

Année 2024

2024 TOU31139

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Fannie MAGIBERT**

Le 02 décembre 2024

### SOURCES D'INFORMATION CONTRACEPTIVE CONSULTÉES AVANT UNE GROSSESSE NON DÉSIRÉE

Etude quantitative réalisée sur les patientes en demande d'IVG dans le Tarn-et-Garonne

Directrice de thèse : Dr Marielle PUECH

#### JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

**Président**

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

**Assesseur**

Madame le Docteur Marielle PUECH

**Assesseur**



**FACULTÉ DE SANTÉ**
  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**
  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Etie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
<b>Doyen Honoraire</b>	<b>M. VINEL Jean-Pierre</b>	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANGAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUGSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E)	Parasitologie	M. MANGAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURAY-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHADY Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANG Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAJ Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et Imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Mariène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine Interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Lella
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myrham	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine Interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**  
M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emilie  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## Remerciements aux membres du jury

A **Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT**, ma profonde gratitude pour avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre compréhension et votre bienveillance, et pour votre engagement dans la recherche en médecine générale à la faculté de Toulouse et l'amélioration continue de l'exercice de notre discipline.

A **Madame le Professeur Motoko DELAHAYE**, mes sincères remerciements pour avoir accepté d'évaluer mon travail, je suis honorée de soumettre cette étude à votre regard critique. Votre engagement dans la formation et l'accompagnement des jeunes médecins généralistes ainsi que votre modèle de rigueur professionnelle et d'équilibre personnel sont une source d'inspiration, et c'est un privilège de pouvoir bénéficier de vos remarques et de votre évaluation.

A **Madame le Docteur Marielle PUECH**, mon entière reconnaissance pour avoir accepté d'encadrer ce travail. Merci infiniment pour le temps que tu m'as accordé, ainsi que pour tes remarques et conseils éclairés qui ont contribué à enrichir cette thèse. Merci pour ton accompagnement en tant que maître de stage, dans ce dernier SASPAS avant de me lancer dans la « vraie vie » de médecin généraliste, que j'espère un jour arpenter avec autant d'aisance que toi. Merci, surtout, pour ta bienveillance et ton soutien, qui ont été particulièrement précieux dans ces étapes décisives de mon parcours.

## Remerciements personnels

A tous les docteurs, à tous les soignants, qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui

Au **Dr FERUELLE**, qui m'a, probablement sans même s'en rendre compte, redonné à plusieurs reprises une foi en la médecine que j'ai bien failli perdre définitivement...

Aux **Drs CAUSSE et HARANT**, pour avoir su, alors que j'étais encore toute petite, prendre assez soin de moi pour me donner envie de prendre soin des autres

Aux **Drs ROUANET, FAYARD, CHAUVET, LE GUENNO, GALVAING**, aux **Prs GARCIER et FILAIRE**, et tant d'autres encore, dont le talent et la dextérité ont laissé une empreinte indélébile dans mes années d'externat

A mes camarades de cordée, de la PACES à l'ECN, **Emmanuelle, Roxane(s), Isabelle, Marie, Rodrigue, Guillaume, Valentin, Sarah, Alexandra**, les frères **JARLIER...**

Aux **Drs WINCKLER, BEAULIEU et VDC**, qui m'ont permis, en exposant au monde la réalité quotidienne de leur exercice, de garder conscience du cœur qui bat sous la blouse

Aux **Drs TRAN, CHASTAING, SOUCHAUD & BINETTI**, qui ont réussi à faire du service des urgences un lieu sécurisant où apprendre, comprendre et avancer, plutôt qu'une zone de guerre

A toute mon équipe de peintres, dont les éclats de rire thérapeutiques doivent encore retentir dans les couloirs de notre bonne vieille Villa

A **Laetitia, Cyrielle et Fabienne**, qui m'ont ouvert une toute nouvelle porte de la relation soignant-e-patient-e-s, toute de douceur et de bienveillance, durant mon semestre Montalbanais

Au **Dr MARQUOT** et à **Nathalie et Carole**, qui m'ont donné confiance et soutien sans savoir à quel point je perdais pieds, et aux **Drs SIRE, FRAHIER, CAUDRELIER, MERCKX et WENISCH**, qui ont presque réussi à me repêcher ensuite

Aux **Drs EKAMBI et SALOMON**, dont l'exigence et la bienveillance m'ont fait avancer chaque jour, à **Florence**, dont la gentillesse et l'efficacité empêchent les murs du cabinet de Marcillac de s'effondrer, et au **Dr BOINEL**, dont la complicité éclaire encore ma voie, juste quelques pas au-devant

Aux **Drs MORIN et GAILLAC**, qui m'ont montré à quel point l'exercice de la médecine peut varier, et m'ont permis d'expérimenter, de me tromper, et de trouver ma propre façon d'exercer, en sortant de ma zone de confort dans la sécurité de leur encadrement et le réconfort de leur écoute

Aux **Drs SCHMITT, MIROUZE et DUBRULLE**, qui m'ont accordé assez de leur confiance pour me passer le flambeau à Saint-Côme, j'espère m'en montrer digne

A toutes les équipes paramédicales rencontrées en chemin, infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, secrétaires médicales, et tou-te-s les autres, qui font un travail plus difficile que celui que je ferai jamais, et qui soignent chaque jour des patients que tous les médecins du monde ne parviendront pas à guérir...

### A tous les autres dont mon cœur déborde...

A **Tanguy**, en mémoire de nuits endiablées rythmées par Joe Dassin, d'interminables conversations sans queue ni tête, trop arrosées sans doute mais où s'épanchaient les cœurs, et en mémoire de ce rôle que tu as si bien tenu du « vieil interne » de médecine générale, droit dans ses bottes, qui guide les petits poussins apeurés

A **Noémie**, pour ta patience, pour ta générosité, pour ton soutien, pour ton assurance inspirante et ton aplomb, et surtout pour réussir à supporter et aimer chaque jour le grand nounours susnommé...

A **Eve**, merci pour ta douceur, pour ta complicité, pour ton épaule sur laquelle pleurer parfois, pour la joie qui pétille dans tes yeux toujours, et à **Côme**, pour l'avoir convaincue de partager avec toi ses plus beaux délires

A **Côme**, parce que tu as toujours été là, calme et décomplexé, lorsque j'avais besoin de soutien et de réassurance, depuis notre premier semestre déroutant en plein covid jusqu'à mes récents besoins d'anxiolyse parentale

A **Faustin**, merci pour tes rires, pour tes larmes, pour ton soutien, pour chacune de tes allusions et de tes confidences, pour tes indéniables qualités de DJ improvisé, et pour ton regard bienveillant qui a couvert tous nos moments mémorables ; je n'aurais pas pu imaginer un meilleur parrain et un meilleur modèle pour mon bébé castor... Et à **Claire**, qui a la chance et le courage de marcher à ses côtés et d'éclairer sa vie chaque jour un peu plus

A **Valentine**, pour avoir tenté vainement de maintenir un semblant d'ordre à la villa des Tilleuls, pour avoir réussi à jouer les mamans tout en couchant tout le monde en soirée, pour ta diplomatie et ton courage, à **Alexis**, pour toutes les étoiles que tu as mises dans ses yeux et dans notre quotidien, et à **Vintage** bien sûr, mascotte de notre premier semestre

A **Marine**, qui restera pour moi le dragon du second, toujours pleine d'une énergie vibrante et communicative... mais pas au réveil. Surtout, pas au réveil !

A **Alban**, en mémoire de Vichy, de ton clopilot, ton petit sourire complice et ta présence rassurante au bar René Coty au cœur de la nuit, et parce que ça faisait un bien fou de retrouver un Carabin Clermontois en terre Toulousaine, et à **Caro**, pour avoir réussi (peut-être) à nous l'assagir un tout petit peu

A **Kévin**, notre venimeux à nous, parce que c'est pas humain d'encaisser comme ça et se relever le sourire aux lèvres pour repartir de plus belle, et à **Marie**, qui a la force et le courage de suivre son tempo, ever after

A **Clotilde**, pour ces longues, très longues heures de soutien mutuel sur les bancs de la fac (et de soutien unilatéral en rando), et surtout parce qu'on peut choisir les meilleurs ingrédients du monde, ils ne révèlent leur saveur qu'avec une pointe de sel !

A **Juliette**, la première, la vraie, celle que la vie n'a pas réussi à me faire perdre de vue pour de bon, même si Dieu sait qu'on n'est pas passé loin. Merci pour tout. Pour ton soutien, pour ta grande gueule, pour ta chambre d'amis, pour chaque rire, chaque larme et chaque juron partagés, pour les recettes de cuisine et les conseils de lecture... Merci pour ta confiance et ton soutien

A **Amandine**, parce que c'est infiniment rassurant d'avoir sur moi ton œil confiant, juste un peu plus expérimentée, juste un peu plus sage, juste un peu plus avancée sur chacun de nos chemins communs... Je n'ai pas eu la chance d'avoir une grande sœur, mais dans mes rêves, elle a ta voix. Et à **Romain**, le grand barbu calme et rassurant, le pilier qui lui permet de se stabiliser un peu quand elle démarre trop vite, vite, vite



A **ma maman**, merci. Merci d'avoir été là, présente, solide, imperturbable. Merci d'avoir joué les psy, les coaches de vie, les cuisinières, les infirmières, les femmes de ménage, les taxis, les bêta-lectrices, les baby-sitters... Merci d'être mon refuge. Merci d'être toi

A **mon papa**, imparfait, abîmé, maladroit, mais fidèle au poste. Sans nos heures de coups de fil, de trajets en voiture, de déjeuners à rallonge, et sans une bonne centaine de tes coups de pieds au cul métaphoriques, je n'en serais pas là aujourd'hui

A **ma petite sœur**, qui apprend, expérimente, rate parfois, mais se relève toujours. Te voir évoluer me fait grandir, depuis déjà presque trente ans

A **ma famille**, bruyante, joyeuse, délurée, mais unie. Pour tous les Noël, les anniversaires, les mariages, les vacances, et toutes les autres occasions de rire ensemble, de discuter un peu, de s'amuser beaucoup et de se serrer les coudes, l'air de rien, un verre à la main, merci

A **Bernard et Gwen**, à **Karin**, et à **toute ma belle-famille**, merci de m'avoir fait une place parmi vous, dans vos vies, dans vos murs, dans vos cœurs j'espère, à vos tables en tout cas. C'est précieux, et j'en mesure toute la valeur

A **mon mari**, sans qui rien n'aurait été possible. Je ne te dirai pas ici ce que je ressens, ce que je pense, de toi, de nous : tu le sais, et je n'aurais de toute façon pas assez de mots pour l'écrire. Je te dirai donc seulement merci. Pour tout. Pour toujours. Infiniment...

A **ma fille**, et aux enfants qui suivront. Vous n'imaginez pas tout ce que vous représentez...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Soigner, c'est porter, soutenir, guider, écouter. Soigner, c'est être là.

*Martin Winckler, L'École des soignantes*

# **Table des matières**

<b><u>Liste des abréviations</u></b>	<b>p.15</b>
<b><u>Introduction</u></b>	<b>p.16</b>
<u>I – La contraception en France</u>	p.16
A – Histoire de la contraception disponible en France	p.16
B – Vers une remise en cause du modèle contraceptif	p.17
C – L’IVG et le paradoxe contraceptif Français	p.17
D – Information et choix éclairé de contraception	p.18
<u>II – Justification du travail de recherche</u>	p.19
<b><u>Matériel et méthode</u></b>	<b>p.20</b>
<u>I – Objectifs et type d’étude</u>	p.20
A – Objectifs	p.20
B – Design de l’étude	p.20
C – Population cible et population source	p.20
D – Lieu et période de recueil	p.21
<u>II – Questionnaire</u>	p.22
A – Structure du questionnaire	p.22
B – Elaboration du questionnaire	p.22
<u>III – Traitement des données</u>	p.23
<b><u>Résultats</u></b>	<b>p.24</b>
<u>I – Distribution et recueil des questionnaires</u>	p.24
<u>II – Description de la population étudiée</u>	p.24
A – Caractéristiques socio-démographiques	p.24
1 – Age	p.24
2 – Niveau d’études	p.25
3 – Situation conjugale et familiale	p.25
B – Parcours gynécologique global	p.26
1 – Contraception en place au début de la grossesse	p.26
2 – Modalités d’utilisation réelle des contraceptions les plus courantes	p.27
3 – Niveau de fiabilité de la contraception utilisée	p.27
4 – Satisfaction, information et liberté de choix contraceptif	p.28
5 – Nature et fréquence du suivi gynécologique	p.30
6 – Antécédents d’IVG	p.31
C – Sources d’information sur la contraception	p.31
1 – Fréquence d’utilisation des différentes sources d’information contraceptive	p.31
2 – Hiérarchisation des différentes sources d’information contraceptive en fonction de leur fréquence d’utilisation	p.32
3 – Fiabilité estimée des différentes sources d’information contraceptive	p.33

4 – Hiérarchisation des différentes sources d'information contraceptive en fonction de leur fiabilité estimée	p.34
D – Utilisation de contraceptifs de longue durée d'action et freins éventuels	p.35
1 – Freins à l'utilisation du DIU	p.35
2 – Freins à l'utilisation de l'implant contraceptif	p.37
E – Consultation individuelle à visée d'information contraceptive	p.38
<b>III – Analyse statistique</b>	<b>p.39</b>
A – Facteurs associés aux différentes sources d'information contraceptive consultées et à leur fiabilité estimée	p.39
1 – Sources d'information sur la contraception consultées prioritairement	p.39
2 – Sources d'information sur la contraception considérées comme ayant une meilleure fiabilité	p.39
3 – Sources d'information sur la contraception considérées comme ayant une moindre fiabilité	p.39
B – Facteurs associés au niveau de satisfaction et d'information ressentie	p.42
1 – Degré de satisfaction et d'information ressentie	p.43
2 – Liberté de choix ressentie	p.43
C – Facteurs associés aux différents freins à l'utilisation des contraceptifs de longue durée d'action majoritairement retrouvés	p.43
1 – Freins à l'utilisation du DIU	p.43
2 – Freins à l'utilisation de l'implant contraceptif	p.43
D – Facteurs associés à la réalisation d'une consultation dédiée à l'information contraceptive	p.48
E – Niveau d'information ressenti, information délivrée et connaissances concrètes	p.49
<b><u>Discussion</u></b>	<b>p.50</b>
<b><u>I – Représentativité de la population interrogée</u></b>	<b>p.50</b>
<b><u>II – Principaux résultats</u></b>	<b>p.51</b>
A – Sources d'information sur la contraception	p.51
B – Niveau de satisfaction et d'information ressentie	p.51
C – Prévalence et freins à l'utilisation des LARCs	p.51
<b><u>III – Forces et faiblesses de l'étude</u></b>	<b>p.52</b>
A – Points forts de l'étude	p.52
B – Biais et limites de l'étude	p.53
<b><u>IV – Dissonances entre fiabilité et sollicitation des sources</u></b>	<b>p.54</b>
A – Des soignants de confiance mais relativement peu consultés	p.54
B – Les femmes jeunes et sans suivi : des populations qui consultent peu	p.55
C – Des patientes plus méfiantes vis-à-vis des soignants	p.55
D – Le rôle des médecins généralistes	p.56
<b><u>V – Information, satisfaction et consultation dédiée</u></b>	<b>p.57</b>
A – Une liberté de choix relative et peu satisfaisante	p.57
B – La consultation dédiée : une pratique nécessaire	p.57
C – Le suivi pluriprofessionnel : une clef pour une meilleure efficacité	p.58

<u>VI – Contraceptifs de longue durée d’action et freins majoritairement retrouvés</u>	p.60
A – Des patientes de mieux en mieux informées, mais une norme contraceptive tenace	p.60
B – Le refus du corps étranger : un frein relatif mais répandu	p.61
<u>VII – Perspectives</u>	p.61
A – Une analyse à approfondir par d’autres études	p.61
B – Une adaptation des pratiques à envisager	p.62
<b><u>Conclusion</u></b>	<b>p.64</b>
<b><u>Bibliographie</u></b>	<b>p.65</b>
<b><u>Annexes</u></b>	<b>p.70</b>
<u>Annexe I – Questionnaire</u>	p.70
<u>Annexe II – Inscription au tableau d’enregistrement des recherches et thèses</u>	p.76
<u>Annexe III – Efficacité des différents moyens de contraception</u>	p.77

## **Liste des abréviations**

CCP : Consultation de Contraception et de Prévention en santé sexuelle  
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français  
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  
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale  
ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale  
FECOND : FEcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
IST : Infection Sexuellement Transmissible  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
LARCs : Contraceptifs Réversibles de Longue durée d'Action (Long-Acting Reversible Contraceptives)  
SA : Semaines d'Aménorrhée  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

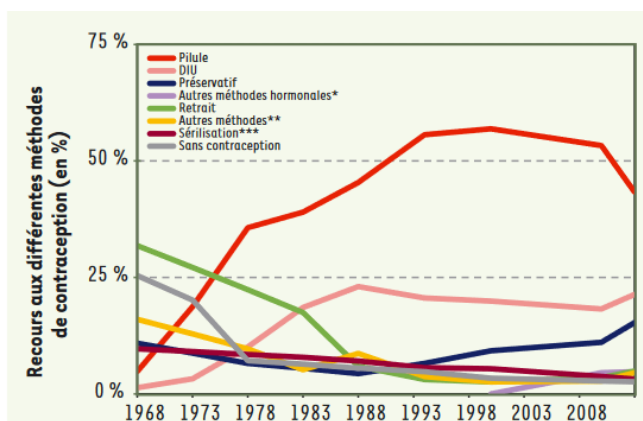
# **Introduction**

## **I – La contraception en France**

### **A – Histoire de la contraception disponible en France**

Notre rapport à la contraception, en tant que société, est intimement lié à la façon dont s’est mis en place l’accès aux différents contraceptifs au cours de notre histoire. En France, la volonté d’un contrôle des naissances apparaît au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle, avec la généralisation du retrait, puis des méthodes locales. Face à la baisse de natalité et aux pertes de la Grande Guerre, une politique nataliste entraîne l’adoption en 1920 d’une loi limitant l’accès à la contraception. A l’étranger, le DIU puis la pilule contraceptive sont mis au point, et importés en France, d’abord illégalement puis, concernant la pilule, à visée de « régulation des cycles » (1).

En 1967, suite aux mobilisations féministes, la loi « Neuwirth » autorise la vente de contraceptifs (2). Le paysage contraceptif français se modifie, avec un abandon des méthodes « naturelles » et une généralisation de la pilule, et dans une moindre mesure du DIU (Figure 1). Symboliquement, la pilule devient l’outil de libération de la femme, permettant une sexualité sans procréation, et la contraception passe d’une affaire privée à un questionnement médicalisé (3). A partir des années 2000, l’offre contraceptive se diversifie, avec la stérilisation, la contraception d’urgence, l’utilisation du DIU chez les nullipares, et l’apparition de l’implant, du patch et de l’anneau contraceptifs comme alternatives à la pilule.



**Figure 1.** Evolution du recours aux différentes méthodes de contraception de 1968 à 2013, chez les femmes concernées (d’après (1))

En trois décennies, une « norme contraceptive » s’est installée : l’utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, souvent combinée à la pilule, suivie par l’usage exclusif de la pilule quand les relations se stabilisent, et enfin l’adoption du DIU chez les femmes ne désirant plus d’enfants. Cependant, vu l’efficacité réelle de ces différents moyens de contraception (4), cette norme est relativement inefficace en pratique, car la pilule et le préservatif, largement utilisés, sont sujets à des aléas d’utilisation fréquents. Les femmes les plus jeunes en particulier s’exposent donc à un risque accru de grossesses non désirées, malgré les preuves scientifiques de la supériorité des contraceptions réversibles de longue durée d’action (LARCs) (5).

Cette norme française contraste avec la tendance mondiale, où la méthode contraceptive la plus courante est la stérilisation, suivie par les LARCs, tandis que la pilule n’arrive qu’en troisième position (2).



## B – Vers une remise en cause du modèle contraceptif

Fin 2012, la pilule contraceptive est au cœur d'une controverse médiatique, la « crise de la pilule ». Les effets indésirables des pilules contraceptives de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations, particulièrement leur surrisque thromboembolique, sont exposés et entraînent leur déremboursement (6). A la même période, on observe dans les mouvements féministes puis dans la population un intérêt accru pour la lutte contre les violences gynéco-obstétricales (7), initiée sur les réseaux sociaux avec le #PayeTonUtérus (8).

Si ces évolutions sociales se font vers une meilleure prise en compte des besoins et des ressentis des patientes, elles entraînent aussi une méfiance grandissante vis-à-vis du corps médical d'une part, et de la contraception d'autre part, en tant que médicament ou dispositif médical, souvent à base d'hormones, et considéré comme invasif (9). La pilule contraceptive, en particulier, est victime d'un changement de paradigme : elle perd peu à peu son image d'outil de libération de la femme pour acquérir une connotation de produit chimique pourvoyeur d'effets indésirables délétères (10).

En termes d'attitude contraceptive, cependant, on observe des changements relativement modérés. Les pilules de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> générations reculent nettement, mais le paysage contraceptif français, quoique légèrement plus diversifié, est peu modifié : la pilule contraceptive reste majoritaire, utilisée par un tiers de la population concernée, et la proportion de femmes fertiles ne souhaitant pas de grossesse et n'utilisant pas de contraception reste stable autour de 8%. Chez la femme de moins de 20 ans ou de plus de 40 ans, la norme contraceptive reste inchangée. Chez la femme de 20 à 35 ans, le report s'est fait soit vers des LARCs, soit vers le préservatif. On observe également un regain d'intérêt, quoique modéré, pour les méthodes contraceptives dites « naturelles » (11).

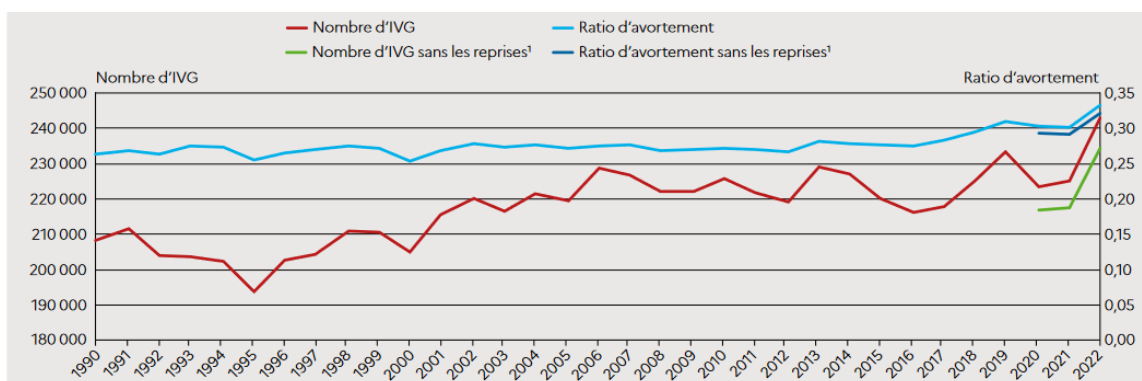
## C – L'IVG et le paradoxe contraceptif Français

L'IVG est légalisée en France à la suite de la contraception, par la loi « Veil » en 1975, puis remboursée par la sécurité sociale à partir de 1982. Les conditions pour l'obtenir se simplifient au fil des législations successives, et son délai est progressivement allongé, à 14 SA en 2001 (12) puis à 16 SA en 2022 (13), année lors de laquelle le droit à l'IVG entre dans la Constitution (14).

Le taux d'IVG en France aujourd'hui est globalement stable, en légère augmentation depuis les années 1990. On parle de « paradoxe contraceptif français » en cela que, malgré un taux d'utilisation de la contraception élevé par rapport aux pays similaires, la France garde un recours à l'IVG relativement fréquent (15). Cette situation s'explique probablement à partir de deux facteurs. Le premier est que, si le nombre de femmes ayant recours à une IVG dans leur vie diminue, le nombre de celles ayant recours à des IVG itératives a, lui, tendance à augmenter (16). Le second est que, bien que le nombre de grossesses non prévues diminue (17), la probabilité de recourir à une IVG dans cette situation a augmenté, probablement pour des raisons culturelles, avec un recul de l'âge de la maternité en France, et une stigmatisation des grossesses jugées trop précoces (18).

Après une diminution temporaire en 2020-2021 attribuable au Covid, on observe en 2022 une reprise de l'augmentation avec un taux d'IVG inégalé depuis 1990, et une diminution simultanée du nombre de naissances faisant grimper le ratio d'avortement (Figure 2). Cette évolution traduit probablement une évolution plus globale des comportements reproductifs, avec peut-être une diminution du désir d'enfants dans la population, pour des raisons culturelles, écologiques, économiques et sociales (19). Une telle évolution rend d'autant plus nécessaire la possibilité pour

toutes et tous d'avoir accès à une contraception fiable et adaptée, contrairement à ce qui est observé aujourd'hui avec la norme contraceptive en place.



**Figure 2.** Evolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2022 (d'après (19))

<sup>1</sup> Les reprises d'IVG correspondent à des IVG faisant suite, neuf semaines ou moins après, à une première IVG, en raison d'un échec ou d'une complication de cette dernière

## D – Information et choix éclairé de contraception

Une grande part des IVG en France concerne des femmes qui utilisaient une contraception (18). La plupart sont imputables à un usage approximatif du contraceptif, avec des difficultés de prise quotidienne ou d'utilisation systématique, et une mauvaise connaissance des méthodes de rattrapage (20). Or, l'utilisation inadéquate des contraceptifs ou le choix d'un contraceptif inadapté sont essentiellement liés à un manque d'information (17). Ces difficultés d'information sont identifiées à la fois par les femmes elles-mêmes lorsqu'on les interroge directement (21), mais aussi par les différentes études comparant les choix contraceptifs effectués avant et après information (22, 23). Le manque d'information est d'ailleurs l'un des leviers principaux relevés par la HAS parmi les freins à une contraception adaptée (24).

De multiples campagnes de communication ont cherché à pallier ce manque d'information. Elles n'ont cependant qu'un effet limité sur les comportements, en raison des « dissonances cognitives qui conduisent chaque individu à adapter ses représentations à ses actes » selon l'IGAS dans son rapport de 2009 (20). C'est pour cette raison que la délivrance d'une information individualisée est nécessaire à une évolution de cette situation en pratique, pour permettre non seulement une amélioration des connaissances mais aussi un changement des comportements contraceptifs (17).

Or, en plus des soignants susceptibles de fournir ces explications, de multiples autres sources d'information sont identifiées chez les patientes concernant la contraception :

- leurs proches, alors que la communication entre pairs ou intrafamiliale est intrinsèquement biaisée et donc à risque de propagation de fausses croyances (25)
- les médias, et surtout Internet, qui regroupe aussi bien des sites gouvernementaux fiables que de la désinformation, notamment sur les réseaux sociaux (20)
- les interventions dans le cadre scolaire, dont la mise en application est inégale et insuffisante (24)
- la documentation papier, éventuellement mise à disposition en salle d'attente par des professionnels de santé (21)

## **II – Justification du travail de recherche**

Les femmes concernées par la contraception ont donc accès à de multiples sources d'information, dans l'objectif d'avoir en main les clefs nécessaires à la réalisation d'un choix éclairé. Toutes ces sources ont un intérêt potentiel dans le parcours de décision contraceptive, mais il est nécessaire qu'elles soient mises à contribution avec discernement, car elles sont à risque de véhiculer des informations erronées. Le soignant devrait donc idéalement garder un rôle de guide dans l'accès à la contraception, mais sa fiabilité et la confiance que ses patientes lui accordent peuvent avoir été remises en cause dans les suites des scandales sanitaires successifs, et notamment de la crise de la pilule.

Il semble donc essentiel de comprendre, statistiquement, quelles sont les sources d'information qui sont majoritairement mises à profit par les femmes en quête d'une contraception, et quelle est la fiabilité qu'elles leur accordent. En particulier, les femmes qui ont finalement fait face à un échec contraceptif et à une grossesse non désirée, qui sont donc plus susceptibles d'être peu ou mal informées, semblent une population intéressante. L'efficacité subjective de leur recherche d'information mais aussi leur satisfaction, laquelle est corrélée à une meilleure et plus longue utilisation de la contraception en place quelle qu'elle soit (22), ainsi que la nature de l'accompagnement que ces femmes ont reçu de la part des professionnels de santé, pourraient permettre d'avoir une vision plus globale de leur situation.

Une étude à grande échelle portant sur les femmes confrontées à une grossesse non désirée de façon générale semble cependant difficile à mettre en place. Dans la mesure où une grande proportion de ces femmes se tourne vers une IVG (17), et donc une part encore plus grande d'entre elles consulte au moins une fois un professionnel de santé pour discuter de cette éventualité, les femmes en demande d'IVG semblent constituer une population d'étude intéressante pour analyser ces mêmes paramètres.

Chez ces femmes en particulier, on observe une utilisation des LARCs bien en-dessous de la moyenne (18). Par conséquent, il semble également intéressant d'identifier les freins qu'elles ont rencontrés à l'utilisation de ces méthodes, pour comprendre les tenants et les aboutissants de leur décision contraceptive, et évaluer la prévalence actuelle des fausses croyances notoires qui ont longtemps circulé autour de ces méthodes, et surtout du DIU.

C'est face à ces différents questionnements que cette étude a été conçue, dans le but de répondre à la question de recherche suivante : quelles sont les sources d'information contraceptive consultées par les femmes avant une grossesse non désirée ?

# **Matériel et méthode**

## **I – Objectifs et type d'étude**

### **A – Objectifs**

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les sources d'information sur la contraception les plus consultées par les femmes en demande d'IVG avant le début de leur grossesse, ainsi que la confiance qu'elles leur accordent.

Cette étude présente également 3 objectifs secondaires :

- Evaluer le niveau d'information et de satisfaction subjectif de ces femmes en matière de contraception ;
- Evaluer la fréquence des discussions entre patiente et soignant sur les différents modes de contraception disponibles, dans ces situations ;
- Identifier les freins majoritaires à l'utilisation des contraceptifs de longue durée d'action dans cette population.

### **B – Design de l'étude**

Il s'agit ici d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive et quantitative, certifiée conforme aux critères de la CNIL, via le tableau d'enregistrement des recherches et thèses du DUMG de Toulouse, sous le numéro 2022MF124, dont la déclaration est disponible en Annexe II.

Pour répondre à ces différents objectifs, un questionnaire au format papier, entièrement anonymisé d'emblée, a été remis par différents professionnels de santé à celles de leurs patientes qui remplissaient les critères d'inclusion. Le remplissage de ce questionnaire et donc la participation à l'étude se faisait, bien sûr, sur la base du volontariat, après délivrance par le professionnel de santé concerné à la patiente d'une information claire et exhaustive sur ses droits, en particulier celui de refuser d'être incluse dans l'étude, droits rappelés en première page du questionnaire.

Le remplissage des questionnaires se faisait par les patientes, soit au cours de la consultation soit avant ou après en salle d'attente, selon l'organisation propre de chaque praticien. Ces questionnaires ont été recueillis de façon anonyme par les professionnels de santé participant à l'étude, soit en mains propres soit via des urnes banalisées placées en salle d'attente. Ils ont ensuite été centralisés par l'investigateur pour analyse.

### **C – Population cible et population source**

La population cible idéale serait l'ensemble des femmes en situation de grossesse non désirée, l'étude étant menée sur le département du Tarn-et-Garonne. Etant entendu que la proportion de ces femmes qui décident de poursuivre et de mener à terme une telle grossesse est quasiment impossible à cibler de façon isolée, nous avons défini comme population source celle des femmes en demande d'IVG, que l'IVG ait effectivement lieu ou non, en excluant les patientes qui décident secondairement d'interrompre une grossesse initialement désirée. La nécessité du recueil d'un accord parental pour les études impliquant les personnes mineures, et la difficultés de s'assurer de la conformité du recueil de cet accord parental dans le cadre d'une étude anonymisée d'emblée

et portant sur un sujet aussi délicat que la demande d'IVG, ont amené l'exclusion de cette tranche de population de l'étude.

Ce choix de population a donc amené la définition de deux critères d'inclusion, le sexe féminin et la présence en consultation péri-IVG ; et de deux critères d'exclusion, un âge inférieur à 18 ans et la présence initiale d'un désir de grossesse.

La population source, correspondant au nombre de femmes en demande dans une situation de grossesse non désirée dans le Tarn-et-Garonne, était d'environ 448 femmes. En effet, la population féminine du Tarn-et-Garonne âgée de 15 à 50 ans est de 51 708 individus (chiffres extrapolés à notre population source) (26). En Occitanie, le taux de recours à l'IVG dans l'année 2022 chez les femmes de cette même tranche d'âge est de 17,3 ‰, soit 8,65 ‰ sur 6 mois (19) (chiffres extrapolés à notre étude, considérant négligeable le fait que ce taux n'inclut pas les consultations n'ayant pas abouti à une IVG effective, mais qu'il inclut les IVG réalisées sur des grossesses initialement désirées, elles-mêmes exclues de notre étude).

Le nombre de sujets nécessaire a ainsi été calculé à 80 pour un niveau de confiance à 95% avec une marge d'erreur de 10%.

#### D – Lieu et période de recueil

Le recueil de données a eu lieu dans l'ensemble du département du Tarn-et-Garonne. Les différents professionnels de santé pratiquant des IVG dans le département ont été sollicités pour cette étude, que ce soient des médecins généralistes ou des sages-femmes en libéral, identifiés via l'annuaire du réseau REIVOC, ou des structures hospitalières.

Les professionnels ayant été joignables par téléphone et ayant accepté de soumettre ce questionnaire à leurs patientes regroupent :

- 5 sages-femmes : Mme Laetitia ROSIER-DONNADIEU et Mme Cyrielle MARCHI à Labastide Saint-Pierre, Mme Amélie COURTEHEUSE-FAVOT à Montauban, Mme Marie-Laure MASSE à Montech et Mme Fabienne THAU à Beaumont-de-Lomagne ;
- 4 médecins : Dr Cécile ERHEL à Caylus, Dr Anne BLANDINO-PAULIN à Lafrançaise, Dr Jean-Marc PARIENTE à Labastide Saint-Pierre et Dr Laurence GILLARD à Montech ;
- 3 structures de santé : service de gynécologie du Centre Hospitalier de Montauban, service de consultations externes du Centre Hospitalier de Castelsarrasin-Moissac, et Centre de Planification et d'Education Familiale du Tarn-et-Garonne, regroupant les pôles de Montauban, Castelsarrasin et Moissac.

Le recueil de données a été réalisé sur une période de 6 mois, du 15 septembre 2023 au 15 mars 2024. Les intervenants ayant accepté de relayer les questionnaires ont été rencontrés en personne avant le recueil de données pour présenter l'étude et déposer les questionnaires vierges, puis ont été recontactés à intervalles réguliers, tous les mois par e-mail, à la fois pour recueillir leurs ressentis et leurs éventuelles difficultés dans la réalisation du recueil et pour leur remémorer l'étude, certains d'entre eux n'ayant que très occasionnellement l'occasion de pratiquer des IVG. La récupération des questionnaires complétés s'est faite en deux fois : une première fois mi-décembre 2023, soit à la moitié de la durée du recueil de données, permettant également une nouvelle rencontre en personne afin de discuter des éventuelles difficultés rencontrées, et une seconde fois mi-mars 2024, à la fin du recueil de données.

## **II – Questionnaire**

### **A – Structure du questionnaire**

Le questionnaire, disponible en Annexe I, est constitué de 36 questions structurées en 6 parties, dont deux sont facultatives. L'ensemble des questions étaient des questions fermées à réponses multiples, avec occasionnellement la possibilité pour les patientes remplissant le questionnaire d'apporter des précisions supplémentaires dans des espaces prévus à cet effet.

La partie 1 concernait le recueil des données socio-démographiques de la patiente (âge, niveau d'étude, situation conjugale et familiale) ainsi que la contraception en place avant le début de la grossesse.

Les parties 2 et 3 n'étaient à remplir que par les patientes ayant respectivement utilisé comme contraception au moment de la conception les préservatifs seuls, ou une contraception hormonale de courte durée d'action (pilule contraceptive, patch ou anneau). Elles visaient à évaluer brièvement les connaissances réelles et l'utilisation concrète de la contraception par la patiente, et donc son éventuelle inefficacité prévisible en cas d'utilisation inadaptée.

La partie 4 s'intéressait à l'histoire gynécologique de la patiente (satisfaction et information subjective concernant la contraception, modalités du suivi gynécologique, antécédents d'IVG).

La partie 5 avait vocation à répondre à l'objectif principal de l'étude, et relevait donc en premier lieu les sources d'information sur la contraception consultées par la patiente, mais aussi le degré de fiabilité attribué par la patiente à chacune de ces sources.

La partie 6 concernait les contraceptifs de longue durée d'action, leur éventuelle utilisation antérieure par la patiente ou les freins à leur utilisation, et la présence ou non d'une discussion avec un professionnel de santé incluant la présentation des différents moyens de contraception, y compris de longue durée d'action.

### **B – Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré sur la base de recherches bibliographiques effectuées sur la base de données internationales PubMed, le moteur de recherche Google Scholar et le catalogue du système universitaire de documentation SUDoc. Les équations de recherche utilisées ont inclus les mots-clés suivants (ainsi que leur traduction anglaise) : IVG ; Contraception ; Information ; Contraceptif de Longue Durée d'Action. Cette recherche a permis d'identifier les questions les plus judicieuses permettant de répondre aux différents objectifs de la recherche, et d'analyser en fonction de la littérature les formulations les plus adaptées permettant une bonne compréhension par la population-cible.

Une fois la première version du questionnaire mis en forme, elle a été soumise à plusieurs professionnels de santé volontaires intervenant dans le parcours contraceptif des femmes (médecin généraliste, sage-femme, conseillère conjugale en CPEF) et discutée en fonction de l'intérêt de chacune des parties et des questions, dans le contexte de cette recherche.

Les modifications jugées nécessaires au cours de ces discussions ayant été apportées, une nouvelle version du questionnaire a été soumise à 4 patientes-test (2 en cabinet de sage-femme et 2 en CPEF), sous supervision des professionnels de santé concernés, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions et de la logique structurant le questionnaire. Les informations récoltées au cours de ces essais ont alors permis la finalisation de la version définitive du questionnaire, qui a ensuite été imprimée et distribuée chez les différents intervenants ayant accepté de participer à l'étude.

### **III - Traitement des données**

Les réponses aux questionnaires recueillies ont été centralisées dans une base de données réalisée sur le logiciel de tableur Excel®. L'analyse statistique descriptive simple de ces données a été effectuée directement via ce logiciel.

L'analyse statistique bivariée de ces données a ensuite été effectuée sur la base de tableaux croisés dynamiques, réalisés dans ce même logiciel. Pour chacun de ces tableaux, les valeurs obtenues ont secondairement été comparées entre elles via l'utilisation de tests statistiques (test du Chi2 dans les situations où la taille des effectifs théoriques était suffisante pour en remplir les critères de validité, ou test de Fisher exact dans le cas contraire). Le facteur « âge » a été considéré comme une variable ordinale et analysé via le test de Kruskal-Wallis. Ces tests ont été réalisés via l'outil en ligne BiostaTGV®, mis à disposition par l'INSERM. Le seuil de signification statistique  $\alpha$  retenu pour ces tests était de 0,05.

# Résultats

## I - Distribution et recueil des questionnaires

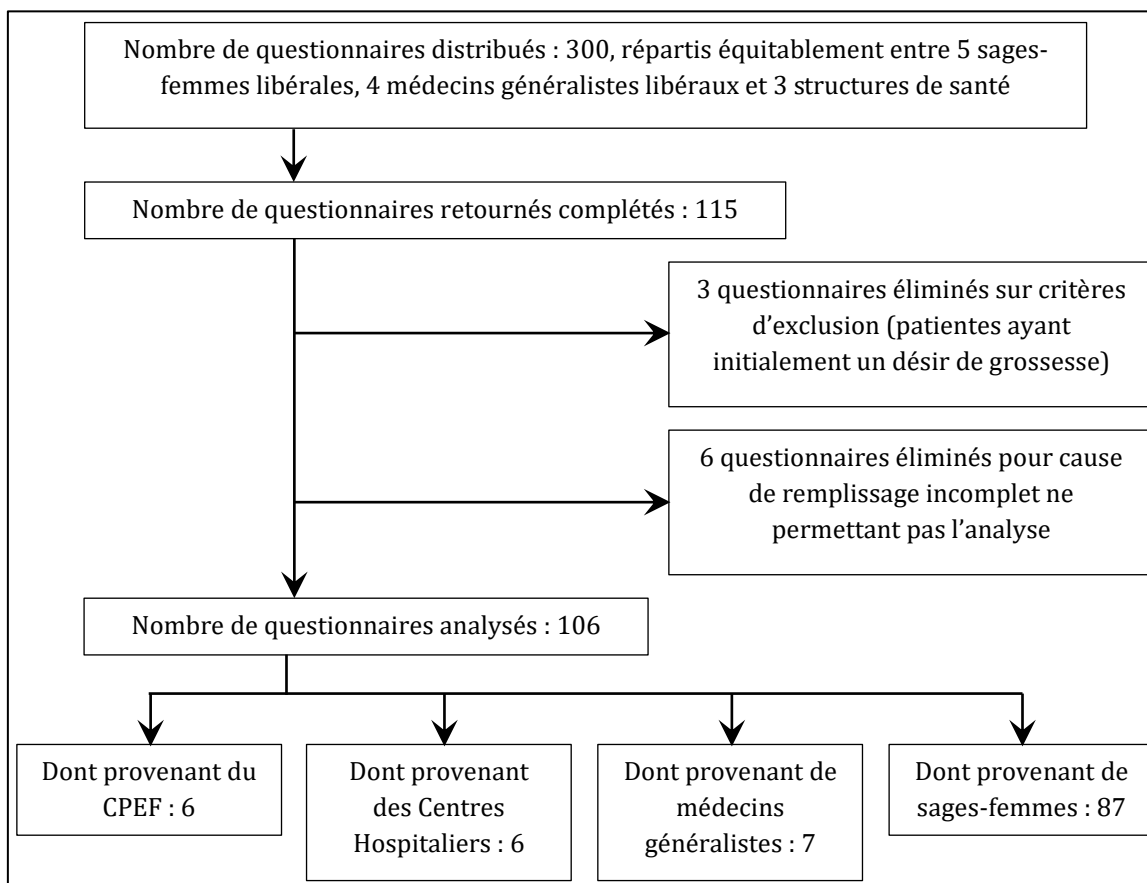


Figure 3. Diagramme de flux des questionnaires recueillis et analysés

On notera que le taux de participation effectif n'est pas connu, dans la mesure où il n'a pas été demandé aux intervenants de comptabiliser le nombre de refus de participation auxquels ils ont été confrontés.

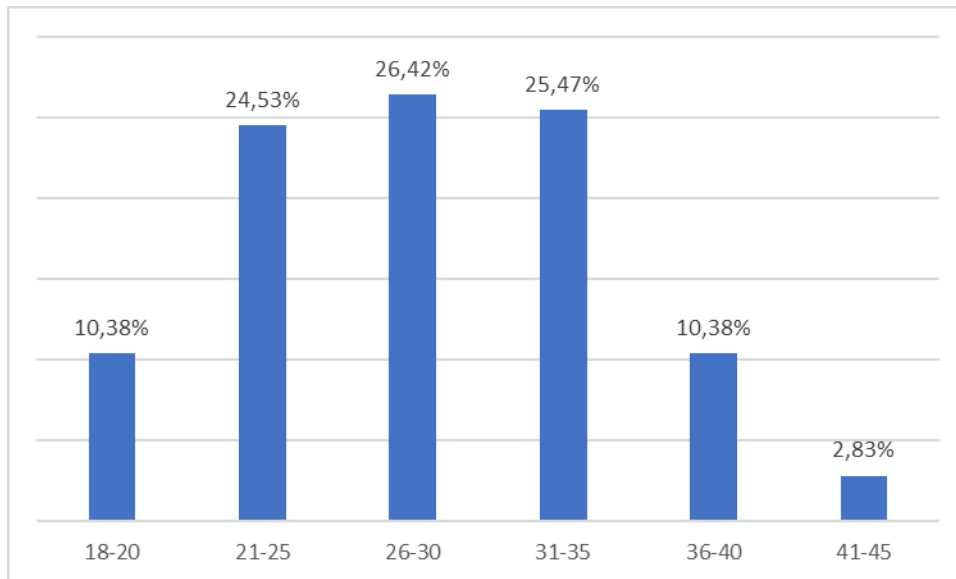
## II - Description de la population étudiée

### A - Caractéristiques socio-démographiques

#### 1 - Age

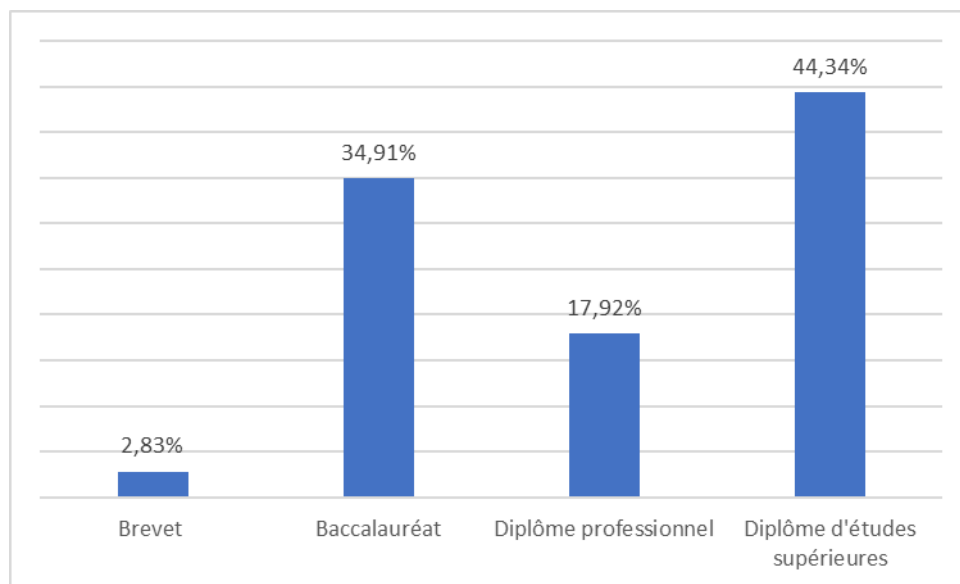
L'âge moyen des patientes incluses dans l'étude est de 28,73 ans. Les données sont regroupées dans la Figure 4.





**Figure 4.** Ages de la population étudiée

### 2 - Niveau d'études

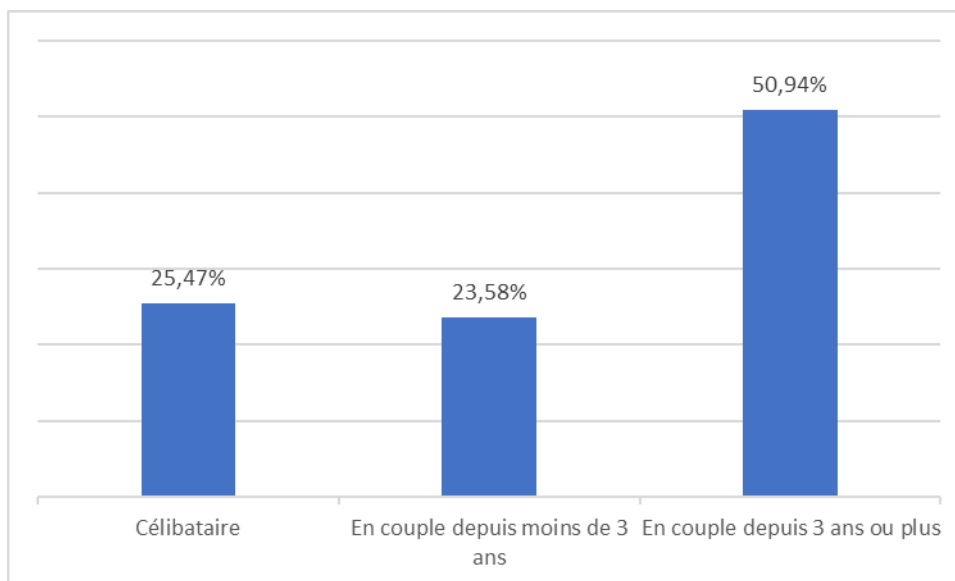


**Figure 5.** Niveaux d'études de la population étudiée

### 3 - Situation conjugale et familiale

L'échantillon de population étudié était réparti de façon quasiment équivalente entre les patientes avec enfants (53,77%) et les patientes sans enfants (46,23%).

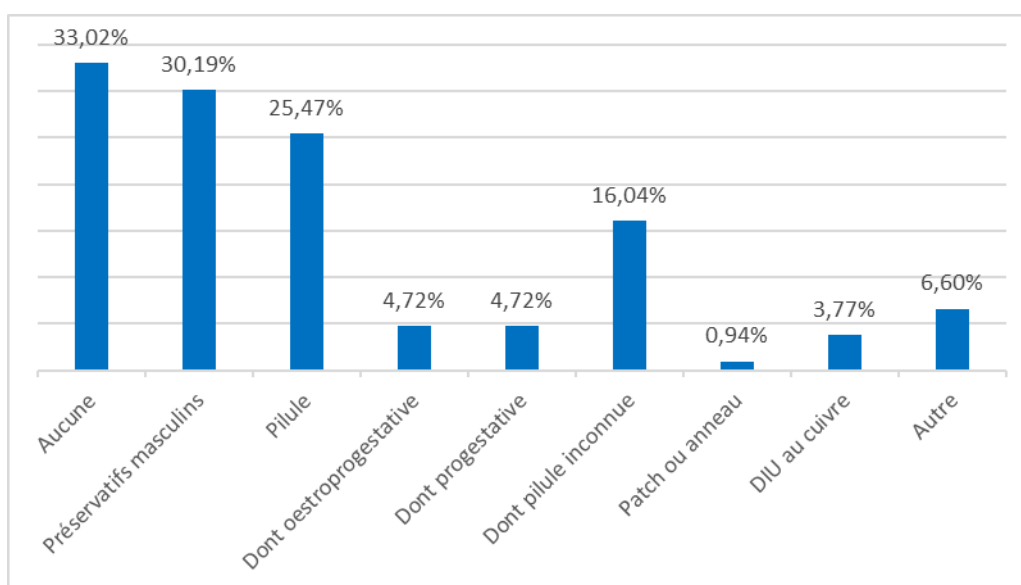
Concernant la situation conjugale, les données sont regroupées dans la Figure 6.



**Figure 6.** Situations conjugales de la population étudiée

## B – Parcours gynécologique global

### 1 – Contraception en place au début de la grossesse



**Figure 7.** Méthodes contraceptives en place au début de la grossesse dans la population étudiée

On retrouve 7 patientes (soit 6,60% de l'échantillon) qui ont coché la case « autre » à cette question, dont deux précisent utiliser un préservatif masculin uniquement en période de fertilité présumée, trois précisent utiliser la méthode du retrait, et deux autres disent utiliser une « méthode naturelle », sans précision.

Parmi les patientes ayant répondu n'avoir aucune méthode contraceptive en place au moment du début de la grossesse, une précise ne pas avoir eu de rendez-vous de consultation gynécologique assez rapide pour instaurer une contraception au début de sa relation, et une autre précise qu'elle pensait être stérile. Une autre patiente pensait être infertile, mais utilisait néanmoins des préservatifs par précaution, elle a donc coché la case « préservatifs masculins ».

## 2 – Modalités d'utilisation réelle des contraceptions les plus courantes

Concernant les patientes utilisatrices du préservatif, les données sont regroupées dans le Tableau 1.

Fréquence d'utilisation	Systématiquement	18,75%
	Rares oublis	62,50%
	Plus d'un oubli par mois	12,50%
	Plus d'un oubli par semaine	0,00%
	Occasionnellement	6,25%
Procédure en cas d'oubli ou de rupture	Parfaitement maîtrisée	62,50%
	Non maîtrisée mais information facilement accessible	21,88%
	Non maîtrisée et information difficilement accessible	12,50%
	Inconnue	3,13%
Contraceptif d'urgence disponible à domicile	Oui	21,88%
	Non	78,13%
Possibilité d'optention sur ordonnance	Connue et utilisée	25,00%
	Connue mais non utilisée	34,38%
	Inconnue	40,63%

**Tableau 1.** Modalités d'utilisation réelle du préservatif dans la population étudiée

Concernant les patientes utilisatrices de la pilule contraceptive, les données sont regroupées dans le Tableau 2.

Fréquence d'oubli	Jamais	21,43%
	1 à 2 fois dans la dernière année	32,14%
	3 à 4 fois dans la dernière année	32,14%
	5 à 6 fois dans la dernière année	3,57%
	plus de 6 fois dans la dernière année	10,71%
Procédure en cas d'oubli	Parfaitement maîtrisée	46,43%
	Non maîtrisée mais information facilement accessible	21,43%
	Non maîtrisée et information difficilement accessible	7,14%
	Inconnue	25,00%
Préservatifs et contraceptif d'urgence disponibles à domicile	Oui	35,71%
	Non	64,29%

**Tableau 2.** Modalités d'utilisation réelle de la pilule contraceptive dans la population étudiée

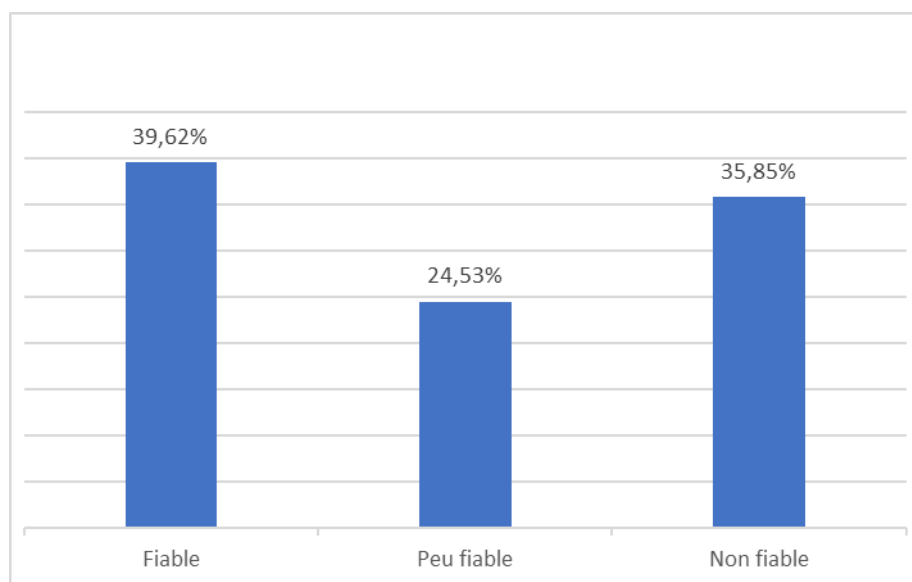
Concernant la seule patiente incluse dans l'étude qui utilisait des anneaux contraceptifs, elle décrit 1 à 2 oublis dans la dernière année, une procédure en cas d'oubli parfaitement maîtrisée, et n'a pas de préservatif et de contraceptif d'urgence disponibles à domicile, sa situation est donc similaire à celle la plus fréquemment rencontrée dans la population de femmes utilisatrices de la pilule contraceptive.

## 3 – Niveau de fiabilité de la contraception utilisée

A l'aide des différentes questions précédentes, les patientes ont été classées en 3 catégories en fonction de la fiabilité estimée de la contraception en place au moment du début de la grossesse, dans les conditions dans lesquelles elle était utilisée, selon les critères suivants :

- Ont été estimés fiables : le DIU (dont l'efficacité selon l'OMS en 2011 (4), disponible en Annexe III, est de 0,6% de grossesses la première année en utilisation théorique et de 0,8% de grossesse la première année en utilisation réelle), la pilule avec moins de 2 oublis par an et une procédure en cas d'oubli maîtrisée ou facilement accessible, ou le préservatif utilisé systématiquement ou avec de rares oublis et une procédure en cas d'oubli ou de rupture maîtrisée ou facilement accessible ;
- Ont été estimées non fiables : l'absence de contraception, l'utilisation de la pilule contraceptive avec 5 oublis ou plus par an ou l'utilisation du préservatif avec un oubli ou plus par semaine ;
- Ont été estimées peu fiables : l'utilisation du préservatif ou de la pilule contraceptive dans toutes les autres configurations, l'utilisation de la méthode du retrait (dont l'efficacité, disponible en Annexe III, est de 4% de grossesses la première année en utilisation théorique et de 27% de grossesse la première année en utilisation réelle) ou des méthodes dites « naturelles » (dont l'efficacité, disponible en Annexe III, est de 3 à 5% de grossesses la première année pour celles qui ont été évaluées en utilisation théorique et de 25% de grossesses la première année pour celles qui ont été évaluées en situation réelle).

Les données sont regroupées dans la Figure 8.



**Figure 8.** Fiabilité estimée des différents moyens de contraception en place au début de la grossesse dans la population étudiée

#### 4 – Satisfaction, information et liberté de choix contraceptif

Parmi les patientes interrogées, 53,77% s'estiment satisfaites de leur contraception, 31,14% ne s'en estiment pas satisfaites, et 15,09% n'ont pas répondu à la question (soient 16 patientes, dont 5 utilisaient le préservatif et les 11 autres n'avaient aucune contraception en place au moment du début de la grossesse).

Parmi les causes d'insatisfaction citées par les patientes, à qui il était proposé d'apporter des précisions si elles le souhaitent, on retrouve :

- les « effets indésirables » sans précision, cités à 4 reprises ; une autre patiente parle également de « risque pour la santé » sans précision ;

- les « dérèglements hormonaux » ou « problèmes hormonaux » ou « hormones » sans précision, cités 4 fois ;
- la sécheresse vaginale, citée 2 fois, et les mycoses génitales, citées 1 fois ;
- la baisse de libido, citée 3 fois ;
- les troubles de l'humeur ou la fatigue, cités 3 fois ;
- les ballonnements, cités 1 fois ;
- l'acné, citée 1 fois ;
- les migraines ou céphalées, citées 2 fois ;
- la prise de poids sous implant contraceptif, citée une fois ;
- les douleurs engendrées par l'anneau contraceptif lors des rapports sexuels, citées une fois ;
- l'expulsion du DIU, citée une fois, l'infection génitale haute sur DIU, citée une fois, et les saignements continus sous DIU au cuivre, cités une fois ;
- l'aspect contraignant de la prise de pilule quotidienne, cité une fois ;
- une efficacité insuffisante, citée 3 fois, une fois pour la pilule, une fois pour le préservatif et une fois pour les « méthodes naturelles ».

On notera que les patientes ont répondu à cette question indépendamment de la contraception en place au moment de la grossesse (plusieurs patientes décrivent notamment des effets indésirables des contraceptions hormonales alors qu'elles ont déclaré avoir été sous préservatif seul, méthodes naturelles ou sans contraception au début de la grossesse). Il est probable qu'elles aient compris cette question comme portant sur leur contraception précédente, et donnent les raisons ayant mené à son interruption. De fait, il est impossible pour un grand nombre de réponses de donner la contraception précise à laquelle elles se rapportent, si les patientes ne l'ont pas précisé dans la même question.

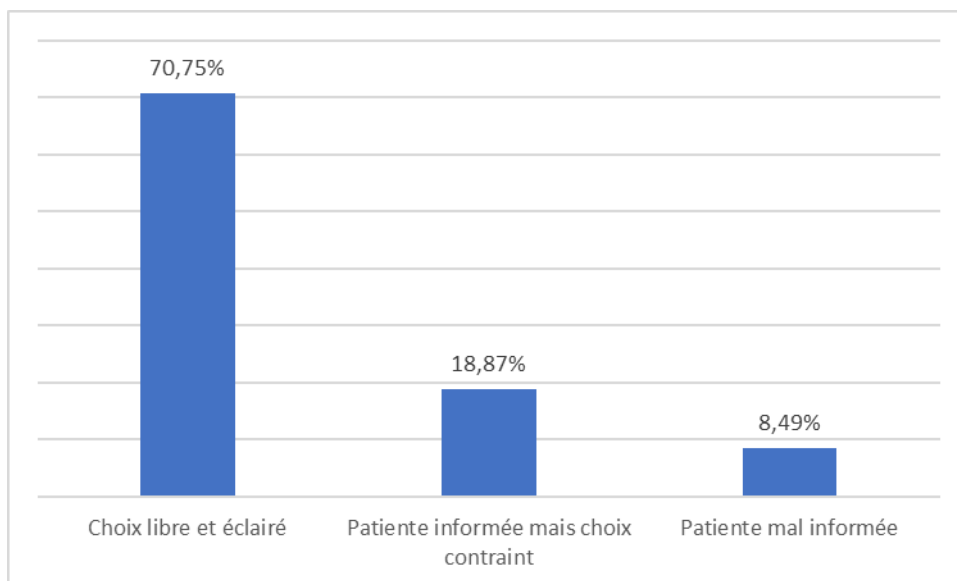
Une patiente précise avoir été satisfaite de sa contraception, parce qu'elle était selon elle efficace jusque-là.

Parmi les patientes interrogées :

- concernant leur propre contraception : 79,25% s'estiment informées, 16,04% ne s'estiment pas suffisamment informées, et 4,72% n'ont pas répondu à la question
- concernant la contraception de façon générale et les autres modes de contraception disponible : 67,92% s'estiment informées, 27,36% ne s'estiment pas suffisamment informées, et 4,72% n'ont pas répondu à la question

Une patiente s'estime mal informée et précise qu'elle n'a jamais eu d'explication quelconque sur le fonctionnement de sa pilule. Une autre décrit n'avoir pas été accompagnée dans sa contraception, et avoir été mise sous pilule contraceptive à l'âge de 16 ans sans explications particulières ni liberté de choix.

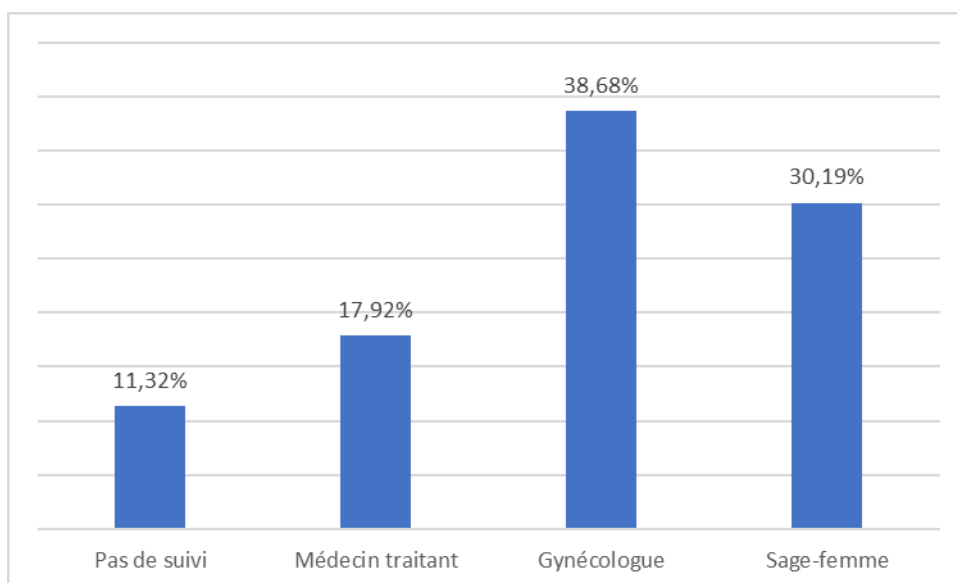
Concernant la liberté de choix de leur contraception, les données sont regroupées dans la Figure 9. 1,89% des patientes n'ont pas répondu à la question.



**Figure 9.** Liberté de choix contraceptif dans la population étudiée

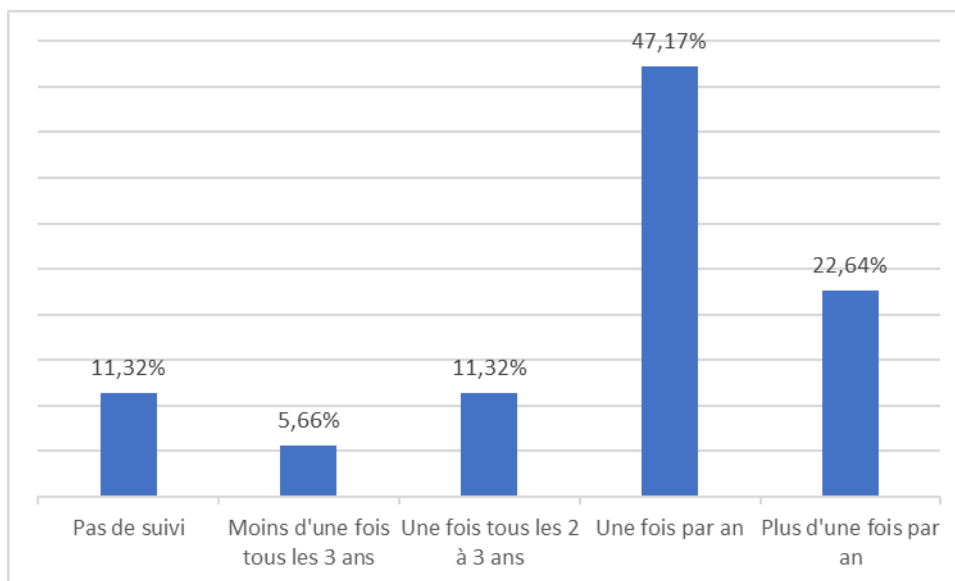
### 5 – Nature et fréquence du suivi gynécologique

Concernant le soignant responsable du suivi gynécologique, les données sont regroupées dans la Figure 10. 1,89% des patientes n'ont pas répondu à la question.



**Figure 10.** Soignant assurant le suivi gynécologique dans la population étudiée

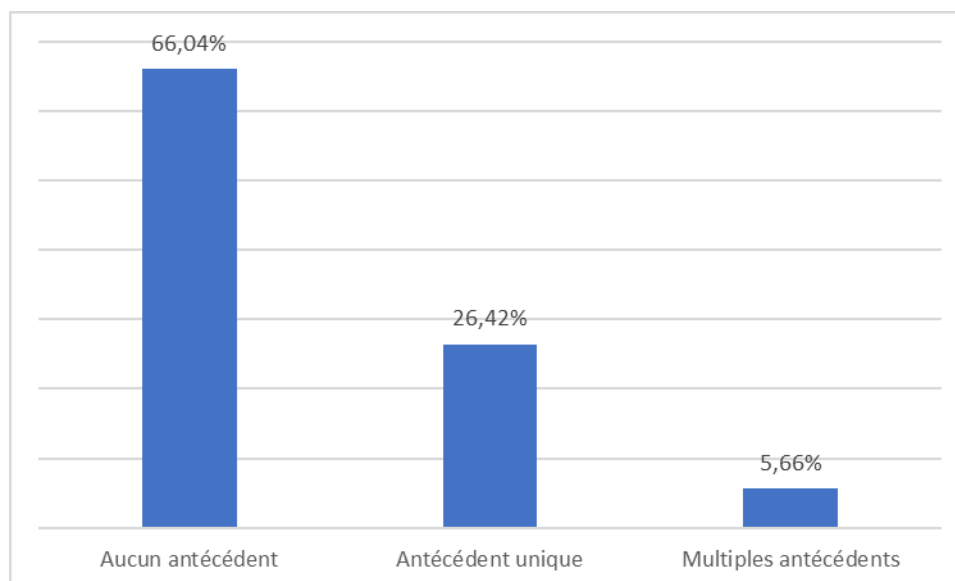
Concernant la fréquence du suivi gynécologique, les données sont regroupées dans la Figure 11. 1,89% des patientes n'ont pas répondu à la question.



**Figure 11.** Fréquence du suivi gynécologique dans la population étudiée

### 6 – Antécédents d'IVG

Concernant les antécédents d'IVG, les données recueillies sont regroupées dans la Figure 12. 1,89% des patientes n'ont pas répondu à la question.



**Figure 12.** Antécédents d'IVG de la population étudiée

### C – Sources d'information sur la contraception

#### 1 – Fréquence d'utilisation des différentes sources d'information contraceptive

Les patientes étaient ensuite interrogées concernant les sources d'information sur la contraception consultées avant le début de leur grossesse non désirée. Il leur était demandé de définir, pour chacune des sources envisagées (il était également proposé une ligne « autres »

permettant éventuellement d'apporter des précisions, mais aucune patiente n'y a eu recours), la fréquence à laquelle elles avaient l'habitude de s'y référer.

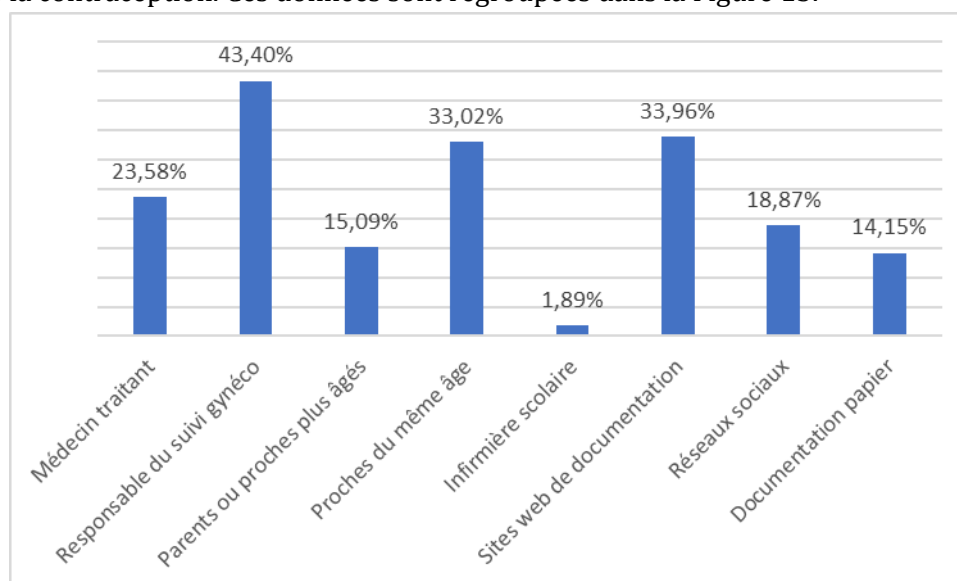
Le Tableau 3 regroupe les résultats obtenus, pour chacune des catégories de fréquence, par chaque source d'information proposée.

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais	Jamais
Médecin traitant	7,55%	12,26%	15,09%	9,43%	14,15%	41,51%
Soignant faisant le suivi gynéco ou prescrivant la contraception	16,98%	20,75%	19,81%	5,66%	5,66%	31,13%
Parents ou proches plus âgés	2,83%	12,26%	18,87%	16,04%	10,38%	39,26%
Amis, fratrie ou proches du même âge	11,32%	20,75%	23,58%	11,32%	2,83%	30,19%
Infirmière scolaire ou soignants intervenant en milieu scolaire	0%	1,89%	3,77%	7,55%	4,72%	82,08%
Internet : sites de documentation officiels	11,32%	19,81%	20,75%	12,26%	9,43%	26,42%
Internet : réseaux sociaux	5,66%	16,98%	10,38%	10,38%	8,49%	48,11%
Documentation papier (livres, brochures, cours de biologie...)	2,83%	13,21%	9,43%	13,21%	11,32%	50%

**Tableau 3.** Fréquence d'utilisation des différentes sources d'information contraceptive par la population étudiée

## 2 - Hiérarchisation des différentes sources d'information contraceptive en fonction de leur fréquence d'utilisation

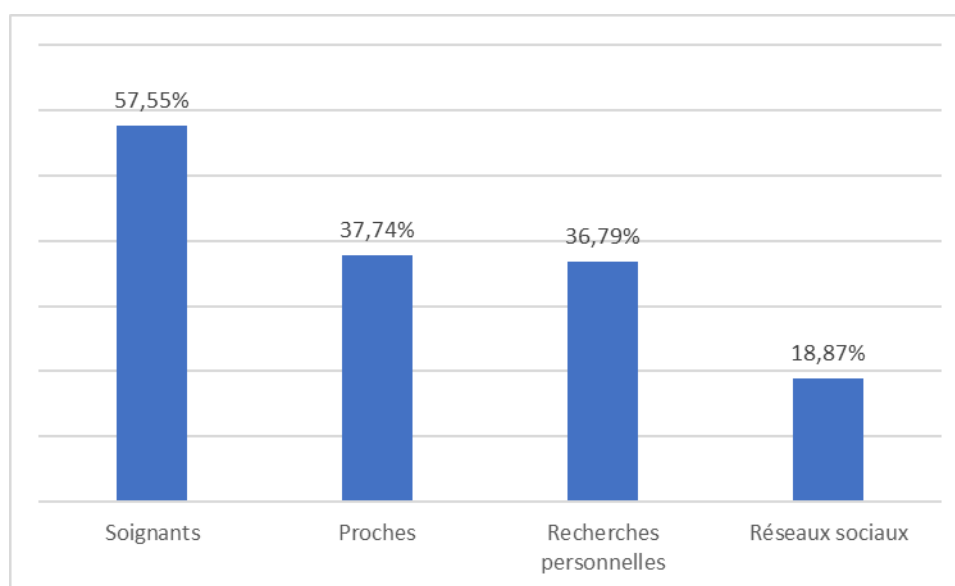
Afin de rendre ces données plus lisibles et analysables et de les standardiser (les patientes n'ayant pas la même fréquence de référence), il en a été extrait pour chaque patiente la ou les sources d'information ayant obtenu la fréquence d'utilisation la plus élevée, c'est-à-dire la ou les sources d'information favorisées par la patiente en première intention en cas de questionnement au sujet de la contraception. Ces données sont regroupées dans la Figure 13.



**Figure 13.** Sources d'information favorisées par les patientes interrogées



Ces différentes sources d'information ont ensuite été regroupées par catégories, à savoir les soignants prescripteurs, les proches, les recherches personnelles (papier ou dématérialisées), et les réseaux sociaux. Ces données sont regroupées dans la Figure 14.



**Figure 14.** Catégories de sources d'information favorisées par les patientes interrogées

### 3 – Fiabilité estimée des différentes sources d'information contraceptive

De la même façon, les patientes étaient interrogées sur la fiabilité qu'avaient selon elles les sources d'information sur la contraception citées précédemment.

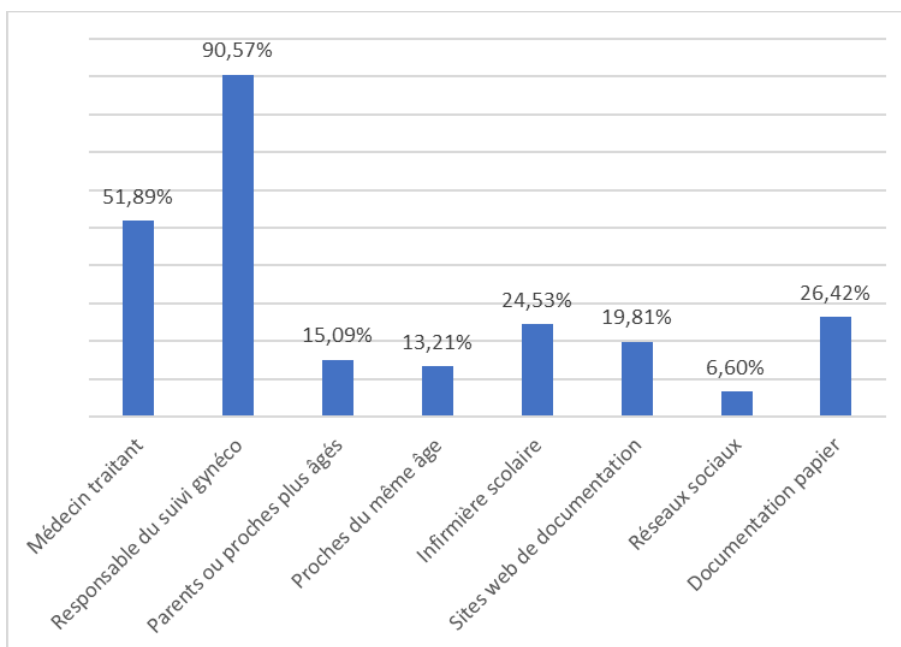
Le Tableau 4 regroupe les résultats obtenus, pour chacune des catégories de fiabilité, par chaque source d'information proposée.

	Parfaitement fiable	Globalement fiable	Peu fiable	Absolument pas fiable
Médecin traitant	34,91%	51,89%	8,49%	4,72%
Soignant faisant le suivi gynéco ou prescrivant la contraception	68,87%	27,36%	0%	3,77%
Parents ou proches plus âgés	3,77%	36,79%	40,57%	18,87%
Amis, fratrie ou proches du même âge	3,77%	36,79%	40,57%	18,87%
Infirmière scolaire ou soignants intervenant en milieu scolaire	14,15%	42,45%	29,25%	14,15%
Internet : sites de documentation officiels	8,49%	41,51%	33,96%	16,04%
Internet : réseaux sociaux	0,94%	20,75%	37,74%	40,57%
Documentation papier (livres, brochures, cours de biologie...)	14,15%	50%	20,75%	15,09%

**Tableau 4.** Fiabilité estimée des différentes sources d'information contraceptive par la population étudiée

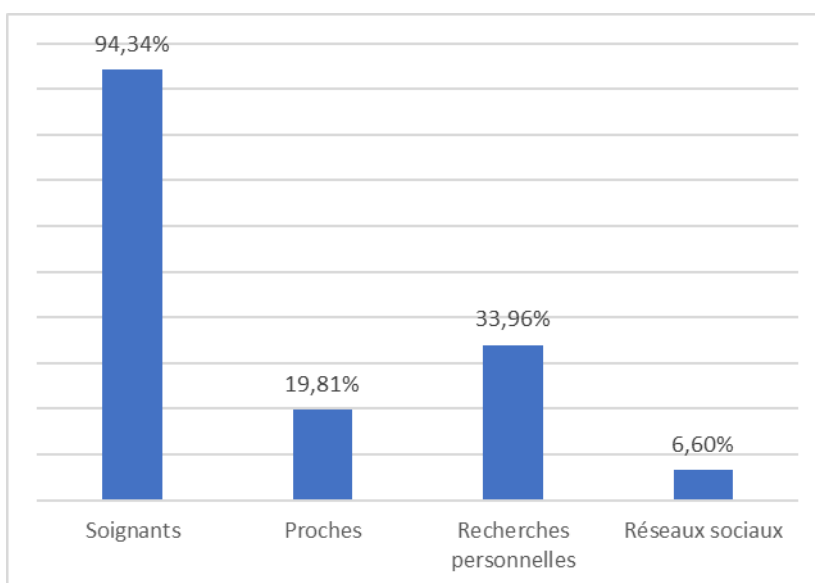
#### 4 – Hiérarchisation des différentes sources d'information contraceptive en fonction de leur fiabilité estimée

Afin de rendre ces données plus lisibles et analysables et de les standardiser (les patientes n'ayant pas le même niveau de fiabilité de référence), il en a été extrait pour chaque patiente la ou les sources d'information considérées comme les plus fiables. Ces données sont regroupées dans la Figure 15.



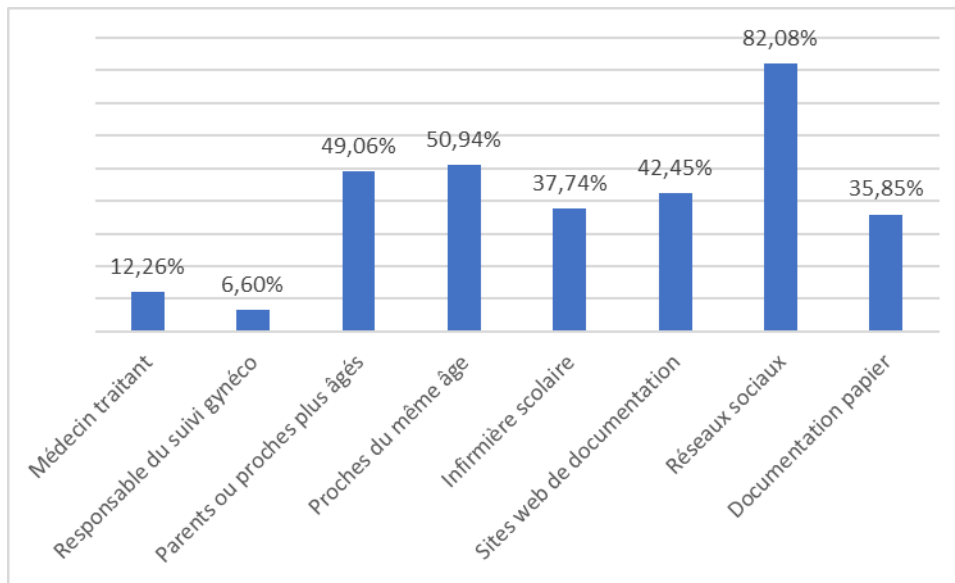
**Figure 15.** Sources d'information les plus fiables selon la population étudiée

Ces différentes sources d'information ont ensuite été regroupées par catégories, à savoir les soignants prescripteurs, les proches, les recherches personnelles (papier ou dématérialisées), et les réseaux sociaux. Ces données sont regroupées dans la Figure 16.



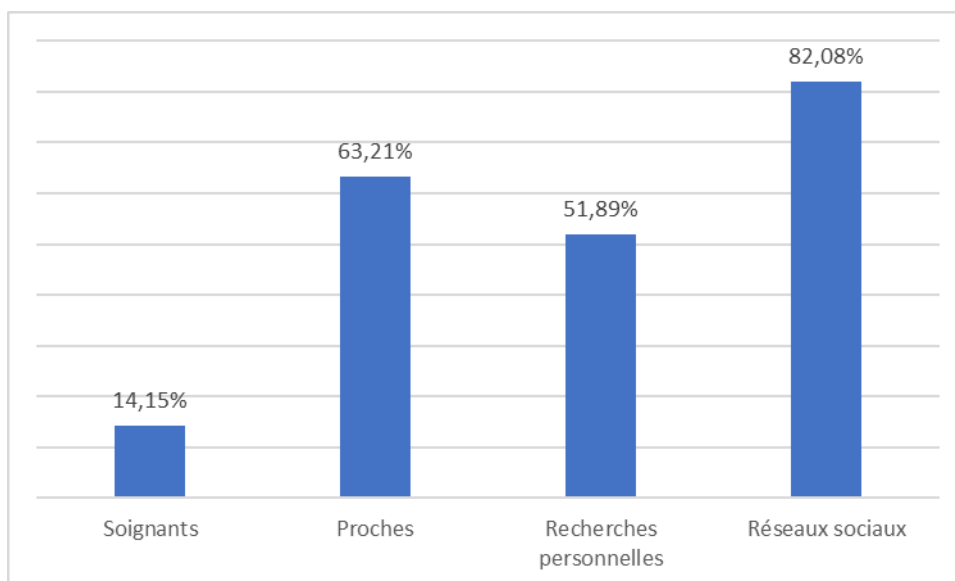
**Figure 16.** Catégories de sources d'information les plus fiables selon la population étudiée

De la même façon, il a été extrait des données recueillies, pour chaque patiente, la ou les sources d'information considérées comme les moins fiables. Ces données sont regroupées dans la Figure 17.



**Figure 17.** Sources d'information les moins fiables selon la population étudiée

Ces différentes sources d'information ont ensuite été regroupées par catégories, ces données sont regroupées dans la Figure 18.

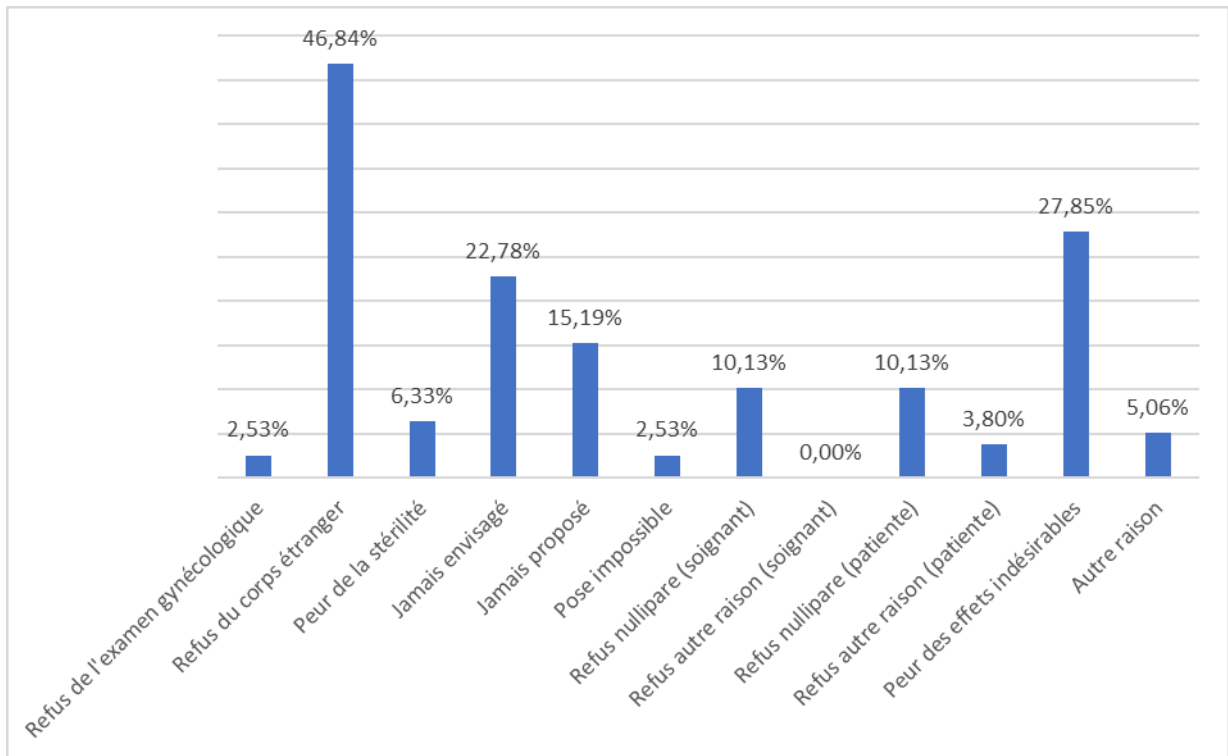


**Figure 18.** Catégories de sources d'information les moins fiables selon la population étudiée

## D – Utilisation de contraceptifs de longue durée d'action et freins éventuels

### 1 – Freins à l'utilisation du DIU

Parmi les patientes interrogées, 74,53% (soient 79 patientes) n'avaient jamais utilisé de DIU antérieurement. Les données concernant les freins à cette utilisation sont regroupées dans la Figure 19.



**Figure 19.** Freins à l'utilisation du DIU dans la population interrogée

On notera que 21,62% des patientes citant le refus du corps étranger comme frein à l'utilisation du DIU avaient cependant déjà été porteuses d'un implant contraceptif, et 18,92% des patientes citant le refus du corps étranger comme frein à l'utilisation du DIU ne le citent pas comme frein à l'utilisation de l'implant contraceptif.

Parmi les patientes ayant cité la peur des effets indésirables comme frein à l'utilisation du DIU, voici les précisions apportées :

- ménorragies, citées 2 fois ;
- spotting, cités 1 fois ;
- saignements, sans précision, cités 3 fois ;
- dysménorrhées, citées 1 fois ;
- dyspareunies, citées 1 fois ;
- douleurs, sans précision, citées 3 fois ;
- expulsion ou migration du DIU, citée 2 fois ;
- troubles de l'humeur, cités 2 fois ;
- troubles de la libido, cités 1 fois ;
- prise de poids, citée 1 fois ;
- changements hormonaux, sans précision, cités 1 fois ;
- effets secondaires sur une grossesse ultérieure, cités 1 fois (cette patiente avait estimé que le DIU n'était pas adapté pour elle car elle n'avait jamais eu d'enfant, mais n'avait pas coché la peur de la stérilité) ;
- peur d'avoir un utérus trop petit pour le DIU, citée 1 fois ;
- peur d'avoir du cuivre dans le vagin, cité 1 fois (cette patiente précise que ce serait arrivé à une de ses amies).

On notera que 40,91% des patientes ayant cité la peur des effets indésirables comme frein à l'utilisation du DIU ne précisent pas de quels effets indésirables il s'agit.

Les 4 patientes ayant coché la case « autres » dans la question concernant les freins à l'utilisation du DIU donnent les précisions suivantes :

- l'une était satisfaite de sa contraception par pilule ;
- l'une avait peur de faire une grossesse sous stérilet ;
- l'une n'avait pas pu avoir de rendez-vous médical assez rapide pour initier une contraception au début d'une nouvelle relation ;
- l'une avait un mode de vie très nomade et n'avait pas de possibilité d'avoir un suivi gynécologique.

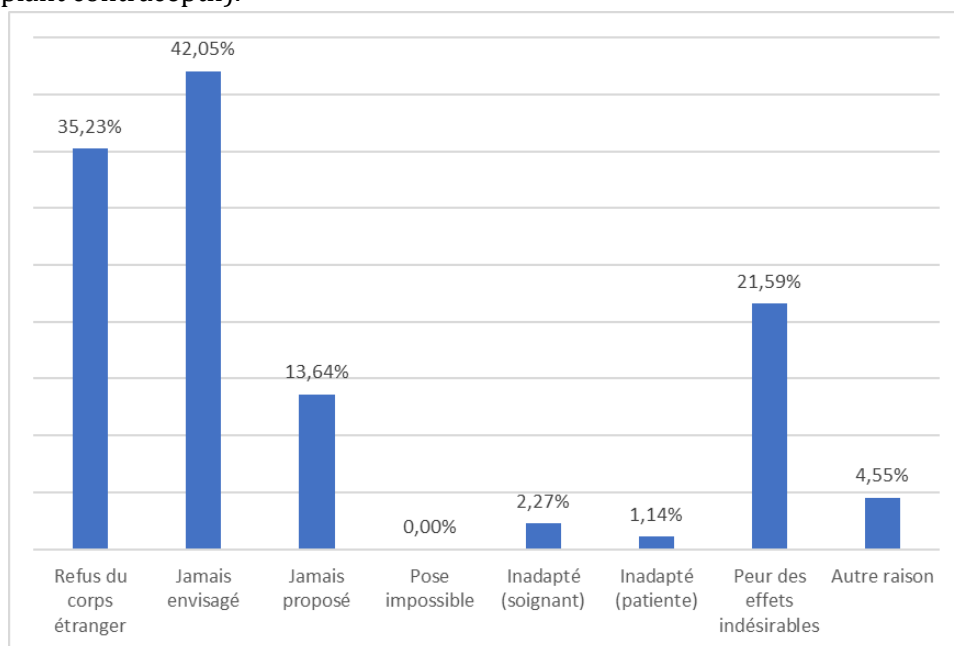
## 2 – Freins à l'utilisation de l'implant contraceptif

Parmi les patientes interrogées, 83,02% (soient 88 patientes) n'avaient jamais utilisé d'implant contraceptif antérieurement. Les données concernant les freins à cette utilisation sont regroupées dans la Figure 20.

On notera que 19,35% des patientes citant le refus du corps étranger comme frein à l'utilisation de l'implant contraceptif avaient cependant déjà été porteuses d'un DIU, et 9,68% des patientes citant le refus du corps étranger comme frein à l'utilisation de l'implant contraceptif ne le citent pas comme frein à l'utilisation du DIU.

Parmi les patientes ayant cité la peur des effets indésirables comme frein à l'utilisation de l'implant contraceptif, voici les précisions apportées :

- troubles de l'humeur, cités 2 fois ;
- troubles de la libido, cités 2 fois ;
- augmentation de la durée des règles, citée 1 fois ;
- prise de poids, citée 1 fois ;
- changements hormonaux, sans précision, cités 2 fois ;
- effets secondaires sur une grossesse ultérieure, cités 1 fois ;
- peur des effets indésirables immédiats du geste lors de la pose, citée 1 fois ;
- peur du cancer, citée 1 fois (cette patiente précise qu'une amie aurait eu un cancer dû à son implant contraceptif).



**Figure 20.** Freins à l'utilisation de l'implant contraceptif dans la population interrogée

On notera que 57,89% des patientes ayant cité la peur des effets indésirables comme frein à l'utilisation de l'implant contraceptif ne précisent pas de quels effets indésirables il s'agit. Parmi elles, deux ont néanmoins apporté des remarques :

- la première décrit des amies qui « ont eu beaucoup de soucis à cause de ça » ;
- la seconde décrit ses peurs comme « beaucoup de croyances limitantes sur les effets secondaires ».

Les deux patientes ayant coché la case « le soignant estimait que ce n'était pas adapté pour moi » ont donné les précisions suivantes :

- la première avait des migraines sous pilule contraceptive ;
- la seconde présentait des saignements continus sous pilule progestative.

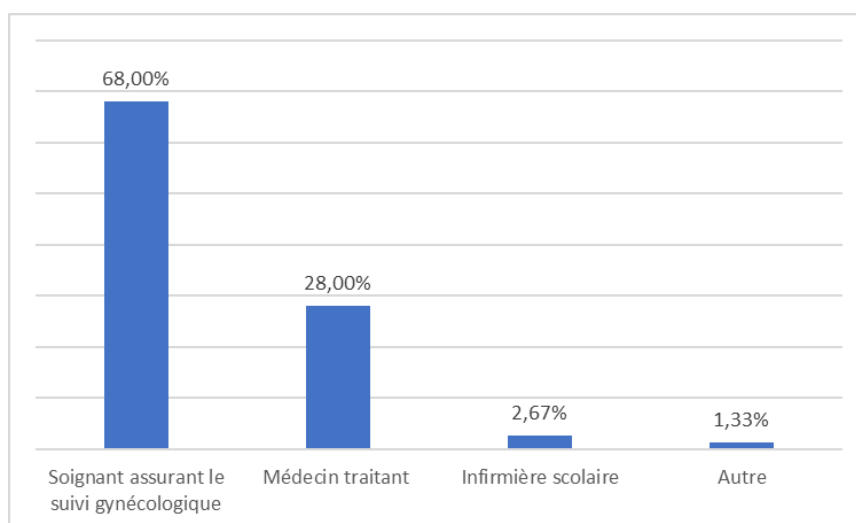
Les 4 patientes ayant coché la case « autres » dans la question concernant les freins à l'utilisation de l'implant contraceptif donnent les précisions suivantes :

- l'une était satisfaite de sa contraception par pilule ;
- l'une n'avait pas pu avoir de rendez-vous assez rapide pour initier une contraception au début d'une nouvelle relation ;
- l'une décrit un « refus des hormones et d'un changement du fonctionnement naturel de [son] corps » ;
- l'une précise que l'implant contraceptif « ne [lui] paraît pas efficace ».

#### E – Consultation individuelle à visée d'information contraceptive

Parmi les patientes interrogées, 29,25% (soient 31 patientes) disent n'avoir jamais eu de conversation en consultation individuelle avec un professionnel de santé sur les différents moyens de contraception disponibles en France.

Concernant les patientes qui rapportent avoir eu une telle conversation, les données sur le soignant ayant été leur interlocuteur sont regroupées dans la Figure 21.



**Figure 21.** Soignant ayant réalisé la consultation d'information contraceptive

### **III - Analyse statistique**

Ces résultats sont présentés sous forme de tableaux, dans lesquels les situations où la p-value est strictement inférieure à 0,05, seuil de significativité de la corrélation, sont mises en valeur par l'utilisation d'une police d'écriture en gras et soulignée.

#### **A - Facteurs associés aux différentes sources d'information contraceptive consultées et à leur fiabilité estimée**

Afin de répondre à l'objectif principal de l'étude, qui était d'identifier les sources d'information sur la contraception les plus consultées par les femmes qui se sont ensuite retrouvées en situation d'échec contraceptif, et donc de grossesse non désirée, une corrélation statistique entre ces différentes sources d'information (que ce soit concernant leur utilisation factuelle ou leur fiabilité estimée selon les patientes interrogées) et les facteurs explicatifs potentiels répertoriés lors de l'étude a été recherchée.

##### **1 - Sources d'information sur la contraception consultées prioritairement**

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 5, qui regroupe le pourcentage de patientes sollicitant prioritairement chacune des catégories de sources d'information évaluées, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

##### **2 - Sources d'information sur la contraception considérées comme ayant une meilleure fiabilité**

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 6, qui regroupe le pourcentage de patientes considérant que chacune des catégories de sources d'information évaluées fait partie des plus fiables, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

##### **3 - Sources d'information sur la contraception considérées comme ayant une moindre fiabilité**

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 7, qui regroupe le pourcentage de patientes considérant que chacune des catégories de sources d'information évaluées fait partie des moins fiables, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

Facteurs explicatifs		Sollicitation prioritaire d'un soignant prescripteur	Sollicitation prioritaire des proches	Sollicitation prioritaire de recherches personnelles	Sollicitation prioritaire des réseaux sociaux
Age	18-20 ans	18,1%	63,6%	45,5%	27,3%
	21-25 ans	42,3%	50,0%	26,9%	26,9%
	26-30 ans	71,4%	21,4%	35,7%	10,7%
	31-35 ans	63,0%	37,0%	40,7%	18,5%
	36-40 ans	81,8%	27,3%	27,3%	18,2%
	41-45 ans	66,7%	33,3%	100,0%	0,0%
		<b>p=0,002</b>	p=0,06	p=0,47	p=0,26
Niveau d'études	Brevet	33,3%	33,3%	0,0%	66,7%
	Diplôme professionnel	57,9%	31,6%	31,6%	36,8%
	Baccalauréat	43,2%	37,8%	45,9%	16,2%
	Diplôme d'enseignement supérieur	70,2%	40,4%	34,0%	14,9%
		p=0,06	p=0,91	p=0,36	<b>p=0,046</b>
Statut relationnel	Femmes célibataires	55,6%	40,7%	37,0%	33,3%
	Femmes en couple depuis <3ans	36,0%	52,0%	44,0%	20,0%
	Femmes en couple depuis >3ans	68,5%	29,6%	33,3%	11,1%
		<b>p=0,03</b>	p=0,15	p=0,67	p=0,06
Parentalité	Femmes sans enfants	49,0%	51,0%	38,8%	26,5%
	Femmes avec enfants	64,9%	26,3%	35,1%	12,3%
		p=0,10	<b>p=0,01</b>	p=0,69	p=0,06
Mode de contraception	Aucune	48,6%	37,1%	31,4%	28,6%
	Préservatif	39,4%	46,9%	31,3%	9,4%
	Pilule (toutes confondues)	59,3%	29,6%	40,7%	18,5%
	Pilule Oestro-progestative	60,0%	40,0%	20,0%	0,0%
	Pilule Progestative	60,0%	20,0%	60,0%	20,0%
	Pilule inconnue de la patiente	58,8%	29,4%	41,2%	23,5%
	DIU au cuivre	100,0%	0,0%	50,0%	25,0%
	Autre	57,1%	42,9%	71,4%	14,3%
		p=0,73	p=0,55	p=0,41	p=0,49
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	61,4%	40,4%	43,9%	19,3%
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	61,9%	34,5%	38,1%	15,5%
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	65,3%	38,9%	30,6%	13,9%
		p=0,83	p=0,71	p=0,12	p=0,38
		p=0,26	p=0,15	p=0,50	p=0,48
		p=0,11	p=0,68	p=0,09	p=0,10
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	25,0%	50,0%	50,0%	25,0%
	Médecin généraliste	57,9%	42,1%	36,8%	26,3%
	Gynécologue	56,1%	36,6%	36,6%	19,5%
	Sage-femme	75,0%	31,3%	31,3%	9,4%
		<b>p=0,03</b>	p=0,66	p=0,72	p=0,34
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	25,0%	50,0%	50,0%	25,0%
	Mois d'une fois tous les 3 ans	50,0%	50,0%	66,7%	0,0%
	Une fois tous les 2 ans	41,7%	41,7%	50,0%	16,7%
	Tous les ans	66,0%	26,0%	30,0%	18,0%
		<b>p=0,04</b>	p=0,12	p=0,22	p=0,83
		70,8%	54,2%	29,2%	20,8%
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	61,4%	35,7%	32,9%	20,0%
	Un antécédent unique d'IVG	57,1%	50,0%	42,9%	10,7%
	Multiples antécédents d'IVG	33,3%	0,0%	50,0%	33,3%
		p=0,39	p=0,06	p=0,44	p=0,29
Consultation dédiée	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	29,0%	38,7%	48,4%	25,8%
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	66,7%	31,4%	31,4%	15,7%
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	80,9%	38,1%	33,3%	9,5%
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	33,3%	100,0%	33,3%	66,7%
		<b>p&lt;0,001</b>	p=0,79	p=0,11	p=0,24
		p=0,15	p=0,07	p=0,99	p=0,09
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		57,5%	36,8%	36,8%	18,9%

**Tableau 5.** Catégories de sources d'information sur la contraception sollicitées prioritairement par les patientes en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés



Facteurs explicatifs		Fiabilité plus importante du soignant prescripteur	Fiabilité plus importante des proches	Fiabilité plus importante des recherches	Fiabilité plus importante des réseaux sociaux
Age	18-20 ans	100,0%	18,1%	54,5%	18,2%
	21-25 ans	92,3%	26,9%	26,9%	7,7%
	26-30 ans	96,4%	25,0%	32,1%	7,1%
	31-35 ans	92,6%	11,1%	29,6%	0,0%
	36-40 ans	100,0%	18,2%	27,3%	9,1%
	41-45 ans	66,7%	0,0%	66,7%	0,0%
Niveau d'études	Brevet	100,0%	100,0%	66,7%	66,7%
	Diplôme professionnel	100,0%	26,3%	26,3%	11,8%
	Baccalauréat	97,3%	10,8%	27,0%	5,4%
	Diplôme d'enseignement supérieur	89,4%	19,1%	38,3%	2,1%
Statut relationnel	Femmes célibataires	96,3%	18,5%	25,9%	3,7%
	Femmes en couple depuis <3ans	88,0%	24,0%	40,0%	12,0%
	Femmes en couple depuis >3ans	92,9%	18,5%	32,1%	5,6%
Parentalité	Femmes sans enfants	89,8%	20,4%	32,7%	6,1%
	Femmes avec enfants	98,2%	19,3%	33,3%	7,0%
Mode de contraception	Aucune	91,4%	22,9%	28,6%	8,6%
	Préservatif	100,0%	12,5%	25,0%	0,0%
	Pilule (toutes confondues)	96,3%	25,9%	44,4%	11,1%
	Pilule Oestro-progestative	100,0%	0,0%	40,0%	20,0%
	Pilule Progestative	100,0%	20,0%	60,0%	20,0%
	Pilule inconnue de la patiente	94,1%	35,3%	41,2%	5,9%
	DIU au cuivre	100,0%	25,0%	25,0%	25,0%
	Autre	71,4%	14,3%	42,9%	0,0%
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	96,5%	14,0%	28,1%	5,3%
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	95,2%	17,9%	32,1%	6,0%
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	94,4%	12,5%	29,2%	4,2%
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	83,3%	33,3%	33,3%	8,3%
	Médecin généraliste	94,7%	10,5%	42,1%	5,3%
	Gynécologue	95,1%	24,4%	39,0%	9,8%
	Sage-femme	96,9%	15,6%	18,8%	3,1%
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	83,3%	33,3%	33,3%	8,3%
	Mois d'une fois tous les 3 ans	83,3%	16,7%	50,0%	0,0%
	Une fois tous les 2 ans	100,0%	16,7%	16,7%	8,3%
	Tous les ans	96,0%	18,0%	32,0%	10,0%
	2 fois par an ou plus	95,8%	20,8%	37,5%	0,0%
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	94,3%	18,6%	21,4%	4,3%
	Un antécédent unique d'IVG	92,9%	25,0%	60,7%	7,1%
	Multiples antécédents d'IVG	100,0%	16,7%	33,3%	33,3%
Consultation dédiée	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	90,3%	25,8%	41,9%	9,7%
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	94,1%	17,6%	27,5%	7,8%
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	100,0%	14,3%	28,6%	0,0%
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	100,0%	33,3%	66,7%	0,0%
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		94,3%	19,8%	33,0%	6,6%

**Tableau 6.** Catégories de sources d'information sur la contraception considérées comme les ayant la meilleure fiabilité selon les patientes, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

Facteurs explicatifs		Fiabilité moins importante du soignant prescripteur	Fiabilité moins importante des proches	Fiabilité moins importante des recherches	Fiabilité moins importante des réseaux sociaux
Age	18-20 ans	18,2%	72,7%	27,3%	63,6%
	21-25 ans	19,2%	65,4%	65,4%	76,9%
	26-30 ans	3,6%	67,9%	60,7%	85,7%
	31-35 ans	11,1%	59,3%	51,9%	88,9%
	36-40 ans	27,3%	45,5%	18,2%	81,8%
	41-45 ans	33,3%	66,7%	66,7%	100,0%
Niveau d'études	Brevet	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%
	Diplôme professionnel	15,7%	84,2%	68,4%	89,4%
	Baccalauréat	10,8%	70,2%	56,8%	78,3%
	Diplôme d'enseignement supérieur	10,6%	48,9%	38,3%	80,8%
Statut relationnel	Femmes célibataires	29,6%	81,5%	51,9%	77,8%
	Femmes en couple depuis <3ans	4,0%	56,0%	44,0%	80,0%
	Femmes en couple depuis >3ans	11,1%	57,4%	55,6%	85,2%
Parentalité	Femmes sans enfants	14,3%	61,2%	42,9%	71,4%
	Femmes avec enfants	14,0%	64,9%	59,6%	91,2%
Mode de contraception	Aucune	20,0%	54,3%	51,4%	82,9%
	Préservatif	15,6%	71,9%	56,3%	87,5%
	Pilule (toutes confondues)	3,7%	66,7%	55,6%	81,5%
	Pilule Oestro-progestative	0,0%	80,0%	40,0%	80,0%
	Pilule Progestative	20,0%	60,0%	80,0%	100,0%
	Pilule inconnue de la patiente	0,0%	64,7%	52,9%	76,5%
	DIU au cuivre	25,0%	50,0%	75,0%	50,0%
	Autre	14,3%	57,1%	14,3%	85,7%
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	10,5%	63,2%	43,9%	78,9%
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	11,9%	61,9%	47,6%	79,8%
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	12,5%	59,7%	44,4%	80,6%
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	50,0%	66,7%	66,7%	83,3%
	Médecin généraliste	5,3%	68,4%	52,6%	89,5%
	Gynécologue	9,8%	53,7%	39,0%	78,0%
	Sage-femme	12,5%	71,9%	62,5%	81,3%
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	50,0%	66,7%	66,7%	83,3%
	Mois d'une fois tous les 3 ans	16,7%	50,0%	66,7%	100,0%
	Une fois tous les 2 ans	0,0%	41,7%	50,0%	83,3%
	Tous les ans	12,0%	72,0%	52,0%	80,0%
Antécédents d'IVG	2 fois par an ou plus	8,3%	58,3%	41,7%	79,2%
	Aucun antécédent d'IVG	17,1%	64,3%	54,3%	82,9%
	Un antécédent unique d'IVG	3,6%	57,1%	42,9%	78,6%
Consultation dédiée	Multiplés antécédents d'IVG	33,3%	83,3%	66,7%	83,3%
	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	16,1%	74,2%	58,1%	87,1%
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	15,7%	62,7%	49,0%	72,5%
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	9,5%	42,9%	47,6%	95,2%
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	0,0%	100,0%	66,7%	100,0%
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		14,2%	63,2%	51,9%	82,1%

**Tableau 7.** Catégories de sources d'information sur la contraception considérées comme les ayant la moins bonne fiabilité selon les patientes, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

### B – Facteurs associés au niveau de satisfaction et d'information ressentie

Afin de répondre au premier objectif secondaire de l'étude, qui était d'évaluer le niveau d'information et de satisfaction subjectif de ces femmes en matière de contraception, une corrélation statistique entre le niveau de satisfaction, d'information ressentie (sur leur contraception ainsi que sur les autres modes de contraception disponibles) ou de liberté de choix ressentie par les patientes et les facteurs explicatifs potentiels répertoriés lors de l'étude a été recherchée.

## 1 – Degré de satisfaction et d’information ressentie

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 8, qui regroupe le pourcentage de patientes s’estimant satisfaites ou informées, sur leur contraception ou sur les autres modes de contraception disponibles, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

## 2 – Liberté de choix ressentie

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 9, qui regroupe le pourcentage de patientes s’estimant libres de faire un choix contraceptif éclairé, suffisamment informées pour faire ce choix mais pas réellement libres, ou insuffisamment informées, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

## C – Facteurs associés aux différents freins à l’utilisation des contraceptifs de longue durée d’action majoritairement retrouvés

Afin de répondre au deuxième objectif secondaire de l’étude, qui était d’identifier les freins majoritaires à l’utilisation des contraceptifs de longue durée d’action dans cette population, une corrélation statistique entre les antécédents d’utilisation du DIU et de l’implant contraceptif, ainsi que les différents freins évoqués par les patientes n’ayant jamais utilisé ces dispositifs, et les facteurs explicatifs potentiels répertoriés lors de l’étude a été recherchée.

On notera que n’ont été analysés ici que les freins majoritairement retrouvés (refus du corps étranger, peur des effets indésirables, mode de contraception simplement jamais envisagé par la patiente), les autres ayant été trop peu cités pour espérer voir apparaître une corrélation significative.

### 1 – Freins à l’utilisation du DIU

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 10, qui regroupe le pourcentage de patientes ayant déjà utilisé un DIU et, parmi celles n’en ayant jamais utilisé, le pourcentage de patientes ayant invoqué chacun des freins précisés ci-dessus, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

### 2 – Freins à l’utilisation de l’implant contraceptif

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 11, qui regroupe le pourcentage de patientes ayant déjà utilisé un implant contraceptif et, parmi celles n’en ayant jamais utilisé, le pourcentage de patientes ayant invoqué chacun des freins précisés ci-dessus, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

Facteurs explicatifs		Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs
Age	18-20 ans	40,0%	60,0%	54,5%
	21-25 ans	68,4%	86,4%	85,7%
	26-30 ans	60,0%	82,1%	60,7%
	31-35 ans	69,9%	85,1%	74,1%
	36-40 ans	80,0%	100,0%	81,8%
	41-45 ans	33,3%	66,7%	66,7%
Niveau d'études	Brevet	0,0%	33,3%	33,3%
	Diplôme professionnel	76,9%	81,3%	61,1%
	Baccalauréat	67,6%	91,4%	64,9%
	Diplôme d'enseignement supérieur	60,0%	80,9%	83,7%
Statut relationnel	Femmes célibataires	72,7%	87,5%	64,0%
	Femmes en couple depuis <3ans	55,0%	65,2%	65,2%
	Femmes en couple depuis >3ans	62,5%	88,9%	77,4%
Parentalité	Femmes sans enfants	62,5%	75,6%	73,3%
	Femmes avec enfants	64,0%	89,3%	69,6%
Mode de contraception	Aucune	70,8%	90,0%	83,3%
	Préservatif	51,9%	84,4%	68,8%
	Pilule (toutes confondues)	63,0%	74,1%	55,6%
	Pilule Oestro-progestative	40,0%	60,0%	60,0%
	Pilule Progestative	40,0%	80,0%	60,0%
	Pilule inconnue de la patiente	76,5%	76,5%	52,9%
	DIU au cuivre	100,0%	75,0%	75,0%
	Autre	57,1%	85,7%	85,7%
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception		87,7%	76,8%
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	67,6%		82,9%
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	64,2%	97,1%	
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	55,6%	72,7%	63,6%
	Médecin généraliste	42,1%	68,4%	63,2%
	Gynécologue	66,7%	82,9%	63,4%
	Sage-femme	76,9%	96,7%	90,0%
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	55,6%	72,7%	63,6%
	Mois d'une fois tous les 3 ans	40,0%	83,3%	50,0%
	Une fois tous les 2 ans	81,8%	91,7%	66,7%
	Tous les ans	64,3%	83,7%	68,8%
	2 fois par an ou plus	60,9%	82,6%	87,5%
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	63,5%	85,3%	73,5%
	Un antécédent unique d'IVG	60,9%	78,6%	71,4%
	Multiplés antécédents d'IVG	75,0%	80,0%	40,0%
Consultation dédiée	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	52,0%	72,4%	46,4%
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	73,8%	93,8%	83,7%
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	57,1%	80,9%	81,0%
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	50,0%	0,0%	33,3%
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		63,3%	83,2%	71,3%

**Tableau 8.** Degré de satisfaction ou d'information ressentie des patientes, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

Facteurs explicatifs		Femmes s'estimant insuffisamment informées pour faire un choix éclairé	Femmes s'estimant informées mais pas libres de faire un choix	Femmes s'estimant libres de faire un choix	Significativité
Age	18-20 ans	27,3%	9,1%	63,6%	p=0,79
	21-25 ans	0,0%	16,7%	83,3%	
	26-30 ans	7,1%	21,4%	71,4%	
	31-35 ans	11,1%	25,9%	63,0%	
	36-40 ans	0,0%	18,2%	81,8%	
	41-45 ans	33,3%	0,0%	66,7%	
Niveau d'études	Brevet	66,7%	0,0%	33,3%	p=0,16
	Diplôme professionnel	10,5%	10,5%	78,9%	
	Baccalauréat	5,4%	21,6%	73,0%	
	Diplôme d'enseignement supérieur	6,7%	22,2%	71,1%	
Statut relationnel	Femmes célibataires	7,7%	23,1%	69,2%	p=0,93
	Femmes en couple depuis <3ans	12,5%	16,7%	70,8%	
	Femmes en couple depuis >3ans	7,4%	18,5%	74,1%	
Parentalité	Femmes sans enfants	8,5%	21,3%	70,2%	p=0,95
	Femmes avec enfants	8,8%	17,5%	73,7%	
Mode de contraception	Aucune	6,1%	11,4%	77,1%	p=0,27
	Préservatif	9,4%	28,1%	62,5%	
	Pilule (toutes confondues)	11,1%	22,2%	66,7%	
	Pilule Oestro-progestative	40,0%	0,0%	60,0%	
	Pilule Progestative	20,0%	20,0%	60,0%	
	Pilule inconnue de la patiente	0,0%	29,4%	70,6%	
	DIU au cuivre	0,0%	25,0%	75,0%	
	Autre	14,3%	0,0%	85,7%	
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	0,0%	17,5%	82,5%	<b>p&lt;0,001</b>
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	2,4%	14,3%	83,3%	<b>p&lt;0,001</b>
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	0,0%	12,5%	87,5%	<b>p&lt;0,001</b>
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	25,0%	25,0%	50,0%	<b>p=0,04</b>
	Médecin généraliste	0,0%	42,1%	57,9%	
	Gynécologue	12,2%	20,6%	70,7%	
	Sage-femme	3,2%	6,3%	90,6%	
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	25,0%	25,0%	50,0%	p=0,09
	Mois d'une fois tous les 3 ans	16,7%	16,7%	66,7%	
	Une fois tous les 2 ans	0,0%	0,0%	100,0%	
	Tous les ans	10,0%	22,0%	68,0%	
Antécédents d'IVG	2 fois par an ou plus	0,0%	20,8%	79,2%	p=0,31
	Aucun antécédent d'IVG	7,1%	20,0%	72,9%	
	Un antécédent unique d'IVG	7,1%	21,4%	71,4%	
Consultation dédiée	Multiplés antécédents d'IVG	33,3%	0,0%	66,7%	<b>p=0,01</b>
	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	24,1%	20,7%	55,2%	
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	3,9%	9,8%	86,3%	
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	0,0%	33,3%	66,7%	
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	0,0%	66,7%	33,3%	<b>p=0,02</b>
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		8,7%	19,2%	72,1%	

**Tableau 9.** Degré de liberté de choix contraceptif ressenti par les patientes, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

Facteurs explicatifs		Femmes ayant déjà utilisé un DIU		Freins à l'utilisation, parmi les non utilisatrices					
				Refus du corps étranger		DIU jamais envisagé		Peur des effets indésirables	
Age	18-20 ans	9,1%	<b>p=0,003</b>	20,0%	p=0,22	50,0%	p=0,06	20,0%	p=0,28
	21-25 ans	7,7%		45,8%		20,8%		20,8%	
	26-30 ans	28,6%		60,0%		25,0%		30,0%	
	31-35 ans	40,7%		43,8%		12,5%		43,8%	
	36-40 ans	27,3%		62,5%		12,5%		25,0%	
	41-45 ans	66,7%		0,0%		0,0%		0,0%	
Niveau d'études	Brevet	33,3%	p=0,12	0,0%	p=0,41	50,0%	p=0,30	0,0%	p=0,74
	Diplôme professionnel	15,8%		43,8%		25,0%		31,3%	
	Baccalauréat	16,2%		41,9%		29,0%		22,6%	
	Diplôme d'enseignement supérieur	36,2%		56,7%		13,3%		33,3%	
Statut relationnel	Femmes célibataires	18,5%	p=0,20	54,5%	p=0,15	18,2%	p=0,43	36,4%	p=0,42
	Femmes en couple depuis <3ans	16,0%		28,6%		33,3%		19,0%	
	Femmes en couple depuis >3ans	33,3%		52,8%		19,4%		27,8%	
Parentalité	Femmes sans enfants	18,4%	p=0,12	40,0%	p=0,22	25,0%	p=0,23	30,0%	p=0,67
	Femmes avec enfants	31,6%		53,8%		20,5%		25,6%	
Mode de contraception	Aucune	28,6%	<b>p=0,01</b>	56,0%	p=0,50	16,0%	p=0,21	32,0%	p=0,57
	Préservatif	21,9%		52,0%		16,0%		36,0%	
	Pilule (toutes confondues)	3,7%		30,8%		38,5%		15,4%	
	Pilule Oestro-progestative	0,0%		40,0%		20,0%		0,0%	
	Pilule Progestative	20,0%		25,0%		50,0%		25,0%	
	Pilule inconnue de la patiente	0,0%		29,4%		41,2%		17,6%	
	Autre	57,1%		66,7%		0,0%		33,3%	
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	31,6%	p=0,29	48,7%	p=0,84	28,2%	p=0,23	30,8%	p=0,50
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	31,0%	<b>p=0,04</b>	53,4%	p=0,12	20,7%	p=1,00	31,0%	p=0,53
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	34,7%	<b>p=0,004</b>	51,1%	p=0,39	23,4%	p=0,62	31,9%	p=0,59
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	16,7%	p=0,24	20,0%	<b>p=0,048</b>	40,0%	p=0,08	10,0%	p=0,27
	Médecin généraliste	5,3%		58,8%		5,9%		17,6%	
	Gynécologue	29,3%		37,9%		31,0%		34,5%	
	Sage-femme	34,4%		66,7%		14,3%		38,1%	
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	16,7%	p=0,48	20,0%	p=0,19	40,0%	p=0,54	10,0%	p=0,19
	Mois d'une fois tous les 3 ans	33,3%		75,0%		25,0%		75,0%	
	Une fois tous les 2 ans	8,3%		36,4%		27,3%		27,3%	
	Tous les ans	32,0%		50,0%		17,6%		32,4%	
	2 fois par an ou plus	25,0%		61,1%		16,7%		22,2%	
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	27,1%	p=0,47	47,1%	p=0,67	21,6%	p=0,91	29,4%	p=0,93
	Un antécédent unique d'IVG	28,6%		45,0%		25,0%		25,0%	
	Multiples antécédents d'IVG	0,0%		66,7%		16,7%		33,3%	
Consultation dédiée	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	6,5%	<b>p=0,003</b>	34,5%	p=0,09	27,6%	p=0,44	20,7%	p=0,28
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	35,3%		57,6%		21,2%		33,3%	
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	33,3%		50,0%		14,3%		35,7%	
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	0,0%		33,3%		33,3%		0,0%	
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		25,5%		46,8%		22,7%		27,8%	

**Tableau 10.** Patientes ayant déjà utilisé un DIU et freins à son utilisation invoqués par les non-utilisatrices, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

Facteurs explicatifs		Femmes ayant déjà utilisé un implant		Freins à l'utilisation, parmi les non utilisatrices					
				Refus du corps étranger		Implant jamais envisagé		Peur des effets indésirables	
Age	18-20 ans	9,1%	p=0,22	0,0%	p=0,06	70,0%	p=0,15	10,0%	p=0,66
	21-25 ans	30,8%		27,8%		50,0%		27,8%	
	26-30 ans	14,3%		41,7%		33,3%		29,2%	
	31-35 ans	14,8%		52,2%		30,4%		17,4%	
	36-40 ans	9,1%		40,0%		40,0%		20,0%	
	41-45 ans	0,0%		0,0%		66,7%		0,0%	
Niveau d'études	Brevet	0,0%	p=0,20	0,0%	p=0,43	66,7%	p=0,63	0,0%	p=0,38
	Diplôme professionnel	31,6%		30,8%		46,2%		30,8%	
	Baccalauréat	18,9%		30,0%		46,7%		13,3%	
	Diplôme d'enseignement supérieur	10,6%		42,8%		35,7%		26,2%	
Statut relationnel	Femmes célibataires	22,2%	p=0,63	33,3%	p=0,59	33,3%	p=0,61	28,6%	p=0,70
	Femmes en couple depuis <3ans	12,0%		27,3%		40,9%		18,2%	
	Femmes en couple depuis >3ans	16,7%		40,0%		46,7%		20,0%	
Parentalité	Femmes sans enfants	16,3%	p=0,87	31,7%	p=0,52	36,6%	p=0,33	26,8%	p=0,26
	Femmes avec enfants	17,5%		38,3%		46,8%		17,0%	
Mode de contraception	Aucune	22,9%	p=0,71	33,3%	p=0,73	37,0%	p=0,92	22,2%	p=0,95
	Préservatif	15,6%		37,0%		44,4%		18,5%	
	Pilule (toutes confondues)	11,1%		29,2%		45,8%		25,0%	
	Pilule Oestro-progestative	20,0%		50,0%		25,0%		0,0%	
	Pilule Progestative	20,0%		25,0%		50,0%		25,0%	
	Pilule inconnue de la patiente	5,9%		25,0%		50,0%		31,3%	
	DIU au cuivre	0,0%		75,0%		25,0%		25,0%	
	Autre	28,6%		40,0%		40,0%		20,0%	
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	15,8%	p=0,94	37,5%	p=0,43	47,9%	p=0,47	14,6%	p=0,26
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	19,0%	p=0,29	38,2%	p=0,60	44,1%	p=0,35	20,6%	p=1,00
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	18,1%	p=0,77	37,3%	p=0,64	42,4%	p=0,89	20,3%	p=0,97
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	16,7%	p=0,98	10,0%	p=0,32	50,0%	p=0,65	20,0%	p=0,98
	Médecin généraliste	15,8%		43,8%		43,8%		25,0%	
	Gynécologue	19,5%		39,4%		33,3%		21,2%	
	Sage-femme	15,6%		37,0%		48,1%		18,5%	
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	16,7%	p=0,74	10,0%	p=0,36	50,0%	p=0,73	20,0%	p=0,27
	Mois d'une fois tous les 3 ans	0,0%		50,0%		16,7%		50,0%	
	Une fois tous les 2 ans	25,0%		44,4%		33,3%		33,3%	
	Tous les ans	20,0%		35,0%		45,0%		15,0%	
	2 fois par an ou plus	12,5%		42,9%		42,9%		19,0%	
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	8,6%	<b>p=0,02</b>	48,8%	p=0,52	40,6%	p=0,83	20,3%	p=0,91
	Un antécédent unique d'IVG	32,1%		47,4%		42,1%		21,1%	
	Multiples antécédents d'IVG	50,0%		33,3%		66,7%		33,3%	
Consultation dédiée	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	12,9%	p=0,48	18,5%	<b>p=0,03</b>	44,4%	p=0,76	25,9%	p=0,51
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	19,6%	p=0,99	43,9%	p=1,00	39,0%	p=0,73	17,1%	p=0,62
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	19,0%		41,2%		41,2%		23,5%	
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	0,0%		33,3%		66,7%		33,3%	
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé	17,0%			35,2%				42,0%	

**Tableau 11.** Patientes ayant déjà utilisé un implant contraceptif et freins à son utilisation invoqués par les non-utilisatrices, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés

## D – Facteurs associés à la réalisation d'une consultation dédiée à l'information contraceptive

Afin de répondre au troisième objectif secondaire de l'étude, qui était d'évaluer la fréquence des discussions entre patiente et soignant sur les différents modes de contraception disponibles, dans ces situations, une corrélation statistique entre la réalisation d'une consultation incluant une telle discussion (et le type de soignant l'ayant réalisée) et les facteurs explicatifs potentiels répertoriés lors de l'étude a été recherchée.

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 12, qui regroupe le pourcentage de patientes ayant pu avoir une discussion dédiée à l'information sur la contraception avec un soignant, et la nature de ce soignant, en fonction de chacun des facteurs explicatifs sur lesquels elles ont été interrogées, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées.

Facteurs explicatifs	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	Soignant ayant réalisé cette consultation, chez les patientes l'ayant eue				Significativité	
		Soignant assurant le suivi gynécologique	Médecin traitant	Autre soignant			
Age	18-20 ans	45,5%	p=0,15	66,7%	16,7%	16,7%	p=0,09
	21-25 ans	38,5%		43,7%	50,1%	6,2%	
	26-30 ans	21,4%		72,6%	22,8%	4,6%	
	31-35 ans	22,2%		76,2%	23,8%	0,0%	
	36-40 ans	27,3%		100,0%	0,0%	0,0%	
	41-45 ans	33,3%		0,0%	100,0%	0,0%	
Niveau d'études	Brevet	66,7%	p=0,14	100,0%	0,0%	0,0%	p=0,35
	Diplôme professionnel	15,8%		50,0%	37,5%	12,5%	
	Baccalauréat	37,8%		78,3%	21,7%	0,0%	
	Diplôme d'enseignement supérieur	25,5%		68,6%	28,6%	2,8%	
Statut relationnel	Femmes célibataires	33,3%	p=0,09	72,2%	27,8%	0,0%	<b>p=0,03</b>
	Femmes en couple depuis <3ans	44,0%		64,3%	14,3%	21,4%	
	Femmes en couple depuis >3ans	20,4%		67,4%	32,6%	0,0%	
Parentalité	Femmes sans enfants	36,7%	p=0,07	67,7%	25,8%	6,5%	p=0,69
	Femmes avec enfants	21,1%		67,4%	30,2%	2,3%	
Mode de contraception	Aucune	28,6%	p=0,69	80,0%	16,0%	4,1%	p=0,46
	Préservatif	31,3%		59,1%	36,4%	4,5%	
	Pilule (toutes confondues)	37,0%		64,7%	29,4%	5,9%	
	Pilule Oestro-progestative	40,0%		100,0%	0,0%	0,0%	
	Pilule Progestative	60,0%		0,0%	100,0%	0,0%	
	Pilule inconnue de la patiente	29,4%		66,7%	24,9%	8,4%	
	DIU au cuivre	0,0%		50,0%	50,0%	0,0%	
	Autre	14,3%		66,6%	33,4%	0,0%	
Satisfaction & information	Femmes s'estimant satisfaites de leur contraception	22,8%	p=0,17	70,4%	27,3%	2,3%	p=0,28
	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	25,0%	p=0,08	73,1%	26,9%	0,0%	p=0,054
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	18,1%	<b>p=0,001</b>	69,5%	28,8%	1,7%	p=0,13
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	58,3%	<b>p=0,01</b>	20,0%	60,1%	20,0%	<b>p&lt;0,001</b>
	Médecin généraliste	42,1%		9,6%	72,3%	18,0%	
	Gynécologue	24,4%		87,0%	13,0%	0,0%	
	Sage-femme	12,5%		78,5%	21,5%	0,0%	
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	58,3%	p=0,08	20,0%	60,0%	20,0%	p=0,11
	Mois d'une fois tous les 3 ans	50,0%		66,7%	33,3%	0,0%	
	Une fois tous les 2 ans	16,7%		70,0%	30,0%	0,0%	
	Tous les ans	24,0%		76,3%	23,7%	0,0%	
	2 fois par an ou plus	20,8%		63,2%	26,3%	10,5%	
Antécédents d'IVG	Aucun antécédent d'IVG	30,0%	p=0,65	67,3%	28,6%	4,1%	p=0,99
	Un antécédent unique d'IVG	21,4%		68,2%	27,2%	4,6%	
	Multiples antécédents d'IVG	33,3%		75,0%	25,0%	0,0%	
Sur la totalité de la population concernée parmi l'échantillon interrogé		29,2%		48,1%	19,8%	2,8%	

**Tableau 12.** Fréquence de la discussion dédiée à l'information sur la contraception avec un soignant, et nature de ce soignant, en fonction des différents facteurs explicatifs recherchés



## E – Niveau d’information ressentie, information délivrée et connaissances concrètes

L’analyse effectuée à travers cette étude se base en grande partie sur le niveau d’information subjectif des patientes concernant leur contraception et la contraception de façon générale, et permettant de les mettre face aux sources d’information sollicitées et considérées comme fiables par ces patientes. De fait, il nous a également semblé intéressant et important de rechercher un lien entre information ressentie ou factuellement délivrée et fiabilité de la contraception en place chez ces patientes. Pour cela, une corrélation a été recherchée entre, d’une part, le degré d’information ressentie par ces patientes ou les sources d’information médicales directes auxquelles elles ont été exposées (existence ou non d’un suivi gynécologique, fréquence et soignant assurant ce suivi ; réalisation d’une consultation avec discussion dédiée à l’information concernant la contraception), et d’autre part l’efficacité estimée de la contraception en place en fonction des informations factuelles données par la patiente.

Les résultats de cette analyse statistique sont répertoriés dans le Tableau 13, qui regroupe le pourcentage de patientes sous pilule contraceptive qui ne connaissent pas la nature de la pilule qu’elles prennent et le pourcentage de patiente dans chaque classe d’efficacité contraceptive estimée, ainsi que la p-value associée à chacune des corrélations retrouvées. Les situations dans lesquelles la p-value est strictement inférieure à 0,05, seuil de significativité de la corrélation, y sont mises en valeur par l’utilisation d’une police d’écriture en gras et soulignée.

Facteurs explicatifs		Efficacité contraceptive estimée			
		Fiable	Peu fiable	Non fiable	Significativité
Information ressentie	Femmes s'estimant informées sur leur contraception	28,6%	39,3%	32,1%	p=0,95
	Femmes s'estimant informées sur les autres modes contraceptifs	26,4%	38,9%	34,7%	p=0,65
Soignant responsable du suivi gynécologique	Aucun	8,3%	25,0%	66,7%	<b><u>p=0,04</u></b>
	Médecin généraliste	52,6%	36,8%	10,5%	
	Gynécologue	24,4%	36,6%	39,0%	
	Sage-femme	25,0%	43,8%	31,3%	
Fréquence du suivi gynécologique	Pas de suivi	8,3%	25,0%	66,7%	p=0,17
	Mois d'une fois tous les 3 ans	33,3%	33,3%	33,3%	
	Une fois tous les 2 ans	16,7%	66,7%	16,7%	
	Tous les ans	28,0%	38,0%	34,0%	
Consultation dédiée	2 fois par an ou plus	41,7%	29,2%	29,2%	p=0,25
	Femmes n'ayant jamais eu de consultation dédiée	38,7%	22,6%	38,7%	
	Femmes l'ayant eue avec le soignant assurant leur suivi gynécologique	35,3%	23,5%	41,2%	
	Femmes l'ayant eue avec leur médecin traitant	42,9%	38,1%	19,0%	
	Femmes l'ayant eue avec un autre soignant	66,7%	0,0%	33,3%	
Sur la totalité de la population concernée parmi		27,9%	37,5%	34,6%	

**Tableau 13.** Efficacité contraceptive estimée des patientes, en fonction du degré d’information ressentie, des caractéristiques du suivi gynécologique et de la réalisation d’une consultation dédiée à l’information contraceptive

## **Discussion**

### **I – Représentativité de la population interrogée**

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes interrogées dans le cadre de cette thèse ont été comparées à ce qui est retrouvé dans la littérature dans le cadre d'études portant sur une population similaire.

En termes d'âges, notre population est légèrement plus jeune que les populations habituellement retrouvées dans des études de ce type. On y retrouve environ 10% de patientes de moins de 20 ans, comme dans la plupart des études similaires, mais la tranche d'âge des plus de 35 ans en représente à peine plus dans notre étude, alors qu'elle représente plus de 20% de la population étudiée dans les études menées par Malika Bour en 2018 sur des patientes en demande d'IVG en Moselle (27), où ce déséquilibre se fait au détriment des patientes de 20 à 25 ans, et par Camille Gissingen en 2020 sur des patientes en demande d'IVG à Grenoble (28), où il se fait au détriment de celles de 30 à 35 ans. La population analysée par Elise Leroyer en 2022 sur des patientes en demande d'IVG à Nantes dans le cadre de sa thèse (29) est en revanche similaire à la nôtre concernant la répartition des âges. L'étude menée par Moreau et al. en 2010 (30), menée à grande échelle mais dans un contexte social différent vu les importantes évolutions du recours à l'IVG ces 15 dernières années, retrouvait en revanche plus de jeunes patientes que notre étude (16% de patientes de moins de 20 ans), mais incluait les patientes mineures.

En termes de situation familiale et conjugale, notre population regroupe nettement plus de femmes en couple que les études faites sur des populations similaires (28,29,30). En effet, là où le pourcentage de célibataires varie globalement de 40 à 55% dans ces études, la nôtre n'en retrouve que 25%. On peut soupçonner un biais de sélection, les patientes célibataires, plus isolées, ayant peut-être plus tendance à réaliser leurs IVG en milieu hospitalier. Concernant la maternité, en revanche, notre étude retrouve environ autant de femmes n'ayant pas d'enfants que de femmes en ayant déjà, avec un léger déséquilibre en faveur des femmes déjà mères, comme on peut l'observer dans la littérature (27,28,29,30).

Concernant la contraception en place, notre étude retrouve environ un tiers de patientes sans contraception (comme c'était déjà le cas lors du rapport de l'IGAS en 2009 (20)), un tiers d'utilisatrices du préservatif, un quart d'utilisatrices de la pilule contraceptive, 7% d'utilisatrices des méthodes naturelles et une part très marginale de la population utilisatrices du DIU ou de l'anneau contraceptif. Les études menées par Camille Gissingen en 2020 (28) et Elise Leroyer en 2022 (29) décrivent un échantillon comparable, avec cependant une plus grande part de patientes sans contraception (autour de 45%) au détriment des patientes utilisatrices du préservatif (autour de 20%). Ceci peut néanmoins être un biais de déclaration dans la mesure où le préservatif, utilisé comme moyen de lutter contre les IST, n'est pas toujours identifié comme un contraceptif et pas toujours cité dans ce type d'études (2). Dans une étude de plus grande ampleur menée en 2010 sur 7541 femmes en demande d'IVG sur la France entière (30), le taux d'utilisation du préservatif est nettement moindre (16%) au bénéfice des autres méthodes barrières, qui n'ont été citées ni dans cette étude ni dans les autres études récentes analysées. Cette différence peut probablement être expliquée par un désintérêt progressif pour ces méthodes au cours de la dernière décennie.

Dans la population interrogée par Elise Leroyer en 2022 dans le cadre de sa thèse (29), 11% des patientes n'avaient pas de suivi gynécologique, soit une proportion similaire à celle retrouvée dans notre étude.

Enfin, concernant les antécédents d'IVG, environ 65% des patientes de notre population ont répondu au questionnaire dans le cadre de leur première IVG, 25% dans le cadre de la seconde, et les autres dans le cadre de la troisième ou plus, proportions qui sont comparables à celles retrouvées dans des études similaires (27,28,29) ou aux chiffres retrouvés déjà en 2010 par Moreau et al. (30) ou en 2011 en se basant sur les bulletins d'interruption volontaire de grossesse (31).

## **II – Principaux résultats**

### **A – Sources d'information sur la contraception**

Les patientes interrogées sont 57,55% à considérer le soignant comme faisant partie des sources d'information qu'elles consultent en priorité, dont 23,58% à considérer le médecin généraliste et 43,40% à considérer le soignant responsable de leur suivi gynécologique comme faisant partie de cette catégorie. Elles sont également 94,34% à considérer le soignant comme faisant partie des sources d'information les plus fiables, dont 51,89% à considérer le médecin généraliste et 90,57% à considérer le soignant responsable de leur suivi gynécologique comme faisant partie de cette catégorie.

On retrouve une corrélation statistiquement significative entre la sollicitation des soignants et l'âge des patientes, leur statut relationnel, les caractéristiques du suivi gynécologique, et le fait d'avoir déjà eu une consultation dédiée à la contraception. On retrouve également une corrélation significative entre le niveau d'études et la sollicitation des réseaux sociaux ainsi que leur fiabilité estimée.

### **B – Niveau de satisfaction et d'information ressentie**

Parmi les patientes interrogées, 53,77% se considèrent satisfaites de leur contraception et 31,14% s'en considèrent insatisfaites ; 79,25% se considèrent informées sur leur contraception et 16,04% ne se considèrent pas suffisamment informées sur ce sujet ; 67,92% se considèrent informées sur les autres modes de contraception disponibles et 27,36% ne se considèrent pas suffisamment informées sur ce sujet. D'autre part, 70,75% se considèrent comme ayant fait un choix libre et éclairé concernant leur contraception. De plus, 29,25% des patientes n'ont jamais eu de consultation dédiée à la contraception. Parmi celles qui ont eu une telle consultation, 68% l'ont eue avec le soignant responsable de leur suivi gynécologique et 28% avec leur médecin traitant.

On retrouve de multiples corrélations statistiquement significatives entre les niveaux de satisfaction, d'information ressentie, de liberté de choix ressentie, et la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception. Ces différents facteurs sont également corrélés à la nature du soignant responsable du suivi gynécologique

### **C – Prévalence et freins à l'utilisation des LARCs**

Concernant l'utilisation du DIU, une corrélation statistiquement significative a été observée avec l'âge, le mode de contraception en place au moment du début de la grossesse, le degré

d'information ressentie et le fait d'avoir eu ou non une consultation dédiée à la contraception. Concernant l'utilisation de l'implant contraceptif, une corrélation statistiquement significative a été observée avec les antécédents d'IVG.

Les trois freins les plus fréquemment retrouvés à l'utilisation des LARCs chez les patientes ne les ayant jamais testés sont la notion de corps étranger (citée par 46,84% des femmes concernant le DIU et 35,23% des femmes concernant l'implant contraceptif), la peur des effets indésirables (citée par 27,85% des femmes concernant le DIU et 21,59% des femmes concernant l'implant contraceptif), et le fait de ne pas l'avoir envisagé (cité par 22,78% des femmes concernant le DIU et 42,05% des femmes concernant l'implant contraceptif).

### **III - Forces et faiblesses de l'étude**

#### **A - Points forts de l'étude**

Le questionnaire à la base de cette étude a été réalisé sur la base d'une recherche bibliographique sur les études existantes concernant les sources d'information sur la contraception, même si la littérature à ce sujet est relativement restreinte. Une attention particulière a été portée à l'accessibilité des questions, avec des questions à choix multiples éventuellement additionnées d'une zone libre permettant aux patientes qui le souhaitent d'apporter des précisions. Ce questionnaire a été évalué une première fois avec différents professionnels de santé (un médecin généraliste, deux sages-femmes libérales et une conseillère conjugale) de façon indépendante, puis distribué à une dizaine de patientes de profils variés, sous la supervision des professionnels de santé ayant participé à son élaboration, afin de s'assurer qu'il était compréhensible et accessible. Les modifications nécessaires ont été apportées suite à leurs remarques, et aux difficultés qu'elles ont rencontrées. Ce questionnaire a été conçu de façon à pouvoir être proposé de façon entièrement anonyme, dans l'objectif de permettre aux patientes interrogées de répondre avec le moins d'appréhension possible, en se sentant libres de tout jugement.

Ce questionnaire présente un panel relativement étendu d'informations sur la population des femmes en demande d'IVG dans le département du Tarn-et-Garonne. A travers la richesse de ce recueil de données et la variété de facteurs étudiés, il permet de dresser un profil complet de ces patientes et de leurs habitudes à la fois en termes de recherche d'information mais aussi de suivi et d'histoire gynécologique. Il pourra donc, en plus de répondre aux objectifs de cette étude, servir de point de comparaison éventuel avec des études ultérieures.

Parmi les forces de cette étude, on retrouve son multicentrisme. En effet, quoique limitée au département du Tarn-et-Garonne, elle a été menée à la fois sur différents centres sur le plan géographique, mais aussi avec une variété d'interlocuteurs (médecins généralistes, sages-femmes libérales, centre de planification et d'éducation familiale, services hospitaliers...) susceptible de permettre d'atteindre un éventail de patientes aussi étendu que possible.

L'originalité de cette étude en est également un point fort. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature consultée d'étude similaire s'intéressant en premier lieu aux sources d'information à proprement parler consultées par les patientes, et encore moins par les patientes en demande d'IVG. Les études réalisées sur cette population s'attardent généralement plutôt sur le parcours contraceptif factuel qu'elles ont effectué, et sur leur éventuel changement de mode de contraception au décours de l'IVG, ou sur leurs connaissances réelles. Les quelques études

retrouvées cherchant à identifier les vecteurs d'information contraceptive portaient quant à elles sur la population générale.

## B – Biais et limites de l'étude

Dans la mesure où notre étude est observationnelle, elle bénéficie par nature d'un faible niveau de preuve, et d'un plus grand risque de biais. L'effectif relativement restreint (106) de patientes ayant répondu au questionnaire peut également être à l'origine d'un manque de puissance, bien qu'il soit supérieur à l'objectif fixé et qu'il ait permis de mettre en évidence quelques corrélations significatives.

La forme d'auto-questionnaire est elle-même à l'origine de plusieurs biais. Le premier est un biais déclaratif, dans la mesure où le questionnaire était rempli directement par les patientes et pas à partir de données objectives. Le second est un biais de mémorisation, du fait du caractère rétrospectif des informations recueillies, les questions portant au minimum sur la situation avant la grossesse que la patiente souhaite interrompre, soit plusieurs semaines plus tôt, mais faisant même parfois référence à des consultations à visée contraceptive ayant eu lieu des années auparavant.

Le troisième biais est un biais de sélection, à la fois dû à la participation volontaire des patientes – qui implique que seules les patientes qui avaient le temps de remplir le questionnaire et se sentaient suffisamment impliquées dans l'étude pour le faire ont participé – mais aussi à une possible sélection, consciente ou non, de la part des professionnels de santé, notamment les professionnels libéraux qui ont une relation potentiellement déjà proche avec certaines patientes qu'ils suivent et qu'ils ont pu encourager ou non à remplir le questionnaire.

Un biais de réponse est également possible, justement de façon inhérente à la qualité de relation entre soignant et patient. La possibilité que certaines patientes aient eu besoin d'accompagnement pour le remplissage du questionnaire, ou au contraire qu'elles se soient senties observées voire jugées, et même peut-être qu'elles aient eu un doute sur l'anonymat des réponses peut avoir influencé leur participation. De même, l'IVG relevant du tabou social, il est possible qu'un sentiment de honte ait entraîné une réticence à participer à l'étude, en particulier chez les patientes conscientes d'avoir une utilisation inadaptée de leur contraception, qui ont pu se sentir prises en défaut.

On constate également à l'analyse des réponses qu'il y a eu une mécompréhension concernant certaines questions, qui rend difficile l'analyse, notamment sur la question des contraceptions en place avant la grossesse. En effet, certaines patientes sans contraception ou n'utilisant que le préservatif seul n'ont pas répondu à la série de questions suivante portant sur leur satisfaction et leur information sur leur mode de contraception, considérant sans doute que ces questions ne les concernaient pas du fait de leurs réponses précédentes, alors qu'il aurait été intéressant de savoir néanmoins si les patientes sans contraception étaient satisfaites de leur situation ou non. De même, certaines patientes ont donné à ces questions des réponses et des précisions incompatibles avec leurs réponses précédentes (se déclarer insatisfaite des effets secondaires de leur contraception alors qu'elles ont déclaré n'en utiliser aucune, par exemple), et ont donc appliqué ces questions à l'ensemble de leur vie contraceptive et pas seulement à la contraception en place avant la grossesse. Ces aléas rendent difficile une analyse adaptée et uniforme des différentes réponses données.

On ne peut pas exclure bien entendu l'existence de possibles biais de confusion entre les différents facteurs explorés, notamment entre le statut familial, l'âge et le contexte socio-

professionnel. Une analyse multivariée pourrait permettre de faire la part des choses entre ces différents critères, mais n'a pas pu être effectuée au vu des moyens à notre disposition dans le cadre de cette étude.

Enfin, étant donnée la proportion très faible de réponses venant des services hospitaliers de gynécologie de Montauban et de Castelsarrasin-Moissac (7,5% des réponses), il y a de toute évidence un biais de recrutement, imputable à la difficulté rencontrée d'organiser la distribution des questionnaires de façon efficace au sein de l'organisation hospitalière. En effet, selon les chiffres de la DREES (19), le pourcentage d'IVG réalisées en intra-hospitalier au niveau national avoisine les 62%.

#### **IV – Dissonances entre fiabilité et sollicitation des sources**

##### **A – Des soignants de confiance mais relativement peu consultés**

Si la quasi-totalité de la population interrogée considère les soignants comme la source d'information la plus fiable, il n'y en a qu'à peine plus de la moitié qui se tourne spontanément vers eux en premier lieu. L'absence ou le retard de consultation n'est donc pas dû, pour la majorité de ces patientes, à un manque de confiance en la fiabilité des informations fournies, bien que cet argument soit ressorti dans l'étude qualitative menée par Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent en 2019 (21). Cette hypothèse est peut-être plus discutable concernant les médecins généralistes pris isolément, puisque seulement la moitié des patientes interrogées les considère comme faisant partie des sources les plus fiables, mais là encore le pourcentage de patientes qui les sollicitent prioritairement est deux fois moins important que celles qui les considèrent comme fiables.

La question des freins à la consultation gynécologique a déjà été explorée, dans le contexte de la médecine générale en particulier (32,33,34). Les freins retrouvés concernant le suivi gynécologique de façon générale, tous soignants confondus, se distribuent selon les catégories suivantes :

- Les freins liés à la patiente : manque de demande du fait d'une représentation erronée de l'intérêt du suivi gynécologique, sentiment de manque de légitimité à prendre un rendez-vous en l'absence de pathologie ;
- Les freins liés à la consultation : peur de l'examen gynécologique proprement dit, en particulier suite à une expérience antérieure traumatique ;
- Les freins liés à la relation médecin-patient : pudeur (souvent importante à l'adolescence et d'amélioration progressive avec l'âge, en particulier après les grossesses, comme on le retrouve dans la thèse d'Anne-Claire Ordonneau en 2020 (35)) et sentiment de vulnérabilité, en particulier en cas de relation asymétrique et paternaliste, retrouvé déjà dans l'étude de Larsen en 1997 (36) ;
- Les freins liés à la démographie : manque de soignants, disponibilité insuffisante des rendez-vous (ce que l'on retrouve dans notre étude avec des patientes qui, dans les précisions concernant leur contraception, expliquent ne pas avoir pu en initier une faute de rendez-vous assez rapide).

Concernant en particulier les médecins généralistes, et pouvant expliquer l'écart retrouvé entre eux et les soignants spécialisés dans notre étude, on retrouve également dans la littérature des freins liés d'une part au manque d'information des patientes sur les compétences gynécologiques de leur généraliste, et d'autre part à la pratique et à l'intérêt du médecin pour la

gynécologie (équipement, consultations dédiées...). On retrouve aussi, chez certaines patientes, une réticence à s'adresser pour des questions aussi intimes au médecin qui est également leur médecin de famille, et avec lequel elles jugent avoir une relation trop personnelle (37).

### B – Les femmes jeunes et sans suivi : des populations qui consultent peu

En se basant sur l'analyse statistique des données recueillies, on constate que plusieurs paramètres influencent significativement la nature des sources d'information sollicitées le plus fréquemment. Ces corrélations concernent essentiellement la catégorie des soignants, les autres catégories de sources étant finalement consultées de façon assez similaire par les différents groupes, à quelques exceptions près.

Il en ressort donc que certaines catégories de patientes se tournent de façon moins spontanée vers les soignants : les patientes les plus jeunes (surtout avant 25 ans), célibataires et sans enfants, avec un niveau d'études plus faible (bien qu'il existe probablement des biais de confusion entre tous ces facteurs), qui n'ont pas de contraception médicalisée ni de suivi gynécologique régulier.

On retrouve la même tendance dans le rapport de l'IGAS de 2009 (20), où le corps médical a plutôt un rôle marginal chez les jeunes, qui privilégient leur entourage. On notera par ailleurs que les patientes les plus jeunes font partie de l'une des catégories de la population, clairement identifiées dans les recommandations de la HAS, dont le suivi gynécologique et contraceptif est parfois négligé par les soignants qui les accompagnent, car leur sexualité est supposée inexistante (24). Ces patientes devraient donc pouvoir bénéficier d'une attention particulière de la part des professionnels de premier recours, comme prévu par la stratégie nationale de santé sexuelle (17), mais aussi être les cibles spécifiques d'éventuelles campagnes de prévention.

Concernant les adolescentes, la thèse de Yohan Querol en 2018 (25) montre d'ailleurs précisément qu'elles ont confiance en le médecin généraliste qui les suit, mais n'osent pas aborder le sujet, considéré comme tabou par cette population encore empreinte de timidité. Elles sont donc dans l'attente que le médecin prenne cette initiative. Ce conseil est d'ailleurs retrouvé dans les recommandations du CNGOF (38) de la HAS (39) en termes de consultation de contraception.

On notera également, chez les patientes jeunes (bien que cette tendance ne soit pas significative, avec un  $p=0,08$  et  $p=0,14$ ) ou de faible niveau d'études, une plus grande tendance à se fier aux informations issues des réseaux sociaux. Il semble donc nécessaire de prêter une attention particulière aux fausses croyances dans ces catégories de la population. La stratégie nationale de santé sexuelle de 2017-2030 s'arrête d'ailleurs sur ce point en soulignant l'intérêt de contrecarrer la désinformation qui peut être véhiculée par ce type de supports (17). Cependant, cela signifie également que, chez ces patientes particulièrement peu enclines à consulter les soignants, les réseaux sociaux pourraient être un bon véhicule pour une éventuelle campagne de communication au sujet de la contraception.

### C – Des patientes plus méfiantes vis-à-vis des soignants

Concernant la fiabilité estimée des différentes sources évaluées, on constate que les patientes qui accordent le moins de crédit à l'information délivrée par les soignants sont celles qui n'ont pas de suivi (on observe en revanche une augmentation de la fiabilité ressentie du soignant avec l'augmentation de la fréquence des consultations) et celles qui utilisent des méthodes contraceptives dites « naturelles », bien que cette corrélation ne soit pas significative ( $p=0,19$ ).

Ces corrélations semblent logiques et attendues, quelle que soit la causalité qui les sous-tend. Il est cependant important de prendre conscience de cette méfiance, afin de travailler la relation de confiance médecin-patient dans ces populations en particulier.

#### D – Le rôle des médecins généralistes

La moitié des patientes interrogées n'ont pas tendance à consulter spécifiquement pour discuter de la contraception, pour des raisons diverses. Ces patientes n'auront donc pas accès à une consultation avec un soignant spécialisé, puisqu'elles ne feront pas la démarche de prendre un rendez-vous. Il semble par conséquent que leur médecin traitant soit un interlocuteur intéressant pour initier ce dialogue, dans la mesure où il fait partie de leur suivi régulier en dehors de toute question sexuelle ou contraceptive. La thèse de Suzanne Loiseau (40) retrouvait d'ailleurs comme facteur facilitant au suivi gynécologique cette place privilégiée du médecin traitant dans le suivi régulier des patientes, notamment chez les adolescentes, chez qui aborder le sujet régulièrement avant même que la patiente présente un besoin contraceptif permettait de faciliter l'accès aux soins nécessaires ultérieurement. Afin de permettre aux patientes de recevoir, à travers les soignants qui les prennent en charge, des informations fiables et individualisées, comme le recommande la HAS (41), et avec le moins de mécompréhensions possible, plusieurs adaptations des pratiques médicales peuvent donc sembler intéressantes chez les médecins traitants.

La première est d'aborder spontanément le sujet de la contraception au cours des consultations « tout-venant », en particulier chez les populations les moins informées, et de proposer aux patientes intéressées des créneaux de consultation dédiés à visée d'information contraceptive, sans examen clinique, leur permettant ainsi d'identifier le médecin traitant comme interlocuteur compétent et disponible pour aborder ces questions, et de considérer leurs besoins contraceptif et leur suivi gynécologique comme objets légitimes d'une consultation médicale. L'étude menée en 2019 par Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent (21) suggère même de morceler ces consultations, permettant ainsi aux patientes d'avoir un temps de réflexion concernant leur contraception mais aussi d'avoir accès à une information répétée. Une étude américaine menée en 2017 en confirme la meilleure efficacité pour l'obtention d'une décision éclairée et d'une contraception adaptée, donc suivie de façon plus efficace et pendant plus longtemps (42). Dans l'étude Contracept-IVG (9), mais aussi chez les adolescentes dans la thèse de Yohan Querol (25), on retrouve également cette volonté des patientes que le soignant aborde lui-même le sujet de la contraception.

La seconde adaptation à envisager est d'analyser et de remettre en question les pratiques médicales, et ce en particulier en termes de qualité de communication, afin de permettre aux patientes de se sentir en confiance et non jugées lorsqu'elles abordent ces questions. Là aussi, l'étude Contracept-IVG retrouve cette sensation chez les patientes d'avoir un lien médecin-patient « instable, avec ébranlement de la relation de confiance, peur du soignant et de l'examen gynécologique » (9). Cette image du médecin et de la consultation expliquerait l'écart entre fiabilité estimée et recours effectif à celui-ci, les patientes étant freinées par ces peurs dans leur potentielle démarche de consultation. L'amélioration des capacités de communication des professionnels de santé de premier recours fait d'ailleurs partie de la stratégie nationale de santé sexuelle de 2017 à 2030, au même titre que l'amélioration de leurs connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques dans le cadre de la sexualité en général et de la contraception en particulier (17). La participation à des groupes de pairs de type groupes Balint a par ailleurs été



identifiée comme permettant une amélioration de l'empathie, et donc de la qualité des entretiens médecin-patient (43).

On notera, devant la faible fréquence d'utilisation des sources d'information à type de documentation papier, qu'il semble peu utile de mettre à disposition des brochures informatives sur la contraception en salle d'attente si elles ne servent pas d'accroche pour déboucher sur une consultation dédiée. Dans le rapport de l'IGAS (20), les documents d'information mis à disposition dans le cadre des campagnes d'information à la contraception sont d'ailleurs, là aussi, statistiquement peu évoqués comme source d'information. Si plusieurs sources retrouvent néanmoins un intérêt à ce type de supports, papier ou numérique (21,34), il s'agit généralement plutôt de l'utiliser à titre de résumé des informations transmises durant la consultation, ou de support de réflexion ultérieure.

## **V – Information, satisfaction et consultation dédiée**

### **A – Une liberté de choix relative et peu satisfaisante**

Environ la moitié des patientes interrogées seulement s'estiment satisfaites de leur contraception, alors qu'un tiers ne s'en estiment pas satisfaites (les autres n'ayant pas répondu à la question). Selon le sondage de l'IFOP réalisé en 2018 (44), on retrouvait seulement 10% de femmes insatisfaites de leur contraception dans la population générale, et seulement 17,5% selon l'étude de Charlotte Pallade réalisée à Lille en 2021 (45), il est donc probable que ce taux d'insatisfaction soit plus élevé chez les patientes en demande d'IVG que dans la population générale. Parallèlement, dans notre étude, elles sont pourtant largement majoritaires à estimer avoir été suffisamment informées et libres de faire leur propre choix contraceptif, bien qu'une grande part d'entre elles ne s'en estiment aujourd'hui pas satisfaites.

On retrouve dans les causes d'insatisfaction une part d'effets indésirables connus et attendus des différents moyens de contraception, et une part d'explications qui semblent faire écho aux craintes et à la méfiance découlant de la crise de la pilule de 2012 (notamment les patientes qui parlent d'« hormones » ou de « risques pour la santé », sans précisions, ou qui disent souhaiter un « fonctionnement naturel de leur corps »). Ces craintes sont d'ailleurs également retrouvées dans l'étude menée par Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent (21), avec une méfiance vague vis-à-vis des contraceptions hormonales, sans objet précis. Il semble nécessaire, pour ces patientes, de déconstruire les différentes fausses croyances et appréhensions qu'elles peuvent avoir.

On note également que les patientes qui s'estiment informées sur les différents moyens de contraception disponibles sont moins nombreuses que celles qui estiment avoir fait un choix libre et éclairé, ce qui tend à laisser penser que certaines patientes s'estiment libres de choix alors même qu'elles ont conscience de ne pas être suffisamment informées. On retrouve d'ailleurs ce même profil de patientes, qui estiment avoir choisi leur contraception alors même qu'elles sont conscientes d'avoir manqué d'information pour le faire, dans la thèse de Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent (21).

### **B – La consultation dédiée : une pratique nécessaire**

Le fait de s'estimer informée, sur sa contraception et les autres, satisfaite de sa contraception et libre de son choix contraceptif semblent être des caractéristiques fortement corrélées dans la

population interrogée. Le lien du taux de satisfaction avec le niveau d'information subjectif est cependant le seul à n'être pas significatif ( $p=0,057$  et  $p=0,07$ ).

On retrouve dans les recommandations du CNGOF (38) la réalisation d'une consultation structurée et la qualité de la communication interpersonnelle comme facteurs permettant d'améliorer non seulement la satisfaction des patientes concernant leur contraception, mais aussi la persistance contraceptive, également améliorée par la présentation détaillée des effets indésirables potentiels. La réalisation d'une telle consultation est retrouvée également dans notre étude comme facteur d'influence statistiquement corrélé à la fois à la satisfaction et aux degrés d'information et de liberté de choix décrits par les patientes.

Pourtant, en se basant sur l'étude descriptive des données recueillies, on constate que quasiment un tiers des patientes interrogées, soit une proportion non négligeable, n'ont jamais eu de discussion avec un soignant concernant le choix de leur contraception et les différentes options qui s'offraient à elles. Parmi celles qui ont eu une telle conversation, la majorité l'a eue avec le soignant qui assure son suivi gynécologique, donc lors d'une consultation dont elle avait elle-même pris l'initiative en prenant rendez-vous pour aller consulter un soignant spécialisé, gynécologue ou sage-femme. Cela confirme l'importance de proposer de telles consultations dans le cadre de la médecine générale, afin que les patientes qui ne prennent pas l'initiative de consulter pour des motifs gynécologiques ou contraceptifs puissent également y avoir accès.

Les antécédents d'IVG devraient théoriquement être des facteurs d'influence sur la réalisation d'une telle discussion. En effet, les consultations réalisées dans le cadre de l'IVG, et notamment la consultation de suivi post-IVG sont, selon les recommandations, l'occasion de réaliser un bilan des pratiques contraceptives en place, et éventuellement d'en changer s'il s'avère qu'elles sont inadaptées. Paradoxalement, si un tel lien existe, il n'a pas été mis en évidence par cette étude.

### C – Le suivi pluriprofessionnel : une clef pour une meilleure efficacité

Il est intéressant de constater que les patientes dont le suivi gynécologique est effectué par une sage-femme sollicitent plus souvent les soignants. On peut raisonnablement supposer, en se fiant aux hypothèses émises plus tôt, que la sage-femme a soit une meilleure disponibilité que les médecins, avec des créneaux de consultation accessibles plus rapidement, soit un meilleur contact que ces derniers avec les patientes, avec une relation soignant-soigné de confiance.

Cependant, il n'est pas exclu qu'il existe un biais, notamment concernant le genre du soignant. En effet, bien que ce phénomène soit de moins en moins important, les patientes ne sont pas indifférentes au genre du soignant à qui elles s'adressent lorsqu'elles abordent le sujet de la contraception, comme le montrent la thèse de Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent (21), ou les thèses portant sur la consultation gynécologique en médecine générale (32,33,34). Or, la profession de sage-femme est largement plus féminine que celle de médecin généraliste ou de gynécologue.

Le soignant responsable du suivi gynécologique est également un facteur d'influence sur les taux de satisfaction et d'information ressentis des patientes interrogées. En effet, on constate que ce profil de patientes, qui se considèrent plus informées, plus satisfaites et plus libres de leur choix, se retrouve chez celles suivies par une sage-femme sur le plan gynécologique. Celles suivies par leur médecin traitant, en revanche, semblent s'estimer plus contraintes dans leur choix. Celles suivies par un gynécologue présentent globalement le même profil que la moyenne de la population. On retrouve d'ailleurs un écart du même type, parmi les patientes ayant eu une

consultation dédiée à l'information contraceptive, entre celles qui l'ont eue avec leur médecin traitant et celles qui l'ont eue avec le soignant responsable de leur suivi gynécologique.

Cette tendance peut probablement s'expliquer par une possible habitude, dans le cadre des consultations de médecine générale, à délivrer une information contraceptive (au moins partiellement) mais à orienter, consciemment ou non, le choix contraceptif des patientes vers une pilule contraceptive, qui ne nécessite pas de geste médical de pose duquel les médecins généralistes pourraient être moins familiers, comme c'est le cas du DIU ou de l'implant contraceptif. Ce manque de compétences en termes de pose des dispositifs contraceptifs était d'ailleurs retrouvé comme une des causes possibles de la faible prescription des LARCs par les médecins généralistes dans l'étude FECOND (46). La thèse de Nelly Guechi (47) en 2022 retrouvait également de façon significative une moindre variété de contraceptifs déjà testés chez les femmes sous pilule contraceptive que chez les femmes utilisant d'autres contraceptions, confirmant cette probable tendance à prescrire la pilule contraceptive par défaut, en première intention, et ce sans distinguer suffisamment les conditions de vie quotidiennes des femmes. Il serait donc nécessaire, de la part des généralistes qui ne réalisent pas les actes de pose des LARCs, d'être conscients de ce biais afin d'adapter leur discours en conséquence, et de faciliter le cas échéant l'accès à ces contraceptions en adressant facilement et rapidement les patientes concernées à des praticiens compétents.

La thèse de Marion Duchêne (48) retrouvait également en 2022 cette différence d'information des patientes en faveur des sages-femmes, et concluait que l'existence de consultations dédiées, standardisées et plus longues pouvaient en être à l'origine, au moins partiellement. La thèse de Sarah Darriau (49), qui a repris en 2013 les données de l'étude ECOGEN (éléments de la consultation en médecine générale) pour analyser les consultations à visée contraceptive, notait par ailleurs que seulement 20% des consultations de médecine générale aboutissant à une prescription de contraception y était entièrement dédiées, contrairement à ce que recommande la HAS (39). Des consultations dédiées permettraient une meilleure individualisation à la fois des informations délivrées mais aussi de la contraception proposée.

Concernant la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception, le lien mis en évidence dans cette étude entre soignant responsable du suivi gynécologique et soignant ayant réalisé une consultation dédiée est cohérent et attendu. On notera cependant que les patientes suivies par une sage-femme, qui ont très nettement eu cette consultation plus souvent que la moyenne, l'ont eue plus souvent avec leur sage-femme mais également plus souvent avec leur médecin traitant, contrairement à celles suivies par un gynécologue. C'est donc probablement la prise en charge conjugée des médecins généralistes et des sages-femmes qui permet à ce jour d'avoir la meilleure couverture de la population en termes d'information. On peut supposer qu'une partie de ces patientes ont été informées par leur médecin traitant, au décours de leur suivi global, avant d'être adressées chez une sage-femme pour la réalisation du suivi gynécologique. La coopération entre les différents professionnels de santé peut donc être une clef intéressante pour permettre une meilleure couverture contraceptive de la population, et elle fait d'ailleurs partie des recommandations de la HAS dans ce but (24).

La question reste cependant posée du gain d'efficacité du suivi pluriprofessionnel sur les populations les plus à risque. En effet, chez les plus jeunes (en particulier chez les patientes de moins de 25 ans), la prévalence du suivi par les sages-femmes est plus faible, comme on le constate en observant la population étudiée par Myrtille Maury pour son mémoire (50) ou par Adeline Duranthon et Inès Parayre dans leur recherche sur la place de la sage-femme dans le suivi

gynécologique de prévention en milieu rural (51). Dans notre étude, bien que cette corrélation ne soit pas statistiquement significative ( $p=0,09$ ), plus de la moitié des patientes de 21 à 25 ans qui ont eu une consultation dédiée l'ont eue avec leur médecin traitant, soit nettement plus que dans la population globale de l'étude. Par conséquent, même en supposant que les sages-femmes, du fait de leurs habitudes d'exercice, aient une meilleure efficacité en termes d'information, elles ne peuvent l'obtenir que chez les femmes qui viennent effectivement les consulter, soit spontanément, soit orientées par leur médecin généraliste par exemple.

## **VI – Contraceptifs de longue durée d'action et freins majoritairement retrouvés**

### **A – Des patientes de mieux en mieux informées, mais une norme contraceptive tenace**

Les freins majoritairement retrouvés à l'utilisation des contraceptifs de longue durée d'action sont la notion de refus du corps étranger, la peur des effets indésirables, et le fait de ne jamais l'avoir envisagé. Les fausses croyances concernant le DIU qui ont été recherchées dans cette étude ne sont citées que de façon anecdotique, par un dixième ou moins des patientes interrogées, là où l'étude FECOND (46) menée en 2010 retrouvait encore chez 54% des patientes la notion que le DIU n'était pas utilisable chez les patientes nullipares, et chez 57% d'entre elles la peur de la stérilité. On peut espérer que les campagnes d'information successives visant à déconstruire ces fausses croyances durant la dernière décennie ont porté leurs fruits.

Les variations d'utilisation des LARCs avec l'âge et le niveau d'études (bien que non significatives à l'exception de la corrélation entre âge et utilisation du DIU, avec des  $p=0,22$  pour la corrélation entre âge et utilisation de l'implant et  $p=0,12$  et  $p=0,20$  pour celles entre niveau d'étude et respectivement DIU ou implant) semblent cohérentes avec la norme contraceptive (24) et l'image dans la conscience collective du DIU – plutôt considéré comme une contraception de la femme trentenaire ou plus, de haut niveau socio-professionnel, souvent après au moins une grossesse – et de l'implant contraceptif – plutôt considéré comme une contraception de l'adolescente ou de la jeune adulte, étudiante ou de faible niveau socio-professionnel. On notera d'ailleurs que, chez les patientes n'ayant jamais testé le DIU, l'évocation du frein « jamais envisagé » suit la tendance inverse à celle de son utilisation, bien que cette corrélation ne soit pas significative ( $p=0,06$ ). Ces variations de prévalence des LARCs en fonction de l'âge et du niveau socio-professionnel ont d'ailleurs été retrouvées selon une tendance similaire dans l'étude FECOND (46).

Concernant la contraception en place, les patientes sous pilule au début de la grossesse semblent avoir moins souvent testé le DIU, bien que cette corrélation soit moins marquée chez les patientes sous pilule progestative pure ; et les patientes utilisant des méthodes dites « naturelles » semblent avoir plus souvent testé le DIU. Cette corrélation pourrait s'expliquer par le phénomène de prescription de pilule « par défaut », phénomène d'autant plus présent chez les médecins généralistes qui manquent de formation et de pratique concernant la pose des différents LARCs, comme retrouvé dans l'étude FECOND (46), ou la thèse d'Igor Moskalyk (52). Bien que cette corrélation ne soit pas significative ( $p=0,24$ ), il semblerait d'ailleurs que les patientes suivies par leur médecin traitant ou non suivies sur le plan gynécologique aient moins souvent testé le DIU, ce qui confirmerait cette hypothèse. A l'inverse, les patientes sous contraception « naturelle » ont probablement déjà testé plusieurs méthodes contraceptives sans trouver de solution adaptée pour elles.

On notera également que, si seulement un cinquième des patientes qui n'ont jamais testé le DIU disent ne jamais l'avoir envisagé, c'est presque deux fois plus fréquent chez celles qui n'ont jamais testé l'implant contraceptif. Il est probable que l'implant contraceptif, plus récent, soit moins rentré dans les mœurs, moins facilement proposé aux patientes et moins mis en avant sur les supports de communication. Il pourrait être intéressant d'accentuer la présentation de ce contraceptif en consultation, ne serait-ce que pour s'assurer que les patientes en connaissent l'existence et sont conscientes (hors contre-indications bien entendu) qu'il s'agit potentiellement d'une option envisageable pour elles.

C'est d'ailleurs probablement déjà ce qui est fait dans les consultations post-IVG, et qui expliquerait l'association claire observée dans cette étude entre l'utilisation de l'implant contraceptif et les antécédents d'IVG. On retrouve cette tendance dans la thèse d'Elise Leroyer (29), qui décrit un passage de 0,002% à 10,5% d'utilisatrices pour l'implant contraceptif en post-IVG.

### B – Le refus du corps étranger : un frein relatif mais répandu

Le refus du corps étranger est le frein à l'utilisation des LARCs le plus fréquemment retrouvé dans cette étude. Ce frein était d'ailleurs également évoqué dans l'étude qualitative Contracept-IVG (9), qui analyse le caractère « intrusif » des LARCs dans l'esprit des patientes ayant réalisé des IVG multiples, ainsi que dans la thèse de Manon Medeiros Maia/Roux et Charline Vincent (21). On peut supposer que la notion de refus du corps étranger, qui est légitime mais repose exclusivement sur des questions de ressenti psychologique et pas de rationalisation de l'utilisation du contraceptif (comme cela peut être le cas pour les effets indésirables somatiques, par exemple) est construite sur des informations parcellaires, chez des patientes qui ont assimilé les connaissances sur la contraception de façon biaisée ou en se laissant imprégner de fausses croyances et d'inquiétudes sans objet précis. L'étude de Whitaker (53) et celle de Fleming (54) démontrent par ailleurs que la délivrance d'une information complète sur le DIU associée à de la réassurance permet de contrer ce type de freins.

Il existe par ailleurs une franche asymétrie entre le DIU et l'implant contraceptif en termes de proportion de patientes citant cet aspect des LARCs comme un frein à leur utilisation. En effet, alors que presque la moitié des patientes n'ayant jamais testé le DIU le mentionnent, c'est plus d'un dixième de la population en moins qui le citent concernant l'implant. On notera également qu'un cinquième des patientes l'ayant cité pour le DIU ont néanmoins déjà essayé l'implant contraceptif, et autant ne le citent pas concernant l'implant. On peut supposer que la notion de corps étranger soit plus difficile à accepter par les patientes lorsqu'elle concerne anatomiquement directement la sphère gynécologique, symboliquement plus intime et taboue que le membre supérieur, bien que l'objectif thérapeutique des deux dispositifs soit le même.

Si on ajoute la persistance de certaines fausses croyances notoires, bien qu'en faible proportion, il semble essentiel de réserver durant les consultations d'information contraceptive un temps de dédramatisation et de déconstruction des idées reçues sur les LARCs en particulier.

## VII – Perspectives

### A – Une analyse à approfondir par d'autres études

Plusieurs études complémentaires pourraient venir compléter la nôtre pour analyser de façon plus approfondie les différents éléments mis en évidence au cours de celle-ci. On pourrait

envisager par exemple, afin d'éviter de limiter l'impact du biais de recrutement qui a été observé durant l'analyse de ces données, de réaliser une étude similaire sur une population de patientes en demande d'IVG exclusivement hospitalière. Une telle étude permettrait de constater si les facteurs d'influence identifiés ici sont retrouvés aussi dans cette population, et serait probablement plus aisément réalisable si ses investigateurs sont plus disponibles pour encadrer en personne et sur place le recueil de données, sans avoir à le superviser dans une dizaine de cabinets libéraux parallèlement.

Une étude similaire aurait également sa place en population générale, plutôt que chez les patientes en demande d'IVG, afin d'analyser si les sources d'information sollicitées sont sensiblement différentes, et donc si la nature même des sources consultées pourrait être un facteur de risque de demande d'IVG, et par extension de grossesse non programmée.

Enfin, une étude qualitative portant sur les mêmes sujets serait également profitable. Elle pourrait permettre de hiérarchiser plus finement le ressenti des patientes interrogées concernant la fiabilité des différentes sources sollicitées, et les raisons pour lesquelles elles ont plus ou moins tendances à consulter les différentes sources à leur disposition.

## B – Une adaptation des pratiques à envisager

Ce qui ressort le plus clairement de l'analyse de ces données, c'est que la confiance des patientes envers les différents soignants qui les accompagnent n'est pas suffisante pour les pousser à se tourner systématiquement vers eux en cas de questionnement sur des problématiques contraceptives. Par conséquent, c'est à nous soignant, et tout particulièrement médecins généralistes de proximité, qu'il revient d'aborder le sujet, chez toutes les patientes et de façon régulière, afin de leur ouvrir un accès plus facile à une information vérifiée et individualisée, qui leur permette de faire un choix contraceptif éclairé.

Une des solutions pour mettre en place des habitudes de ce type serait d'inclure un questionnement sur la contraception dans les interrogatoires systématisés auxquels sont soumis les patients, afin de recueillir entre autres leurs antécédents personnels et familiaux et les éventuels événements nouveaux concernant leur santé. Un tel réflexe permettrait alors d'ouvrir sur la proposition d'une consultation dédiée, conformément aux recommandations de la HAS (24), pour les patientes chez qui une ambiguïté est retrouvée que ce soit sur l'adaptation de leur contraception à leur mode de vie, la satisfaction qu'elles ressentent vis-à-vis de leur contraception ou d'éventuels effets secondaires, ou simplement sur leur utilisation de celle-ci.

Une telle consultation mérite une valorisation particulière, ce qui est déjà en cours de mise en place avec la cotation CCP pour les premières consultations de contraception et de prévention en santé sexuelle à visée contraceptives chez les moins de 26 ans, dont les indications s'élargissent et dont l'utilisation se généralise depuis son instauration en 2017 (55). Cette consultation est néanmoins nécessaire chez toutes les patientes, et en particulier chez celles auxquelles nous n'avons pas le réflexe de la proposer (24). Elle devrait permettre à chacune la délivrance d'une information claire, exhaustive et individualisée, sous réserve que les praticiens soient capables de faire coexister avec empathie dans leur discours et leur raisonnement les données de la science d'une part et les désirs et impératifs de la patiente d'autre part, et parviennent à mettre de côté leurs préférences et habitudes personnelles (56). Cela assurerait ainsi aux patientes l'accès à l'accompagnement nécessaire pour faire un choix contraceptif adapté et éclairé, et pour le poursuivre par la suite. Cet accompagnement serait d'ailleurs d'autant plus exhaustif et efficace en mettant en jeu la pluriprofessionnalité, et la coopération entre les différents spécialistes

susceptibles d'entourer les patientes, qu'ils soient médecins, sages-femmes ou paramédicaux (24).

Il serait d'ailleurs intéressant d'inclure les partenaires et les hommes en général dans ce type de consultations, en proposant des consultations de couple et des consultations individuelles, pour notre patientèle féminine et masculine. Pour les patient-e-s en situation conjugale stable et exclusive, cela permettrait de soumettre la question contraceptive au couple dans son ensemble, et d'envisager peut-être des solutions auxquelles la femme n'avait pas pensé jusque-là, la vasectomie en étant l'exemple le plus courant mais pas le seul. Pour les patients ayant des partenaires multiples, une telle consultation serait l'occasion d'envisager de prendre en main leur propre fertilité, et ce de façon de plus en plus autonome au fur et à mesure de la progression des recherches en termes de contraception masculine (1).

## Conclusion

Les femmes nécessitant une contraception en France aujourd'hui disposent de nombreuses sources d'information pour étayer leur réflexion et faire un choix. Cependant, ces sources peuvent véhiculer des renseignements erronés, le rôle de guide du soignant est donc essentiel. Cette étude a ainsi cherché à identifier les sources d'information les plus utilisées et jugées fiables, en particulier par les femmes confrontées à un échec contraceptif, ainsi que leur ressenti global vis-à-vis de leur contraception, et les caractéristiques de leur prise en charge gynécologique.

On observe dans les réponses recueillies que, même si le soignant reste la source d'information la plus consultée, et si sa fiabilité est reconnue par la quasi-totalité des patientes interrogées, la sollicitation effective de celui-ci est moitié moins fréquente. Cet écart peut s'expliquer par différents freins, notamment un sentiment d'illégitimité de la part des patientes, ou une relation soignant-soigné perçue comme peu sécurisante. Certaines caractéristiques sont significativement associées à un plus faible taux de consultation : les femmes jeunes, de faible niveau socio-économique et sans suivi gynécologique, en particulier, semblent moins susceptibles de solliciter les soignants, et plus susceptibles de se fier aux réseaux sociaux. Les patientes sans suivi gynécologique et celles sous contraception naturelle considèrent, quant à elles, les soignants comme moins fiables. Par définition, toutes ces patientes qui ne consultent pas spontanément pour discuter de contraception ne peuvent pas accéder à une consultation avec un soignant spécialisé. Le médecin traitant, en tant qu'interlocuteur régulier, est donc bien placé pour initier ce dialogue.

Satisfaction, niveau d'information ressenti, liberté de choix et réalisation d'une consultation dédiée à la contraception sont significativement liés selon les résultats de cette étude, d'où l'importance que les patientes aient la possibilité au cours de leur suivi, d'accéder à de telles consultations. L'un des leviers mobilisables pour cela est la pluriprofessionnalité, notamment entre médecins et sages-femmes, ces dernières semblant obtenir une meilleure efficacité dans ces domaines. Cependant, le rôle du médecin traitant reste essentiel, notamment du fait de sa position privilégiée au sein du suivi médical de routine, en particulier pour les patientes les plus à risque de désinformation.

Concernant l'utilisation des contraceptifs réversibles de longue durée d'action, la norme contraceptive, bien que remise en question, se devine encore dans les résultats de cette étude. En revanche, les fausses croyances - sur le dispositif intra-utérin en particulier - sont en net recul. Le frein principal à leur utilisation est aujourd'hui la notion de refus du corps étranger. Cette appréhension, souvent vague et sans objet précis, peut cependant être atténuée par la délivrance d'une information adaptée.

Il ressort de ce travail l'importance de l'abord spontané de la question contraceptive par le médecin traitant en consultation de routine, en particulier chez les populations les moins informées, et la mise en place de consultations dédiées et d'un suivi pluridisciplinaire au besoin. Ces habitudes pourraient permettre une meilleure couverture de la population en terme d'information contraceptive et donc probablement un choix contraceptif adapté, individualisé, et de fait plus efficace.

Lu et Approuvé  
Toulouse le 31/10/2024  
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 4/11/2024

Vu et permis d'imprimer  
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
Le Doyen-Directeur  
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédica  
Professeur Thomas GEERAERTS



## **Bibliographie**

- (1) Le Guen M. Évolution des usages contraceptifs : une pratique millénaire et deux révolutions. Med Sci [En ligne]. Juin 2021 [cité le 2 août 2024];37(6-7):641-6. Disponible : <https://www.medicinesciences.org/en/articles/medsci/pdf/2021/06/msc200546.pdf>
- (2) Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Popul Sociétés [En ligne].2017 [cité le 2 août 2024];N°549(10):1. Disponible : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/27050/549\\_ang\\_population.societes.novembre2017.contraception.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/27050/549_ang_population.societes.novembre2017.contraception.fr.pdf)
- (3) Thomé C, Rouzaud-Cornabas M. Comment ne pas faire d'enfants ? La contraception, un travail féminin invisibilisé. Rech Sociol Anthropol 2017 ; 48 : 117-37.
- (4) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles ; mars 2013 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
- (5) Mavranouzouli I, LARC Guideline Development Group. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. Hum Reprod 2008;23:1338–45.
- (6) Bajos, N. et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Société, 2014, 511
- (7) Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. Sante Publique [En ligne]. 11 mars 2022 [cité le 2 août 2024];Vol. 33(5):663-73. Disponible : <https://doi.org/10.3917/spub.215.0663>
- (8) Mignon S, Denis L, Tant C. The discursive trajectories of gynecological and obstetric violence through alternative and traditional media. Dans : ECREA 2022 ; 20 oct 2022 ; Aarhus University.
- (9) Faucon M. Etude Contracept-IVG [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2021.
- (10) Portner V. Évolution de la contraception : de la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes ? [Mémoire de DAS en Santé sexuelle en ligne]. Genève : CEFOC-HETS ; 2019 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [https://staging.salute-sessuale.ch/assets/docs/Portner\\_Travail-de-diplome.pdf](https://staging.salute-sessuale.ch/assets/docs/Portner_Travail-de-diplome.pdf)

(11) Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.

(12) Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. J Gynecol Obstet Biol Reprod [En ligne]. Déc 2016 [cité le 2 sep 2024];45(10):1577-95. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.034>

(13) Loi visant à renforcer le droit à l'avortement, Loi n° 2022-295 [En ligne], 2 mars 2022 [cité le 2 août 2024] (France). Disponible : [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LlhsICgDpYJsCxxsL1\\_RUlsDFihSq-tW46Kwa2ISZzs=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LlhsICgDpYJsCxxsL1_RUlsDFihSq-tW46Kwa2ISZzs=)

(14) Loi relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse, Loi Constitutionnelle [En ligne], 7 déc 2023 (France). Disponible : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1983\\_avis-conseil-etat.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1983_avis-conseil-etat.pdf)

(15) Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 2011;1(1):116.

(16) Vilain A, Allain S, Dubost CL, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES Etudes et Résultats [En ligne]. 2020;1163. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>

(17) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030 [En ligne]; 2017 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)

(18) Bouvier-Colle MH, Halley des Fontaines V, Bozon M. Santé sexuelle et de la reproduction : État des lieux et émergence des problématiques. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2016;(96):10-29

(19) Lenglard F. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. DREES Etudes et Résultats [En ligne]. Sep 2023 [cité le 5 avril 2024];(1281). Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>

(20) Aubin, C. et al. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Inspection générale des affaires sociales. 2009

(21) Medeiros Maia/Roux M, Vincent C. Choisir sa contraception : le point de vue des femmes des Hautes Pyrénées [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2019.

(22) Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. J Womens Health (Larchmt). Mai 2015 ;24(5):349-53

(23) Brena C. Enquête déclarative par auto-questionnaire sur l'intérêt des nullipares pour la contraception intra-utérine avant et après informations [Mémoire]. Grenoble : Département de Maïeutique de l'Université Grenoble Alpes ; 2022.

(24) Haute autorité de Santé [En ligne]. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, document de synthèse ; avril 2013 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)

(25) Querol Y. Education à la sexualité au sein du noyau familial : étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nice : Université Sophia Antipolis ; 2018.

(26) Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [En ligne]. Statistiques locales - département du tarn et garonne ; [cité le 5 avril 2024]. Disponible : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=evolpop&report=r02&selgeo1=dep.82&selgeo2=fe.1>

(27) Bour M. La prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité [Mémoire]. Metz : Ecole de Sages-femmes ; 2018.

(28) Gissingier C. Parcours contraceptif autour des interruptions volontaires de grossesse : réévaluation de la contraception à la consultation pré-IVG [Mémoire]. Grenoble : Département de Maïeutique de l'Université Grenoble Alpes ; 2020.

(29) Leroyer E. Contraception autour de l'interruption volontaire de grossesse et caractéristiques socio-démographiques des femmes [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nantes : Faculté de Médecine ; 2022.

(30) Moreau C., Trussell J., Desfreres J., Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion : results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 2010 ; 82 (4) : 337-44.

(31) Mazuy M., Toulemon L., Baril E. Le nombre d'IVG en France est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*, 2014, n° 69 (3), p. 365-398.

(32) Couprie Q. Les freins et les facteurs favorisant la consultation gynécologique en médecine générale : étude qualitative, le point de vue des femmes [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nantes : Faculté de Médecine ; 2022.

(33) Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: Revue de littérature [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Angers : Faculté de Médecine ; 2018.

(34) Terris C. Quels sont les déterminant et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de Médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lyon : Université de Médecine ; 2016.

(35) Ordronneau A-C. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale - Etude qualitative réalisée en région Picardie [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Amiens : Faculté de Médecine ; 2020

(36) Larsen M. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. Family Practice. 1 avr 1997;14(2):148-52.

(37) Huet C. Suivi gynécologique!: quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lyon : Université de Médecine de Lyon Est; 2018

(38) Chabbert-Bufferet N, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 2018 Déc. 46(12):755-1088

(39) Haute Autorité de Santé [En ligne]. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG), recommandation de bonnes pratiques ; 19 avril 2013 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf)

(40) Loiseau S. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste: une étude qualitative menée auprès de patientes Seinomarines en 2018 [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Rouen : Faculté de Médecine; 2019.

(41) HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [en ligne]. 2019 Sept 17. [cité le 10 oct 2019] [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes)

(42) Marshall C, Nuru-Jeter A, Guendelman S, Mauldon J, Raine-Bennett T. Patient perceptions of a decision support tool to assist with young women's contraceptive choice. Patient Educ Couns. 2017;100(2):343-8

(43) Player M, Freedy JR, Diaz V, Brock C, Chessman A, Thiedke C, Johnson A. The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. Int J Psychiatry Med. 2018 Jan-Mar;53(1-2):24-38.

(44) IFOP. Contraception : pourquoi les femmes délaissent la pilule ? Illicomed. sept 2018

(45) Pallade C. Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021 [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2022.

(46) Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 2013 Aug;100(2):451-8

(47) Guechi N. Les modalités contraceptives des femmes consultants en médecine générale : la pilule populaire ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lille : Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2022.

(48) Duchêne M. Les femmes sous contraceptif oral sont-elles informées des situations à risque de grossesse non programmée ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2022.

(49) Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en Médecine Générale en France. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Tours : Faculté de médecine; 2013. Disponible : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013\\_Medecine\\_DarriauSarah.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_DarriauSarah.pdf)

(50) Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ? [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme]. Paris : Université Paris Descartes, Ecole de Sages-femmes Baudelocque ; 2011.

(51) Duranthon A, Parayre I. Place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention en milieu rural. *Sages Femmes*. 2021;20(5):51-4.

(52) Moskalyk I. L'analyse des représentations des médecins généralistes d'Indre-et-Loire sur la prescription du dispositif intra-utérin chez les nullipares [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Tours : Université François Rabelais ; 2017 [cité le 2 août 2024]. Disponible : [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017\\_Medecine\\_MoskalykIgor.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_MoskalykIgor.pdf)

(53) Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception*. sept 2008;78(3):211-7.

(54) Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. août 2010;82(2):178-82. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153421/>

(55) Nehmé L, Agostini A, Piclet H, Bargier J. Place de la santé sexuelle en médecine générale. *Gynecol Obstet Fertil Amp Senol* [En ligne]. 2024 [cité le 2 août 2024];52(2):86-94. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718923002350>

(56) Kelly M, Inoue K, Black KI, et al. Doctors' experience of the contraceptive consultation : a qualitative study in Australia. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;43(2):119-25

## **Annexes**

### **Annexe I - Questionnaire**

#### **Sources d'information sur la contraception consultées avant une grossesse non désirée**

Responsable de l'étude : Mme MAGIBERT Fannie ([fannie.magibert@live.fr](mailto:fannie.magibert@live.fr)), dans le cadre de sa thèse d'exercice de Médecine Générale

Madame, Mademoiselle,

Cette étude vise à identifier quelles sont les sources d'information sur la contraception que les femmes qui sont aujourd'hui confrontées à une grossesse non désirée avaient consultées avant le début de leur grossesse.

En participant à cette étude, il vous est demandé de répondre le plus spontanément possible à ce questionnaire, entièrement anonyme, d'une durée d'environ 5 à 10 minutes, comportant 19 à 23 questions sur 5 pages. Vous êtes en droit de refuser de répondre au questionnaire ou de vous arrêter à tout moment, sans donner de raison et sans encourir aucune conséquence. Aucun jugement de valeur ne sera porté sur vos réponses.

Merci. Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de cette recherche, nous apprécions le temps et l'attention que vous accordez à cette participation et nous vous en remercions.

**Partie 1. Concernant votre situation personnelle :**

1.1 Quel âge avez-vous ?

.....

1.2 Quel est votre niveau d'études ?

- Brevet des collèges
- Diplôme professionnel
- Baccalauréat
- Diplôme d'études supérieures
- Autre : .....

1.3 Quelle est votre situation conjugale ?

- Célibataire
- En couple depuis moins de 3 ans
- En couple depuis 3 ans ou plus
- Autre : .....

1.4 Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

1.5 Quel moyen de contraception utilisiez-vous au moment où la grossesse pour laquelle vous venez consulter aujourd'hui a débuté ?

- Préservatifs masculins
- Préservatifs féminins
- Pilule contraceptive oestro-progestative
- Pilule contraceptive progestative
- Pilule contraceptive, je ne sais pas de quel type
- Patch ou anneau contraceptif
- Implant contraceptif
- DIU (stérilet) au cuivre (« avec règles »)
- DIU (stérilet) hormonal (« sans règles »)
- DIU (stérilet), je ne sais pas de quel type
- Aucun, je souhaitais tomber enceinte
- Aucun, pour une autre raison
- Autre (précisez) : .....

} Si vous utilisez les préservatifs seuls, passer à la partie 2 (page 3)

} Passer à la partie 3 (page 3)

} Passer à la partie 4 (page 4)

## **Partie 2. Concernant votre contraception par préservatifs seuls :**

2.1 Utilisez-vous systématiquement un préservatif à chaque rapport sexuel ?

- Oui, systématiquement
- Presque systématiquement, mais avec quelques rares oublis
- Pas systématiquement, plus d'un oubli par mois
- Pas systématiquement, plus d'un oubli par semaine
- Non, j'utilisais un préservatif seulement de temps en temps
- Autre : .....

2.2 Connaissiez-vous la procédure en cas d'oubli ou de rupture du préservatif, pour limiter le risque de grossesse ?

- Oui, je la connaissais parfaitement
- Je ne la connaissais pas par cœur, mais je savais où trouver l'information si besoin
- Je ne la connaissais pas par cœur, et je n'avais pas l'information en ma possession
- Non, je ne la connaissais pas
- Autre : .....

2.3 En cas de besoin, aviez-vous une pilule d'urgence (ou pilule « du lendemain ») chez vous ?

- Oui
- Non

2.4 Saviez-vous qu'il est possible sur ordonnance d'obtenir en pharmacie des préservatifs remboursés par la sécurité sociale ?

- Oui, j'utilisais justement une ordonnance habituellement
- Oui, mais je n'utilisais pas d'ordonnance habituellement
- Non

Passer directement à la partie 4, page suivante

## **Partie 3. Concernant votre contraception par pilule, patch ou anneau contraceptif :**

3.1 Dans l'année qui vient de s'écouler, aviez-vous oublié de prendre votre pilule dans les temps (décalage possible de 4h à 12h selon votre pilule) ou de changer votre patch ou votre anneau ?

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 à 6 fois
- Plus de 6 fois

3.2 Connaissiez-vous la procédure en cas d'oubli de pilule, d'anneau ou de patch, ou en cas de vomissements ou de diarrhées sous pilule, pour limiter le risque de grossesse ?

- Oui, je la connaissais parfaitement
- Je ne la connaissais pas par cœur, mais je savais où trouver l'information si besoin
- Je ne la connaissais pas par cœur, et je n'avais pas l'information en ma possession
- Non, je ne la connaissais pas
- Autre : .....

3.3 En cas de besoin, aviez-vous des préservatifs et une pilule d'urgence (ou pilule « du lendemain ») chez vous ?

- Oui
- Non



#### **Partie 4. Concernant votre suivi gynécologique :**

4.1 Etiez-vous satisfaite de votre contraception ?

- Oui
- Non

Précisez si vous le souhaitez : .....

.....

4.2 Vous estimez-vous bien informée sur votre contraception ?

- Oui
- Non

Précisez si vous le souhaitez : .....

.....

4.3 Vous estimez-vous bien informée sur les autres contraceptions disponibles ?

- Oui
- Non

Précisez si vous le souhaitez : .....

.....

4.4 Estimez-vous que vous aviez assez d'information et que vous avez été libre de faire votre propre choix de contraception ?

- Oui
- Oui et non : j'estime avoir été informée, mais je n'ai pas vraiment pu choisir la contraception que je désirais
- Non : j'estime avoir reçu une information insuffisante pour faire un choix éclairé

Précisez si vous le souhaitez : .....

.....

4.5 Qui prescrivait votre contraception et/ou assurait votre suivi gynécologique ?

- Mon médecin traitant
- Ma sage-femme
- Mon gynécologue
- Le soignant (médecin ou sage-femme) du Centre de Planification et d'Education Familiale
- Je n'avais pas de suivi gynécologique ni de contraception sur ordonnance
- Autre : .....

4.6 A quelle fréquence consultiez-vous cette personne ?

- Deux fois par an ou plus
- Une fois par an
- Une fois tous les 2 ou 3 ans
- Moins d'une fois tous les 3 ans

4.7 Aviez-vous déjà fait une IVG avant cette grossesse ?

- Non
- Oui, une seule fois
- Oui, deux fois ou plus

**Partie 5. Concernant vos sources d'information sur la contraception :**

5.1 Pour chacune des sources d'information suivantes, quelle était la fréquence à laquelle vous l'utilisiez lorsque vous aviez une question concernant la contraception, avant cette grossesse ?

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Presque jamais	Jamais
Médecin traitant						
Soignant faisant le suivi gynéco ou prescrivant la contraception						
Parents ou proches plus âgés						
Amis, fratrie ou proches du même âge						
Infirmière scolaire ou soignants intervenant en milieu scolaire						
Internet : sites de documentation officiels						
Internet : réseaux sociaux						
Documentation papier (livres, brochures, cours de biologie...)						
Autre : .....						

5.2 Pour chacune des sources d'information suivantes, quelle est selon vous sa fiabilité concernant les questions de contraception ?

	Parfaitement fiable	Globalement fiable	Peu fiable	Absolument pas fiable
Médecin traitant				
Soignant faisant le suivi gynéco ou prescrivant la contraception				
Parents ou proches plus âgés				
Amis, fratrie ou proches du même âge				
Infirmière scolaire ou soignants intervenant en milieu scolaire				
Internet : sites de documentation officiels				
Internet : réseaux sociaux				
Documentation papier (livres, brochures, cours de biologie...)				
Autre : .....				

**Partie 6. Concernant les contraceptifs de longue durée d'action :**

6.1 Avez-vous déjà utilisé un DIU (stérilet) ?

- Oui
- Non

6.2 Si vous n'en avez jamais utilisé, pourquoi ?

- Je ne voulais pas d'examen gynécologique
- Je ne voulais pas d'un objet étranger dans mon corps
- J'avais peur de devenir stérile
- Je ne l'ai simplement jamais envisagé
- On ne me l'a jamais proposé
- Le soignant ne pouvait pas me le poser donc j'ai choisi autre chose
- Le soignant estimait que ce n'était pas adapté pour moi car je n'avais pas eu d'enfant
- Le soignant estimait que ce n'était pas adapté pour moi pour une autre raison (précisez) : .....
- .....
- J'estimais que ce n'était pas adapté pour moi car je n'avais pas eu d'enfant
- J'estimais que ce n'était pas adapté pour moi pour une autre raison (précisez) : .....
- .....
- J'avais peur des effets secondaires (précisez) : .....
- Autre : .....

6.3 Avez-vous déjà utilisé un implant contraceptif ?

- Oui
- Non

6.4 Si vous n'en avez jamais utilisé, pourquoi ?

- Je ne voulais pas d'un objet étranger dans mon corps
- Je ne l'ai simplement jamais envisagé
- On ne me l'a jamais proposé
- Le soignant ne pouvait pas me le poser donc j'ai choisi autre chose
- Le soignant estimait que ce n'était pas adapté pour moi (précisez la raison) : .....
- J'estimais que ce n'était pas adapté pour moi (précisez la raison) : .....
- .....
- J'avais peur des effets secondaires (précisez) : .....
- Autre : .....

6.5 Avant cette grossesse, aviez-vous déjà eu une conversation en consultation individuelle avec un professionnel de santé sur les différents moyens de contraception disponibles en France, notamment ceux à longue durée d'action (implant contraceptif et DIU ou stérilet) ?

- Non
- Oui, avec mon médecin traitant
- Oui, avec le soignant qui s'occupe de mon suivi gynécologique
- Oui, avec le soignant du Centre de Planification et d'Education Familiale
- Oui, avec l'infirmière scolaire, ou avec un professionnel de santé venu dans mon établissement scolaire pour faire de la prévention à ce sujet
- Oui, avec un autre soignant (précisez) : .....
- .....

Merci de votre participation

## **Annexe II – Inscription au tableau d’enregistrement des recherches et thèses**



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III  
Facultés de Médecine de Toulouse  
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)  
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne  
31062 TOULOUSE Cedex

**Pr Pierre BOYER**

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

[pierre.boyer@dumg-toulouse.fr](mailto:pierre.boyer@dumg-toulouse.fr)

[dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Je soussigné Pr Pierre Boyer, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme MAGIBERT Fannie

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX)

à la date du 20/01/2023

sous le numéro : 2022MF124

Fait à Toulouse, le 10/02/2023

## Annexe III – Efficacité des différents moyens de contraception

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
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	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

\* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

\*\* Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

**Sources d'information contraceptive consultées avant une grossesse non désirée**  
**Etude quantitative réalisée sur les patientes en demande d'IVG dans le Tarn-et-Garonne**

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr Marielle PUECH

Présentée et soutenue publiquement le 2 décembre 2024 à Toulouse

---

**Introduction :** Les femmes ayant besoin de contraception disposent de nombreuses sources d'information pour faire un choix éclairé, mais ces sources peuvent véhiculer des informations erronées. Le rôle du soignant comme guide est essentiel, bien que sa crédibilité puisse avoir été affectée par des scandales sanitaires comme la crise de la pilule. Il semble donc important d'identifier les sources d'information les plus utilisées et jugées fiables par les femmes, en particulier celles confrontées à un échec contraceptif.

**Matériel & Méthode :** Pour répondre à ces questionnements, une étude quantitative par questionnaire a été réalisée sur 106 patientes en demande d'IVG, en libéral ou en secteur hospitalier, dans le département du Tarn-et-Garonne.

**Résultats :** Les patientes interrogées sont 58% à identifier le soignant comme faisant partie de leurs sources d'informations prioritaires, ces chiffres étant significativement corrélés à l'âge, à la situation personnelle et au suivi gynécologique, mais 94% à le considérer comme l'une des sources d'information les plus fiables. 54% des patientes sont satisfaites de leur contraception, 68% se considèrent informées sur les contraceptifs, et 71% considèrent avoir fait un choix libre et éclairé. On retrouve de multiples corrélations statistiquement significatives entre satisfaction, information ressentie, liberté de choix, réalisation d'une consultation dédiée à la contraception, et caractéristiques du suivi gynécologique.

**Discussion :** On observe une dissonance entre la fiabilité ressentie par les patientes vis-à-vis des soignants et leur faible fréquence de sollicitation. Cela peut résulter d'un sentiment d'illégitimité ou d'une relation soignant-soigné insécurisante. Cet écart est surtout visible chez les femmes jeunes, de faible niveau socio-économique et sans suivi gynécologique. Chez ces patientes qui ne consultent pas spontanément, la place privilégiée du médecin traitant au sein du suivi régulier est un atout pour permettre d'aborder spontanément le sujet et proposer des consultations dédiées, au sein d'une relation de soin empathique. La satisfaction des patientes, leur niveau d'information et l'accès à des consultations dédiées sont interconnectés, et la prise en charge pluriprofessionnelle, notamment par des sage-femmes, améliore ces aspects. Malgré la persistance d'une norme contraceptive, les fausses croyances sur le DIU diminuent. Le frein majeur à l'utilisation des LARCs retrouvé est le refus du corps étranger, atténuable par une information adaptée.

---

**Contraceptive information sources consulted before an unintended pregnancy**  
**A quantitative study conducted on patients seeking abortion in Tarn-et-Garonne**

**Introduction:** Women in need of contraception have many sources of information to make informed choices, but these sources can convey erroneous information. The role of healthcare providers as guides is essential, although their credibility may have been affected by health scandals, such as the contraceptive pill crisis. It therefore seems important to identify the most used and trusted sources of information by women, particularly those experiencing contraceptive failure.

**Materials & Methods:** To address these questions, a quantitative study using a questionnaire was conducted with 106 patients seeking an abortion, either in a private practice or in a hospital setting, in the Tarn-et-Garonne department.

**Results:** Among the patients surveyed, 58% identified healthcare providers as one of their primary sources of information, with these figures significantly correlated to age, personal circumstances, and gynecological follow-up. Additionally, 94% considered healthcare providers to be one of the most reliable sources of information. While 54% of patients are satisfied with their contraception, 68% feel informed about contraceptives, and 71% believe they have made a free and informed choice. There are multiple statistically significant correlations between satisfaction, perceived information, freedom of choice, engagement in dedicated contraception consultations, and characteristics of gynecological follow-up.

**Discussion:** There is a dissonance between the perceived reliability of healthcare providers by patients and their low frequency of consultation. This may stem from a feeling of illegitimacy or an insecure caregiver-patient relationship. This gap is particularly evident among young women, those with low socioeconomic status, and those without gynecological follow-up. For these patients, who do not spontaneously consult, the privileged role of the general practitioner in regular follow-up is an asset to spontaneously address the topic and offer dedicated consultations within an empathetic care relationship. Patient satisfaction, their level of information, and access to dedicated consultations are interconnected, and multidisciplinary care, especially by midwives, enhances these aspects. Despite the persistence of a contraceptive norm, misconceptions about the IUD are decreasing. The major barrier to the use of long-acting reversible contraceptives (LARCs) identified is the rejection of foreign bodies, which can be alleviated by appropriate information.

---

**Mots-Clés :** Contraception, sources d'information, IVG, grossesse non désirée, LARC

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE