



Freins à une contraception efficace chez les patientes ayant recours de manière itérative à l'IVG

Selda Yolartiran

► To cite this version:

Selda Yolartiran. Freins à une contraception efficace chez les patientes ayant recours de manière itérative à l'IVG. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03470838

HAL Id: dumas-03470838

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470838>

Submitted on 8 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.

**FREINS À UNE CONTRACEPTION EFFICACE CHEZ LES
PATIENTES AYANT RECOURS DE MANIÈRE ITÉRATIVE À L'IVG**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET
PRAMEDICALES DE MARSEILLE**

Le 17 novembre 2021

Par Mademoiselle Selda YOLARTIRAN

Née le 17 octobre 1989 à Colmar (68)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETELLE Florence	Assesseur
Madame le Professeur COURBIÈRE Blandine	Assesseur
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	Président
Madame le Docteur PICLET Hélène	Directeur
Madame le Docteur SABLIER-JEGO Maeva	Assesseur

**FREINS À UNE CONTRACEPTION EFFICACE CHEZ LES
PATIENTES AYANT RECOURS DE MANIÈRE ITÉRATIVE À L'IVG**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET
PRAMEDICALES DE MARSEILLE**

Le 17 novembre 2021

Par Mademoiselle Selda YOLARTIRAN

Née le 17 octobre 1989 à Colmar (68)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETELLE Florence	Assesseur
Madame le Professeur COURBIÈRE Blandine	Assesseur
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	Président
Madame le Docteur PICLET Hélène	Directeur
Madame le Docteur SABLIER-JEGO Maeva	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DIJANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
 CHOUX Maurice
 CIANFARANI François
 CLAVERIE Jean-Michel
 CLEMENT Robert
 COMBALBERT André
 CONTE-DEVOLX Bernard
 CORRIOL Jacques
 COULANGE Christian
 CURVALE Georges
 DALMAS Henri
 DE MICO Philippe
 DELPERO Jean-Robert
 DESSEIN Alain
 DELARQUE Alain
 DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
 LAUGIER René
 LE TREUT Yves
 LEVY Samuel
 LOUCHET Edmond
 LOUIS René
 LUCIANI Jean-Marie
 MAGALON Guy
 MAGNAN Jacques
 MALLAN- MANCINI Josette
 MALMEJAC Claude
 MARANINCHI Dominique
 MARTIN Claude
 MATTEI Jean François
 MERCIER Claude
 METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
 MIRANDA François
 MONFORT Gérard
 MONGES André
 MONGIN Maurice
 MUNDLER Olivier
 NAZARIAN Serge
 NICOLI René
 NOIRCLERC Michel
 OLMER Michel
 OREHEK Jean
 PAPY Jean-Jacques
 PAULIN Raymond
 PELOUX Yves
 PENAUD Antony
 PENE Pierre
 PIANA Lucien
 PICAUD Robert
 PIGNOL Fernand
 POGGI Louis
 POITOUT Dominique
 PONCET Michel
 POUGET Jean
 PRIVAT Yvan
 QUILICHINI Francis
 RANQUE Jacques
 RANQUE Philippe
 RICHAUD Christian
 RIDINGS Bernard
 ROCHAT Hervé
 ROHNER Jean-Jacques
 ROUX Hubert

VANUXEM Paul
 VERVLOET Daniel
 VIALETES Bernard
 WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAN Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MÜLLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHES Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah	FI DIN Carole	PAUL MYER/I ACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITAL
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH) GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH) DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH) CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH) BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH) BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021 FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH) FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
GUEDJ Eric (PU-PH)	AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 3503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 3

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5203

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGUYEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETTE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELS/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

IOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

KUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHIROLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 1b

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAILLOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Than (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 480

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)
HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

À mon jury

À Monsieur le Professeur CRAVELLO, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Recevez ici l'expression de tout mon respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Professeur BRETELLE, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Recevez ici l'expression de tout mon respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Professeur COURBIERE, je suis très honorée que vous ayez accepté de siéger dans mon jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur PICLET, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir été patiente et compréhensive par rapport à toutes mes questions. J'espère que ce travail répond à vos attentes. Je vous adresse l'expression de toute ma reconnaissance et ma sympathie.

À Madame le Docteur SABLIER, je suis très touchée que vous acceptiez de participer au jury de thèse après m'avoir également conseillée dans mon travail de mémoire. Vos conseils et votre suivi m'ont été très précieux dans ce travail de thèse.

Remerciements

À mes parents pour leur soutien tout au long de ces longues années d'études.

À ma sœur pour avoir partagé un bout de chemin dans mes études et pour son aide dans le codage de cette thèse.

À ma petite sœur pour son aide pour mon mémoire.

À mes confrères, consœurs, et personnels infirmiers de l'hôpital Saint-Joseph qui m'ont permis de garder beaucoup de motivation dans l'aboutissement de cette thèse.

À mes anciens chefs des services cardiologie et médecine interne de l'hôpital de la Miséricorde d'Ajaccio, des urgences de la Timone et du service gynécologie-pédiatrie de l'hôpital Nord pour tout ce qu'ils m'ont appris.

Au Docteur Éric MEULET pour son accueil à son cabinet de Pianotolli et pour sa confiance et la transmission de son savoir.

Au Docteur Antoine GRISONI de Solenzara pour la transmission de son amour pour ce métier qui a ainsi confirmé mon choix de cette profession.

À Maximilien, pour son aide dans l'aboutissement de ce travail.

À ma famille et mes amis, que je ne citerais pas pour ne pas en oublier.

Au Professeur AGOSTINI pour l'accueil dans son service de gynécologie sociale de l'hôpital de la Conception.

Au Docteur MOISSARD-GREGOIRE et à Estelle pour leur aide précieuse dans le recrutement des patientes.

Aux patientes ayant pris le temps de participer aux interrogatoires et qui m'ont fait confiance pour aborder un sujet difficile et personnel.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	- 5 -
1)	ETAT DES LIEUX.....	- 5 -
2)	L'IVG	- 6 -
A.	Évolution de la législation en France autour de l'IVG, des lieux et des acteurs ainsi que de la contraception	- 7 -
B.	Déroulement des IVG, les 4 temps (21).....	- 10 -
C.	Les chiffres actuels : les données statistiques relatives aux IVG	- 12 -
C.1.	Les BIG.....	- 12 -
C.2.	Les SAE	- 12 -
C.3.	Les PMSI	- 12 -
C.4.	Des enquêtes ponctuelles	- 13 -
D.	Disparités entre les régions	- 13 -
E.	Prise en charge hôpital/ville	- 13 -
F.	Les médecins réalisant les IVG.....	- 13 -
3)	LES IVG RÉPÉTÉES.....	- 14 -
A.	Définitions et chiffres	- 14 -
B.	Patientes concernées par les IVG répétées	- 14 -
4)	CONTRACEPTION	- 15 -
A.	Les différentes méthodes de contraception.....	- 15 -
B.	Contraceptions d'urgence	- 21 -
B.1.	Méthodes hormonales.....	- 21 -
a.	L'acétate d'Ulipristal 30mg (ELLAONE®)	- 21 -
b.	Le lévonorgestrel 1,5mg (NORLEVO®).....	- 21 -
B.2.	Méthodes non-hormonales.....	- 22 -
C.	L'utilisation des différentes méthodes.....	- 22 -
D.	Accès à la contraception.....	- 24 -
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	- 25 -
1)	Type d'étude	- 25 -
2)	Recrutement	- 25 -
3)	Lieu de l'étude.....	- 26 -
4)	Déroulement des entretiens.....	- 26 -
5)	Exploitation et analyse des données.....	- 26 -
6)	Validation du comité d'éthique.....	- 27 -

III.	RÉSULTATS	- 28 -
1)	GENERALITES.....	- 28 -
A.	Caractéristiques des entretiens et des femmes interrogées.....	- 28 -
B.	L'analyse des résultats.....	- 28 -
2)	LA CONTRACEPTION	- 29 -
A.	Représentation de la contraception.....	- 29 -
A.1.	Place de la contraception et sa représentation	- 29 -
A.2.	Parcours contraceptif.....	- 32 -
A.3.	Contraception idéale.....	- 36 -
B.	Les différents moyens de contraception	- 37 -
B.1.	Les hormones	- 37 -
B.2.	Le préservatif	- 38 -
B.3.	La pilule	- 39 -
B.4.	Contraception de longue durée d'action (LARC)	- 41 -
a.	Connaissances	- 41 -
b.	Ressenti	- 42 -
C.	Crainces	- 46 -
B.5.	Les autres moyens de contraception.....	- 47 -
B.6.	La contraception d'urgence.....	- 48 -
a.	Connaissance.....	- 48 -
b.	Recours	- 50 -
C.	Aborder la question de la contraception.....	- 50 -
C.1.	Informations.....	- 50 -
a.	Informations reçues sur la contraception	- 50 -
b.	Sources d'informations	- 51 -
C.2.	Prescription de la contraception	- 53 -
a.	Les prescripteurs de contraception	- 53 -
b.	Connaissance des soignants pouvant prescrire une contraception	- 53 -
C.3.	Discussion de contraception après les IVG	- 54 -
C.4.	Choix de la contraception	- 56 -
D.	Consultation de contrôle	- 58 -
3)	ENTOURAGE.....	- 59 -
A.	Le compagnon.....	- 59 -
B.	La famille et les amis	- 61 -
4)	IVG	- 62 -

5)	ACCES AUX SOINS ET SUIVI	- 64 -
A.	Accès au médecin traitant	- 64 -
B.	Accès au gynécologue	- 65 -
C.	Service de gynécologie social.....	- 66 -
6)	LA GROSSESSE	- 67 -
A.	Poursuite de la grossesse	- 67 -
B.	Risque de grossesse.....	- 68 -
C.	Éviter la grossesse	- 69 -
D.	Violence et deuil.....	- 71 -
IV.	DISCUSSION.....	- 72 -
1)	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	- 72 -
A.	Les forces de l'étude.....	- 72 -
B.	Les limites	- 73 -
C.	Les biais.....	- 73 -
	C.1. Les biais d'interprétation.....	- 73 -
	C.2. Les biais de confirmation.....	- 73 -
	C.3. Les biais de compréhensions.....	- 74 -
	C.4. Les biais de recrutement	- 74 -
	C.5. Biais d'attrait	- 74 -
	C.6. Biais de désirabilité	- 74 -
2)	LA CONTRACEPTION	- 74 -
A.	Les idées reçues et connaissance sur la contraception	- 74 -
B.	Un parcours non linéaire de la contraception au cours de la vie d'une femme.....	- 77 -
C.	Le choix et la poursuite du moyen contraceptif	- 78 -
D.	L'accès à l'information.....	- 79 -
E.	La contraception d'urgence	- 81 -
F.	La place des soignants	- 81 -
G.	La consultation de contrôle et le suivi.....	- 82 -
3)	LE DESIR DE GROSSESSE ET DE MATERNITE.....	- 84 -
A.	Perception erronée du risque de grossesse	- 84 -
B.	Désir de grossesse	- 84 -
C.	Les normes sociales et le problème culturel	- 84 -
4)	VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	- 85 -
5)	LA PLACE DES HOMMES.....	- 85 -
V.	CONCLUSION.....	- 87 -
	LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	- 89 -

BIBLIOGRAPHIE	- 91 -
ANNEXES.....	- 97 -
Annexe 1.....	- 97 -
Annexe 2.....	- 98 -
Annexe 3.....	- 99 -
Annexe 4.....	- 100 -
Annexe 5.....	- 102 -
Annexe 6.....	- 103 -
Annexe 7.....	- 105 -
Annexe 8.....	- 106 -
Annexe 9.....	- 106 -
Annexe 10.....	- 107 -
Annexe 11.....	- 108 -
RÉSUMÉ.....	- 113 -

I. INTRODUCTION

1) ETAT DES LIEUX

En France, la natalité est l'une des plus hautes d'Europe (indice de fécondité par femme à 1,95 en 2015).

Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est resté relativement stable depuis 1975, date de sa légalisation en France, soit environ 200000 IVG/an et ce malgré une diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisées depuis une quarantaine d'années.

Le taux de couverture contraceptive est également très élevé, c'est ce que l'on appelle « le paradoxe français » : haute protection contraceptive médicalisée avec stabilisation des IVG et des GNP. 1) [Annexe 9]

Les Grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de rapports sexuels sans utilisation de moyens pour éviter une grossesse ou d'un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes. 2) Elles ont diminué passant de 46% en 1975 à 33% en 2003. 3) En revanche, le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté et représente environ 60% selon l'étude FECOND en 2010 (5) contre 41% en 1975 3). [Annexe 10]

Si un moyen de contraception efficace permet d'éviter une grossesse non prévue, 35,6% des femmes ayant recours à l'IVG n'en avait pas lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG. 6) et près de deux tiers des IVG (64 %) sont liées à des échecs de contraception (7).

Les femmes qui disposent de moins de ressources sociales (au chômage, aux revenus les plus faibles, sans sécurité sociale), de même que les femmes âgées de 40 ans ou plus et celles qui sont nées en Afrique subsaharienne se déclarent plus souvent sans contraception au moment de l'IVG. 6)

Même si les jeunes femmes de 20 à 29 ans sont les plus concernées par l'IVG, depuis les années 2010, l'augmentation du taux de recours est importante chez les femmes trentenaires. La hausse est la plus marquée chez les 30-34 ans (soit + 3,9 points entre 2010 et 2019). À l'inverse, ce taux diminue chez les femmes de moins de 20 ans : chez les 15-17 ans, il est passé de 10,5 IVG pour 1000 jeunes filles en 2010 à 5,7 en 2019 ; chez les 18-19 ans, de 22,2 à 16,7. 8)[Annexe 8]

Différents facteurs peuvent expliquer ces évolutions.

D'une part, l'allongement de la période de « jeunesse sexuelle » 9), qui s'explique par le rajeunissement de l'entrée en sexualité des femmes conjugué au retard de l'âge de mise en couple et de la maternité. 9)11) En 2015, en France, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, soit 4,5 ans plus tard qu'en 1974 12). Alors que l'âge de survenue du premier rapport sexuel est de 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les jeunes filles 13).

D'autre part, il existe une mise en place d'un programme d'éducation pour les plus jeunes. En effet, depuis la loi de juillet 2001 inscrit dans le code de l'éducation art. L 312-16, l'éducation à la sexualité est obligatoire avec une séance dispensée en primaire (CM2), une au collège (5^{ème} ou 4^{ème}) et une au lycée.

Mais cette évolution peut également s'expliquer par une hausse du nombre d'IVG répétées. Entre 1976 et 2016, soit en quarante ans, ce nombre a triplé, passant de 10,8% à 33%, soit environ 65000 femmes par an en France. 14)15). Soit 15,5 % de l'ensemble des femmes sont considérées comme ayant eu des IVG itératives selon la définition de l'INED, c'est-à-dire ayant eu au moins trois IVG, ou deux IVG en moins de trois ans d'intervalle. 9)

Parmi les patientes qui consultent pour des IVG répétées, en moyenne 30% 16)17) d'entre elles ne disposent d'aucun moyen de contraception. D'après l'étude de L'Heudé de 2019 14), plus de la moitié des patientes (53,9%) sont concernées.

Même si elle est souvent rapportée à une forme d'insécurité, d'instabilité affective ou d'ambivalence face au désir de grossesse, la répétition des IVG ne s'expliquerait-elle pas par les difficultés à gérer un parcours contraceptif sans faille dans le cadre de trajectoires affectives et sexuelles de plus en plus diversifiées ? 9)

2) L'IVG

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est définie comme « un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA), par voie médicamenteuse ou instrumentale. Elle reste une procédure avec peu de complications majeures (<1%), où la mortalité est très rare (0,7 pour 100 000 femmes) ». 5)

A. Évolution de la législation en France autour de l'IVG, des lieux et des acteurs ainsi que de la contraception

C'est dès le XVIème siècle, que les premières législations autour de l'avortement apparaissaient, prévoyant au même titre que l'infanticide, une condamnation à mort pour les avorteurs et les femmes.

C'est en 1810, dans le code pénal napoléonien, que l'avortement devient passible de prison pour les femmes et les avorteurs. 18)

Malgré l'interdit religieux, le préservatif, dont l'existence remonte au XVIe siècle, est introduit en France au moment de la révolution en 1789. Un premier centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels ouvre ses portes à Paris en 1889 et un guide intitulé *Moyens pour éviter les grossesses* est publié en 1909.

En juillet 1920, devant une volonté de renforcer la natalité, la loi réprime la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle mais laisse en vente libre les préservatifs.

Les femmes ayant toujours cette volonté d'avoir une sexualité libre et de choisir d'avoir ou non des enfants, la méthode Ogino-Knauss (dite « du calendrier »), inventée au Japon en 1924, se répand dès les années 1930. 19)

Mais en 1942, sous le régime de Vichy, est adoptée la loi qui fait de l'avortement un crime contre l'État et est donc passible de peine de mort. Elle sera abrogée à la Libération.

En 1955, l'avortement thérapeutique est autorisé. La pilule contraceptive est commercialisée aux États-Unis pour la première fois.

C'est en 1956 qu'est fondée la « Maternité heureuse », avec la sociologue Evelyne Sullerot et la gynécologue Dr Lagroua Weill-Hallé. Le but de l'association est de développer la contraception pour diminuer les avortements et leurs conséquences. C'est en 1960, que l'association prend le nom du « Planning Familial ». 18)

En 1962 est commercialisée la première pilule Enovid®, dont la fonction première et officielle est la régularisation des cycles, puis en 1964 c'est la pilule Anovlar® qui est commercialisée.

Dès 1964, l'enseignement de la contraception et de la régulation des naissances est prévue par la loi aux étudiants en médecine.

En 1967, est votée la « loi Neuwirth » qui suspend l'article 3 de la loi de 1920 qui portait sur l'interdiction de la diffusion de la contraception. Elle autorise la vente de produits contraceptifs et les médecins obtiennent également le droit de les prescrire même si toute publicité reste cependant interdite. Cette loi ne sera réellement appliquée qu'à partir de 1972.

En avril 1971 apparaît dans la presse, la pétition « manifeste des 343 », rédigée par Simone de Beauvoir appelant à la légalisation de l'avortement notamment pour éviter les risques médicaux engendrés par sa clandestinité.

En décembre 1974, une nouvelle loi élargit le dispositif de la loi de 1967 sur le remboursement de la contraception par la sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

En janvier 1975 la loi n°75-17 autorisant l'interruption volontaire de grossesse dite « Loi Veil » est adoptée pour une durée de 5 ans. Elle a été préparée par Simone Veil, ministre de la Santé sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing.

En décembre 1979, les dispositions de la loi de 1975 sont rendues définitives. Certaines entraves à la réalisation de l'IVG sont supprimées. Le recours à l'IVG est autorisé sous plusieurs conditions : situation de détresse, délai de grossesse inférieur ou égal à 10 semaines, intervention réalisée par un médecin dans un établissement de santé. Le protocole de recours à une IVG comporte 2 obligations : que les femmes réalisent des démarches obligatoires destinées à leur information et à leur réflexion, qu'elles se rendent à deux consultations médicales à une semaine d'intervalle et à une consultation sociale.

En janvier 1983, la loi Roudy permet la prise en charge de l'IVG à 70% par la sécurité sociale.

En 1988, la pilule abortive, sous le nom de mifépristone ou RU 486 est mise sur le marché et en 1990, il est autorisé au sein des hôpitaux.

En 1991, les publicités commerciales pour les préservatifs et certains autres moyens de contraception sont autorisées dans le but de favoriser la lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST).

En janvier 1993 la loi dite « loi de Neiertz » punit le délit d'entrave à l'IVG et les agissements des groupes anti-IVG.

En juin 1999, la pilule du lendemain, contraception d'urgence (Norlevo®) est mise en vente libre dans les pharmacies.

En décembre 2000, une loi relative à la contraception d'urgence est promulguée, supprimant l'obligation de prescription et permettant une délivrance gratuite en pharmacie pour les mineures.

En juillet 2001, la loi dite « loi d'Aubry-Guigou » réforme les lois de Neuwirth de 1967 sur la contraception et Veil sur l'IVG de 1975. Elle allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et assouplit les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures. L'IVG devient alors accessible pour les mineures sans autorisation parentale, à condition qu'elles soient accompagnées dans leur démarche par un adulte. Elle permet la possibilité de la pratiquer en ville avant 5 semaines de grossesse soit 7SA si une convention est passée entre le médecin de ville et un établissement de santé. 20) L'entretien social pré-IVG devient facultatif pour les majeures, mais doit obligatoirement être proposé.

Le décret de mai 2009, étend le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé. Les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) peuvent également réaliser les IVG médicamenteuses.

Depuis mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'assurance maladie et tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100% à partir du 1^{er} avril 2016.

En août 2014, la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

En janvier 2016, la modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

Depuis juin 2016, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leurs cabinets.

B. Déroulement des IVG, les 4 temps 21)

Le 1^{er} temps est la consultation d'information. C'est lors de cette consultation que la grossesse est datée et sa localisation intra-utérine est confirmée. Est alors proposée la consultation psycho-sociale pour les majeures. Celle-ci est obligatoire pour les mineures.

C'est le moment où les différentes méthodes de contraception à mettre en place après l'IVG sont abordées comme le recommande l'HAS 22)21) voire prescrites 2). Cette consultation est l'occasion de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont la chlamydia. Il est également recommandé lors de celle-ci de rechercher d'éventuelles violences conjugales.

Le 2^{ème} temps permet le recueil du consentement avec le choix de la méthode et du lieu. La patiente signe un consentement écrit. En cas d'anesthésie autre que local, une consultation de pré-anesthésie est obligatoire. Un bilan sanguin (groupe, Rh, RAI, β -HCG de référence) est demandé et si le rhésus est négatif, une injection d'anti-D est prévue. Il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre les 2 temps sauf si la patiente souhaite l'entretien psycho-social après lequel elle dispose d'un délai de réflexion de 48h avant de remettre son consentement écrit. 23)

Le 3^{ème} temps : l'IVG avec 2 méthodes

LES METHODES	METHODE MEDICAMENTEUSE 2)	METHODE CHIRURGICALE
DELAI	Jusqu'à 7 semaines de grossesses soit 9 SA	Jusqu'à 12 semaines de grossesse soit 14 SA
LIEU	- En établissement de santé public ou privé - En ville chez un médecin ou une sage-femme - En CPFE - En centre de santé	Dans un établissement de santé public ou privé ou dans un centre de santé habilité
ACTEUR	Médecin ou sage-femme	Médecin
METHODE	Elle repose sur l'utilisation de 2 médicaments : un anti progestérone la Mifépristone (MYFEGYNE®) par voie orale en présence du médecin ou de la sage-femme, ce qui interrompt la grossesse puis une prostaglandine le Misoprostol (GYMISO®) 24 à 48h plus tard. La prise de Misoprostol est à l'origine de contractions douloureuses et de saignements. La prise du Misoprostol peut se faire au domicile de la patiente à condition de respecter les recommandations de l'ANAES 24). Les dosages varient en fonction du terme de la grossesse. 2)	En ambulatoire sous anesthésie locale ou générale. Elle consiste en une aspiration du contenu de l'utérus après dilatation du col qui est recommandée de 8 à 9 SA chez la nullipare et de 10 à 14 SA chez toutes les patientes avec la Mifépristone 200 mg en prise orale 36 à 48h avant aspiration ou le Misoprostol 400 µg orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration. L'intervention dure une dizaine de minute
CHIFFRES	70% des IVG en 2019	30% des IVG en 2019
EFFICACITE	Le taux d'échec varie de 1,3 à 7,5 %. Il se définit par : une grossesse évolutive (0 à 1,5 %), une grossesse arrêtée mais incomplètement expulsée (1,3 à 4,6 %) ou la réalisation d'un geste endo-	Le taux de réussite est de 99,7%. Peut être utilisée en cas d'échec de la méthode médicamenteuse.

LES METHODES	METHODE MEDICAMENTEUSE 2)	METHODE CHIRURGICALE
	utérin à visée hémostatique (0 à 1,4 %). 24)	
CONTRE-INDICATION	-Grossesse non confirmée par échographie ni par des tests biologiques -Grossesse extra-utérine -Grossesse de plus de 63 jours d'aménorrhée -Troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant -Anémie profonde -Dispositif intra-utérin en place -Maladie à risque hémorragique -Contre-indication à la Mifépristone ou au Misoprostol	Aucune hormis celles de l'anesthésie
COMPLICATIONS	- Hémorragie -Douleurs pelviennes intenses -Malaise vagal -Infections (endométrite, salpingite) -Troubles digestifs -Éruptions cutanées -Rétention ovulaire -Échec	• <u>Complications immédiates</u>²⁵⁾ -Risques de l'anesthésie locale ou générale. -Malaise vagal -Hémorragies dues à un traumatisme du col par la pince à préhension, à une perforation utérine ou une atonie utérine. -Perforation digestive : rare. • <u>Complications secondaires</u> -Infections pelviennes hautes (endométrite : 1% des IVG, salpingite, pelvipéritonite). -Hémorragies dues à une rétention trophoblastique voire une rétention de l'œuf. -Complications thromboemboliques, en cas de terrain à risque. -Mortalité : 10 morts ont été déclarées en France par avortement légal de 1975–1985. • <u>Complications à distance</u> -Synéchie utérine, à l'origine d'une aménorrhée secondaire et de stérilité. -Obstruction tubaire post-infectieuse responsable de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine. -Risques psychoaffectifs, avec souvent un sentiment de culpabilité.

Le 4^{ème} temps est la consultation de contrôle 2 à 3 semaines en post-abortum. Il permet de contrôler que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'y a pas de complications ainsi que le fait que la contraception choisie soit bien adaptée. Un dosage de contrôle des β -hCG est réalisé pour s'assurer de sa baisse. Il permet également d'évaluer le retentissement psychologique et moral de l'IVG et éventuellement de proposer un entretien psychosocial.

En cas d'échec, la patiente est adressée à une structure hospitalière pour une prise en charge chirurgicale de façon urgente afin de ne pas dépasser le délai légal.

C. Les chiffres actuels : les données statistiques relatives aux IVG

C.1. Les BIG

En 1975, la loi Veil impose que chaque IVG fasse l'objet d'une déclaration établie par le médecin. Cette déclaration a pris la forme d'un bulletin d'interruption de grossesse (BIG) renseignant à la fois sur les caractéristiques de l'établissement et sur celles des femmes concernées. 26) En raison de leur manque d'exhaustivité, ils ont peu à peu été remplacé par le PMSI et du DCIR. 27)

C.2. Les SAE

C'est la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui est une enquête à caractère obligatoire auprès de l'ensemble des établissements de santé. Des informations agrégées sont ainsi recueillies sur le nombre total d'IVG, le nombre d'IVG médicamenteuses et le nombre d'IVG réalisées entre 12 et 14 SA. Depuis 2013, un certain nombre de données de la SAE sont renseignées directement à partir des bases du PMSI. Elle concerne les IVG hospitalières. Ces données ont été utilisées jusqu'en 2013 pour le suivi annuel des IVG. 27)

C.3. Les PMSI

Les PMSI ou Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information sont mises à disposition par l'Agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH). Elles sont donc complétées, pour la mesure annuelle des IVG, par le nombre de remboursement de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers. Ce nombre de remboursements de forfait est disponible par mois depuis 2005 auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), à partir des données du régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique (ERASME)) puis des données Datamart de consommation inter-régimes (DCIR). Les données de la mutualité sociale agricole (MSA) et de la sécurité sociale des indépendants sont disponibles depuis 2010.

Ces forfaits autorisés en 2005 en cabinet libéral sont aussi réalisés en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familial depuis 2009. 8)

C.4. Des enquêtes ponctuelles

Elles constitueront le seul dispositif qui permettra de compléter les connaissances sociologiques sur le recours à l'IVG, de manière plus riche et plus détaillée que ne le

permettent les données issues des statistiques sanitaires. La dernière enquête en population générale sur la contraception, conduite par l'Ined et l'Inserm, date de 2010. 28)

D. Disparités entre les régions

Il existe une grande disparité territoriale en matière de recours à l'IVG. En métropole, les taux de recours les plus faibles sont enregistrés en Pays de la Loire (11,8 IVG pour 1 000 femmes), en Bretagne (12,3 IVG) et dans la région Grand-Est (12,9 IVG) tandis qu'ils atteignent 19,4 IVG pour 1 000 femmes en Corse et 22,9 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus élevés dans les DROM, ils dépassent 39 pour 1 000 femmes en Guadeloupe et en Guyane. 29)

E. Prise en charge hôpital/ville

En 2019, 26,5 % des IVG (25 % en métropole et 42 % dans les DROM) l'ont été en cabinet libéral, dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit 55 300 IVG en métropole et 5 900 dans les DROM. 8)

F. Les médecins réalisant les IVG

En 2018, 1725 médecins (dont 56,6 % de gynécologues) et 248 sages-femmes ont réalisé des IVG en cabinet libéral, celles-ci représentant 25% du total des IVG pratiquées. Rapporté au nombre de praticiens installés en cabinet, cela représente 2,9% des généralistes et gynécologues et 3,5% des sages-femmes. 30)31)

3) LES IVG RÉPÉTÉES

On retrouve au travers des lectures sur les IVG répétées l'idée d'une pratique déviante dans la manière de parler des avortements itératifs 32)33) notamment à travers le terme de récurrence. On emploiera donc le terme d'IVG répétées et non de récurrence.

A. Définitions et chiffres

Selon les études, on retrouve 2 définitions soit, au moins 3 IVG soit, 2 IVG rapprochées de moins de 3 ans.

En 2011, le nombre de premières IVG par femme est de 0,33 soit 33% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie, 9,5% ont recours deux fois et 4,1% trois fois ou plus au cours de leur vie³⁴28). La moitié des deuxièmes IVG ont lieu dans les trois ans et demi qui suivent l'IVG précédente. La durée médiane entre deux IVG diminue ensuite avec le nombre d'IVG antérieures : 3,1 ans avant une troisième IVG et moins de 2,5 ans avant une IVG de rang supérieur. Après une première IVG, la probabilité d'une nouvelle IVG est estimée à 41 %. 28) Soit plus d'une femme sur six ayant eu une première IVG en 2015 ont eu une IVG dans les trois ans qui suivaient. Et parmi les femmes ayant eu une deuxième IVG après une première en 2015, une sur cinq a eu une troisième IVG avant 2019. 8)

B. Patientes concernées par les IVG répétées

Même si différents profils sont donnés selon les études, les femmes se présentant pour une IVG répétée présenteraient plus souvent des violences conjugales, seraient plus jeunes et plus souvent étudiantes, dans une situation sociale difficile ou dans un couple déclaré comme instable 2). Une étude revue de la littérature réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine de 2015 ne retrouve pas de profil type de femmes qui répètent l'IVG. 35)

4) CONTRACEPTION

A. Les différentes méthodes de contraception

La contraception est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures permettant de diminuer la

probabilité de conception ou de l'éviter ». Une contraception doit présenter ces 4 caractéristiques : efficacité, innocuité, réversibilité et acceptabilité.

On retrouve une diversification progressive des méthodes contraceptives notamment avec l'arrivée de nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau et patch) dans les années 90 et de l'autorisation de la contraception définitive à partir de 2001. 20)

Toutes les méthodes ne nécessitent pas de prescription médicale et leur efficacité est variable avec une différence entre l'efficacité théorique et pratique. L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, inventé en 1933 par le biologiste américain Raymond Pearl (1879-1940). C'est un indice théorique qui est égal au pourcentage de grossesses "accidentelles" sur un an d'utilisation optimale de la méthode. Il se calcule en divisant le nombre moyen de grossesses par le nombre de mois d'utilisation de la méthode contraception et en multipliant le tout par 1200. Le résultat est donc un pourcentage compris entre 0 (aucune grossesse accidentelle utilisant la méthode pendant un an) et 100 (toutes les femmes de l'étude ont eu une grossesse la première année d'utilisation de la méthode contraceptive).

Les méthodes contraceptives réversibles et irréversibles

		AVANTAGES	INCONVENIANTS	PRESCRIPTION	REMBOURSEMENT	CONTRE-INDICATIONS
METHODES NATURELLES	Abstinence périodique : méthode Ogino-Knauss	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée • Difficilement applicable chez les femmes présentant des cycles irréguliers.	NON	/	Aucune
	Méthode des températures	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée • Nécessite l'abstinence ou une autre contraception en pré-ovulatoire.			
	Retrait ou « coïtus interruptus »	• Gratuite • Accessible à tous • Simple • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée • Nécessite une bonne maîtrise • Problématique en cas d'éjaculation précoce • Peut engendrer un manque de satisfaction des deux partenaires • Une cause d'échec s'explique par la présence de spermatozoïdes dans le liquide pré-éjaculatoire.			
	Méthode des 2 jours	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée			
	Méthode des jours fixes	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée			
	Méthode Billings	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée			
	Les tests d'ovulations	• Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Coût • Efficacité discutée			
	Méthode MAMA	• Gratuit • Non invasif • Pas d'effets secondaires	• Efficacité discutée • Très contraignante car elle nécessite un allaitement exclusif, avec un nombre de tétées suffisant pour ne pas laisser la reprise de l'axe hypothalamo-hypophyse-gonadique se faire. Il faut respecter les 6 conditions : - Allaitement maternel exclusif, - Aménorrhée depuis l'accouchement (pas de retour de couches), - Moins de 6 mois après l'accouchement - Au moins 6 tétées par 24h - Tétées espacées de moins de 6h, - Tétées longues (20 min)			
PRESERVATIF MASCULIN		• Protège contre les MST • Large distribution (officines, les grandes surfaces, les distributeurs automatiques, les centres de planification et les	• Usage unique • Coût • Risque de rupture	NON	NON hormis es EDEN et « sortez couverts » remboursés à 60% sur prescription médicale depuis décembre 2018.	Allergie au latex Mais il existe depuis 2002 un préservatif en polyuréthane. On le trouve en pharmacie. Son coût est

		AVANTAGES	INCONVENIANTS	PRESCRIPTION	REMBOURSEMENT	CONTRE-INDICATIONS
		établissements scolaires) • Simplicité d'utilisation			Sinon coût varie de 0,15€ à 0,76€ l'unité.	1,5€ l'unité
PRESERVATIF FEMININ		• Protège contre les MST • Utile pour les femmes ne désirant utiliser ni contraception hormonale, ni DIU	• Usage unique • Coût • Bruyant • 1 ^{ère} impression souvent négative du fait d'un anneau externe peu sensuel • Difficilement trouvable en pharmacie vu la faible demande	NON	NON Environ 2€ l'unité	
DIAPHRAGME		• Réutilisable • Non hormonale	• A associer à un spermicide • Nécessitent une patiente qui soit habituée à son anatomie pour la pose, le contrôle, le retrait et l'entretien du dispositif • Dimension du diaphragme à déterminer par un praticien lors de l'examen gynécologique • EI : infections urinaires ou vaginales, irritations, mauvaises odeurs et réactions d'hypersensibilité	OUI	Remboursés sur la base de seulement 3,14 euros Coût 30€ environ Délivré uniquement sur prescription médicale	• Prolapsus • Rétroversion utérine • Post-partum (vagin distendu...), • Infection vaginale • Infections urinaires à répétition
CAPE CERVICAL		• Réutilisable • Non hormonale	• A associer à un spermicide • Nécessitent une patiente qui soit habituée à son anatomie pour la pose, le contrôle, le retrait et l'entretien du dispositif	NON	NON Coût 60€ environ	• Dysplasie du col • Prolapsus • Infection cervico-vaginale en cours • Post-partum
SPERMICIDES		• Effet lubrifiant • Augmente l'efficacité d'une contraception barrière si associée • Respectent la muqueuse vaginale et peuvent être placés plusieurs heures avant le rapport sexuel pour la crème et l'éponge	• Peu efficace avec des résultats se rapprochent des méthodes naturelles • A associer au diaphragme ou au cape cervical	NON	NON Coûtent quelques euros la dose unitaire.	• Mycoses • Infection vaginale
CONTRACEPTION PROGESTATIVE	Microprogestatifs oraux	• Si de contre-indication au CEP • Très faibles doses de progestatifs Lévonorgestrel ou Désogestrel • Bonne tolérance métabolique • Efficace dès 48h après le début de la prise si débutée le 1 ^{er} jour des règles	• Prise quotidienne • Ne pas décaler l'horaire de prise de plus de 3 heures • Spotting possibles • HTA, rétention hydrique et œdèmes • État dépressif, diminution de la libido, irritabilité • Bouffées de chaleurs	OUI	Lévonorgestrel remboursé à 65% par les caisses d'assurance maladie. Désogestrel NON remboursée pour Cerazette® et remboursée pour Optimizette®	• Cancer du sein et autres tumeurs hormono-dépendantes (ovaire ou endomètre) • Thrombose veineuse profonde en cours ou récente (< 3 mois) • Accident vasculaire artériel (IDM, AVC) en cours ou récent
	Implant sous-cutané NEXPLANON®	• Effet contraceptif immédiat quand il est inséré dans les 5 premiers jours du cycle • Longue durée d'action jusqu'à une durée maximale de 3 ans • Pas de problème d'observance • Retour à la fertilité très rapide, avec l'effet contraceptif qui disparaît dans la semaine suivant	• Troubles du cycle : spotting dans 9% des cas, aménorrhée chez 24% des femmes • Acnée • Céphalées • Quelques rares augmentations de la TA • Durée d'efficacité est plus courte chez les femmes en surpoids ou obèses : 2 ans 1/2 si IMC entre 26 et 29, 2 ans si IMC ≥ à 30.	OUI	OUI Son coût est d'environ 106 €. Il est remboursé à 65% par les caisses d'assurance maladie.	• Méningiomes • Hépatopathies sévères ou hépatite virale évolutive Pour le DIU on retrouve les mêmes contre-indication

		AVANTAGES	INCONVENIANTS	PRESCRIPTION	REMBOURSEMENT	CONTRE-INDICATIONS
		son retrait • Très bonne efficacité				que le DIU au cuivre + grossesse en cours
	DIU MIRENA® (52mg) JAYDESS® (13,5mg) et KYLEENA® (19,5mg)	• Indiqués en cas de ménorrhagies fréquentes, dysménorrhée ou saignements importants sous DIU au cuivre • Contraception de longue durée d'action • Pas de problème d'observance	• Complications liées à l'insertions comme pour le DIU au cuivre • Possible aménorrhée • Spotting • Prise ou perte de poids • Acné • Céphalées • Douleurs abdominales • Prélèvement vaginal systématique à la recherche d'IST chez les moins de 25 ans	OUI		
	Macroprogestatifs injectables DEPO-PROVERA®	• Injection trimestrielle • En cas de problèmes majeurs d'observance de la contraception	• Troubles du cycle (spottings et aménorrhée) • Prise de poids • Manifestations androgéniques (acné, hirsutisme) • Diminution de la densité osseuse • Céphalées • Vertiges • État dépressif • Effets secondaires et inconvénients liés aux injections (douleur, rougeur et point d'injection etc.) • Nécessite une consultation tous les 3 mois pour réaliser l'injection • Retour de fertilité différé de 3 à 12 mois après la fin théorique de l'activité du produit	OUI	OUI	
CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE	Pilule	• Régularise les cycles, diminue les dysménorrhées, les métrorragies • Diminue le risque de cancer ovarien, endométrial et colorectal	• Prise quotidienne • Troubles métaboliques • Légère augmentation des risques des cancers hormono-dépendants • Hypertension artérielle • Troubles vasculaires • Céphalées • Troubles de l'humeur et baisse de la libido • Nausées et vomissements • Prise de poids • Candidose vaginale • Mastodynies • Aménorrhées • Spotting • Troubles veineux • Interactions médicamenteuses	OUI	OUI mais celles de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération ainsi que la Seasonique® ne sont pas remboursées.	• Grossesse confirmée ou suspectée. • Allaitement (6 premières semaines du post-partum). • Thrombophlébites, antécédents ou existence de maladies thrombo-emboliques. Carence en antithrombine III, anomalie biologique responsable des thromboses. • Toutes les affections exposant aux thromboses : cardiopathies thrombogènes, hémoglobinopathies (drépanocytose). • Antécédents ou existence d'affections cérébro-vasculaires et
	Patch EVRA®	• Intérêt chez les patientes à risque d'oublier la pilule • En cas d'oubli de le changer, la protection persiste pendant 48 heures	• Mastodynies chez 20% des femmes, • Réactions cutanées locales (rougeurs, démangeaisons) (20%) au 1er cycle d'utilisation mais qui diminue largement dès le 3ème cycle (rarement un motif d'arrêt : 2%) • Échec de la méthode en cas de surpoids (≥ 90 kg),	OUI	NON Coût environ 15€	

		AVANTAGES	INCONVENIANTS	PRESCRIPTION	REMBOURSEMENT	CONTRE-INDICATIONS
		• Bonne compliance et bonne observance • Efficacité identique aux oestroprogestatifs par voie orale • Bonne adhésion cutanée (même dans conditions extrêmes) • Convient aux femmes qui se déplacent beaucoup et subissent des décalages horaires	• Diminution de l'adhérence et du passage sanguin hormonal lors de l'utilisation de crèmes corporelles • L'AMM ne concerne que les femmes entre 18 et 45 ans			sclérose des coronaires (infarctus du myocarde). • Accident vasculaire cérébral ou oculaire (migraines avec aura oculaire). • Fumeuses de plus de 35 ans. • Hypertension artérielle sévère ($\geq 160/\geq 100$).
	Anneau vaginal NUVARING®	• Intérêt chez les patientes à risque d'oublier la pilule • Facile à mettre en place • N'est pas ressenti par la femme une fois en place • Ne gêne pas le partenaire lors du rapport sexuel. • Peu de variations hormonales au cours du cycle et taux sériques faibles • Efficacité comparable à la contraception orale quelle que soit sa position dans le vagin • Bonne tolérance • Pas d'effet de premier passage hépatique • Moins d'effets secondaires sur le métabolisme	Coût A utiliser dans les 4 mois après l'achat	OUI	NON Coût environ de 15€	• Insuffisance rénale chronique. • Hyperlipidémies. • Diabète sévère. • Antécédents de cholestase intra hépatique gravidique. • Hyperbilirubinémies familiales • Hépatite virale aiguë en évolution. Affections hépatiques sévères. • Otosclérose. • Connectivites. • Porphyrries. • Cancer du sein ou de l'endomètre, confirmés ou suspectés et autres néoplasmes œstrogéno-dépendants. • Hyperplasie de l'endomètre. • Hémorragies génitales non diagnostiquées. <u>Pour l'anneau on retrouve en plus :</u> • Prolapsus • Post-partum • Constipation sévère
STERILET AU CUIVRE		• Retour de fertilité immédiate après retrait • Dure de 4 à 10 ans selon le modèle • Pas de problème d'observance • Pas de contre-indication lié aux	• Métrorragies et contraction utérines • Hyperménorrhées • Menstruations plus douloureuses • Les fils peuvent être ressentis par le partenaire • Prélèvement vaginal systématique à la recherche d'IST chez les moins de 25 ans	OUI		• IST, datant de moins de 3 mois, ou en cours • Infection puerpérale en post-partum • Antécédent de tuberculose génito-

		AVANTAGES	INCONVENIANTS	PRESCRIPTION	REMBOURSEMENT	CONTRE-INDICATIONS
		hormones • Son retrait peut se faire à n'importe quel moment • Existe en différentes tailles	• Contrôle 1 à 2 mois après la pose puis annuellement <u>Complications (plutôt rares liées à l'insertion)</u> : - Expulsion (chez 5 à 10% des femmes dans les 5 ans suivant la pose) - Difficultés d'insertion avec douleurs (1,3% des cas) - Perforation utérine (1 à 2,6 pour 1000 insertions)			urinaire • Malformations utérines (cloisons, grande multiparité, fibromes) • Cols infranchissables ou béants • Saignements vaginaux inexpliqués • Allergie ou hypersensibilité au cuivre • Cancer du col utérin • Cancer de l'endomètre • Maladie inflammatoire pelvienne en cours • Grossesse suspectée ou avérée • Maladie trophoblastique gestationnelle maligne
CONTRACEPTION IRREVERSIBLE	Stérilisation masculine ou vasectomie	Application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001	• Irréversible • La contraception n'est obtenue qu'après 3 mois, après contrôle par spermogramme(s) jusqu'à azoospermie. Pas fiable à 100 % du fait de cas de re-perméabilisation spontanée. • Possibilité d'une gêne ou des douleurs à court terme, des hématomes, et une possible atrophie testiculaire dans de rares cas • Le risque de regret est estimé à 15%, et les chances de succès de micro-recapillarisation à 45%	OUI Un consentement éclairé et un délai de réflexion de 4 mois obligatoires entre deux consultations.	OUI	Aucune contre-indication permanente à la stérilisation masculine n'est retenue par l'OMS
	Stérilisation féminine Méthode chirurgicale	Immédiatement efficaces	• Irréversible • Dans le cas de la mini-laparotomie, il s'agit essentiellement d'hématomes, d'infections (de la cicatrice ou génitale haute), d'hémorragie intrapéritonéale, de douleurs postopératoires et d'accidents d'anesthésie. • Dans le cas de la coelioscopie, le risque est essentiellement celui de la perforation vasculaire, des douleurs post-opératoires et, lorsque l'électrocoagulation est utilisée, celui de la brûlure des organes du voisinage et notamment de l'intestin. • Dans le cas de l'hystéroscopie, il s'agit essentiellement de douleurs en cours de procédure (72 % des patientes)			Il n'existe aucune contre-indication médicale formelle ou absolue à la stérilisation féminine. Celle-ci peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle à condition toutefois de s'assurer de l'absence de grossesse en cours. L'OMS précise quelques situations devant conduire à différer l'intervention
	Stérilisation féminine Méthode par voie hystéroscopique (ou Essure®)	Délai avant efficacité de 3 mois après laquelle un contrôle par imagerie est nécessaire.				

Sources pour le tableau: 36)37)38)39)40)41)

B. Contraceptions d'urgence

La pilule dite « du lendemain » à base de lévonorgestrel a été autorisée à la vente en pharmacie, sans ordonnance, dès 1999, tandis que celle à base d'ulipristalacétate, qui offre une période d'efficacité plus longue (120 heures contre 72 heures pour le lévonorgestrel), a eu son AMM en France en 2009. Cependant, jusqu'en 2015, la CU à l'ulipristalacétate n'était disponible que sur prescription médicale. 42) Plus d'un million de contraceptions hormonales d'urgences (NORLEVO® et ELLAONE®) sont vendues chaque année. 43) Mais son utilisation reste encore mal connue par les moins de 30 ans 44). Hormis les méthodes hormonales, le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence.

B.1. Méthodes hormonales

a. L'acétate d'Ulipristal 30mg (ELLAONE®)

Délai : une prise unique per os, au plus tard jusqu'à 5 jours après le rapport à risque.

Action : c'est un modérateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Moins efficace si utilisation lors d'un raté de contraception hormonale.

Contre-indication : thrombose en cours ou pathologie hépatique.

Efficacité : 97% dans les 5 jours qui suivent le rapport sexuel à risque.

Délivrance : en vente libre, peut être délivrée en pharmacie ou dans les centres de planification.

Remboursement : Elle est remboursée à 65 % par la Sécurité Sociale lorsqu'elle est prescrite par un médecin ou une sage-femme.

b. Le lévonorgestrel 1,5mg (NORLEVO®)

Délai : une prise unique dans les 72 heures suivant un rapport non protégé.

Action : il bloque ou retarde l'ovulation.

Contre-indication : thrombose veineuse en cours.

Efficacité : 95% d'efficacité en cas d'utilisation dans les 24 heures (1er jour) 85% d'efficacité en cas d'utilisation entre la 24ème et la 48ème heure (2ème jour) 58% d'efficacité en cas d'utilisation entre la 48ème et la 72ème heure (3ème jour).

Délivrance : en vente libre, peut être délivrée en pharmacie, dans les centres de planification ou délivrée par l'infirmière scolaire.

Remboursement : elle est gratuite pour les mineures. Pour les majeures, son coût varie entre 5 et 10 €. Elle est remboursée à 65 % par la sécurité sociale lorsqu'elle est prescrite par un médecin ou une sage-femme.

B.2. Méthodes non-hormonales

Le DIU au cuivre, s'il est posé au plus tard dans les 5 jours suivant le rapport à risque. Souvent peu connu comme moyen de contraception d'urgence, il reste encore très peu utilisé dans ce but.

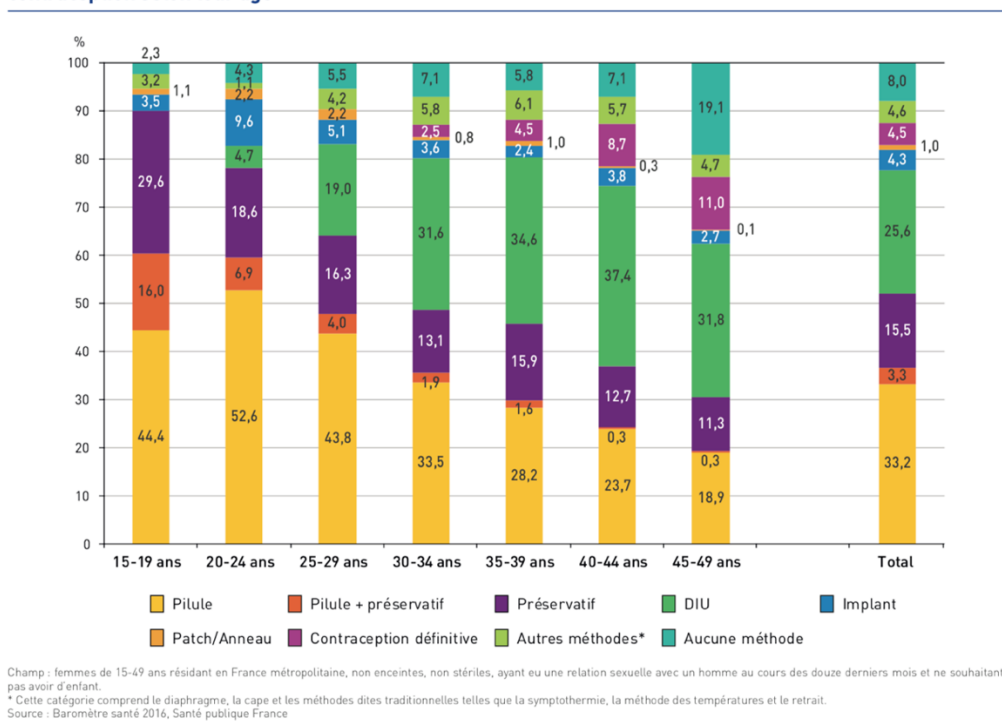
C. L'utilisation des différentes méthodes

Le Baromètre de Santé 2016 est une enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgées de 15 à 75 ans résident en France métropolitaine. L'analyse des pratiques contraceptives a été réalisée chez 4315 femmes âgées de 15 à 49 ans, parmi ces femmes 18,1% n'ont pas eu de rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois, 9,2 % sont enceintes ou cherchent à avoir un enfant et 1,2 % sont stériles ou ménopausées. Ainsi, en France, en 2016, 71,9 % (n = 3 241) des femmes sont concernées par la contraception. 45)

Parmi les femmes concernées par la contraception, 8,0 % déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse. Ce pourcentage varie fortement avec l'âge passant de 2,3 % parmi les moins de 20 ans à 19,1 % parmi les 45-49 ans.

Parmi les femmes ayant un moyen de contraception, 71,8 % ont recours à une méthode de contraception médicalisée (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint).

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



La pilule est la méthode la plus utilisée avec 36,5 % des femmes en particulier chez les plus jeunes, 60,4% des 15-19 ans où elle est le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif et 59,5% des 20-24 ans. Son utilisation diminue avec l'âge et concerne 47,8 % des 25-29 ans et 35,4 % des 30-34 ans.

Le DIU, qui apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7 %), remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. Il devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6 % chez les 34-39 ans). Il reste plus souvent utilisé par des femmes ayant déjà des enfants. Parmi les 25-29 ans, seules 7,6 % des femmes nullipares utilisent un DIU alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants. Cette tendance se retrouve dans toutes les tranches d'âge.

Parmi les autres méthodes hormonales, c'est l'implant qui s'est le plus diffusé avec 4,3 % des femmes qui déclarent l'utiliser, surtout chez les 20-24 ans (9,6 %) où il est le 3^{ème} contraceptif utilisé après la pilule et le préservatif. Comme pour le DIU, l'implant concerne davantage les femmes ayant déjà eu des enfants (24,1 % vs 7,4 % pour les nullipares).

La contraception définitive augmente avec l'âge et concerne majoritairement les femmes de 40 ans et plus (8,7 % des 40-44 ans et 11,0 % des 45-49 ans). Environ 35 000 stérilisations féminines et 2 000 stérilisations masculines ont été réalisées en 2011. 46)

Le recours aux méthodes barrières (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 20,1% des femmes de 15-49 ans, le préservatif représentant 77,1 % de cette catégorie mais son utilisation dépend avant tout de l'âge. C'est le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6 %) parfois en association avec la pilule (dans 16,0 % des cas). Même si son utilisation diminue avec l'âge, il reste utilisé par plus de 10 % des patientes après 40 ans.

Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception [ANNEXE 5]

D. Accès à la contraception

La prescription médicale est nécessaire pour les contraceptifs oraux et injectables, les implants contraceptifs, les DIU, les dispositifs transdermiques, les anneaux vaginaux, les diaphragmes et les capes. Celle-ci peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme. Ils sont disponibles en pharmacie et pris en charge à 65% pour certains. Les contraceptifs oraux peuvent être délivrés pour une durée de 3 mois et la durée de validité de la prescription peut s'étendre sur 1 an. Ils peuvent être délivrés six mois supplémentaires non-renouvelables par les pharmaciens lorsque la prescription date de moins d'un an et lorsque la durée de validité de la prescription a expiré depuis moins de 6 mois. Cela concerne également les infirmières scolaires. 47)

La pilule contraceptive est gratuite pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans. Cette mesure est appliquée aux pilules œstro-progestatives de 1^{ère} et 2^{ème} génération. Dès le 1^{er} janvier 2022, l'Assurance Maladie prendra en charge à 100% et sans avance de frais, le coût de la contraception et les actes qui y sont liés (une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme et les examens biologiques potentiels) pour les femmes de moins de 25 ans.

Les centres de planification ou d'éducation familiale délivrent à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs aux mineures désirant garder le secret et aux personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale. 23) Les préservatifs masculins sont également gratuits dans les CPEF et dans les centres de dépistage anonymes et gratuite (CeGGID).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Type d'étude

La méthodologie qualitative a été choisie dans cette étude dans le but d'explorer les opinions des personnes interrogées avec la possibilité pour l'interlocuteur de s'exprimer à travers des questions ouvertes. L'objectif était d'encourager la libre expression des patientes interrogées. Les entretiens ont été menés au moyen d'un guide d'entretien dont la trame évoluait au cours de l'entretien selon le principe de l'entretien semi-dirigé.

Les sujets abordés étaient :

- Perception de la contraception et la perception sur les connaissances de la contraception,
- Ressenti à propos des IVG antérieurs et prescription de contraception,
- L'accès à la contraception et la contraception d'urgence,
- Ressenti sur à la contraception de longue durée d'action réversible,
- Place des hommes et de l'entourage dans les choix de la contraception,
- Le suivi des patientes.
- Le désir de grossesse et la poursuite de la grossesse.

Le guide d'entretien était inspiré des conclusions des différents éléments de bibliographie.

2) Recrutement

Les patientes ont été recrutées parmi les patientes se présentant au service de gynécologie sociale. Il a été proposé, par le médecin en charge des patientes, à toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, l'investigateur étant présent dans le service quel que soit le motif de consultation. Un accord verbal a été recueilli. Les patientes ayant donné leur accord étaient directement adressées à l'investigateur présent dans le service pour informations complémentaires et remise de la fiche d'information [Annexe 4]. Une fiche de consentement [Annexe 3] a été signée par toutes les participantes avant l'entretien. Le recrutement a été terminé lors que les entretiens réalisés n'apportaient plus d'information supplémentaire. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cette saturation de données.

3) Lieu de l'étude

Les patientes ont été recrutées et interrogées dans les services de gynécologie sociale de l'hôpital Nord et de l'hôpital de la Conception à Marseille, dans les Bouches du Rhône.

4) Déroulement des entretiens

Ils ont été réalisés en mai et juin 2021. Les rencontres se sont déroulées au sein du service de gynécologie sociale où venaient consulter les patientes et lorsqu'elles avaient donné leur accord.

Ils étaient réalisés après information orale et écrite de la recherche, et recueil d'un consentement oral et écrit de non-opposition de l'utilisation des données après affirmation de la confidentialité et anonymisation des données. Le caractère non obligatoire et réversible a été expliqué aux patientes, leur laissant ainsi la liberté d'abandonner avant ou pendant l'entretien et, au décours, de demander à ne pas l'utiliser jusqu'à publication des résultats. Chaque entretien s'est déroulé à huis-clos entre la patiente et l'investigateur dans une salle de consultation, en fin de matinée ou fin d'après-midi, suite à la première consultation médicale et paramédicale.

5) Exploitation et analyse des données

L'enregistrement était réalisé au moyen d'un dictaphone électronique puis retranscrit intégralement de façon manuelle par l'investigateur au moyen du logiciel Word®. Les textes ainsi obtenus ou « verbatims » étaient donc la retranscription objective des données apportées par l'informateur. Il était pris en compte la ponctuation, les pauses et silences ainsi que les éventuelles émotions liées au discours. Les notions permettant un rapprochement avec l'identité des patientes étaient supprimées à mesure pour garantir l'anonymat des personnes interrogées.

Le premier temps de l'analyse a été un codage ouvert réalisé à mesure. Celui-ci consiste en une lecture approfondie des « verbatims » pour en extraire les unités sémantiques.

Afin de s'impartir des a priori de l'investigateur, une triangulation était réalisée à mesure par un second investigateur pour obtenir un consensus sur l'interprétation.

La supervision des codages et des interviews a été assurée par la directrice de thèse.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention de la saturation des données avec un surplus de 2 entretiens afin de confirmer l'absence de nouveaux éléments. Après saturation des données, une analyse thématique a été réalisée. Les étapes en ont été une catégorisation puis un recoupement des catégories.

6) Validation du comité d'éthique

Cette étude a nécessité l'avis préalable d'un CPP et a été validé. Il n'a pas été fait de déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) compte tenu du caractère anonyme, irréversible.

III. RÉSULTATS

1) GENERALITES

A. Caractéristiques des entretiens et des femmes interrogées

Lors de cette étude, 9 entretiens ont été réalisés. Une patiente a été recrutée sur l'hôpital Nord et 8 à l'hôpital de la Conception. La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes. L'entretien le plus long ayant duré 40 minutes et le plus court 19 minutes. Toutes les femmes ayant été sollicitées ont donné leur accord à l'exception d'une patiente qui a refusé l'entretien et 2 patientes ayant donné leur accord pour des entretiens téléphoniques pour faute de temps n'ont pas donné suite lors de l'appel. La plupart, 7 d'entre elles, étaient présentes pour une consultation IVG et 2 d'entre elles pour une consultation de contraception.

Les femmes ayant participé à l'étude étaient âgées de 19 à 30 ans. Certaines d'entre elles avaient déjà des enfants. Elles vivaient toutes en couple, pour la plupart toujours avec le même compagnon. Elles étaient avec ou sans emploi ou étudiante. L'une était en situation irrégulière. Pour l'une d'entre elles, les premières IVG avaient lieu en PMI, pour une autre au cabinet de gynécologie, et pour une autre dans un autre centre de gynécologie sociale. Elles avaient eu recours à l'IVG de 2 à 4 fois.

B. L'analyse des résultats

Les entretiens ont été menés suivant une trame réalisée selon la littérature avec des questions abordant des thèmes pouvant être un frein à la contraception. Nous avons exploré dans un premier temps le parcours contraceptif des femmes, la connaissance et la prescription d'un moyen de contraception. Nous avons également abordé la question du risque de grossesse. Puis plus secondairement, nous avons abordé la question de l'entourage, du compagnon et de la place des médecins dans la prise en charge. Nous avons également abordé la question des IVG antérieures ainsi qu'indirectement la notion de potentielles contraintes exercées. Nous terminerons la présentation de ces résultats en abordant la question du désir de grossesse à travers la question du désir de poursuite de la grossesse.

2) LA CONTRACEPTION

A. Représentation de la contraception

A.1. Place de la contraception et sa représentation

A la question, « pour vous que représente la contraception ? », les réponses sont très variées et peuvent être classées selon 4 catégories : réfractaire à la contraception, vision incomplète ou erronée des possibilités de contraception laissant le sujet sans solution, pression sociale ou familiale, et gain de liberté et de santé.

- Certaines patientes sont réfractaires à la contraception.
 - Il existe une opposition à la contraception.
 - « *Moi j'ai toujours été contre* » E1
 - « *Ben ça ne reste quand même pas bon. Moi je pars du principe qu'avant, on n'utilisait rien et on faisait très bien.* » E5
 - « *Et moi, franchement, je suis une fille, je suis anti-médicament. Le moindre médicament que je prends, je ne le prends pas en fait. Et du coup, voilà. Ça reste... je ne sais pas... c'est un médicament quoi.* » E5
 - Parfois liée à des craintes et des expériences négatives.
 - « *Ça m'a toujours fait peur en fait et c'est pour ça que j'ai toujours été contre* » E1
 - « *Quand j'ai pris de l'âge et que je suis partie de chez mes parents et que j'ai pris mon appartement etc. ben moi c'était pour ne pas grossir.* » E4
 - « *Franchement, c'est un bien comme un mal pour les femmes. Dans le sens où c'est bien pour se protéger pour ne pas tomber enceinte mais des fois c'est... comme l'implant...* » E6
 - Ou liée à une insatisfaction des solutions à disposition ou des méthodes déjà envisagées.

- *« Par contre moi je vous ai dit que l'implant c'est bon, c'est bien genre 3 ans tu es tranquille, tu es bien, tu as tout et tu es protégé tu vois mais il y a toujours les soucis qui viennent avec comme les règles. » E8*
- *« Après c'est le corps de chacun. Ça dépend. Ce n'est pas pareil pour chaque femme » E8*
- *« Parce que moi j'ai l'impression que ça nous dérègle de l'intérieur » E9*
- *« Ben, pour moi ça a toujours été un problème. Parce que je n'ai pas trop trouvé ce qu'il me fallait » E9*
- Il peut y avoir une vision incomplète ou erronée des possibilités de contraception laissant le sujet sans solution.
 - Avec des aprioris sur la contraception.
 - *« Ben non, personnellement, non même si on a toujours entendu que ça peut rendre stérile [...] j'ai envie de leur dire arrêté vos conneries [...] Ben moi justement je me dis moi-même je vois mon propre avis à moi. [...] S'il est commercialisé c'est qu'il y a quelque chose, c'est que c'est bon sinon pourquoi vous le commercialisez ? » E1*
 - Ou des patientes mal informées ou qui ne se sentent pas concernées par le sujet.
 - *« Je ne sais pas, je n'ai jamais pris donc je ne sais pas, je ne connais pas. » E2*
 - *« Mais.... (Hésitations) pour moi c'est comme si je rentre pour la première fois dans ce système-là. » E2*
 - *« Je ne sais pas trop... euh... » E3*
 - *« Ben en fait moi j'ai toujours eu des IVG parce que je ne voulais pas prendre la pilule. » E4*
 - *« Parce que plus jeune, je me disais ça sert à rien je n'y comprends rien à la pilule. Je n'y comprenais rien en fait ». E4*
 - *« Je n'en ai jamais testé mais c'est pas ce qui m'intéresse hein. » E4*

- « *Après honnêtement ça fait quatre ans que je suis avec mon copain, donc... voilà quoi. Ça ne change rien. [...] ben voilà c'est mon mec donc... je ne sais pas. Je m'en foutais de prendre une contraception ou pas en fait. Je ne faisais pas attention à ça.* » E5
- « *Parce qu'avant on était jeune on n'y pensait pas.* » E6
- Une pression sociale ou familiale peut s'exercer sur le choix d'avoir ou non un moyen de contraception.
 - Avec des craintes vis-à-vis de la réaction familiale.
 - « *Ben en fait j'avais toujours peur qu'on la retrouve chez moi. Je n'avais pas le choix.* » E2
 - « *En plus, j'étais chez mes parents donc je ne pouvais pas prendre de pilule. [...] Si on veut cacher ça à nos parents on ne peut pas.* » E4
 - Ou des limites liées aux aspects culturels.
 - « *Je ne me suis pas inquiété de ça en fait. Je ne me suis pas plongé dedans [...] Peut-être parce qu'on ne nous a jamais parlé de ça chez nous* » E1
 - « *Il fallait se marier pour prendre la pilule. Ce n'était pas un jeu de prendre la pilule* » E4
- Pour certaines patientes, la contraception représente un gain de liberté et de santé.
 - Elle permettrait une protection pour la femme.
 - « *Je pense que c'est bien parce qu'on peut se protéger contre ça.* » E2
 - « *Et ben il faut. Il faut. Il faut se protéger c'est le but. Parce que sinon, voilà où on en est* » E6
 - « *Après c'est plus dangereux l'IVG que la contraception* » E8
 - Et une liberté pour la femme, ce qui permet d'en avoir une vision positive.
 - « *C'est un plus pour une femme la pilule, l'implant, la contraception... C'est un bon plus parce que déjà elle est protégée et elle peut faire ce qu'elle veut.* » E8

- *« En vrai c'était obligé après IVG ou accouchement. Chaque fois ils proposent. Ils font leur travail tu vois. Après personne ne peut te forcer. » E8*

A.2. Parcours contraceptif

- **Pour la première patiente (E1) :** prise de la pilule malgré des réticences mais arrêt dû à une mauvaise observance. Puis changement de moyen de contraception en faveur du stérilet, puis nouvel arrêt en raison de métrorragies. Extraits :
 - *« Je ne pouvais pas rester comme ça donc j'ai tout arrêté [...] J'ai arrêté du jour au lendemain [...] Je sais qu'il ne faut pas le faire mais je l'ai fait » E1*
 - *« Je ne suis pas partie voir la gynéco [...] Non, je n'avais tellement pas le temps en fait. [...] J'étais dans un autre « mood » en fait » E1*
 - *« Mais là, j'ai demandé un autre stérilet, une nouvelle marque pour voir comment je réagis avec. » E1*

Ainsi, on note des expériences négatives et à l'absence de consultation au décours des différents arrêts des moyens de contraception.

- **Pour la deuxième patiente (E2) :** aucune contraception prise jusqu'à présent. Elle ne semble pas sentir la nécessité d'une contraception avec un partenaire unique d'autant plus que pour elle, les relations ne sont pas autorisées avant le mariage. Extraits :
 - *« Je n'ai jamais ...pensé... je n'ai jamais fait... puisque depuis j'ai toujours eu mon même copain. » E2*
 - *« Ben, du coup... je ne sais pas. Vu que chez moi on n'a pas le droit d'avoir de rapport ben du coup je n'ai jamais pris [...] on n'a pas le droit d'avoir des rapports avant le mariage » E2*

Ainsi, on note une réticence à la contraception liée à des aspects culturels entraînant vraisemblablement le fait de ne pas se sentir concernée par le sujet.

Pour la troisième patiente (E3) : la seconde pilule post- accouchement ne convenait pas donc arrêt tout moyen de contraception sans nouvelle consultation. Puis à nouveau prescription d'un implant mais elle n'a pas pu consulter pour la pose de ce nouveau moyen de contraception choisi. Elle n'a pas repris la première pilule qui convenait. Extraits :

- « *J'étais sous pilule... et après franchement j'ai arrêté parce qu'elle me faisait vomir en fait.* » E3
- « *La Leeloo Gé j'ai super bien supporté, je n'ai pas eu de soucis, je n'ai pas eu de prise de poids, j'avais pas de nausées, pas de vomissements donc. La LeeLoo Gé je la prenais tous les jours à la même heure [...] On m'a dit on ne peut pas reprendre cette pilule parce qu'elle est faiblement dosée donc c'est pour ça qu'on m'a donné la Cérazette mais je ne la supportais pas en fait.* » E3
- « *6 mois que je devais la prendre. Après je ne suis pas partie revoir la gynéco pour ... ça s'est tellement enchainé* » E3

Ainsi, on note une expérience négative et un défaut de temps pour une nouvelle consultation au vu de la mise en place du moyen de contraception choisi. Pas de reprise de la pilule dans l'attente de la pose de son implant. Pilule initiale qui pourtant lui convenait.

- **Pour la quatrième patiente (E4) :** aucune contraception envisagée car pour elle la contraception était forcément synonyme de pilule donc d'hormones. Mais le refus d'un moyen de contraception hormonal n'a jamais été évoqué. Cela ne l'intéressait pas malgré les 4 IVG rapprochées. Les grossesses sont mal vécues. Elle est revenue en consultation de contraception suite à la découverte d'une méthode non hormonale qui lui conviendrait. Extraits :

- « *Non, non, non je ne leur disais rien. Je ne leur disais rien. Je disais oui ouioui ne vous inquiétez pas je verrai avec la gynéco etc. Vraiment je sautais le sujet pour... Je pensais que tout avait des hormones donc et moi je n'étais pas...* » E4
- « *Depuis que j'ai découvert le stérilet ça m'a vraiment changé la vie. Je l'ai découvert il y a un mois le stérilet. Donc comme je l'ai découvert, je suis venue*

ici pour le mettre avant ça je n'ai discuté de rien avec personne. Parce que dans ma tête c'était je ne prends pas de moyen de contraception et voilà. » E4

Ainsi, on note un manque d'information concernant les différents moyens de contraception probablement du fait de ne pas avoir exprimé ses craintes concernant les moyens de contraception hormonaux.

- **Pour la cinquième patiente (E5) :** initialement, elle pratiquait la méthode du retrait mais cela ne fonctionnait pas. Puis a été mis en place un implant qui a été retiré en raison d'effets indésirables. Elle a finalement tenté la prise de pilule mais ce fut un échec en raison d'un manque d'observance. Elle souhaite malgré tout retenter la pilule. Extraits :

- *« Avant que ça vienne il sort, il part. Il s'enlève. Même si vous savez même avec la petite goutte ça peut... La première fois c'est comme ça que je suis tombée enceinte [...] J'avais un implant par rapport à ma première grossesse. Mais... j'ai pas du tout aimé et je ne l'ai gardé que 2 ans. Parce que ça me déréglait totalement mes règles » E5*
- *« Par la suite honnêtement une fois que je l'ai enlevé, je n'ai pas pris de pilule. J'ai essayé mais je n'arrivais pas. Et là je vais me remettre à la pilule. » E5*
- *« Je ne l'ai pas commencé la pilule en fait parce comme je vous le disais, je l'oublie souvent donc... [...] Je me suis dit c'est bon je prends des médicaments pour rien là. » E5*

Ainsi, on note des expériences négatives entraînant une insatisfaction des solutions à disposition.

- **Pour la sixième patiente (E6) :** pas de contraception au début de la vie sexuelle puis une pilule a été prescrite après la première IVG mais arrêtée lorsqu'elle n'avait plus de rapports sexuels. Pas reprise d'un moyen de contraception lors de la reprise d'une vie sexuelle.

- *« Oui, j'en avais pris un après que j'ai fait ma première IVG. J'ai arrêté parce que je n'avais plus de rapports sexuels, donc j'ai arrêté. Et là je vais reprendre après celui-là. » E6*
- *« (avant l'IVG) non parce que je n'y pensais pas... » E6*

Ainsi, on note une négligence du risque de grossesse et pas de reprise d'un moyen de contraception avec la reprise des rapports sexuels.

- **Pour la septième patiente (E7) :** elle fait preuve d'une mauvaise observance avec la pilule. Elle a donc envisagé la pose d'un implant mais cela ne s'est jamais fait par défaut de temps. Elle prévoit de le faire poser lors de l'anesthésie générale probablement devant une crainte liée de potentielles douleurs. Extraits :

- *« J'ai fait mes papiers pour le travail, les papiers pour l'école de mon fils ... c'est un tout voilà pourquoi je suis ici. » E7*
- *« J'ai demandé une anesthésie générale et ils vont le mettre alors comme ça je ne sentirai rien du tout. » E7*

Ainsi, on note un défaut d'observance pour la pilule et de temps pour la mise en place d'un moyen de contraception qui lui serait plus adapté.

- **Pour la huitième patiente (E8) :** pas de contraception jusqu'à la 3^{ème} IVG. A l'issue de cette dernière, elle a pris la décision de mettre en place un implant mais qui a été retiré au bout de 2 ans en raison d'effets secondaires. Elle songe aujourd'hui au patch car elle avait très brièvement essayé la pilule qui a été mal tolérée. Extraits :

- *« Je n'ai pas refusé, juste là pour les 3, je me suis dit ce n'est pas le moment ça peut attendre. Ça peut attendre et voilà mais après le troisième j'ai décidé. » E8*
- *« Moi je ne sais pas ce qu'il s'est passé dans mon cerveau mais après les 3 là que j'ai fait, c'est à ce moment là où j'ai décidé de mettre un implant. » E8*
- *« Je veux essayer le patch, je ne sais pas ça à l'air... moins de douleurs et tout (rire) » E8*

Ainsi, on note l'absence du besoin de mise en place d'un moyen de contraception malgré plusieurs IVG puis une difficulté à trouver un moyen de contraception qui lui soit efficace que ce soit en lien avec l'observance ou les effets secondaires.

- **Pour la neuvième patiente (E9) :** la pilule a été prise dès le début de la vie sexuelle. Elle a arrêté en raison d'un problème d'observance. Elle s'est ensuite orientée vers le patch mais a décidé d'arrêter à cause d'une gêne esthétique. Elle a récemment tenté la solution du stérilet mais la pose s'est soldée par un échec. Extraits :
 - « *J'ai essayé les patchs quand même et la pilule. Et la pose du stérilet devait se faire la semaine dernière mais ça n'a pas fonctionné* » E9
 - « *En fait, j'ai dû prendre au moins 3 pilules différentes je pense depuis mes 18 ans* » E9

Ainsi, on note des expériences négatives et des difficultés d'observance ayant entraîné une insatisfaction des solutions à disposition.

A.3. Contraception idéale

La vision de la contraception idéale peut être regroupée selon 3 thèmes principaux : le besoin de contrôler les conséquences sur le corps, le besoin d'avoir une solution idéale adaptée pour soi, et le besoin de ne pas avoir à gérer une contraception. Pour certaine la contraception idéale est une contraception qui a dû être arrêté pour effets indésirables ou défaut d'observance.

- Le besoin de contrôler les conséquences sur le corps et que cela leur soit adapté.
 - « *Mais là, j'ai demandé un autre stérilet, une nouvelle marque pour voir comment je réagis avec.* » E1
 - « *Là, je vais essayer l'implant. [...] Après je ne sais pas comment je vais réagir, comment mon corps va réagir. On verra avec le temps.* » E3
- Le besoin d'avoir une solution idéale adaptée pour soi.
 - « *Après y en a qui sont vraiment fines et tout, celles qui ont le corps pour, on peut leur donner des hormones* » E1
 - « *Après c'est le corps de chacun. Ça dépend. Ce n'est pas pareil pour chaque femme* » E8
 - « *Le stérilet, vraiment idéal.* » E4

- Le besoin de ne pas avoir à gérer une contraception
 - « *Quand j'ai fait une pose pendant un an parce que je n'avais plus de copain c'était vraiment une libération.* » E9
 - « *Franchement, je pense que sinon, ouais... juste un moyen naturel de... de le faire.* » E9
 - « *Une contraception pour les hommes (rire). C'est le seul moyen de contraception idéal, qu'eux puissent porter le stérilet* » E9
 - « *J'aimerais me dédouaner de tout ça en fait. J'aimerais pouvoir dire c'est n'est pas le moment-là et qu'il ne se passe rien et que quand je décide il se passe quelque chose mais bon ce n'est jamais comme ça.* » E9
- C'est une contraception qui a dû être arrêté pour effets indésirables ou défaut d'observance
 - « *Franchement à part la pilule... y a que la pilule qui pourrait me convenir... mais bon. Si je ne l'oublie pas...* » E5
 - « *Pour moi c'est l'implant.* » E8

B. Les différents moyens de contraception

B.1. Les hormones

Pour ce moyen, il est noté chez les patientes un grand nombre de craintes. Il est en effet évoqué, entre autres, la problématique de la prise de poids et pour l'une des patientes, les effets sur l'organisme de la prise d'hormone sont comparés à ceux de la grossesse. Cela laisse à penser que même une considération d'un bénéfice de ce type de contraception sur le risque de l'IVG ne peut inciter la patiente à s'orienter vers la pilule. Cette position réfractaire peut être liée au besoin de contrôler les conséquences de ce type de contraception sur le corps. Extraits :

- « *J'ai toujours eu peur par rapport aux hormones* » E1
- « *Peur de grossir* » E1
- « *Ça change le corps tout ça* » E1
- « *Je déteste les hormones en plus. Je déteste ça.* » E4

- « *Là moi c'est l'implant et ce qui me faisait un peu peur au début, on m'avait dit souvent que ... il y a des prises de poids. »* E3
- « *Ben c'est à cause des hormones. Moi je gonfle. Je grossis vite. J'explose déjà là je vous promets. Je ne suis même pas de 2 semaines et j'ai les seins ils ont explosé. [...]* En plus, je suis malade du cœur et là depuis que je suis enceinte j'ai des palpitations triples que d'habitude et je n'ai jamais eu ça. » E4
- « *C'est vrai c'est bizarre. Ça change tout ça travaille dans les hormones mais après je ne me pose pas trop de questions. »* E6
- « *[la contraception hormonale représente] je crois juste de l'instabilité »* E8
- « *Oui ça peut (être dangereux) mais après je me dis si je ne fais pas ça je vais finir comme ça encore une fois donc du coup je me dis que je préfère prendre la pilule quoi. »* E6

B.2. Le préservatif

Pour ce moyen, il est noté chez les patientes une position réfractaire en raison de l'insatisfaction de la solution pour une relation établie avec un même partenaire. En effet, les rapports sont jugés moins spontanés et le dispositif gênant. Il est aussi intéressant de noter une forme de pression sociétale liée à l'utilisation du préservatif qui est perçu comme moyen non acceptable pour une relation établie. Il serait un moyen de contraception envisageable uniquement en début de relation et inutile ensuite. Ce souhait d'y avoir recours pouvant même engendrer de la suspicion de la part du partenaire. Ou parfois simplement, on n'y pense pas. C'est une méthode qui est jugée contraignante. Extraits :

- « *Oui, on connaît le préservatif et tout ça mais... on n'a jamais eu trop de ... enfin on se dit -on habite ensemble... je veux dire... tout le monde sait en fait. »* E1
- « *(préservatif) oui mais ça ne s'est pas fait. Je ne sais pas vous dire pourquoi, ça ne sait pas fait. Franchement ça ne m'est pas passé à l'esprit. »* E2
- « *Non franchement on n'a pas pensé. »* E3
- « *Ben non parce qu'il n'aime pas le préservatif. Oui ce n'est pas... [...]* en plus on est ensemble depuis très, très longtemps donc... non [...] Le préservatif c'est au début parce qu'après on s'aime et on désire se sentir donc du coup, le préservatif ça ne sert plus à rien. » E4

- « *Mais quand penser à mettre ceci penser à mettre cela... penser à mettre des trucs comme ça ce n'est pas à la portée de tout le monde* » E4
- « *Le préservatif ? pas du tout non. Ça je n'aime pas du tout. Sexuellement parlant, je n'aime pas du tout. Ça me dérange et lui aussi.* » E5
- « *(préservatif) Non, on n'y pense pas. Ce n'est pas qu'on y pense pas mais je ne sais pas. Quand on va se voir pour avoir des relations sexuelles, il n'y a pas de protection avec nous ben on va faire sans. C'est comme ça. Voilà. On ne l'a pas anticipé.* » E6
- « *A visée contraceptive, c'était que le côté désagréable pour moi du préservatif [...] Le préservatif, je n'ai jamais vraiment aimé ni pratiqué. Enfin, ni utilisé vraiment... euh parce que j'ai toujours été avec un compagnon et qu'il n'y a pas eu toutes ces questions de maladie étant donné que c'était une relation...* » E9
- « *Je ne crois pas qu'il sera d'accord. Il va me dire non lui tu crois que je suis un inconnu [...] Les hommes ils ne pensent pas comme nous. Un homme tu vas lui dire de mettre une capote, il va croire que tu le trompes. [...] Moi mon mari, il est malade. Si je lui sors une capote, il va péter les plombs. Il va me regardait et il va dire mais tu fais quoi là. Déjà comme ça...* » E7

B.3. La pilule

Sans surprise, la pilule recoupe les problématiques notées en 1. Les hormones. Il est noté pour ce moyen une position réfractaire en raison de craintes, expériences négatives et d'insatisfaction de la solution surtout lié à un problème d'observance. La pilule est le moyen de contraception le plus évoqué par les patientes. Souvent, contraception est assimilés à la pilule uniquement. Extraits :

- La contraception peut être assimilée à une pilule uniquement.
 - « *Pour moi c'était une pilule et c'est tout quoi* » E1
- Il peut y avoir des expériences négatives avec la pilule malgré l'information donnée.
 - « *J'ai grossi comme jamais [...] On m'a dit il n'y a pas trop d'hormones et tout mais je mangé pour quatre [...] Et j'ai vu au fil du temps que je grossissais. Je me suis dit ce n'est pas possible déjà que j'ai des formes* » E1

- Il existe des craintes vis-à-vis de la pilule surtout lorsqu'elle est prise au long cours.
 - *« J'avais peur de la pilule. Je me disais ça peut être cancérigène ou je n'en sais rien » E4*
 - *« Ça reste la pilule quand même. Ça reste quelque chose qu'on prend. Déjà même mon caché du cœur je le prends et je me dis qu'à la longue c'est pas bon pour mon corps alors que c'est lui qui me permet d'avoir une stabilité cardiaque donc la pilule encore pire, je me dis voilà quoi ... je n'adhère pas à ça. » E4*
 - *« Ah je déconseille. Après y en a qui sont vraiment fines et tout, celles qui ont le corps pour on peut leur donner des hormones [...] celles qui veulent grossir, pour se sentir mieux parce qu'elles en ont marre de pas avoir des formes les pauvres ». E1*

- Insatisfaction de la solution.
 - En raison de problème d'observance vécu ou redouté.
 - *« Après la seule contrainte avec la pilule c'est les oublis. Donc là je vais partir plus sur un implant. » E3*
 - *« C'est que je sais la pilule je vais forcément l'oublier. » E4*
 - *« Imaginez le cœur je l'oublie donc la pilule... c'est sûr que je vais l'oublier » E4*
 - *« J'ai essayé mais je n'arrivais pas à la prendre tous les jours. » E5*
 - *« Avant j'étais plus jeune maintenant je vais faire en sorte de moins l'oublier. » E5*
 - *« Ben avant je prenais une pilule mais je l'oubliais tout le temps. Elle n'a pas marché avec moi (rire) enfin plutôt c'est moi qui n'ai pas... [...] donc après on m'a proposé un implant et je comptais le mettre » E7*
 - En raison de possibles effets secondaires.
 - *« On m'a dit on ne peut pas reprendre cette pilule parce qu'elle est faiblement dosée donc c'est pour ça qu'on m'a donné la Cérazette mais je ne la supportais pas en fait. » E3*

- *« En fait, avant ça quand j'ai accouché de mon premier fils, j'ai pris la pilule mais ça me faisait mal au ventre et tout et du coup je l'ai laissé tomber et je suis tombée enceinte de mon deuxième fils et voilà » E8*
- Mauvaise réputation de la pilule à travers le retour d'expérience d'autres femmes.
 - *« Ben, j'ai entendu que ça fait grossir. Y en a, elles ne sont pas bien, elles ont des vertiges. Après c'est tout j'ai entendu que ça. » E6*
 - *« En vrai, après, moi ce n'est pas les médecins qui m'ont dit ça mais les gens, les autres femmes. Par exemple quand moi je voulais prendre la pilule elles ont dit oui avec la pilule avec les médicaments tu vas grossir [...] Moi, j'avais juste mal au ventre. Je n'ai pas grossi rien du tout » E8*
- Elle peut être vue comme une solution positive et être acceptée.
 - *« Euh... je trouve que c'est bien déjà une pilule. Ce n'est pas dérangeant pour moi. Ça ne me pose pas problème... » E6*

B.4. Contraception de longue durée d'action (LARC)

a. Connaissances

Il est observé pour ce moyen une vision confuse de la part des patientes. Elles sont souvent mal informées, parfois par manque d'intérêt pour le sujet.

- *« Je crois que c'est le stérilet dans le bras et l'implant en bas ... (hésitation). » E1*
- *« Le stérilet ça se met par ... ce n'est pas par le bras ? » E3*
- *« Je ne sais pas. Je ne me suis jamais renseigné sur le sujet. » E2*
- *« L'implant c'est des hormones non ? Je crois c'est comme la pilule non ? mais c'est répétitif, constant plutôt. Et sinon, ça reste quand même..., on le sent sous la peau... c'est comme un mini tube du stylo là. Vous voyez l'intérieur ? » E5*
- *« Oui. Je connais de nom. Je sais où ça se met. Y en a un là [montre le bras] et y en a un là aussi ? [montre le ventre] et c'est tout après... [...] Je ne me suis jamais posée la question. Je ne me suis pas intéressée quoi. » E6*
- *« Je ne me suis pas posée la question. Je ne me suis pas trop renseignée quoi. » E6*

b. Ressenti

Le ressenti est très contrasté. En effet, il est observé une vision positive due au gain de liberté procuré et au sentiment de ne plus avoir à gérer une contraception. On y retrouve une approche positive notamment sur le plan de la gestion de la contraception. Cependant, il demeure tout de même également une perception négative en particulier lié au fait qu'il faille accepter l'insertion d'un « corps étranger » dans son corps et qui peut être à l'origine des dérèglements. Ces méthodes sous-entendent le fait de devoir toucher au corps de la femme. Et des effets indésirables peuvent conduire à leur retrait.

- Le stérilet permet d'éviter les oublis et peut représenter un gain de confort.
 - *« Il n'y a pas à prendre cette petite pilule et se dire mince je l'ai oubliée [...] moi je dis cette pilule là, ça sert à rien. C'est ou l'implant ou le stérilet. Franchement c'est le mieux. [...] Ce n'est pas évident tandis qu'un stérilet, c'est fluide, on est tranquille. Il n'y a rien à penser. » E1*
 - *« La dernière IVG je me suis dit qu'il fallait mettre le stérilet comme ça je serai tranquille » E1*
 - *« C'est sécurisant [...] On a plus la tête tranquille » E1*
 - *« Donc je préfère être sûr que quelque chose s'occupe à ma place de tout ce que je dois faire parce que j'ai trop trucs à gérer donc voilà. » E4*
 - *« Le stérilet je trouve que ça permet de même si on est pas concentré un jour ou on ne peut pas l'être, admettons si on a une folie au restaurant et qu'on veut boire un verre et quand on rentre on est un peu... admettons même pas alcoolisé et on ne peut pas faire attention à tout et ce stérilet il peut nous prévenir pour tout. » E4*
- Le stérilet est perçu comme moins risqué que la pilule.
 - *« Le stérilet c'est qu'une machine qu'on pose et qu'on laisse du coup je me dis c'est moins dangereux » E4*
 - *« Non, pas du tout. J'ai déjà lu des trucs sur ça. De ce que j'ai lu c'est plus sécurisant l'implant et le stérilet qu'une pilule. C'est moins dangereux. » E1*
 - *« Mais le stérilet, ça me fait moins peur. Je ne sais pas. L'endroit où il est posé et tout ça... ça me paraît logique. » E9*

- Mais ce type de solution peut engendrer certaines craintes et des expériences négatives.
 - « *Mais je veux dire, il ne peut pas le retirer avec ces fils là ? Si sans faire exprès il l'arrache ? [...] A chaque fois je lui dis, quand on a des rapports si c'est comme ça on va le casser. Il ne tiendra pas.* » E4
 - « *(le stérilet) enlevé parce qu'il me faisait trop saigner* » E1
 - « *J'avais un implant par rapport à ma première grossesse. Mais... j'ai pas du tout aimé et je ne l'ai gardé que 2 ans. Parce que ça me déréglaient totalement mes règles* » E5
 - « *Ah ouais là je me rappelle, avec l'implant, j'avais trop de boutons sur le visage. Trop de boutons... là je m'en rappelle (rire).* » E8
- Ce moyen peut être perçu positivement en raison de son caractère indolore et des effets sur le corps jugés acceptables.
 - « *Même l'implant c'est pas grand-chose. Je suis allée, la dame elle a fait vite fait bien précis. Il n'y a eu aucune douleur* » E8
 - « *Mais c'est quoi les effets indésirables ? Mais on m'a dit ça fait des règles abondantes ? Mais moi je préfère les règles abondantes parce qu'on se libère plus de... parce que j'avais des règles abondantes et très, très douloureuses donc ça ne va rien changer.* » E4
- Mais pour d'autres, les effets indésirables ont contraint à l'abandon.
 - « *J'avais un implant par rapport à ma première grossesse. Mais... j'ai pas du tout aimé et je ne l'ai gardé que 2 ans. Parce que ça me dérégla totalement mes règles* » E5
 - « *Avec l'implant j'ai pas un bon vécu parce que ça me dérégla comme je vous l'ai dit* » E5
 - « *L'implant ça fait 2 ans et je l'ai enlevé en avril et juste après je suis tombée enceinte. [...] parce qu'avec l'implant j'avais des problèmes avec mes règles. [...] avec l'implant je les avais presque un mois.* » E8
- Certaines patientes sont en résistance par rapport à cette solution et ne veulent pas se confronter au sujet.

- Par principe personnel.
 - « *Je ne me vois pas avec. Je ne sais pas. [...] je connais des gens qui ont fait et dans mon travail aussi mais sur moi... non je ne verrai pas. Je ne sais pas je ne me vois pas avec un stérilet. Je ne sais pas [...] (l'implant) Non plus. C'est exactement pareil pour moi. Ça ne m'intéresse pas.* » E2
 - « *Je me suis toujours dit je ne veux pas de stérilet. Moi je ne cherche pas trop à comprendre.* » E2
 - « *Je ne mettrais ni implant, ni stérilet. C'est soit la pilule soit rien.* » E5
 - « *Non, non mais je ne veux pas tout ça. Non, je ne veux pas.* » E6
- Ou suite à une expérience personnelle négative.
 - « *La dame elle m'a parlée pour le stérilet, je ne suis pas d'accord. [...] je ne sais pas, l'implant, le stérilet je ne veux plus voir* » E8
 - « *En fait non, parce qu'en fait elle m'a juste dit vous allez saigner un peu plus. Et moi dans ma tête je me suis dit vu que déjà mes règles c'est 5 jours même si c'est 10 jours ça va. Mais là c'était presque 1 mois. Donc j'ai dit vas y laisse tomber.* » E8
 - « *Il n'y a qu'un choix non hormonal qui est le stérilet en cuivre du coup. Et du coup, c'est quand même une appréhension vu la dernière séance que j'ai faite. Je me dis ça fait quand même mal. Et puis ça ne marche pas à tous les coups. Ce n'est pas aussi simple que quand on nous montre. Il faut souffrir quand même bien 15 minutes et il faut que ça rentre... ouais je ne sais pas* » E9
- Ou soumis à la condition d'avoir eu un premier enfant.
 - « *Ah non, le stérilet non. Ça je le mettrai une fois que j'ai eu une grossesse, quand j'aurais des enfants.* » E5
- Ou par refus que l'on touche à leur corps.
 - « *Après la césarienne, après l'accouchement et tout, plus personne ne va toucher mon corps* ». E8

- La vision du corps étranger à insérer dans l'organisme est prépondérante
 - Pour l'implant.
 - *« C'est... psychologiquement de se dire j'ai quelque chose dans le corps c'est... vous voyez ? c'est... ce n'est pas pareil. » E5*
 - *« C'est juste une question d'objet peut-être. La forme que ça a, je ne sais pas et l'endroit où on le pose du coup. » E9*
 - *« L'implant ça me fait un peu peur, je ne sais pas pourquoi mais... placé dans le bras ça fait un peu un truc bionique, je ne sais pas ça... J'ai l'impression d'avoir un truc chimique à l'intérieur. » E9*
 - *« [un corps étranger] Carrément. Oui, ça ne me paraît pas hyper naturel (l'implant) comme... » E9*
 - Pour le stérilet.
 - *« Le stérilet, c'est quelque chose qui me fait peur. A l'intérieur de mes ovaires où je ne sais pas où ils le mettent. De l'utérus je crois. Honnêtement, je n'aime pas. Ça me dérange. Ça me... rien que là j'ai l'impression de... beurk... je n'aime pas. J'aime pas du tout. » E5*
 - *« Oui, déjà c'est un corps étranger que l'on met à l'intérieur du corps ». E5*
 - *« Laisse tomber déjà un truc en bas je ne veux pas. Je ne sais pas je suis un peu parano. » E8*
 - Pour les deux.
 - *« Du coup, en plus honnêtement avoir quelque chose à l'intérieur c'est... dans la tête ça reste bizarre. » E5*
 - *« Je ne me suis jamais posée la question. Je ne me suis pas intéressée quoi. Parce que de toute façon, je ne veux pas. Et donc du coup, je ne m'intéresse pas. Un corps étranger, je ne sais pas, ça ne m'attire pas » E6*
 - *« Je sais qu'il va y avoir un truc dans mon corps et je ne veux pas de... je préfère la pilule » E6*

- *« Je ne sais pas mais ça me dérange. Ça me dérange de mettre un implant tout ça. Ça me dérange. Je n'ai pas trop confiance et même je n'aime pas ». E6*
- Certaines patientes ressentent vis-à-vis de cette solution :
 - Sur le court terme, un danger.
 - *« Un danger dans le sens ou si imaginez demain je ne sais pas comment on m'attrape le bras, ça peut me faire mal. » E5*
 - *« Ça dépend. Si ça se déplace. Je ne sais pas si ça peut se déplacer ? Mais si ça se déplace oui, ça peut être dangereux. » E6*
 - Sur le long terme, pas de conséquence négative et un rapport bénéfice/risque en faveur des LARC.
 - *« Non, je ne pense pas. Une fois qu'on l'enlève... c'est facile on peut en refaire un. » E6*
 - *« Je pense que oui parce que ça reste quand même mauvais. Non parce que sinon je ne pense pas qu'on nous les mettrait pas. » E5*
 - *« Franchement non avec tous les problèmes que j'ai eus sans ce n'est pas ça qui va me faire peur. » E4*

C. Craintes

Les craintes liées à ce moyen de contraception sont influencées par les retours d'expériences de l'entourage souvent négatifs et voir la possibilité d'une erreur lors de la pause. Extraits :

- *« Et... ça ne me tente pas dans le bras. [...] Je sais qu'une amie à moi l'a (implant) mis après avoir accouché de son dernier enfant mais elle l'a enlevé au bout de 6 mois parce qu'elle ne le supportait pas et elle se voyait encore plus grossir et tout. [...] Et j'ai toujours eu ce retour là en fait. Tous les gens qui m'entourent me disent c'est comme la pilule en fait c'est hormonal ça fait grossir et non voilà quoi [...] Tout le monde me dit vaut mieux le stérilet que l'implant. » E1*

- « *Donc du coup quand elle était revenue, euh ben elle avait demandé à l'enlever et il a mal été enlevé et du coup ça lui avait fait des problèmes et elle a dû être opérée. Et... y a eu des complications en fait par la suite* » E5
- « *Je ne sais pas. J'avais entendu que ça fait des effets... on vomit ou des trucs comme ça non ? avec l'implant ? Parce que moi j'ai déjà entendu des gens qui disaient qu'avec l'implant ça fait vomir et tout ça, non ? que c'est gênant* » E6
- « *J'avais peur aussi que la gynécologue elle se trompe. Qu'elle me place un autre stérilet que je ne veux pas.* » E4

B.5. Les autres moyens de contraception

Pour les autres moyens de contraception, il est observé une vision incomplète ou erronée des possibilités pouvant laisser la patiente sans solution adaptée. Extraits :

- La patiente peut être mal informée sur le panel des solutions à disposition et ne semble pas avoir de connaissance sur d'autres moyens de contraception que celui déjà pris ou le préservatif
 - « *Après il n'y a rien d'autre... la pilule du lendemain ?* » E5
 - « *J'ai déjà entendu parler du préservatif féminin mais je n'ai jamais vu. Mais je n'en veux pas. Je préfère les trucs à l'ancienne moi, honnêtement...* » E5
- Les patientes n'ont pas véritablement d'avis sur les moyens de contraception autres que ceux déjà utilisés et peuvent y être réticentes.
 - « *Franchement je ne sais pas madame, je n'ai pas testé beaucoup de moyen de contraception. A part l'implant, je ne saurais pas vous dire* » E5
 - « *J'en ai déjà entendu parler (diaphragme, cape cervical) mais ... euh... je n'en trouve pas l'utilité du tout.* » E4
- Il peut exister un frein sur les conséquences esthétiques.
 - « *Mais le patch ne m'avait pas convenu non plus. Ça prenait de la place, c'était moche [...] ce n'était vraiment pas esthétique du tout et pas confortable* ». E9

- Et les méthodes dites naturelles peuvent paraître aux yeux des patientes comme des solutions malgré une certaine insatisfaction et des échecs
 - Méthode du retrait
 - *« Après je vais souvent lui demander de ne pas finir à l'intérieur mais c'est pas une vie. » E4*
 - *« Avant que ça vienne il sort, il part. Il s'enlève. Même si vous savez même avec la petite goutte ça peut... La première fois c'est comme ça que je suis tombée enceinte. On a toujours fait ça. Ça a été ça dès le début. » E5*
 - Méthode du suivi des cycles mais uniquement avec une application sur téléphone
 - *« Ben non. En fait je faisais attention, je calculais mon cycle entre guillemets. Bon là j'ai fait le mauvais calcul je pense. Mais je faisais attention. J'avais téléchargé une application » E3*
 - *« Je suivais mes cycles. J'ai une application qui surveille toutes mes règles. » E6*
 - *« Sinon moi je... je... j'essayais d'écouter de suivre mon cycle et tout ça. De faire un peu de manière naturelle mais du coup, c'est là où... je suis tombée enceinte en fait » E9*

B.6. La contraception d'urgence

a. Connaissance

La question de la contraception d'urgence révèle une vision partielle des patientes, des craintes et un manque d'information sur ce sujet. Extraits :

- Pour les patientes ayant le plus de connaissances sur la contraception d'urgence, le sujet se limite à la « pilule du lendemain » uniquement. Soit, elles ont déjà eu recours à ce dispositif, soit, elles ne le connaissent que de nom.

- « *J'ai entendu la pilule du lendemain [...] je n'ai jamais approfondi plus que ça ...* » E1
 - « *Il faut la prendre après un rapport et ne pas dépasser les 3 jours.* » E2
 - « *Oui, oui, oui, je la connais celle-là. Je l'ai souvent prise. Ben c'est ça mon problème.* » E4
 - « *La contraception d'urgence c'est quand on a eu un rapport et qu'on n'était pas protégée. [...] Je ne sais pas, on a parlé de ça quand j'étais au collège c'est pour ça que je m'en rappelle je pense. Voilà. Il nous rabâchait ça tout le temps* » E3
 - « *Je l'ai déjà prise plusieurs fois quand il ne s'est pas enlevé. Et surtout quand j'étais en période d'ovulation. Après... c'est très mauvais quand même, je sais qu'il ne fait pas en prendre beaucoup. Et voilà.* » E5
 - « *Ce n'est pas par hasard la pilule où après un jour ou un truc comme ça [...] Je crois je l'ai vu à la publicité (rire) sur YouTube, tu sais les publicités avant les vidéos et tout. Même après il y a aussi les publicités en pharmacie. Après, je connais ça de loin.* » E8
 - « *La pilule du lendemain ? je n'en connais pas tant que ça je crois.* » E9
- On note également une position réfractaire également observée en 3. La pilule car ce dispositif est jugé dangereux du fait qu'il contient des hormones.
 - « *Ben on m'a dit que c'est dangereux. [Qui vous a dit ça ?] ben c'est la pharmacienne. [...] j'allais prendre ça mais ça c'est très dangereux. [...] Il y a beaucoup d'hormone dedans.* » E4
 - « *Ben dans ma tête c'est juste quelque chose de fort. Qui du coup, agit comme la pilule... et qui... qui du coup, doit dérégler aussi plein de choses. Enfin, je ne sais pas, dans ma tête c'est comme une bombe à retardement qui pendant 6 mois va vous mettre mal après émotionnellement (rire). Mais bon au moins vous ne serez pas enceinte quoi (rire).* » E9
 - Des craintes sont aussi observées en raison du fait que ce dispositif peut présenter des risques d'échec.
 - « *Ben ouais... mais c'est un risque ça. [...] ben oui quand même. Parce que tu ne sais pas si ça va marcher ou pas.* » E8

- Enfin les patientes sont peu sûres du lieu et des modalités pour se procurer une contraception d'urgence.
 - « *(disponible) en pharmacie. Je crois que c'était 7 euros.* » E2
 - « *C'est dans les planning familiaux et ... chez la gynéco ?* » E3
 - « *À la pharmacie et il ne faut pas de prescription. Juste si t'es majeure tu la payes si tu n'es pas majeure, tu ne la payes pas.* » E5
 - « *Je ne sais plus. Mais on la prend en pharmacie. On demande une pilule du lendemain et il faut la prendre. Y a un nombre d'heures à respecter non ?* » E6
 - « *En pharmacie, ça je sais et j'imagine le lendemain direct et sans prescription je pense.* » E9

b. Recours

Pour une grande majorité des patientes, elles n'ont jamais eu recours à ce dispositif. Certaines l'ont prise une seule fois et d'autres plus souvent. Extraits :

- « *Oui ça m'est arrivé de la prendre une fois. J'étais dans le doute donc j'ai préféré la prendre.* » E2
- « *Moi personnellement je ne l'ai pris qu'à la pharmacie [...] une fois. [...] on avait des doutes...* » E6
- « *Je l'ai déjà prise plusieurs fois quand il ne s'est pas enlevé.* » E5

C. Aborder la question de la contraception

C.1. Informations

a. Informations reçues sur la contraception

Cette partie révèle encore une fois une vision incomplète ou erronée des possibilités de contraception laissant le sujet sans solution maîtrisée. L'origine de cette situation est notamment due à des incompréhensions, une information reçue mal gérée ou un refus d'information. Extraits :

- Les patientes peuvent éprouver des difficultés à comprendre l'information médicale
 - « *Elle (la gynécologue) m'a dit hormone pas hormone. Moi je ne comprenais rien* » E1
- Pour l'une, il ne semble pas y avoir un désir de dialogue avec le corps médical pour être certaines de lever les doutes sur la bonne compréhension du contraceptif souhaité.
 - « *Oui je pense que c'est simple. [...] Si je l'oublie elle m'a dit ce n'est pas très grave. [...] Après je ne sais pas, j'ai peut-être pas tout écouté. Je ne me souviens que de ça.* » E2
 - « *Oui. Comme j'ai compris, c'est bon. Comme j'ai compris comment il faut le prendre, comment ça se déroule, c'est bon.* » E2
- Et elles se retrouvent ensuite seules avec des interrogations.
 - « *Je ne sais même pas c'est laquelle (implant) qu'elle m'a prescrit.* » E3
 - « *Il faut que j'aille en pharmacie ? Je ne sais pas, elle m'a marqué la pilule.* » E6
- Pour d'autres, elles estiment globalement avoir reçu toutes les explications et levé toutes les interrogations.
 - « *[pensez-vous avoir pu poser toutes vos questions concernant la contraception ?] oui...* » E6
 - « *En fait après 2 enfants et 4 IVG ça va je connais tout (rire) [...] à chaque fois, même à l'hôpital même au PMI ils me montrent sur les photos comment ça marche c'est quoi les bonnes choses et les mauvaises choses et ils m'expliquent tout vraiment.* » E8
 - « *C'est plutôt clair parce que je suis venue à l'hôpital plusieurs fois et qu'on a parlé de contraception plusieurs fois avec mes IVG.* » E9

b. Sources d'informations

Les sources d'information utilisées par certaines patientes peuvent expliquer ces informations incomplètes ou erronées. On peut aussi noter que l'entourage des patientes constitue une source d'information importante, jugée plus fiables et rassurante. Extraits :

- Elles peuvent avoir une attitude réfractaire à la prise d'information en raison de connaissances propres estimées suffisantes.
 - « *Oui, oui, oui. Après ça va je connais. Je n'ai pas besoin qu'on m'explique.* » E5
- Elles peuvent se contenter de simples recherches de solution via Internet par défaut de temps pour consulter ou des retours d'expériences rapportés. Ces sources d'information connaissent une forte adhésion de la part des patientes.
 - « *Quand j'ai des questions à me poser comme je n'ai pas le temps de courir à droite à gauche, je regarde sur Google. Je sais que c'est mauvais que ce n'est pas trop bon mais...* » E1
 - « *C'est quoi que je regarde ... ? C'est le journal des femmes. A chaque fois je retrouve les réponses à mes questions, dans la majorité du temps [...] Je regarde les femmes qui écrivent : moi j'ai eu ça, moi j'ai eu ça* ». E1
 - « *Oui je vois plein même sur internet qui disent porter un stérilet c'est pas bien ça peut bloquer après les grossesses mais moi franchement... je ne prévois pas d'autres grossesses.* » E3
- Les sources d'information peuvent être d'autres femmes de l'entourage des patientes ou même des collègues de travail.
 - « *Ben au travail. A l'infirmier avec qui je travaille.* » E2
 - « *Et donc je me suis renseigné auprès d'autres filles et je leur ai dit moi je veux prendre un moyen de contraception mais je ne veux pas qu'il y ait d'hormones dedans* » E4
 - « *À ma grande sœur (rire). Elle prend la pilule et tout donc je sais qu'elle s'y connaît. Enfin un minimum. Ce n'est pas un docteur mais je sais que si j'ai des questions elle peut y répondre.* » E6
- Et le choix de la contraception peut être très influencé par cet entourage.
 - « *C'est ma belle-mère qui m'en a parlé.* » E4
 - « *Déjà ma mère elle m'a toujours dit ne met jamais de stérilet.* » E5
 - « *Il y a 6 mois, je pense que j'aurais fait poser l'hormonal en me disant que le cuivre il fait trop de saignement et que c'est trop douloureux et finalement en*

parlant avec pleins de copines j'ai décidé de faire poser le cuivre parce que ce n'est pas non plus... et je suis sensible pour les émotions et tout ça... (rire) »
E9

- Certaines ont cependant conscience de la problématique de la fiabilité de certaines informations trouvées sur Internet. Et lors de problèmes rencontrés, elles savent qu'il vaut mieux s'adresser à un professionnel de santé.
 - *« Après moi je préfère garder mes questions et les poser à la bonne personne que de regarder sur internet... »* E3
 - *« (internet) oui mais honnêtement je ne l'utilise pas trop. Je le fais plus par rapport à mes connaissances et je connais mon corps. »* E5
 - *« Soit, je sais que je peux revenir ici pour poser des questions, soit j'en parle à mon médecin ou à ma gynéco. C'est tout. »* E5

C.2. Prescription de la contraception

a. Les prescripteurs de contraception

Les prescripteurs de la contraception sont principalement les gynécologues et les sages-femmes du CGS ou de la PMI ou les gynécologues de ville. Il est noté une opinion réfractaire au sujet du médecin généraliste pour les prescriptions. Extraits :

- *« J'étais partie chez la gynéco, je lui avais dit : voilà, il me faut une contraception tout ça »* E1
- *« À part la gynéco, personne. Si demain un généraliste il me prescrit un...non. Je n'aurais pas confiance. »* E1
- *« À la PMI [...] C'est la sage-femme qui me l'avait prescrit et expliqué comment ça marche et tout et voilà. »* E8

b. Connaissance des soignants pouvant prescrire une contraception

Sur cette question, il est mis en évidence une méconnaissance répandue concernant les prescripteurs de contraception. Extraits :

- *« Mon gynéco et mon docteur et je pense que c'est tout. »* E2

- *« Ben les médecins je pense. Il n'y a pas de ... après je ne sais pas du tout s'il faut que ce soit vraiment un gynécologue ou un planning familial euhhhh ou le généraliste ? » E3*
- *« Ben... la gynéco. Après je me suis toujours demandée : que la gynéco ou le médecin aussi ? je ne sais pas ça. » E4*
- *« Un médecin. Un médecin généraliste oui, gynéco oui après tout ce qui ORL et tout ça non, je ne pense pas. » E5*
- *« Ben la gynéco. Après je ne sais pas. Parce que moi la première fois c'était ma gynéco de Vitrolles. Mais je ne sais pas. » E6*

C.3. Discussion de contraception après les IVG

Les réponses des patientes montrent globalement une difficulté à aborder la question de la contraception à la suite d'une IVG. Extraits :

- Par crainte du jugement, et ce même du gynécologue.
 - *« Le problème, c'est qu'on n'arrive pas à en parler. Des fois, on est gênée quand on est devant un gynéco de parler de ça mais pourtant elle est là pour ça. [...] Devant une personne qui est plus grande que moi, qui est expérimentée ou que je sais que c'est son travail je vais me bloquer en fait [...] Mais dans notre tête on va se dire mais quel a priori elle va avoir sur nous » E1*
- Les patientes semblent accepter la prescription de contraception sans être certaines de bien adhérer à la solution proposée. Elles ne semblent pas proactives dans leurs demandes de contraception qui n'est pas un élément qu'elles ont retenu de l'entretien post-IVG.
 - *« J'avais revu une gynéco mais c'était juste pour un contrôle. (Discussion de contraception) Non, parce que je n'y ai pas pensé. » E2*
 - *« Oui et cette fois-ci j'ai accepté. Je me suis fait prescrire une pilule. Mais après comme je vous ai dit c'est tout nouveau pour moi donc je ne connais pas [...] Donc là je reviens cette année mais là, je ne pars pas sans moyen de contraception c'est mort » E2*
 - *« Oui, elle m'a prescrit la pilule mais je ne l'ai pas prise. » E5*

- « *Elle m'en parle tout le temps elle. A chaque fois que je la vois. Toujours. Après, je ne vous mens pas je lui mens de temps en temps. Je lui dis, je prends la pilule... je ne la prends pas...* » E5
- Et ce constat peut être accentué par le temps écoulé depuis la dernière IVG
 - « *Non. C'était il y a très, très, très longtemps donc du coup ... je ne m'en souviens pas trop. [...] je n'avais rien mais je ne m'en souviens pas. Je ne me rappelle pas du tout.* » E2
- Quand la patiente adhère à une solution de contraception avant un entretien, cette question est plus facilement abordée.
 - « *Depuis que j'ai découvert le stérilet ça m'a vraiment changé la vie. Je l'ai découvert il y a un mois le stérilet. Donc comme je l'ai découvert, je suis venue ici pour le mettre avant ça je n'ai discuté de rien avec personne. Parce que dans ma tête c'était je ne prends pas de moyen de contraception et voilà.* » E4
- Alors que sans son adhésion, son attitude était particulièrement hermétique.
 - « *On m'en a parlé mais je n'écoutais pas. [...] non, non, non je ne leur disais rien. Je ne leur disais rien. Je disais oui, oui, oui ne vous inquiétez pas je verrai avec la gynéco etc. Vraiment je sautais le sujet pour... Je pensais que tout avait des hormones donc et moi je n'étais pas...* » E4
- Il peut arriver que la question de la contraception soit évitée lorsqu'il n'y a pas de nécessité immédiate au moment de la consultation.
 - « *La gynécologue c'était juste pour qu'elle regarde parce j'avais mal au ventre mais elle ne m'avait pas proposée de contraception vue que je n'avais pas de rapports* » E7
- Au moment de l'entretien post-IVG, la patiente peut adopter une position de refus qu'elle-même peut avoir du mal à expliquer par la suite.
 - « *(Entre les premières IVG vous n'aviez pas voulu de moyen de contraception, pourquoi ?) je ne sais pas (rire). Je ne sais pas. [...] En vrai, c'était obligé*

après IVG ou accouchement. Chaque fois ils proposent. Ils font leur travail tu vois. Après personne ne peut te forcer. » E8

C.4. Choix de la contraception

Le choix de la contraception fait face à de nombreux écueils pouvant aller jusqu'à laisser la patiente sans solution. Extraits :

- Certaines patientes considèrent ne pas avoir eu de choix.
 - *« On m'avait toujours proposé la pilule [comme ça ne vous convenait pas, vous êtes partie sans moyen de contraception ?] oui, c'est ça. » E1*
 - *« Non. On m'a juste parlé de la pilule. » E2*
 - *« En tout cas pour moi, je n'avais pas non plus un panel de choix... j'ai jamais eu l'impression d'avoir du choix, beaucoup... [...] mais il n'y a qu'un choix non hormonal qui est le stérilet en cuivre du coup. » E9*
 - *« Non, non la dame elle m'a posé différentes questions, par rapport à mon poids et après elle m'a prescrit une pilule qui me convenait. » E6*
- Approche très passive avec le choix de la contraception totalement délégué au médecin.
 - *« Non comme je ne connais pas du coup, j'ai dit au médecin, je vous fais confiance. Prescrivez-moi qu'est-ce qu'il me faut. » E2*
- Prise de décision d'une contraception lorsqu'elles estiment avoir des alternatives.
 - *« Oui, oui on m'avait proposé. On m'avait dit vous voulez l'implant, la pilule, ... ? Et j'ai dit que je préfère partir sur un implant. » E3*
 - *« Elle a voulu poser le stérilet, je n'ai pas voulu. Et... du coup, je lui ai dit je vais retenter la pilule et elle m'a demandé si je fumais et elle m'a prescrit cette pilule qui correspondait avec mon train de vie entre guillemets. » E5*
- Réserve du soignant ressenti par la patiente pour la pose du stérilet, moyen de contraception choisit.
 - *« Mais on ne m'a pas parlé du stérilet hein !!! On m'a parlé de pilule mais c'est moi qui ai insisté pour le stérilet. Parce qu'eux ils ne veulent pas se*

casser la tête à placer un stérilet ou je ne sais pas mais quand je lui ai parlé de stérilet elle m'a dit oui faut voir... » E4

- La prescription d'un moyen de contraception est vécue de manière positive lorsque la patiente trouve un moyen pour lequel elle a l'impression de le faire en toute liberté.
 - *« J'ai découvert le stérilet ça m'a vraiment changé la vie. Je l'ai découvert il y a un mois le stérilet [...] je lui ai bien fait comprendre que pour moi si ce n'est pas le stérilet je ne mettrai rien et je peux revenir » E4*
 - *« Oui je suis grave rassurée là. Je me languis de le mettre et tout donc... voilà. » E4*
 - *« Oui, oui, je l'ai choisi mon moyen de contraception » E5*
 - *« Ben oui. C'est pour ça que je dis personne ne peut te forcer. C'est toi qui fais ce que tu veux. Même pour avorter c'est mon choix. Si je veux prendre une contraception C'EST MON CHOIX. » E8*
- La patiente peut se retrouver à devoir reprendre un moyen de contraception qui ne l'avait pas convenu.
 - *« Par la suite honnêtement une fois que je l'ai enlevé, je n'ai pas pris de pilule. J'ai essayé mais je n'arrivais pas. Et là je vais me remettre à la pilule. » E5*
 - *« J'ai essayé mais je n'arrivais pas à la prendre tous les jours. [...] Je ne l'ai pas commencé la pilule en fait parce comme je vous le disais, je l'oublie souvent donc... [...] Je me suis dit c'est bon je prends des médicaments pour rien là. » E5*
 - *« En fait, j'ai dû prendre au moins 3 pilules différentes je pense depuis mes 18 ans » E9*
- La patiente peut se retrouver dans une situation d'échec lorsque qu'une contraception initialement non adaptée et prescrit à nouveau
 - *« Mais là je la prends un peu mieux depuis que j'ai fait ma deuxième IVG [...] Mais en soit je la prends encore très, très mal parce que ça ne me convient pas du tout, c'est pas une contraception pour moi [...] J'ai des réveils et tout sur le téléphone mais... ça ne marche pas. » E9*

- Et finalement se retrouver sans alternative en cas de nouvel échec.
 - « *Dans ce cas-là j'arrêterai la pilule et c'est tout et on fera attention et c'est tout. Comme on a fait pendant 4 ans* » E5
 - « *Je ne mettrai ni implant, ni stérilet. C'est soit la pilule soit rien.* » E5
 - « *Je lui ai bien fait comprendre que pour moi si ce n'est pas le stérilet je ne mettrai rien et je peux revenir* » E4

D. Consultation de contrôle

La totalité des patientes interrogées n'est pas revenue pour une consultation de contrôle lors de la dernière IVG. Extraits :

- Sans raison dont elle se souvient.
 - « *Les deux fois je ne suis pas revenue aux consultations de contrôle. Je ne sais pas vraiment pourquoi.* » E9
- Pour des contraintes de temps.
 - « *Non. Je ne suis jamais revenue vu que je travaillais, je ne pouvais pas manquer encore* » E1
 - « *En fait, je devais poser un implant mais je n'ai pas pu revenir parce que j'ai un autre bébé qui a une maladie.* » E3
 - « *Ça s'est enchaîné donc je n'ai pas eu l'occasion de revenir.* » E3
- Elles estiment cette consultation non nécessaire (dosage des B-HCG rassurant).
 - « *Non mais j'ai fait ma prise de sang 15 jours après. C'était redescendu. Il n'y avait plus rien. Donc...* » E3
 - « *Je ne suis jamais venue aux consultations de contrôle. [...] Je faisais juste les tests au labo donc après je n'avais pas besoin de venir.* » E4
- Et même si la mise en place d'une contraception devait être faite à cette occasion.
 - « *Si en fait je devais revenir pour qu'on me pose l'implant mais je ne suis pas revenue.* » E3

3) ENTOURAGE

A. Le compagnon

Le compagnon ne semble pas aider les patientes à trouver un moyen satisfaisant de contraception. Cela s'explique par différents facteurs. Extraits :

- La grossesse et son enjeu ne sont pas perçus de la même manière entre les patientes et leurs compagnons.
 - « *C'est effrayant vous savez. Ils sont là ...on dirait qu'on leur a demandé la lune.* » E1
 - « *(IVG) il n'est pas pour lui. C'est moi qui le veut. Parce que c'est mon enfant. C'est mon corps. C'est moi qui en souffre.* » E7
- Des aspects à la fois culturels et d'ordre familiale font de la contraception un sujet qui n'est pas ouvert au dialogue entre les partenaires.
 - « *C'est tabou, on ne parle pas de ça. [...] Non, non, ce n'est pas possible (de discuter avec lui) Lui il a cette mentalité de... de notre famille en fait.* » E1
 - « *Donc on n'en parle pas trop.* » E5
- De plus les patientes semblent ne pas ressentir une implication de leur partenaire pour prendre le sujet de la contraception comme devant être porté par le couple.
 - « *Ça c'est notre problème à nous. C'est un problème de femme.* » E1
 - « *Oui mais je ne me rappelle plus. Voilà, il a juste dit qu'il fallait que je prenne la pilule et que c'est trop de tout le temps de faire une IVG* » E2
 - « *Il dit ça juste comme ça (de prendre la pilule). Après, il ne s'en occupe pas trop. Il est concerné mais après il est pas... en fait on ne s'éternise pas sur le sujet.* » E5
 - « *Avec les hommes quand on a des relations sexuelles, je ne sais pas ceux qu'ils ont dans la tête mais c'est la femme qui est obligée de se protéger eux non.* » E8
 - « *Je préfère en prendre la responsabilité parce que c'est moi qui tombe enceinte ensuite.* » E9

- Ce qui ne semble pas convenir aux patientes jusqu'à leur donner un sentiment d'injustice
 - « *Pour lui, c'est obligé pour une femme mais pour un homme non. C'est ça que je n'aime pas.* » E8
 - « *Quand j'ai recommencé à prendre un moyen de contraception c'était pour un homme donc je sentais juste qu'il n'y avait pas du tout de parité là-dedans.* » E9
 - « *J'abandonne un peu ces idées [de contraception] et c'est là aussi que je trouve qu'il y a une inégalité parce que l'homme du coup, lui il se pose la question un peu parce que bon mon copain c'est pas le pire des machos il est très ouvert à toutes ces questions mais pourtant quand on est sur l'acte lui il n'y pense pas une seule seconde parce que ce n'est pas dans ses habitudes de penser que ce soit avant ou après. Lui il l'oublie tout de suite et du coup, je pense que je suis un peu dans ce même état d'esprit. J'ai envie de me comporter comme ça.* » E9

- L'une des patientes exprime un désir de ne pas prendre la responsabilité de la contraception et de se laisser guider sur ce sujet par le partenaire.
 - « *Parce que moi je me comporte un peu comme ça. Mais du coup, après c'est un peu moi qui en paye les conséquences physiquement et émotionnellement mais voilà quoi. Il faudrait que ce soit un truc qui vienne des deux à chaque fois et qui soit... (réflexion). En fait parfois, à ce moment-là j'aimerais bien qu'on m'oblige un peu, tu fais ça, tu mets ça parce que je n'ai juste pas envie d'en avoir la responsabilité en fait. Je pense. Voilà.* » E9

- Et un sentiment de frustration peut apparaître si le partenaire donne une recommandation de contraception qui sera perçue de façon inégalitaire.
 - « *Il me dit le mieux c'est de prendre la pilule mais après ... ce n'est pas lui qui la prend hein.* » E5
 - « *Ben lui il veut que je prenne.* » E6

- Enfin, quand il y a dialogue sur le sujet de contraception au sein du couple, la partenaire demande à la patiente d'avoir un moyen de contraception sans être réellement impliqué à l'exception d'une patiente.
 - « *Ben il dit pareil qu'on est pas prêt donc il faut mettre un stérilet, il faut faire attention. Faut pas refaire ce genre de chose. Faut pas s'amuser à enlever des enfants comme ça.* » E4
 - « *Lui le pauvre, il m'a prévenu avant cette fois-ci. Il m'a dit tu devrais prendre un moyen de contraception parce que si ça arrive encore on va... et c'est arrivé.* » E4
 - « *[concernant la contraception] Oui. Il est plutôt à l'écoute là-dessus [...] Et je pense qu'il aurait voulu essayer quelque chose aussi là-dessus. On a un peu regardé, vous savez les calçons et ce genre de contraception mais bon en même temps rien ne me paraît assez...* » E9

B. La famille et les amis

Pour ce sujet, on peut retrouver la notion de peur de la réaction de la famille. Ce qui peut engendrer une frustration au niveau des patientes et limiter la discussion qu'à quelques amis de confiance. Extraits :

- Un manque est exprimé par les patientes quant à la possibilité de discuter du sujet de la contraception au sein de la famille.
 - « *Même nos mères hein. Elles ne vont pas s'asseoir à table à côté de nous pour nous dire il faut faire ci il faut faire ça [...] C'est ça qui n'est pas bon. C'est ça qui est dommage et c'est ça qu'on reproche souvent à nos parents. [...] On n'en parle pas du tout. Les mamans elles ne parlent pas de ça. Elles savent, elles sont conscientes. [...] limite si elle pouvait se mettre dans un trou elle se mettrait dans un trou en fait. C'est gênant. C'est très gênant.* » E1
 - « *Non pas du tout c'était indiscutable* » E4
- Parfois le besoin d'en parler surmonte les réserves.
 - « *J'en ai pas mal parlé parce que j'étais un peu révoltée* » E9

- La peur de la réaction familiale est liée à la crainte d'aborder un sujet, celui des relations sexuelles qui est souvent tabou dans certaines familles.
 - *« Quand on dit la pilule à un certain âge pour régler l'enfant eux ils sont là en train de bafouer c'est juste parce que pour eux c'est égal à rapport » E1*
 - *« Il fallait se marier pour prendre la pilule. Ce n'était pas un jeu de prendre la pilule » E4*
 - *« Pas du tout. C'est juste un jour où on a parlé rapidement. Moi je n'aime pas parler de ça avec ma mère. Ça me gêne. » E5*
- Finalement, les patientes se retrouvent à ne pouvoir discuter de ce sujet qu'avec des copines ou des personnes de confiance.
 - *« Honnêtement, je suis une fille qui me confie très peu. Et si je me confie c'est que à des personnes à qui j'ai confiance » E5*
 - *« Après j'ai ma copine. De la contraception, on ne va pas parler de ça toute la journée mais bon par rapport à ça aujourd'hui, oui on va en parler. » E5*
 - *« Avec des filles surtout. Souvent je demande ou on essaye un peu d'ouvrir ce sujet sans gêne et sans... chacun dit un peu comment il fait [...] pas chacun ramène un peu ses méthodes et on essaye de composer avec ça et de trouver une solution pour soi » E9*

4) IVG

Le vécu de l'IVG est assez contrasté selon la patiente. Le négatif est engendré par des aspects d'ordre psychologique et de mauvais vécus de la grossesse. D'autres patientes retiennent le côté positif et parfois libérateur de cet acte. Extraits :

- Les patientes peuvent recourir à l'IVG à contrecœur puisque la poursuite de leur grossesse est parfois compliquée en raison de leur contexte personnel.
 - *« Moi personnellement, ça n'a pas été des choix personnels. Moi, si je suis là c'est parce que voilà c'est comme je vous ai dit, c'est des relations hors mariage. Pour moi s'est très compliqué comme d'un côté comme de l'autre. [...] on accepte, parce qu'on se dit voilà, c'est notre faute [...] Mais c'est juste que voilà. Le contexte... » E1*

- « *Non, non parce que je n'ai pas entre guillemets le droit de tomber enceinte.* » E3
- « *Si c'est important ça reste quand même une grossesse mais.... La première on a mal vécu lui comme moi. Après ... on s'est dit c'est mieux, c'est mieux comme ça. Parce qu'on enlève quelque chose. Ce n'est pas rien une IVG.* » E5
- Il peut y avoir un sentiment de culpabilité vis-à-vis des autres femmes ne pouvant avoir d'enfants.
 - « *Après, moi j'ai une copine, elle veut absolument avoir des enfants et elle n'y arrive pas. Et ben j'y ai pensé toute la soirée, jusqu'au moment où j'ai le cerveau... je ne sais pas... ça m'a vraiment travaillé* » E7
- La détermination d'une patiente recourant à l'IVG peut être influencée par la grossesse qui est mal vécue.
 - « *Dans ma tête c'était l'enlever à tout prix donc j'étais bien dans ma tête après. C'était plus j'étais mal avant qu'après.* » E4
- L'IVG reste une épreuve.
 - « *Je ne veux pas voir. Le sang et tout je ne veux pas voir. Parce qu'avec la médicamenteuse, on voit tout et je ne veux pas. [...] je savais que c'était ça qui sort de moi donc revoir ça je ne veux pas.* » E6
 - « *Ah oui ben j'avais des craintes parce que j'étais mineure déjà. Et après j'étais avec ma mère donc ça va. J'avais des craintes pour comment ça va se passer, pour ci pour ça...* » E6
 - « *Hier soir j'ai eu du mal à dormir. Y a des moments où je n'arrive même pas à respirer.* » E7
 - « *J'ai plutôt mal vécu... c'était médicamenteux à chaque fois... euh je crois que j'ai eu quelques situations où c'était dur émotionnellement. J'ai perdu beaucoup de sang, beaucoup de morceaux... C'était quand même des scènes qu'on garde un peu en tête quand même.* » E9
- Mais des patientes peuvent percevoir cette épreuve comme un acte d'apprentissage, apportant un soulagement et un droit de liberté.

- *« Je suis encore jeune mais je refais la même erreur mais bon ça va ça m'apprend quoi » E6*
- *« Je suis d'une semaine et demi donc il n'y a rien du tout. Il n'y a vraiment pas de quoi se travailler l'esprit. » E4*
- *« De toute façon elle a son choix tu vois. Personne ne peut la forcer. Si elle veut garder la grossesse ou si elle veut avorter c'est son choix. C'est ça que j'aime bien. » E8*

5) ACCES AUX SOINS ET SUIVI

A. Accès au médecin traitant

Sur les questions de la contraception, les patientes perçoivent assez mal le rôle du médecin traitant. Elles sont réfractaires à aborder ce sujet avec ce dernier pour différentes raisons. Extraits :

- Il faut déjà noter que certaines n'ont pas de médecins traitants.
 - *« Non je ne vais jamais chez le même. Non. » E9*
- En plus de ne pas avoir de médecin traitant, certaines n'estiment pas légitime le médecin généraliste pour aborder des questions d'ordre gynécologique.
 - *« (avoir un médecin traitant) personnellement, non. C'est rare que je tombe malade [...] Il ne sait pas, il ne connaît pas en quelque sorte comment ... c'est un généraliste. Demain si je vais voir un généraliste, chacun son poste en fait. Je ne m'aventurerais à ce qu'un généraliste il me prescrit une contraception, pas tout, non. Que le gynécologue ou rien. » E1*
 - *« Je ne lui ai jamais posé la question, donc... » E4*
 - *« Il m'a juste demandée si j'avais un moyen de contraception, et à l'époque, je lui avais dit que j'avais mis l'implant. C'est tout. Après honnêtement... à part à ma gynécologue j'en parle pas. A mon médecin traitant non en tout cas. » E5*
- Il peut y avoir un recours au médecin traitant pour un renouvellement de contraception.

- *« Il m'a déjà renouvelée la pilule quand je la prenais. Mais ce n'est pas lui qui m'avait prescrit la pilule de base. C'était la gynéco. » E3*
- Le médecin généraliste peut être consulté avant une IVG mais pour autant l'aspect de la contraception n'est pas évoqué.
 - *« Oui, oui. Je suis allée le voir. C'est lui qui m'a prescrit la prise de sang et l'échographie. Je suis allée le voir et il le savait et voilà. [...] Je pensais que c'était les gynécos qui s'occupaient de... » E6*
- Certaines ont un souvenir négatif du médecin traitant pour des consultations d'ordre gynécologique.
 - *« Mais vu que le docteur, c'est mon médecin traitant... On nous propose normalement un patch ou une crème anesthésiante avant de mettre le bâton mais il ne me l'a pas proposé. [...] Mais moi je savais en fait comment ça allait se passer et lui il ne me l'a pas proposé donc j'ai eu peur et je me suis braquée et j'ai dit non on ne le fait pas. [...] J'ai pris l'implant et je l'ai jeté à la poubelle. »*

B. Accès au gynécologue

Le rôle du gynécologue est beaucoup plus évident pour les patientes concernant les aspects de la contraception même si certaines évoquent un frein d'ordre financier. Extraits :

- La prise de rendez-vous est perçue comme facile mais les patientes n'expriment pas la nécessité de faire un suivi.
 - *« Non. Si maintenant je ressens le besoin, si tous les 6 mois tous les un an, c'est que je prendrai rendez-vous sur Doctolib [...] maintenant, il y a les centres médicaux qui ont ouvert en ville. Donc les rendez-vous sont assez « flex ». Des fois, c'est au bout de quinze jours » E1*
 - *« C'est la même gynéco qui me suit depuis la grossesse. Je ne la vois pas régulièrement parce que je n'ai pas eu le besoin de la voir mais je sais que j'ai fait les examens qu'il me faut, le frottis et tout ça. » E3*

- Mais débuter d'un suivi gynécologique est évoqué par les patientes n'ayant pas de suivi.
 - « *En plus ça sera le moment que je prenne une gynéco parce que je n'ai pas de gynéco et que vu que là je vais mettre un stérilet alors il faut faire attention.* » E4
 - « *Non. Du coup, ça aussi il faut que je m'y mette.* » E6
- Certaines peuvent faire le choix de ne pas voir un gynécologue en cabinet en raison du coût financier mais évoque un suivi en milieu hospitalier.
 - « *Et c'est que ça me coûte des sous aussi, ça coûte beaucoup d'argent d'aller chez la gynéco [...] du coup, j'ai fini par aller à l'hôpital parce que c'est gratuit* » E9

C. Service de gynécologie social

Le service de gynécologie sociale est vu comme la meilleure solution pour ces patientes tant pour des aspects d'accessibilité que pour la sécurité perçue du milieu hospitalier. Certaines patientes pensent n'avoir que cette alternative. Extraits :

- Le suivi et l'accès au soin est perçu comme le meilleur.
 - « *J'aurai un suivi ici [...] donc je n'ai pas à courir à droite courir à gauche prendre un rendez-vous comme ça. Là je sais que je pourrai prendre rendez-vous comme il faut, être suivie. Je serai tranquille.* » E1
- Le milieu hospitalier est perçu comme plus rassurant que celui de la médecine de ville.
 - « *On m'a dit on peut aussi faire ça dans les cabinets des docteurs. Et... je n'avais pas confiance qui me dit que demain il ne va pas me rater et que demain vraiment, je ne pourrai pas avoir d'enfants et de me rendre stérile. C'est arrivé à plusieurs femmes qui ont fait ça comme ça à l'arrache [...] A l'hôpital je sais que c'est suivi c'est cadré, on est tranquille* » E1
- Les patientes se sentent en confiance au CGS et évoque un éventuel suivi en cas de difficultés rencontrées vis-à-vis du moyen de contraception.

- « *Ici. Je viens ici directement et j'en parle. Voilà quoi. Moi je viens qu'ici c'est très bien ici.* » E4
- Même constat de confiance pour la PMI.
 - « *PMI. Je ne sais pas mais là-bas je me sens à l'aise.* » E8
- C'est un moyen d'accès pour les personnes en situation irrégulière.
 - « *Ben non [pas de suivi]. Je n'ai même pas la CMU. Je suis sans papier là.* » E8

6) LA GROSSESSE

A. Poursuite de la grossesse

Sur la question de la poursuite de la grossesse, les patientes expriment souvent des regrets de recourir à l'IVG car on peut noter un désir d'enfants. Diverses raisons les poussent à cela : discordance dans le désir d'enfant dans le couple, pression culturelle et sociétale. Extraits :

- Les patientes auraient souhaité poursuivre la grossesse en raison d'un désir d'enfant.
 - « *Si y a tout le monde qui avait été d'accord, il n'y aurait pas eu de problème.* » E1
 - « *Oui, moi avoir des enfants, m'occuper de ma famille...* » E1
 - « *Si j'avais eu un travail fixe, un appartement, de quoi l'accueillir oui je l'aurais gardé parce que là c'est à contrecœur.* » E6
- L'incertitude dans le couple quant au désir de l'accueil d'un enfant influence le vécu de l'IVG.
 - « *La première fois non mais cette fois-ci oui, parce que mon copain une fois il me dit oui, une fois il me dit non ...* » E2
- Parfois, les patientes n'arrivent pas à exprimer la raison de l'IVG.
 - « *Je ne pouvais pas garder. Je ne pouvais pas.* » E8
 - « *Je n'aurais pas voulu la garder même si j'avais eu un travail bien pour le moment, de l'argent de côté...* » E4

- Certaines patientes rapportent avoir recours une IVG compte-tenu du fait que les relations hors mariage sont mal vues par l'entourage et la famille.
 - « *Déjà c'est très mal vu en dehors du mariage de le faire encore pire enceinte alors là c'est la cerise sur le gâteau. [...] On vous laisse vous voir c'est déjà bien donc... restez tranquille* » E1
 - « *Vu que c'est hors mariage et tout... c'est très compliqué chez nous, tout ça. [...] Ils n'ont pas la mentalité de France [...] m'as-tu vu des gens et ce que les gens ils disent sur nous et les mamans elles font beaucoup attention à ça* » E1
 - « *Du coup je ne sais pas mais je me suis dit je me lance parce que chez nous ça ne se fait pas trop.* » E2
 - « *Si j'avais été mariée. Si j'avais été mariée j'aurais gardé la grossesse. Alors je l'aurais gardé. C'est tout.* » E5
- Enfin, d'autres patientes avancent des considérations d'ordre pratique et matériel.
 - « *Il me faut une situation stable, un appartement... même si lui il a sa situation stable, je préfère que tout soit droit tout carré avant d'avoir un enfant.* » E5
 - « *Si jamais, ce qui se passe avec mon futur mari ou autre, si ça ne va pas j'aurais que quoi l'assumer seul. Vous voyez, ça se réfléchit un enfant, ça ne se fait pas comme ça* » E5
 - « *Mais là à l'heure d'aujourd'hui c'est parce que je n'ai pas une situation stable, j'ai rien pour accueillir ce bébé donc je ne vais pas l'accueillir sans rien sans pouvoir lui donner ce dont il a besoin. Voilà.* » E6

B. Risque de grossesse

La question liée au risque de grossesse révèle chez les patientes une préférence à ne pas considérer ce risque. Après plusieurs IVG, certaines semblent considérer la question avec plus de réalisme. Extraits :

- Les patientes peuvent faire un déni du risque de grossesse. Elles ne veulent pas être inquiétées par ce risque. Et en d'autres sortes, c'est le destin ou cela ne pouvait pas arriver.
 - « *Pour moi c'est fluide dans ma tête. Pour moi je me levais, j'allais travailler, voilà. On se voyait, je veux dire on était ensemble. Pour moi c'était fluide, je n'avais pas ce truc dans la tête [...] Voilà. Après quand c'est arrivé, c'est arrivé et on se regarde et on dit ah non [...] Je n'y pensais pas.* » E1
 - « *En plus, vu que je suis toujours avec la même personne, on n'a pas...je ne sais pas comment dire... on n'a pas Fait attention [...] je ne me suis pas même pas posée la question.* » E2
 - « *Donc je me disais, c'est bon je vais mettre du temps à tomber enceinte. Je n'étais pas consciente du danger.* » E4
 - « *Vous savez sur le coup, vous vous en foutez du risque de grossesse. Sur le moment, on il n'y pense pas en fait. On s'en fout même si on s'en fou pas en fait [...] Moi, je me dis que tout ce qui m'arrive c'est que c'est comme ça, c'est que ça devait m'arriver.* » E5
 - « *Je me disais ça ne peut pas m'arriver à moi.* » E6
 - « *Je ne pensais pas que ça allait arriver aussi vite comme ça (rire).* » E8
- La prise de conscience arrive malheureusement après plusieurs IVG.
 - « *Mais là comme je vois qu'effectivement je tombe enceinte régulièrement, ce qu'il y a c'est qu'on ne peut pas continuer comme ça.* » E4
- Et pour une patiente cela serait lié à une fertilité plus élevée.
 - « *Je suis très fertile apparemment, puisque j'en ai eu des grossesses hein...* » E5

C. Éviter la grossesse

La question liée à l'évitement de la grossesse révèle une forme de fatalité mais démontre aussi que les patientes ont souvent conscience de l'enjeu de la contraception. Extraits :

- Certaines patientes pensent que la grossesse était non seulement inévitable mais imprévisible.

- « *Pour nous en fait c'est arrivé d'un coup comme ça en fait. On ne s'y attendait pas. [...] parce qu'on ne peut pas choisir ce moment-là* » E1
- « *On pourrait pu se protéger oui j'y pense en fait un peu à tout mais après c'est arrivé c'est arrivé.* » E7
- Certaines patientes pensent pourtant avoir fait le nécessaire pour éviter la grossesse.
 - « *Et là aussi j'ai fait attention et tout et ... j'ai du mal faire. [...] ben à chaque fois je compte. Je suis mes règles. Je compte sur une appli et tout [...] D'habitude je fais attention mais là je ne sais pas pourquoi ça n'a pas marché.* » E2
 - « *(suivi de cycles) oui parce que j'ai une application en fait.* » E5
- Certaines en arrivent à songer à l'abstinence comme seul moyen d'éviter une grossesse.
 - « *Si on n'avait pas de rapport, il n'y aurait pas tout c'est problème là en fait.* » E1
- Et d'autres semblent plus lucides quant à la problématique d'un moyen de contraception adapté.
 - « *Oui si j'avais mis l'implant. C'est mon seul regret entre parenthèse parce que si j'avais mis l'implant, il n'y aurait pas eu tout ça en fait.* » E3
 - « *Non... oui j'aurais pu l'éviter en prenant un moyen de contraception c'est tout* » E4
 - « *Franchement, je n'ai aucune réponse à ça. Je n'ai pas de réponse à pourquoi ce jour-là il n'y avait pas protection. Je n'ai aucune réponse. Je ne sais pas.* » E6
 - « *Déjà avec une contraception ou même un préservatif pour les hommes on peut éviter* » E8
- Des situations de vie très particulières peuvent aussi expliquer la situation.
 - « *On peut l'éviter s'il n'y a pas de violence. Sinon, on peut l'éviter mais chacun fait ce qu'il veut.* » E8

D. Violence et deuil

In fine, les patientes peuvent avoir une souffrance d'ordre psychologique et en créer un lien avec leur approche de la procréation. Extraits :

- Le manque du père décédé dans son enfance est un élément traumatique avancé par une patiente qui a un retentissement important dans le présent.
 - *« Je suis déjà allée voir une psychologue parce que j'ai perdu mon papa très, très jeune et ça a beaucoup affecté ma vie. » E7*
 - *« Une fille quand elle veut se marier elle attend qu'il y a son papa et tout moi il n'y avait plus mon papa donc je me suis dit je ne me marierai jamais, jamais. Je n'ai jamais fait mon deuil jusqu'à présent. » E7*
 - *« Depuis que mon papa il est décédé c'est un sujet tabou dont je n'arrive pas parler mais je vous en parle. » E7*
- Et pour une autre patiente, la violence subie au sein de son couple est peut-être en lien avec la situation.
 - *« ... il y avait des violences dans ma famille et presque j'ai fini à l'hôpital quand il a su que j'étais enceinte pour la deuxième fois. Pour lui c'était genre un enfant et ça suffit tu vois. Et je ne voulais pas avorter. Je ne voulais pas » E8*
 - *« Il y avait beaucoup de violence et je n'arrive plus à avoir d'enfant. Je ne sais pas... et maintenant je n'arrive plus tu vois » E8*

IV. DISCUSSION

1) FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

A. Les forces de l'étude

Les différentes étapes de la méthodologie de la recherche qualitative ont été respectées. Les critères COREQ 48) ont permis d'évaluer ce travail.

Concernant le choix du type de l'étude, l'étude qualitative a été choisi vu qu'elle permet une libre expression des patientes. Elle paraît la plus appropriée pour évoquer un sujet aussi délicat et complexe. Elle permet, par cette analyse, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pour quelle raison ils s'autorisent ou non telle ou telle pratique.

La grande majorité des patientes était plutôt à l'aise pour discuter de ce sujet et répondre aux questions. Elles ont participé volontiers à l'étude. Il n'y a eu qu'un seul refus de participation et 2 patientes recontactées par téléphone à leurs demandes qui n'ont pas donné suite.

Cet échange avec les patientes semble leur avoir permis un temps de parole et d'échange. Elles semblaient plutôt satisfaites en fin d'entretien.

Concernant la durée des entretiens, nous n'avons pas fixé de limite. Mais le guide d'entretien a été conçu de manière à ne pas avoir des entretiens trop longs pouvant agacer la patiente mais tout en consacrant suffisant de temps pour instaurer une relation de confiance et laisser à la femme la possibilité de se révéler réellement et complètement. Des temps longs de parole ont été laissés même s'ils n'étaient pas toujours en lien avec la question de recherche.

Cette mise en confiance est essentielle pour éviter que les personnes interrogées ne disent pas ce qu'elles pensent mais ce qu'il est acceptable de dire dans ce qu'elles pensent.

Concernant le recrutement des patientes, soulignons que les patientes mineures n'ont pas été incluses dans cette enquête pour des questions éthiques et de responsabilité parentale. Mais c'est probablement un nombre non représentatif de patientes répondant aux critères d'inclusion.

Afin de s'impartir des a priori de l'investigateur, une triangulation était réalisée à mesure par un second investigateur pour obtenir un consensus sur l'interprétation.

B. Les limites

Les limites d'une telle étude sont entre autres le fait qu'on ne peut faire de généralisation. On ne peut pas déterminer le nombre de patientes qui pensent ceci ou cela. Ce qui n'est d'ailleurs pas le but de cette étude. L'objectif étant de rechercher une diversité d'opinions et d'expériences, et non pas d'obtenir une représentativité de la population. L'enjeu d'une étude qualitative ne se situe pas dans le nombre de personnes interrogées mais bien dans la manière de les interroger et d'analyser leurs propos.

De plus, les patientes interrogées au décours immédiat de l'IVG peuvent être influencées dans leurs propos par leur vécu de l'IVG. Il peut y avoir une déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation.

C. Les biais

C.1. Les biais d'interprétation

Pour les biais d'interprétation ou de traitement de données, ils peuvent être de différents ordres. On peut retrouver des biais de subjectivité de l'enquêteur avec des réponses suggérées ou interprétées et des biais d'évaluation, biais survenant quand des facteurs subjectifs externes influencent l'évaluation du critère de jugement ou de l'exposition.

C.2. Les biais de confirmation

Étant donné que la bibliographie a été faite avant l'étude, il peut y avoir des biais de confirmation. Ces éventuels biais de confirmation consisteraient à « une tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions. »⁴⁹⁾ Mais pour éviter cela, nous avons pris en considération toutes les informations, les signes qui vont à l'encontre de nos présupposés, de nos hypothèses initiales. L'objectif était d'exploiter un maximum les entretiens lors de l'analyse des résultats, et ce même si certains thèmes traités n'étaient pas directement en rapport avec la question de recherche principale dans le but de rester exhaustif. Nous avons procédé à un double codage

pour recueillir plusieurs points de vue, le deuxième investigateur n'ayant pas participé à l'élaboration du questionnaire.

C.3. Les biais de compréhensions

Pour tenter de s'affranchir d'éventuels biais de compréhension, nous avons pris le soin de revoir le questionnaire avec les soignants du service de gynécologie sociale de l'hôpital Nord afin de vérifier que les questions étaient compréhensibles et pour valider le guide d'entretien.

C.4. Les biais de recrutement

Le recrutement des patientes a été réalisé en milieu hospitalier même si certaines patientes ont eu recours à la médecine de ville ou à la PMI pour leurs IVG précédentes.

Les patientes qui consultent au CGS à Marseille représentent probablement une bonne partie de la population de Marseille sachant aussi que la majorité des IVG (72%) ont lieu en milieu hospitalier. Mais il y a probablement une perte d'information.

C.5. Biais d'attrait

Étant donné qu'une grande majorité des patientes ont accepté de participer nous ne retiendrons pas ici un biais d'attrait.

C.6. Biais de désirabilité

C'est « la modification inconsciente du comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé. C'est une mise en confiance, une motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt » (effet Hawthorne).

2) LA CONTRACEPTION

A. Les idées reçues et connaissance sur la contraception

L'inconvénient des idées reçues, c'est que souvent les patientes estiment avoir les connaissances suffisantes et sont plutôt réfractaires à la discussion.

Même si elle est plutôt ancienne, une étude réalisée par l'INPES baptisée « Les Français et la contraception »⁵⁰), confirme cette tendance. Elle a consisté à interroger par téléphone 2004

personnes âgées de 15 à 75 ans sur leurs connaissances et leurs croyances à propos des risques de grossesse et des différents moyens de contraception.

Les réponses permettent de se rendre compte que la vision des moyens de contraception est influencée par des facteurs très hétérogènes. En effet, les réponses révèlent de nombreux facteurs pouvant conduire les patientes vers un mauvais choix, pouvant entraîner une absence de contraception et voir le recours à une IVG. Ils sont nombreux et très hétéroclites, allant d'une simple position de principe anti-contraception à des peurs d'origines diverses en passant par un manque d'information évident. Et cela malgré la conscience que les moyens de contraception apportent un gain en termes de santé et de liberté.

On retrouve une influence environnementale et culturelle prépondérante dans les réponses.

Une majorité des préjugés sont relayés par l'entourage avec également les « on-dit ».

Ainsi, il est observé qu'il est extrêmement délicat de permettre à une femme de trouver facilement sa contraception car elle dépend de facteurs subjectifs pouvant évoluer pour une même femme au cours de sa vie sexuelle. A défaut de pouvoir corriger les idées reçues, on peut s'y adapter et proposer aux patientes les moyens de contraceptions les plus acceptables en fonction des réticences de chacune et de leur mode de vie et de l'évolution de celle-ci. Pour cela, il faut prévoir des consultations longues. L'OMS propose le modèle « BERCER » qui consisterait en une consultation se déroulant en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.⁵¹)

La norme contraceptive est une conception française de la contraception avec l'utilisation en début de vie sexuelle du préservatif et de la pilule puis du stérilet chez les patientes après une grossesse. Ce schéma apparaît régulièrement dans les études à la recherche des motifs empêchant d'avoir une contraception qui soit le plus adaptée à la patiente que ce soit de la part des soignants ou des patientes. Ici, il n'y a qu'une seule patiente réticente au stérilet avant une première grossesse. Pour les patientes n'ayant jamais eu recours à la contraception, elle associe souvent contraception à pilule. Plutôt par manque de connaissance qu'à cet éventuel schéma bien établi.

Les représentations sociales des professionnels de santé apparaissent parfois comme un frein à une contraception adaptée pour les patients. [Annexe 7] Les moyens de contraception proposés aux patientes sont variés même si certaines patientes rapportent n'avoir été

informées que de la pilule. Pour l'une des patientes, la pilule est proposée alors même qu'elle exprime le souhait que sa contraception ne puisse être vue par son entourage familial.

Lorsque l'on évoque le DIU on se rend compte que le principe même de poser un corps étranger, d'avoir « *quelque chose dans le corps* », est un frein récurrent chez les femmes. Dans les entretiens réalisés au cours de cette enquête la plupart des femmes ont effectivement exprimé une réticence assez nette pour ces moyens de contraception parfois sans explication donnée. Certaines refusent que l'on touche à leur corps.

Une étude de thèse 52) réalisée en 2018 dans les Alpes Maritimes et le Var, s'est intéressée à la réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs. On retrouve effectivement que ces méthodes sont encore trop peu prescrites alors même que ce sont des méthodes sûres et efficaces permettent de diminuer de façon significative le risque de GNP et le nombre d'avortements répétés par rapport aux autres méthodes efficaces et ce pour différents motifs.

De plus, d'après une thèse sur le devenir de la contraception post-IVG4), réalisée à Lille en 2011, sur 216 femmes, les contraceptions réversibles de longue durée d'action ont une meilleure poursuite et des taux de satisfaction meilleurs que la contraception oestro-progestative orale trois ans après une IVG. D'ailleurs cela pourrait répondre à l'une de leur attente consistant à ne pas avoir à gérer leur contraception. C'est l'un des souhaits exprimés pour une contraception idéale.

La contraception étant souvent associée à la pilule, ces méthodes sont probablement trop peu connues ou les patientes y sont réfractaires. Diffuser une information adéquate et les proposer en systématique peut être envisagé. Le projet Contraceptive CHOICE 53) a pour objectif principal de promouvoir l'utilisation de méthodes contraceptives réversibles à action prolongée comme moyen de réduire les grossesses non désirées.

Il faut accepter et entendre les craintes des patientes, ne pas les contredire mais adapter les informations données et notamment en fonction de ce qui peut être compris.

Il y a une forme de banalisation de la contraception avec sa large diffusion mais pour ce profil de patiente il faut rester à l'échelle individuelle.

Des mesures sont à prendre pour favoriser le dialogue autour de la contraception.13)

Ces idées reçues sont un frein pour l'adhésion à un moyen de contraception efficace. Ils sont d'ailleurs bien résumés dans le document de l'HAS de 2013 sur l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Tableau en Annexe 11. Elles n'ont finalement pas évolué depuis. Elles sont en majorité : la prise de poids, la présence d'un corps étranger vécu comme intrusif, la diminution du plaisir lors de l'utilisation du préservatif, la volonté de limiter la consommation de médicamenteuse perçues comme « antinaturelle ».

B. Un parcours non linéaire de la contraception au cours de la vie d'une femme

On s'aperçoit lors de ces entretiens qu'un grand nombre de patientes seront loin d'utiliser une unique méthode contraceptive tout au long de leur vie de femme et que le parcours contraceptif et parfois complexe et peut être influencé par un certain nombre d'événements tels que :

- Les effets secondaires pouvant être à l'origine des arrêts des moyens de contraception ; souvent cet arrêt n'est pas suivi d'une nouvelle consultation.
- Les changements des habitudes de vie accompagnant la naissance d'un enfant, le déménagement, la reprise du travail, le manque de temps... parfois expliquant que les femmes ne reviennent pas pour la pose de leur LARC.
- Les changements de partenaire avec des périodes sans rapport sexuel qui ne sont pas suivi d'une reprise d'un moyen de contraception à la reprise d'une activité sexuelle.
- Les grossesses, la période du post-partum, l'allaitement peut influencer le choix d'utiliser ou non certaines méthodes, notamment hormonales, et parfois retarder la reprise d'une contraception efficace ou juste à l'origine d'un changement de moyen de contraception moins adapté à la patiente.

L'intérêt d'un suivi et d'une réévaluation régulière des moyens de contraception est nécessaire pour l'adapter au mieux au mode de vie des patientes. Cela permettrait de répondre partiellement à cette problématique de « situation à risque ».

Cette notion de « situation à risque » dans les trajectoires contraceptives des femmes associée à des périodes de changements contraceptifs, expliquerait une partie des grossesses non désirée et correspondrait aux périodes auxquelles il est nécessaire de prêter une particulière attention, comme il est décrit dans l'étude de Moreau de 2011. 6)

Mais la difficulté réside principalement dans la motivation de la patiente à consulter. On peut informer les patientes ayant recours à plusieurs reprises aux IVG de ces périodes auxquelles une vigilance plus importante serait nécessaire.

Lorsqu'un moyen de contraception nécessitant une pose est choisi : il peut y avoir des délais importants entre l'IVG et la consultation pour la contraception, ce qui fait qu'une nouvelle grossesse peut survenir dans cet intervalle. Il est important d'inciter les patientes à consulter rapidement, cela passe également par la relation de confiance qui peut être établie.

C. Le choix et la poursuite du moyen contraceptif

Il est aujourd'hui largement reconnu que la meilleure méthode est celle choisie par le couple lui-même, comme le préconisent d'ailleurs les recommandations de bonne pratique. 54) Mais le manque d'information et une représentation erronée des moyens de contraception sont des obstacles pour un choix éclairé.

De plus, la discussion de la contraception dans une période compliquée, en pré-IVG peut également expliquer certains points notamment la difficulté à comprendre et à adhérer au moyen de contraception. C'est une période où les patientes sont moins réceptives.

La logique médicale de prescription contraceptive, guidée par la recherche de l'efficacité maximale, se heurte ainsi parfois aux logiques sociales qui structurent la vie quotidienne et sexuelle des femmes. 55) Il faut entendre le choix de la patiente quel que soit ses motivations et les respecter. En effet, la plupart répond bien qu'une contraception idéale serait une contraception qui leur soit adaptée à elle, à leur corps.

La poursuite du moyen de contraception sera influencée par l'adhésion de la patiente à son moyen de contraception. Pour les patientes en désir d'une méthode naturelle, il est envisageable de les ré-aborder compte-tenu du fait qu'elles sont souvent mal employées.

Dans notre étude, elles répondent pour une majorité ne pas avoir eu le choix puisque plusieurs alternatives ne leur auraient pas été proposées.

Dans l'étude de Moreau de 2011, environ 70% des patientes ayant recours à des IVG répétées affirment que leur moyen de contraception ne leur convient pas. Or, pour une grande partie d'entre elles, la contraception préconception n'est pas prise en compte pour la prescription post IVG. 6) Ici, effectivement, il peut arriver qu'on ne tienne pas compte des échecs

précédents pour la prescription d'une nouvelle méthode contraceptive. Ou bien, il n'y a pas de reprise d'un moyen de contraception qui pourtant convenait et qui avait dû être interrompu lors d'une grossesse.

Certaines patientes rapportent effectivement que seule la pilule aurait été proposée. On en revient probablement à cette notion de « norme contraceptive ».

L'étude de Moreau constatait d'ailleurs que « face à des situations où le risque de GNP est important, les professionnels de santé continuent à prescrire une méthode contraceptive orale aux femmes en post-abortum alors qu'il s'agissait déjà de leur contraception antérieure » 56) mais avec l'hypothèse que cela pouvait être un choix de la patiente, ce qui nécessite d'être exploré.

Mais il ne faut pas oublier que malgré le choix du moyen de contraception, lorsque celle-ci ne convient pas notamment suite à de potentiels effets secondaires, elle est arrêtée de manière brutale sans nouvelle consultation. C'est également ce que l'on retrouve dans l'étude de Schoub-Thieblemont, où de nombreuses femmes arrêtent ou permutent leur contraception sans l'avis d'un professionnel de santé. 57)

Une étude de thèse de 2014 sur le devenir de la contraception post-IVG retrouvait d'ailleurs que les femmes sans contraception sont plus nombreuses à distance de l'IVG (38.21%) qu'en post-IVG immédiat (2.15%) et que l'arrêt de la contraception prescrite est principalement dû à un problème avec la méthode contraceptive (59.35%) d'où l'intérêt du choix de la méthode. 4)

Il faut donc aussi savoir respecter le refus mais essayer d'aider à comprendre ce refus. Imposer une contraception risque d'engendrer un mensonge quant à l'observance vis-à-vis des soignants.

D. L'accès à l'information

Pour les patientes qui ont des appréhensions et des aprioris sur la contraception, les sources d'informations sont diverses et variées. Il s'agit souvent de l'entourage et des sites internet divers et variés pouvant alimenter le manque de connaissance ou la désinformation. Mais certaines femmes expriment une gêne à aborder la question de contraception avec les professionnels soignants. Pourtant il existe de nombreuses sources d'information dédiées sur Internet :

- www.choisirsacontraception.fr pour aider à choisir une méthode de contraception qui convient en fonction du mode de vie et de la situation personnelle,

- www.ivg.social-sante.gouv.fr est un site qui apporte les informations concernant les IVG et la contraception après une IVG,
- <https://www.onsexprime.fr> et www.parlons-sexualites.fr sont des sites de référence et d'information sur la sexualité à destination des jeunes.

Il existe également d'autres sources d'information telles que les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ainsi que des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) ou auprès du numéro national anonyme et gratuit « Sexualités– Contraception – IVG » : 0 800 08 11 11.

Ces sources d'information sont à diffuser. Dans un travail de thèse réalisé à Lille⁴), la thésarde a mis en place un carnet ludique remis aux patientes afin d'améliorer leurs connaissances. Cela peut être une manière d'aborder la question même si l'information orale reste primordiale. Par exemple, aucune patiente n'a gardé la fiche d'information remise dans le cadre de notre étude...

La loi de juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception prescrit des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées et cela à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Mais il n'y a pas forcément d'évaluation de ces dispositifs et il y a probablement des inégalités dans l'enseignement et dans la perception de cette éducation selon le milieu dont chacun est issu. En effet, en fonction du milieu culturel ou religieux, la question de la sexualité ou de la contraception n'est pas abordée de la même manière ou même n'est pas abordée. Certaines patientes rapportent des difficultés à communiquer avec leurs parents à ce sujet. Cela est parfois vécu comme un manque. Et cela peut engendrer un choix des jeunes femmes d'une contraception moins efficace. 58)

E. La contraception d'urgence

Il est retrouvé dans la population générale une plutôt bonne connaissance de la contraception d'urgence.⁵⁹) D'ailleurs, dans notre étude, toutes les patientes en ont la connaissance mais n'ont pas forcément recours. Certaines l'ont déjà prise même plusieurs fois. Ce faible recours peut être lié comme la contraception au déni du risque de grossesse ou simplement au fait qu'on n'y pense pas. Mais elle est aussi qualifiée de dangereuse. Pour les patientes qui en ont eu recours, elles rapportent cela au moment où elles avaient un doute. C'est aussi ce que l'on retrouve dans une enquête ¹⁶) internet effectuée en 2012 dans cinq pays européens dont la France où 7170 femmes sexuellement actives et 2129 femmes exposées aux GNP avaient été interrogées. Seules 24% des femmes exposées aux GNP avaient utilisé une contraception d'urgence (20% en France). Près de la moitié des femmes n'ayant pas utilisé une contraception d'urgence évoquait le fait de ne pas se sentir à risque de grossesse et les autres évoquaient des raisons permettant de penser que les campagnes d'information ne sont pas suffisantes (la contraception ne marcherait pas, serait trop chère, serait dangereuse, etc...). L'exposition aux GNP étant au moins un rapport non protégé dans les 12 derniers mois.

F. La place des soignants

Un éventuel lien médecin traitant/gynécologue traitant pour le suivi des patientes au plus long cours et notamment suivi de la contraception est souvent envisagé comme solution dans les différents travaux. ⁶⁰) Mais cela est souvent rapporté en dehors du contexte d'IVG. On voit dans notre étude que le médecin généraliste n'a pas vraiment sa place dans le processus pour les patientes interrogées. Il n'est que peu sollicité pour la question de la contraception. Parfois, les patientes n'ont pas de médecin traitant et pour d'autres, elles estiment qu'il n'est pas en mesure de les prendre en charge quant à la question de contraception. Toutes les patientes ignorent que les sages-femmes sont habilitées à leur prescrire un moyen de contraception.

On peut donc suggérer que, pour ces patientes, un suivi dans le service de gynécologie sociale est plus bénéfique étant donné également que les patientes rapportent une prise en charge plutôt satisfaisante. D'une part, du fait de la relation de confiance qui s'y est instaurée, d'autre part du fait de la gratuité puisque le coût d'une consultation en médecine de ville peut être un obstacle pour une consultation pour certaines patientes.

D'ailleurs la prise de rendez-vous étant relativement facile, cela pourrait inciter les patientes à consulter plus régulièrement. La majorité des patientes se disent rassurée quant à l'idée d'avoir

un suivi et évoque notamment le CGS qui reste un lieu de sécurité et de confiance. Le personnel y est compétentes. De plus, la prise en charge y est gratuite.

De plus, il peut y avoir une réticence des médecins généralistes pour la prescription de LARC ou la pose de DIU. En effet, selon l'étude Fecond réalisée en 2010 les femmes suivies par un gynécologue sont plus fréquemment utilisatrices du DIU que celles dont la prise en charge est réalisée uniquement par le médecin généraliste⁶¹).

Les principaux freins retrouvés étaient le manque de formation, le matériel nécessaire mentionné comme coûteux et difficile d'entretien, la peur des effets indésirables au moment de la pose et de l'engagement de la responsabilité personnelle, selon une thèse intitulée « Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins généralistes ? » réalisée en 2013 dans l'Arrageois⁶²).

G. La consultation de contrôle et le suivi

Dans les textes de la HAS, la consultation de contrôle post-IVG est recommandée et indiquée comme une étape essentielle de la prise en charge d'une IVG. Elle est obligatoirement proposée. On constate dans le service que souvent les rendez-vous ne sont pas honorés lorsqu'ils sont fixés. Pourtant, ils sont un moment crucial pour la réévaluation de la méthode de contraception choisie. C'est l'occasion de la pose lorsqu'un DIU ou un implant est choisi.

Dans notre étude, aucune patiente n'ignore l'existence de cette consultation de contrôle mais aucune n'y est revenue et ce pour différents motifs. Pourtant dans les études, l'observance en post-IVG est plutôt élevée lorsqu'on prend en compte toutes patientes confondues (quel que soit le nombre d'IVG et la méthode). L'étude française COCON révélait en 2000 qu'environ un quart des femmes ayant bénéficié d'une IVG ne se présentait pas à la consultation post-IVG⁶³).

Dans une étude qualitative de thèse de médecine réalisée en 2017 en Aquitaine⁶⁴), les différentes raisons des non venues à la consultation de contrôle ne sont pas les mêmes que dans notre étude. Mais la population étudiée est différente. Pour les patientes ayant recouru à plusieurs reprises à l'IVG les motivations sont probablement différentes et peuvent être entre autres extrapolées ainsi :

- Elles n'envisagent pas de moyen de contraception donc n'en ressentent pas la nécessité de revenir en consultation,
- Ce n'est pas vécu comme indispensable puisqu'elles estiment être déjà bien informées sur les moyens de contraception.

Les patientes qui souhaitent un nouveau moyen de contraception reviennent pour une consultation de contraception. D'ailleurs, deux des patientes interrogées étaient là pour la consultation de contraception.

Finalement, même si elle n'est pas vécue comme indispensable par la patiente, cette consultation peut avoir un bénéfice important pour la patiente. C'est un temps de parole permettant parfois une prise de conscience des actes. Elle peut permettre à la patiente de comprendre, prendre conscience de ses désirs profonds. C'est aussi une nouvelle occasion d'orienter la patiente vers la conseillère conjugale. Cet échange avec la conseillère conjugale permettant de travailler pour donner du sens à ses IVG, permettant à la patiente de s'entendre pour prendre conscience voire d'initier une certaine élaboration psychique. Il permet justement un temps d'écoute et d'interroger les femmes quant à leurs relations, leurs personnes ressources et leur histoire de vie afin de donner du sens à ces grossesses. Elles expliquent leur raisonnement et parfois leur propre contradiction.

Elle permet aussi une prise en charge en psychologie avec différentes méthodes dont la technique EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) qui « permet d'acquérir la compréhension de soi et la perspective qui permettront aux patientes de choisir ses actions, plutôt que de se sentir impuissant face à leurs réactions ». 65)

C'est aussi le moment idéal pour une réappropriation de leur suivi gynécologique de prévention, et l'opportunité de dépister d'éventuelles violences ou souffrances psychologiques.

3) LE DESIR DE GROSSESSE ET DE MATERNITE

A. Perception erronée du risque de grossesse

Il existe un réel déni du risque de grossesse. Toutes les patientes affirment ne pas avoir pensé à un moyen de contraception lors de l'acte. Ce n'est pas une préoccupation. Il peut s'agir soit d'une méconnaissance de leur corps soit un refus inconscient de contraception.

B. Désir de grossesse

Une majorité des patientes rapporte également que si certaines circonstances avaient été différentes, familiales ou sociales, la poursuite de la grossesse aurait pu être envisagée. Pour elles, avoir un enfant pourrait être envisageable.

D'après la revue de la littérature faite en 2015 par une thésarde, les études qualitatives montrent que les femmes ont une bonne information sur la contraception mais la mauvaise utilisation de celle-ci est probablement en rapport avec une ambivalence du désir d'enfant⁶⁶). Mais la grossesse peut aussi être le vecteur d'autres désirs inconscients. Un désir de grossesse ou d'enfants peut avoir diverses significations. On retrouve de nombreux travaux dans la littérature à ce sujet.

C. Les normes sociales et le problème culturel

Le désir d'enfant qui est également culturel, influencé par le modèle familial. Certaines patientes rapportent des obstacles d'ordre culturel ou matériel ayant incité à la réalisation de l'IVG. En effet, il semble exister des difficultés à obtenir un environnement souhaité pour accueillir un enfant probablement influencé, dessiné par la société.

De plus, un grand nombre des patientes interrogées rapportent une sexualité " clandestine", cachée à leur entourage ce qui ne favorise pas l'adhésion à un moyen de contraception. L'interdit des rapports sexuels en dehors du mariage semble être un frein à la mise en place d'un moyen de contraception. C'est comme si prendre un moyen, de contraception serait en quelque sorte accepter le fait d'avoir transgressé à ces interdits.

Lors des consultations médicales, la question de la contraception est parfois esquivée. On peut émettre deux hypothèses pour expliquer cette esquive. La première : accepter de parler de contraception irait à l'encontre du désir de grossesse non exprimé de certaines patientes ou du

refus de contraception. La deuxième qui peut aussi être complémentaire à la première : la contraception symboliserait une transgression assumée de l'interdit des rapports sexuels.

4) VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Dans la revue de la littérature faite dans la thèse de G. HENGY de 2015 (66), il est expliqué que les femmes qui sont victimes de violences, qui vivent dans des situations précaires sont moins réceptives à un moyen de contraception. Mais cette question délicate a été difficilement abordée au cours des entretiens. Une des patientes a exprimé spontanément le décès de son père et l'une des patientes des violences conjugales subies par son ancien compagnon et rapporte aujourd'hui ne plus pouvoir se sentir en capacité de mettre au monde un enfant. L'IVG a pour elle comme un moyen d'exprimer une liberté qu'elle n'a probablement pas par ailleurs. Celle de la liberté de son corps à travers des grossesses et des IVG.

Une patiente fait spontanément un lien entre sa situation et le deuil qu'elle n'a toujours pas réussi à faire suite au décès de son père. On retrouve d'ailleurs aussi cette notion dans un travail de mémoire de sage-femme (67) sur l'ambivalence entre désir de grossesse et désir d'enfants reprenant le concept de la psychanalyste B. MYTNIK que la perte d'un être cher, surtout s'il s'agit d'un parent, renvoie brutalement au rappel de sa propre mortalité, rappelle à la femme concernée qu'elle n'est pas immortelle. C'est en détruisant cette vie, par le biais d'une IVG, que le deuil peut parfois commencer à se faire (68).

5) LA PLACE DES HOMMES

Dans notre étude, les patientes ont en majorité des relations stables. Pour la plupart, elles sont toujours avec le même compagnon. Dans une situation idéale : « les femmes et les couples doivent être informés sur l'ensemble des méthodes contraceptives, qui leur permettent de choisir la méthode adaptée à leur état de santé, leurs conditions de vie et leur sexualité. L'efficacité de ces méthodes est alors étroitement liée au consentement des partenaires pour une utilisation optimale et au niveau de satisfaction de la femme et du couple. [...] Cela doit concerner les hommes aussi bien que les femmes, la contraception ne devant pas être la seule affaire des femmes. » (69) Mais les hommes ne sont ni présents aux consultations pré-IVG ni post-IVG. Pour nos patientes, la contraception reste toujours considérée comme « une affaire de femmes ». C'est bien elles qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses

échecs.⁷⁰) La femme se contente de « *lui en parler* », l'homme ayant plutôt un rôle consultatif que décisionnel. Il ne prend part au choix de la contraception de manière moins évidente. Ils ont bien conscience de ce qu'engendre le recours répétitif à l'IVG et incite les femmes à avoir un moyen de contraception mais reste tout de même très peu impliqués. Ils ont conscience de la nécessité d'un moyen de contraception mais la responsabilité en revient à la femme. De toute et malheureusement, il existe peu de moyen de contraception utilisés impliquant les hommes : le préservatif, la méthode du retrait ou les méthodes définitives. De nombreuses études ont été réalisées pour développer des contraceptifs masculins hormonaux et non hormonaux. Bien qu'elles aient fait la preuve de leur efficacité, les contraceptions masculines hormonale et thermique restent encore peu utilisées tels que les injections d'hormones ou les caleçons chauffants. (71) Cela engendre parfois un sentiment d'injustice des femmes vis-à-vis des hommes.

V. CONCLUSION

L'analyse des trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG confirme le lien étroit entre contraception et avortement. Il existe des difficultés dans la pratique contraceptive au quotidien. Les choix d'une contraception sont influencés par de nombreux facteurs.

Les principaux freins à une contraception efficace que l'on peut mettre en évidence chez ces patientes sont :

- les préjugés sur la contraception,
- le refus de se renseigner d'en parler, la contraception étant un sujet tabou voir un problème dans certaines cultures,
- les périodes de transition,
- la difficulté à trouver un moyen de contraception adapté,
- la négligence du risque de grossesse,
- le sentiment d'être seule face à la question de contraception,
- le désir conscient et inconscient d'enfant voir de grossesse,
- obstacle social, culturel ou religieux à la poursuite de la grossesse.

L'IVG représente un problème de santé public pour lequel des mesures ont été prises afin d'appliquer une meilleure diffusion des moyens de contraception et des accès aux soins ainsi que la diffusion d'information mais la contraception n'est pas une réponse ultime à la prévention des IVG. Le problème est bien plus complexe qu'un simple problème de contraception. Même si un parcours contraceptif compliqué peut-être à l'origine de recours itératifs aux IVG il existe probablement d'autres composantes beaucoup plus complexes à l'origine de l'absence d'un moyen de contraception. L'échec de contraception cache parfois quelque chose de plus profond... un désir de grossesse voire d'enfant. Mais les contraintes sociétales sont parfois à l'origine de cette absence de poursuite de la grossesse. La peur de ne pas pouvoir donner suffisamment à leur enfant.

La relation de confiance instaurée avec le service et l'affranchissement du personnel soignant des normes contraceptives pourraient être une véritable ressource pour la prise en charge de ces patientes à l'échelle individuelle avec des projets de suivi personnalisé pour répondre au plus près à leur attente. Un accompagnement avec des temps de parole pourrait permettre à ces patientes une prise de conscience et de donner un sens à leurs actes.

Les perspectives sont envisageables. Il faut prévoir des temps de consultation plus à distance pour une meilleure réceptivité. Instaurer un suivi gynécologique avec une réadaptation régulière du moyen de contraception. Faciliter les échanges autour de la contraception tout en respectant les réserves émises par les patientes. Pour certaines patientes, ce sont des sujets non abordés et qui est parfois à l'origine des difficultés pour trouver un moyen de contraception adapté. Comme le disait l'une des patientes c'est un monde tout nouveau pour elle malgré le fait qu'elle soit déjà venue pour une IVG. Savoir donner du temps aux femmes. Pas de protocole générique pour les patientes mais des projets personnalisés de soins individuels. Revaloriser la place des hommes et les impliquer dans la décision et la mise en œuvre de la contraception. Cela permettra aussi de réduire cette sensation d'inégalité ressentie par les femmes.

Par contre, la contraception restera toujours une liberté. Elles ont le choix. On est présent uniquement pour conseiller et non donner notre point de vue. L'objectif est uniquement d'améliorer ce que nous pouvons faire pour nos patientes. Il existera toujours une part non réductible d'IVG.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AMM Autorisation de Mise sur le Marché

BIG Bulletin d'Interruption de Grossesse

CeGIDD Centres gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CEP Contraception Oestro-Progestative

CGS Centre de Gynécologie Sociale

CI Contre-Indication

CNIL Commission Nationale Informatique et Libertés

CPEF Centre de Planning et d'Éducation Familiale

CPP Comité de Protection des Personnes

COREQ COnsolidated criteri REporting Qualitative research

DIU Dispositif Intra-Utérin

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

E Entretien

EI Effets Indésirables

GNP Grossesse Non Prévue

IST Infections Sexuellement Transmissibles

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

LARC Contraceptions Réversibles à Longue durée d'Action

MAMA Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée

MST Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PMI Protection Maternelle et Infantile

PMSI Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

POP Pilule Oestro-**P**rogestative

SA Semaines d' Aménorrhées

SAE Statistiques Annuelles d'Établissement

β-hCG Gonadotrophine Chorionique Humaine **β**êta

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Bajos N. De la contraception à l'avortement. In : Ferrand M, dir. Sociologie des grossesses non prévues. Paris : INSERM, collection « Santé Publique »; 2002. 348p.
- 2) Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – mise à jour. Recommander les bonnes pratiques [en ligne]. 2021 [consulté le 08/08/2021]; 1-13. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
- 3) Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Paris : *Population et sociétés* ; 2004. n° 407.
- 4) Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ;2014. 106p.
- 5) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Prise en charge de l'IVG. France : Elsevier-Masson, 2020.
- 6) Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue Française des Affaires sociales*. 2011 ; Numéro 1 : p.148-161.
- 7) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*. 2003; Volume 18, Issue 5: p.994-999
- 8) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *Etudes& Résultats*. 2020 ; Numéro 1163 : p.1-7.
- 9) Institut Nationale d'Etudes Démographiques. Les maternités tardives : de plus en plus fréquentes dans les pays développés. *Population & Sociétés*. 2019, Numéro 562 : p.1
- 10) Bajos N, Moreau C, Prioux F. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013 ; Volume 61, Issue 4. p.291-298.
- 11) Toulemon L. Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunes encore différentes pour les femmes et les hommes. In Bajos N, Bozon M, dir. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, Paris : Editions la Découverte ; 2008 ; p. 163-195.
- 12) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. *Insee Première*. 2017, Numéro 1642 : p. 1-4.
- 13) Ministère de la santé, de la jeunesse des sports, et de la vie associative. Favoriser le dialogue sur la contraception. Dossier de presse. Mardi 29 avril 2008. 19 p.

- 14) A. L'Heudé, Gobenceaux A-S, MachuronF, ToullalanO, AzuarA-S, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2019 ; Volume 47, Issue 7-8 : p.574-581
- 15) Institut Nationale d'Etudes Démographiques. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population. 2014. 34 p.
- 16) Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries. The European journal of contraception & reproductive health care. 2014; Apr;19(2): p.93-101. doi: 10.3109.
- 17) Haute Autorité de Santé. Source retirée du site.
- 18) <http://www.avortementancic.net/> [En ligne]. France : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. C2021 [Consulté le 08/08/2021]. La contraception au fil du temps. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
- 19) <http://www.avortementancic.net/> [En ligne]. France : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. C2021 [Consulté le 08/08/2021]. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>
- 20) Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°0156 du 7 juillet 2001
- 21) Ministère des Solidarités et de la Santé. IVG.GOUV.FR. Quelles sont les étapes d'une IVG ? [en ligne]. 2013 [consulté le 09/08/2021] ; [environs 3 écrans]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/quelles-sont-les-etapes-d-une-ivg.html>
- 22) Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE [en ligne]. 2019 [consulté le 09/08/2021] ; [environs 8 écrans]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
- 23) Ministère des Solidarités et de la Santé. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG). Dossier-guide. Juin 2018. 40 p.
- 24) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 28 : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Support de cours de Université Médicale Virtuelle Francophone. Années 2010-2011. 25 p.
- 25) Haute Autorité de Santé. Source retirée du site.
- 26) Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire DREES/BESP no 2011-453 du 1er décembre 2011 relative à la diffusion, la validation et la remontée des bulletins d'interruption volontaire de grossesse (BIG). Circulaire DREES. 2011. 4 p.

- 27) Ministère des Solidarités et de la Santé. IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Rapport. Juillet 2016. 115 p.
- 28) Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. France : Population ; 2014. Volume 69 : p.365-398.
- 29) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans. COMMUNIQUÉ DE PRESSE. [en ligne]. 2020 [consulté le 09/08/2021] ; [environs 2 écrans]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/communiquede-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un>
- 30) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Etudes& Résultats. 2019 ; Numéro 1125 : p.1-7.
- 31) Assemblée Nationale. Accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Rapport d'information. 2020 ; Numéro 3343 : 87 p.
- 32) Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue Française des Affaires sociales. 2011 ; p.116-147.
- 33) Rowlands S. More than one abortion. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2007; p. 155-158.
- 34) Pison G. 1968-2018 : quatre surprises démographiques en France depuis cinquante ans. France : Population & Sociétés ; 2018. Numéro 553 : p.1-6.
- 35) Hengy G. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition [Thèse]. Toulouse : Faculté de Médecine Paul Sabatier ; 2015. 53p.
- 36) Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. Régulation des naissances. UE Gynécologie. Années 2011-2012. 69 p.
- 37) COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. LA CONTRACEPTION. Site internet. [en ligne]. 2016 [consulté le 10/08/2021] ; [environs 14 écrans]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
- 38) Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de Synthèse. 2017. 56 p.
- 39) YASSINE KASSAB S. L'historique des méthodes de contraception à travers l'âge et le monde : la contraception en France au XXIème siècle. Rôle du pharmacien d'officine. [Thèse]. Caen : Faculté des Sciences pharmaceutiques ;2019. 146p.
- 40) COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. Extrait des mises à jour en gynécologie et en obstétrique. Tome XXIV. 2000. 27 p.

- 41) L'assurance maladie. L'efficacité des moyens contraceptifs. Site internet. [en ligne]. 2019 [consulté le 10/08/2021] ; [environs 3 écrans]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
- 42) Santé Publique France. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2016 : NIVEAU ET DÉTERMINANTS. Article. 2018 ; 6p.
- 43) Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence, Prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. 2013 ; 125 p.
- 44) Santé publique France. Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier. Site internet. [en ligne]. 2019 [consulté le 10/08/2021] ; [environs 4 écrans]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/contraception-d-urgence-les-delaismecconnus-par-les-jeunes-une-campagne-d-information-pour-y-remedier>
- 45) Santé publique France. Contraception, Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Etudes et enquêtes. 2017 ; 8 p.
- 46) Haute Autorité de Santé. Source retirée du site.
- 47) Haute Autorité de Santé. Source retirée du site.
- 48) Gedda M. Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche. [en ligne]. 2015 [consulté le 21/10/2021] ; [environs 5 écrans]. Disponible sur https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/crite_res_COREQ.pdf
- 49) CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [en ligne]. 2014 [consulté le 21/10/2021] ; [environs 4 écrans]. Disponible sur http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- 50) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Favoriser le dialogue sur la contraception. Contraception : que savent les Français ? Dossier de presse. 5 juin 2007. 10p.
- 51) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dossier de presse. Octobre 2011. 18 p.
- 52) 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 [Thèse]. Nice : Faculté de Médecine; 2018. 51p.

- 53) Brooke Winner, M.D., Jeffrey F. Peipert, M.D., Ph.D., Qihong Zhao, M.S., Christina Buckel, M.S.W., Tessa Madden, M.D., M.P.H., Jenifer E. Allsworth, Ph.D., and Gina M. Secura, Ph.D., M.P.H. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception [en ligne]. 2012 [Consulté le 22/10/2021]; 10p. Disponible sur : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1110855>
- 54) Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [en ligne]. 2019 [consulté le 22/10/2021] ; [environs 6 écrans]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
- 55) Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement [en ligne]. 2011 [Consulté le 22/10/2021]; 20p. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-42.htm>
- 56) Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort [en ligne]. 2009 [Consulté le 22/10/2021]; 6p. Disponible sur : <https://academic.oup.com/humrep/article/24/6/1387/2915628>
- 57) Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pré-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. Rev sage-femme. 2018
- 58) Vigoureux S, Bajos N, Ringa V, FECOND GROUP. Effect of Parent-Daughter Communication about Sex on the Use of Less Effective Contraception among Women from Ages 15-24 Years in France [en ligne]. 2018 [Consulté le 22/10/2021]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807735/>
- 59) Santé publique France. Contraception d'urgence : les délais méconnus par les jeunes, une campagne d'information pour y remédier. Site internet. [en ligne]. 2019 [consulté le 22/10/2021] ; 5p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/rapport-synthese/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delaix-de-prise-toujours-sous-estimes>
- 60) Loiseau S. Facteurs facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomaires en 2018 [Thèse]. Rouen : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie; 2019. 89p.
- 61) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Paris : Population et sociétés ; 2012. n° 492.
- 62) Guidi-Rontani B. Quels sont les freins à la pose du stérilet par les médecins [Thèse]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2016. 139p.

- 63) Lelong N, Moreau C, Kaminski M et l'équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France: résultats de l'enquête COCON. GynecolObstetBiolReprod. 2005
- 64) Alesi M. comprendre l'absence à la consultation post-ivg instrumentale: une étude qualitative auprès de femmes concernées en aquitaine [Thèse]. Bordeaux : U.F.R. des sciences médicales ; 2017. 98p.
- 65) Association EMDR France. Quel est le principe de la thérapie EMDR ? [en ligne]. 2019 [consulté le 21/10/2021] ; [environs 1 écran]. Disponible sur <https://www.emdr-france.org/web/quel-est-le-principe-de-la-therapie-emdr/>
- 66) HENGY G. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition [Thèse]. Toulouse : Faculté de Médecine Paul Sabatier ; 2015. 53p.
- 67) MONTAY L. Grossesses non prévues : significations et fonctions [Mémoire]. Paris : École de Sages-Femmes ; 2014. 127p.
- 68) MYTNIK B. IVG, fécondité et inconscient. Editions Eres. Ramonville Saint Agne. 2007.
- 69) CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018 ; Volume 46, issue 12 : p.755-1088.
- 70) Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse [en ligne]. 2013 [consulté le 22/10/2021] ; 50p. Disponible sur : https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- 71) Association Française d'Urologie. Contraception masculine : Quelles (R)évolutions ? [en ligne]. 2020 [consulté le 21/10/2021] ; [environs 17 écrans]. Disponible sur <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraception-masculine-queelles-revolutions>

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE

L'absence de contraception / Connaissance de la contraception

- Que pouvez-vous me dire de la contraception ? Pouvez-vous me raconter votre parcours contraceptif ? Quand avez-vous commencé à utiliser un moyen de contraception ?
- Que pensez-vous des moyens de contraception hormonales ?
- Pensez-vous que les moyens de contraceptions peuvent présenter un danger pour vous ?
- Pour vous que serait une contraception idéale ?

Lors de l'IVG précédente : Consultation de contrôle / Prescription de la contraception :

- Pourrez-vous me parler de vos IVG
- Avez-vous des craintes ? Avez-vous pu les exprimer ? Vous êtes-vous senti écouté ?
- Comment avez-vous procédé pour y avoir recours ? Avez-vous pu avoir recours facilement à l'IVG ?
- Avez-vous hésité quant à la réalisation de l'IVG ? Pourquoi ?
- Avez-vous un compagnon ? Qu'en pense-t-il ? Lui en avez-vous parlé ?
- En avez-vous discuté avec votre entourage ? Contexte familial ?
- Êtes-vous suivi par un médecin traitant ? Un gynécologue ? Lui en avez-vous parlé ?
- Êtes-vous venue à la consultation de contrôle ? Si non, vous l'a-t-on proposé ?
- Vous avait-on prescrit une contraception ? Qu'en avez-vous pensé ? Avez-vous pu poser des questions ?
- Pensez-vous avoir eu des explications sur les moyens de contraception et si oui étaient-elles suffisantes ? Vous a-t-on remis de la documentation ? Saviez-vous où trouver les informations, si besoin ? Si oui, où ?
- Si vous avez rencontré des difficultés par la suite avec votre moyen de contraception avez-vous pu vous adresser à quelqu'un ? Savez-vous à qui vous adresser ?
- Pensez-vous avoir pu choisir votre contraception ? Avez-vous changé par rapport à une contraception antérieure ? Avez-vous choisi une nouvelle méthode ?

Accès à la contraception :

- Qui vous prescrit votre contraception ?
- Avez-vous facilement accès à votre médecin ?
- Savez-vous qui peut vous prescrire un moyen de contraception ?

Contraception d'urgence :

- Connaissez-vous la contraception d'urgence ? Que pouvez-vous en dire ?
- Savez-vous comment et où vous la procurer ? En connaissez-vous le coût ?
- Saviez-vous qu'un DIU est un moyen de contraception d'urgence ?
- Y avez-vous déjà eu recours ? pourquoi ?

Recours à la contraception de longue durée d'action réversible

- Vous en a-t-on déjà parlé ?
- Savez-vous de quoi il s'agit ? si oui, que pouvez-vous en dire ?
- Avez-vous déjà eu un stérilet ou un implant sous-cutané et qu'en pensez-vous ?
- Pensez-vous que cela peut-être un obstacle pour une grossesse ultérieure ?
- Que pensez-vous de la pose de ces moyens de contraception ? Pensez-vous que la pose est douloureuse ?
- Pensez-vous que cela peut induire une stérilité ?
- Avez-vous déjà refusé ces moyens de contraception ? si oui, pourquoi ?

Qu'est ce qui aurait pu être différent dans votre situation et vous aurez permis de

- Poursuivre cette grossesse ?
- D'éviter cette grossesse ?
- Avez-vous subi des contraintes vis-à-vis de cette grossesse ?
- D'avoir un (meilleur) moyen de contraception ?

Annexe 2



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2021-05-06-02
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, Docteur PICLET Hélène-MCU PH au sein du DUMG et l'investigateur secondaire, YOLARTIRAN Selda, Interne de médecine générale à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé « Obstacle à une contraception efficace chez les patientes ayant recours à plusieurs reprises à l'IVG » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 6 mai 2021.

Après audition des rapporteurs et compléments d'information apportés par l'investigateur, le comité estime que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Annexe 3

Formulaire du recueil de consentement

« OBSTACLE A UNE CONTRACEPTION EFFICACE CHEZ LES PATIENTES AYANT EU RECOURS A PLUSIEURS REPRISES A L'IVG »

Mlle YOLARTIRAN Selda, interne de médecine générale, m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Obstacle à une contraception efficace chez les patientes ayant eu recours à plusieurs reprises à l'IVG » en collaboration avec le Dr PICLET Hélène, gynécologue.

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant (www.cnil.fr). Ces droits s'exercent auprès de NOM + COORDONNEES.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « **Obstacle à une contraception efficace chez les patientes ayant eu recours à plusieurs reprises à l'IVG** ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de sa responsabilité à mon égard.

Fait à..... Le

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :

|

Annexe 4

NOTICE D'INFORMATION

Madame, Mademoiselle,

Il vous a été proposé de participer au protocole de recherche intitulé : « **Obstacle à une contraception efficace chez les patientes ayant recours à plusieurs reprises à l'IVG** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif et bénéfice de l'étude

L'objectif de cette étude est de cerner les obstacles à un avoir un moyen de contraception pour les patientes ayant recours à l'IVG. Ainsi, cela pourrait permettre la mise en place d'une meilleure prise en charge sur le plan de la contraception en répondant mieux à leurs attentes.

Méthode de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, un entretien avec vous sera organisé dans un des bureaux de centre de gynécologie sociale à l'issue de votre première consultation.

Durant cet entretien, nous vous rappellerons les informations concernant cette étude puis nous vous demanderons si vous ne vous opposez pas à participer à cet entretien.

Si vous acceptez de participer, nous vous poserons quelques questions autour de votre vécu de vos IVG ainsi que vos connaissances et vos expériences de contraceptions.

La durée de cet entretien est estimée entre une demi-heure et une heure, durée qui pourra varier selon les éléments que vous souhaitez confier. L'entretien pourra être arrêté à votre demande. Il sera enregistré à l'aide d'un dictaphone et votre discours sera ensuite retranscrit intégralement par écrit dans un fichier Word sur un ordinateur.

Les entretiens seront totalement anonymes, votre nom ne sera pas prononcé durant l'entretien. Aucun fichier permettant de relier les données recueillies à vous ne sera conservé. Vos données personnelles ne seront pas collectées. Tous les éléments de l'entretien qui pourraient mener à votre identification seront effacés.

Bénéfice de l'étude

Cette étude vise à déterminer les obstacles à une utilisation d'un moyen contraceptif de manière efficace chez les patientes ayant déjà bénéficié de plus d'une IVG. En effet, comprendre ce mécanisme permettra de réduire le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse.

Contraintes et désagrément de l'étude

L'étude présente des risques et contraintes minimales tels qu'un éventuel risque psychologique. Aucun geste technique ni test thérapeutique ne sera pratiqué. Aucune stratégie ne sera évaluée. Votre accord ou refus de participer ne modifiera en aucun cas votre prise en charge et les soins qui vous sont apportés.

Comment vos données personnelles sont utilisées

Ce questionnaire est anonyme. Aucune donnée personnelle ne sera utilisée dans la rédaction. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même, vous pourrez refuser de répondre aux questions auxquelles vous n'avez pas envie de répondre. Vous pouvez vous retirer à tout moment de l'essai sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis, Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique et aux libertés (loi n°1978-17 du 06 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès (article 49), de rectification (article 50), d'effacement (article 51) et d'opposition (article 56) relatifs au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Dr PICLET : helene.piclet@univ-amu.fr ou à Mlle YOLARTIRAN Selda (interne de médecine générale) par mail : selda.yolartiran@etu.univ-amu.fr.

Contacts pour informations complémentaires

Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires ou si vous rencontrez un problème quelconque au cours de la participation à cette étude, vous pouvez contacter le Dr PICLET Hélène, par mail : helene.piclet@univ-amu.fr ou à Mlle YOLARTIRAN Selda (interne de médecine générale) par mail : selda.yolartiran@etu.univ-amu.fr.

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations et vous remercions par avance du temps que vous nous consacrerez afin de mener à bien cette étude.

Annexe 5

TABEAU 1 | Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘
25-29 ANS				
Pilule	53,2	45,7	43,8	↘
Pilule + préservatif	4,3	5,0	4,0	→
Préservatif	7,7	15,9	16,3	↗
DIU	6,9	16,7	19,0	↗
Implant	3,2	5,3	5,1	→
Patch/Anneau	3,2	1,2	2,2	→
Autres méthodes*	5,8	5,4	4,2	→
Aucune méthode	15,7	4,9	5,5	↘
30-44 ANS				
Pilule	37,3	31,8	28,2	↘
Pilule + préservatif	0,9	0,9	1,2	→
Préservatif	10,1	12,4	13,8	↗
DIU	25,6	29,4	34,7	↗
Implant	2,8	3,2	3,3	→
Patch/Anneau	1,1	0,9	0,8	→
Contraception définitive	4,0	3,9	5,4	→
Autres méthodes*	5,1	6,7	5,8	→
Aucune méthode	13,1	10,7	6,7	↘
TOTAL 15-49 ANS				
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Annexe 6

TABLEAU 2

Caractéristiques sociodémographiques associées à la situation contraceptive des femmes lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG

	Pas de contraception	Méthodes non médicales	Contraception médicale	Analyse multivariée
	n = 2 508			
Total	35,9 %	34,9 %	29,2 %	p (seuil de significativité)
Âge				
< 20	34,1	44,4	21,5	< 0,0001
20-24	38,3	27,8	33,9	
25-29	35,1	31,8	33,1	
30-34	32,4	37,7	29,9	
35-39	36,9	36,5	26,6	
40 et plus	41	40,6	18,4	
Vie de couple				
Oui	35,4	31,8	32,8	0,002
Non	36,3	37,4	26,3	
Nombre d'enfants				
0	36,8	38,4	24,8	< 0,0001
1 ou plus	35,1	32,1	32,9	
IVG antérieure				
Oui	34,6	32,8	32,7	0,0005
Non	36,7	36,3	27,0	
Pays de naissance				
France	35,1	34,7	30,2	0,03
Afrique subsaharienne	42,5	35,9	21,6	
Afrique du Nord	36,5	31,7	31,8	
Europe de l'Ouest	39,3	38,2	22,5	
Amérique du Nord				
Australie				
Autres	40,6	38,0	21,2	
Niveau d'éducation				
< Bac	37,0	30,1	32,9	0,02
Bac	37,2	28,8	34,0	
> Bac	34,3	39,9	25,8	
Toujours étudiante	34,8	43,0	22,2	
< Bac + 2				
Revenus				
Moins de 600 euros/mois	36,6	34,0	29,4	
De 600 à 1 199	37,9	32,8	29,3	
De 1 200 à 2 399	35,6	34,9	29,5	
2 400 et plus	33,1	38,0	28,8	

	Pas de contraception	Méthodes non médicales	Contraception médicale	Analyse multivariée
	<i>n</i> = 2 508			
Total	35,9 %	34,9 %	29,2 %	p (seuil de significativité)
Assurance santé				
Pas d'assurance ou AME ou CMU	40,7	31,0	29,4	0,52
Sécurité sociale	36,6	36,7	26,7	
Couverture maladie complémentaire	35,1	34,8	30,1	
Situation professionnelle				
Travail	32,3	34,7	31,0	0,29
Chômage	41,1	29,7	29,2	
Étudiante	34,8	43,0	22,2	
Femme au foyer ou autres	37,3	30,2	32,5	

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

Annexe 7

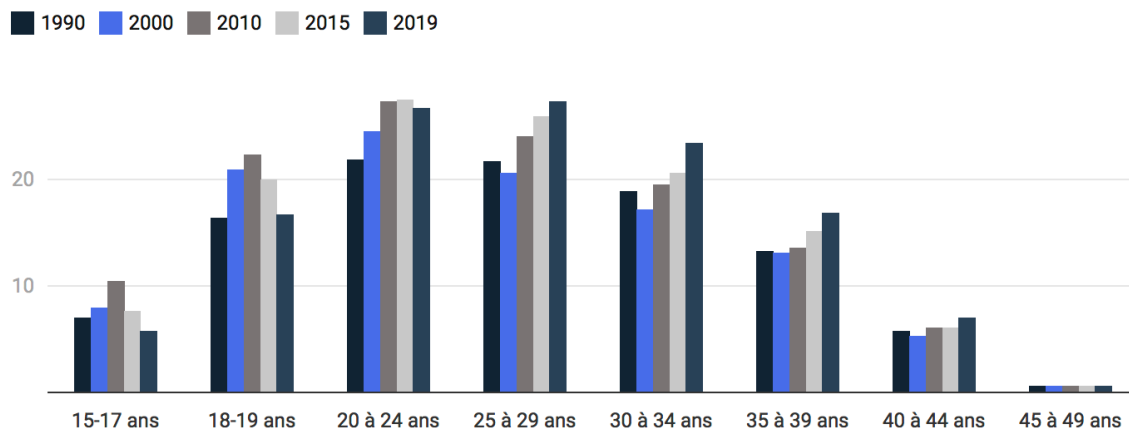
Extrait du document relatif aux freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - l'HAS 2013 - freins des professionnels

Freins		Type de méthode							Leviers d'action
		Pilule contraceptive	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	
Méconnaissance des risques et des contre-indications	Croyance erronée que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares. Surestimation des complications des DIU (grossesses extra-utérines, infections pelviennes). Sous-estimation des effets indésirables des pilules de 3^e et 4^e génération.	✓				✓			Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues, et sages-femmes.
Méconnaissance de certains contraceptifs					✓		✓		Formation initiale et continue des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.
Formation technique insuffisante ou réticence à la réalisation de gestes techniques	Pose de DIU. Retrait d'implants expliquant leur réticence à en poser.			✓		✓			Formation initiale et continue en particulier des médecins généralistes.
Contraintes matérielles et de temps pour la pose de DIU	Contraintes matérielles liées à l'absence fréquente du matériel nécessaire à la pose de DIU chez les médecins généralistes. Contraintes liées au mode de prise en charge (paiement à l'acte).			✓		✓			Information sur les kits de pose et de retrait d'implant et de DIU.
Réticence à informer et à proposer une contraception définitive	Difficulté à porter atteinte à l'intégrité du corps dans une optique préventive. Méconnaissance de la loi de 2001.							✓	Information des femmes et des hommes sur ces méthodes. Formation des médecins.

Annexe 8

Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2019

Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes



Lecture • En 2019, le taux de recours est de 5,7 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans. - Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de 50 ans ou plus ou dont l'âge est inconnu).

Graphique: Vie-publique.fr / DILA •

Source: DREES (SAE), CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de population au 1er janvier 2016) calculs DREES.

• [Récupérer les données](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Annexe 9

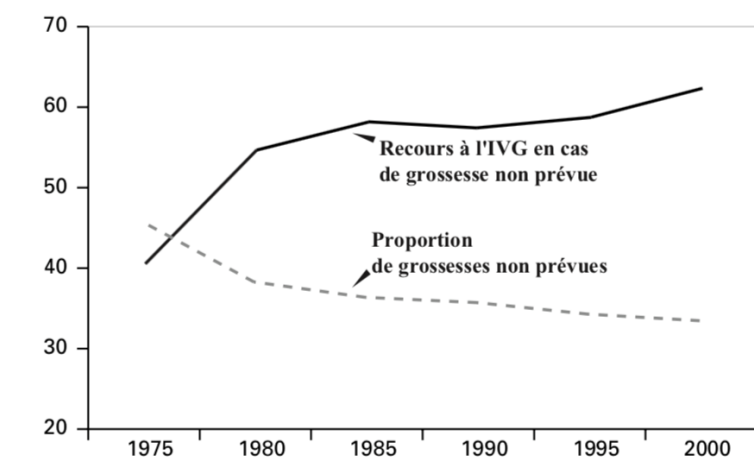
Tableau 4 : Apport de trois études évaluant l'utilisation des méthodes contraceptives, en France, sur une période de 8 ans.

	Chez les 15-30 ans		Chez les 15-49 ans		
	2010*	2016***	2008**	2010*	2016***
Toutes méthodes confondues	89,0%	96,0%	76,4%	86,4%	92,0%
Absence d'utilisation	11,0%	4,0%	23,6%	13,6%	8,0%
Méthodes modernes ¹⁴	70,6%	76,3%	74,1%	81,7%	87,4%
Méthodes naturelles ¹⁵	4,0%	2,8%	2,3%	4,7%	4,6%
Nouveaux modes ¹⁶	3,9%	7,9%	1,0%	3,7%	5,4%

Sources : * Enquête Fécond 2010 ; **World Contraceptive Patterns 2013 ; *** Baromètre santé 2016.

Annexe 10

b) Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Annexe 11

Extrait du document relatif aux freins au choix d'une contraception adaptée du point de vue des usagers - l'HAS 2013 - par type de méthode

Freins			Type de méthode								Leviers d'action
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	Méthodes définitives	
Périodes d'instabilité affective et sexuelle	Rapports sexuels épisodiques en couple	La prise régulière d'une contraception, parallèlement à des rapports sexuels peu fréquents, peut être perçue comme un rappel quotidien d'une éventuelle dégradation de la situation conjugale.	✓	✓		✓					Information sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives.
	Rapports sexuels épisodiques, relations sexuelles irrégulières ou difficiles à prévoir (jeunes femmes qui débutent leur vie sexuelle ou célibataires plus âgées)	La prise d'une contraception régulière peut être jugée inadéquate par rapport à la fréquence des rapports sexuels.	✓	✓	✓	✓	✓				
	Ruptures amoureuses/modifications de la vie affective, sexuelle	Les ruptures amoureuses sont l'occasion d'une remise en question de la méthode contraceptive ; la prise régulière d'une contraception peut être jugée inadéquate par rapport à la fréquence des rapports, car elle peut être perçue comme un rappel quotidien d'une éventuelle dégradation de la situation conjugale.	✓	✓		✓					
Non reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile	La sexualité clandestine ne favorise pas la pratique contraceptive ni les comportements de prévention	Mise en place de stratagèmes pour cacher les plaquettes de pilules en dehors d'un domicile.	✓								
Conséquences ressenties et/ou appréhendées (effets secondaires, impact négatif sur le bien-être sexuel)	Prise de poids	La prise de poids générée par les méthodes contraceptives hormonales, qu'elle soit ressentie ou seulement anticipée, est un des motifs d'arrêt de la contraception.	✓	✓	✓	✓					
	Présence d'un corps étranger vécu comme intrusif				✓		✓				

Freins			Type de méthode								Leviers d'action
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	Méthodes définitives	
Conséquences ressenties et/ou appréhendées (effets secondaires, impact négatif sur le bien-être sexuel) (suite)	Baisse de la libido	La baisse de la libido peut être un effet indésirable d'une contraception hormonale. Elle peut constituer un frein et justifier le changement de la méthode contraceptive.	✓	✓	✓	✓					Information sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives.
	Diminution du plaisir sexuel et/ou de la proximité avec le partenaire	Certaines contraceptions, en particulier les méthodes barrières, peuvent induire une perte de plaisir sexuel liée à une diminution de la sensibilité des muqueuses. Cet effet peut être ressenti par l'un ou par les deux partenaires. Dans tous les cas, elle peut justifier un changement de la méthode contraceptive.						✓			
Rejet de la médicalisation		La volonté de limiter la consommation médicamenteuse perçue comme « antinaturelle » est de plus en plus diffusée.	✓	✓	✓	✓					
Contraintes ressenties	Prise quotidienne à heure fixe	Les conditions de suivi de certains modes de contraception peuvent être difficilement compatibles avec les rythmes de vie irréguliers ou décalés.	✓								
Manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive		Le choix contraceptif peut être fait en fonction du partenaire masculin et se révéler peu satisfaisant pour la femme. L'exercice d'une domination masculine qui se manifeste au travers d'un manque d'adhésion à la démarche contraceptive rend particulièrement contre-indiquées des méthodes qui nécessitent sa vigilance.	✓					✓	✓		
Difficultés ressenties en termes de confidentialité	Accès à la consultation contraceptive	Bien que la loi garantisse un accès autonome des jeunes à la contraception, pour lequel le consentement parental n'est plus requis, ce droit leur est dénié dans les faits lorsqu'ils doivent faire appel à la couverture sociale de leurs parents.	✓	✓	✓	✓	✓				Information sur les dispositifs existants. Extension du tiers payant pour les consultations médicales. Dispositif spécifique garantissant la confidentialité. Extension des Pass contraception/Pass santé.

Freins			Type de méthode								Leviers d'action
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	Méthodes définitives	
Difficultés ressenties en termes de confidentialité (suite)	Dissimulation de la contraception	La volonté de dissimuler la prise contraceptive peut amener à des prises de risque. Certaines méthodes sont plus adaptées à la volonté de dissimuler la prise contraceptive, à l'égard du partenaire.	✓	✓		✓		✓			Soulever le point lors de la consultation et adapter le mode de contraception.
Méconnaissance et manque d'information	Sur le caractère contraceptif de l'allaitement. Sur les périodes fécondantes	Dans certains cas, paradoxalement, c'est la connaissance elle-même qui est à l'origine de fausses interprétations qui conduisent à des prises de risque. Par exemple il est apparu que les étudiants déduisaient des informations retenues dans le cadre de leur cours de biologie sur les mécanismes d'ovulation qu'il suffisait de se protéger durant cette période restreinte sans prendre en compte les risques de cycles irréguliers.						✓	✓		Éducation à la sexualité.
Rumeurs, croyances, désinformation	Ex. la pilule fait systématiquement grossir, le DIU n'est posé que chez les femmes qui ont déjà eu un enfant, sous-estimation de la durée d'efficacité de l'implant contraceptif, le DIU est abortif et rend stérile, la stérilisation affecte les performances sexuelles, le préservatif est associé au multipartenariat, etc.	Il existe une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses qui circulent sur les sites internet et dans les forums de discussion.	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	Information.
Difficultés d'accès géographique	Consultation gynécologique	Dans la mesure où le refus de poser un DIU ou un implant est plus fréquent chez les médecins généralistes que chez les gynécologues, le choix de cette méthode contraceptive est conditionné par l'accessibilité à un gynécologue ou à une sage-femme.			✓		✓				

Freins			Type de méthode								Leviers d'action
			Pilules	Patch contraceptif	Implant contraceptif	Anneau vaginal	DIU	Méthodes barrières	Méthodes naturelles	Méthodes définitives	
Nécessité de recourir à deux consultations médicales pour les méthodes nécessitant un achat en pharmacie et une pose par un professionnel de santé	Dans la mesure où les professionnels de santé, en dehors des CPEF, ne disposent pas de dispositifs contraceptifs dans leur cabinet, deux consultations sont nécessaires : une première consultation contraceptive où une prescription sera fournie et une deuxième pour poser le dispositif que la femme sera allée acheter en pharmacie. Cette situation peut entraîner un retard dans la mise en œuvre d'une méthode contraceptive	Il s'agit principalement du DIU, de l'implant.			✓		✓	✓			
Difficultés d'accès liées à la situation économique	Difficulté économique à avancer les frais et/ou à régler des dépassements d'honoraires	Certaines méthodes nécessitant un suivi par un médecin ou une sage-femme impliquent l'avance de frais en secteur libéral en l'absence de tiers payant. L'accès à un gynécologue ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires peut ne pas être possible en raison de la démographie médicale et le recours à un gynécologue de secteur 2 difficile au plan économique.	€	€	€	€	€	€	€	€	Extension du tiers payant aux consultations. Orientation vers un CPEF (et/ou un CDAG pour les méthodes barrières). Prise en charge partielle ou intégrale des préservatifs.
	Absence de couverture complémentaire	Les modalités de prescription, de suivi et de prise en charge par l'Assurance maladie (franchises médicales et par boîte de médicaments) impliquent des restes à charge variables d'une méthode contraceptive à une autre.									Choix d'une méthode limitant les restes à charge. Orientation vers un CPEF. Amélioration de la prise en charge financière pour les jeunes de 18 à 25 ans.
	Absence ou rupture de couverture d'assurance maladie	Pour les personnes n'accédant pas à leurs droits sociaux ou ne connaissant pas leurs droits sociaux. Pour les étudiant(e)s qui peuvent être confronté(e)s à des délais importants pour le renouvellement de leur carte Vitale.									Information sur les dispositifs spécifiques existants et orientation vers les structures et associations <i>ad hoc</i> .

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 la gloire.

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

FREINS À UNE CONTRACEPTION EFFICACE CHEZ LES PATIENTES AYANT RECOURS DE MANIÈRE ITÉRATIVE À L'IVG

Selda YOLARTIRAN

RÉSUMÉ

- **Contexte** : On constate une majoration progressive du nombre de patientes ayant recours à plusieurs reprises à l'IVG. Leur nombre a triplé en quarante ans passant de 10,8% en 1976 à 33% en 2016, soit environ 65000 femmes par an en France. Parmi ces patientes environ 30% n'ont pas de moyen de contraception efficace dans le mois précédant la survenue de cette grossesse non désirée.
- **Objectifs** : Comprendre les freins à une contraception efficace chez les patientes ayant recours à plusieurs reprises à l'IVG.
- **Méthode** : Une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a été réalisé. Les patientes ont été recrutées dans le service de gynécologie sociale des hôpitaux de la Conception et Nord.
- **Résultats** : 9 entretiens ont été réalisés. Les idées reçues sont des obstacles à la fois au choix d'une contraception efficace mais également pour l'information, les patientes estimant avoir les connaissances suffisantes. Il s'agit le plus fréquemment d'une réticence aux hormones avec la peur de la prise de poids et le refus du corps étranger avec les LARC. Une majorité des patientes souhaiterait poursuivre la grossesse mais les contextes culturels ou sociaux sont un frein.
- **Conclusion** : Les freins à une contraception sont nombreux et très hétéroclites, allant d'une simple position de principe anti-contraception à des peurs d'origines diverses en passant par un manque d'information évident. Et cela malgré la conscience que les moyens de contraception apportent un gain en termes de santé et de liberté. Il existe un réel intérêt d'un suivi et d'une réévaluation régulière des moyens de contraception pour l'adapter au mieux au mode de vie des patientes. Chez ces patientes, on retrouve également un désir de grossesse et d'enfant mais des obstacles culturels et sociétaux contraignants. Ce désir se manifeste alors par la non-adhésion à un moyen de contraception. Il faut entendre le choix de la patiente quelles que soient ses motivations et les respecter.
- **Mots-clés** : IVG itérative, contraception, étude qualitative

DISCIPLINE : Médecine générale

Université d'Aix-Marseille, Faculté des sciences médicales et paramédicales

BARRIERS TO EFFECTIVE CONTRACEPTION FOR PATIENTS WHO ITERATIVELY USE ABORTION

Selda YOLARTIRAN

ABSTRACT

- Context: There is a gradual increase in the number of patients who use abortion several times. Their number has tripled in 40 years from 10.8% in 1976 to 33% in 2016. This represents approximately 65,000 women per year in France. Among these patients about 30% do not have effective contraception in the month preceding the occurrence of this unwanted pregnancy.
- Purpose: To understand the barriers to effective contraception for patients who repeatedly use abortion.
- Method: Qualitative study based on semi-structured interviews was carried out. The patients were recruited within the social gynecology department of the « Conception » and « Nord » hospitals in Marseille.
- Results: 9 interviews were conducted. Preconceived ideas are obstacles to the choice of effective contraception. This situation is due to a limited choice of contraception solutions proposed to the patients, and to the fact the patients feel informed enough about contraception possibilities whereas they are clearly not informed enough. This is most frequently reluctance to hormones with the fear of weight gain and rejection of foreign body such as Long-Action Reversible Contraception (LARC). A majority of patients would like to continue pregnancy but cultural or social contexts are barriers.
- Conclusion: The barriers to contraception are numerous and very heterogeneous, ranging from a simple position of anti-contraception principle to fears of various origins and a lack of right information. This situation is well established despite the fact contraception solutions are seen as a gain in terms of health and freedom. There would be a real gain to adapt regular follow-up and reassessment of contraception methods to patients' lifestyle. For these patients, there is also a desire for pregnancy and children with constraining cultural and societal obstacles. This desire is then manifested by the non-adherence to a contraception solution. The patient's choice must be heard and respected whatever their motivations.
- Keys words: iterative abortion, contraception, qualitative study