



HAL
open science

Place des médecins généralistes dans les échecs de contraception menant à l'interruption volontaire de grossesse : étude quantitative observationnelle transversale

Marie Bertin

► To cite this version:

Marie Bertin. Place des médecins généralistes dans les échecs de contraception menant à l'interruption volontaire de grossesse : étude quantitative observationnelle transversale. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04008507

HAL Id: dumas-04008507

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04008507v1>

Submitted on 28 Feb 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE

Année 2022

n° 2022 - 124

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 06 octobre 2022

Par Mademoiselle BERTIN Marie

PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LES ECHECS DE
CONTRACEPTION MENANT A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE
ETUDE QUANTITATIVE OBSERVATIONNELLE TRANSVERSALE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Membres du Jury : Madame le Professeur Rosalie CABRY-GOUBET

Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Madame le Docteur Camille PARENT

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Marie Cécile BEAUDOIN

A mon Maître et Président du Jury :

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Membre du Haut Conseil de Santé Publique

Merci encore d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Il ne me semblait pas concevable de choisir quelqu'un d'autre que vous, vous me paraissiez le mieux placé pour aborder ce sujet sensible de santé publique.

A mon Maître, membre du Jury :

Madame le Professeur Rosalie CABRY-GOUBET
Professeur de Universités – Praticien Hospitalier
Histologie et Embryologie
Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine

Merci d'être présente aujourd'hui et d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je garde de très bons souvenirs de vos cours de première année, et je suis ravie de vous retrouver en cette fin de cursus.

A mon Maître, membre du Jury :

Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Maître de Conférence Associé

Département de Médecine Générale

Vos conseils en cours et lors des groupes d'échange de pratique m'ont marquée. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A mon Maître, membre du Jury :

Madame le Docteur Camille PARENT
Praticien Hospitalier
Orthogénie et Centre de Santé Sexuelle
Gynécologie, Obstétrique, Orthogénie
CHU Amiens Picardie

Encore merci d'avoir accepté la diffusion de mon questionnaire dans le service de planification familiale du CHU d'Amiens, sans vous ce travail n'aurait pas été possible. Il me paraissait donc indispensable de vous compter parmi les membres de mon jury, et je vous remercie encore d'avoir accepté ma demande.

A ma Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Marie-Cécile BEAUDOIN

Chef de Clinique Assistant

Département de Médecine Générale

Bien sûr, tu es bien plus qu'une directrice de thèse, tu es avant tout mon amie. Pour commencer, je te remercie de m'avoir accompagnée et guidée depuis mes premières années de médecine, puis de m'avoir aidée à élaborer ce sujet, qui ne l'oublions pas, est né au cours d'un footing ! Et enfin d'avoir accepté de diriger mon travail jusqu'à ma soutenance.

Remerciements

Thomas, depuis 5 ans tu me soutiens au quotidien, tu me rassures et me conseilles dans les moments de doute, mais tu sais aussi me faire quitter ma zone de confort pour m'emmener encore plus loin. Je te remercie d'être à mes côtés. Je n'imagine pas l'avenir sans toi, je t'aime.

Papa et maman, merci de m'avoir permis d'en arriver là aujourd'hui. Tout cela, c'est en grande partie grâce à vous. Sachez qu'une seule chose compte à mes yeux, vous rendre fiers de moi. Je vous aime fort.

A ma famille, mes grands-mères, tonton, tatie Joelle, tatie Annie, Yannick Marjorie et Alice, Mathilde, Louise et Céline, je n'aurais pas pu imaginer meilleure famille, ni meilleur soutien. Vous faites de moi ce que je suis aujourd'hui. A mes papys, je pense à vous très souvent, j'espère que vous êtes fiers de moi.

A ma deuxième famille, l'US Camon athlétisme, et en particulier les copines, Marie-Catherine, et Inès, mon coach Alex et tous les autres. Depuis bientôt 20 ans, vous êtes la bouffée d'oxygène de la semaine, indispensable à mon équilibre (même si parfois ça fait mal !!).

Ma petite Chloé, je me souviendrai toujours de notre rencontre, ce tout premier jour de lycée. Depuis, pas mal de temps a passé, nous avons vécu de nombreux bons moments, fait quelques erreurs, traversé quelques épreuves, mais notre amitié n'en est que plus forte. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi, et je sais que ceci est réciproque. J'ai hâte de passer à nouveau du temps avec toi (surtout dans ton nouvel appartement !!!).

Thibaut, merci de m'avoir acceptée comme belle-sœur, je sais que ce n'est pas une chose facile, mais avoue quand même qu'on s'entend trop bien !

Thomas, Alizée, et ma filleule Louison, j'espère continuer à vous voir aussi souvent que possible, je prends mon rôle de marraine très au sérieux, et je compte bien occuper une place importante dans la vie de votre poupette. Je vous remercie encore de m'avoir fait cet honneur, et merci pour tous les bons moments passés ensemble (je sais qu'il y en aura encore beaucoup !).

A mes beaux-parents, merci de m'avoir accueillie dans la famille.

Les copines, Pauline, Ninon et Morgane mes acolytes de cours, que de bons moments passés ensembles, en particulier les jeudis midi au resto, j'espère que le temps ne nous éloignera pas car vous comptez beaucoup pour moi.

*A la team gynéco péd de Saint Quentin, ce stage était exceptionnel, et c'est grâce à vous !
Au trio de polymed, avec Maxime et Pauline, j'ai adoré travailler avec vous, dans notre bureau tout confort. Notre entente et notre complicité m'ont beaucoup marquée.*

Aux anesth-réa, les co-internes de Thomas, merci à tous de m'avoir accueillie dans votre groupe, votre simplicité et votre ouverture d'esprit sont précieuses. Vous êtes juste géniaux !

A tous mes maîtres de stage, merci pour votre apprentissage et vos précieux conseils. Au Dr Perla et au Dr Gueret, sachez que vous m'avez fait prendre conscience de ma passion pour la médecine du sport. Mon plus grand rêve est désormais de poursuivre mon enseignement dans cette voie, et de m'épanouir dans cette pratique, en tentant de devenir aussi compétente que vous. Il reste encore pas mal de travail mais je suis plus motivée que jamais (et je n'oublie pas que l'écho c'est la vie !).

A l'équipe de réadaptation cardiaque de Corbie, qui me soutient au cours de ce tout dernier semestre. Vous permettez à mon internat de se clôturer en beauté, tant par votre gentillesse, que votre bienveillance. Grâce à vous j'ai beaucoup appris, merci. Et Pierre Marie, merci encore pour le petit coup de pouce en ce qui concerne les statistiques !

Table des matières

Liste des figures	13
Liste des tableaux	14
Liste des abréviations	15
I. <u>Introduction</u>	17
A. <u>Mise en contexte</u>	17
B. <u>Rappels sur la contraception</u>	19
1. Les méthodes dites « naturelles »	19
2. Les méthodes disponibles sans prescription médicale	20
3. Les méthodes nécessitant une prescription médicale	20
4. Les contraceptions d'urgence	22
C. <u>Rappels sur l'interruption volontaire de grossesse</u>	23
D. <u>Épidémiologie</u>	24
E. <u>Intérêt de notre étude</u>	26
II. <u>Matériels et méthodes</u>	28
A. <u>Type d'étude</u>	28
B. <u>Objectif de l'étude</u>	28
C. <u>Population de l'étude et recueil des données</u>	28
D. <u>Éthique</u>	29
E. <u>Analyse statistique</u>	29
III. <u>Résultats</u>	30
A. <u>Population de l'étude</u>	30
B. <u>Informations délivrées en consultation</u>	32
C. <u>L'échec de contraception</u>	32
D. <u>Le rôle du médecin traitant</u>	34
E. <u>Croisement des informations</u>	35
1. Utilisation de la contraception d'urgence	35
2. Informations délivrées par le médecin traitant en fonction du suivi gynécologique	37
3. Informations délivrées lors d'une première prescription de contraception en fonction du prescripteur	38
F. <u>Satisfaction des patientes</u>	40

IV. <u>Discussion</u>	46
A. <u>Forces et faiblesses</u>	46
1. Méthodologie	46
2. Comparaison à la population générale ayant recours à l'IVG	46
3. Biais et faiblesses	49
B. <u>Discussion des résultats</u>	50
1. La contraception d'urgence	50
2. Rôle du médecin traitant	51
3. Supports d'information	52
4. La gynécologie en médecine générale	53
V. <u>Conclusion</u>	54
VI. <u>Bibliographie</u>	55
Annexes	61
Résumé	68

Liste des figures

- Figure 1 :** *Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction du suivi gynécologique* 36
- Figure 2 :** *Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction des informations délivrées au cours de la prescription initiale* 36
- Figure 3 :** *Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction des informations délivrées par le médecin traitant* 37

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Caractéristiques des patientes</i>	31
Tableau 2 : <i>Information contraception</i>	33
Tableau 3 : <i>Echec de contraception</i>	34
Tableau 4 : <i>Rôle du médecin traitant</i>	35
Tableau 5 : <i>Information par le médecin traitant en fonction du suivi gynécologique</i>	38
Tableau 6 : <i>Information initiale en fonction du prescripteur</i>	39
Tableau 7.a : <i>Comparaison des caractéristiques des patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant aux patientes non satisfaites</i>	41
Tableau 7.b : <i>Comparaison des patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant aux patientes non satisfaites, en ce qui concerne le suivi gynécologique et le rôle du médecin traitant</i>	44
Tableau 8 : <i>Comparaison aux données des études de la DREES</i>	48

Liste des abréviations

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

GEU : Grossesse Extra Utérine

HDF : Hauts-de-France

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

SA : Semaines d'Aménorrhée

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academics Associations
of general practioners

I. Introduction

A. Mise en contexte

En 1967, avec la Loi Neuwirth du 28 décembre relative à la régulation des naissances, la lutte pour l'évolution des droits des femmes connaît une grande avancée grâce à la légalisation de la contraception pour toutes les françaises (1). Auparavant la loi nataliste de 1920 interdisait l'interruption volontaire de grossesse, qui était définie depuis 1810 comme un crime passible de prison. Elle réprimait toute propagande de prophylaxie anticonceptionnelle notamment dans le but de maintenir un taux de natalité élevé en cette période d'après-guerre. A partir de 1942 le recours à l'avortement est d'ailleurs passible de la peine de mort (2,3).

La contraception orale (ou « pilule »), mise au point dans les années cinquante, constituait initialement le seul traitement médicamenteux contraceptif. Il existait bien sûr depuis bien longtemps d'autres méthodes « anticonceptionnelles », notamment les méthodes dites « naturelles » (le retrait, l'abstinence) et le préservatif, utilisé dès l'Antiquité dans un but de contraception mais aussi de protection contre certaines infections sexuellement transmissibles (4). La pilule est donc autorisée à la vente en France en 1967, mais arrive réellement sur le marché en 1972 du fait des nombreux freins qui ralentissent la sortie du décret d'application de la loi (1). Initialement une autorisation parentale est nécessaire pour les femmes de moins de vingt et un ans qui veulent se la procurer (1,5). Elle est remboursée par la sécurité sociale à partir de 1974, et les mineures obtiennent alors le droit à l'anonymat (6). Elle devient ainsi de plus en plus facilement accessible.

Il existe de nombreux autres moyens de contraception permettant à chacune de trouver une méthode lui correspondant au mieux : patch, implant, dispositif intra utérin au cuivre ou hormonal, pilule progestative ou oestroprogestative. En 2001 la contraception définitive (vasectomie chez l'homme ou stérilisation tubaire chez la femme) est même autorisée grâce à la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive chez les personnes majeures, avec néanmoins un cadre réglementaire très stricte (7).

La contraception a pour but d'éviter une grossesse non désirée. Néanmoins, aucune méthode n'est fiable à 100%. Par exemple, les pilules oestroprogestatives ont un indice de Pearl

théorique à 0,3 correspondant à une bonne efficacité. Mais cette valeur passe à 8 en pratique (8). Ainsi malgré une contraception bien suivie, une grossesse non désirée est toujours susceptible de survenir. Et c'est de ce risque d'échec de contraception, associé à une émancipation des femmes au cours de l'Histoire, qu'une autre demande est devenue une revendication à travers le monde : celle de la reconnaissance du droit à l'interruption volontaire de grossesse ou IVG, qui était largement pratiquée dans l'illégalité, et était alors responsable d'une importante morbi mortalité chez les femmes qui y avaient recours. Sa légalisation permet d'encadrer et de sécuriser cette pratique (9,10).

Cette problématique est toujours d'actualité dans les pays où l'avortement est illégal ou d'accès très limité, car il est malgré tout pratiqué clandestinement avec des méthodes peu sûres voire très risquées (11–14).

En France, l'avortement thérapeutique ou interruption médicale de grossesse, est rendu légal en 1955. C'est en 1975, avec la Loi Veil, que le droit à l'interruption volontaire de grossesse est obtenu pour toutes les françaises, pour une durée de 5 ans (15). Cette loi est ensuite reconduite définitivement en 1979 (16).

Au fil du temps et des mandats, les mentalités évoluent et l'IVG se démocratise, nécessitant des modifications de ses modalités pour faciliter son recours : prise en charge par l'assurance maladie (17), allongement du délai légal pour l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse et suppression de l'autorisation parentale pour les mineures (7), suppression du délai de réflexion de 7 jours (18). En 2014, la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes modifie la loi Veil en remplaçant le terme « femme en situation de détresse » par « femme qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse » (19).

En 2022, une nouvelle loi faisant passer le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse (soit 16 semaines d'aménorrhées) est adoptée. Elle prévoit également la pleine compétence des sages-femmes pour réaliser les IVG instrumentales dans les établissements de santé (20,21).

Auparavant, le recours à l'IVG ou sa pratique étaient considérés comme des crimes, aujourd'hui c'est son entrave qui est considérée comme un délit (22). Ainsi toute démarche visant à empêcher, dissuader ou compliquer l'accès à l'IVG, par n'importe quel moyen que ce soit, est

puni par la loi (23). De plus, même s'il existe une clause de conscience, tout praticien se doit d'adresser une femme demandeuse d'IVG à un confrère qui pourra la pratiquer.

B. Rappels sur la contraception

Le Baromètre santé de 2016 estimait qu'en France 71,9% des femmes étaient concernées par la contraception et parmi elles, 92% utilisaient un moyen pour éviter une grossesse (24).

Il existe de nombreux moyens de contraception, médicamenteux ou non, nécessitant une prescription médicale ou non, et plus ou moins fiables. Cette fiabilité est décrite par l'indice de Pearl qui correspond au taux de grossesses non désirées pour 100 femmes dans la première année suivant l'utilisation de la méthode contraceptive. Une méthode est dite « très efficace » lorsque l'indice est inférieur à 1 (8,25) (*Annexe 1*).

Le choix de la contraception pour une femme est très important. Il doit prendre en compte bien évidemment les éventuelles contre-indications et intolérances, mais également les préférences et la situation personnelle. Il est depuis longtemps reconnu que si la méthode de contraception ne remplit pas ces exigences, elle s'expose à un risque plus important d'échec par mauvaise utilisation au quotidien. « La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » était d'ailleurs le slogan d'une campagne de prévention et de promotion de la contraception en 2007 et est souvent repris depuis, pour promouvoir le choix individualisé de la contraception (26–28).

1. Les méthodes dites « naturelles »

On peut citer différentes méthodes comme le retrait avant l'éjaculation, le suivi de la courbe de température (censé prédire le moment de l'ovulation), le suivi du cycle menstruel (méthode Ogino avec abstinence les jours supposés féconds) ou l'utilisation de test urinaire d'ovulation (système « Personna »), et enfin l'étude de la consistance de la glaire cervicale (se modifiant en fonction de la période du cycle, méthode Billings) (29,30).

Toutes ces méthodes, du fait de leur subjectivité, possèdent un indice de Pearl élevé et donc une mauvaise fiabilité exposant les femmes les utilisant à un risque de grossesse non désirée (8). Il s'agit plutôt de méthode d'espacement des naissances que de réels moyens de contraception.

La méthode MAMA, pour Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée est une méthode fiable sous certaines conditions. Elle consiste en un allaitement exclusivement maternel, comptant 6 à 10 tétées par jour d'une durée de dix minutes au minimum, avec moins de 4 heures d'intervalle entre deux tétées au cours de la journée et 6 heures d'intervalle au cours de la nuit. Elle n'est efficace qu'en cas d'aménorrhée persistante et jusqu'aux six mois de l'enfant (30).

2. Les méthodes disponibles sans prescription médicale

Les préservatifs masculins et féminins empêchent le passage des spermatozoïdes dans le vagin et ainsi évitent une éventuelle fécondation. Ils sont aussi actuellement les seules méthodes reconnues comme efficaces contre la transmission de maladies sexuellement transmissibles (29). A noter que depuis 2018 et sur présentation d'une ordonnance, certaines marques de préservatifs (Eden®, puis un peu plus tard Sortez Couverts®) sont remboursées à 60% par l'assurance maladie (avec parfois une prise en charge supplémentaire par les mutuelles) (31).

Les diaphragmes et les capes cervicales sont moins connus et donc moins fréquemment utilisés. Ils doivent être utilisés en association avec des spermicides pour être plus efficaces. Ces derniers sont des gels ou des ovules insérés dans le vagin qui détruisent ou inactivent les spermatozoïdes. Mais leur efficacité est variable et peut diminuer en cas de mauvaise utilisation (application de savon, attente insuffisante entre l'application et le rapport sexuel) (29).

3. Les méthodes nécessitant une prescription médicale

La pilule oestroprogestative est la méthode de contraception la plus utilisée en France. C'est généralement la méthode proposée en première intention aux jeunes filles souhaitant débiter une contraception et ne présentant pas de contre-indication (25). On les classe en différentes « générations » en fonction de la molécule progestative utilisée (32) (*Annexe 2*).

Les principales contre-indications sont liées au risque thrombo-embolique, qui est majoré avec les pilules de 3^e et 4^e générations. Ainsi la présence ou les antécédents personnels ou familiaux de maladie thrombo-embolique, les facteurs de risque cardiovasculaires (en particulier le tabagisme actif, une hypertension artérielle non contrôlée), et le terrain migraineux sont des contre-indications absolues. Les cancers hormonodépendants constituent également une contre-indication absolue. Elle est aussi déconseillée après 35 ans. Sa prise est quotidienne durant 21 jours et suivie d'un arrêt de 7 jours au cours duquel survient une hémorragie de privation (certaines spécialités comptent 7 comprimés placebo, évitant l'arrêt et améliorant l'observance). Elle peut également être prise en continu afin d'éviter ces saignements. L'inobservance constitue son principal inconvénient. En effet jusqu'à 1 femme sur 5 oublierait au moins un comprimé chaque mois (33–35). Les vomissements et les diarrhées risquent également de diminuer son efficacité.

Le patch contraceptif oestroprogestatif (Evra®) est un dispositif transdermique commercialisé depuis 2003. Il fonctionne comme les oestroprogestatifs oraux et possède donc les mêmes contre-indications et les mêmes effets indésirables. Un patch est posé chaque semaine pendant trois semaines, puis s'en suit une semaine d'arrêt au cours de laquelle survient l'hémorragie de privation. Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale (29).

L'anneau vaginal oestroprogestatif (Nuvaring®) est commercialisé depuis 2004. Il doit être placé au fond du vagin et peut rester en place pendant 3 semaines. L'hémorragie de privation survient ensuite au cours de la semaine de retrait et un nouvel anneau peut être posé la semaine suivante. Ses contre-indications sont les mêmes que celles de la contraception oestroprogestative orale. Il n'est pas remboursé par la sécurité sociale (29).

La pilule progestative est souvent choisie en cas de contre-indication aux oestroprogestatifs car elle ne majore pas le risque thromboembolique. Elle est aussi indiquée dans le post partum et durant l'allaitement. Elle se prend quotidiennement à heure fixe, sans arrêt entre les plaquettes et nécessite, pour certaines spécialités, une rigueur plus importante car elles ne permettent que très peu de liberté dans les délais de prise (3 heures d'écart maximum pour le levonorgestrel Microval®, mais 12h pour le désogestrel Cerazette®). Ses contre-indications absolues sont les tumeurs hormono-dépendantes (dont les cancers du sein), les thromboses veineuses profondes en cours ou de moins de 3 mois (par principe de précaution), les accidents vasculaires artériels

en cours ou récents, les méningiomes, les hépatopathies sévères et les hépatites virales évolutives (29).

L'implant progestatif (Nexplanon®) est un bâtonnet en plastique délivrant de l'étonogestrel, placé en sous cutanée, sur la face interne du bras non dominant. Il peut rester en place durant 3 ans. C'est une méthode très efficace du fait de sa longue durée de vie, en particulier pour les patientes peu observantes. Ses contre-indications sont les mêmes que pour les progestatifs oraux (29).

Les dispositifs intra utérins ou DIU peuvent être au cuivre ou aux hormones. Ils existent dans différentes tailles (notamment en petit format dit « short ») et peuvent donc être posés chez des femmes nullipares. Les contre-indications communes aux deux types de DIU sont des contre-indications inhérentes à la pose d'un corps étranger intra utérin (risque d'infection génitale haute ou infection en cours, malformations utérines, facteurs de risque de GEU).

Les DIU hormonaux (Mirena®, Donasert®, Jaydess®, Kyleena®) ou stérilets à la progestérone, doivent être remplacés tous les 3 à 6 ans selon le modèle. Leurs contre-indications sont les mêmes que pour les autres progestatifs.

Les DIU au cuivre (MonaLisa® par exemple) ne contiennent pas d'hormone. Ils exercent une action toxique sur les spermatozoïdes et l'ovocyte, et créent une réaction inflammatoire au sein de l'utérus empêchant la fécondation et la nidation. Ainsi ils respectent les cycles hormonaux et n'interfèrent pas avec les cycles habituels de la patiente. Leur durée d'action est de 5 ans (29).

4. Les contraceptions d'urgence

Elles sont à utiliser à la suite d'un rapport à risque de grossesse. On en distingue de deux types.

Tout d'abord les méthodes hormonales, ou « pilules du lendemain », à base d'acétate d'ullipristal (pour Ellaone®) ou de lévonorgestrel (pour Norlevo®), qui bloquent l'ovulation. Elles s'utilisent en une prise unique, le plus tôt possible après le rapport à risque (au plus tard dans les 5 jours pour la première, dans les 72 heures pour la seconde). Aucune n'est efficace à

100%. Elles sont remboursées à 65% en cas de prescription médicale et sont gratuites pour les mineures (29,36).

Enfin, la pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport à risque. Grâce à la réaction inflammatoire locale intra utérine, la nidation est rendue impossible. C'est une méthode très efficace qui possède en plus l'avantage d'offrir une contraception sur le long terme. Malheureusement c'est une méthode peu utilisée notamment du fait de la difficulté de l'accès à la pose en urgence qui s'explique par la nécessité d'une prescription médicale pour le DIU puis d'une consultation avec un professionnel de santé pour le positionner (37–39).

C. Rappels sur l'interruption volontaire de grossesse

L'IVG est autorisée en France jusqu'à 16SA (depuis le 23 février 2022). La réalisation d'une échographie de datation est recommandée par le collège de gynécologie, pour déterminer le terme exact et détecter les grossesses arrêtées ou les GEU.

Elle peut être réalisée par un médecin généraliste conventionné par un centre référent, un gynécologue ou une sage-femme. Elle peut être effectuée à domicile dans certaines conditions, ou en hospitalisation de jour.

Un entretien psychosocial est systématiquement proposé à toutes les femmes mais n'est obligatoire que pour les mineures. Ces dernières doivent avoir une autorisation parentale ou être accompagnée d'une personne majeure (40).

Il existe actuellement deux méthodes de réalisation pour les interruptions volontaires de grossesse : une méthode médicamenteuse ou une méthode instrumentale (dite encore chirurgicale). Le choix de l'une ou de l'autre dépend avant tout du terme de la grossesse en cours, de l'existence de contre-indications mais aussi du choix de la patiente.

L'IVG médicamenteuse a été autorisée en 2001. Depuis cette date, cette méthode supplante de plus en plus la méthode chirurgicale, d'autant plus que depuis 2005, cette technique est autorisée en dehors des établissements hospitaliers. En 2019, 70% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse (contre 30% en 2001) (41). Elle est efficace à 95% quel que soit le terme.

Elle peut être réalisée à domicile jusqu'à 9SA (délai allongé de 2 semaines depuis la crise sanitaire liée au COVID 19) (20). En revanche, passé ce délai, elle doit se faire dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Elle consiste en la prise par voie orale de Mifépristone, suivie 24 à 48h après, par la prise orale de Misoprostol.

L'IVG instrumentale est réalisée en établissement hospitalier. Elle consiste en une aspiration du contenu intra utérin et en l'absence de complication, est réalisée en ambulatoire.

Une visite de contrôle est organisée quatorze jours après toute IVG pour vérifier l'absence de poursuite d'une grossesse évolutive ainsi que de la vacuité utérine (vérification de l'absence de rétention de débris intra utérins). Cette consultation est aussi l'occasion de surveiller l'état psychologique des patientes. L'IVG peut être vécue comme une épreuve dans l'existence d'une femme, mais il faut savoir que les dépressions post abortum sont moins fréquentes que les dépressions du post partum (40,42-44).

L'IVG n'est pas un acte anodin, et ses risques sont parfois sous-estimés par les patientes. Bien sur la complication principale est l'hémorragie qui peut parfois nécessiter une aspiration en urgence et une transfusion. Les saignements peuvent être responsables d'une hématométrie à suspecter en cas de douleurs intenses ne cédant pas avec les antalgiques de pallier I ou II et persistantes dans le temps. On peut citer ensuite les infections (endométrite), et les rétentions (voire la persistance d'une grossesse évolutive). L'IVG chirurgicale peut être responsable de perforations utérines (avec les risques de péritonite et de perforation digestives qui en découlent). Enfin il faut également citer les complications à distance, en particulier les retentissements sur la fertilité avec les synéchies utérines, et le risque de fausse couche ou de prématurité du fait de la persistance d'une béance cervico isthmique (40).

D. Épidémiologie

Depuis sa légalisation, les taux d'IVG étaient relativement stables en France, même s'il était possible de constater une légère tendance à la hausse depuis le milieu des années 90. Mais en 2019, pas moins de 232 000 IVG (soit 15,6 IVG pour 1000 femmes en métropole et 28,2 pour 1000 femmes dans les départements et régions d'outre-mer) ont été réalisées, ce qui constitue le taux de recours le plus haut depuis 30 ans (45).

Les femmes âgées de 20 à 29 ans sont celles ayant le plus souvent recours à l'avortement. Mais depuis les années 2010, on constate une nette augmentation des IVG chez les femmes de plus de 30 ans, avec même un gain de 3,9 points en 2019 dans la tranche d'âge des 30-34 ans par rapport à 2010. A l'inverse, chez les moins de 20 ans, on constate une nette diminution avec environ 5 points de moins dans ces tranches d'âge (41,45). A noter néanmoins que ces calculs ne prennent pas en compte le millier d'IVG réalisé de façon anonyme hors établissement hospitalier et pour lesquels les âges ne sont pas renseignés. Dans ces cas, même en considérant qu'il s'agit la plupart du temps de jeunes filles mineures, et en ajoutant ces chiffres à ceux des femmes de moins de 20 ans, la tendance à la baisse demeure.

On pourrait penser que cette augmentation des IVG suit parallèlement l'augmentation des naissances, mais ce n'est plus le cas depuis 2014. En effet depuis cette date, le nombre de naissances a tendance à diminuer. De ce fait le ratio d'avortement, qui est le rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances vivantes, augmente depuis 2016. En 2019 on compte d'ailleurs près d'une IVG pour 3 naissances (41).

De plus, il est important de noter que de plus en plus de femmes ont recours plusieurs fois à l'IVG, ce qui augmente le nombre d'IVG sans forcément augmenter le nombre de femmes y ayant recours. En 2011, la probabilité de recours à l'IVG pour une femme sans antécédent d'IVG antérieure était de 33%, contre 41% pour une femme avec un antécédent d'IVG antérieure (46). Cette hausse est retrouvée pour toutes catégories de femme, peu importe l'âge, la catégorie socio-professionnelle ou le statut marital et était déjà constatée entre 2002 et 2007 dans une étude de Bajos et al. (47). Le recours à une nouvelle IVG se fait généralement dans les 5 ans suivant la première.

Une grande disparité du taux d'IVG existe en fonction des régions de France. En 2019 le taux le plus haut est retrouvé dans les DROM avec plus de 39 IVG pour 1000 femmes, alors que le taux le plus bas est retrouvé en métropole et plus exactement en Pays de Loire avec 11,8 IVG pour 1000 femmes. En métropole, c'est en Ile-De-France et dans le sud-est que les taux sont les plus élevés. Dans les Hauts de France, en 2019, 18 583 IVG ont été réalisées, soit 14,2 IVG pour 1000 femmes (41).

En plus de ces variations géographiques, il est évidemment possible de noter de grandes disparités en fonction des caractéristiques des patientes et en particulier en fonction de leur

statut socio-économique. Ainsi à âge et statut marital égal, les femmes ayant un niveau de vie moyen ont 38% plus de risque d'avoir recours à l'IVG dans l'année que les femmes de niveau de vie élevé, mais 40% moins de risque que celles ayant un niveau de vie plus bas.

Enfin, en ce qui concerne le statut conjugal, les femmes en couple ont moins recours à l'IVG (moins 37%) que les femmes célibataires (41).

E. Intérêt de notre étude

Un certain nombre de femmes réalise son suivi gynécologique chez le spécialiste. Mais de plus en plus de femmes choisissent d'être suivies par leur médecin traitant sur ce point, en partie grâce à un accès plus simple aux soins et une plus grande proximité (48,49). Les généralistes considèrent d'ailleurs le suivi gynécologique comme faisant partie intégrante de leur pratique quotidienne (50). Le médecin traitant, premier recours des patients, est un interlocuteur privilégié et suit généralement ses patients tout au long de leur vie. En particulier pour les femmes, il semble constituer un correspondant de choix au moment de l'introduction d'une première contraception lors de l'entrée dans la vie sexuelle. Même si parfois ce rôle de « médecin de famille » peut constituer un frein pour les jeunes femmes n'osant pas parler de sexualité devant ce professionnel qui suit également leurs parents (51).

Nous avons donc vu que depuis sa légalisation, le recours à l'IVG est de plus en plus fréquent. Pourtant l'accès à la contraception est lui, de plus en plus facile. D'après l'étude du Baromètre santé, pas moins de 71,9% des femmes étaient concernées par la contraception en 2016 (24). Gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, IDE (autorisé à renouveler une prescription de contraception orale datant de moins d'un an, et pour une durée de 6 mois maximum non renouvelable (52)); de nombreux professionnels de santé sont habilités à prescrire une contraception. Et les diverses méthodes, l'existence d'une pilule du lendemain, la délivrance dans les centres de planification familiale, la délivrance anonyme pour les mineures, la prise en charge par la sécurité sociale facilitent leur utilisation et il paraît donc contradictoire que le taux d'IVG ne cesse d'augmenter. Et c'est d'ailleurs en cela que réside le paradoxe français : une utilisation massive des méthodes de contraception, avec pourtant un taux élevé de recours à l'IVG.

Tout cela représente un réel problème de santé publique, car l'IVG n'est pas un acte anodin et peut être à l'origine de graves complications. Et bien qu'il s'agisse d'un droit important pour toutes les femmes, l'objectif demeure d'y avoir recours le moins possible.

Un questionnement autour de ces chiffres est donc légitime. Plusieurs hypothèses pourraient être avancées comme un défaut d'information des femmes de la part du corps médical qui leur permet d'obtenir la contraception, mais aussi un défaut d'information de la part du médecin traitant au cours du suivi médical.

Des études ont déjà été réalisées, interrogeant les médecins traitants sur leurs pratiques quant à la prescription d'une contraception (53) et les conseils à donner en cas d'oubli de pilule (33) ou encore interrogeant les patientes elles-mêmes au sujet de leurs connaissances (54). Et en règle générale, il en résulte que les femmes sont relativement bien informées au sujet de la contraception, mais que des lacunes subsistent surtout en ce qui concerne la réaction en cas d'oubli de pilule et l'utilisation de la contraception d'urgence.

En revanche, aucune étude n'a encore questionné les femmes pour lesquelles la contraception n'avait pas fonctionné et qui ont donc recours à l'IVG, sur leur opinion vis-à-vis de l'information qu'elles avaient reçue de la part de leur médecin traitant, étudiant si elles s'estimaient suffisamment averties ou non. On peut supposer que si elles ont recours à l'avortement c'est que des failles existent dans le mode d'information utilisé, et que ces lacunes peuvent provenir d'un manque d'éducation par le médecin traitant.

Parce qu'en effet, l'éducation, le dépistage et la prévention en matière de santé sexuelle et reproductive font partie intégrante des rôles du médecin généraliste, définis en 2002 par la World Organization of National Colleges, Academies and Academics Associations of general practitioners (WONCA) (55).

L'objectif principal de notre étude est donc d'étudier la place du médecin traitant dans l'échec de contraception, conduisant à l'IVG, et cela du point de vue des femmes y ayant recours. Et secondairement, en cas de manque d'information, de proposer des solutions permettant de combler cette lacune, et d'aider à sa prévention.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive, multicentrique et transversale réalisée entre février 2021 et juillet 2021.

B. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'étudier la place du médecin généraliste dans l'échec de contraception, du point de vue des femmes ayant recours à l'IVG.

L'objectif secondaire était de proposer des alternatives, en cas de manque d'information, qui pourraient permettre de combler cette lacune.

C. Population de l'étude et recueil des données

Un auto questionnaire anonyme de 21 questions (*Annexe 3*) a été déposé dans les centres de planification familiale du CHU d'Amiens, du CH d'Abbeville et du CH de Saint Quentin, après l'obtention de l'accord des différents chefs de service préalablement contactés par téléphone. Ce questionnaire avait été testé par des personnes n'appartenant pas au milieu médical, puis modifié en fonction de leurs suggestions pour le rendre le plus compréhensible possible.

Le questionnaire anonyme était destiné à toutes les patientes consultant pour la réalisation d'une IVG dans ces centres. Elles ont pu le remplir elle-même ou avec l'aide du personnel soignant au cours de la consultation ou en salle d'attente.

Les critères d'exclusions étaient le refus de la patiente à participer à l'étude (réponse non à la question introductive recherchant l'accord), ainsi que les questionnaires incomplets ou mal remplis.

L'ensemble des données a été reporté dans un tableau grâce au logiciel Excel.

D. Éthique

Une déclaration de conformité a été déposée auprès de la CNIL.

L'accord des patientes était donc demandé au début de chaque questionnaire et les patientes ne souhaitant pas participer à l'étude ont été exclues.

Il s'agit d'une étude observationnelle et non interventionnelle, et le principe de non opposition décrit par la loi Jardé, a donc été mis en place pour le recueil des données (56).

E. Analyse statistique

Les données ont été rapportées en nombre ou en pourcentage (proportion).

Les calculs de pourcentage et les études avec croisement des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

Nous avons comparé les caractéristiques des patientes s'estimant satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant à celles des patientes non satisfaites. Les calculs de comparaison ont été réalisés à l'aide du logiciel XLSTAT et nous avons choisi d'utiliser un test du Chi², avec ou sans correction en fonction de la distribution de la population, ou un test du Likelihood Ratio (en cas d'occurrences à 0), avec un risque α de première espèce à 5%, et une hypothèse H_0 telle que les deux populations sont comparables. Les intervalles de confiance ont été déterminées à l'aide du test de Wilson.

A l'aide du logiciel XLSTAT et grâce à un test du Chi² (57), la population de notre étude a pu être comparée à celle de l'étude de la DREES, recueillant les caractéristiques des patientes ayant recours à l'IVG, et parue en 2020 (41), en ce qui concerne certaines caractéristiques de population (caractéristiques retrouvées dans les bulletins statistiques d'IVG). Certaines caractéristiques ont pu être comparées à celles des données de 2019 de cette étude, mais du fait de l'absence de données pour cette période en ce qui concerne d'autres critères, les comparaisons ont été faites à partir du recueil de 2011.

III. Résultats

A. Population de l'étude (*Tableau 1*)

De février 2021 à juillet 2021, 254 questionnaires ont été inclus dans l'étude. 2 patientes n'ont pas souhaité que leurs réponses soient utilisées dans l'étude. Ainsi 252 questionnaires ont été inclus dans l'analyse statistique.

La majorité des patientes (60%) avait entre 23 et 35 ans, et seuls 2,8% étaient mineures. Plus de 70% d'entre elles vivaient en couple (concubinage, mariage ou PACS). 41,3% n'avaient pas d'enfant, 23% avaient un enfant, et 35% avaient deux enfants ou plus.

64,3% n'avaient jamais eu recours à l'IVG, et 35,7% y avaient eu recours au moins une fois. 30,6% des patientes n'avaient aucun suivi gynécologique, 47,7% étaient suivies par un gynécologue, 10,2% par une sage-femme et 5,2% par leur médecin traitant. 6% étaient suivies par plusieurs professionnels de santé à la fois.

41,7% des patientes prenaient une contraception par pilule, 7,1% étaient sous stérilet, 1,2% avait un implant. 13,1% utilisaient un préservatif, 0,4% un anneau vaginal, aucune n'utilisait de patch contraceptif. 4% utilisaient une méthode dite « naturelle » comme le comptage des jours, la surveillance de la courbe de température, ou encore le retrait. Enfin 2,4% utilisaient le préservatif en association avec une autre méthode (une contraception orale ou une méthode naturelle).

Parmi toutes ces patientes, les deux tiers avaient fait le choix de leur contraception, alors qu'environ 20% s'étaient vues imposer ce choix.

Tableau 1 : Caractéristiques de patientes

Variables	Population en % (N=252)
Age (en année) :	
< 18	2,8 (7)
18-22	22,2 (56)
23-28	30,9 (78)
29-35	29,4 (74)
> 35	14,7 (37)
Profession :	
Scolarisée	18,7 (47)
Sans emploi	24,2 (61)
Ouvrière	16,7 (42)
Employée	27,0 (68)
Agricultrice	0,4 (1)
Cadre	4,0 (10)
Artisan, Commerçante, Chef d'entreprise	7,5 (19)
Autre	1,6 (4)
Statut marital :	
Célibataire	28,2 (71)
Pacsée/Mariée	20,2 (51)
En concubinage	51,2 (129)
Veuve	0,4 (1)
Nombre d'enfants :	
0	41,3 (104)
1	23,0 (58)
2	22,2 (56)
3	6,7 (17)
4	4,4 (11)
5 et plus	2,4 (6)
IVG antérieures :	
0	64,3 (162)
1	32,5 (82)
2	3,2 (8)
3 et plus	0 (0)
Suivi gynécologique :	
Gynécologue	47,6 (120)
Médecin traitant	5,2 (13)
Sage-femme	10,7 (27)
Aucun	30,5 (77)
Autre	6,0 (15)
Méthode de contraception :	
Pilule	41,7 (105)
Stérilet	7,1 (18)
Implant	1,2 (3)
Préservatif	13,1 (33)
Anneau contraceptif	0,4 (1)
Patch contraceptif	0 (0)
Méthode naturelle (comptage, courbe de température, retrait)	4,0 (10)
Méthodes combinées (préservatif + autre)	2,4 (6)
Aucune	30,2 (76)
Choix de la contraception :	
Oui	66,7 (168)
Non	19 (48)
Non concernée	14,3 (36)

Données exprimées en pourcentages et en nombres

B. Informations délivrées en consultation (*Tableau 2*)

La prescription initiale de la contraception était faite dans 32,5% des cas par le gynécologue. Dans 22,6% des cas, elle était faite par le médecin traitant, et dans 8,7% des cas par une sage-femme. Le renouvellement était généralement réalisé par le médecin traitant (38,1%).

Au cours de la consultation de première prescription de contraception, environ 50% des patientes ont reçu des informations au sujet des autres méthodes de contraception, de la fiabilité des différentes méthodes ou encore de la conduite à tenir en cas de problème de contraception. On remarque que moins de 15% des patientes ont reçu ces mêmes informations également par écrit.

C. L'échec de contraception (*Tableau 3*)

Dans notre population, au total, 37,4% des patientes confiaient oublier leur méthode de contraception plus ou moins fréquemment.

En ce qui concerne la raison de la grossesse actuelle, il s'agit dans la majorité des cas d'une absence de contraception ou d'un oubli de la contraception (respectivement 30,2% et 27,4%). On compte ensuite 19,8% de patientes ayant présenté un échec de contraception bien suivie.

Seul 8,7% des patientes ont utilisé un moyen de contraception d'urgence. La moitié des femmes connaissait pourtant l'existence d'une contraception d'urgence mais ne l'a pas utilisée, ne pensant pas pouvoir tomber enceinte.

Tableau 2 : Information contraception

Variables	Population en % (N=252)
Prescripteur initial :	
Médecin traitant	22,6 (57)
Autre médecin généraliste	2,0 (5)
Gynécologue	32,5 (82)
Dermatologue	0 (0)
Sage-femme	8,7 (22)
Sans prescription	5,9 (15)
Non concernée	28,2 (71)
Informations délivrées lors de la première prescription :	
Autres méthodes contraceptives :	
Orale	55,9 (141)
Ecrite	4,8 (12)
Les deux	13,5 (34)
Aucune	21,0 (53)
Non concernée	4,8 (12)
Fiabilité des méthodes :	
Orale	49,2 (124)
Ecrite	4,0 (10)
Les deux	11,1 (28)
Aucune	29,4 (74)
Non concernée	4,8 (12)
CAT en cas de problème de contraception :	
Orale	49,2 (124)
Ecrite	2,4 (6)
Les deux	6,0 (15)
Aucune	37,7 (95)
Non concernée	4,8 (12)
Renouvellement :	
Par le médecin traitant	38,1 (96)
Par un autre médecin généraliste	2,4 (6)
Par un gynécologue	16,3 (41)
Par un dermatologue	0 (0)
Par une sage-femme	4,8 (12)
Par une infirmière	0 (0)
Sans ordonnance	3,2 (8)
Autre (MT+G ou MT+MG)	6,4 (16)
Non concernée	29,0 (73)

Données exprimées en nombres et en pourcentages. CAT : conduite à tenir ; MT : médecin traitant ; G : gynécologue ; MG : médecin généraliste

Tableau 3 : Echec de contraception

Variables	Population en % (N=252)
Oubli de contraception :	
Jamais	13,5 (34)
Parfois	28,2 (71)
Souvent	4,8 (12)
Très fréquemment	4,4 (11)
Non concernée (DIU, implant, patch, MN...)	49,2 (124)
Pour cette grossesse :	
Absence de contraception	30,2 (76)
Oubli de pilule ou de préservatif	27,4 (69)
« Accident » de préservatif	10,7 (27)
Vomissements/diarrhées	5,2 (13)
Echec de MN	5,6 (14)
Echec de contraception bien suivie	19,8 (50)
Autre	1,2 (3)
Réaction face au problème de contraception :	
Utilisation d'une CU	8,7 (22)
Pas d'utilisation de la CU malgré la connaissance de son existence	50 (126)
Ignorance de l'existence de la CU	6,3 (16)
Autre	1,2 (3)
Non concernée (absence de problème de contraception)	33,7 (85)

Données exprimées en nombres et en pourcentages ; DIU : dispositif intra utérin, MN : méthodes naturelles, CU : contraception d'urgence

D. Le rôle du médecin traitant (Tableau 4)

Environ la moitié de notre population n'avait reçu aucune information de la part de son médecin traitant concernant la contraception. Et seul 0,8% à 2,8% avaient reçu une information à la fois orale et écrite.

81% des femmes estimaient que cela faisait partie du rôle du médecin traitant de parler contraception avec ses patientes. Et 87,3% des femmes n'éprouvaient aucune difficulté pour aborder ce sujet avec leur médecin traitant. Environ un quart des femmes pensait que la sage-femme ou le gynécologue étaient mieux placés pour parler de ce sujet.

Enfin, 57,9% des patientes de notre population s'estimaient suffisamment informées par leur médecin traitant, alors que 41,7% se trouvaient insuffisamment averties.

Tableau 4 : Rôle du médecin traitant

Variables	Population en % (N=252)
Informations délivrées par le médecin traitant :	
Autres méthodes contraceptives :	
Orale	46,4 (117)
Ecrite	0,8 (2)
Les deux	2,8 (7)
Aucune	48,0 (121)
Non concernée	2,0 (5)
Fiabilité des méthodes :	
Orale	42,9 (108)
Ecrite	0,8 (2)
Les deux	2,0 (5)
Aucune	52,4 (132)
Non concernée	2,0 (5)
CAT en cas de problème de contraception :	
Orale	42,1 (106)
Ecrite	0,8 (2)
Les deux	0,8 (2)
Aucune	54,4 (137)
Non concernée	2,0 (5)
Parler contraception fait partie du rôle du médecin traitant :	
Oui	81,0 (204)
Non	18,0 (45)
Pas d'avis	1,2 (3)
Difficultés à parler contraception avec le médecin traitant :	
Oui	12,3 (31)
Non	87,3 (220)
Pas d'avis	0,4 (1)
Autres praticiens mieux placés pour informer sur la contraception :	
Sage-femme	1,6 (4)
Gynécologue	10,3 (26)
Les deux	10,3 (26)
Pas d'avis	77,8 (196)
Opinion des patientes au sujet de l'information délivrée par leur MT :	
Suffisamment informée	57,9 (146)
Insuffisamment informée	41,7 (105)
Pas d'avis	0,4 (1)

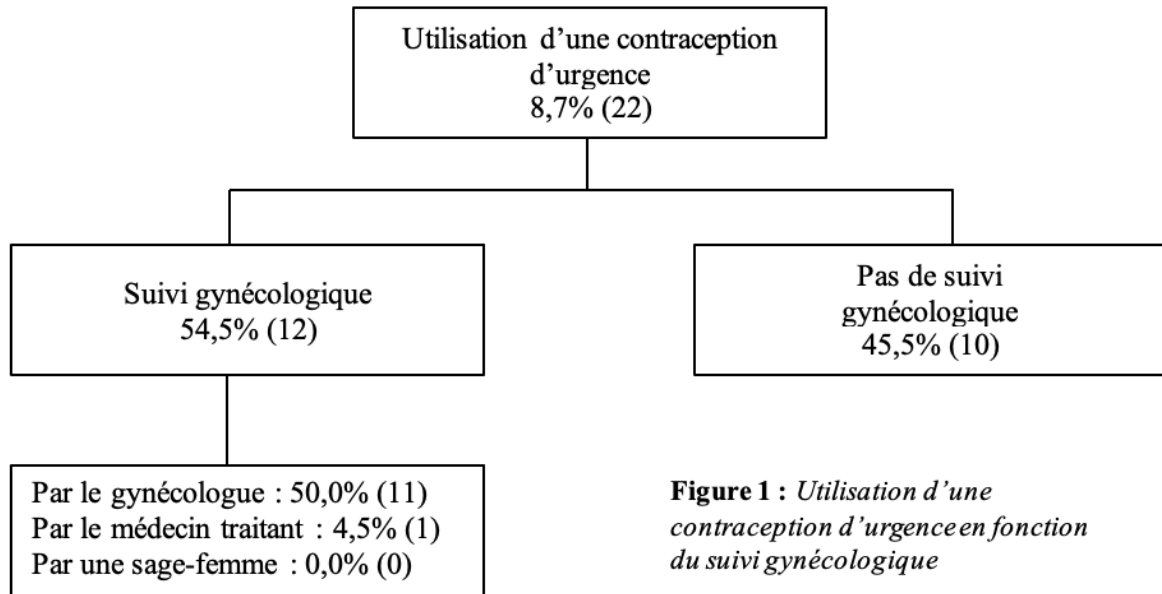
Données exprimées en nombres et en pourcentages ; MT : médecin traitant

E. Croisement des informations

1. Utilisation de la contraception d'urgence

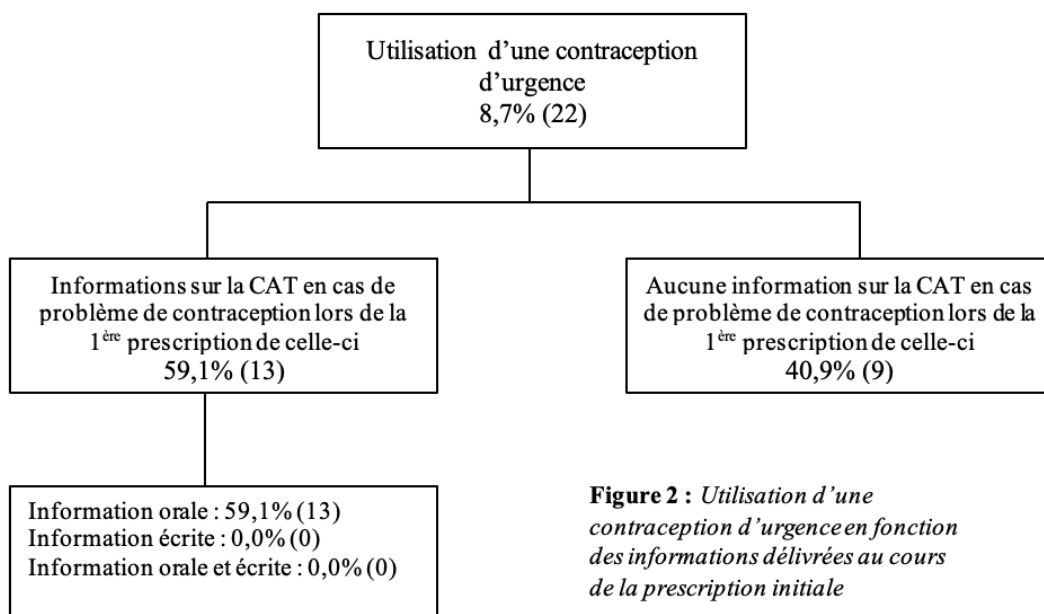
Il a été vu précédemment que seul 8,7% des patientes avaient utilisé une contraception d'urgence.

Parmi elles, 54,5% avaient un suivi gynécologique (50% un suivi gynécologique par un gynécologue et 4,5% par le médecin traitant) (*figure 1*).



En ce qui concerne la délivrance d'information au sujet de la conduite à tenir en cas de problème de contraception au moment de la prescription initiale de celle-ci, chez ces femmes ayant utilisé une contraception d'urgence, 59,1% déclaraient avoir reçu une information orale, aucune n'avait reçu d'information écrite, et 40,9% n'avaient pas reçu d'information (figure 2).

Au sujet de cette même information mais délivrée cette fois à un autre moment et par le médecin traitant, 31,8% avaient reçu une information orale, aucune n'avait reçu d'information écrite, et 68,2% n'avaient jamais reçu cette information par le médecin traitant (figure 3).



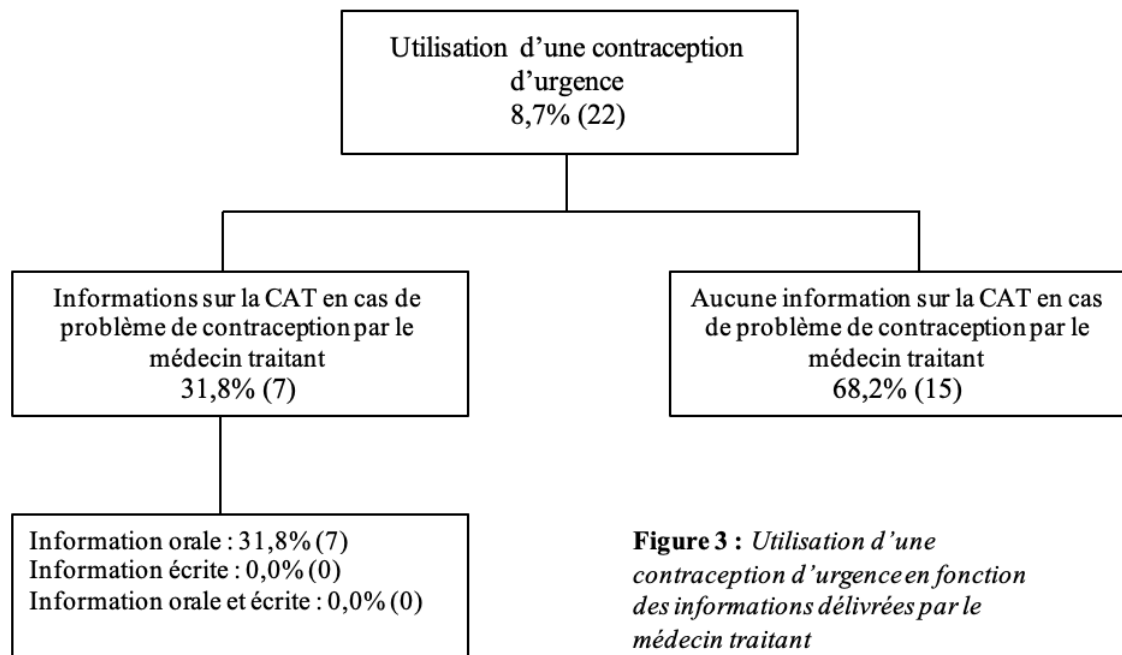


Figure 3 : Utilisation d'une contraception d'urgence en fonction des informations délivrées par le médecin traitant

2. Informations délivrées par le médecin traitant en fonction du suivi gynécologique (Tableau 5)

Nous avons vu que 70% des patientes (soit 176) avaient un suivi gynécologique, réalisé soit par leur médecin traitant (pour 13 d'entre elles), soit par un gynécologue (pour 120 patientes), soit une sage-femme (pour 27 patientes), soit réalisé par plusieurs professionnels (pour 15 d'entre elles).

Lorsque le médecin généraliste réalise le suivi gynécologique de ses patientes, il délivre des informations au sujet des autres moyens de contraception dans 92,3% des cas, au sujet de la fiabilité de la contraception dans 69,2% des cas, et au sujet de la conduite à tenir en cas de problème de contraception dans 84,6% des cas.

Lorsque le suivi est réalisé par un autre professionnel (gynécologue, sage-femme, ...), le médecin traitant informe ses patientes pour ces mêmes critères à chaque fois dans moins de 60% des cas.

Tableau 5 : Information par le médecin traitant en fonction du suivi gynécologique

Informations au sujet :	Gynécologue 47,6% (120)	Médecin traitant 5,2% (13)	Sage-femme 10,7% (27)	Plusieurs professionnels 6,0% (15)	Pas de suivi gynécologique 30,5% (77)
Autres méthodes contraceptives :					
Orale	44,1 (53)	92,3 (12)	48,1 (13)	46,7 (7)	41,6 (32)
Ecrite	1,7 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Les deux	2,5 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	5,2 (4)
Aucune	51,7 (62)	7,7 (1)	51,9 (14)	53,3 (8)	53,2 (41)
Fiabilité des méthodes :					
Orale	42,5 (51)	69,2 (9)	55,6 (15)	46,7 (7)	33,8 (26)
Ecrite	1,7 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Les deux	0,8 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	5,2 (4)
Aucune	55,0 (66)	30,8 (4)	44,4 (12)	53,3 (8)	61,0 (47)
CAT en cas de problème de contraception :					
Orale	40,8 (49)	84,6 (11)	51,9 (14)	26,7 (4)	36,4 (28)
Ecrite	0,8 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	1,3 (1)
Les deux	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	2,6 (2)
Aucune	58,4 (70)	15,4 (2)	48,1 (13)	73,3 (11)	59,7 (46)

Données exprimées en pourcentages et en nombre ; CAT : conduite à tenir

3. Informations délivrées lors d'une première prescription de contraception en fonction du prescripteur (Tableau 6)

Dans notre population, lorsque la contraception est initiée par le médecin traitant, il délivre une information orale au sujet des autres méthodes de contraception, de la fiabilité de celles-ci et au sujet de la conduite à tenir en cas de problème de contraception, dans plus de 55% des cas (respectivement 59,6%, 57,9%, 66,7%). Les patientes bénéficient d'une information écrite associée à l'information orale dans moins de 10% des cas (respectivement 8,8%, 7,0% et 3,5%). Pour ces différents critères toujours, les patientes n'ont bénéficié d'aucune information dans 26,3%, 33,3% et 28,1% respectivement.

Lorsque le prescripteur initial était le gynécologue ou la sage-femme, l'information sur les autres moyens de contraception était délivrée à l'oral dans respectivement 64,6% et 68,2% des cas, et un support écrit était ajouté à cette information orale dans respectivement 15,9% et 13,6% des cas. Les patientes n'ont bénéficié d'aucune information dans 12,2% et 18,2%.

Au sujet de la fiabilité des méthodes, une information orale était délivrée dans respectivement 56,1% et 40,9% des cas, et un support écrit était ajouté à cette information orale dans respectivement 9,8% et 22,7% des cas. Aucune information n'a été délivrée dans respectivement 29,3% et 27,3%.

Enfin en ce qui concerne la conduite à tenir en cas de problème de contraception, une information orale était délivrée dans respectivement 53,7% et 45,5% des cas, et un support écrit était ajouté à cette information orale dans respectivement 7,3% et 0,0% des cas. Les patientes n'ont bénéficié d'aucune information dans respectivement 39,0% et 45,5% des cas.

Tableau 6 : Information initiale en fonction du prescripteur

Informations au sujet :	Médecin traitant 22,6 (57)	Gynécologue 32,5 (82)	Sage-femme 8,7 (22)	Autre 36,1 (91)
Autres méthodes contraceptives :				
Orale	59,6 (34)	64,6 (53)	68,2 (15)	40,7 (37)
Ecrite	5,3 (3)	7,3 (6)	0,0 (0)	3,3 (3)
Les deux	8,8 (5)	15,9 (13)	13,6 (3)	14,3 (13)
Aucune	26,3 (15)	12,2 (10)	18,2 (4)	41,8 (38)
Fiabilité des méthodes :				
Orale	57,9 (33)	56,1 (46)	40,9 (9)	42,9 (39)
Ecrite	1,8 (1)	4,9 (4)	9,1 (2)	2,2 (2)
Les deux	7,0 (4)	9,8 (8)	22,7 (5)	12,1 (11)
Aucune	33,3 (19)	29,3 (24)	27,3 (6)	42,9 (39)
CAT en cas de problème de contraception :				
Orale	66,7 (38)	53,7 (44)	45,5 (10)	34,1 (31)
Ecrite	1,8 (1)	0,0 (0)	9,1 (2)	3,3 (3)
Les deux	3,5 (2)	7,3 (6)	0,0 (0)	7,7 (7)
Aucune	28,1 (16)	39,0 (32)	45,5 (10)	54,9 (50)

Données exprimées en pourcentages et en nombre ; CAT : conduite à tenir

F. Satisfaction des patientes (*Tableaux 7.a et 7.b*)

Dans notre population, 57,9% des patientes s'estimaient suffisamment informées par leur médecin traitant au sujet de la contraception, alors que 41,7% s'estimaient insuffisamment informées.

Nous avons comparé les caractéristiques de ces deux groupes de population. Il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative en matière d'âge, de statut marital.

En ce qui concerne la profession, on retrouvait 29,5% de femmes scolarisées (élève ou étudiante) dans le groupe des non satisfaites contre 11,0% dans l'autre groupe (soit une différence significative avec $p=0,001$; $IC=[-0,294 ; -0,076]$). On retrouvait 21,2% d'ouvrière dans le groupe des satisfaites contre 10,5% dans l'autre groupe (avec $p=0,027$; $IC=[0,011 ; 0,205]$). Il n'était pas retrouvé de différence pour les autres professions.

Sur le critère du nombre d'enfant, il existait une différence significative entre les deux groupes uniquement chez les femmes ayant déjà un seul enfant. Elles étaient représentées à 28,1% chez les patientes satisfaites, contre 16,2% dans l'autre groupe ($p=0,032$; $IC=[0,009 ; 0,229]$).

Enfin au sujet des moyens de contraception de nos patientes, on retrouvait 47,3% de femmes sous contraception par pilule dans le groupe des patientes satisfaites, contre 34,3% dans l'autre groupe ($p=0,050$; $IC=[0,000 ; 0,260]$). On ne retrouvait pas de différence entre les deux groupes pour les autres méthodes. A noter que nous avons procédé à un regroupement de patientes en ce qui concerne les méthodes de contraception dites « naturelles », et en ce qui concerne les patients qui utilisaient plusieurs méthodes différentes, et ce regroupement ne nous permettait pas de réaliser les calculs comparatifs.

Tableau 7.a : Comparaison des caractéristiques des patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant aux patientes non satisfaites

	Patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant 57,9% (146)	Patientes non satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant 41,7% (105)	p value
Age :			
< 18	2,1	3,8	$p=0,69$ [-0,069 ; 0,035]
18-22	19,9	25,7	$p=0,36$ [-0,172 ; 0,056]
23-28	34,9	24,8	$p=0,11$ [-0,020 ; 0,222]
29-35	29,5	29,5	$p=1,00$ [-0,114 ; 0,114]
> 35	13,7	16,2	$p=0,71$ [-0,123 ; 0,073]
Profession :			
Scolarisée	11,0	29,5	$p=0,001$ [-0,294 ; -0,076]
Sans emploi	26,7	20,0	$p=0,272$ [-0,046 ; 0,180]
Ouvrière	21,2	10,5	$p=0,027$ [0,011 ; 0,205]
Employée	24,0	31,4	$p=0,252$ [-0,195 ; 0,047]
Agricultrice	0,0	1,0	$p=0,930$ [-0,035 ; 0,017]
Cadre	4,8	2,9	$p=0,654$ [-0,036 ; 0,074]
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	10,3	3,8	$p=0,070$ [-0,005 ; 0,135]
Autre	2,1	1,0	$p=0,800$ [-0,026 ; 0,050]
Statut Marital :			
Célibataire	30,1	24,8	$p=0,429$ [-0,066 ; 0,172]
Pacsée/Mariée	22,6	17,1	$p=0,354$ [-0,052 ; 0,017]
En concubinage	46,6	58,1	$p=0,092$ [-0,247 ; 0,017]
Veuve	0,7	0,0	$p=1,000$ [-0,014 ; 0,028]
Nombre d'enfants :			
0	37,7	45,7	$p=0,255$ [-0,212 ; 0,052]
1	28,1	16,2	$p=0,032$ [0,009 ; 0,229]
2	20,5	24,8	$p=0,517$ [-0,157 ; 0,071]
3	6,8	6,7	$p=1,000$ [-0,063 ; 0,065]
4	4,1	4,7	$p=1,000$ [-0,066 ; 0,052]
5	0,7	1,9	$p=0,799$ [-0,050 ; 0,026]
6	1,4	0,0	$p=0,055$ [-0,013 ; 0,041]
10	0,7	0,0	$p=1,000$ [-0,014 ; 0,028]
Mode de contraception :			
Pilule	47,3	34,3	$p=0,050$ [0,000 ; 0,260]
Stérilet	5,5	9,5	$p=0,353$ [-0,115 ; 0,035]
Implant	0,0	2,9	$p=0,204$ [-0,069 ; 0,011]
Préservatif	13,7	12,4	$p=0,911$ [-0,079 ; 0,105]
Anneau contraceptif	0,7	0,0	$p=1,000$ [-0,014 ; 0,028]
Patch contraceptif	0,0	0,0	-
Méthode naturelle (comptage, courbe de température, retrait)	3,4	4,8	-
Méthodes combinées (préservatif + autre)	2,1	2,9	-
Aucune	27,4	33,3	-

Données exprimées en pourcentages et en nombres.

En ce qui concerne le suivi gynécologique, les femmes étaient d'autant plus nombreuses à être satisfaites lorsqu'elles étaient suivies sur le plan gynécologique par leur médecin traitant (8,9% contre 0,0%, $p=0,001$; IC [0,035 ; 0,143]). A l'inverse une absence de suivi gynécologique était statistiquement plus souvent retrouvée chez les patientes non satisfaites (39,0% contre 24,7%, $p=0,027$; IC [-0,265 ; -0,015]).

On retrouvait plus de femmes dont le prescripteur initial était le médecin traitant dans le groupe des patientes satisfaites (30,1% contre 12,4%, $p=0,001$; IC [0 ; 0,071 ; 0,283]). A l'inverse lorsque le prescripteur initial était le gynécologue, les patientes étaient plus souvent non satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant (44,8% contre 24,0%, $p=0,001$; IC [-0,334 ; -0,082]).

Lorsque le médecin traitant n'était pas le prescripteur habituel de la contraception, mais qu'il avait abordé le sujet avec ses patientes et les avaient réinformées, celles-ci étaient statistiquement plutôt satisfaites (40,4% contre 10,5%, $p<0,0001$; IC [0,192 ; 0,406]). A l'inverse l'absence de nouvelle information ou la non connaissance du statut vis-à-vis de la contraception étaient statistiquement plus retrouvées dans le groupe des patientes non satisfaites (respectivement 26,7% contre 11,0%, $p=0,003$; IC [-0,264 ; -0,050] et 26,7% contre 6,2%, $p<0,0001$; IC [-0,306 ; -0,104]).

On retrouvait statistiquement plus de patientes ayant reçu des informations de la part de leur médecin traitant, au sujet des autres moyens de contraception, de leur fiabilité ou de la conduite à tenir en cas de problème dans le groupe de patientes satisfaites (respectivement 72,6% contre 10,5%, $p<0,0001$; IC [0,520 ; 0,722], 66,4% contre 10,5%, $p<0,0001$; IC [0,454 ; 0,664] et 65,8% contre 9,5%, $p<0,0001$; IC [0,460 ; 0,666]). A l'inverse les femmes n'ayant pas reçu ces informations étaient statistiquement plus souvent non satisfaites (respectivement 84,9% contre 21,9%, $p<0,0001$; IC [-0,733 ; -0,525], 84,9% contre 29,5%, $p<0,0001$; IC [-0,662 ; -0,444] et 86,7% contre 31,5%, $p<0,0001$; IC [-0,660 ; -0,444]).

Les femmes estimant que l'éducation à la contraception fait partie du rôle du médecin traitant étaient statistiquement plus souvent satisfaites des informations de celui-ci (89,8% contre 69,5%, $p=0,00017$; IC [0,093 ; 0,311]).

Enfin les patientes éprouvant des difficultés à aborder le sujet de la contraception avec leur médecin traitant étaient statistiquement moins satisfaites des informations délivrées par celui-ci à ce sujet (23,8% contre 4,1%, $p < 0,0001$; IC [-0,293 ; -0,101]).

Tableau 7.b : Comparaison des patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant aux patientes non satisfaites, en ce qui concerne le suivi gynécologique et le rôle du médecin traitant

	Patientes satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant 57,9% (146)	Patientes non satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant 41,7% (105)	p value
Suivi gynécologique :			
Gynécologue	47,9 (70)	46,7 (49)	0,952 [-0,121 ; 0,145]
Médecin traitant	8,9 (13)	0,0 (0)	0,001 [0,035 ; 0,143]
Sage-femme	12,3 (18)	8,6 (9)	0,440 [-0,046 ; 0,122]
Aucun	24,7 (36)	39,0 (41)	0,027 [-0,265 ; -0,015]
Autre	6,2 (9)	5,7 (6)	-
Prescripteur initial :			
Médecin traitant	30,1 (44)	12,4 (13)	0,001 [0 ; 0,71 ; 0,283]
Gynécologue	24,0 (35)	44,8 (47)	0,001 [-0,334 ; -0,082]
Sage-femme	10,3 (15)	6,7 (7)	0,427 [0,041 ; 0,113]
Autre	9,6 (14)	7,6 (8)	-
Non concernée	26,0 (38)	28,6 (30)	-
Choix de la contraception :			
Oui	66,4 (97)	67,6 (71)	0,949 [-0,138 ; 0,114]
Non	18,5 (27)	20,0 (21)	0,893 [-0,122 ; 0,092]
Non concernée	15,1 (22)	12,4 (13)	0,667 [-0,067 ; 0,121]
Prescripteur du renouvellement :			
Médecin traitant	43,2 (63)	31,4 (33)	0,072 [-0,010 ; 0,246]
Gynécologue	11,6 (17)	22,9 (24)	0,032 [-0,217 ; -0,009]
Sage-femme	5,5 (8)	3,8 (4)	0,748 [-0,043 ; 0,077]
Autre	13,7 (20)	9,5 (10)	-
Non concernée	26,0 (38)	32,4 (34)	-
Médecin informé de la contraception (même sans être le prescripteur) :			
Oui et réinforme	40,4 (59)	10,5 (11)	<0,0001 [0,192 ; 0,406]
Oui et ne réinforme pas	11,0 (16)	26,7 (28)	0,003 [-0,264 ; -0,050]
Non	6,2 (9)	26,7 (28)	<0,0001 [-0,306 ; -0,104]
Non concernée	42,5 (62)	36,2 (38)	0,378 [-0,067 ; 0,193]
Information par le MT sur les autres méthodes :			
Orale	72,6 (106)	10,5 (11)	<0,0001 [0,520 ; 0,722]
Ecrite	1,4 (2)	0,0 (0)	0,567 [-0,013 ; 0,041]
Les deux	3,4 (5)	1,9 (2)	0,727 [-0,032 ; 0,063]
Aucune	21,9 (32)	84,9 (89)	<0,0001 [-0,733 ; -0,525]

**Information par le MT
sur la fiabilité :**

Orale	66,4 (97)	10,5 (11)	<0,0001 [0,454 ; 0,664]
Ecrite	1,4 (2)	0,0 (0)	0,567 [-0,013 ; 0,041]
Les deux	2,1 (3)	1,9 (2)	1,000 [-0,035 ; 0,038]
Aucune	29,5 (43)	84,9 (89)	<0,0001 [-0,662 ; -0,444]

**Information par le MT
sur la CAT :**

Orale	65,8 (96)	9,5 (10)	<0,0001 [0,460 ; 0,666]
Ecrite	0,7 (1)	1,0 (1)	1,000 [-0,028 ; 0,023]
Les deux	1,4 (2)	0,0 (0)	0,567 [-0,013 ; 0,041]
Aucune	31,5 (46)	86,7 (91)	<0,0001 [-0,660 ; -0,444]

**La contraception fait
partie du rôle du MT :**

Oui	89,8 (131)	69,5 (73)	0,00017 [0,093 ; 0,311]
Non	8,9 (13)	30,5 (32)	<0,0001 [-0,324 ; -0,108]

**Difficultés à parler
contraception avec le
MT :**

Oui	4,1 (6)	23,8 (25)	<0,0001 [-0,293 ; -0,101]
Non	95,9 (140)	76,2 (80)	<0,0001 [0,101 ; 0,293]

Données exprimées en pourcentages et en nombres. CAT : Conduite à tenir ; MT : médecin traitant.

IV. Discussion

A. Forces et faiblesses

1. Méthodologie

En ce qui concerne la méthodologie, l'une des forces de notre étude est son caractère multicentrique, ce qui a permis de recruter un grand nombre de patientes. Le choix de se limiter à un recrutement hospitalier s'explique par le fait que la majorité des IVG dans les Haut-de-France est effectuée dans les hôpitaux : en 2017 sur 17 000 IVG au total dans les HDF, 1989 étaient réalisées en cabinet libéral, 27 en planning familial non hospitalier et 15 408 en établissement hospitalier (58).

Le fait même de ne sélectionner que des patientes ayant recours à l'IVG limite un peu notre étude, étant donné que cela implique systématiquement un problème de contraception. Mais cela nous a permis d'étudier le problème « à la source », et de tenter de comprendre les raisons de ces échecs. Désormais, il serait peut-être judicieux de comparer certains de nos résultats en particulier au sujet des informations délivrées par le médecin traitant en ce qui concerne la contraception, à des résultats d'une population de femmes n'ayant pas eu recours à l'IVG et donc pour qui la contraception n'a pas rencontré d'échec.

2. Comparaison à la population générale ayant recours à l'IVG (*Tableau 8*)

Ainsi, en ce qui concerne l'âge des patientes, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre notre échantillon et la population de 2019 de l'étude de la DREES comptabilisant un effectif total de 232 244 patientes. On constate que les patientes ont majoritairement entre 23 et 35 ans, et que les jeunes filles (en particulier les mineures) sont moins représentées ce qui est en accord avec les tendances des dernières études épidémiologiques (41,45).

Il n'est pas retrouvé non plus de différence significative entre notre population et la population de 2011 de l'étude de la DREES (population de France métropolitaine ayant recours à l'IVG comptabilisant un effectif total de 170 081 patientes) en ce qui concerne le nombre d'enfant et la situation professionnelle.

En revanche on retrouve une différence significative entre les deux études en ce qui concerne le statut marital : notre étude regroupe un plus grand nombre de femmes mariées ou en couple. L'hypothèse que l'on pourrait avancer pour expliquer cette différence mise à part des disparités régionales, est l'évolution des mentalités depuis 2011 et l'importance du choix du moment de la grossesse (voire sa planification). Actuellement l'engagement dans une relation stable n'est pas le seul critère pour envisager une grossesse. Les femmes aspirent à une stabilité dans les autres aspects de leur vie, en particulier sur le plan professionnel. Ainsi une femme en couple mais avec un emploi précaire ou au chômage, en cours d'études ou encore avec déjà plusieurs enfants à charge, pourrait préférer l'IVG à la poursuite d'une grossesse non prévue. Et inversement, une femme célibataire pourrait tout à fait prendre la décision de poursuivre sa grossesse et d'endosser le rôle de mère célibataire. Il s'agit de tendances qui avaient déjà été constatés au cours d'études de l'INSEE en 2011 ainsi que dans un article d'Annick Villain parue dans La revue Française des affaires sociales, en 2011 également, et qui n'ont probablement fait que s'accroître depuis (59,60). La tendance actuelle est vraiment en faveur de grossesses planifiées, alors que, comme vu précédemment, les grossesses non programmées se terminent par une IVG dans 60% des cas (61).

Les résultats concernant le nombre d'IVG réalisé en 2020 ont été publiés en octobre 2021 par l'étude de la DREES. Ils n'ont donc pas été utilisés dans notre étude, car ils n'étaient pas encore publiés au moment des calculs et de l'écriture de ce travail. On constate une diminution du taux d'IVG de 4% par rapport à 2019, avec un total de 220 000. Cependant, ces résultats sont peut-être difficilement exploitables du fait du contexte sanitaire en 2020, et cette baisse peut être justifiée par les mesures de confinement dues au COVID 19. On constate en effet qu'en parallèle, les naissances ont également diminué, le confinement ayant eu un effet sur les conceptions de manière plus générale (62).

Tableau 8 : Comparaison aux données des études de la DREES

Variables	Population de notre étude en % (N=252)	Population de la DREES 2011 en % (N=170 081)	Population de la DREES 2019 en % (N=232 244)	p value
Age (années) :				
< 18	2,8 (7)	-	5,0	0,140 [0,014 ; 0,056]
18-22	22,2 (56)	-	23,0	0,827 [0,175 ; 0,278]
23-28	30,9 (78)	-	28,0	0,330 [0,256 ; 0,369]
29-35	29,4 (74)	-	26,0	0,252 [0,241 ; 0,353]
> 35	14,7 (37)	-	17,0	0,370 [0,108 ; 0,196]
Statut professionnel :				
En emploi	55,6 (140)	51,6	-	0,233 [0,494 ; 0,616]
Sans emploi	24,2 (61)	22,9	-	0,676 [0,193 ; 0,299]
Etudiant	18,7 (47)	19,0	-	0,951 [0,143 ; 0,239]
Autre	1,6 (4)	6,5	-	0,002 [0,006 ; 0,040]
Statut marital :				
Seule	28,6 (72)	51,7	-	<0,0001 [0,233 ; 0,344]
En couple	71,4 (180)	48,3	-	<0,0001 [0,656 ; 0,767]
Nombre d'enfants :				
Aucun	41,3 (104)	42,8	-	0,669 [0,354 ; 0,474]
1	23,0 (58)	22,8	-	0,995 [0,182 ; 0,286]
2	22,2 (56)	20,2	-	0,471 [0,175 ; 0,278]
3 et plus	13,5 (34)	14,1	-	0,852 [0,098 ; 0,183]
ATCD d'IVG :				
Aucun	64,3 (162)	62,8	-	0,672 [0,582 ; 0,699]
1	32,5 (82)	26,6	-	0,039 [0,271 ; 0,385]
2 et plus	3,2 (8)	10,7	-	0,0002 [0,016 ; 0,061]

Données exprimées en pourcentages et en nombres. DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, ATCD : antécédents, IVG : interruption volontaire de grossesse

3. Biais et faiblesses

Bien sûr, il est possible d'identifier des biais dans cette étude.

Tout d'abord il s'agit d'une étude purement déclarative, sur l'opinion des patientes donc avec un caractère très subjectif des réponses. L'IVG est un sujet sensible parfois mal vécu par les patientes qui peuvent éprouver de nombreux sentiments comme de l'injustice, de la culpabilité, de la colère, de l'incompréhension, en particulier dans la période précédant le recours à l'IVG ou dans les suites immédiates (42) et ceci peut donc orienter leurs réponses et les rendre moins objectives sur leur situation. Pour tenter de palier à cela, le questionnaire était précédé d'une explication du sujet de l'étude et précisait bien que le but était de recueillir leur opinion personnelle. De plus les questions ont été posées le plus simplement et le plus précisément possible dans le but d'éviter de mauvaises interprétations pouvant mener à des erreurs de remplissage du questionnaire.

Néanmoins ne s'agissant pas d'un questionnaire validé au préalable, il est toujours possible de constater à posteriori que certaines précisions auraient permis une meilleure compréhension de celui-ci et auraient évité certaines incohérences.

Par exemple, notre questionnaire ne permet pas de savoir si une grossesse était initialement désirée. Car dans ce cas aucun problème de contraception n'entre en cause, et cela peut créer un biais dans notre étude. Certaines questions au sujet des caractéristiques des patientes auraient permis d'apporter plus de détails comme leur religion, leur niveau d'étude.

Les questions autour des raisons de l'échec de contraception manquent probablement de détails et de précisions. En effet il n'est pas rare de rencontrer des femmes pour échec de contraception, déclarant être sous stérilet, mais l'ayant en réalité retiré plusieurs mois auparavant et ne bénéficiant d'aucune couverture de contraception depuis. Nous n'avons pas non plus interrogé les patientes au sujet d'une éventuelle période de transition sur le plan de la contraception (changement de thérapeutique, post partum), alors que l'on sait que c'est au cours de ces périodes que les femmes sont le plus exposées au risque d'échec de contraception. En 2004, parmi les femmes ayant recours à l'IVG, une sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédents (35).

De plus ce questionnaire, et la sélection de patientes ayant recours à l'IVG ne permet pas non plus d'interroger les femmes pour lesquels il y a eu un échec de contraception (grossesse non désirée) mais qui ont décidé de ne pas avoir recours à l'IVG. On sait actuellement qu'environ

un tiers des grossesses ne sont pas désirées ou plutôt, ne sont pas planifiées (et parmi elles, les deux tiers surviennent sous contraception). Et environ 60% de ces grossesses non désirées aboutissent finalement à une IVG (61,63).

B. Discussion des résultats

1. La contraception d'urgence

Plus de 50% des patientes avaient connaissance de l'existence de la contraception d'urgence mais seule 8,7% y ont eu recours. Les autres déclaraient ne pas y avoir pensé ou ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte. Et ce manque d'utilisation de la contraception d'urgence était déjà retrouvé dans l'étude de 2007 de Annick Villain, dans les mêmes proportions (neuf femmes sur dix) et pour les mêmes raisons (64), ainsi que dans l'étude de Abdallah en 2013 (34). Marie Grisard et al. parlent également d'une part d'ambivalence des femmes vis-à-vis du désir de grossesse en plus de ce défaut d'appréciation du risque (65).

Ainsi, peu de femmes ont le réflexe d'utiliser la contraception d'urgence. Et parmi celles qui l'ont fait, peu avaient reçu une information à ce sujet par leur médecin traitant. On peut supposer qu'elles ont eu connaissance de cette méthode par d'autres moyens d'informations ou d'autres structures comme les planning familiaux, leurs proches, par l'intermédiaire de l'éducation scolaire qui peut être faite à ce sujet, ou encore par les messages de santé publique.

Malgré la connaissance de l'existence de cette méthode, son utilisation est rare. On pourrait suggérer que la prescription d'une contraception d'urgence sur l'ordonnance du renouvellement de la contraception habituelle pourrait permettre une plus large utilisation de cette méthode, les patientes ayant déjà chez elle le comprimé et n'ayant pas besoin de se rendre à la pharmacie pour s'en procurer. C'est une suggestion qui était déjà évoquée par plusieurs études, notamment une étude canadienne par Dunn et Guilbert, qui démontrait également que l'accès facile à cette contraception d'urgence ne modifiait pas l'attitude des patientes vis-à-vis de leur contraception et n'était pas responsable de comportements plus à risque ou d'oublis plus fréquents de la contraception habituelle (37).

2. Rôle du médecin traitant

Dans la majorité des cas, nos patientes pensaient que l'éducation à la contraception faisait partie intégrante du rôle du médecin traitant. Et d'ailleurs une majorité d'entre elles n'éprouvait aucune difficulté à en parler avec lui.

Pourtant seule la moitié de nos patientes s'estimait suffisamment informée par leur médecin traitant au sujet de la contraception. Alors bien sûr, il s'agit là d'un critère très subjectif des patientes au sujet d'informations qu'elles ont pu recevoir ou non. Mais cela reflète leur ressenti sur la situation et demeure une information intéressante.

Et en étudiant plus précisément ces éléments, nous n'avons pas pu mettre en évidence de franc modèle de population caractérisant l'un ou l'autre des groupes en ce qui concerne les caractéristiques générales des patientes. En revanche, il nous est possible de constater que 100% des femmes dont le suivi gynécologique était réalisé par le médecin traitant, étaient satisfaites des informations délivrées par celui-ci. Lorsque le médecin traitant s'implique dans le suivi gynécologique de ses patientes (prescription initiale de contraception, suivi gynécologique, ré-information), il délivre des informations au sujet de la contraception, et les patientes se sentent plus accompagnées et sont donc plus satisfaites. Mais ce rôle est encore parfois mal connu des patientes. En effet, Terris mettait en évidence dans son étude, la peur des patientes vis-à-vis du manque de compétence des médecins généralistes en matière de gynécologie (66). Ainsi la vision du médecin traitant omnipraticien doit être défendue (67,68).

A l'inverse nous avons pu voir que de façon générale, si le suivi gynécologique était réalisé par un autre professionnel que le médecin traitant lui-même, celui-ci avait tendance à ne pas réaborder le sujet avec ses patientes et à ne pas les réinformer. Dans ces cas, on peut penser que le médecin traitant s'implique moins dans la prise en charge gynécologique, peut-être par manque de temps, par manque d'intérêt, ou estimant que celle-ci est réalisée par un autre spécialiste. Et alors le médecin traitant pourrait ne pas vouloir « empiéter » sur le domaine de son confrère gynécologue (69). Pourtant notre étude démontre bien que même lorsqu'un suivi gynécologique est réalisé par un spécialiste, les patientes accordent beaucoup d'importance à l'information qu'elles peuvent recevoir par leur médecin traitant sur ce sujet. Il est donc important que le médecin généraliste aborde ce sujet même si un suivi spécialisé est réalisé en parallèle.

Notre étude a donc permis de mettre en évidence l'importance de l'investissement du médecin généraliste dans la réussite de l'observance d'une contraception. Ainsi, même si le médecin traitant n'est pas en charge de la prescription, du renouvellement de la contraception ou du suivi gynécologique, il est malgré tout important d'aborder le sujet lors d'une consultation pour un autre motif, ne serait-ce que pour vérifier que la patiente a bien été informée. Alors bien sûr, lors d'une consultation de quinze minutes il est parfois difficile de trouver le temps pour cela, mais il ne faut pas oublier que la prévention est une partie importante du rôle du médecin généraliste (WONCA) (55).

3. Supports d'information

Lorsque le médecin traitant est au premier plan du suivi gynécologique, comme lors de l'introduction d'une contraception, il peut être préférable de consacrer une consultation entière à cela et ainsi, de bien prendre le temps de faire passer tous les messages : les informations sur les autres moyens de contraception pour trouver celui qui conviendra le mieux à la patiente et ainsi permettra la meilleure des observances (26), aborder le sujet de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de vomissements, de diarrhées.

Pour cela, il ne faut pas hésiter à diversifier les supports d'information comme proposer des sites internet facilement accessibles comme *monurgencepilule.fr* (70) ou *onsexprime.fr* (71) et permettant de connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule en fonction de la molécule, du comprimé oublié et d'un éventuel rapport sexuel à risque. Ces supports ludiques, et faciles d'accès, seront un moyen pour la patiente de se souvenir des conseils délivrés au cours de la consultation (et qu'elle aurait pu oublier), et donc de réagir en cas de besoin.

Notre étude a aussi permis de mettre en évidence que les informations sont très peu données à l'écrit. Or il s'agirait là encore, d'un moyen pour les patientes de revenir aux informations qu'elles auraient potentiellement pu oublier au cours de la consultation. Ainsi la rédaction sur l'ordonnance même de la contraception ou bien la délivrance de flyers d'information pourrait permettre aux femmes de se reporter aux informations délivrées au cours d'une consultation, à distance de celle-ci. Une revue de la littérature par Arthur retrouvait de meilleures réactions de la part de patients face une situation médicale simple et une meilleure satisfaction de ceux-ci lorsqu'ils avaient reçu des informations par écrit (72).

Et ceci peut également permettre de soulager le médecin traitant sur le plan du timing des consultations même si la délivrance d'une information écrite ne dispense pas d'informer aussi à l'oral. Comme le précisent bien Grime et al. dans leur revue de la littérature de 2007 sur le

rôle et la valeur de l'information écrite, la délivrance d'une information écrite seule ne satisfait pas les patients et ne doit en rien se substituer à l'explication orale, mais doit venir l'appuyer et permettre de s'y reporter à distance de la consultation (73).

Malgré le sentiment de satisfaction des patientes, malgré une information orale fréquemment délivrée par le médecin traitant, celles-ci ont tout de même recours à l'IVG. On sait que de grandes variations demeurent entre ce qui est dit par le médecin, ce qui est entendu, puis compris, et enfin retenu par les patients. Une étude de Roy et Kessel démontrait d'ailleurs qu'un patient retient moins de la moitié de ce qui lui a été dit en consultation. Et que l'utilisation de supports écrits ou visuels permettent une meilleure compréhension et mémorisation des informations délivrées (74). Car ce qui compte c'est bien sur ce que comprend et retient la patiente. Et parfois malgré tout l'investissement de l'informateur, l'information peut ne pas être correctement intégrée. Pour pallier à cela le médecin traitant ne peut que redoubler d'efforts en ne cessant de répéter les informations essentielles aux cours de consultations différentes, en variant les supports, en faisant reformuler les patients pour vérifier la bonne compréhension des messages, comme le recommande la campagne « Faire dire » de l'HAS de 2015 (75).

4. La gynécologie en médecine générale

Bien sûr, toute prescription ou renouvellement de contraception doit aussi être l'occasion de rappeler aux patientes que seul le préservatif protège des infections sexuellement transmissibles. Il ne faut donc pas hésiter à proposer aux patientes des bilans de dépistage en cas de besoin.

En consultation de médecine générale, aborder spontanément le thème de la sexualité, du suivi gynécologique, de la contraception permet parfois de lever une barrière de pudeur que peuvent ressentir les patients en général. En effet la plupart souhaiteraient discuter de ces sujets avec leur médecin sans oser pour autant en parler en premier (76,77). Et en ce qui concerne la pudeur, le ressenti des patientes peut être ambivalent selon les points de vue. Certaines n'oseront pas aborder ce sujet avec leur médecin généraliste qui les suit parfois depuis l'enfance comme le décrit Ordroneau dans son étude sur la place de la pudeur dans la relation médecin malade en ce qui concerne l'examen gynécologique en médecine générale (78). Alors qu'à l'inverse cette relation privilégiée peut être perçue par d'autres comme une facilité, non retrouvée en présence d'un professionnel de santé inconnu.

V. Conclusion

Pour conclure, notre étude démontre bien l'importance du rôle du médecin traitant dans le suivi gynécologique et contraceptif de ses patientes. Celles-ci sont d'ailleurs d'autant plus satisfaites des informations délivrées par leur médecin traitant, que celui-ci les suit sur le plan gynécologique. Ainsi il incombe bien au médecin traitant de s'impliquer dans le suivi gynécologique de ses patientes, et même en cas de suivi parallèle avec un gynécologue, la relation privilégiée des patientes avec leur médecin traitant apporte un plus dans leur éducation en termes de contraception.

Malgré cette implication déjà importante des médecins généralistes dans le suivi gynécologique de leurs patientes et en particulier en ce qui concerne la contraception, notre étude démontre néanmoins qu'il est encore possible d'améliorer les pratiques notamment en diversifiant et en multipliant les sources d'informations (sites internet, information écrite), pour permettre une meilleure réaction des patientes face à un problème de contraception, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la contraception d'urgence, en facilitant son accès par exemple.

Certains points de notre étude seraient à préciser à l'aide d'un questionnaire retravaillé, et il serait intéressant d'étendre cette étude aux femmes sous contraception, n'ayant pas recours à l'interruption volontaire de grossesse pour comparer les données et éventuellement mettre en évidence une différence entre les deux populations.

VI. Bibliographie

1. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule : https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/index.asp
2. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
3. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale : <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi>
4. Fontanel B, Wolfromm D. Petite histoire du préservatif. Stock; 2009. 65 p.
5. Chauveau S. Les espoirs déçus de la loi Neuwirth. *Clio Femmes Genre Hist.* 1 nov 2003;(18):223-39.
6. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES. 74-1026 déc 4, 1974.
7. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
8. Méthodes contraceptives : https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SCJIPG5ElkgJ:https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d
9. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. *F1000Research.* 2 déc 2018;7:1881.
10. Dumont GF, Legrand J. Évolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement. *Popul Fr Ed.* mars 1981;36(2):410.
11. BENSON J, NICHOLSON LA, GAFFUCIN L, KINOTI SN. Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review. *Health Policy Plan.* 1 juin 1996;11(2):117-31.
12. Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America. *Stud Fam Plann.* juill 1993;24(4):205.
13. ESHRE Capri Workshop Group, Cameron S, Glasier A, Lohr PA, Moreau C, Munk-Olsen T, et al. Induced abortion. *Hum Reprod.* 1 juin 2017;32(6):1160-9.
14. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population.* 2018;73(2):225-322.
15. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
16. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

17. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 RELATIVE A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE NON THERAPEUTIQUE ET AUX MODALITES DE FINANCEMENT DE CETTE MESURE. 82-1172 déc 31, 1982.
18. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
19. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1). 2014-873 août 4, 2014.
20. Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement : <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-proposition-de-loi-droit-avortement-allongement-delai-ivg>
21. Loi sur l'IVG. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/loi-sur-livg/>
22. Article - LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social - Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002126977
23. Loi du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. Vie publique.fr : <https://www.vie-publique.fr/loi/20989-ivg-extension-du-delit-dentrave-linterruption-volontaire-de-grosses>
24. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
25. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
26. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ! On s'exprime : <https://www.onsexprime.fr/Sexe-sante/La-contraception-fais-ton-choix/La-meilleure-contraception-celle-que-l-on-choisit>
27. Choisir sa contraception | QuestionSexualité : <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>
28. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Ministère de la Jeunesse et des Sports - INPES : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf
29. La contraception : <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
30. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. 1 déc 2018;46(12):873-82.

31. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie - Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
32. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1^{re} ou 2^e génération. Haute Autorité de Santé.
33. Fortuné A. La prise en charge de l'oubli de pilule contraceptive par les médecins généralistes de l'Oise. 5 oct 2018;55.
34. ABDALLAH (Wassim), ABDALLAH (Wassim). Que font les femmes dans la Somme quand elles oublient de prendre leur pilule ? 2013.
35. Contraception : que savent les français ? - Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. INPES : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
36. Cours : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/4_5.html#43
37. Dunn S, Guilbert É. Contraception d'urgence. J Obstet Gynaecol Can. 1 déc 2016;38(12):S143-52.
38. Practitioners TRAC of general. Emergency contraception: Oral and intrauterine options. Australian Family Physician. The Royal Australian College of general Practitioners : <https://www.racgp.org.au/afp/2017/october/emergency-contraception-oral-and-intrauterine-opti>
39. Emergency contraception: which is the best? - Minerva Ginecologica 2016 December;68(6):687-99 : <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-obstetrics-gynecology/article.php?cod=R09Y2016N06A0687>
40. Elsevier, N AC. Protocoles en gynécologie obstétrique. Elsevier Connect : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/protocoles-en-gynecologie-obstetrique>
41. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmer-en>
42. Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse. Revue Médicale Suisse : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-98/consequences-psychiatriques-et-psychologiques-de-l-interruption-de-grossesse>
43. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1552-67.
44. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. Br J Psychiatry J Ment Sci. août 1995;167(2):243-8.

45. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
46. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365.
47. Bajos N, Moreau C, Prioux F. Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age. *Epidemiol Public Health Rev Epidemiologie Santé Publique*. juill 2013; *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0(Rév Epidemiol Sante Publique. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0):*Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0.
48. Fréquence de consultation d'un gynécologue France 2018. Statista : <https://fr.statista.com/statistiques/912569/frequence-de-consultation-du-medecin-obstetricien-ou-gynecologue-france/>
49. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
50. Héloïse G. ETAT DES LIEUX DU SUIVI GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE : REVUE DE LITTERATURE. :69.
51. Amsellem-Mainguy Y. Summary. *Sante Publique (Bucur)*. 23 juin 2011;23(2):77-87.
52. Conseil National - Débats autour de la dangerosité potentielle des pilules contraceptives de 3ème et 4ème génération : l'ONI recommande aux infirmiers d'adopter le principe de précaution dans le cadre des renouvellements de prescription. [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/loni-recommande-aux-infirmiers-dadopter-le-principe-de-precaution-dans-le-cadre-des-renouvellements-de-prescription.html#:~:text=Renouvellement%20de%20prescription%20par%20les,de%206%20mois%20non%20renouvelable.>
53. Eurin-Prate G. La première prescription de contraception en médecine générale : caractéristiques de la consultation de primo prescription de contraception : enquête auprès des médecins généralistes du Nord. Université Lille 2 Droit et Santé; 2012 : <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-3451>
54. Garay É. Évaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Évreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation. :110.
55. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
56. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
57. Lambert A. Tests de comparaison de pourcentages. :45.

58. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
59. Couple, famille, parentalité, travail des femmes - Insee Première - 1339 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281216>
60. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge | Cairn.info : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm#no8>
61. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1462-76.
62. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1207.pdf>
63. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, Avril 2013. Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
64. Vilain A, Moisy M. [Présentation méthodologique]. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. Rev Fr Aff Soc. 2011;(1):69-85.
65. Grisard M, Duhamel S, Duisit L, Pétrègne F. Que font réellement les utilisatrices de contraception orale en cas d'oubli ? Médecine. 3 juill 2015;11(6):281-4.
66. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? : étude qualitative auprès des patientes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
67. La gynécologie parlez en à votre médecin traitant : <https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant/>
68. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central. Le Quotidien du Médecin : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
69. Leteurtre M. Vécu des médecins généralistes concernant le suivi gynécologique des patientes en médecine générale. 1992;170.
70. Mon urgence pilule. Mon urgence pilule : <http://monurgencepilule.fr/>
71. accueil. On s'exprime : <https://www.onsexprime.fr>
72. Arthur VA. Written patient information: a review of the literature. J Adv Nurs. juin 1995;21(6):1081-6.

73. Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. sept 2007;10(3):286-98.
74. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. mai 2003;96(5):219-22.
75. Faire dire, sécurité du patient, communiquer, impliquer le patient. Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf
76. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 28 févr 2011 : <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
77. Baurain M. Parlons sexualité! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients? :92.
78. Ordronneau AC. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale : étude qualitative réalisée en région Picardie. 9 sept 2020;56.

Annexes

Annexe 1 : Indice de Pearl : efficacité de méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (8)

Méthode de contraception	Taux de grossesses de la première année	
	Efficacité théorique	Efficacité pratique
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2
Injectables mensuels	0,05	3
Injectables progestatifs	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatifs masculins	2	15
Méthode d'ovulation	3	
Méthodes des deux jours	4	
Méthodes des jours fixes	5	
Diaphragmes avec spermicides	6	16
Préservatifs féminins	5	21
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25
Retrait	4	27
Spermicides	18	29
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**
Pas de méthode	85	85

* Taux de grossesse pour les femmes qui ont accouché

** Taux de grossesse pour les femmes n'ayant jamais accouché

Interprétation :

- 0-0,9 : très efficace
- 1-9 : efficace
- 10-25 : modérément efficace
- 26-32 : moins efficace

Annexe 2 : Pilules oestroprogestatives (32)

Classe	Estrogène	Progestatif	Spécialités	
1 ^{ère} Génération	Ethinyl Estradiol (35µg)	Noréthistérone	Triella®	
2 ^e Génération	Ethinyl Estradiol (20, 30, ou 40µg)	Lévonorgestrel	Adepal®, Amarance®, Daily Gé®, Evanecia®, Leeloo®, Lovalulo®, Ludeal Gé®, Minidril®, Optidril®, Optilova®, Pacilia®, Trinordiol®, Zikiale®	
	Ethinyl Estradiol (50µg)	Norgestrel	Stediril®	
3 ^e Génération	Ethinyl Estradiol (20 ou 30µg)	Désogestrel	Desobel®, Varnoline Continu®, EE/désogestrel Biogaran®	Cycleane®, Mercilon®, Varnoline®
	Ethinyl Estradiol (15, 20, 30 ou 40µg)	Gestodène	Carlin®, Efezial®, EE/gestodène Arrow®, Biogaran®, Ranbaxy®, Ratiopharm®, Sandoz®, Winthrop®	Harmonet®, Meliane®, Melodia®, Minesse®, Minulet®, Moneva®, Optinesse®, Phaeva®, Triminulet®, Edenelle®, Felixita®, Sylviane®, Perleane®, EE/gestodène Actavis®, Biogaran®, EG®, Teva®, Zydus®
	Ethinyl Estradiol (35µg)	Norgestimate	-	Cilest®, Effiprev®, Trafemi®, Tricilest®
Autres	EE (30µg)	Chlormadinone	Belara®	
	EE (20 ou 30µg)	Drospirénone	Belanette®, Convuline®, Drospibel®, Jasmine®, Jasminelle®, Jasminelle Continu®, Rimendia®, Yaz®, EE/drospirénone Biogaran®, EE/drospirénone Biogaran Continu®	
	Estradiol (1,5mg)	Nomégestrol	Zoely®	
	Valérate d'estradiol	Diénogest	Qlaira®	

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'une thèse ayant pour objectif d'étudier le rôle du médecin traitant dans l'information sur la contraception. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant de recueillir votre expérience, votre point de vue. Il s'agit d'un questionnaire anonyme et vos informations ne seront pas divulguées.

Pour répondre, il vous suffit de cocher la ou les réponses vous concernant (vous pouvez cocher plusieurs réponses). Le questionnaire comporte 2 feuilles recto verso.

Pour commencer, acceptez-vous que vos réponses soient utilisées pour l'étude de cette thèse ?

- OUI
- NON

A/ A propos de vous :

1/ Quel est votre âge :

- < 18 ans
- 18-22 ans
- 23-28 ans
- 29-35 ans
- > 35 ans

2/ Que faites-vous dans la vie :

- Scolarisée/étudiante
- Sans emploi
- Métier :

3/ Statut marital :

- Célibataire
- Pacsée/Mariée
- En couple

4/ Avez-vous des enfants ?

- OUI Nombre : Ages :
- NON

5/ Avez-vous déjà eu recours à l'IVG ?

- OUI En quelle année ?
- NON

6/ Avez-vous un suivi gynécologique ?

- OUI, par :
 - Votre médecin traitant
 - Un gynécologue
 - Une sage-femme
- NON

B/ A propos de votre contraception :

7/ Quel est votre mode de contraception :

- Pilule
- Stérilet cuivre
- Stérilet aux hormones
- Implant
- Préservatif
- Anneau vaginal
- Patch hormonal
- Comptage des jours
- Courbes de température
- Retrait
- Cape cervicale/spermicide/diaphragme
- Aucune

8/ Vous arrive-t-il d'oublier votre contraception ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très fréquemment
- Vous n'êtes pas concernée

9/ Pour cette grossesse,

- Vous n'aviez pas de contraception
- Vous avez oublié votre pilule/le préservatif
- Il y a eu un "accident de préservatif"
- Vous avez vomi après la prise de votre pilule
- Il s'agit d'un échec d'une méthode naturelle
- Il s'agit d'un échec d'une contraception bien suivie (y compris stérilet, implant...)

10/ Pour cette grossesse, en ce qui concerne un éventuel problème de contraception :

- Vous avez utilisé une contraception d'urgence (pilule du lendemain...) mais cela n'a pas fonctionné
- Vous connaissiez les contraceptions d'urgence mais vous n'y avez pas eu recours
 - Car vous ne pensiez pas pouvoir tomber enceinte
 - Car vous n'y avez pas pensé
- Vous ne connaissiez pas les contraceptions d'urgence
- Vous n'êtes pas concernée

11/ Qui a prescrit **initialement** votre contraception :

- Votre médecin traitant
- Un autre médecin généraliste qui n'est pas votre médecin traitant
- Un gynécologue
- Un dermatologue
- Une sage-femme
- Vous avez obtenu cette contraception sans ordonnance
- Vous n'êtes pas concernée

12/ Lors de la **première prescription** de votre contraception :

- Des informations au sujet des autres méthodes contraceptives vous ont été délivrées
 - OUI :
 - A l'oral
 - A l'écrit (documentation, flyers, consignes notées sur l'ordonnance...)
 - NON

- Des informations au sujet de la fiabilité des méthodes contraceptives vous ont été délivrées :
 - OUI
 - A l'oral
 - A l'écrit
 - NON

- Des informations au sujet de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule/de vomissements/de rapport à risque/d'expulsion de stérilet/de rupture de préservatif vous ont été délivrées :
 - OUI
 - A l'oral
 - A l'écrit (documentation, flyers, consignes notées sur l'ordonnance...)
 - NON

- Avez-vous choisi votre mode de contraception ?
 - OUI Pourquoi ce choix ?
 - NON

13/ Qui renouvelle habituellement votre contraception :

- Votre médecin traitant
- Un autre médecin généraliste qui n'est pas votre médecin traitant
- Un gynécologue
- Un dermatologue
- Une sage-femme
- Vous obtenez votre contraception sans ordonnance
- Un(e) infirmier(e)
- Vous n'êtes pas concernée

C/ Au sujet de votre médecin traitant :

14/ Si le médecin prescripteur de votre contraception n'est pas votre médecin traitant, votre médecin traitant était-il au courant de votre mode de contraception ?

- OUI, et il vous avait réinformée
- OUI, mais vous n'en avez jamais parlé ensemble
- NON
- Vous n'êtes pas concernée

15/ Votre médecin traitant vous a-t-il déjà donné :

- Des informations au sujet des autres méthodes contraceptives :
 - OUI :
 - A l'oral
 - A l'écrit (documentation, flyers, consignes notées sur l'ordonnance...)
 - NON
- Des informations au sujet de la fiabilité des méthodes contraceptives :
 - OUI
 - A l'oral
 - A l'écrit
 - NON
- Des informations au sujet de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule/de vomissements/de rapport à risque/d'expulsion de stérilet/de rupture de préservatif :
 - OUI
 - A l'oral
 - A l'écrit (documentation, flyers, consignes notées sur l'ordonnance...)
 - NON

16/ De votre point de vue, cela fait-il partie du rôle du médecin traitant de parler de contraception avec ses patientes ?

- OUI
- NON

17/ Si non, d'après vous, qui est le mieux placé pour parler de contraception ?

- La sage-femme
- Le gynécologue
- Autre :

18/ Eprenez-vous des difficultés à parler de contraception avec votre médecin traitant ?

- OUI
- NON

19/ Si oui, avec qui parlez-vous plus facilement de contraception ?

- La sage-femme
- Le gynécologue
- Des amies
- La famille
- Autre :

20/ De votre point de vue, avez-vous suffisamment été informée par votre médecin traitant ?

- OUI
- NON

21/ Avez-vous d'autres remarques ?

.....

Merci pour votre participation !

Place des médecins généralistes dans les échecs de contraception menant à l'interruption volontaire de grossesse – Etude quantitative observationnelle transversale

Résumé

Introduction Les françaises utilisent la contraception mais elles ont aussi recours à l'IVG avec pas moins de 232 000 IVG en 2019. Le généraliste occupe un rôle majeur en matière de prévention. Il paraissait intéressant d'interroger les femmes ayant recours à l'IVG au sujet des informations qu'elles avaient reçues par celui-ci au sujet de la contraception.

Matériel et méthodes Etude quantitative observationnelle descriptive multicentrique transversale, questionnaire déposé dans 3 centres de planification familiale.

Résultats 252 patientes ont été incluses. Elles étaient informées au sujet de la contraception dans 50% des cas mais rarement à l'écrit. La contraception d'urgence était utilisée dans 8,7% des cas. 57,9% s'estimaient suffisamment informées par leur généraliste. Parmi elles la plupart bénéficiait d'un suivi gynécologique par ce dernier.

Discussion La population était comparable à celles de 2011 et 2019 de l'étude de la DREES. Les femmes étaient d'autant plus satisfaites des informations que leur avait délivrées leur généraliste que ce dernier s'investissait dans leur suivi gynécologique. Mais plusieurs axes d'améliorations pouvaient être imaginés : la prescription d'une contraception d'urgence sur l'ordonnance de la contraception, multiplier les supports d'informations et poursuivre les efforts des généralistes dans l'investissement dans le suivi gynécologique.

Conclusion L'implication du généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes est indispensable. La promotion de la contraception d'urgence et la multiplication des supports d'information pourraient aider à diminuer le nombre d'IVG.

Mots-clés avortement provoqué – contraception – médecins généralistes – contraceptifs post coïtaux – communication

Place of general practitioners in contraception fails leading to voluntary abortion - Quantitative observational cross-sectional study

Abstract

Introduction French women use contraception but they also resort to abortion with no less than 232,000 abortions in 2019. General practitioners play a major role in prevention. It seemed interesting to ask women who had undergone abortion about the information they had previously received from their GP about contraception.

Material and methods Quantitative observational descriptive multicenter cross-sectional study, questionnaire filed in 3 family planning centers.

Results 252 patients were included. Patients were informed about contraception in 50% of cases but rarely in writing. Emergency contraception was used in 8.7% of cases. 57.9% felt sufficiently informed by their general practitioner. Most of these women received gynecological follow-up from their GP.

Discussion The population was comparable to the 2011 and 2019 DREES studies. The women were all the more satisfied with the information previously given to them by their general practitioner if the latter was involved in their gynaecological follow-up. However, several areas for improvement could be envisaged: prescribing emergency contraception on the prescription for contraception, increasing the number of information materials and continuing the efforts of general practitioners to invest in gynecological follow-up.

The involvement of general practitioners in the gynecological follow-up of their patients is essential. The promotion of emergency contraception and the multiplication of information materials could help reduce the number of abortions.

Keywords induced abortion - contraception - general practitioners - post-coital contraceptives - communication