

2018-2019

## THÈSE

pour le

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

# ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE

Etude quantitative auprès de médecins généralistes français

**ALLIGIER Marine** |

Née le 05 Juin 1990 à Noisy-le-Sec (93)

**NABOULET Maïté** |

Née le 15 Septembre 1990 à Angers (49)

Sous la direction de Mme **TESSIER-CAZENEUVE Christine** |

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume		Président
Madame le Docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine		Directeur
Monsieur le Docteur PY Thibaut		Membre
Madame le Docteur MARCHAIS Martine		Membre

Soutenue publiquement le :  
04 Avril 2019



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée ALLIGIER Marine .....  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **28/02/2019**

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée NABOULET Maïté .....  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **28/02/2019**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR :** Pr Nicolas Lerolle

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie :** Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine :**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

### **ATER**

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

### **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

### **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------



# REMERCIEMENTS

Remerciements de Marine ALLIGIER

Au Docteur Christine TESSIER-CAZENEUVE, qui a accepté de diriger notre thèse, merci pour vos bons conseils et votre soutien durant ce travail de thèse.

Au Professeur Guillaume LEGENDRE, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Au Docteur Thibaut PY, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'avoir donné de bons conseils pendant les cours.

Au Docteur Martine MARCHAIS, merci de m'avoir montré le médecin que je voulais devenir, pour toute votre bienveillance que vous avez pu me donner durant mon stage et d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

A Maïté, ma co-thésarde, ma première co-interne et ma première amie angevine, pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble qui ont fait que je me sentais moins seule.

A mes parents, pour votre amour et votre soutien sans faille du début à la fin. Merci pour les ailes que vous m'avez données afin que je puisse m'envoler.

A mon frère, pour tous ces moments de complicité qu'on a partagés et pour qui j'ai une grande admiration.

A mes grands-parents, Mémé et Pépé, pour votre soutien surtout durant les deux premières années où vous avez su me redonner le sourire quand le doute s'installait ; Mameu et Papeu, pour avoir toujours cru en moi et pour votre bienveillance.

A Michel, mon beau père, qui a toujours su me faire rire et pour qui j'ai une immense tendresse.

A ma belle-famille, pour votre générosité et votre accueil dans la famille.

A Laurine, ma meilleure amie, et Felix, avec qui j'ai partagé beaucoup d'épreuves durant ces études. Merci pour tous les bons moments qu'on a passés ensemble et pour tous les cours improvisés d'arts martiaux... Merci d'être toujours là.

A Céleste et Théo, pour votre présence et votre immense soutien, notamment durant ces derniers mois qui ont été plus compliqué pour moi. Vous êtes un des piliers de notre petite famille.

A François, sans qui ces études auraient été ennuyeuses... Wiiiiiiiiii

A Charline, pour ton soutien, ton écoute et surtout ce fou rire en revenant du stage du Bailleul.

A Romain, sans qui les résultats de cette thèse seraient encore inexistants.

Aux filles des urgences, Anaïs, Elisa, Vanessa, Maëva et Stéphanie avec qui j'ai partagé beaucoup de bons moments durant ce stage et par la suite.

A tous les autres qui m'ont soutenu de près ou de loin, merci.

A Raphaël, merci d'avoir fait de moi ta maman, merci pour tes sourires du matin jusqu'au soir et même dans ton sommeil, tu es ma plus grande réussite.

A Jean, merci pour ton amour, ton soutien et ta présence (qui reprendra en mai). Grâce à toi, ma vie à tes côtés est celle dont j'ai toujours rêvé et elle ne fait que commencer.

# REMERCIEMENTS

## Remerciements de Maïté NABOULET

Merci à Docteur Christine TESSIER-CAZENEUVE d'avoir accepté d'encadrer notre thèse et pour nous avoir aidé à sa réalisation.

Merci au Pr Guillaume LEGENDRE de nous faire l'honneur de s'intéresser à notre travail et d'être le président de notre jury.

Merci à Dr Martine MARCHAIS d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

Merci à Dr Thibaut PY d'avoir accepté d'être membre de notre jury, pour sa bienveillance durant les stages ou les cours, pour m'avoir donné l'envie d'exercer la médecine à son image, et bien sûr pour toutes les tablettes de chocolat.

Merci à Marion, Claude et Cécile, Adrien, Clothilde et Kiki, Antoine et Clément pour toutes les soirées Angevines (passées et futures) et pour leur amitié.

Merci à Camille (doudette) pour son soutien, son humour et son partage du monde de la BD avec Doudi.

Merci à Chloë pour avoir été une co-interne parfaite et une super co-pilote, pour tous les fous rires et les larmes dans ce stage et après.

Merci à Charline et Marine, pour cet internat fabuleux en votre compagnie, pour nos péripéties en stage et pour tous les cocktails. Merci de m'avoir fait rencontrer vos petits anges, qui sont sûrement déjà très fiers d'avoir des mamans comme vous. Marine, merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur cette thèse, pour notre duo infailible durant toutes ces années et merci pour tout le travail que tu as fourni. Merci à Jean pour l'aide qu'il nous a apportée.

Merci à Aurore, pour avoir été ma co-externe Pictavienne de toujours à travers ce long parcours et malgré la distance, merci pour ton amitié si chère à mon cœur.

Merci à Manon, d'être ce que tu es, de faire partie de ma vie, de ton amitié et de ton amour, et de m'avoir toujours soutenue et accompagnée dans tous les choix que j'ai fait.

Merci à Philippe et Marie-Lou, à Julie, Toni, Elliott, à Nicolas et à Papi José à qui je pense tendrement, pour m'avoir accueillie dans la famille, pour leur générosité et leur soutien. Et puis bien sûr pour m'avoir donné le goût du bon vin...

Merci à mon père pour son soutien (même quand c'était dur d'aller à l'école...), sa gentillesse et son altruisme, qui m'ont toujours donné envie de lui ressembler.

Merci à ma mère pour tous les moments de complicité, pour m'avoir tant aidée pendant ces années et pour son courage qui me sert d'exemple.

Merci à vous deux pour l'amour que vous nous avez tant donné.

Merci à Juliette et Hugo de partager avec moi ce lien fusionnel et précieux qui nous a toujours unis, de tous les souvenirs d'enfance que je garde et de tous ceux que l'on écrira encore ensemble. Merci à Estelle d'être entrée dans la famille et de l'amour que tu portes à Juliette.

Enfin, merci à Romain de son amour, de partager ma vie depuis dix ans, de notre complicité et de m'avoir tellement soutenue. Merci pour tes talents culinaires non négligeables, merci pour les cours d'histoires improvisés, merci pour le fameux verre de Saumur Champigny et merci pour ton aide précieuse sur cette thèse.



# Plan

## LISTE DES ABREVIATIONS

## RESUME

## INTRODUCTION

## MATERIEL ET METHODE

1. **Recrutement et constitution de la cohorte**
2. **Questionnaire et recueil des données**
3. **Analyse des données**

## RÉSULTATS

1. **Analyse de l'échantillon**
  - 1.1. Caractéristiques démographiques des MG
  - 1.2. Différences de pratiques selon le genre des MG et l'âge des MG
2. **Analyse descriptive**
  - 2.1. Identification de la précarité
  - 2.2. Précarité et notion de l'IVG
  - 2.3. Influence de la précarité sur les propositions des MG
  - 2.4. Influence des autres caractéristiques des patientes en situation de précarité sur les propositions des MG
3. **Analyse comparative**
  - 3.1. Influence de la précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG
    - 3.1.1. En fonction du taux de CMU dans la patientèle
    - 3.1.2. En fonction des items du score EPICES
    - 3.1.3. En fonction du genre des MG
    - 3.1.4. En fonction de l'âge des MG
    - 3.1.5. En fonction des pratiques des MG
  - 3.2. Influence des autres caractéristiques de la patiente en situation de précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG
    - 3.2.1. Influence de l'âge des patientes sur les propositions des MG
      - En fonction du genre des MG
      - En fonction de l'âge des MG
    - 3.2.2. Influence de la parité des patientes sur les propositions des MG
      - En fonction du genre des MG
      - En fonction de l'âge des MG

## DISCUSSION

1. **Forces et faiblesses de l'étude**
2. **Principaux résultats**
  - 2.1. Le dépistage de la précarité est peu réalisé mais les MG les plus concernés dépistent davantage ce risque
  - 2.2. Influence de la précarité sur les propositions contraceptives
    - 2.2.1. La pilule oestro-progestative en première intention
    - 2.2.2. Le schéma contraceptif Français comparé aux autres pays

- 2.2.3. Un assouplissement de la norme contraceptive
- 2.2.4. L'âge et la parité des patientes, principaux facteurs influençant
- 2.3. Influence de la précarité sur les propositions contraceptives en fonction des caractéristiques des MG, des différences notables
  - 2.3.1. Le taux de CMU de la patientèle et les questions posées dans le score EPICES influencent les propositions
  - 2.3.2. Les MG femmes se déclarent plus influencées par la précarité
  - 2.3.3. Les jeunes MG proposent plus de contraceptions type « contra-longues »
  - 2.3.4. Les MG proposent plus ce qu'ils savent pratiquer
- 2.4. L'âge des patientes et la parité influencent les propositions en fonction du genre des MG
- 2.5. Le recours à l'IVG chez les patientes précaires

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# **Analyse des pratiques des médecins généralistes concernant la contraception chez les femmes en situation de précarité**

## **ALLIGIER Marine, NABOULET Maïté**

Répartition du travail

M. NABOULET et M. ALLIGIER ont travaillé conjointement aux recherches bibliographiques, à l'élaboration du questionnaire et à la rédaction de la thèse.

M. ALLIGIER a contacté les différents Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins.

M. NABOULET a analysé les différentes données de la thèse.

## RESUME

Introduction : Quatorze pour cent de la population française est en situation de pauvreté et 16% des patients précaires renoncent aux soins pour des raisons financières incluant, chez les femmes, la difficulté d'accès à la contraception. La précarité peut être évaluée par le score EPICES, validé en soins primaires.

Objectif : Déterminer l'influence de la précarité des patientes sur la proposition d'une contraception par le médecin généraliste (MG).

Matériel et méthode : Une enquête quantitative, de cohorte, descriptive par questionnaire individuel informatisé diffusé par l'intermédiaire des Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins a été menée entre avril et mai 2018 auprès de MG de 32 départements français.

Résultats : 461 questionnaires ont été analysés. Moins de la moitié des MG interrogés (44%) pensaient que la situation de précarité de la patiente influençait leur choix de proposition de contraception. Cependant, les médecins ayant plus de 8% de CMU dans leur patientèle se disaient davantage influencés par la situation de précarité de la patiente et proposaient plus l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) dans 18% des cas respectivement (versus respectivement 11% et 14% pour les médecins ayant moins de 8% de CMU ( $p = 0.0137$ )). De même, les praticiens posant plus de 2 questions du score EPICES proposaient le DIU et l'implant dans 15 et 14% des cas aux patientes précaires versus respectivement 4% et 10% pour les médecins posant moins de 2 questions ( $p < 0,001$ ). Concernant les patientes en état de précarité, l'âge et la parité influençaient la proposition de contraception des médecins, ainsi ils proposaient aux femmes de moins de 35 ans ou nullipares en premier lieu une pilule oestro-progestative et aux femmes de plus de 36 ans ou multipares, un DIU.

Conclusion : Les MG sensibilisés à la précarité ou suivant davantage de patientes en situation de précarité leur proposent davantage des « contra-longues » mais le plus souvent en seconde intention. Les médecins généralistes semblent plus influencés par la parité et l'âge des patientes que par la situation de précarité dans leur proposition de contraception.

## INTRODUCTION

La précarité est définie par l'absence des conditions et des sécurités permettant à une personne d'assumer pleinement ses responsabilités et de bénéficier de ses droits fondamentaux [1]. Ces sécurités concernent notamment le travail, le revenu, le logement, l'accès aux soins, l'instruction, le lien familial et social. Le score « Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé » (EPICES) décrit en 1998 est un indicateur de précarité (ANNEXE I) [2]. Ce dernier permet d'une part d'identifier les personnes en situation de précarité et d'autre part de mesurer leur degré de précarité. La multiplicité des critères qui définit la précarité rend son estimation difficile, le score EPICES peut donc présenter un intérêt individuel immédiat et reproductible pour mieux identifier ces situations [3].

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 13.9% de la population française est en situation de pauvreté [4]. Les jeunes femmes sont majoritaires dans cette population dite précaire, en effet 57% de cette population sont des femmes dont la moitié a moins de 25 ans. Elles sont notamment plus exposées à la précarité au titre de l'emploi : 70% des temps partiels concernent les femmes [5].

Or la précarité a un retentissement sur l'accès aux soins. En 2008, une étude soulignait que 16% des assurés sociaux résidant en France déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois précédant l'étude et que ce renoncement était plus élevé chez les femmes [6]. En 1999, afin de faciliter l'accès aux soins, le dispositif de Couverture Maladie Universelle (CMU) a été mis en place, remplacé depuis 2016 par la Protection Universelle Maladie (PUMa). De ce fait, la prise en charge des soins par la CMU ou la PUMa peut constituer un critère objectif du niveau de précarité d'un individu. Ainsi, ce critère est corrélé aux chiffres décrivant la précarité chez les femmes : 53% des personnes bénéficiant de la CMU sont des femmes et la moitié a moins de 25 ans [7].



Le renoncement aux soins inclut, chez les femmes, l'absence de suivi gynécologique régulier. Ceci participe à rendre les femmes de milieux socio-économiques défavorisés plus vulnérables face au risque de cancer du col de l'utérus et aux grossesses non prévues [8]. En effet, les femmes ayant des niveaux sociaux économiques faibles et/ou sans profession ainsi que les femmes d'origine étrangère effectuent moins de frottis cervico-vaginaux [8]. De même, les femmes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME) réalisent significativement moins de dépistage que les autres femmes [8]. Le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) à répétition est également plus élevé lorsque les femmes sont confrontées à des difficultés sociales, économiques ou affectives. D'après une étude de 2013 sur « l'augmentation du recours répété à l'IVG en France », 51,6% des femmes réalisant une 3<sup>ème</sup> IVG ne bénéficient pas d'une mutuelle [9]. De plus, les femmes les plus jeunes, sans activité professionnelle déclarée, sans ou avec un seul enfant réalisent plus fréquemment une IVG tardive à plus de 11 Semaines d'Aménorrhée (SA). Ainsi, en 2011, cinq fois plus de femmes au chômage avaient eu recours à une IVG tardive par rapport aux femmes ayant un emploi [10]. Dans ce contexte, l'accès à une contraception adaptée représente un enjeu majeur. Or, l'étude de 2012 de « Population et Société » sur « La contraception en France » retrouve une corrélation nette entre la non-utilisation de méthodes contraceptives efficaces et un faible niveau socio professionnel (le fait d'être ouvrière, sans couverture sociale ou avoir un faible niveau d'études). Ainsi 6,5% des ouvrières n'ont pas de contraception versus 1,6% des femmes cadres. [11]

Les médecins généralistes (MG) sont les premiers professionnels de santé consultés par les patientes précaires, notamment concernant leur suivi gynécologique, en effet 90% d'entre elles ont leur suivi assuré par ce professionnel [12].

Plusieurs études ont mis en évidence que les MG proposent plus facilement aux patientes précaires une contraception par implant, permettant une bonne efficacité même en l'absence

de suivi médical régulier [11,13]. Selon une étude réalisée en 2012, il était retrouvé une utilisation croissante de l'implant avec la situation de précarité : 15,6% des femmes en situation de précarité avaient déjà utilisé l'implant versus 3,3% des femmes non précaires. A contrario, l'utilisation du dispositif intra utérin (DIU) suivait un schéma opposé : 33,3% des femmes non précaires l'avaient déjà utilisées versus 15,6% des femmes en situation de précarité. [13]

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer l'influence de la situation de précarité des patientes dans la proposition d'une contraception par le MG.

Les objectifs secondaires étaient de savoir si les MG repéraient la situation de précarité des patientes lors d'une demande de contraception et s'ils utilisaient des critères spécifiques.

## **MATERIEL ET METHODE**

Il s'agit d'une enquête quantitative déclarative, de cohorte, descriptive et transversale par questionnaire individuel, informatisé et anonyme envoyé par mail aux MG français.

### **1. Recrutement et constitution de la cohorte :**

L'ambition de cette étude était d'interroger l'ensemble des MG français des départements métropolitains et d'outre-mer (DOM). Le recrutement s'est donc fait par l'intermédiaire des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM). Un premier contact a été réalisé par courriel auprès des CDOM en février 2018 puis une relance en mars 2018 afin d'obtenir leur accord pour diffuser le questionnaire auprès des MG libéraux installés dans leur département. Trente-deux (32) départements ont répondu favorablement et les CDOM ont alors diffusé le questionnaire par courriel aux MG, 16 CDOM ont refusé ayant pour principal argument l'accord de diffusion de questionnaire de thèses uniquement pour les internes effectuant leurs études dans leurs régions et 52 départements n'ont pas répondu malgré la relance.

Les critères d'inclusion étaient : être MG en activité installé ou remplaçant, exercer en France Métropolitaine ou dans les DOM et avoir une activité ambulatoire prédominante.

Les critères d'exclusion concernaient les médecins exerçant une activité de type « méthode d'exercice particulier » (MEP) et les médecins exerçants exclusivement ou majoritairement dans les centres de planification et d'éducation familiale.

Le critère de non-inclusion correspondait au refus des CDOM de transmettre le questionnaire par courriel aux MG installés dans leurs départements.

## 2. Questionnaire et recueil des données

Le questionnaire (Annexe II), élaboré à partir des données de la littérature, était composé de 18 questions fermées interrogeant sur les données socioprofessionnelles des MG, leur activité gynécologique, la recherche d'une situation de précarité chez leurs patientes et les contraceptions proposées chez les patientes repérées en situation de précarité. La durée nécessaire pour renseigner l'intégralité du questionnaire était de 5 min.

Certaines questions du score EPICES ont été utilisées pour la constitution du questionnaire de l'étude.

Le questionnaire a été créé et mis en forme par le biais de l'outil GOOGLE FORM<sup>®</sup>, permettant une diffusion rapide par voie électronique auprès de l'échantillon recruté et une récupération simple des réponses.

Le questionnaire ainsi que la description du sujet de thèse ont été diffusés par voie électronique en avril 2018. Le questionnaire a été clôturé le 15 mai 2018, date à laquelle 461 MG avaient répondu.

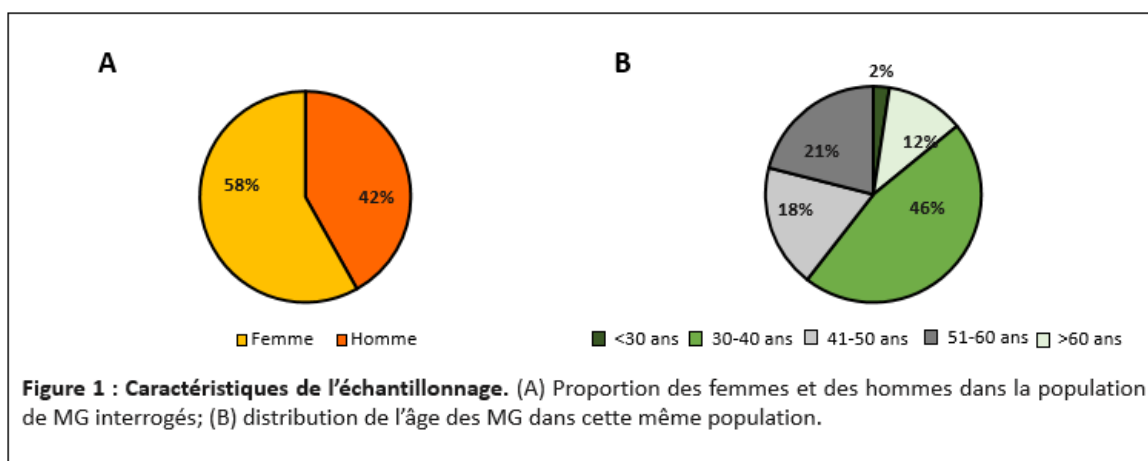
## 3. Analyse des données

Les réponses ont été importées localement à partir de la plateforme GOOGLE FORM<sup>®</sup>. Dans un second temps, les tableaux de données avaient été formatés afin d'en faciliter l'analyse, cette dernière ayant été réalisée par l'intermédiaire du logiciel RStudio<sup>®</sup>. Deux types de tests statistiques ont été réalisés en fonction des modalités de réponses, soit un  $\chi^2$  de conformité soit un  $\chi^2$  de comparaison de plusieurs proportions. Pour l'ensemble de ces tests, la valeur seuil de refus de l'hypothèse  $H_0$  était de 5%.

# RÉSULTATS

## 4. Analyse de l'échantillonnage

Ont été obtenues 461 réponses, dont 268 réponses de femmes (58%) et 193 réponses d'hommes (42%) (Figure 1A).



### 4.1. Caractéristiques démographiques des MG

La population était diversifiée en termes d'âge avec toutefois une majorité de MG ayant entre 30 et 40 ans (46%) (Figure 1B) et en termes de milieu (rural : 22%, semi rural : 43% et urbain : 35%) (Tableau I). Une grande majorité des réponses provenait du quart nord-ouest de la France (21% des médecins généralistes de l'échantillon venaient du Maine-et-Loire, 27,8% d'Ille-et-Vilaine, 15,6% de Loire-Atlantique et 8,9% du Morbihan) (Tableau II).

	Nombre	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Hommes	193	41,9
Femmes	268	58,1
<b>Age</b>		
< 30 ans	11	2,4
> 60 ans	54	11,7
30-40 ans	214	46,4
41-50 ans	85	18,5
51-60 ans	97	21
<b>Milieu</b>		
Rural	103	22,3
Semi-rural	198	43
Urbain	160	34,7
<b>Activité</b>		
Installé	438	95
Remplaçant		5
<b>Nombre de consultations/semaine</b>		
<50	17	3,7
>90	243	52,7
50-70	71	15,4
71-90	130	28,2
<b>Nombre de consultations gynéco / semaine</b>		
<4	129	28
>12	61	13,2
5_8	189	41
9_12	82	17,8
<b>Pose de DIU</b>	174	37,7
<b>Pose implant</b>	292	63,3

Tableau I : Données sociodémographiques des MG interrogés.

Département	Nombre	Pourcentage
Ardennes	11	2,4
Aude	14	3
Finistère	1	0,2
Ille-et-Vilaine	128	27,8
Indre	13	2,8
Loire-Atlantique	72	15,6
Lozère	7	1,5
Maine et Loire	97	21
Mayenne	18	3,9
Morbihan	41	8,9
Nievre	1	0,2
Nord	1	0,2
Haute-Saône	21	4,6
Sarthe	19	4,1
Somme	1	0,2
Vendée	1	0,2
Vienne	12	2,6
Haute Vienne	1	0,2
Val de Marne	2	0,4

Tableau II : Données géographiques des MG interrogés.

Concernant l'activité des médecins, 95% étaient installés et 5% étaient remplaçants. Cinquante-trois pour cent (53%) réalisaient plus de 90 consultations par semaine et 4% pratiquent moins de 50 consultations par semaine. Les généralistes effectuaient entre 4 et 8 consultations gynécologiques par semaine pour 41% d'entre eux. Plus de la moitié des médecins ne posaient pas de DIU (62%) mais la majorité posait des implants (63%) (Tableau 1).

Les patients bénéficiant de la CMU constituaient en moyenne 7% de leur patientèle avec un minimum de 1% et un maximum de 70% (données non présentées).

#### 4.2. Différences de pratiques selon le genre des MG et l'âge des MG

Les MG femmes pratiquaient plus de consultations gynécologiques que les hommes : 46% des MG femmes en réalisaient 5 à 8 par semaine, tandis qu'une majorité des MG hommes (49%) en effectuaient moins de 4 par semaine. Les MG femmes posaient également plus de « contra-

longues » notamment d'implant que les hommes (71% versus 53%). Les MG les plus jeunes pratiquaient plus de pose de « contra-longues » notamment d'implants : les 30-40 ans étaient 79% à poser des implants versus 37% chez les plus de 60 ans.

## **5. Analyse descriptive**

### **5.1. Identification de la précarité**

D'après les MG, la situation économique et le niveau scolaire n'étaient majoritairement pas renseignés dans les dossiers médicaux (59% et 90%, respectivement) et ces informations n'étaient pas dans 69% des cas recherchées lors d'une consultation dédiée à la gynécologie. Cependant, le dossier médical comportait dans 74% des cas la situation familiale des patientes. Tous les MG interrogeaient leurs patientes sur au moins un des 11 items du score EPICES. Cependant, seul 10 % des MG posait 5 questions et aucun MG n'en posait plus de cinq. La question la plus majoritairement posée était « Sont-elles en couple ? » (87%). Mais ils étaient seulement 4% à interroger la patiente concernant son éventuel suivi par un travailleur social.

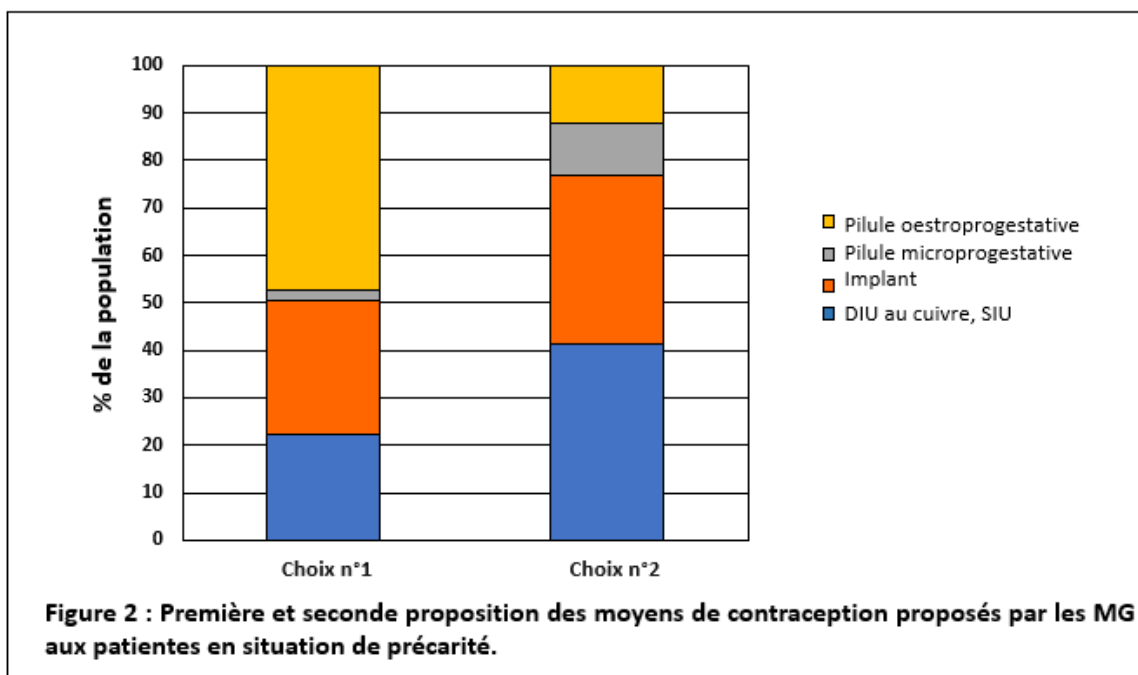
### **5.2. Précarité et notion d'IVG**

Soixante-quatorze pour cent (74%) des MG pensaient que les IVG étaient plus fréquentes dans les populations précaires et 63% pensaient qu'elles étaient aussi plus tardives.

### **5.3. Influence de la précarité sur les propositions des MG**

Quarante-quatre pour cent (44%) des médecins pensaient que la situation de précarité de la patiente influençait leur proposition contraceptive. Dans ce cas, 46% des médecins proposaient en premier lieu une pilule, 28% un implant et 22% le DIU. Leur choix secondaire se portait sur les DIU (41%) et l'implant (36%) (Figure 2).

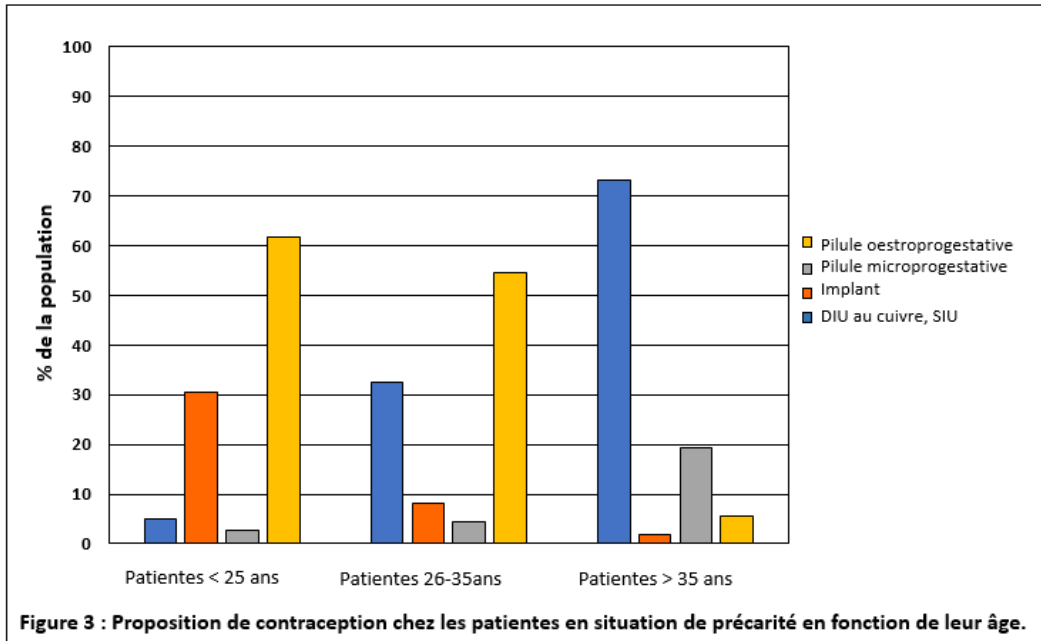




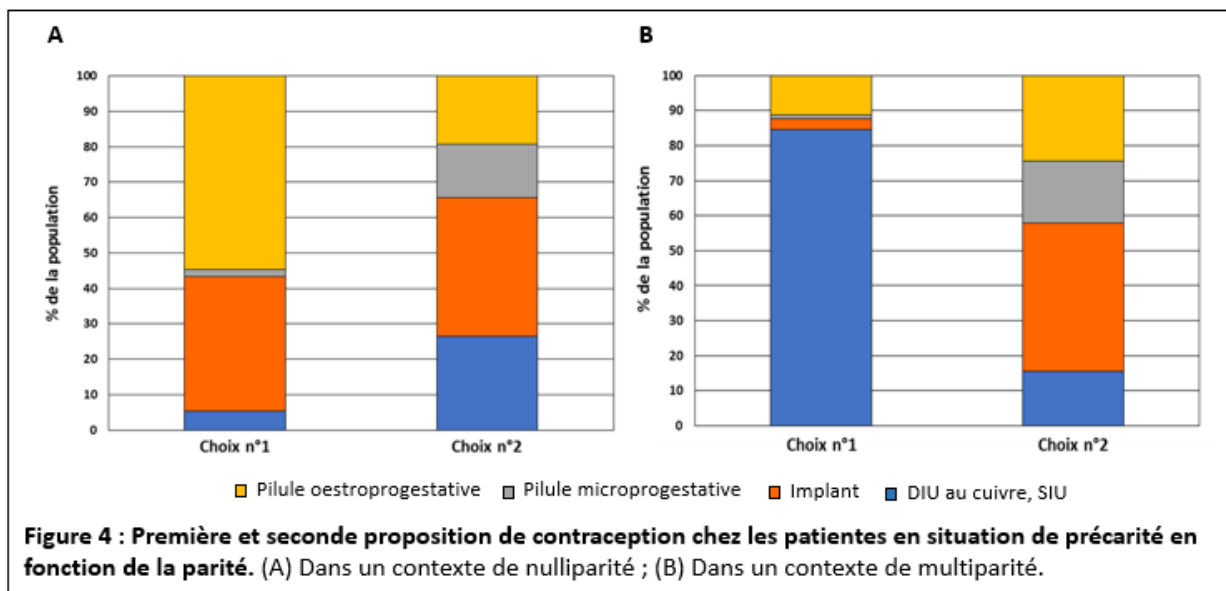
Pour 38% des médecins interrogés, ces propositions étaient liées aux remboursements par l'assurance maladie, pour 33% d'entre eux à la facilité d'observance et pour 19% liées à une facilité de suivi.

#### 5.4. Influence des autres caractéristiques des patientes en situation de précarité sur les propositions des MG

Même lorsqu'elles sont en situation de précarité, l'âge des patientes influençait la majorité des praticiens (59%) dans leur proposition de contraception. Ainsi, chez les patientes de moins de 25 ans et celles dont l'âge est compris entre 26 et 35 ans, les MG proposaient d'abord la pilule oestro-progestative (POP) (62% et 55% respectivement). Tandis que chez les patientes de plus de 35 ans, la contraception proposée en premier lieu était le DIU (73%) (Figure 3).



De même, chez les patientes en situation de précarité, la parité influençait la proposition de la contraception de 44% des MG. Ces derniers proposaient en première intention une POP (55%) aux patientes nullipares (Figure 4A) et un DIU (85%) aux patientes multipares (Figure 4B). En seconde intention, ils proposaient l'implant quelle que soit la parité de la patiente (39% aux nullipares et 42% aux multipares) (Figure 4).



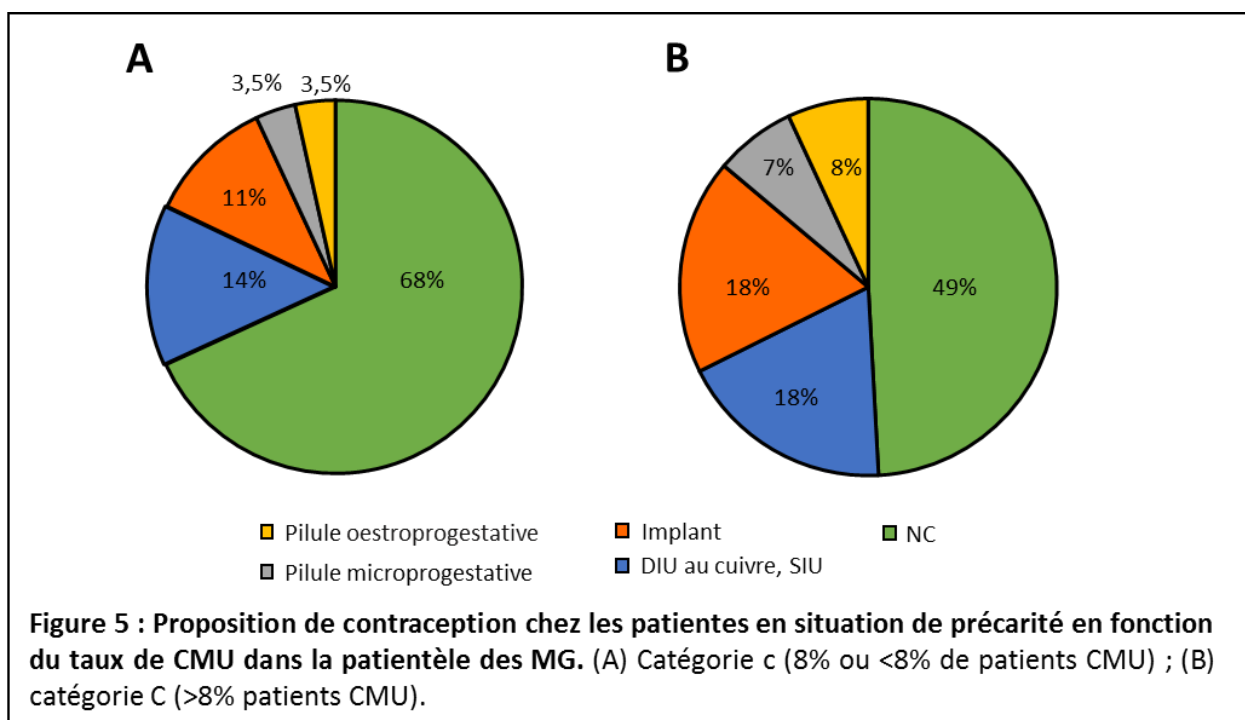
## 6. Analyse comparative

### 6.1. Influence de la précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG

#### 6.1.1. En fonction du taux de CMU dans la patientèle

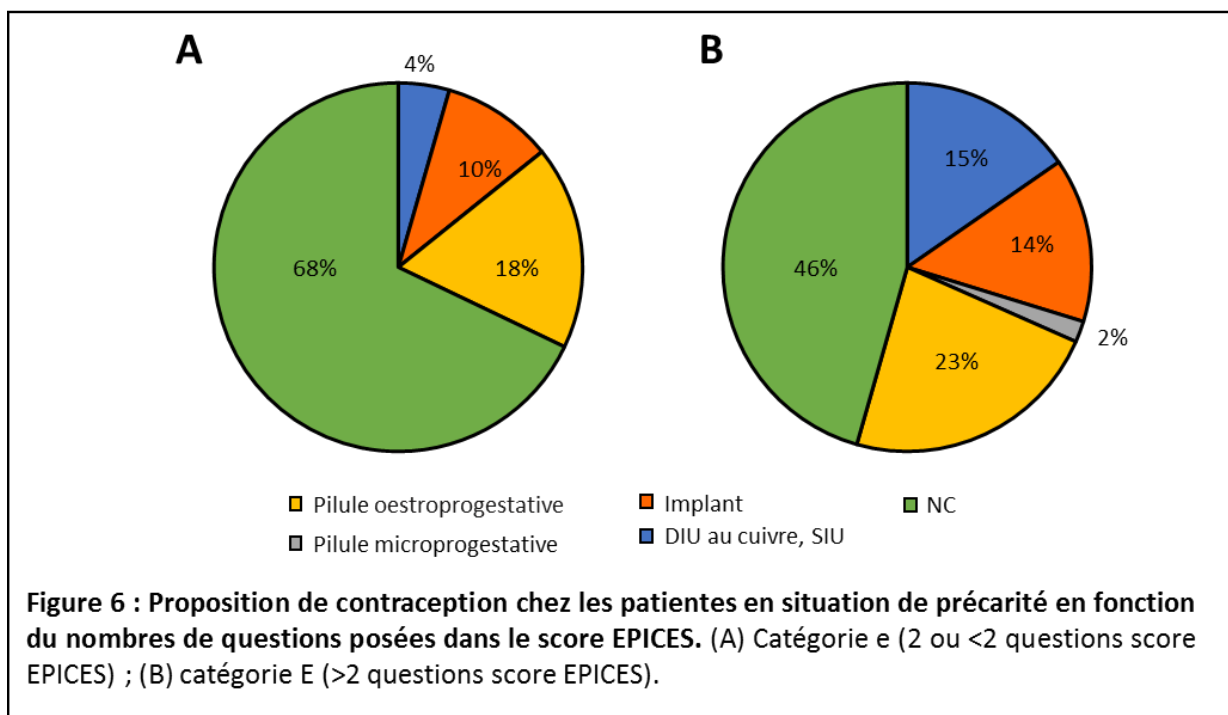
Deux catégories de MG avaient été définies pour étudier les moyens de contraception proposés par ces derniers en fonction du taux de CMU dans leur patientèle : les MG qui avaient plus de 8% de patients sous CMU (appelée catégorie C) et les MG qui avaient 8% ou moins de patients sous CMU (appelée catégorie c). Cinquante-trois pour cent (53%) des MG qui se considéraient influencés par la précarité dans leurs propositions étaient dans la catégorie C et 63% des MG qui ne se considéraient pas influencés par la précarité étaient dans la catégorie c.

De manière significative la catégorie C proposait davantage l'implant (18% des cas) et le DIU (18% des cas) versus respectivement 11% et 14% pour la catégorie c (p-value = 0.0137) (Figure 5).



### 6.1.2. En fonction des items du score EPICES

De même, deux catégories de MG avaient été définies pour étudier les moyens de contraception proposés par ces derniers en fonction de nombre de questions posées dans le score EPICES : les MG qui posaient plus de deux questions (appelée catégorie E) et les MG qui posaient deux ou moins de deux questions composants le score EPICES (appelée catégorie e). On constatait une différence significative dans la proposition de contraception entre les deux groupes composés ( $p\text{-value} = 4.876e-06$ ). En effet, la catégorie E proposait le DIU aux patientes dans une situation de précarité dans 15% des cas et l'implant dans 14% des cas versus respectivement 4% et 10% dans la catégorie e (Figure 6).

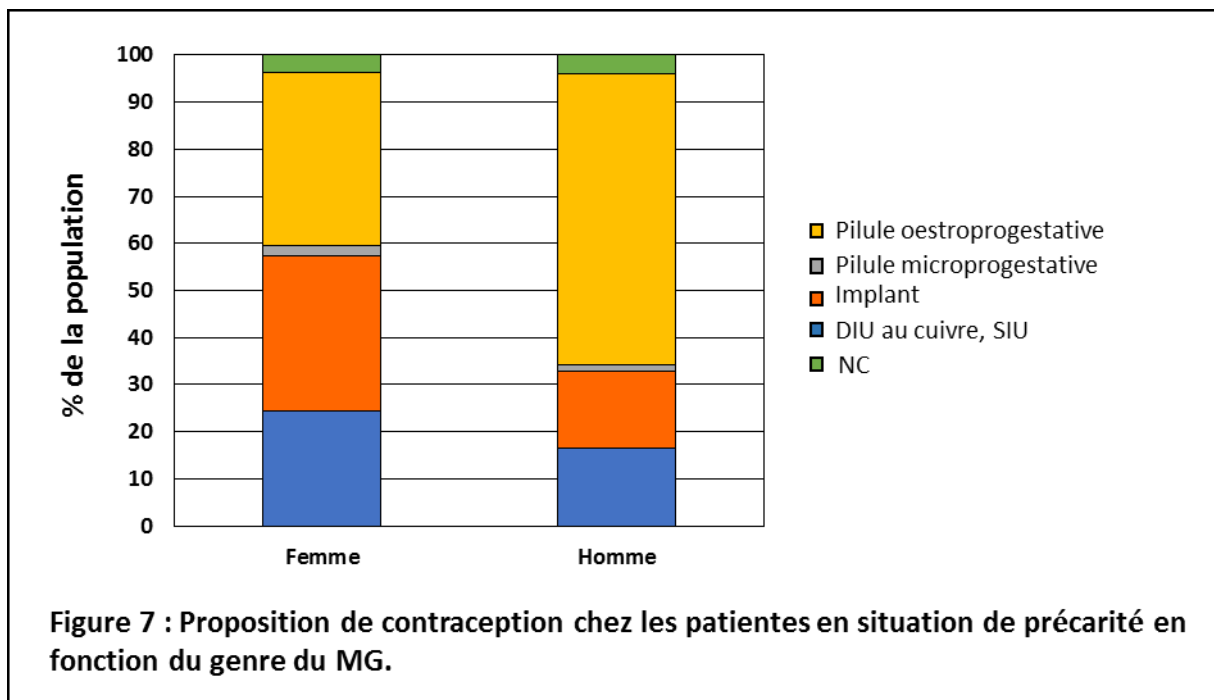


Il existait une corrélation entre les catégories de MG ainsi définies : soixante-douze pour cent (72%) des MG de la catégorie C posaient plus de deux questions du score EPICES (catégorie E).

### 6.1.3. En fonction du genre des MG

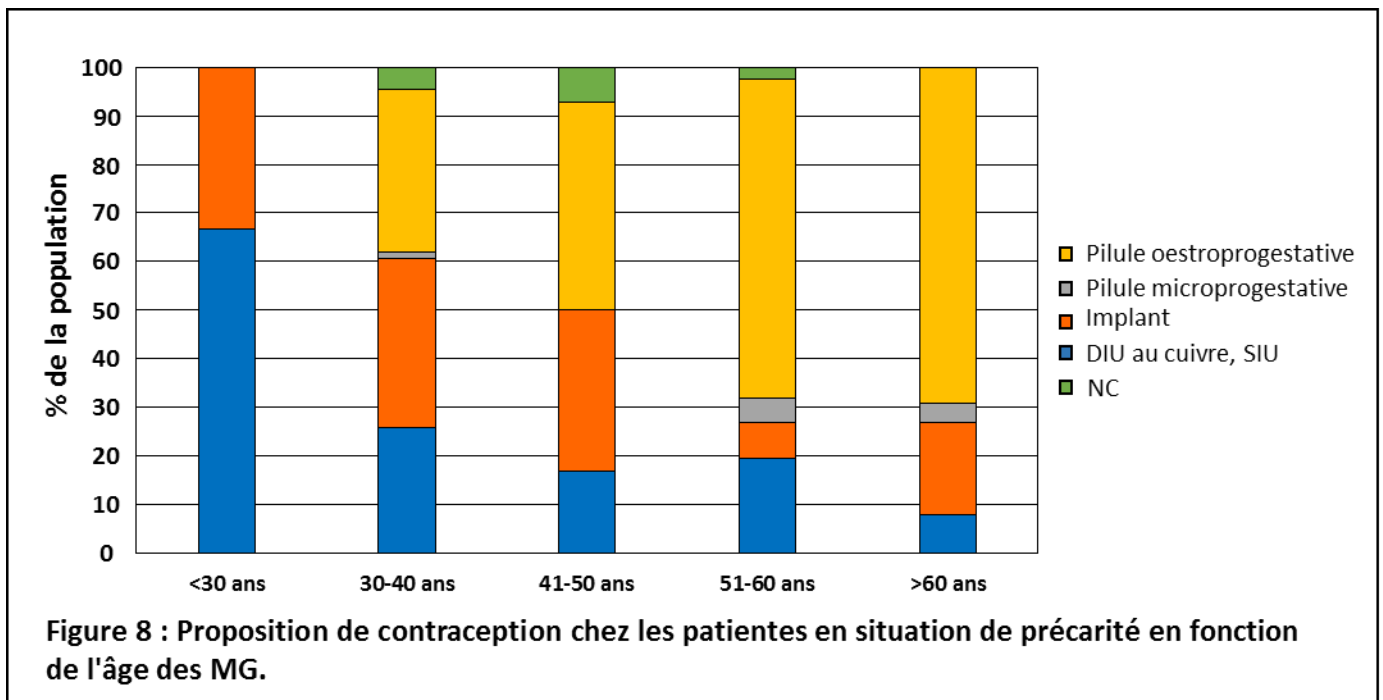
De manière significative, les MG femmes déclaraient davantage prendre en compte la situation de précarité de la patiente lors d'une proposition de contraception (64% des MG femmes versus 58% des MG hommes) ( $p$ -value = 0.02648).

Chez les patientes précaires, 37% des MG femmes proposaient en premier choix la POP, 33% l'implant et 24% le DIU. Soixante-deux pour cent (62%) des MG hommes proposaient en premier lieu une POP chez les patientes en situation de précarité ( $p$ -value = 0.00534) puis l'implant (16%) et le DIU (16%). (Figure 7).



### 6.1.4. En fonction de l'âge des MG

Les médecins de moins de 40 ans proposaient davantage l'implant et le DIU à une patiente en situation de précarité (respectivement 35 et 26%). Les médecins des catégories d'âge supérieures proposaient en première intention une POP avec une augmentation du taux de cette proposition avec l'âge du praticien (69% des plus de 60 ans) (Figure 8). Ces différences étaient significatives ( $p$ -value = 0.0007596).



### 6.1.5. En fonction des pratiques des MG

Qu'ils aient ou non les compétences pour poser des « contra-longues » (implants ou DIU), les MG proposaient en première intention une POP aux patientes dans un contexte de précarité. Cependant, les MG qui posaient des implants le proposaient plus souvent en seconde intention (14% versus 8% des MG qui n'en posaient pas) (p-value = 0.001246).

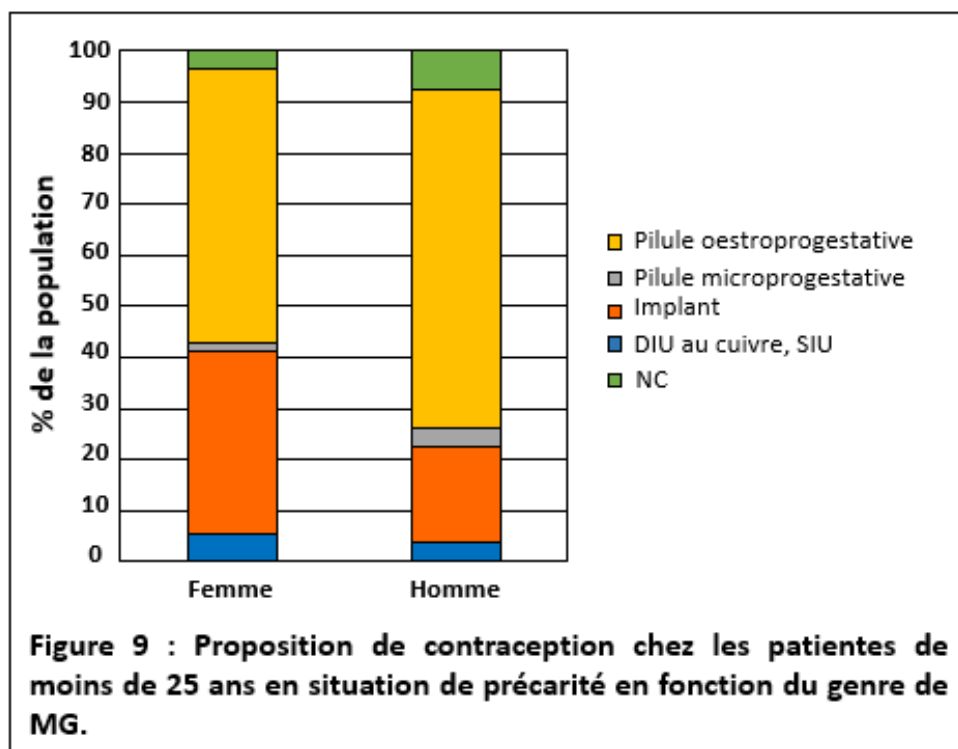
## 6.2. Influence des autres caractéristiques de la patiente en situation de précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG

### 6.2.1. Influence de l'âge des patientes sur les propositions des MG

En fonction du genre des MG

Il existait une différence significative entre les propositions de contraception des MG hommes et femmes pour la catégorie des patientes de moins de 25 ans. L'implant était prescrit par 37% des MG femmes versus 19% des MG hommes (p-value = 0.01922) (Figure 9). Les autres

catégories d'âge des patientes avec le genre de MG ont été également croisées mais n'ont pas retrouvé de différence significative.



En fonction de l'âge des MG

Les différences entre les âges des MG ont été croisées avec les catégories d'âges des patientes mais aucune n'a été significative.

### 6.2.2. Influence de la parité des patientes sur les propositions des MG

En fonction du genre des MG

Le genre du praticien influençait significativement la proposition de contraception en fonction de la parité de la patiente. Quarante-six pour cent (46%) des MG femmes proposaient aux patientes nullipares une POP et 41% l'implant. Tandis qu'une majorité des MG hommes (57%) proposaient la POP et un quart (25%) l'implant (p-value = 0.009269). Les MG hommes comme femmes proposaient majoritairement le DIU chez les femmes multipares (85% des MG femmes).

En fonction de l'âge des MG

Les différences entre les âges des MG ont été croisées avec la parité des patientes mais aucune n'a été significative.



## **DISCUSSION**

Le choix d'une contraception est essentiel et doit être adapté au mode de vie des patientes. En effet, le risque d'IVG tardive est plus important chez les patientes en situation de précarité [9]. Notre étude s'intéressait au dépistage de la précarité des patientes par les MG et à l'influence de celle-ci dans leur proposition contraceptive.

### **1. Forces et faiblesses de l'étude**

Quatre cent soixante et un (461) questionnaires analysables ont été obtenus permettant une puissance statistique satisfaisante. La force de cette étude portait également sur son originalité, puisque peu de littérature existe sur ce sujet.

Le taux de CMU dans les patientèles des praticiens interrogés a permis de définir un critère objectif pour identifier les patientèles précaires. Un taux de 8% supérieur à la moyenne nationale (6,5%) a été retenu [14]. Cette valeur seuil permettait d'avoir des effectifs équivalents donc comparables. Malheureusement, quelques MG n'avaient pu renseigner leur taux de CMU puisqu'ils nous avaient indiqué en remarque ne pas savoir où le chercher.

La principale difficulté de notre étude portait sur la définition de la précarité. En effet cette dernière étant multifactorielle, son évaluation est difficile, de plus aucune définition consensuelle n'existe. Ainsi, dans le questionnaire, la définition de la précarité n'avait pas été explicitée et avait été laissée à la propre évaluation du MG. C'est pour cela qu'avait été sélectionné le score EPICES, puisque même s'il est imparfait, il est un marqueur de précarité validé en soins de premier recours.

Il existe dans cette étude un biais de sélection puisque certains CDOM ont refusé la diffusion du questionnaire. De plus un biais de volontariat inhérent à la méthodologie utilisée est présent puisque les réponses provenaient principalement de MG intéressés par les sujets de gynécologie.

Le taux de réponse n'est pas calculable dans la mesure où le nombre de MG auquel avait été transmis le questionnaire n'est pas connu. En effet, certains CDOM ont transmis eux même le questionnaire par mail et d'autres l'ont mis en ligne sur leur site internet. D'autre part, certaines régions ou départements n'ont pas répondu, notamment les départements d'outre-mer très exposés à la précarité.

## **2. Principaux résultats**

### **2.1. Le dépistage de la précarité est peu réalisé mais les MG les plus concernés dépistent davantage ce risque**

La majorité des MG ne renseignaient pas la situation économique (59%) et scolaire (90%) de leurs patientes et n'interrogeaient que très peu les patientes sur leur niveau de vie (selon les items du score EPICES). Cependant, il était intéressant de remarquer que les MG qui suivaient davantage de femmes en situation de précarité (catégorie C dans notre étude) posaient également plus de questions contenues dans le score EPICES (catégorie E). Les MG les plus concernés dépistaient donc plus ce risque. Ceci répond à nos objectifs secondaires. Dépister une situation de précarité pouvant entraîner un renoncement de soins chez ses patientes, permet d'adapter sa pratique. Il est admis que le choix du suivi médical et de la contraception varie selon le milieu social, 73% des ouvrières sont suivies par un gynécologue versus 82% des cadres [11].

### **2.2. Influence de la précarité sur la proposition contraceptive**

#### **2.2.1. La pilule oestro-progestative en première intention**

Moins de la moitié des médecins interrogés (44%) pensaient que la situation socio-économique des patientes influençait leur proposition concernant la contraception. En effet, dans notre étude, lorsque les patientes étaient en situation de précarité, les MG proposaient la POP dans 46% des cas. Cette proportion était similaire à celle proposée dans la population générale [11].

Bien que la proportion soit légèrement plus faible que celle observée dans la population générale, ces données illustraient l'influence d'autres facteurs (âge et parité) majoritairement considérés par rapport à la précarité.

### **2.2.2. Le schéma contraceptif Français comparé aux autres pays**

De même, les propositions des MG interrogés semblaient se conformer au « schéma contraceptif » français. En effet, celui-ci reste caractérisé par un recours important au préservatif en début de vie sexuelle, l'utilisation de la pilule dès que la vie sexuelle se régularise et le recours au DIU quand les couples ont eu les enfants qu'ils désiraient [15]. La pilule reste le contraceptif le plus utilisé en France, alors qu'elle n'est qu'en troisième position à l'échelle mondiale derrière la stérilisation et le DIU. Si les femmes y ont massivement recours en France (50% en 2010) ce n'est pas le cas au Mexique (4%) et en Chine (1%) [16,17]. La méthode de contraception la plus utilisée dans le monde est la stérilisation comme par exemple au Mexique où 54% des femmes y ont eu recours en 2015 [16,17]. En France, seules 5% des femmes avaient recours en 2010 à la stérilisation à visée contraceptive. Le DIU est lui très utilisé par exemple en Asie, particulièrement en Chine [16,17].

### **2.2.3. Un assouplissement de la norme contraceptive**

Les MG de l'étude, qui pensaient que la situation de précarité de leurs patientes avait un impact sur leurs propositions, présentaient davantage les méthodes de contraception de type «contra-longue » (28% proposaient l'implant et 22% le DIU). Les « contra-longues » peuvent en effet paraître plus adaptées, car moins soumises aux aléas de vie, aux difficultés économiques et de suivi plus simple. Dans l'étude, la proposition d'un DIU était plus faible que celle de l'implant mais restait sensiblement la même que les chiffres retrouvés dans la population générale (22,6% en 2013 chez les 15-49 ans). Il est important de noter que l'utilisation du DIU a progressé sensiblement entre 2010 et 2013, puisque son recours passe de 2% à 5% chez les

femmes de 20 à 24 ans [15]. Ceci peut s'expliquer par la demande des femmes elles-mêmes, malgré la réticence des professionnels qui restent influencés par la parité des femmes et le risque d'infections sexuellement transmissibles, notamment entre 20 et 24 ans (Pics de prévalence de *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria Gonorrhoeae*) [18].

#### **2.2.4. L'âge et la parité des patientes, principaux facteurs influençant**

Concernant l'âge et la parité chez les patientes en situation de précarité, le schéma de propositions contraceptives exposé par les MG de l'étude était le même que celui retrouvé dans la population générale. Avant 35 ans ou chez les patientes nullipares, les MG proposaient en premier lieu une POP et après 35 ans ou chez les patientes multipares le DIU. Dans la population générale, seules 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisaient le DIU en 2010 versus 40 % pour les secondes paires ou plus [11]. Ces données suggéraient de nouveau que les MG étaient plus influencés par la parité et l'âge des patientes, que par la situation de précarité elle-même.

### **2.3. Influence de la précarité sur les propositions contraceptives en fonction des caractéristiques des MG, des différences notables**

#### **2.3.1. Le taux de CMU de la patientèle et les questions posées dans le score**

##### **EPICES influencent les propositions**

Les MG de l'étude ont été répartis en quatre catégories en fonction d'une part du taux de CMU dans leur patientèle (Catégorie C et c) et du nombre de questions utilisées dans le score EPICES (Catégorie E et e). Les MG des catégories C (taux de CMU > 8%) et E (posant systématiquement au moins 2 questions du score EPICES) se déclaraient majoritairement (53%) influencés par la précarité. Il est également important de souligner que les médecins des catégories C et E présentaient plus fréquemment aux patientes une contraception de type « contra-longue ». Ces données apportent donc une réponse à l'objectif principal de notre

étude : les MG sensibilisés à la précarité adaptaient leurs propositions contraceptives en fonction de la situation socio-économique des femmes. Ce résultat correspond à celui d'une étude de 2013 montrant l'attention portée par les professionnels à la bonne adéquation entre le type de contraception proposé et le mode de vie de la patiente notamment vis-à-vis de l'observance. Dans ce cas, l'implant apparaît plus souvent proposé aux femmes en cas de difficultés financières [11,13, 19].

### **2.3.2. Les MG femmes se déclarent plus influencées par la précarité**

L'autre résultat intéressant de l'étude était la différence entre les propositions de contraception des MG hommes et femmes. Elles déclaraient être plus influencées par la précarité dans leurs propositions et orientaient davantage vers une contraception type « contra-longue » (respectivement 57% des MG femmes versus 32% des MG hommes). Ceci peut être en partie expliqué par la différence de pratiques entre les genres de MG que révélait l'étude, puisque les femmes avaient tendance à pratiquer plus de consultations de gynécologie et posaient également plus de DIU et d'implant que les hommes. Ceci est en accord avec la littérature, notamment l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire où 46 % des MG femmes des Pays de la Loire stipulaient avoir un DU de gynécologie ou avoir suivi une séance de formation médicale continue (FMC) dans ce domaine au cours des deux dernières années versus 27% chez les MG hommes [20].

### **2.3.3. Les jeunes MG proposent plus de contraception de type « contra-longue »**

Les médecins de moins de 40 ans proposaient plus facilement les contraceptions type « contra-longue » dans cette étude. Ceci est corrélé au fait que les MG les plus jeunes pratiquaient également plus de pose d'implants et de DIU. On peut expliquer cette différence de pratique par l'évolution de la formation médicale qui intègre désormais la pose de DIU et d'implant au cours de l'internat. D'après le référentiel métier et compétence du MG de 2009, les principales

modalités d'acquisition actuelle dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de MG comprenaient le suivi de la femme [21].

#### **2.3.4. Les MG proposent plus ce qu'ils savent pratiquer**

Quel que soit la pratique des MG (s'ils posent des DIU et implants ou non), leur première proposition restait la POP. Cependant, les MG qui posaient des DIU et/ou des implants proposaient plus de contraception type « contra-longue » (16% proposaient l'implant lorsqu'ils le posaient versus 8% lorsqu'ils n'en posaient pas). Les MG proposent donc plus ce qu'ils savent pratiquer. Selon une étude de 2017, les généralistes, qui proposaient d'autres méthodes que la pilule, avaient suivi plusieurs formations à la contraception sur les trois dernières années et déclaraient connaître les rapports des autorités de santé sur la contraception [22].

#### **2.4. L'âge des patientes et la parité influencent les propositions en fonction du genre des MG**

Dans l'étude, la seule différence significative lorsque l'on croisait les autres caractéristiques de la patiente avec les caractéristiques des MG résidait dans le genre des MG. Les MG femmes proposaient plus fréquemment l'implant chez les moins de 25 ans et chez les patientes nullipares que les MG hommes, respectivement 37% et 41% versus 19% et 25%. Une thèse de 2016 montrait également cette tendance mais la différence n'était pas significative [23].

#### **2.5. Le recours à l'IVG chez les patientes précaires**

Le questionnaire révélait également qu'une majorité des MG interrogés pensaient que les patientes en situation de précarité avaient plus recours à l'IVG (74%) et que celle-ci se faisait plus tardivement (63%) par rapport à la population générale. En France, le nombre d'IVG est stable depuis des années (environ 200 000 par an), moins de femmes y ont recours mais de façon plus répétée [9]. Le nombre moyen de 0,5 IVG par femme peut correspondre à des situations très différentes et la hausse de la part des IVG répétées s'observe pour toutes les

catégories de femmes. Cependant, la hausse est surtout marquée chez les femmes âgées de moins de 30 ans, chez celles qui ont déclaré vivre seules au moment de l'IVG et chez celles qui n'avaient pas d'emploi [9]. Depuis 1990, les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG tardive ont peu changé. Ce sont souvent les femmes les plus jeunes, au chômage ou au foyer, sans enfant, qui ont recours à l'avortement le plus tardivement [10]. Inversement, ce sont les femmes les plus âgées, occupant un emploi et ayant déjà eu au moins deux enfants qui ont recours à l'IVG en début de grossesse. Une étude montre que dans un groupe d'adolescentes venant d'accoucher, il y a 8 fois moins de grossesses dans les 12 mois dans le groupe qui a choisi un implant comme contraception [24]. Ces données renforcent l'idée de proposer une contraception type « contra-longue » aux patientes en situation de précarité.

## CONCLUSION

Les MG qui suivaient plus de patientes bénéficiant de la CMU et qui interrogeaient plus leurs patientes sur les items du score EPICES se déclaraient plus influencés par la précarité et proposaient plus de contraception type « contra-longue ». Ce type de contraception peut être une bonne alternative à la POP chez les patientes en situation de précarité, déclarant un renoncement aux soins plus important, pour raison financière notamment. Ceci répond donc à notre objectif principal et à nos objectifs secondaires puisque les MG semblaient peu réaliser le dépistage de la précarité mais les MG les plus concernés dépistaient davantage ce risque. Il est intéressant d'analyser les inégalités sociales concernant l'IVG. En effet, il est utile d'observer les inégalités face au recours lui-même, mais également, plus en amont, les inégalités face à la couverture contraceptive. Les méthodes contraceptives utilisées ne sont pas toujours en adéquation avec les conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Il apparaît que les MG de l'étude étaient globalement moins influencés dans leur proposition de contraception par la situation de précarité que par la parité et l'âge des patientes, bien qu'il existât des différences significatives selon le genre et l'âge du MG. Il semble important d'évaluer la précarité des patientes et de le faire par le biais d'un outil d'évaluation, qui peut être le score EPICES car facilement reproductible et déjà validé en soins de premier recours. Durant l'analyse de l'étude, trois questions nous semblaient indispensables et pourraient intégrer ce questionnaire : sont-elles en couple, bénéficient-elles d'une assurance maladie complémentaire et existe-t-il certaines périodes dans le mois où elles rencontrent des difficultés financières. Il pourrait être intéressant par exemple d'intégrer un questionnaire sur la situation socio-économique afin de ne pas la méconnaître, lors de la création d'un dossier médical informatisé. Cette interrogation pourrait s'associer à la technique counseling ou BERCER préconisée par l'OMS, également intéressante puisqu'elle consiste en un processus de communication interpersonnelle qui a pour but d'aider la patiente à arriver à un choix éclairé



pour choisir une méthode la satisfaisant (BERCER ; B : Bienvenue consiste à mettre la patiente en confiance et se montrer disponible, E : Entretien pour connaître le motif de consultation et aider à l'expression des besoins des patientes, R : Renseignements sur les différentes méthodes de contraceptions ainsi que sur leurs effets indésirables et la possibilité de changer à tout moment, C : Choix de la patiente avec l'aide du médecin tout en précisant que le choix définitif se fera aussi en fonction de l'examen clinique, E : Explication sur la méthode choisie et s'assurer de l'absence de questions ultérieures, R : Retour consiste à donner un rendez-vous pour le suivi de la patiente) [25].

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>. Consulté le 12/11/2018.
- [2] : <http://gemsto.free.fr/gemstoprecairite18dec07epices> calcul. Consulté le 15/09/2018.
- [3] « Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale : le score EPICES L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie ». E. Labbé, J. J. Moulin, R. Guéguen, C. Sass, C. Chatain et L. Gerbaud. La Revue de l'Ires, 53, 3:49, 2007.
- [4] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3137028>. Consulté le 17/02/2019.
- [5] : « Femmes et précarité ». E. Duhamel, H. Joyeux. Le journal officiel de la république française. 2013.
- [6] : « Le patient précaire au cabinet de médecine générale, le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires » K. BEN HAMMOU. Thèse de médecine. 2014.
- [7] : « Caractéristiques et recours aux soins des populations bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire : plus jeunes, plus féminines et en moins bonne santé » Insee Midi-Pyrénées – ARS Midi-Pyrénées. 2014.
- [8] « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France ». Médecins du Monde. 2013.
- [9] : « L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité ». N. Bajos, C. Moreau., F. Prioux. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 61, 291:298. 2013.
- [10] : « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours ». M. Mazuy, L. Toulemon, E. Baril. Population, 69, 365:398. 2014.

- [11] : « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? ». N. Bajos, C. Moreau, A. Bohet, M. Le Guen, C. Moreau. Population et société, 492. 2012.
- [12] : « Influence de la précarité sur l'observance de la contraception » M-L. OSTER. Thèse de sage-femme.2013.
- [13] : « Contraception et Précarité : Enquête auprès des femmes consultant en centre de Protection Maternelle et Infantile ». J. Gennai. Mémoire de sage-femme. 2012.
- [14] : [www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm](http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm). Consulté le 03/09/2018.
- [15] : « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? ». N. Bajos, M. Rouzaud-Cornabas, H. Panjo, A. Bohet, C. Moreau. Population et société, 511. 2014.
- [16] : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde>. Consulté le 12/02/2019.
- [17] : [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/pilule-sterilet-quels-sont-les-modes-de-contraception-les-plus-utilises-dans-le-monde\\_118339](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/pilule-sterilet-quels-sont-les-modes-de-contraception-les-plus-utilises-dans-le-monde_118339). Consulté le 12/02/2019.
- [18] : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr,/Dossiers-thematiques/Maladiesinfectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>. Consulté le 12/02/2019.
- [19] : « Choix de contraception en France : des disparités infondées ». Revue Prescrire, 33, 357, 543.2013.
- [20] : « Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire ». M. C. Bournot, J. F. Buyck, F. Lelièvre, A. Tallec et T. Hérault. Panel en Médecine générale. 2016.

[21] : « Référentiel métier et compétences des médecins généralistes », Pr P.L DRUAIS, Pr C. ATTALI, Dr P. FRAPPE, Dr M.H CERTAIN, Pr P. LE MAUFF, Dr J.M SEJOURNE, DR E. GALLOT, Dr JL GALLAIS, Pr A.M MAGNIER. Mars 2009

[22] : « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France » Alexandra Roux, Cécile Ventola, Nathalie Bajos. Revue Sciences Sociales et Santé, 35, n°3. 2017.

[23] : « La pose de l'implant contraceptif en médecine générale en Poitou-Charentes : état des lieux des pratiques », M. NECIBAR. Thèse de médecine. 2016

[24] : « Pose et retrait de l'implant contraceptif sous-cutanée », revue Exercer n°127, P. BOULET, D. DARMON. 2016

[25] : [http://mail.cnom.sante.gov.ml/ATN1/Materials/fp/PF12\\_CounsellingFT.pdf](http://mail.cnom.sante.gov.ml/ATN1/Materials/fp/PF12_CounsellingFT.pdf). Consulté le 21/02/2019.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Caractéristiques de l'échantillon .....	8
Figure 2: Première et seconde proposition des moyens de contraception proposés par les MG aux patientes en situation de précarité .....	12
Figure 3: Proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction de leur âge.....	13
Figure 4: Première et seconde proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction de la parité .....	13
Figure 5: Proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction du taux de CMU dans la patientèle des MG.....	14
Figure 6: Proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction du nombres de questions posées dans le score EPICES .....	15
Figure 7: Proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction du genre du MG .....	16
Figure 8: Proposition de contraception chez les patientes en situation de précarité en fonction de l'âge des MG .....	17
Figure 9: Proposition de contraception chez les patientes de moins de 25 ans en situation de précarité en fonction du genre de MG.....	18

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Données sociodémographiques des MG interrogés .....	9
Tableau II : Données géographiques des MG interrogés .....	10

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>VIII</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Recrutement et reconstitution de la cohorte .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Questionnaire et recueil des données.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Analyse des données.....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Analyse de l'échantillon .....</b>	<b>8</b>
1.1. Caractéristiques démographiques des MG.....	8
1.2. Différences de pratiques selon le genre des MG et l'âge des MG.....	11
<b>2. Analyse descriptive.....</b>	<b>11</b>
2.1. Identification de la précarité .....	11
2.2. Précarité et notion d'IVG.....	11
2.3. Influence de la précarité sur les propositions des MG .....	12
2.4. Influence des autres caractéristiques des patientes en situation de précarité sur les propositions des MG .....	12
<b>3. Analyse comparative.....</b>	<b>14</b>
3.1. Influence de la précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG .....	14
3.1.1. En fonction du taux de CMU dans la patientèle .....	14
3.1.2. En fonction des items du score EPICES .....	15
3.1.3. En fonction du genre des MG .....	16
3.1.4. En fonction de l'âge des MG.....	16
3.1.5. En fonction des pratiques des MG.....	17
3.2. Influence des autres caractéristiques de la patiente en situation de précarité sur les propositions des médecins en fonction des caractéristiques des MG .....	17
3.2.1. Influence de l'âge des patientes que les propositions des MG .....	17
En fonction du genre des MG .....	17
En fonction de l'âge des MG.....	18
3.2.2. Influence de la parité des patientes sur les propositions des MG .....	18
En fonction du genre des MG .....	18
En fonction de l'âge des MG.....	19
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>20</b>
<b>1. Force et faiblesse de l'étude.....</b>	<b>20</b>
<b>2. Principaux résultats .....</b>	<b>21</b>
2.1. Le dépistage de la précarité est peu réalisé mais les MG les plus concernés dépistent davantage ce risque .....	21
2.2. Influence de la précarité sur la proposition contraceptive.....	21
2.2.1. La pilule oestro-progestative en première intention.....	21
2.2.2. Le schéma contraceptif Français comparé aux autres pays.....	22
2.2.3. Un assouplissement de la norme contraceptive .....	22

2.2.4	L'âge et la parité des patientes, principaux facteurs influençant .....	23
2.3.	Influence de la précarité sur les propositions contraceptives en fonction des caractéristiques des MG, des différences notables .....	23
2.3.1.	Le taux de CMU de la patientèle et les questions posées dans le score EPICES influencent les propositions.....	23
2.3.2.	Les MG femmes se déclarent plus influencées par la précarité .....	24
2.3.3.	Les jeunes MG proposent plus de contraception type "contra-longue" .....	24
2.3.4.	Les MG proposent plus ce qu'ils savent pratiquer .....	24
2.4.	L'âge des patientes et la parité influencent les propositions en fonction du genre de MG .....	25
2.5.	Le recours à l'IVG chez les patientes précaires .....	25
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>29</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>		<b>32</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>		<b>33</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>		<b>34</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>I</b>



## ANNEXES

Annexe I :

Calcul du score EPICES

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (Oui : 10,06)
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? (Oui : -11,83)
3. Vivez-vous en couple ? (Oui : -8,28)
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ? (Oui : -8,28)
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF,...) ? (Oui : 14,80)
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? (Oui : -6,51)
7. Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? (Oui : -7,10)
8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? (Oui : -7,10)
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? (Oui : -9,47)
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? (Oui : -9,47)
11. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? (Oui : -7,10)

Constante : 75,14

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions EPICES =  $75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

Annexe II :

QUESTIONNAIRE :

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?
2. Quel âge avez-vous ? 30-40 ans 41-50 ans 50-60 ans >61 ans

3. Dans quel milieu exercez-vous ? rural – semi rural – urbain
  4. quel est le numéro de votre département ?
  5. Etes – vous  médecin remplaçant  médecin installé ? Date d'installation : .....
  9. Selon votre relevé SNIR, quel est le pourcentage de vos patients bénéficiaires de la CMU ?  
....
  6. a. A combien estimez-vous le nombre de vos consultations gynécologiques par semaine ? < 4 - 4 à 8 - 8 à 12 - > 12
  6. b A combien estimez-vous le nombre de vos consultations par semaine ?  
< 50 - 50 à 70 - 70 à 90 - > 90
  7. Posez vous des DIU ? oui -non
  8. Posez vous des implants ? oui-non
  9. Interrogez-vous la patiente sur les items qui suivent ?
    - a) Êtes-vous en couple ? oui-non
    - b) Êtes-vous propriétaire de votre logement ? oui-non
    - c) Avez-vous une assurance maladie complémentaire ? oui-non
    - d) Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? oui-non
    - e) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? oui-non
    - f) Rencontrez-vous un travailleur social ? oui-non
    - g) En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? Oui - non
    - h) En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? oui-non
  10. A quelle occasion posez-vous ces questions ?
    - a. Lors de consultations non centrées sur la contraception : oui – non
    - b. Lors de consultations centrées sur la contraception : oui -non
  11. la situation familiale et sociale de vos patientes est-elle notifiée dans leur dossier médical ?
  - 12.a La situation socio-professionnelle de vos patientes influence-t-elle vos propositions de contraception ? oui – non
- Si la réponse est non, merci de passer directement à la question 13

12.b Si la réponse est oui : quel type de contraception leur proposez-vous plus facilement ?

Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...
- SIU (MIRENA, JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule micro progestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patches n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

12.c Si la réponse est oui : pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- a) remboursement de la sécurité sociale / prise en charge financière
- b) facilité d'observance
- c) connaissance de la patiente sur les méthodes contraceptives
- d) suivi facilité
- e) situation familiale (célibataire, en couple...)
- f) efficacité selon l'indice de PEARL
- g) effets secondaires (spotting, prise de poids, risque d'infection...)
- h) autres : .....

13.a L'âge de vos patientes influence -t-il vos propositions de contraception dans un contexte de précarité ? oui -non

Si la réponse est non, merci de passer directement à la question 14

Si la réponse est oui :

13.b. Que proposez-vous plus facilement en premier lieu pour les patientes de moins de 25 ans ?:

Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...

- SIU( MIRENA , JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule microprogestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patches n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

13.c Proposez-vous plus facilement en premier lieu pour les patientes entre 26 et 35 ans ? :

Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...
- SIU( MIRENA , JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule microprogestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patches n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

13.d. Que proposez vous plus facilement en premier lieu pour les patientes de plus de 36 ans ? :

Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...

- SIU( MIRENA , JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule microprogestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patches n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

14a. Modifiez-vous vos propositions de contraception en fonction de la parité des patientes dans un contexte de précarité ? oui – non

Si la réponse est non, merci de passer directement à la question 15

Si la réponse est oui :

14.b. Que proposez-vous plus facilement en premier lieu chez les patientes nullipares ? Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...
- SIU( MIRENA , JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule microprogestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patches n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

14.c. Que proposez-vous plus facilement en premier lieu chez les patientes multipares ? Merci d'établir un ordre de classement dans vos réponses allant de 1 à 13

- DIU au cuivre n° ...
- SIU( MIRENA , JAYDESS par exemple) n°...
- Implant n°...
- Pilule oestroprogestative n°...
- Préservatif n°...
- Injection hormonale n°....
- Pilule microprogestative n° ...
- Méthodes naturelles (courbe de température, retrait...) n° ...
- Patchs n° ...
- Anneaux n° ...
- Contraception définitive masculine n°...
- Contraception définitive féminine n° ...
- Contraception locale (spermicides, cape cervicale et diaphragme) n° ...

15 Selon vous, le nombre d'IVG répétés est-il plus important dans la population précaire que dans la population générale ? oui –non

16. Selon vous, le recours à l'IVG plus tardif (après 11 SA) est –il plus fréquent dans la population précaire que dans la population générale ? oui – non

17. Avez-vous des remarques ou suggestions ?



**ANALYSE DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA  
CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES EN SITUATION DE PRECARITE**

**RÉSUMÉ**

Introduction : Quatorze pour cent de la population est en situation de pauvreté et 16% des patients précaires renoncent aux soins pour des raisons financières incluant, chez les femmes, la difficulté d'accès à la contraception. La précarité peut être évaluée par le score EPICES, validé en soins primaires.

Objectif : Déterminer l'influence de la précarité des patientes sur la proposition d'une contraception par le médecin généraliste (MG).

Matériel et méthode : Une enquête quantitative, de cohorte, descriptive par questionnaire individuel informatisé diffusé par l'intermédiaire des Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins a été menée entre avril et mai 2018 auprès de MG de 32 départements français.

Résultats : 461 questionnaires ont été analysés. Moins de la moitié des MG interrogés (44%) pensaient que la situation de précarité de la patiente influençait leur choix de proposition de contraception. Cependant, les médecins ayant plus de 8% de CMU dans leur patientèle se disaient davantage influencés par la situation de précarité de la patiente et proposaient plus l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) dans 18% des cas respectivement (versus respectivement 11% et 14% pour les médecins ayant moins de 8% de CMU ( $p = 0.0137$ )).

De même, les praticiens posant plus de 2 questions du score EPICES proposaient le DIU et l'implant dans 15 et 14% des cas aux patientes précaires versus respectivement 4% et 10% pour les médecins posant moins de 2 questions ( $p < 0,001$ ). Concernant les patientes en état de précarité, l'âge et la parité influençaient la proposition de contraception des médecins, ainsi ils proposaient aux femmes de moins de 35 ans ou nullipares en premier lieu une pilule oestro-progestative et aux femmes de plus de 36 ans ou multipares, un DIU.

Conclusion : Les MG sensibilisés à la précarité ou suivant davantage de patientes en situation de précarité leur proposent davantage des « contra-longues » mais le plus souvent en seconde intention. Les médecins généralistes semblent plus influencés par la parité et l'âge des patientes que par la situation de précarité dans leur proposition de contraception.

**Mots-clés : précarité, contraception, médecins généralistes, score EPICES**

**ANALYSIS OF THE PRACTICES OF GENERAL DOCTORS CONCERNING  
CONTRACEPTION IN PRECARIOUS WOMEN**

**ABSTRACT**

Introduction: Fourteen percent of the population live in poverty, and 16 percent of precarious patients give up care for financial reasons, including for women contraception's lack of access. The precariousness can be evaluated by the EPICES score, validated in primary care.

Objective: To determine the influence of patient's social precarity on the proposal contraception by the general practitioner (GP).

Material and method: A quantitative cohort survey, descriptive by individual computerized questionnaire distributed through the Departmental Councils of the Order of Doctors was conducted between April and May 2018 with GP from 32 French departments.

Results: 461 questionnaires were analyzed. Less than half of the GPs surveyed (44%) thought that the precarious situation of the patient influenced their choice of contraceptive proposal. However, physicians with more than 8% of their patients that benefit from the UHC (Universal Health Cover) said they were more mindful by the precarious situation of the patient and suggested more implant and intrauterine device (IUD) in 18% of cases respectively (versus respectively 11% and 14% for physicians with less than 8% of UHC ( $p = 0.0137$ )). Similarly, practitioners asking more than 2 questions of the EPICES score proposed the IUD and the implant in 15% and 14% of cases to precarious patients versus 4% and 10% respectively for physicians asking less than 2 questions ( $p < 0.001$ ). As concerns precarious patients, age and parity influenced doctor's proposal for contraception, so they offered women under 35 years old or nulliparous in the first place an oestro-progestative pill and women over 36 years old or multiparous, an IUD.

Conclusion: GPs sensitized to precariousness or managing more patients in precarious situations offer them more « long-contras »; but most often second-line. GPs seem more influenced by patient's age and parity than by their precarious state in the proposal of contraception.

**Keywords : precariousness, contraception, general practitioners, SPICE score.**