



HAL
open science

Recherche des facteurs de risque de répétition de l'interruption volontaire de grossesse par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine

Léa Lugbull

► **To cite this version:**

Léa Lugbull. Recherche des facteurs de risque de répétition de l'interruption volontaire de grossesse par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03465416

HAL Id: dumas-03465416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03465416>

Submitted on 3 Dec 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°126

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Léa LUGBULL

Née le 11/05/1994 à Aix-en-Provence

Le 05/11/2021

**Recherche des facteurs de risque de
répétition de l'interruption volontaire de
grossesse par les médecins généralistes de
Nouvelle-Aquitaine**

Sous la direction du Docteur Sandrine FRANTZ

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Claude HOCKE
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET
Madame le Docteur Dounia BAITA

Président
Juge, rapporteur
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Claude HOCKE, président du jury, vous me faites l'honneur de présider ce travail de thèse, merci pour l'attention portée à ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, rapporteur et juge, merci pour votre disponibilité et vos conseils dans la réalisation de ce projet. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET, juge, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Madame le Docteur Dounia BAITA, juge, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le Docteur Sandrine Frantz, directrice de thèse, merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils avisés, merci de m'avoir permis de réaliser le diplôme universitaire de régulation des naissances et suivi de la femme, durant lequel j'ai beaucoup appris.

Aux Conseils de l'Ordre des Médecins qui ont accepté de m'aider dans mon travail en diffusant mon questionnaire, notamment le Conseil de l'Ordre de la Gironde.

Aux différents professionnels de santé qui m'ont aidé durant ce parcours, à Lenka qui m'a transmis sa passion pour la gynécologie. Au Pr Salamon, à Tanguy Martin, merci pour ton aide précieuse !

A mes amis :

Les Caribous de l'externat, merci à Camille, Clément, Éric, Jeanne-Claire, Jules, Laure, Marie, Marine, Mayane, Poulpy, Tristan, Samy et tous leurs conjoints. Merci pour les fous rires passés ensemble, les voyages, je ne pourrais pas tout décrire ici mais sachez que vous êtes ma bouffée d'oxygène !

Aux copines de l'internat de Bordeaux, les adorables Satinées, j'espère que l'on pourra se retrouver ensemble une fois vos internats terminés ! Mention spéciale pour Déborah, ma perle rare, toujours disponible et souriante, merci.

A Camille et sa joie de vivre indéfectible. A Eva, pour les bons moments passés ensemble et pour m'avoir fait découvrir le bivouac pyrénéen. A Sophie et Thibaut, votre amitié m'est précieuse. A Romane, PA, Barbara, Marion, Quentin, Morgane, Jean, Clément. A Mélanie et Fred. A Lisa et mes autres colocataires de Périgueux, on aura tous bien rigolé

au Poulailier ! A Manon (et Vincent) et mes co-internes de gynéco et à leurs débriefings du café du matin, merci pour votre soutien. A Léa et Amandine, mes co-internes des urgences, avec qui on a passé des chouettes moments. A Pauline, pour sa douceur.

A Julie, pour ton amitié intemporelle.

A tous mes amis scouts EEUdF, aux côtés desquels j'ai passé parmi mes meilleurs moments, j'ai tellement appris avec vous... Un grand merci à Garance, pour ton enthousiasme et ton énergie.

A Véronique. A Thibaut et Nicolas, je dirais Ayo-merci.

A filles dorées, Marie, Lucie, Isabelle, Elsa, mais aussi à Tiphaine. Merci pour votre présence, votre aide, vos rire et sourires !

A Laure et Julie, amies de longue date sur qui je peux toujours compter, merci.

A la famille Simon-Delcros, merci pour votre accueil chaleureux.

A Jean-Baptiste,

Qui a su parfaitement m'apporter calme, sérénité, apaisement dans les moments difficiles. Merci pour tout ce que tu es.

A ma famille,

Grande tribu que l'on est, merci à tous mes cousins, cousines, tantes, oncles et grand-oncle pour m'avoir encouragée dans cette voie !

A mes parents,

Je vous remercie pour tous le soutien que vous m'avais apporté et que vous continuez de m'apporter. Vous restez un véritable pilier dans ma vie, et je ne pourrais jamais assez vous remercier pour tout ce que vous m'avez permis de devenir. Merci pour le soutien durant ces études de médecine, indispensable, que vous m'avez apporté en tout temps et en tout lieu.

A mes frères et sœurs, nombreux

Merci. Merci d'être vous, merci de m'avoir soutenue, merci pour votre enthousiasme permanent.

Et particulièrement, merci à Elina

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 6 |
| MATERIEL ET METHODE..... | 8 |
| I- Description de l'étude..... | 8 |
| II- Lieu et date de l'étude..... | 8 |
| III- Type de recrutement..... | 8 |
| IV- Description du questionnaire..... | 9 |
| V- Phase test du questionnaire..... | 9 |
| VI- Recueil et analyse des données..... | 10 |
| VII- Mesures éthiques et règlementaires..... | 10 |
| RESULTATS..... | 11 |
| I- Caractéristiques de la population..... | 11 |
| A. Caractéristiques générales..... | 11 |
| B. Formation de la population étudiée..... | 11 |
| 1) Formation théorique..... | 11 |
| 2) Connaissances concernant les facteurs de risque de répétition de l'IVG..... | 12 |
| II- Analyse des pratiques..... | 12 |
| A. Pratiques habituelles..... | 12 |
| 1) Pratique de la gynécologie..... | 12 |
| 2) Rythme habituel de suivi gynécologique..... | 12 |
| 3) Pratique de l'IVG médicamenteuse..... | 12 |
| 4) Lors de la prescription d'une contraception..... | 13 |
| B. Modification des pratiques face à une femme à risque..... | 13 |
| 1) La recherche des facteurs de risque..... | 13 |

| | |
|--|-----------|
| 2) La question des violences..... | 13 |
| 3) Modification du rythme de suivi..... | 14 |
| 4) Proposition de LARC (Long Acting Reversible Contraception)..... | 14 |
| 5) Vérification des connaissances de la contraception..... | 14 |
| 6) Le changement de contraception..... | 15 |
| C. L'impact d'une formation..... | 15 |
| III- Profil des praticiens dépistant les facteurs de risque de répétition..... | 15 |
| IV- Perceptions et attentes des participants..... | 16 |
| A. Qui se sent formé ?..... | 16 |
| B. Le rôle des violences..... | 16 |
| C. Un échec de contraception ?..... | 16 |
| D. Souhait de formation..... | 16 |
| DISCUSSION..... | 18 |
| I- Forces et faiblesses de l'étude..... | 18 |
| II- Discussion des résultats..... | 19 |
| CONCLUSION..... | 25 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 26 |
| ANNEXES..... | 30 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 37 |
| RESUME..... | 38 |

INTRODUCTION

L'Interruption Volontaire de Grossesse est un droit qui a été acquis par le peuple français grâce à la publication de l'article 75-17 de la loi Veil le 17 janvier 1975 (1), reconduite le 31 décembre 1979 par la loi Pelletier (2). L'IVG est considérée comme une véritable libération par la femme qui déclare désormais pouvoir avoir un enfant « si je veux, quand je veux » (3).

La France compte en 2019 un nombre total de 232 200 interruptions volontaires de grossesse (4). Ce chiffre peut sembler élevé compte tenu de la bonne diffusion de la contraception à travers le pays, étant utilisée par plus de 7 femmes sur 10 en âge de procréer (5) ; c'est ce qui est communément appelé le "paradoxe français". En effet, 33% des femmes auront recours à l'IVG une fois dans leur vie ; 9,5% y auront recours deux fois ; enfin 4,1% y auront recours 3 fois ou plus (6). Les IVG répétées représentent ainsi 29% du nombre total d'IVG (7).

Outre cette prévalence, un constat a particulièrement retenu notre attention et motivé le travail de cette thèse : le nombre d'IVG par an est stable, alors que moins de femmes y ont recours (6). Cela signifie que le taux de première IVG diminue, mais que de plus en plus de femmes y ont recours de manière répétée.

Or, il importe de garder à l'esprit que l'IVG n'est pas sans conséquences. Il a été démontré que des répercussions psychologiques sont fréquentes, telles des dépressions, des baisses d'estime de soi, des troubles du comportement alimentaire, etc...(8,9). On note aussi des effets indésirables plus rares, directement dus aux interventions tels que des hémorragies, des douleurs, des infections...(10-12)

Les facteurs prédictifs de répétition d'une IVG sont cependant connus (13,14), à savoir un contexte familial fragile, une situation économique défavorable, un âge jeune lors de la première IVG, le vécu de traumatismes, une instabilité du couple, le chômage, une précarité professionnelle. Il est également nettement ressorti que le fait d'avoir été victime de violences représente un facteur de risque de répétition d'une IVG. Qu'elles aient eu lieu dans le passé ou qu'elles soient d'actualité, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, les violences sont surreprésentées chez les femmes consultant pour des IVG itératives (15,16).

Il a pourtant été prouvé qu'un suivi de la femme et du couple est efficace pour réduire le taux de répétition de l'IVG (17). Une approche interdisciplinaire, avec un suivi inscrit dans le temps, semble répondre à cette problématique.

Il apparaît ainsi nécessaire que les médecins en connaissent les différents éléments prédictifs afin d'adapter leur suivi. Or la formation dans ce domaine semble largement insuffisante (18).

La présente étude a pour objectif de déterminer si les médecins généralistes ont les bons réflexes de dépistage et s'ils modifient leurs pratiques face à une femme présentant un risque de recourir à nouveau à une IVG.

Objectifs : principal et secondaires

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et les pratiques déclarées des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine concernant les facteurs prédictifs de répétition de l'IVG.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les difficultés ainsi que les besoins des médecins généralistes concernant le dépistage de la répétition d'une IVG et de déterminer les caractéristiques des médecins les moins sensibilisés à cette problématique.

MATERIEL ET METHODE

I- Description de l'étude

Cette étude est quantitative, descriptive ; elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes.

II- Lieu et date de l'étude

Le questionnaire a été adressé aux médecins praticiens de médecine générale de Nouvelle-Aquitaine.

La période de recueil est du 11 novembre 2020 au 16 février 2021.

III- Type de recrutement

La population incluse était les médecins généralistes en activité exerçant en Nouvelle-Aquitaine, hommes et femmes, salarié ou libéraux, avec ou sans sur-spécialisation. Les internes étaient exclus de cette étude.

Les médecins généralistes ont été contactés par différents moyens :

- mailing liste : rediffusion par mail via les conseils de l'ordre suivants : Gironde, Charente, Corrèze ; les autres ayant refusé
- lien internet présent sur le site des conseils départementaux de l'ordre des médecins des Landes, Dordogne, et Charente-Maritime
- démarchage téléphonique (sélection aléatoire des médecins via les coordonnées mises en ligne sur le site AMELI)
- démarchage via l'entourage professionnel.

Les deux derniers modes de recrutement ont été réalisés suite au refus de diffusion des conseils de l'ordre, afin d'augmenter la puissance de l'étude.

IV- Description du questionnaire

Le questionnaire qui figure en annexe a été réalisé à la suite de recherches documentaires et d'entretiens avec des professionnels du domaine de l'IVG. Il comprenait des questions générales concernant le "profil du répondeur", son lieu d'exercice, ainsi que ses formations. Il permettait d'évaluer la fréquence de la pratique de la gynécologie, le rythme habituel de suivi de la contraception et la réalisation ou non d'interruptions volontaires de grossesses. Il questionnait également sur la connaissance des facteurs de risque de répétition d'une IVG.

Etait ensuite exposées 3 situations cliniques dans lesquelles une femme avec un antécédent d'IVG se présentait en consultation. Il était notamment demandé au médecin s'il décelait des facteurs de risque de répétition de l'IVG, s'il reprenait les connaissances de la contraception avec la patiente, s'il modifiait son rythme de suivi ou s'il proposait un autre moyen de contraception. Ce mode de questionnaire a été choisi dans le but de s'approcher au mieux de la réalité de l'exercice du praticien.

Enfin, le questionnaire interrogeait sur le type de formation à laquelle le médecin aurait éventuellement voulu avoir accès pour parfaire ses connaissances.

Les réponses au questionnaire étaient anonymisées.

Le questionnaire était mis en ligne sur le site LimeSurvey, logiciel d'enquêtes statistiques. Les médecins y avaient accès au moyen d'un lien envoyé sur leur messagerie électronique.

V- Phase test du questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire a été relu par plusieurs médecins généralistes (contacts personnels de médecins remplaçants ou installés). Ces derniers ont notamment suggéré d'ajouter la catégorie « semi-rural », de proposer des ordres de grandeurs lorsque la fréquence de l'exercice de la gynécologie était demandée, d'ajouter des réponses « autre » afin de laisser plus de choix au participant, et l'ont enrichi quant à la clarté de certains énoncés. Ils ont également proposé d'indiquer la durée du questionnaire au début de celui-ci.

Ceux-ci n'ont pas participé à l'étude par la suite.

VI- Recueil et analyse des données

Les réponses aux différentes questions ont été recueillies automatiquement sur des fichiers PDF et Excel grâce au logiciel LimeSurvey.

Les données quantitatives ont été recueillies telles quelles.

Les données qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage grâce au logiciel LimeSurvey. Des tests de Chi2 ont été utilisés, avec une correction de Yates lorsque cela s'avérait nécessaire. Lors de petits effectifs, le test de Fisher a été privilégié. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

VII- Mesures éthiques et réglementaires

Le logiciel de recueil utilisé a permis un anonymat total des réponses. Les noms et prénoms des participants n'étaient pas demandés dans le questionnaire et les adresses IP n'ont pas été enregistrées.

Le questionnaire n'impliquait pas de patient réel.

L'accord du CPP et de la CNIL n'a pas été nécessaire.

RESULTATS

I- Caractéristiques de la population

Un total de 228 questionnaires a été recueilli, complets et incomplets. Les données ont été analysées pour 183 questionnaires complets.

A. Caractéristiques générales

Tableau I : *Caractéristiques générales de la population (N=183)*

| | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------|
| Age (ans) | Age moyen | 43,6 |
| | Ecart-type | 11,39 |
| | Age médian | 39 |
| | Ecart inter-quartile | 18,5 |
| | Etendue | 29-69 |
| Sexe | Féminin | N=117 (63,93%) |
| | Masculin | N=66 (36,07%) |
| Exercice | Urbain | N=56 (30,60%) |
| | Semi-rural | N=76 (41,53%) |
| | Rural | N=51 (27,87%) |
| Distance cabinet-centre d'IVG | < 1 heure | N=179 (97,81%) |
| | >1 heure | N=4 (2,19%) |

B. Formation de la population étudiée

1) *Formation théorique*

121 participants ont déclaré ne pas avoir de formation particulière en gynécologie, soit 66,12% des répondants.

20,22% (N=37) sont détenteurs d'un diplôme universitaire (DU) de gynécologie ; 12,02% (N=22) ont participé à des formations médicales continues ; 4,37% (N=8) ont assisté à des congrès ; et 3,28% (N=6) déclarent avoir d'autres types de formation (stages en planning familial, semaines de formation, activité en service de gynécologie).

2) *Connaissances concernant les facteurs de risque de répétition d'une IVG*

53% (N=97) des médecins généralistes participants à cette étude pensent connaître les facteurs prédictifs de la répétition d'une IVG.

II- Analyse des pratiques

A. Pratiques habituelles

1) *Pratique de la gynécologie*

Dans cette étude, il apparaît que 13,11% (N=24) des praticiens ne pratiquent jamais de gynécologie.

41,53% (N=76) en pratiquent moins d'une fois par semaine ; 33,88% (N=62) en font moins d'une fois par jour, mais plus d'une fois par semaine.

Enfin, ceux exerçant de la gynécologie plus d'une fois par jour représentent 11,48% (N=21) du total des participants.

2) *Rythme habituel de suivi gynécologique*

La majorité des médecins déclarent avoir un rythme de suivi de leurs patientes dans le cadre gynécologique de 6 mois à 1 an (ils sont précisément de 53,01%, N=97).

Une autre partie (37,70%, N=69) déclare les suivre une fois par an.

Plus rares sont ceux qui les suivent moins d'une fois par an (2,73%, N=5) et ceux qui les suivent plus d'une fois tous les 6 mois (6,56%, N=12).

3) *Pratique de l'IVG médicamenteuse*

Dans le cadre de l'étude des pratiques des médecins généralistes, il leur a été demandé s'ils réalisaient des IVG médicamenteuses. Ceux-ci ont répondu par la négative en grande majorité. Seuls 4,73% (N=8) déclarent en réaliser.

4) *Lors de la prescription d'une contraception*

Dans ce questionnaire, il a été demandé aux médecins s'ils avaient pour habitude, lorsqu'ils prescrivent une contraception, de demander à leurs patientes si elles avaient déjà eu recours à une IVG.

Ils sont 125, soit 68,31%, à déclarer rechercher ce type d'antécédent.

B. Modification des pratiques face à une femme à risque

Il s'agit ici de savoir si, face à une femme présentant des facteurs de risque de répétition de l'IVG, les médecins modifient leurs pratiques.

1) *La recherche des facteurs de risque*

Chez les participants ayant répondu qu'ils connaissaient les facteurs de risque de répétition de l'IVG (N=97), 23,71% ne pensent que rarement, voire jamais, à les rechercher lorsqu'ils sont face à une patiente ayant un antécédent connu d'IVG.

Cette étude montre que les médecins femmes pensent plus souvent que leurs homologues masculins à rechercher les facteurs de risque ($p=0,046$) (*quelques fois/souvent/toujours*).

Les médecins pratiquants des IVG médicamenteuses les recherchent également plus que ceux n'en pratiquant pas ($p=0,013$).

2) *La question des violences*

Dans la première situation, décrivant une patiente ayant un antécédent d'IVG et consultant pour des violences conjugales, 15,85 % (N=29) des médecins interrogés ne questionnent pas la patiente sur d'autres types de violences qu'elle aurait pu subir antérieurement. Les résultats n'ont pas mis en évidence de profil particulier de participants prenant l'initiative de les interroger à ce sujet.

3) Modification du rythme de suivi

Face à une patiente étant identifiée comme à risque d'avoir recours à nouveau à une IVG, les médecins sont nombreux à mettre en place un suivi médical plus rapproché, et ce, quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques ou leurs formations et pratiques professionnelles.

En effet, 100% de ceux qui suivent habituellement leurs patientes moins d'une fois par an en gynécologie vont suivre celles-ci plus fréquemment, lorsqu'ils l'estiment à risque.

Parmi ceux qui suivent habituellement les patientes une fois par an, ils sont de 65,91% à 86,36% à les suivre plus souvent selon les situations S1, S2 ou S3.

Parmi ceux qui ont un rythme habituel de suivi de 6 mois à un an, 37,04 à 53,70% des praticiens rapprochent leur suivi.

4) Propositions de LARC (Long Acting Reversible Contraception)

Les praticiens de cette étude sont nombreux à proposer des méthodes de longue durée d'action lorsqu'ils sont face à une femme à risque de répétition de l'IVG : ils sont de 77,98% à 93,58% selon les situations cliniques, sans distinction particulière.

Certains praticiens (de 8,20% à 26,78% selon les situations) sont réticents à proposer des méthodes de longue durée d'action dans les cas décrits.

Les raisons sont pour eux majoritairement une absence d'indication (de 3,28 à 20,22%), un manque de compétence de pose (3,28 à 4,92%), un manque de temps (1,64 à 2,19%), ou un manque de connaissance concernant ces méthodes (0,55 à 1,09%). D'autres raisons sont invoquées : la difficulté à aborder un tel sujet alors qu'il ne s'agit pas du motif de consultation, l'âge de la patiente, l'absence de cas avérés d'échec de contraception dans ses antécédents. Certains proposent des LARCS uniquement en cas d'oublis, lorsque la méthode de contraception ne convient pas, ou en cas de difficultés à la gérer au quotidien. Quelques-uns proposent de réaliser une consultation dédiée.

5) Vérifications des connaissances de la contraception

La majeure partie des médecins pense à demander si la contraception est bien prise et bien comprise (de 80 à 98% d'entre eux selon la situation 1 ou 2).

Les médecins les plus jeunes (moins de 45 ans) sont, de manière significative, plus nombreux à vérifier avec la patiente si la technique de prise de la contraception est bien assimilée ($p=0,029$).

6) *Le changement de contraception*

En cas d'IVG itératives, 97,27% des participants (N=178) conseillent fortement un changement de contraception, d'autant plus s'ils exercent en milieu rural ou semi-rural ($p=0,031$).

C. L'impact d'une formation

Les praticiens ayant bénéficié de formations sont plus nombreux à connaître les facteurs de risque de répétition de l'IVG.

En effet, parmi ceux n'ayant pas de formation particulière, seulement 46,28% (N=58) déclarent les connaître, contre 75,68% (N=28) de ceux détenteur d'un Diplôme Universitaire ou contre 61,90% (N=13) de ceux ayant participé à des congrès.

Les praticiens ayant reçu une formation sont statistiquement plus nombreux à penser à rechercher les facteurs de risque de répétition d'une l'IVG que ceux n'ayant pas reçu de formation ($p=0,008$).

III – Profil des praticiens dépistant les facteurs de risque de répétition

Sur les 183 participants au questionnaire, 12 ont réussi à détecter au moins le bon nombre de facteurs de risque de répétition de l'IVG dans les 3 situations cliniques.

Il s'agit de médecins ayant un âge moyen de 43,75 ans, et qui ont un rythme de suivi habituel statistiquement plus rapproché que les autres répondants, à savoir au moins une fois tous les 6 mois. Ils n'ont pas d'autres caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles différentes des autres participants.

IV- Perceptions et attentes des participants

A. Qui se sent formé ?

16,94% (N=31) des participants se sentent suffisamment formés dans le domaine de l'IVG.

Les hommes se sentent moins formés que les femmes, de façon statistiquement significative ($p=0,033$). A la question : pensez-vous connaître les facteurs de risque de répétition d'une IVG, les femmes sont plus nombreuses à répondre par l'affirmative ($p=0,0002$).

Ceux qui se sentent formés le sont effectivement car ils ont bien relevé un risque de répétition de l'IVG dans la première situation, contrairement à ceux qui se disent insuffisamment formés ($p= 0,017$).

B. Le rôle des violences

Un antécédent de violences dans l'enfance est un facteur de risque de répétition d'une IVG selon 129 participants, soit 70,49% d'entre eux.

Les médecins ayant reçu une formation sont statistiquement plus nombreux que ceux n'en ayant pas reçu à considérer qu'il s'agit d'un facteur de risque ($p=0,0004$).

De même, ceux pratiquant de la gynécologie plus d'une fois par jour sont plus nombreux à le penser ($p=0,008$).

C. Un échec de contraception ?

Selon 48,63% des participants (N=89), les IVG itératives sont principalement en rapport avec un échec de contraception, notamment selon les médecins exerçant en milieu urbain ($p=0,034$).

D. Souhait de formation

152 participants (soit 83%) déclarent ne pas être assez formés dans ce domaine. Les demandes principales de formation portent sur un plus grand accès à la formation

médicale continue, à une plus grande formation initiale universitaire, et un plus faible nombre souhaite davantage d'outils de communications.

Certains souhaitent avoir une formation spécifique portant sur l'IVG médicamenteuse, d'autres déclarent avoir planifié de faire une formation dans les prochaines années (notamment le diplôme universitaire dédié).

D'autres encore déplorent une insuffisance de formation et préfèrent adresser la patiente en centre spécialisé, choisir l'option d'un suivi par un gynécologue ou bien déclarent adresser très facilement les patientes vers les collègues formés à la pratique de l'IVG.

Certains se sentent peu formés, mais déclarent ne pas en ressentir le besoin au motif qu'ils ont peu de patientes ayant un antécédent d'IVG. Un participant estime ne pas avoir besoin de formation mais affirme savoir où rechercher des informations si le besoin se présentait.

DISCUSSION

I- Forces et faiblesses de l'étude

Quelques points relatifs à cette étude doivent être discutés.

La population cible de cette étude était les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine. 183 réponses ont été analysées pour un effectif total de 8374 médecins généralistes exerçant dans cette région (au 1er janvier 2021). Cette faible proportion de réponses diminue la puissance de l'étude. Une des explications porte incontestablement sur le contexte d'épidémie de COVID-19 : les praticiens expliquaient avoir d'autres priorités et une volumineuse charge de travail déjà imposée par l'épidémie. Nous avons donc tenté de limiter cette problématique en utilisant différents moyens de communication et en effectuant un démarchage téléphonique.

En outre il existe un important biais de sélection : le recrutement avait été pensé aléatoire par diffusion du questionnaire via les Conseils de l'Ordre, mais l'opération a été rendue difficile en raison du manque de coopération de leur part. D'autres méthodes de recrutement ont alors dû être proposées : des contacts via l'entourage professionnel et un démarchage téléphonique aléatoire, altérant considérablement la qualité du recueil initialement prévu.

Par ailleurs, nous pouvons penser que les participants ayant répondu au questionnaire étaient des praticiens sensibles à la problématique de l'interruption volontaire de grossesse, mais il était difficile de s'affranchir de ce biais. Une réflexion peut aussi être menée en ce qui concerne la communication et notamment la messagerie électronique, laquelle peut s'avérer inopportune.

Les praticiens ayant accepté de répondre au questionnaire diffèrent légèrement de la population cible : ils sont jeunes (âge moyen de 43,6 ans pour une moyenne d'âge réelle de 50,1 ans) et sont majoritairement des femmes (63,93% tandis qu'elles ne représentent en réalité que 50,35% du total des médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine). La population urbaine est peu présente dans cette étude, alors même que la population cible est urbaine dans 79% des cas.

Dans les situations cliniques de ce questionnaire, les facteurs de risque n'étaient pas individualisés, afin de ne pas influencer le participant. Ainsi, une des faiblesses de l'étude est qu'il n'a pas été possible de déterminer quels sont les facteurs de risques précis qui ont été repérés par le praticien. Nous pouvons seulement savoir s'il en a dépisté et combien. Par ailleurs tous les facteurs de risque existants n'ont pas pu être mentionnés.

La force principale de ce travail est son caractère novateur. En effet, nous n'avons pas retrouvé d'étude sur cette problématique. Les facteurs de risque de répétition de l'IVG ont été définis dans de nombreux travaux, mais le dépistage de ces derniers n'a jamais été exploré.

Le questionnaire utilisé dans cette étude était ergonomique : il était court, facile à remplir, et l'utilisation de situations cliniques permettait de s'approcher au mieux des pratiques actuelles en médecine générale.

Cette étude a permis de faire un état des lieux des pratiques déclarées. Elle pourrait s'avérer utile pour justifier la mise en place d'un programme d'informations pour les médecins généralistes. Elle concerne un problème de santé publique, dont l'actualité est prégnante.

Par ailleurs, la puissance peut tout de même être considérée comme conséquente au regard des contraintes tenant d'une part à la crise sanitaire, d'autre part à la résistance des conseils de l'ordre.

Quant au mode de recrutement des participants, il a été élargi grâce à l'utilisation de différents moyens de communication, afin de ne pas se limiter aux utilisateurs habituels des mailings liste.

II- Discussion des résultats

Cette étude met en évidence un manque certain de connaissances des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine quant aux facteurs de risque de répétition de l'IVG.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude de ce type dans la littérature et ne pouvons donc comparer ce résultat avec d'autres travaux.

Nous notons également qu'une proportion non négligeable de praticiens ne pense pas à rechercher ces facteurs de réitération lors de leurs consultations, alors qu'ils déclarent les connaître. Cette difficulté constitue un véritable frein pour la formation, car ils pensent, à tort, être formés, et ne pourront pas développer leur sensibilité et leur pratique sur cette question médicale.

Cependant, on peut relever que lorsque des risques de répétition sont identifiés, les médecins semblent tout de même augmenter leur fréquence de suivi, et la majorité d'entre eux sont plus vigilants quant à l'observance de la contraception, notamment les plus jeunes d'entre eux. Ces résultats vont dans le même sens que les profils d'inscrits au diplôme universitaire "régulation des naissances et suivi de la femme" dispensé par l'université de

Bordeaux : sur les cinq dernières années, on relève sur les listes d'inscription une moyenne de 44% des participants étant encore des jeunes praticiens, en formation initiale.

Cette dernière observation semble encourageante pour l'avenir, car de nombreuses patientes présentent des difficultés concernant l'observance de leur contraception. En effet des études françaises démontrent qu'un nombre considérable de patientes méconnaissent les délais d'oubli de pilule, n'ont que des notions partielles concernant les conduites à tenir en cas d'oubli ou ont des lacunes concernant les contraceptions d'urgence (19,20).

Notre étude a montré que les praticiens ayant les meilleurs réflexes de dépistage de répétition de l'IVG et les meilleures connaissances à ce sujet sont des femmes. Peu de littérature a été répertoriée sur ce point, mais il semble probable qu'elles se sentent plus concernées par ce sujet que leurs confrères masculins : entre 2016 et 2020, elles représentaient 97% des inscrits au diplôme universitaire de "régulation des naissances et suivi de la femme" de Bordeaux.

Cette étude met en exergue les besoins ressentis par les praticiens en termes de formation concernant l'IVG. Les médecins généralistes, particulièrement les hommes, ne se sentent pas suffisamment formés dans ce domaine. Cette carence semble corroborée par une autre étude réalisée en 2018 selon laquelle seulement 19% des professionnels estimaient la formation initiale en gynécologie satisfaisante, et 45% estimaient qu'elle ne serait que moyennement satisfaisante (18).

Il avait également été établi que 40% des professionnels se jugeaient moyennement formés pour aborder les problématiques psycho-sociales lors des entretiens pré-IVG.

Il importe de souligner que dans les territoires dépourvus de gynécologues, lesquels sont de plus en plus étendus, le soutien des médecins généralistes en la matière est singulièrement appauvri, ce qui leur impose de développer leurs compétences (21).

C'est dans cet esprit que le programme régional d'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine, édité en 2019, met l'accent sur la nécessité d'augmenter le nombre de médecins conventionnés pour réaliser des IVG (22). Selon ce programme, il est urgent de développer la formation validante à l'IVG médicamenteuse en ville, à savoir faciliter l'accès à la formation, prévoir une cellule de coordination/formation des professionnels libéraux sur l'IVG médicamenteuse en ville et diffuser l'offre de formation en particulier à l'attention des médecins.

Les formations peuvent être réalisées par différents moyens : le développement professionnel continu (lequel est obligatoire), les diplômes universitaires et inter universitaires, les congrès, la presse médicale... A ce titre l'université de Bordeaux propose notamment le DU sus-visé "régulation des naissances et suivi de la femme" dirigé par le

Dr Frantz traitant toutes les problématiques relatives à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. Selon une thèse réalisée en 2016, la grande majorité des médecins estime que cette formation a répondu à leurs attentes

En 2017, la réforme de l'internat de médecine générale a défini le stage de gynécologie comme étant obligatoire et d'une durée réglementaire de 6 mois (au lieu de 3 mois dans certaines régions). Cependant, différents travaux mettent l'accent sur l'importance de réaliser ces stages en structures de consultation plutôt qu'en structure d'hospitalisation. Des stages ambulatoires permettraient notamment de réaliser des consultations de suivi, de coordination des soins, de dépistage et de prévention. Augmenter la durée de stage est une bonne initiative, encore faut-il que les mises en applications soient cohérentes avec la formation nécessaire à l'exercice de la médecine générale (23,24).

Par ailleurs, la question des violences semble importante à aborder, notamment à la lumière des résultats du travail de thèse de qualité de Mathilde Lafaysse (14). Notre étude retrouve qu'une proportion non négligeable de médecins ne questionnait pas la patiente sur de potentielles violences, alors même qu'il a été prouvé dans le travail du docteur Lafaysse que les patientes consultant dans un cadre d'IVG itérative ont plus souvent subi des violences pendant l'enfance/adolescence ou conjugales que les patientes consultant pour une première IVG. De même, un travail mené en Nouvelle Zélande en 2008 retrouvait que les femmes ayant été victimes de violences conjugales, sexuelles ou physiques réalisaient 2,5 fois plus d'avortements que les autres femmes (25).

Alors pourquoi, suite à ce constat, les violences ne sont pas systématiquement dépistées lors de consultation pour IVG ?

Nous pouvons imaginer différentes hypothèses : par exemple la gêne éprouvée par le médecin à potentiellement ouvrir la boîte de Pandore, et à devoir faire face à la patiente relatant les aspects traumatiques de son histoire. Il faut pouvoir être en mesure d'accueillir ses paroles et orienter la patiente vers les bons services. Chaque médecin n'est pas nécessairement prêt, ni formé à traiter ce type de situation délicate. Un article à ce sujet expliquait que certains médecins estimaient que "parler des violences entraînait des retombées négatives pour la patiente, aggravait les choses, pour elle parler des violences serait une violence faite à la patiente et réactiverait une souffrance" (26). Or, Maria Eugenia Urriburu, psychologue, a bien établi l'effet libérateur de la parole (27).

On peut également penser que le manque de temps en consultation constitue un frein supplémentaire ; l'expression de ce type de confiance nécessitant un temps important de mise en confiance et d'écoute active.

Selon une étude menée en Ile-de-France en 2013, il existe d'autres obstacles au repérage des violences conjugales. Certains médecins considèrent que cette recherche ne

figure pas parmi leurs attributions, tandis que d'autres estiment que certaines pratiques feraient partie de la culture du patient. Certains médecins soutiennent qu'un tel questionnement constituerait une violation de la vie privée, on a pu relever une peur de la réaction de la patiente, un sentiment d'impuissance, la connaissance des autres membres de la famille, un manque de formation, ou encore une minimisation du problème. D'autres écrits évoquent l'inquiétude des médecins face aux conséquences judiciaires en cas de rédaction d'un certificat médical initial lorsque des violences conjugales sont découvertes. Enfin certains mentionnent la méconnaissance des associations pouvant les aider, l'ambivalence voire le déni de la victime, l'isolement bien connu du médecin (28–30).

Depuis quelques années, le gouvernement français tente de sensibiliser le public et les professionnels de santé à la problématique des violences conjugales au moyen d'importants outils de communication. Ainsi, le site récent internet "*arrêtons les violences*" présente des informations à l'attention des victimes, des témoins mais aussi des professionnels (31). Il comporte pour ces derniers des outils de formation (court métrage pédagogique, livret de formation, fiche réflexe, chiffres clefs), des outils de communication (affiches, dépliants, clips vidéo) et des paroles d'expert.

Chaque année, 213 000 femmes déclarent avoir été victimes de violences conjugales. Au-delà de la question des IVG, c'est une problématique qui ne peut plus être occultée par les médecins. Si des outils existent, c'est avant tout la prise de conscience et la formation qu'il importe de développer.

En outre, il est fréquent qu'il soit décidé un changement de contraception lors de la consultation pour IVG. Un travail mené dans le sud-est de la France établit qu'une méthode contraceptive différente de celle utilisée, voire non utilisée, était prescrite dans 78,8% des cas (32). 92,2% des patientes bénéficiaient alors d'une contraception efficace. La majorité des méthodes contraceptives prescrites étaient des méthodes orales (pilules), suivies de près par les méthodes de longue durée d'action (LARC : dispositif intra-utérin, implant).

Cette idée rejoint les résultats de notre étude dans laquelle la majorité des praticiens propose un changement de contraception au profit d'un LARC. Ce type de méthode a en effet prouvé son efficacité : une étude suédoise menée de 2009 à 2012 montrait que 90% des patientes ayant une contraception par LARC après une IVG ne présentait pas de répétition d'IVG (tandis qu'elle sont seulement 75% dans ce cas lorsque la contraception post-IVG était orale) (33). Une autre étude réalisée en Nouvelle-Zélande a des résultats similaires : le dispositif intra-utérin est plus efficace que la pilule pour réduire le risque de répétition de l'IVG (34).

Mais alors, quels sont les freins à la généralisation de l'utilisation des LARC ?

On peut citer en premier lieu la réticence de certains praticiens à les mettre en place chez les nullipares (anciennes croyances). Suite à une IVG médicamenteuse par exemple, les LARC sont posés chez seulement 30% des patientes nullipares, tandis qu'ils sont posés chez 44% des patientes ayant déjà eu des enfants (35). L'HAS précise pourtant bien que la pose de dispositif intra-utérin et d'implant est possible (36).

Un deuxième frein majeur est constitué par la temporalité de la pose du dispositif intra-utérin. En effet, celui-ci ne pouvant pas être posé le jour de l'IVG en cas de méthode médicamenteuse et nécessitant obligatoirement une consultation chez un professionnel de santé (médecin, sage-femme), il exige des contraintes organisationnelles. Le travail de thèse réalisé dans le sud-est de la France établissait ainsi qu'aucun dispositif intra-utérin initialement prescrit lors de la prise en charge d'une IVG médicamenteuse à domicile n'avait été posé lors de la consultation post-IVG (32).

Un troisième facteur restrictif repose sur le fait que les patientes sont souvent perdues de vue : plus de la moitié de celles n'ayant pas eu le LARC prescrit posé le jour de l'IVG ne se présente pas à la consultation post-IVG (32). De manière plus générale, un quart des patientes ayant réalisé une IVG ne se présente pas à la consultation post-IVG (37).

En quatrième lieu, on observe parfois un manque de compétence de pose, même si ce n'est pas l'argument majoritaire dans nos résultats. Cette carence a très certainement pour origine un manque de formation initiale : en Aquitaine, 55% des internes de médecine générale déclarent ne pas savoir poser de manière autonome un dispositif intra-utérin après leur stage validant la gynécologie (23).

Enfin, selon l'étude précédemment citée, seulement 14,4% des patientes consultant pour IVG ont une prescription conjointe de contraception d'urgence (32). Nous nous sommes questionnés sur ce faible pourcentage, mais d'après nos recherches, la prescription anticipée d'une contraception ne permet finalement pas de diminuer la fréquence de l'IVG (38).

Une contraception efficace est assurément un pilier de la prévention de l'IVG, mais il ne faut cependant pas occulter la prise en charge des facteurs psychologiques dans ce contexte. Trop souvent, l'IVG, lorsqu'elle est répétée, ne relève pas du hasard. Il existe fréquemment une ambivalence entre le désir d'être enceinte et le désir d'avoir un enfant, et bien souvent une souffrance psychique (39).

Brigitte Mytnik, psychologue, nous expose que l'entretien mené lors d'IVG permet souvent de faire émerger "la profondeur d'un désir inconscient, d'un dérapage répétitif, d'une volonté de négation, d'un désir de fourvoyer l'absence". L'IVG est parfois "une tentative de soulager la souffrance psychique de la femme. (...) Ces tentatives ont souvent à voir avec une difficulté liée à la perte, qu'il s'agisse d'un deuil récent ou ancien, d'une

rupture, d'un traumatisme, d'un changement quelconque mal vécu, d'une dépression maternelle, d'une menace d'anéantissement de soi-même, etc...".Elle décrit le traumatisme induit par l'IVG et les conséquences qu'elle peut avoir sur les prochaines grossesses voire prochaines IVG (40).

De manière anecdotique, nous pouvons par ailleurs mentionner chez de rares femmes une forme de dépendance à l'avortement dont Irène Vilar nous fait part dans son livre autobiographique « Maternité avortée » (41). Elle y décrit l'ambivalence que peut ressentir une femme face à la maternité, la sexualité et la maîtrise de la fécondité. Elle explique avoir utilisé la procréation comme un pouvoir, un défi, mais aussi comme un moyen d'échapper au vide, voire d'automutilation.

Le travail à mener avec ces patientes dépasse donc le cadre strictement médical, il est aussi psychologique ; le suivi doit être particulièrement adapté, ce qui ne semble pas être le cas à l'heure actuelle. Ainsi, l'entretien post-IVG avec un conseiller conjugal est proposé à seulement un quart des patientes, et uniquement 20% d'entre elles l'acceptent (37).

Fort heureusement, des outils existent aujourd'hui : le planning familial, qui a été créé en 1960, joue en France un rôle majeur dans la contraception. Il a notamment permis d'améliorer significativement les prises en charge contraceptives en post-IVG (42). Cependant, comme nous l'avons mentionné, la prise en charge des IVG itératives passe par les professionnels de santé, la qualité de leurs pratiques et de leurs différentes formations. Le temps pris à des fins d'éducation thérapeutique, une meilleure formation du personnel, une approche sociale sont des éléments qui seront finalement bénéfiques à terme car c'est avant tout le traitement de ces facteurs qui diminuera la fréquence de nouvelle consultation pour IVG (17).

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances et les pratiques déclarées des médecins généralistes concernant les facteurs de risque de répétition de l'IVG.

Les questionnaires analysés permettent d'affirmer que des progrès s'imposent en matière de formation : les facteurs de risque sont trop peu connus, notamment par les médecins de sexe masculin et les médecins de plus de 45 ans. Cependant, lorsqu'ils sont détectés chez des patientes, nombreux sont ceux qui proposent un suivi plus rapproché ou une contraception par méthode de longue durée d'action.

Le manque ressenti de formation en gynécologie était déjà décrit par certains auteurs, et nous le retrouvons également dans les résultats de cette étude.

Nous pensons particulièrement qu'une sensibilisation des médecins à la prise en charge psychologique devrait être réalisée. La problématique de l'IVG ne peut être traitée sans l'instauration d'un dialogue avec la patiente, sans prendre en compte le contexte de vie dans lequel elle s'inscrit. Nous pensons également que l'inclusion du père est un élément à approfondir. L'ensemble de ces éléments pourrait être développé par la mise en place systématique d'une consultation post-IVG.

Nous pourrions également envisager une fiche d'aide au dépistage à la répétition de l'IVG à la disposition du médecin généraliste.

Ces approches semblent possibles par la mise en place d'une organisation optimale des différents acteurs du système de soin. L'offre territoriale doit être pensée de manière à permettre la meilleure coordination de soins possible. L'IVG est un enjeu de santé publique majeur : ses facteurs de risque de répétition doivent être connus, dépistés, tout en veillant à éviter toute stigmatisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/1975-02-23/>
2. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000705056/1980-01-02/>
3. Léon M. Un enfant si je veux, quand je veux... Gestalt. 23 juill 2013;n° 43(1):104-18.
4. Ministère des solidarités et de la santé. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiques-de-presse/article/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
5. La contraception en France. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france-2017/>
6. Mazuy M, Tulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. 2015;(518). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2015-1-page-1.htm>
7. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 2014;69(3):365.
8. Pourreza A, Batebi A. Psychological Consequences of Abortion among the Post Abortion Care Seeking Women in Tehran. Iran J Psychiatry. 2011;6(1):31-6.
9. Wang L, Zhang Y, Wang H, Li H, Zhao Z, Wang N, et al. Repeated abortion in adulthood induces cognition impairment in aged mice. Sci Rep. 30 juill 2018;8(1):11396.
10. Carlsson I, Breeding K, Larsson P-G. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. BMC Womens Health. 25 sept 2018;18(1):158.
11. Mark KS, Bragg B, Talaie T, Chawla K, Murphy L, Terplan M. Risk of complication during surgical abortion in obese women. Am J Obstet Gynecol. févr 2018;218(2):238.e1-238.e5.
12. Sajadi-Ernazarova KR, Martinez CL. Abortion Complications. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>

13. Hengy G. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition [Thèse d'exercice de médecine]. Toulouse; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/863/1/2015TOU31040.pdf>
14. Lafaysse M. Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009. Bordeaux; 2010.
15. Citernes A, Dubini V, Uglietti A, Ricci E, Cipriani S, Parazzini F, et al. Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2015;20(5):344-9.
16. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Is there any relation between couple violence and repeated medical abortion? *Gynecol Obstet Fertil Senol*. août 2017;45(7-8):416-20.
17. Jacovetty EL, Clare CA, Squire M-B, Kubal KP, Liou S, Inchiosa MA. Clinical oversight and the avoidance of repeat induced abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;142(3):349-53.
18. Didier C. Analyse des pratiques des professionnels de santé autour du déroulement de l'entretien pré-interruption volontaire de grossesse [Mémoire de Sage-Femme]. [Rouen]; 2018.
19. Alouini S, Uzan M, Méningaud JP, Hervé C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. août 2002;104(1):43-8.
20. Boos D. Évaluation de la connaissance des femmes sous pilule de leur contraception [Mémoire de Sage-Femme]. [Grenoble]; 2018.
21. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? *Pédagogie Médicale*. févr 2002;3(1):19-24.
22. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Plan régional d'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine. 2019;50.
23. Deseille N. La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie: état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration. Bordeaux; 2017.
24. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie? Rennes; 2018.
25. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. août 2008;48(4):391-7.

26. Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. Clin Méditerranéennes. 2013;88(2):69.
27. Uriburu ME. Quelques éléments pour « briser le silence » des violences conjugales. Clin Mediterr. 6 nov 2013;n° 88(2):59-68.
28. Maria Barroso-Debel, Gilles Lazimi, Nadine Lazimi, André Soares, Antoine De Beco, Julie Chastaing, Anne-Marie Magnier. Obstacle au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale.pdf. nov 2014;10(9):423-8.
29. Dautrevaux M. Quels sont les freins au dépistage et à la prise en charge des violences conjugales en soins primaires?: quelles réponses peut-on apporter? :62.
30. Poyet-poullet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales [Thèse d'exercice de médecine]. Nantes; 2006. Disponible sur: <https://www.gynsf.org/vc/these.pdf>
31. Gouvernement. Arrêtons les violences [Internet]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>
32. l'Heudé A. Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes-Maritimes et du Var Est : réalités et perspectives. 20 avr 2018;51.
33. Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. mai 2016;95(5):565-71.
34. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. Contraception. sept 2010;82(3):260-5.
35. Valteau A. Analyse des pratiques concernant la contraception post-IVG médicamenteuse par les professionnels de santé du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux. Bordeaux; 2020.
36. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
37. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. 2005;34:9.
38. Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception a systematic review. 2013;Contraception(87):590-601.
39. Pettex K. Interruptions volontaires de grossesse iteratives Quel sens donner a ces grossesses impossibles [Mémoire de Sage-Femme]. Lyon; 2012.

40. Mytnik B. IVG, fécondité et inconscient. *Érès*; 2007. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/ivg-fecondite-et-inconscient--9782749206981.htm>
41. Vilar I. Maternité avortée : le témoignage d'une femme qui ne savait pas devenir mère. Balland. 2010. 218 p.
42. Curtis C. Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés. 2011;36:44-8.

ANNEXES

Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse concernant le dépistage des IVG à répétition, je me permets de vous solliciter par ce questionnaire évaluant les pratiques des médecins généralistes.

Durée : entre 5 et 10 minutes.

En vous remerciant,

Léa Lugbull, interne de médecine générale

Partie A: Présentation

A1. Etes-vous

Une femme

Un homme

A2. Quel âge avez-vous ?

A3. Quel est votre mode d'exercice ?

Rural

Semi-rural

Urbain

A4. Avez-vous une formation particulière en gynécologie ?

Oui : Diplôme Universitaire

Oui : Participation à une Formation Médicale Continue

Oui : Participation à des congrès

Non

Autre

Autre

A5. Pratiquez-vous de la gynécologie

Jamais

Rarement (moins d'une fois par semaine)

Quelques fois (moins d'une fois par jour mais plus d'une fois par semaine)

Souvent (plus d'une fois par jour)

A6. A quelle distance horaire est situé le centre d'IVG le plus proche ?

moins d'1 heure

plus d'1 heure

A7. Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses en ville ?

Oui

Non

Partie B: Introduction IVG

B1. A quel rythme suivez-vous habituellement vos patientes pour suivi de la contraception ?

Plus d'1 fois / 6 mois

entre 6 mois et 1 an

1 fois / an

Moins d'1 fois / an

B2. Recherchez-vous un antécédent d'IVG lors de la prescription d'une contraception ?

Oui

Non

B3. Pensez-vous connaître les facteurs de risque de répétition d'une IVG ?

Oui

Non

B4. Les recherchez-vous après un antécédent connu d'IVG ?

- Jamais
- Rarement
- Quelques fois
- Souvent
- Toujours

B5. Pensez-vous que les IVG itératives sont principalement en rapport avec un échec de contraception ?

- Oui
- Non

Partie C: SITUATION 1

C1. Je vais maintenant vous proposer quelques vignettes de situations cliniques, qui me permettront d'étudier les pratiques professionnelles à ce sujet.

Madame A, 33 ans, consulte pour la rédaction d'un Certificat Médical Initial suite à des violences de la part de son compagnon. C'est une mère de 3 enfants (de 3 pères différents), qui a pour antécédents : HTA, IVG en 2015. Traitement : Pilule progestative. Après vous être occupé de son motif principal de consultation, vous vous intéressez au reste.

Dans cette situation, ya-t-il un risque de répétition de l'IVG ?

- Non
- Oui

C2. Combien de facteurs de risque avez-vous identifié ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

| | | |
|-------|---|--|
| C3. | Abordez-vous la question des violences subies dans le passé (physiques, sexuelles,...) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| C4. | Un antécédent de violence dans l'enfance serait-il un facteur de risque de répétition d'IVG ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| C5. | Profitez vous de la consultation pour rediscuter de sa contraception ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| C6. | A quel rythme allez-vous la suivre dans le cadre de sa contraception ? | Plus d'1 fois / 6 mois <input type="checkbox"/> entre 6 mois et 1 an <input type="checkbox"/> 1 fois / an <input type="checkbox"/> Moins d'1 fois / an <input type="checkbox"/> |
| C7. | Lui proposez-vous une contraception par méthodes de longue durée d'action (DIU, implant) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| C8. | Si vous n'avez pas proposé de méthode de longue durée d'action, est-ce par | Absence d'indication <input type="checkbox"/> Manque de temps <input type="checkbox"/> Manque de connaissance concernant ces méthodes <input type="checkbox"/> Manque d'outils de communication (schéma, brochures, matériel factice,...) <input type="checkbox"/> Manque de compétence de pose <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> |
| Autre | | |

C9. Si elle présentait des IVG itératives, lui conseilleriez-vous fortement un changement de contraception ?

Oui

Non

Partie D: SITUATION 2

D1. Madame B, 21 ans, vient pour renouvellement de la prescription de son anneau vaginal. Antécédents : Tentative de suicide à l'âge de 17 ans, parents séparés, perte de son frère dans l'enfance, IVG à l'âge de 20 ans.

Y a-t-il un risque de répétition d'IVG ?

Non

Oui

D2. Combien de facteurs de risque avez-vous repéré ?

0

1

2

3

4

5

D3. Faut-il reprendre les connaissances de la contraception ? (durée d'action, délai de retrait,...)

Oui

Non

D4. A quel rythme allez-vous la suivre dans le cadre de sa contraception :

Plus d'1 fois / 6 mois

entre 6 mois et 1 an

1 fois / an

Moins d'1 fois / an

D5. Lui proposez vous une contraception par méthodes de longue durée d'action (DIU, implant) ?

Oui

Non

D6. Si vous n'avez pas proposé de méthode par longue durée d'action, est-ce par

Absence d'indication

Manque de temps

Manque de connaissance concernant ces méthodes

Manque d'outils de communication (schémas, brochures, matériel factice,...)

Manque de compétence de pose

Autre

Autre

Partie E: SITUATION 3

E1. Madame C, 25 ans, vient pour renouvellement de sa pilule oestro-progestative (LEELOO). Patiente qui vit dans un logement précaire, en rupture familiale et au chômage. ATCD : 1 IVG.

Y a-t-il un risque de répétition d'IVG ?

Non

Oui

E2. Combien de facteur de risque repérez-vous ?

0

1

2

3

4

5

E3. A quel rythme allez-vous la suivre dans le cadre de sa contraception ?

Plus d'1 fois / 6 mois

entre 6 mois et 1 an

1 fois / an

Moins d'1 fois / an

E4. Proposez-vous une contraception par méthodes de longue durée d'action (DIU, implant) ?

Oui

Non

E5. Si non, est-ce par

Absence d'indication

Manque de temps

Manque de connaissance concernant ces méthodes

Manque d'outils de communication (schémas, brochures, matériel factice,...)

Manque de compétence de pose

Autre

Autre

Partie F: Fin de questionnaire

F1. Vous sentez vous suffisamment formé dans le domaine de l'ITVG ?

Si non, quelle type de formation souhaiteriez vous ?

Oui

Non, j'aurais aimé plus de cours lors de ma formation initiale universitaire

Non, j'aurais aimé plus de présentations à ce sujet lors des congrès

Non, j'aurais aimé plus de FMC dans ce domaine

Non, j'aurais voulu avoir plus d'outils de communication (brochures, etc)

Non, mais l'occasion se présente peu (peu de patientes avec un antécédent d'ITVG)

Non, mais je n'en ressens pas l'envie

Autre

Autre

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Titre : Recherche des facteurs de risque de répétition de l'IVG par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine

Résumé : *Introduction :* Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse à répétition est en augmentation, alors même que cet événement n'est jamais sans conséquences. Les facteurs prédictifs d'une répétition sont pourtant connus et sont décrits dans la littérature, tels que la précarité, un contexte familial fragile, du chômage, ou des violences. *Objectif :* Déterminer l'état des connaissances des médecins généralistes concernant les facteurs de risque de répétition de l'interruption volontaire de grossesse, leurs réflexes quant à leurs dépistages et les modifications de leurs pratiques lors de situations à risque. *Matériel et méthode :* L'étude réalisée est quantitative, descriptive, fondée sur un questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine entre novembre 2020 et février 2021. *Résultats :* Les médecins généralistes sont trop peu nombreux à connaître les facteurs de risques de répétition. Ils semblent avoir les bons réflexes lorsqu'ils sont face à une patiente à risque, cependant ces situations sont insuffisamment diagnostiquées. *Conclusion :* Il ressort de ce travail que la formation doit être plus accentuée à ce sujet et doit notamment sensibiliser les praticiens à la prise en charge psychologique des femmes dans ce contexte. Il est du devoir des médecins généralistes de dépister et prendre en charge les patientes à risque de répéter une IVG.

Mots clés : Interruptions Volontaires de Grossesses itérative ; IVG à répétition ; Dépistage ; Facteurs de risque de répétition

Discipline : Médecine Générale

Université de Bordeaux - 146 rue Léo Saignat - 33000 BORDEAUX

Title : Research on risk factors for repeat abortion by general practitioners in New Aquitaine

Abstract : *Introduction :* The number of repeated abortions is increasing, even though this phenomena is never without consequences. The predictive factors of a repetition are however known and are described in the literature, such as precariousness, a fragile family context, unemployment, or violence. *Objective :* To determine the state of knowledge of general practitioners regarding the risk factors of recurrent voluntary interruption of pregnancy, their reflexes regarding their screening and the modifications of their practices in situations of risk. *Material and method :* The study was quantitative and descriptive, based on a questionnaire sent to general practitioners in New Aquitaine between November 2020 and February 2021. *Results :* Too few general practitioners are aware of the risk factors for recurrence. They seem to have the right reflexes when faced with a patient at risk, but these situations are insufficiently diagnosed. *Conclusion :* This work shows that more training is needed on this subject and that practitioners should be made aware of the psychological management of women in this context. It is the duty of general practitioners to detect and manage women at risk of repeated abortion.

Keywords : Iterative Voluntary Termination of Pregnancy ; Repeated abortions ; Screening ; Risk factors for recurrence