

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N°9

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité de Médecine Générale

par

Fanny Lemercier

Née le 5 mars 1979 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 21 avril 2009

Echecs de contraception après quarante ans.
Etude auprès de femmes en demande d'interruption volontaire
de grossesse.

Président : Monsieur le Professeur Lopes

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Meslé

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
2. METHODE	6
2.1 Organisation de l'étude.....	6
2.2 Le questionnaire	6
3. RESULTATS	7
3.1 Profil des femmes interrogées.....	7
3.2 Situation du couple, de la famille.....	8
3.3 Echanges sur la contraception avec le médecin traitant ou le gynécologue.....	9
3.4 Connaissances et niveau d'information sur la contraception	10
3.5 Pratiques contraceptives	10
4. DISCUSSION.....	13
4.1 Discussion de la méthode	13
4.2 Discussion des résultats.....	14
4.2.1 Pratique de la contraception et méconnaissance du risque de grossesse	14
4.2.2 Inadéquation de la méthode	15
4.2.3 Information, connaissances, place du médecin	16
4.2.4 Désir de grossesse et désir d'enfant	18
5. CONCLUSION	20
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXES	23

ABREVIATIONS

CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CIVG	Centre d'interruption volontaire de grossesse.
DIU	Dispositif intra-utérin.
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
INED	Institut national d'études démographiques.
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques.
IVG	Interruption volontaire de grossesse.
NC	Non concerné.
SR	Sans réponse.

1. INTRODUCTION

La loi Neuwirth, adoptée en 1967, a légalisé la contraception médicale en France. Quarante ans après, le comportement contraceptif est **unique** en France puisque près de 75% des femmes de 18 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive (INED 2000). Cependant, contrairement aux pays anglo-saxons où la stérilisation féminine ou masculine connaît un fort développement (1), la France se caractérise par l'utilisation de méthodes de contraception réversibles, notamment la pilule et le stérilet. En effet, en dépit de nombreuses méthodes contraceptives disponibles, 45,4% des femmes déclarant utiliser une contraception prennent la pilule et 17,3% utilisent le stérilet (INED 2000). Les femmes qui n'utilisent pas de contraception, ne sont pas pour autant plus exposées au risque d'une grossesse non désirée puisque 6% des femmes françaises sont stériles de façon naturelle ou parce qu'elles ont subi une opération stérilisante, 8,2% n'ont pas de partenaire sexuel, enfin 9,4% sont enceintes ou cherchent à le devenir. Il ne reste donc que 1,8% de femmes n'entrant dans aucune des catégories décrites, et déclarant ne plus vouloir d'enfants et n'utiliser aucune méthode contraceptive.

Pour autant, la France est dans une situation paradoxale en matière de contraception. En effet, malgré une diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisées au cours des trente dernières années et un taux d'utilisation de la contraception des plus élevés d'Europe, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est resté relativement stable depuis 1975, date de sa légalisation en France par la loi Veil. Ainsi, selon les estimations de la DREES (2), le nombre d'IVG était de l'ordre de 209 700 en 2006. En France, l'IVG est un événement de santé reproductive relativement fréquent puisqu'il concerne environ 15 ‰ femmes par an (2), ce qui situe la France à un niveau moyen en Europe (taux d'incidence annuel : 7‰ aux Pays-Bas et 18 ‰ en Suède) (3). Statistiquement, une femme française sur deux sera confrontée à une IVG au cours de sa vie (INED 2004). D'autre part, on estime que plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une interruption de grossesse utilisaient des contraceptifs théoriquement efficaces : 23,1% prenaient la pilule, 19,3% utilisaient un préservatif, et 7% le stérilet (4).

Différentes études abordent la question des échecs de contraception. Elles évoquent entre autres raisons : des difficultés à gérer sa contraception au quotidien, la méconnaissance des modalités d'usage et des dispositifs permettant de délivrer la contraception d'urgence, un niveau de connaissances « techniques » des différentes méthodes contraceptives extrêmement basique, des stéréotypes et des idées reçues encore nombreux et de véritables lacunes sur le cycle féminin. Cependant, aucune étude ne traite spécifiquement des conditions de survenue des échecs de contraception chez les femmes de plus de 40 ans ou des raisons pour lesquelles des femmes de cet âge ayant des relations sexuelles et ne souhaitant pas avoir d'enfant ne se protègent pas toujours contre un risque de grossesse. En effet, même si la fertilité est décroissante à cet âge, elle reste incontestable et justifie le maintien d'une contraception efficace. (taux de fécondité 2,7% à 40 ans, versus 0,2% à 45 ans, INSEE 2007). Or, en France, 6,1‰ des femmes âgées de 40 ans et plus (5,6‰ pour la tranche d'âge 40-44 ans ; 0,5‰ pour la tranche 45-49 ans) ont recours à une IVG chaque année (2).

Pourtant, on pourrait penser que, du fait de l'expérience acquise en matière de contraception au cours de leur vie, les femmes de cette classe d'âge ne devraient être que très rarement confrontées à une grossesse non désirée. En effet, une certaine habitude dans l'usage de la contraception devrait s'être installée, leur connaissance et niveau d'information devraient être significativement meilleurs que ceux des femmes plus jeunes, leur permettant ainsi de savoir comment réagir en cas d'échec **d'efficacité** de méthode.

Pour expliquer la fréquence des grossesses non désirées chez les femmes de 40 ans et plus, j'ai cherché à identifier des déterminants des échecs contraceptifs. J'ai privilégié quatre axes de recherche : l'ambivalence des femmes face au désir d'enfant, l'inadéquation de la méthode utilisée avec leur vie sexuelle, la méconnaissance du risque de grossesse à cet âge et le déficit d'informations et de connaissances sur la contraception.

2. METHODE

Afin de déterminer pourquoi les femmes de 40 ans et plus sont encore si nombreuses à être confrontées à un échec de contraception, j'ai choisi de réaliser une étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés.

2.1 Organisation de l'étude

Le questionnaire a été remis aux femmes de 40 ans et plus, se présentant dans un centre de planification pour un rendez-vous de demande d'IVG entre début octobre 2008 et fin janvier 2009. Cinq centres de planification ont collaboré au recueil des données. Ainsi, les questionnaires ont été diffusés dans les Centres Hospitaliers Universitaires de Nantes et Angers, le Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon, le Centre Hospitalier Régional de Saint-Nazaire et la Clinique Jules Verne (Nantes). Les secrétaires des centres de planifications avaient la charge de distribuer le questionnaire à toutes les femmes âgées de plus de quarante ans se présentant pour la première consultation de demande d'interruption volontaire de grossesse. Les femmes ont pu répondre aux questions de façon anonyme avant toute consultation médicale ou tout entretien avec un conseiller conjugal. Chaque femme était libre de remettre ou non le questionnaire une fois complété.

2.2 Le questionnaire

Le questionnaire était constitué d'une trentaine de questions. La majeure partie d'entre elles correspondaient à des questions fermées. Les femmes avaient la possibilité de s'exprimer plus librement en fin de questionnaire. La raison d'être de l'enquête était présentée dans une brève introduction. Les questions étaient organisées en cinq parties. La première partie du questionnaire permettait de déterminer le profil de la femme interrogée : âge, situation socioprofessionnelle, situation conjugale, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesses. La seconde partie du questionnaire portait sur le couple et la famille : stabilité de la relation, nombre d'enfants, désir de grossesse, désir d'enfant, harmonie au sein du couple. Dans le cadre de la troisième partie, je m'intéressais aux échanges entre la femme et son médecin généraliste ou son gynécologue en matière de contraception. La quatrième partie abordait les connaissances et l'information sur la contraception. Enfin, dans la dernière partie du questionnaire je souhaitais mieux cerner la pratique contraceptive de la femme interrogée.

3. RESULTATS

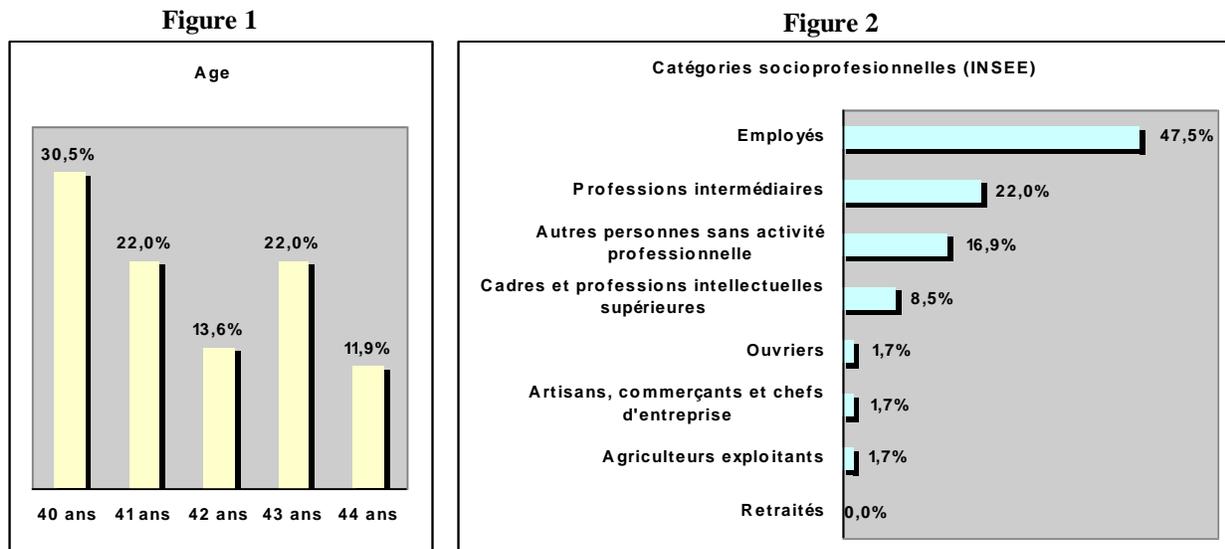
En quatre mois de recueil dans cinq centres de planification, j'ai collecté 61 questionnaires. Seulement 4 femmes entrant pourtant dans le champ de l'étude n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, soit un taux de refus de 6,1%.

Tableau 1
Répartition des questionnaires collectés selon leur origine

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes	31,1%
Centre Hospitalier Universitaire d'Angers	29,5%
Clinique Jules Vernes - Nantes	18,0%
Centre Hospitalier de Saint-Nazaire	13,1%
Centre Hospitalier de la Roche-sur-Yon	8,2%

Parmi les 61 femmes interrogées, 2 étaient âgées de 45 ans et plus. Cet effectif étant insuffisant pour permettre de déterminer s'il existe des différences significatives entre les femmes de 40 à 44 ans et celles de 45 ans et plus, j'ai choisi d'exclure ces deux femmes de la présentation des résultats et de recentrer l'étude sur les femmes de 40 à 44 ans. Ainsi, je pourrai plus facilement réaliser des parallèles avec d'autres données existantes pour cette classe d'âge.

3.1 Profil des femmes interrogées

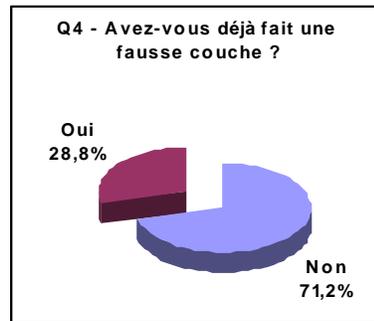


50% des femmes sans activité professionnelle sont mères au foyer et 50% sont au chômage.

Figure 3



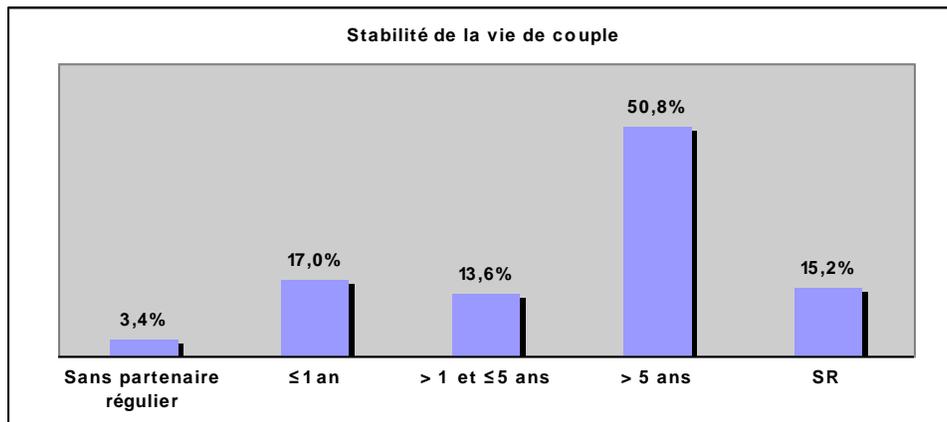
Figure 4



39% des femmes interrogées ont déjà eu recours au moins une fois à une interruption volontaire de grossesse (27% avaient déjà eu une IVG et 12% deux IVG ou plus). D'autre part, parmi les femmes interrogées, 3,4% ont déclaré avoir fait au moins trois fausses couches.

3.2 Situation du couple, de la famille

Figure 5



98,3% des femmes sont mères de famille et 63,8% ont des enfants de leur union actuelle.

Figure 6



Figure 7



Figure 8

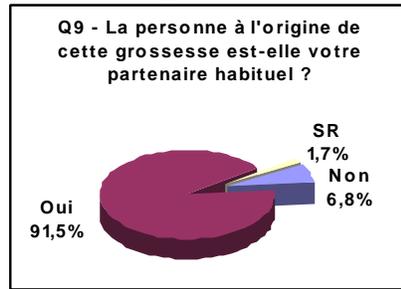
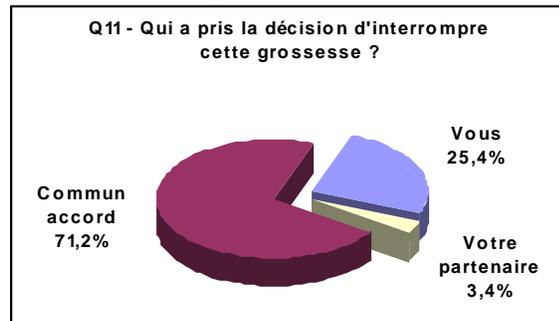


Figure 9



Figure 10



3.3 Echanges sur la contraception avec le médecin traitant ou le gynécologue

Figure 11

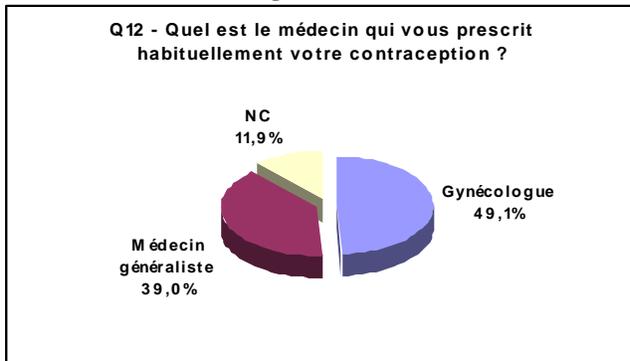
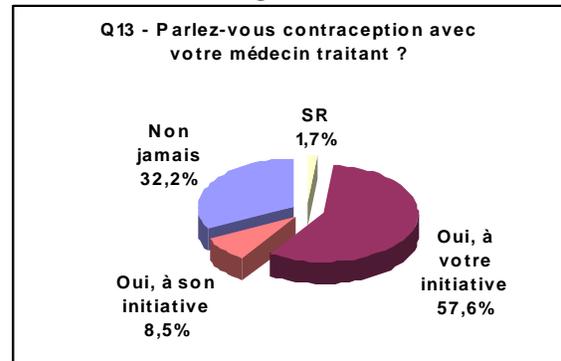


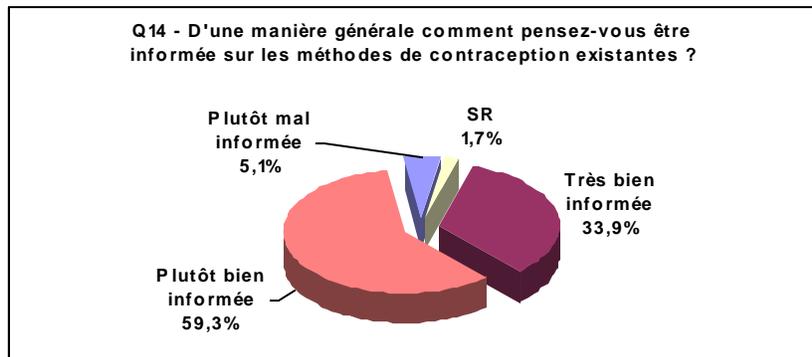
Figure 12



Les femmes s'étant déclarées non concernées par la question 12, n'utilisent aucune contraception ou utilisent une contraception naturelle (retrait, calcul du cycle). Par ailleurs, 75% des femmes ayant déjà abordé la question de la contraception avec leur médecin traitant, déclarent que ce dernier leur a proposé différentes méthodes contraceptives lors de la consultation. Enfin, parmi les femmes ne parlant jamais de contraception avec leur médecin traitant, 78,9% ne désirent pas en parler.

3.4 Connaissances et niveau d'information sur la contraception

Figure 13



93,2% des femmes interrogées s'estiment suffisamment informées sur les différentes méthodes de contraception.

Figure 14

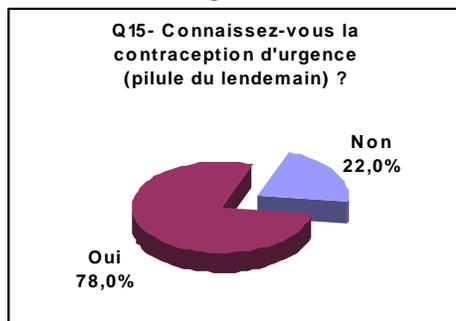


Figure 15



3.5 Pratiques contraceptives

Figure 16

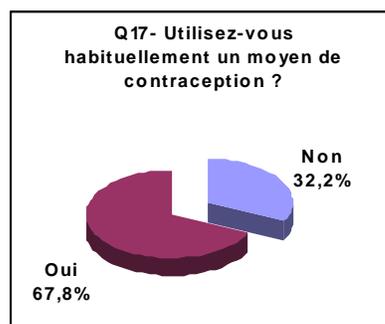


Figure 17

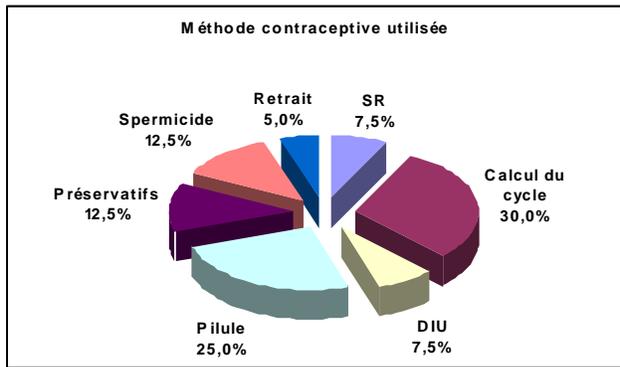
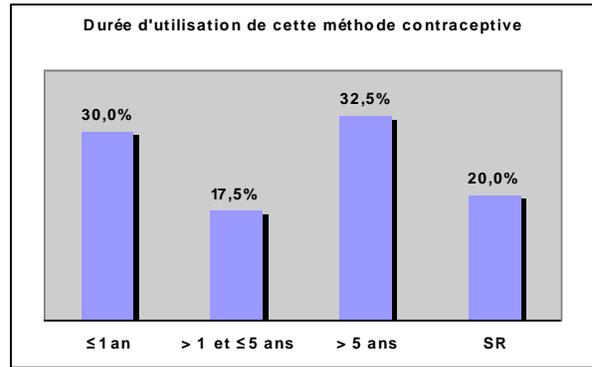


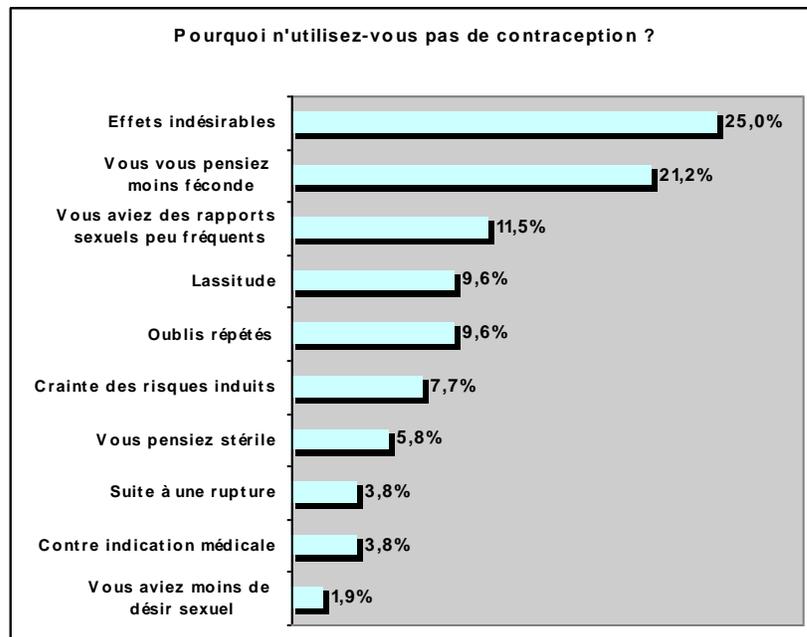
Figure 18



Parmi les femmes interrogées près d'un tiers n'utilise pas de contraception, 23,7% utilisent une méthode contraceptive naturelle (retrait ou calcul du cycle), 22% une contraception médicale (pilule, DIU) et 17% une contraception locale (préservatif, spermicide). A noter, qu'aucune femme n'utilise de méthode contraceptive moderne (anneau vaginal, patch).

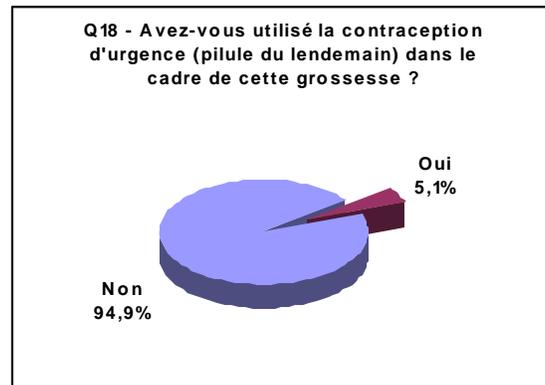
En outre, parmi les 40 femmes ayant déclaré utiliser un moyen de contraception, 17,5% ont changé de méthode contraceptive dans les six derniers mois. Enfin, une femme sur deux a choisi seule sa contraception alors que 35% des femmes l'ont choisie avec leur partenaire.

Figure 19



Les 19 femmes ayant déclaré n'utiliser aucune méthode contraceptive évoquent le plus souvent les effets indésirables et le sentiment d'une moindre fécondité pour expliquer ce choix.

Figure 20



4. DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode

Les femmes interrogées dans le cadre de cette étude sont des femmes de 40 ans et plus, ayant des rapports sexuels mais ne souhaitant pas être enceinte. Ces femmes n'utilisent pas de méthode contraceptive ou sont confrontées à un échec de contraception. Face à une grossesse non prévue, elles choisissent de l'interrompre. Cependant, seules les femmes se présentant dans un CIVG pour demander une interruption volontaire de grossesse ont été interrogées alors que les gynécologues et certains médecins généralistes justifiant d'une expérience professionnelle adaptée peuvent également pratiquer des IVG par méthode médicamenteuse dans leur cabinet de ville. J'ai choisi de ne pas interroger les femmes faisant appel à un médecin de ville car le taux d'IVG hors parcours CIVG reste relativement marginal dans les Pays de la Loire. En outre, les femmes choisissant de mener à terme leur grossesse n'ont pas été interrogées.

Par ailleurs, lors de mon stage au sein du centre de planification du CHU de Nantes, j'ai pu observer combien l'IVG reste un événement éprouvant et difficile à vivre ; combien mettre un terme à une grossesse non désirée n'est pas anodin pour ces femmes. Une étude qualitative, réalisée grâce à des focus groupes ou des entretiens individuels, aurait sans doute permis d'aborder et d'approfondir des questions d'ordre psychologique; cependant, la mise en place d'une étude quantitative m'a semblé plus appropriée pour aborder ce sujet avec ces femmes. En effet, il m'apparaissait difficile de les questionner longuement sur les raisons qui les avaient conduites à cette situation, alors qu'elles traversaient une période de fragilité psychologique. En outre, les femmes venant demander une IVG passent souvent plus de deux heures au centre, le temps de remplir le dossier administratif, de rencontrer un médecin et parfois un conseiller conjugal. Par conséquent, je n'étais pas persuadée qu'elles accepteraient de me consacrer un temps supplémentaire pour réaliser l'entretien et collaborer à l'étude.

Afin de respecter l'intimité des femmes dans ces moments difficiles à vivre, j'ai choisi de mettre en place un questionnaire auto administré. Cette forme de questionnaire m'a également permis de garantir l'anonymat aux patientes, ce qui a pu constituer un argument essentiel pour qu'elles acceptent de répondre. J'ai choisi de proposer le questionnaire lors de la consultation de demande d'IVG car cela s'avère être un moment privilégié à l'ouverture d'un espace d'expression pour la patiente. En effet, le jour de l'intervention, les femmes sont psychologiquement moins « disponibles » pour prendre le temps de répondre à un questionnaire et dans les semaines qui suivent l'IVG, une période spontanée de fermeture psychique (5) peut être observée, traduite par l'absentéisme fréquent des femmes aux consultations de contrôle. Toutefois, il existe des inconvénients à cette forme de questionnaire. En effet, le taux de « sans réponse » est parfois élevé et on observe certaines incohérences dans les réponses données. Un questionnaire administré par un enquêteur aurait sans doute permis de limiter ces écueils.

D'autre part, les secrétaires médicales avaient la charge de proposer le questionnaire aux patientes concernées par l'étude lors de leur arrivée à la consultation. Cependant, le fait de faire appel à des intermédiaires pour la diffusion des questionnaires présente un inconvénient. En effet,

en dépit de bonnes relations avec le personnel administratif des centres ayant collaborés à l'étude, 7 femmes rentrant pourtant dans le champ de l'étude ne se sont pas vues proposer le questionnaire, soit un taux d'oubli de 9,7%. Cependant, il est difficile d'attendre de personnes dont ce n'est pas la mission de garder toujours à l'esprit la diffusion d'un questionnaire qui par ailleurs ne s'adresse pas à l'ensemble des patientes.

Le nombre de questionnaires recueillis incite à rester prudent quant à l'interprétation des résultats. La taille et la structure de l'échantillon ne permettent pas une analyse fine de la population étudiée. Si les effectifs avaient été suffisants, il aurait été intéressant de vérifier l'existence ou non de différences significatives entre les femmes de 40-44 ans et celles de 45 ans et plus. D'autre part, même si l'origine géographique des femmes a sans doute peu d'influence sur les réponses données, il est regrettable de ne pas avoir diffusé le questionnaire au sein du centre de planification familial du Mans qui est l'un des trois plus gros centres des Pays de la Loire (6). En effet, cela m'aurait permis de recueillir davantage de données et les comparaisons avec des données existantes sur l'ensemble des Pays de la Loire s'en seraient trouvées plus justes.

Enfin, la lecture des résultats laisse apparaître certaines carences du questionnaire. En effet, lorsqu'en Q17 il est demandé aux femmes quelle contraception elles utilisent et que les femmes évoquent des méthodes naturelles comme le calcul du cycle ou le retrait, il aurait été intéressant de connaître les raisons de ce choix.

4.2 Discussion des résultats

Malgré la taille de notre échantillon, celui-ci semble représentatif de la population. En effet, il est essentiellement composé de femmes actives (91,5%), principalement des employées et professions intermédiaires, comme la majorité des femmes actives en France (d'après les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE 2008). Par ailleurs, les femmes interrogées avaient en moyenne 2,4 enfants, versus 2 au niveau national (INSEE 2008). Enfin, pour 61% des femmes interrogées, il s'agissait de la première IVG ; 27 % en avaient déjà eu une et 12 % en avaient déjà eu deux ou plus. Ces chiffres sont comparables aux données régionales, respectivement 65%, 25% et 12% (6). A noter que seulement deux femmes ont déclaré avoir fait trois fausses couches. On aurait pu s'attendre à un taux plus important pour expliquer une moindre vigilance contraceptive chez des femmes se croyant ainsi stériles ou moins fécondes.

4.2.1 Pratique de la contraception et méconnaissance du risque de grossesse

Dans le cadre de notre étude, 68% des grossesses non désirées ont eu lieu alors que la femme utilisait une contraception. Cette proportion est proche de celle observée (65%) dans une étude de N. Barjos (4). En revanche, si on s'intéresse plus précisément aux méthodes de contraception utilisées, on peut constater que leur répartition diffère sensiblement et tout particulièrement au niveau de la proportion des femmes utilisant une méthode autre que la pilule, le DIU ou le préservatif. En effet, dans notre étude 17% des femmes interrogées utilisaient la pilule, 5% le DIU, 8,5% le préservatif et 32% une autre méthode versus 23% dans l'étude de N.

Barjos (4). Cette prévalence des autres méthodes de contraception (dont les méthodes naturelles qui sont utilisées par 24% des femmes de notre étude) semble propre à la population étudiée (ie les femmes de 40 ans et plus). En effet, les deux facteurs que sont la baisse significative de la fréquence des rapports sexuels avec l'âge (elle diminuerait de 50% de 20 à 40 ans, selon Trussel, cité par Bowen-Simpkins (7)) et le déclin de la fécondité de la femme après 40 ans¹ se conjuguent et laissent à penser à ces femmes qu'elles peuvent utiliser des méthodes de contraception insuffisamment efficaces chez les plus jeunes. D'ailleurs, 21% des femmes qui n'utilisent aucune contraception évoquent le sentiment d'une moindre fécondité pour expliquer leur non utilisation de contraception et 11,5% citent des rapports sexuels peu fréquents. D'ailleurs, après les effets secondaires (25%), ce sont les raisons les plus fréquemment citées. Ceci atteste de l'état d'esprit particulier des femmes de cet âge. **Par conséquent**, les femmes qui utilisent une méthode contraceptive, même si elle est théoriquement jugée peu fiable, ont sans doute sincèrement le sentiment de faire ce qu'il faut pour éviter une grossesse. En outre, lors de leur consultation au CIVG, des femmes ont évoqué les propos de certains médecins pour qui les méthodes naturelles et locales ont l'avantage d'avoir une efficacité tout à fait acceptable compte tenu de la fertilité naturellement réduite à cet âge. Ceci participe incontestablement à la méconnaissance des risques de grossesse auxquels les femmes s'exposent en utilisant des méthodes peu efficaces. Pourtant, si la fertilité est décroissante à cet âge, elle reste incontestable et justifie le maintien d'une contraception efficace. Par ailleurs, les conséquences psychologiques posées par une IVG à cet âge devraient inciter à privilégier les méthodes dont l'efficacité est proche de 100%, d'autant que 40% des grossesses non désirées conduisent à une IVG chez les 40-44 ans versus 11% pour les 30-34 ans (6).

Enfin, seulement 6% des femmes interrogées dans le cadre de l'étude ont utilisé la contraception d'urgence, ce qui est comparable à l'étude d'Aneblom (8), selon laquelle 6,6% des femmes en demande d'IVG avaient utilisé la pilule du lendemain pour éviter la grossesse actuelle. Pourtant, 78% des femmes de notre étude avaient déclaré connaître cette méthode. Cet écart entre connaissance et usage s'explique sans doute en partie par le fait que les femmes n'y ont pas pensé, ou qu'elles ne savaient pas comment se la procurer ou dans quel délai la prendre. Il n'en demeure pas moins que la méconnaissance du risque de grossesse constitue la principale raison de la non utilisation de cette méthode. Ainsi, dans une étude réalisée à Hong Kong (9) sur 200 femmes ayant eu recours à l'IVG, l'absence de notion de risque de grossesse est la raison principale d'un non recours à la pilule du lendemain après un rapport sans contraception, parmi les femmes connaissant cette méthode (42%). Ceci est d'autant plus vrai pour les femmes utilisant une méthode contraceptive.

4.2.2 Inadéquation de la méthode

Dans le cadre de notre étude, 17% des femmes interrogées ont déclaré utiliser la pilule pour se prémunir d'un risque de grossesse. En outre, 25% des femmes qui n'utilisent pas de contraception évoquent les effets secondaires et 19% citent la lassitude ou les oublis répétés pour expliquer leur choix. Ces données témoignent du problème de l'observance de la pilule et de la nécessité de trouver une méthode contraceptive bien tolérée qui soit en adéquation avec les

¹ Taux de fécondité de 2,7% à 40 ans versus 14,9% à 30 ans, INSEE 2007.

conditions de vie, la situation affective et sexuelle de la femme. En effet, l'inadéquation entre les méthodes utilisées et les utilisatrices influe beaucoup sur la qualité de la contraception donc sur son efficacité réelle et son taux de continuation.

A l'exception de la stérilisation et de l'implant, la pilule est le moyen contraceptif le plus efficace théoriquement (0,3% de risque de grossesse par an). Cependant, en pratique, ce risque passe à 8% par an (10). Dans une étude publiée en 2002, 23% des femmes rapportaient avoir oublié de prendre leur pilule au moins une fois au cours du cycle précédent (11) et dans l'étude ANGEL (12), elles sont 63% à déclarer au moins un oubli au cours des trois derniers mois. Notons que pour 76,4% des patientes, l'oubli a lieu « dans la vie courante, sans raison particulière » (12). D'autre part, qu'il s'agisse des femmes qui vivent en couple depuis de nombreuses années et dont l'engagement dans la sexualité décroît (13) ou de celles qui font l'expérience de relations successives entrecoupées de périodes d'abstinence et de phases de vie de couple stable, il est difficile de se protéger quotidiennement d'un risque qu'elles n'encourent que par intermittence. Enfin, pour les femmes de 40 ans et plus, qui ont vécu leur sexualité à l'ère de la contraception moderne, les contraintes liées aux effets secondaires et à la médicalisation apparaissent moins acceptables. « La recherche du bien être sexuel peut conduire à ressentir la contraception hormonale comme une contrainte antinaturelle » (14).

Devant les difficultés inhérentes à l'utilisation correcte et efficace de la contraception orale, d'autres procédés de contraceptions offrant aux femmes une efficacité contraceptive identique mais ne nécessitant pas une prise quotidienne ont été mis au point et sont désormais disponibles : l'implant hormonal, l'anneau vaginal et le patch contraceptif. Ces 2 derniers dispositifs, avec une efficacité et une tolérance comparables à celles des contraceptifs oraux oestroprogestatifs, permettent en principe une meilleure observance. Pourtant, aucune des femmes interrogées dans le cadre de cette étude n'utilise de telles méthodes². Est-ce le fruit des contre-indications (liées à l'âge, au tabac) ? Une certaine méconnaissance de ces méthodes explique sans doute en partie leur faible utilisation. En effet, l'enquête de l'INPES (les Français et la contraception, 2007) a mis en évidence que plus de 50% des personnes interrogées ne connaissent pas l'anneau vaginal et le patch. En effet, ces méthodes sont relativement récentes ; elles ne sont commercialisées en France que depuis 2004 et ne font l'objet d'aucun remboursement par la sécurité sociale.

4.2.3 Information, connaissances, place du médecin

Dans notre étude, 93,2%, des femmes interrogées s'estiment bien informées sur la contraception. Pour autant, des études comme celle réalisée par l'INPES témoignent de la fragilité des connaissances en la matière. En effet, lorsqu'on interroge plus précisément les personnes sur les caractéristiques de chaque méthode, on constate combien leurs connaissances sont superficielles. En effet, selon cette étude, des représentations erronées sur la contraception persistent et des idées reçues telles que : « une femme n'est fécondable que le 14ème jour du cycle » ou « on ne peut pas poser de stérilet à une femme nullipare » restent largement répandues. Ainsi, 22% des femmes interrogées pensent que la méthode Ogino est une méthode de

² Nous ne prendrons pas l'implant en considération car le taux d'efficacité étant de 100%, on ne doit théoriquement recenser aucune femme utilisant ce contraceptif en demande d'IVG.

contraception sûre et 31% estiment que la méthode du retrait est une méthode fiable. D'autre part, il existe de nombreuses lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives. Par exemple, l'étude de l'INPES montre que parmi les Français qui connaissent les nouvelles méthodes, un sur deux ne connaît pas la durée d'effet du patch contraceptif (qui est d'une semaine), ni de l'anneau vaginal (3 semaines) tandis que près de six français sur dix (59 %) ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif (trois ans). Dans le cadre de cette étude, je me suis uniquement intéressée à la connaissance de la contraception d'urgence et de la stérilisation. Ainsi, 78% des femmes ont déclaré connaître la contraception d'urgence. Pour autant, cela ne signifie pas qu'elles en connaissaient réellement les caractéristiques. En effet, selon l'INPES, seulement 7% des femmes connaissent le délai de prise de 72h, 14% pensent qu'il faut une ordonnance pour obtenir la contraception d'urgence et parmi ces 14%, 21% avaient plus de 40 ans. S'agissant de la stérilisation, elles sont 57,6% à déclarer connaître cette méthode. Cependant, nous n'avons pas évalué plus précisément leurs connaissances en la matière.

En France, la loi autorisant la stérilisation à but contraceptif n'a été votée qu'en 2001, faisant suite à de longs débats sur l'inviolabilité du corps. Les médecins n'incitent pas à ce choix définitif, à la différence de nombreux autres pays (notamment les pays anglo-saxons), où la stérilisation féminine ou masculine, est la principale méthode de régulation des naissances (INED). En France, seulement 4,5% des femmes font appel à la stérilisation, ce sont souvent des femmes âgées de plus de 40 ans ; 16,3% des femmes de 40-44 ans utilisent ce moyen de contraception (4). On constate un frein de la société française et du corps médical, confirmé par le témoignage de femmes dont la stérilisation leur a été refusée. D'autre part, la faible diffusion de cette méthode contraceptive s'explique par un manque d'information. Ainsi 14% des femmes en post-IVG souhaitent une stérilisation³ après avoir reçu une information éclairée. Cependant la stérilisation n'est pas adaptée à toutes les femmes, car elle soulève des problèmes d'intégrité du corps et d'identité féminine. D'ailleurs, l'ANAES recommande de présenter cette méthode comme irréversible (15).

Lorsqu'on s'intéresse à la place du médecin généraliste en matière de contraception, on constate que le gynécologue reste celui qui prescrit le plus souvent la contraception (49% versus 39% pour le médecin généraliste). D'autre part, une femme sur trois indique ne jamais parler contraception avec son médecin traitant et parmi elles, 78% ne voudraient pas en parler. Parmi celles ayant abordé ce sujet, le médecin n'était à l'initiative de la discussion que dans 12,9% des cas. Pourtant, le généraliste est souvent le premier à être informé des modifications de mode de vie et les occasions d'aborder la question de la contraception sont nombreuses : au détour d'une grossesse, en cas d'IVG, de souhait de changement de méthode, de changement de partenaire, en présence d'un facteur de risque mais également lors du suivi de pathologies chroniques. Ces chiffres attestent du travail important qu'il reste à accomplir par les médecins traitant pour devenir acteur du suivi gynécologique des femmes. Ceci ne relève plus du seul choix du médecin généraliste mais devient un enjeu de santé publique du fait de l'évolution démographique des gynécologues. En effet, en l'absence d'un nombre suffisant de gynécologues, les médecins généralistes vont nécessairement devoir s'impliquer davantage dans les domaines de la prévention, de l'éducation et de la prescription contraceptive ; d'où la nécessité de former les futurs médecins généralistes à cet exercice.

³ Etude rétrospective chez les femmes de plus de 40 ans ayant eu une IVG en 2007 au sein du CIVG de Nantes.

Enfin, si 75% des femmes ayant parlé contraception avec leur médecin déclarent que ce dernier leur a proposé différentes méthodes contraceptives lors de la consultation, dans les faits, la majorité des femmes suivies par un médecin généraliste utilisent la pilule alors que les gynécologues prescrivent des méthodes plus variées, sans doute mieux adaptées à la vie et aux besoins des patientes. Le médecin généraliste doit donc être au fait des dernières évolutions en la matière et être capable de citer mais aussi de décrire précisément les différentes méthodes et d'aider la patiente à choisir celle qui lui convient le mieux sans céder à la facilité de prescrire systématiquement la pilule. En effet, on sait que permettre aux personnes de choisir leur méthode de contraception induit une plus grande satisfaction ainsi qu'une meilleure utilisation (INPES campagne « choisir sa contraception »). Or il existe un manque probant de formation continue des médecins généralistes sur la contraception et son évolution. En effet, seuls les médecins qui s'y intéressent a minima choisissent de se former sur ce thème. On mesure le travail qu'il reste à faire par le corps médical pour informer **plus complètement** les femmes sur les différentes options contraceptives mises à leur disposition.

4.2.4 Désir de grossesse et désir d'enfant

Selon la littérature, le désir de grossesse ou le désir d'enfant sont incontestablement des facteurs permettant d'expliquer une partie des échecs de contraception. Cependant, c'est un élément difficile à mesurer dans le cadre d'une étude quantitative et ce d'autant plus que l'étude n'est pas exclusivement dédiée à cette question mais aborde aussi d'autres facteurs des échecs de contraception. Malgré tout, j'ai souhaité aborder ce sujet dans le cadre de mon questionnaire, même si j'ai conscience qu'il est difficile de traiter aussi succinctement une question si complexe et faisant en partie appel à l'inconscient des femmes.

La grossesse constitue une des expériences les plus importantes psychologiquement et physiologiquement de la vie féminine. « Elle est l'expression de la normalité et de la bonne marche du corps, et s'étaye sur la vérification d'un bon fonctionnement corporel, sur la réassurance narcissique de l'intégrité de ses possibilités reproductrices. La grossesse peut n'avoir alors d'autre finalité qu'elle-même » (16). L'enfant en tant qu'être distinct n'a alors aucune place dans le discours maternel. Dans la pré-ménopause, une grossesse devient le témoignage d'une féminité encore présente. Il ne s'agit pas du désir d'enfant en tant que personne, mais du désir de grossesse pour se prouver qu'on en a la possibilité. En effet, ces femmes sont confrontées à la problématique de l'acceptation de la limite de l'âge imposé par la ménopause : « la vie procréatrice est sûrement finie, l'épée de Damoclès est au-dessus de la tête de chacune : un jour ce ne sera plus possible » (17). Dans le cadre de cette étude, 15% des femmes interrogées admettent souhaiter parfois une grossesse.

D'autres femmes peuvent désirer un enfant en tant que tel. Cet enfant serait le « petit dernier » ou l'enfant d'un nouveau partenaire afin de vouloir concrétiser une relation et se donner une revanche sur l'échec subi antérieurement. Ainsi, dans notre étude, une femme interrogée sur quatre admet qu'avoir un enfant est une idée à laquelle elle pense parfois. Ce désir est plus présent chez les couples jeunes et chez les femmes n'ayant pas d'enfant issu de leur couple actuel. En effet, 40% des femmes étant en couple depuis un an ou moins déclarent un désir d'enfant et seulement 23% des femmes dont le couple à 5 ans et plus. Enfin, 32% des femmes

n'ayant pas d'enfant de leur partenaire actuel déclarent un désir d'enfant versus 22% des femmes ayant déjà un enfant de leur partenaire actuel. Pour autant, on n'observe pas réellement de différence de comportement vis à vis de la contraception selon que la femme déclare ou non un désir d'enfant. En effet, 29% des femmes qui admettent penser parfois à avoir un enfant n'utilisent aucune méthode contraceptive, chiffre comparable aux 31% des femmes qui déclarent ne pas souhaiter d'enfant.

Le lien entre une ambivalence des femmes vis-à-vis du désir de grossesse, du désir d'enfant et l'utilisation ou le choix d'une méthode de contraception particulière est loin d'être systématique. **Les échecs surviennent aussi bien chez des femmes soucieuses de contrôler leur fécondité que chez des femmes ambivalentes face au désir d'enfant, ainsi que chez celles qui se situent en dehors de toute démarche contraceptive.**

5. CONCLUSION

Le choix d'une méthode contraceptive réellement adaptée à la vie de la femme constitue sans aucun doute le meilleur moyen de prévenir les grossesses non désirées. En effet, les problèmes de l'observance et des effets secondaires expliquent en partie les échecs de contraception, et ce quelque soit l'âge de la femme. Si de nouvelles méthodes contraceptives ont été développées pour palier ces difficultés, encore faut-il que les femmes les connaissent et que ces méthodes leurs soient proposées par le corps médical. Par conséquent, un réel effort de santé publique sur la promotion des méthodes de contraception indépendantes de l'observance quotidienne (DIU, implant, patch, anneau, stérilisation) doit être fait. En outre, la stérilisation mérite d'être mieux considérée car elle constitue une option de contrôle de naissances, tout particulièrement pour les femmes de plus de 40 ans. D'autre part, les médecins doivent prendre conscience de l'importance de leur rôle en matière de contraception. En effet, garantir qu'une méthode contraceptive soit vraiment adaptée à la vie de la femme, sous-entend que le médecin soit à l'écoute de la femme au moment de la prescription mais également, et c'est essentiel, qu'il sache réévaluer sa prescription et l'adapter aux modifications des conditions de vie de sa patiente. Par conséquent, au delà de la nécessaire amélioration de la formation des médecins concernés, il s'avère indispensable de s'interroger sur la nature même de la relation médecin/patient.

Par ailleurs, cette étude a permis de révéler certaines spécificités des femmes de **40 ans et plus** qui semblent susceptibles d'expliquer une partie des échecs de contraception. En effet, la baisse significative de la fréquence des rapports sexuels avec l'âge et le déclin de la fécondité de la femme après 40 ans favoriseraient des comportements « à risque » en matière de contraception. Ces femmes ont le sentiment d'être moins exposées au risque de grossesse et semblent donc avoir tendance à utiliser des méthodes contraceptives peu efficaces. **Ainsi, elles mésestiment le risque de grossesse.** Enfin, le désir de grossesse et le désir d'enfant sont également pour ces femmes des facteurs des échecs de contraception. En effet, il leur faut commencer à accepter le fait qu'un jour elles ne seront plus fécondes. Cependant, l'ambivalence des femmes n'explique pas pour autant toutes les grossesses non prévues.

Les échecs surviennent aussi bien chez des femmes soucieuses de contrôler leur fécondité que chez des femmes ambivalentes face au désir d'enfant, ainsi que chez celles qui se situent en dehors de toute démarche contraceptive.

BIBLIOGRAPHIE

Articles, livres :

1. Ferrand M, Bajos N. La contraception en France : une situation paradoxale. « Naître ou ne pas naître : la contraception entre contrôle et liberté ». Le journal des psychologues 2004 ; 218 :34.
2. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2008 ;659.
3. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2006 ; 522.
4. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reproduction 2003; 18(5): 994-9.
5. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 127.
6. Lebouteux G. Les interruptions volontaires de grossesse dans les Pays de la Loire en 2006. Echo des stat 2007; 42.
7. Bowen-Simpkins P. Contraception for the older woman. Fertility Control Reviews 1993;2: 2-6.
8. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for inducing abortion. BJOG 2002 ;109 (2) :155-160.
9. Lee SW, Wai MF, Lai LY, Ho PC. Women's knowledge of and attitudes towards emergency contraception in Hong Kong: questionnaire survey. Hong Kong Med J 1999;5(4):349-52.
10. Serfaty D. Contraception_3e édition, Paris : Elsevier Masson, 2007 : 5.
11. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, and al. Oral contraception : patterns of non-compliance. The Coralliance study. European J Contraception Reprod Health Care 2002 ; 7 : 155-61.
12. Serfaty D, Salvat J. Évaluation des choix et motivations au changement d'une contraception orale (ANGEL): fréquence, contexte et motifs liés aux choix : Enquête épidémiologique observationnelle menée en gynécologie médicale. La Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique 2006 ; 106 : 43-50.
13. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé, Paris: La découverte, 2008: 413.

14. Bajos N, Ferrand M, l'équipe Giné. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues, Paris : Inserm, 2002 : 37.

15. Afssaps, ANAES, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, 2004.

16. Tamian-Kunégel I. L'avortement et le lien maternel : une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse, Lyon : Chronique sociale, 2002 : 27.

17. Chevret M. Désir et non désir d'enfant à 40 ans. Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1989 ; 84 (11 bis) : 861.

Documents électroniques :

INED. Avortements (consulté le 14/02/09). Disponible à partir de l'URL : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/avortements/

INED. Contraception (consulté le 08/03/2009). Disponible à partir de l'URL : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/methode/

INPES. Les Français et la contraception (consulté le 27/02/2009). Disponible à partir de l'URL : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/presentation_BVA.pdf

INPES. Comment aider une femme à choisir sa méthode contraceptive (consulté le 13/03/2009). Disponible sur l'URL : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/reperes_pratique.pdf

INSEE. Population. Taux de fécondité par âge (consulté le 14/02/09). Disponible à partir de l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02211

INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle (consulté le 24/03/09). Disponible à partir de l'URL : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'effectue une étude sur la contraception chez les femmes âgées de plus de 40 ans.

Dans le souci de comprendre les raisons de votre grossesse non désirée et d'améliorer votre prise en charge, je vous demande de bien vouloir prendre un instant pour remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire restera anonyme, vous pouvez donc le remplir en toute confiance.

1- Quel âge avez-vous?ans

2- Avez-vous une activité professionnelle?

Si oui quelle profession exerce vous :

.....

Si non vous êtes :

femme au foyer

au chômage

3- Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse?

oui

non

si oui combien de fois?

4- Avez-vous déjà fait une fausse couche?

oui

non

si oui combien de fois?

5- Avez-vous un partenaire régulier?

oui

non

Si oui, depuis combien de temps ?

6- Avez-vous des enfants?

oui

non

Si oui, les enfants sont-ils issus :

de votre union actuelle

combien?

d'une union passée

combien?

d'une union passée de votre partenaire

combien?

7- Vous arrive-t-il parfois de souhaiter une grossesse?

oui non

8- Avoir un enfant est- elle une idée à laquelle vous pensez parfois?

oui non

9- La personne à l'origine de cette grossesse est-elle votre partenaire habituel?

oui non

10- Etes-vous en accord avec votre partenaire sur le désir d'enfant?

oui non

11- Qui a pris la décision d'interrompre cette grossesse?

vous votre partenaire d'un commun accord

12- Quel est le médecin qui vous prescrit habituellement votre contraception?

votre médecin traitant votre gynécologue

13- Parlez-vous contraception avec votre médecin traitant?

oui, à son initiative
 oui, à votre initiative
 non jamais

Si oui, lors de la consultation, vous a-t-il proposé différentes méthodes?

oui non

Si non, auriez vous aimé qu'il aborde la question de la contraception avec vous?

oui non

14- D'une manière générale, comment pensez-vous être informée sur les méthodes de contraception existantes?

très bien informée
 plutôt bien informée
 plutôt mal informée
 très mal informée

15- Connaissez-vous la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

oui non

16- Savez-vous qu'il existe une loi autorisant la stérilisation féminine?

oui non

17- Utilisez-vous habituellement un moyen de contraception?

oui non

Si oui laquelle ? (nota : les méthodes naturelles telles que : la méthode du retrait ou encore le calcul du cycle sont à indiquer si vous les utilisez) :

Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode contraceptive?

Qui a choisi la contraception ?

vous votre partenaire d'un commun accord autre

Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas de contraception?

- oublis répétés
- effets indésirables ; le(s)quel(s).....
- lassitude
- crainte des risques induits par la contraception ; le(s)quel(s).....
- contre indication médicale
- vous vous pensiez moins féconde
- vous vous pensiez stérile
- vous aviez des rapports sexuels peu fréquents
- vous aviez moins de désir sexuel
- suite à une rupture
- par conviction
- autre précisez :

18- Avez-vous utilisé la contraception d'urgence (pilule lendemain) dans le cadre de cette grossesse?

oui non

Avez vous des remarques éventuelles:

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et de la confiance que vous m'avez accordée. Je reste à votre disposition pour toutes questions ou remarques: fannylemercier@gmail.com

Annexe 2

Histoire de la contraception Quelques repères chronologiques¹

- De tout temps, les hommes ont imaginé mille recettes pour essayer de parer aux conséquences indésirées des rapports sexuels : introduction dans le vagin de miel ou de pommade à base d'excréments de crocodile en Egypte ; badigeonnage d'huile de cèdre mélangé à l'huile d'olive en Grèce ; instructions sur les périodes d'abstinence donnée dans le Kama-Sutra en Inde à partir du IV^e siècle ; apparition en Asie au XVI^e siècle du préservatif.
- Aux **XVII^e et XVIII^e siècles**, l'évolution sociale et une meilleure connaissance de la reproduction accélèrent l'usage des moyens contraceptifs. En Angleterre, en 1798, l'économiste **Malthus**, dans son Essai sur le principe de la population, reprend l'idée de régulation des naissances en la déplaçant du contexte individuel au contexte collectif. Ce débat agitera le monde politique en réponse aux difficultés causées par l'accroissement démographique et les problèmes socio-économiques nés de la révolution industrielle.
- Au **XIX^e siècle**, le prémalthusianisme permet l'éclosion d'une politique contraceptive pour des raisons économiques de 1830 à 1870. Des mouvements anarchistes, rationalistes et féministes créent et poursuivent cette action.
- Au **XX^e siècle**, le **néomalthusianisme** progresse par des publications (Paul Robin) et réunions de mouvements ouvriers et féminins. Vers 1930, les adeptes du ***Birth Control*** apparaissent, prônant un concept de parenté et sexualité d'un couple responsable, et créé en 1935 le premier dispensaire français de contrôle des naissances (la première clinique de *Birth Control* a été créée par Margaret Sanger en 1923 aux Etats-Unis). Parallèlement apparaît la mode des douches vaginales, avec l'invention de la pompe qui propulse dans le vagin, après chaque rapport sexuel, un mélange d'eau et de toutes sortes de produits supposés détruire les spermatozoïdes (vinaigre, acide citrique..).
- En **1924**, Kiasuku **Ogino**, médecin japonais, met au point la méthode qui a pris son nom en calculant la période de fécondité. Puis arrive la méthode des températures. Le stérilet est mis au point au début du XX^e siècle, mais ne sera utilisé qu'après la seconde guerre mondiale.

¹ Serfaty D. Contraception, 3^e édition : Elsevier Masson, 2007 : 15-16

Leridon H. La seconde révolution contraceptive, la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. INED, travaux et documents cahier n°117. Paris, PUF, 1987.

- **1956** : découverte aux Etats-Unis de la pilule par le Dr Pincus, elle sera autorisée en tant que moyen contraceptif en 1960.
- **1960** : le **Mouvement français pour le planning familial** (MFPF) est créé, il diffuse des diaphragmes (fabriqués en Angleterre) et des crèmes spermicides (fabriquées clandestinement à Grenoble).
- **1961** : des françaises, créent dans une quasi-clandestinité, le premier centre de planning familial à Grenoble.
- **1962** : communiqué du Conseil de l'Ordre des médecins : « le médecin n'a aucun rôle à jouer dans l'application des moyens anticonceptionnels »
- **1967** : la **loi Neuwirth** autorise la fabrication et la diffusion des contraceptifs, devenant accessibles aux mineures en 1974 puis l'anonymat complet est permis aux mineures consultant dans un centre de planification familial.
- **1968** : Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies : "Les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et du moment de leur naissance".
- **1969** : création du Mouvement de libéralisation des Femmes et du Groupement Information-Santé (médecins contestant la position du conseil de l'Ordre).
- **2000** : la **contraception d'urgence** peut être délivrée sans prescription médicale, par les infirmières scolaires et est gratuite pour les mineures.
- **2001** : loi autorisant la **stérilisation** à visée contraceptive féminine et masculine.

Annexe 3

Histoire de l'interruption volontaire de grossesse Quelques repères chronologiques²

- **1810**: création du code civil, le code Napoléon. L'article 317 condamne sans distinction : « quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement aux moyens d'aliments, de drogues, de médicaments, par violences ou d'autres remèdes, est puni de prison. »
- **1852**: une loi stipule que l'avortement est « un crime contre l'ordre des familles et la moralité publique ». La jurisprudence reconnaît cependant l'avortement thérapeutique comme un acte médical. Le sujet provoque toujours des dissensions entre l'Etat et la Religion.
- **1920**: en juillet, une loi est adoptée qui « réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle », ainsi que les ventes des « remèdes secrets préventifs de la grossesse ».
- **1941**: loi classant l'avortement parmi les « infractions de nature à nuire à l'unité nationale, à l'état et au peuple français ».
- **1942** : loi assimilant l'avortement à un crime contre la Sûreté de l'état passible, après jugement par des tribunaux d'exception, de la peine de mort.
- **1943: exécution de Marie-Louise Giraud**, blanchisseuse et « faiseuse d'anges », sous le gouvernement de Vichy, guillotinée pour l'exemple.
- **1956** : la docteresse LagourouWeil-Hallé dénonce la carence médicale et fonde la **Maternité heureuse** avec Evelyne Sullerot et l'appui de l'Eglise réformée et de la franc-maçonnerie. L'association se propose de « permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ». Ce groupe deviendra en 1960 le «**Mouvement français pour le planning familial**» (MFPF).
- **1971** : Le « **Manifeste des 343** » paru dans le *Nouvel Observateur* le 5 avril est un appel rédigé par Simone de Beauvoir, et signé par 343 femmes qui prétendent s'être fait avorter et donc avoir enfreint l'article 317 du code pénal. Ce texte entend signifier avec éclat l'existence du problème et contraindre le gouvernement à prendre position sur l'avortement.

² Veil S. Les hommes aussi s'en souviennent. Stock. 2004. 117-112

- **1972** : **procès de Marie-claude à Bobigny**. Enceinte à 17 ans, elle se fait avorter avec la complicité de sa mère. Le jugement l'acquittera, confirmant ainsi que la loi de 1920 sur l'avortement n'est plus applicable.
- **1973** : Création du Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC). **330 médecins signent un manifeste** où ils affirment pratiquer des avortements. Organisation de voyages en Angleterre pour les femmes souhaitant avorter.
- **1975** : Promulgation de la **loi Veil**, qui suspend partiellement l'article 317 du code pénal pour cinq ans, autorisant ainsi l'avortement sous certaines conditions.
- **1979** : Adoption par le Parlement de la loi Pelletier sur l'IVG, reconduisant celle de 1975.
- **1982** : Loi Roudy. Remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale.
- **1988** : Autorisation de mise sur le marché du RU 486 permettant l'avortement médicamenteux.
- **1991** : Création de la CADAC, Coordination nationale d'associations pour le droit à l'avortement et à la contraception.
- **1992** : La loi Neiertz est adoptée. Elle stipule que l'entrave à l'IVG est un délit passible de deux mois à trois mois de prison et de 20 000 à 30 000 francs d'amende.
- **2001** : réforme de la loi de 1975 préparée par Martine Aubry et Elisabeth Guigou, adoptée le 4 juillet. Cette loi fait passer le **délai légal** de recours à l'avortement de 10 à **12 semaines**, et autorise les **mineures** à obtenir une IVG **sans autorisation de leurs parents**, si elles sont accompagnées d'un adulte de leur choix. La publicité en faveur de l'IVG n'est plus sanctionnée.
- **2004** : Philippe Douste-Blazy promulgue le décret permettant **l'avortement médicamenteux à domicile** inscrit dans la loi de 2001.

Echecs de contraception après quarante ans. Etude auprès de femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse.

RESUME

Contexte : en dépit de l'utilisation massive de la contraception médicalisée, le nombre d'interruption volontaire de grossesse reste stable. Du fait des connaissances et de l'expérience acquises en matière de contraception, les femmes de plus de 40 ans ne devraient que très rarement être confrontées à une grossesse non prévue. Le but de cette étude est d'identifier les déterminants des échecs contraceptifs à cet âge.

Méthode : l'étude s'est déroulée dans cinq centres de planification de la région Pays de la Loire, d'octobre 2008 à janvier 2009. Les femmes âgées de 40 ans et plus, consultant pour une demande d'interruption volontaire de grossesse ont été interrogées via des questionnaires anonymes auto administrés.

Résultats : 59 questionnaires ont été recueillis. Près d'un tiers des femmes n'utilise pas de contraception. Pour expliquer leur choix, 25% évoquent les effets indésirables, 27% le sentiment d'une moindre fécondité ou d'une stérilité, 19% une lassitude ou des oublis répétés et 11,5% des rapports sexuels peu fréquents. 23,7% utilisent une méthode contraceptive naturelle. Seulement 5,1% ont utilisé la contraception d'urgence alors que 78% déclarent la connaître. 25,4% des femmes ont exprimé un désir d'enfant.

Conclusion : même si les femmes de 40 ans et plus se considèrent bien informées en matière de contraception, elles ont une connaissance peu précise des méthodes contraceptives et sont aussi concernées par des difficultés d'observance. En outre, l'ambivalence face au désir d'enfant est également un facteur explicatif. Enfin, la baisse de la fécondité et la baisse de la fréquence des rapports sexuels semblent favoriser l'utilisation de méthodes contraceptives peu fiables chez ces femmes qui mésestiment le risque de grossesse.

MOTS-CLES

Echecs de contraception. Interruption volontaire de grossesse. Connaissance et pratique de la contraception.