraceptif et prévoyez-vous d'en parler à un professionnel de santé ?

● **Les axes d'amélioration des consultations de contraception**

- Question principale : Qu'attendez-vous d'une consultation où on aborde la question de la contraception ?

- Question de relance 1 : Qu'avez-vous apprécié lors de votre consultation ?

- Question de relance 2 : Que n'avez-vous pas apprécié lors de votre consultation ?

- Question de relance 3 : Qu'aimeriez-vous lors d'une consultation où la contraception est abordée ?

- Question de relance 4 : De manière générale, pensez-vous que la question de la contraception soit suffisamment abordée ?

Annexe III : Population d'étude

Femme interrogée	Age	Origine	Situation matrimoniale	Niveau d'étude	Profession	Gestité /Parité	Contraception utilisée au moment de la grossesse/Type d'IVG réalisée
Anna	24	Française	En concubinage	Bac + 2	Sans emploi	2eme geste /Nullipare	Pilule/IVG chirurgicale
Marie	20	Française	En couple	Bac + 2	Etudiante en pharmacie	Primigeste /Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Noémie	28	Française	En concubinage	Bac + 5	Juriste	Primigeste / Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Christelle	35	Sénégalaise	Mariée	Bac + 5	Banquière	Primigeste / Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Angéline	25	Française	En concubinage	Bac + 2	Sans emploi	Primigeste / Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Maéva	19	Française	En couple	CAP	Esthéticienne	Primigeste / Nullipare	Préservatifs masculins/IVG chirurgicale
Leïla	28	Française	En concubinage	Bac + 3	Serveuse	2eme geste /Primipare	DIU au cuivre/IVG chirurgicale
Axelle	30	Française	Mariée	Bac + 5	Journaliste	2eme geste /Nullipare	Pilule/IVG chirurgicale
Clara	23	Française	En concubinage	Bac + 2	Sans emploi	Primigeste / Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Apolline	25	Française	En concubinage	Bac	Vendeuse	Primigeste / Nullipare	Pilule/IVG médicamenteuse
Léa	22	Guinéenne	En couple	Bac + 3	Etudiante en ressources humaines	Primigeste / Nullipare	Préservatifs masculins/IVG médicamenteuse

LEGENDE	
	Consultation au centre de planification et d'éducation familiale
	Consultation au cabinet libéral

Résumé

La France dispose d'une importante couverture contraceptive notamment grâce aux politiques de prévention et de sensibilisation mises en œuvre par les pouvoirs publics. Néanmoins, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (dont les 2/3 concernent un échec contraceptif) demeure encore relativement important et constitue ce que l'on qualifie de paradoxe français. Les divers scandales sanitaires dont la contraception a pu faire l'objet ces dernières années ont permis de relancer le débat autour de la question de la norme contraceptive encore très présente.

L'objectif de cette étude est de déterminer si les pratiques médicales, lors des consultations d'interruption volontaire de grossesse, permettent aux femmes de réellement choisir leur contraception.

Dix consultations d'interruption volontaire de grossesse ont été observées dans un centre de planification et d'éducation familiale et au sein d'un cabinet libéral et onze entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les femmes ayant consulté.

Nous avons alors démontré que si l'information autour de la contraception, pouvant concourir au libre choix de celle-ci, existait bel et bien, elle pouvait néanmoins n'être que partielle et parfois teintée de partialité. D'autre part, nous avons établi que les femmes observées et interrogées ne disposaient globalement pas d'une connaissance suffisante des différentes contraceptions disponibles. Et enfin, notre étude révèle que la liberté de choix en matière de contraception n'est pas totalement effective.

Mots clés : contraception – choix – interruption volontaire de grossesse

Abstract

France has significant contraceptive coverage especially with prevention and awareness-raising policies implemented by the public authorities. Nevertheless, number of abortions (2/3 relate to contraceptive failure) is still relatively large and constitutes what is called a French paradox. The various health scandals that have been the subject of contraception in recent years have revived the debate around the question of the contraceptive norm that is still very present.

The objective of this study is to determine if medical practices, during abortion consultations, allow women to actually choose their contraception.

Ten consultations for abortion were observed in a family planning and education center and in a liberal doctor's office, and eleven semi-directed interviews were conducted with the women who consulted.

We demonstrated that if information about contraception, which could contribute to the free choice of contraception, existed, it could nevertheless be only partial and sometimes tinged with partiality. On the other hand, we found that the women observed and interviewed didn't have sufficient knowledge of the various contraceptives available. And finally, our study reveals that freedom of choice in contraception is not fully real.

Keywords : contraception – choice – abortion