



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2013

Thèse n°

### **THESE**

### **POUR LE DIPLOME D'ETAT**

### **DE DOCTEUR EN MEDECINE**

### **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 27 septembre 2013 à Poitiers

par **Élisabeth HERMOUET**  
née le 30 juin 1983 à Tours (37)

Prévention des grossesses imprévues chez les 14-25 ans  
Accessibilité au dépistage en médecine générale de facteurs de risque d'exposition  
potentiels à la survenue d'une grossesse imprévue chez les 14-25 ans  
Revue systématique de la littérature et technique Delphi

#### **Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL  
Madame le Docteur Virginie MIGEOT  
Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Yannick RUELLE

## Liste des enseignants de la faculté

## Liste des enseignants de la faculté

# REMERCIEMENTS

## **A notre Maître et Président de jury,**

Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,  
Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger et de présider cette thèse.  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de  
mon profond respect.

## **A notre Maître et Juge,**

Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,  
Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Gynécologie Obstétrique

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de  
mon profond respect.

## **A notre Maître et Juge,**

Madame le Docteur Virginie MIGEOT,  
Maître de Conférence des Universités et Praticien Hospitalier de Santé Publique

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de  
mon profond respect.

## **A notre Maître et Juge,**

Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER,  
Chef de Clinique Universitaire en Médecine Générale et Médecin Généraliste

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse.  
Sache trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

## **A mon Directeur de thèse et Juge**

Monsieur le Docteur Yannick RUELLE  
Médecin Généraliste

Merci d'avoir été l'un des premiers à croire en ce projet et de m'avoir permis de lui  
donner corps, malgré les difficultés qu'il a fallu surmonter.

Merci pour ta disponibilité, tes conseils, ta pertinence et ton humilité.  
J'espère que tu auras su lire dans les lignes de ce travail l'expression de toute ma  
reconnaissance.

## **Je dédie ce travail...**

### **à mes parents,**

Pour votre présence, votre soutien et votre réconfort de tous les instants depuis plus de 30 ans.

Pour les valeurs sincères de respect, de tolérance et d'humanisme que vous avez su nous transmettre malgré les épreuves que la vie a pu vous imposer parfois.

Vous êtes ma force et mon courage.

Merci de nous avoir permis avec justesse de toujours pouvoir choisir et de ne jamais manquer.

Votre fierté serait aujourd'hui ma plus belle récompense.

### **à mon frère, Christophe,**

Ces quelques lignes ne sauraient suffire à te témoigner tout ce que tu représentes pour moi.

Je te dédie ce travail en hommage à tous ces précieux moments fraternels de complicité et de bonheur partagés dont il est si réconfortant de se souvenir.

Et parce qu'il est bon de savoir qu'il y a quelqu'un quelque part sur qui je pourrai toujours compter.

Tu me rends si fière. Merci d'être toi. Et merci à Vanessa de te rendre si heureux.

### **à mes chers amis,**

Camille, Samy et Margaux pour avoir soutenu ce projet dès la première heure, avec constance, réconfort et encouragements plus motivants chaque jour.

Xavier, pour avoir su comme personne apaiser mes moments d'incertitude et d'angoisse par la sagesse de tes conseils et pour avoir su me guider dans mes projets.

Mélanie, ma belle, pour y avoir cru aussi fort que moi même face à l'évidence ; promets-moi qu'on arrivera toujours à se retrouver, quelque soit l'endroit où la vie nous mène.

Samira, pour ton soutien, ta présence et ta quiétude à toute heure du jour et de la nuit...à Rouen, comme ailleurs.

Mes amis de Tours : Sandra et Alex, Céline, Caro et Jacques, Emilia et Daniel, Fabienne et Xavier, Isa, JB... en souvenir de tous ces bons moments passés ensemble pendant nos « années fac » et en espérant qu'il y en aura pour des années encore.

Clémence, pour cette si belle amitié et l'intérêt que tu as su témoigner à ce travail.

**à mon Maître et Tuteur, le Docteur Gilles Sorbé,**

Pour avoir eu la générosité d'accepter de me dispenser vos conseils et de continuer à m'encourager dans mon parcours, malgré mes négligences du début...

**aux Docteurs Philippe Binder et Stéphanie Grandcolin,**

Pour leur écoute, leurs conseils et leurs critiques constructives tout au long de l'élaboration de ce travail au sein du Pôle Recherche du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de Poitiers.

**à tous les médecins généralistes qui s'investissent pour leur profession et pour la recherche en Médecine Générale,**

**aux documentalistes des bibliothèques universitaires de Poitiers et de Paris- Descartes,**

Pour votre contribution et votre précieuse aide dans mes recherches.

**à tous les médecins généralistes experts qui ont participé à ce travail ,**

Pour votre enthousiasme, votre patience et la générosité de votre investissement.

Et enfin à tous ceux auprès de qui je m'excuse de ne pas pouvoir les citer et qui ont néanmoins contribué de près ou de loin, par une parole, un geste, un sourire, à m'encourager et à me soutenir tout au long de ce travail.

A vous tous, merci.

L'auteur et son directeur de thèse n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	32
RÉSULTATS.....	55
DISCUSSION.....	81
CONCLUSION .....	115
BIBLIOGRAPHIE .....	118
ANNEXES.....	123
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	148
TABLE DES MATIÈRES .....	149

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>CNAM-TS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>COGEMS</b>	COllège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage
<b>CPEF</b>	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>ELP</b>	Estimations Localisées de Populations
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporelle
<b>INED</b>	Institut National d'Études Démographiques
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PACA</b>	Provence-Alpes-Côte d'Azur
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>PRISMA</b>	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
<b>RR</b>	Risque Relatif
<b>SAE</b>	Statistique Annuelle des Établissements de santé

*« Quand survient une grossesse chez une  
jeune adolescente,  
l'entourage familial, scolaire ou institutionnel  
reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles :  
la première : « elle a une vie sexuelle » ;  
la seconde : « elle est enceinte » ;  
enfin la troisième et non des moindres : « ...et si jamais elle l'avait cherché ? »...  
Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su  
gérer son « devoir contraceptif ».  
Elle reste ensuite peu ou prou moralement fautive d'avoir fait une bêtise,  
c'est-à-dire de s'être exposée, de n'avoir pas su résister  
à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout. »*

Patrick Alvin (2006)

## **INTRODUCTION**

## 1. État des lieux et contexte

### 1.1. De l'usage de la contraception en France...

#### 1.1.1. Une couverture contraceptive quasi-optimale

Plus de 90 % des femmes sexuellement actives et exposées à la possibilité d'une grossesse, sans en avoir le souhait, déclarent utiliser une méthode contraceptive.

Les méthodes de contraception médicales restent majoritaires.

En première position, l'emploi de la pilule a récemment régressé de 55 à 50 % des contraceptées au profit de nouvelles méthodes hormonales (implant progestatif, anneau vaginal et patch mis sur le marché au début des années 2000) qui représentent 4 % des usages.

En position intermédiaire, l'emploi du dispositif intra-utérin (stérilet) reste stable aux alentours de 20 %.

L'utilisation de méthodes non soumises à prescription est principalement représentée par le préservatif, à hauteur de 12 %, suivi par l'emploi de méthodes naturelles (retrait, courbe de température, méthode Ogino...) à hauteur de 6 %.

La stérilisation tubaire, libéralisée par la loi du 4 juillet 2001, reste marginale et concerne 4 % des femmes en France. [1]

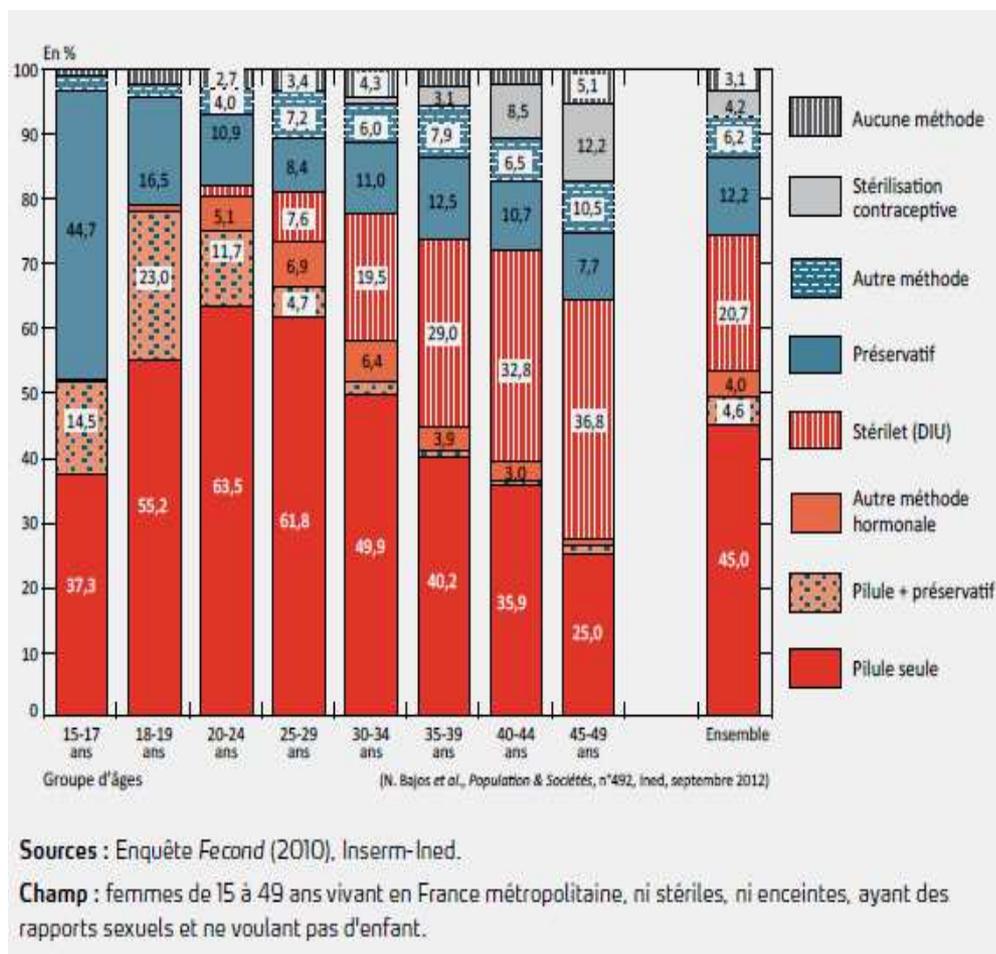
Toutes tranches confondues, c'est donc 3 % des femmes sexuellement actives qui déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception alors qu'elles sont exposées à la survenue d'une grossesse sans en avoir le désir.

Ces statistiques de pratique contraceptive sont celles de la population générale des femmes âgées de 15 à 49 ans et varient selon la catégorie d'âge considérée (figure 1).

Ainsi, l'emploi de la pilule est maximal chez les 20-24 ans (75 %) tandis que le stérilet ne concerne que 2 % d'entre elles.

L'usage du préservatif représente 45 % des pratiques contraceptives des 15-17 ans, puis régresse rapidement au-delà.

Enfin, le stérilet est une méthode contraceptive employée de façon croissante avec l'âge, atteignant une proportion maximale de 37 % chez les 45-49 ans.



**Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes**

Source : Populations et Sociétés ; n° 492, INED, septembre 2012

### 1.1.2. L'amélioration de la diffusion et de l'accessibilité contraceptives

En parallèle de la diversification des méthodes contraceptives hormonales au début des années 2000, plusieurs lois et décrets ont été promulgués avec pour objectif constant d'améliorer l'accès à la contraception, notamment chez les mineures.

La loi du 4 juillet 2001, dite loi « Aubry-Guigou », a permis des avancées notables en termes d'accessibilité contraceptive mais aussi d'amélioration du droit de recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

Grâce à cette loi, les mineures peuvent obtenir une contraception sans autorisation parentale, y accéder de façon gratuite et anonyme en Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) et bénéficier de la délivrance confidentielle d'une contraception hormonale d'urgence sans avance de frais auprès d'un pharmacien.

Cette loi a aussi offert un cadre légal à la stérilisation tubaire et prévoyait la généralisation de l'information et de l'éducation sexuelles et contraceptives en milieu scolaire et auprès des personnes handicapées.

Par la suite, la loi du 9 août 2004 a autorisé les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans le cadre des suites de couche ou d'une IVG.

En juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a étendu ces mesures de facilitation d'accès à la contraception. Elle a élargi le champ de compétences des sages-femmes (prescription d'une contraception dans le cadre de suivis gynécologiques non pathologiques) et a assoupli les conditions de délivrance des méthodes contraceptives orales par les pharmaciens et par les infirmiers, notamment en milieu scolaire (possibilité de renouveler une ordonnance de contraception orale datant de moins d'un an et pour une durée maximale de 6 mois).

En parallèle de ces avancées législatives, des campagnes publicitaires nationales d'information sur la contraception, pilotées par l'INPES et le ministère de la Santé, ont été diffusées. Relativement sporadiques jusqu'en 2007, elles sont plus soutenues depuis.

Localement, le « Pass Contraception » a été mis en place pour la première fois dans la région Poitou-Charentes en 2009. Ce dispositif a été diffusé dans d'autres régions depuis. [2]

Des sites dédiés à l'information sur la sexualité et la contraception (« Info Ado » en Alsace depuis 1998, « Tête à Tête » en Seine-Saint-Denis depuis 2006, pour ne citer qu'eux) ont été développés, représentant autant d'initiatives qui visaient à

améliorer l'accès et la maîtrise de la contraception, en particulier pour les plus jeunes.

### 1.1.3. La disponibilité des méthodes de « rattrapage »

Aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100 %. L'efficacité théorique n'est jamais complète et il existe une perte d'efficacité en pratique, les conditions optimales d'usage n'étant pas toujours réunies face aux aléas de la vie.

C'est en cela que les méthodes contraceptives dites « d'urgence » (ou à tort du « lendemain », voire du « surlendemain ») constituent des méthodes contraceptives ou contragestives de rattrapage qui permettent de palier à un éventuel risque de grossesse suite à un échec ou à un oubli contraceptif.

Ces méthodes sont principalement représentées par la contraception orale d'urgence, dont il existe deux types à l'heure actuelle, et par la pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport à risque, beaucoup moins employée.

La contraception hormonale d'urgence par lévonorgestrel (Norlevo ®) est disponible en France depuis 1999 sans prescription médicale. Elle est gratuite et délivrée anonymement en pharmacie pour les mineures (sur simple mention *orale* de leur date de naissance). Elle peut être remboursée sur prescription médicale pour les majeures.

Depuis 2009, un autre type de contraception orale d'urgence, l'acétate d'ulipristal (Ellaone ®) est disponible uniquement sur prescription médicale. Elle est efficace jusqu'à 5 jours après le rapport exposant (contre 3 jours pour le lévonorgestrel) par modulation de l'activité des récepteurs de la progestérone.

Depuis sa mise sur le marché, l'utilisation du lévonorgestrel a été multipliée par 8 avec plus d'1 million de boîtes délivrées en 2009 contre 165 000 dix ans auparavant. De sorte qu'en 2010, 1 femme sur 5 parmi les 15-49 ans déclarait avoir déjà eu recours à une contraception hormonale d'urgence durant sa vie. [3]

Chez les 15-24 ans, 2 jeunes femmes sur 5 ont eu recours à une contraception orale d'urgence en 2010, contre 1 sur 7 en 2000 (figure 2). [2]

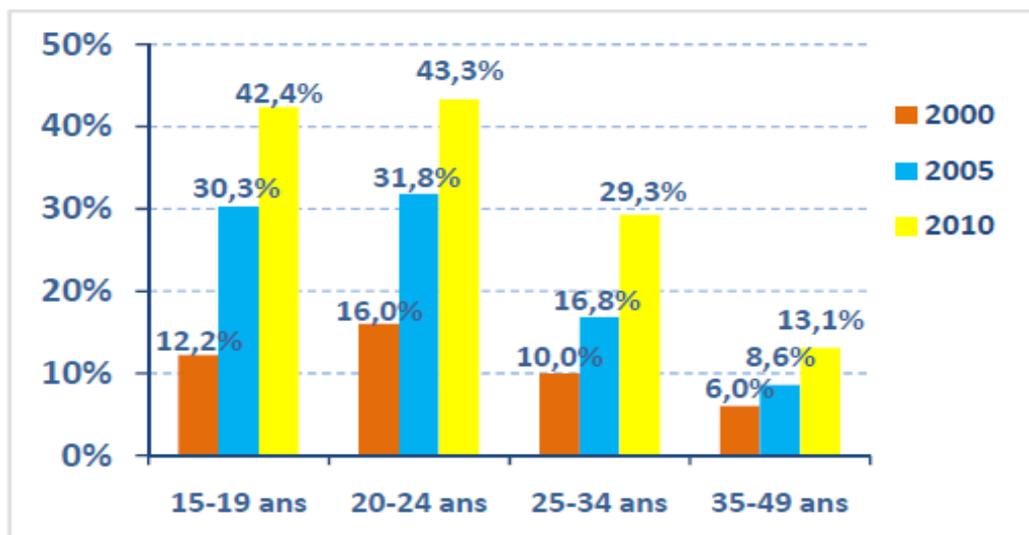


Figure 2 : Évolution du taux de recours à la contraception orale d'urgence par tranche d'âge de 2000 à 2010

Source : Baromètres Santé 2000-2005-2010 (INPES)

Cette diffusion exponentielle a été favorisée par la législation (loi du 13 décembre 2000, révisée par décret en mars 2001, puis loi du 4 juillet 2001) autorisant la délivrance gratuite et anonyme de la contraception hormonale d'urgence aux mineures, par les pharmaciens puis par les infirmiers scolaires, bien que le recours à ces derniers reste minoritaire à ce jour. [2]

Cette législation a été élargie par le décret du 24 juillet 2012 qui autorise la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux étudiantes au sein des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

## **1.2. ... à l'évolution du taux d'Interruptions Volontaires de Grossesse**

### **1.2.1. Description**

À partir du début des années 90, le taux d'IVG a légèrement progressé jusqu'en 2006 avant de se stabiliser à 15 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit environ 220 000 interventions par an. [4]

L'Institut National d'Études Démographiques (INED) estime que 4 femmes sur 10 auront recours à une IVG durant leur vie.

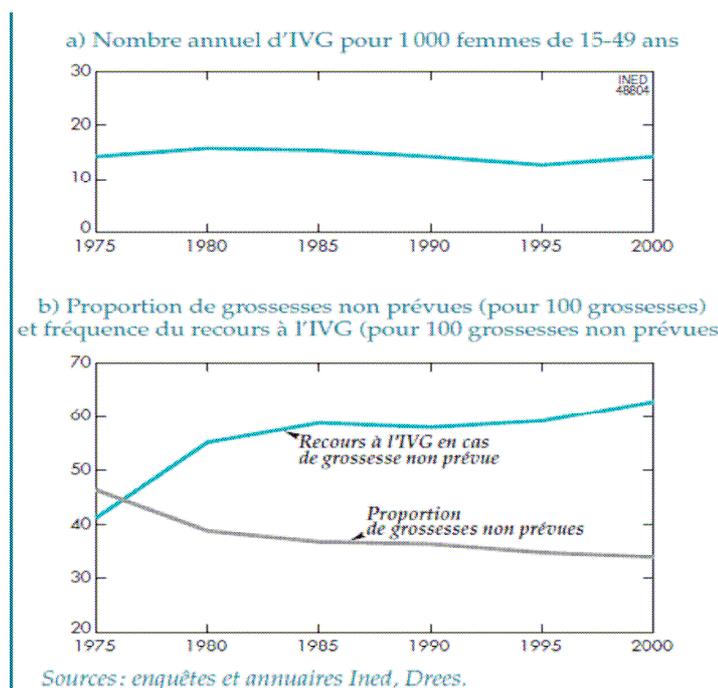
Face à la situation d'une grossesse imprévue, une IVG est l'issue choisie dans 2 cas sur 3, toutes tranches d'âge confondues. [5]

Chez les mineures, ce choix est fait dans 8 cas sur 10 (DREES; PMSI 2006).

### **1.2.2. Stabilité du taux d'IVG ou annulation statistique d'une double tendance**

En réalité, comme l'illustre la figure 3, la stabilité apparente du taux global d'IVG masque deux évolutions contraires qui conduisent à une annulation statistique par le fait :

- d'une diminution du nombre de grossesses imprévues, grâce à l'amélioration de la diffusion et de l'accessibilité de méthodes contraceptives efficaces,
- et d'une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue.



**Figure 3 : Évolution du taux annuel d'IVG, du taux de recours à l'IVG et de la proportion des grossesses imprévues en France de 1975 à 2000**

Source : Population et Sociétés ; n° 407, décembre 2004

Depuis 2000, la proportion moyenne de grossesses imprévues déclarées reste stable à 1 grossesse sur 3.

En revanche, la propension de recours à une IVG en cas de grossesse imprévue a continué de croître avant de se stabiliser à partir de 2006.

Et ce, principalement aux dépens des moins de 25 ans, chez qui la proportion de grossesses imprévues déclarées est plus importante que dans l'ensemble de la population des 15-49 ans. [6]

### 1.2.3. Évolution du recours à l'IVG chez les 15-24 ans

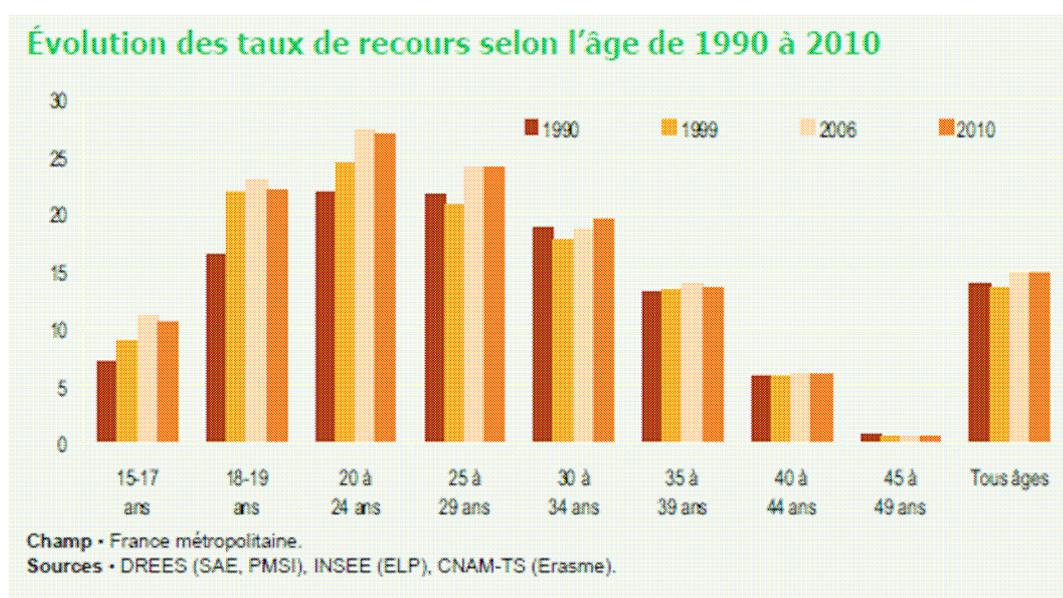
Depuis le début des années 90, l'augmentation du nombre d'IVG a été régulière et plus marquée chez les 15-24 ans, de sorte que près d'une IVG sur deux les concerne depuis 2006.

Le taux d'IVG le plus élevé s'est progressivement déplacé de la tranche d'âge des 25-29 ans aux 20-24 ans avec plus de 27 interruptions de grossesse pour 1000 femmes, soit près de deux fois le taux annuel global en France. [7]

Actuellement, 40 % des IVG déclarées concernent les 15-24 ans, qui représentent 6 % de la population générale en 2011 selon les données de l'INSEE.

A l'image de l'ensemble des 15-49 ans, la tendance évolutive du taux d'IVG chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans est stable depuis 2006 sur le plan national, avec cependant des disparités locales. Notamment en région PACA, en région Ile-de-France ainsi que dans les départements d'Outre-Mer, qui figurent parmi les taux les plus élevés d'IVG dans notre pays. [2]

L'évolution par tranche d'âge du nombre d'IVG révèle un taux de recours croissant chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, puis une décroissance progressive après l'âge de 25 ans (figure 4).

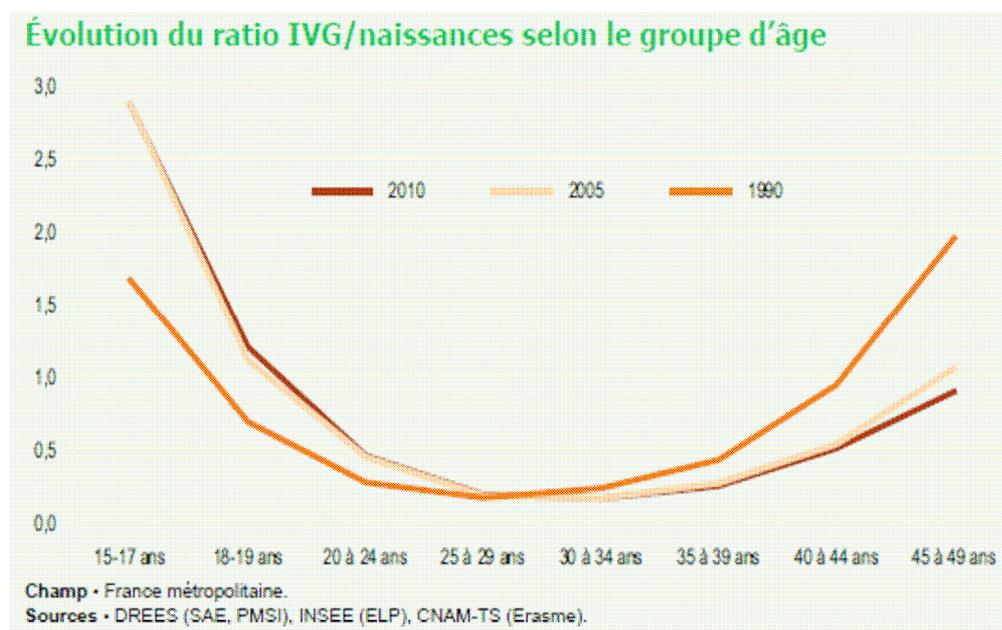


**Figure 4 : Évolution du taux de recours à l'IVG en France métropolitaine par tranche d'âge entre 1990 et 2010**

Source : A. VILAIN, M.-C MOUQUET ; DREES, Études et résultats n° 804, juin 2012

La propension à interrompre volontairement une grossesse varie en fonction de l'âge de la femme lors de la survenue de celle-ci.

La tendance montre cette fois un taux de recours minimal chez les femmes âgées de 25 à 34 ans et des taux maximaux aux âges extrêmes de la vie reproductive, en particulier chez les mineures (figure 5).



**Figure 5 : Évolution du ratio IVG/naissances en France métropolitaine par tranche d'âge entre 1990 et 2010**

Source : A. VILAIN, M.-C MOUQUET ; DREES, Études et résultats n° 804, juin 2012

#### a) Évolution du recours à l'IVG chez les moins de 20 ans

Le taux d'IVG est passé de 11 interventions pour 1000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans en 1990 à 16 pour 1000 en 2007. [8]

Le nombre d'IVG chez les mineures a progressé de 36 % entre 1997 et 2007 (de 11 000 à 15 000 IVG déclarées). [6][9]

12 % des IVG étaient réalisées chez les 15-19 ans en 1990 (4,4 % chez les mineures) contre 14 % depuis 2007 (6 % chez les mineures). [6]

## **b) Évolution du recours à l'IVG chez les 20-24 ans**

Entre 1998 et 2006, le taux d'IVG a progressé de 24 à 28 pour 1000 femmes, de sorte qu'actuellement, 1 IVG sur 4 concerne la seule tranche d'âge des 20-24 ans. [6]

### **1.3. Un paradoxe français**

Le nombre d'IVG réalisées en France reste stable depuis plusieurs années, toutes tranches d'âge confondues, et malgré une accessibilité et une couverture contraceptives de plus en plus performantes et des plus efficaces en Europe.

La France occupe même le premier rang mondial en termes d'utilisation de méthodes médicales de contraception (pilule et stérilet). [10]

Alors que la pratique contraceptive est estimée à plus de 90 % chez les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans ne souhaitant pas de grossesse, 1 grossesse sur 3 est déclarée comme imprévue dans notre pays.

Ce taux s'élève jusqu'à presque 1 sur 2 chez les 18-24 ans et à plus de 8 sur 10 chez les mineures. [6]

Pourtant, les populations visées par les mesures de facilitation d'accès à la contraception, notamment concernant l'accès à la contraception hormonale d'urgence, ont bien été réactives à ces progrès réalisés à leur égard.

Mais, bien que le recours à la contraception hormonale d'urgence progressait de 18 % entre 2000 et 2005 chez les mineures, la proportion d'IVG qui les concernaient évoluait de 5 à 6 % durant la même période.

Puis, entre 2006 et 2010, la proportion d'IVG réalisées chez les mineures est restée stable (6 %) alors que le recours à la contraception hormonale d'urgence continuait de croître (+ 12 % durant cette période).

De façon plus globale, chez les 15-24 ans, l'utilisation de la contraception d'urgence a progressé de 30 % entre 2000 et 2010 tandis que le taux d'IVG dans cette tranche d'âge augmentait de 14 % pendant cette même décennie. [3] [4]

Manifestement, les résultats escomptés en termes de prévention secondaire des grossesses imprévues, matérialisés par l'évolution du taux de recours à l'IVG chez ces jeunes femmes, ne répondent pas aux objectifs attendus.

## **2. Un paradoxe fondé**

### **2.1. Évolutions sociétales et conséquences**

Les transformations sociales et sociétales de ces deux dernières décennies (entrée massive des femmes sur le marché du travail, investissement scolaire des jeunes filles, meilleure maîtrise contraceptive grâce à l'utilisation et l'accessibilité de méthodes médicales efficaces), se sont nécessairement accompagnées d'une évolution des représentations et des attentes de celles-ci concernant leur vie sexuelle et reproductive.

Ces mutations, qui se veulent plus égalitaires entre les sexes, s'accompagnent de l'apparition de nouvelles normes sociales où est valorisée la maîtrise : maîtrise de sa sexualité, maîtrise de sa fécondité et maîtrise de sa maternité avec programmation adéquate des naissances en fonction des projets et des trajectoires de vie.

Cette pression sociale de maîtrise de sa vie sexuelle et reproductive est d'autant plus prégnante qu'elle est légitimée par l'existence de méthodes contraceptives efficaces de plus en plus diffusées et accessibles.

Les représentations dominantes autour de la contraception et de la sexualité restent cependant très dissociées et se heurtent aux logiques sociales qui structurent la vie des femmes et des hommes.

L'ensemble de ces évolutions conduisent néanmoins à un niveau d'exigence contraceptive croissant en parallèle d'une diminution de l'acceptabilité de l'échec.

Normes contraceptive et procréatrice, évolution des trajectoires socio-affectives (professionnelle et relationnelle) et pression sociale d'idéalisation de la maîtrise se conjuguent pour accroître la propension à recourir à une IVG en cas de grossesse imprévue.

L'IVG constitue alors un nécessaire droit offrant la liberté d'un choix à tout moment du parcours contraceptif et reproductif d'une vie moderne.

## **2.2. L'évolution préoccupante du taux d'IVG chez les 15-24 ans**

Une plus forte propension de recours à l'IVG en cas de grossesse imprévue s'observe tout particulièrement chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans ; en partie du fait des évolutions sociales précédemment décrites, et accentuée par une plus grande probabilité de survenue d'une grossesse dans une période de la vie reproductive où la fertilité est physiologiquement maximale.

La libéralisation de l'accès à l'IVG a permis, en complément de l'amélioration de la diffusion de méthodes contraceptives efficaces, une meilleure maîtrise des conceptions et des naissances, notamment chez les mineures. [11]

Cependant, la tendance évolutive du recours à l'IVG chez les 15-24 ans, reflet indirect mais tangible de l'évolution du nombre de grossesses imprévues dans cette tranche d'âge, pose question.

Et ce, d'autant plus qu'en France, l'IVG ne pallie pas à une lacune contraceptive.

### 2.3. Un profil particulier ?

L'interruption volontaire d'une grossesse est l'aboutissement d'un processus décisionnel complexe et individuel faisant intervenir de multiples déterminants.

Ces déterminants sont relatifs aux parcours reproductif et contraceptif de chacun, aux contextes socioéconomique et relationnel du moment, à des représentations culturelles et philosophiques, avant de renvoyer à des exigences sociétales.

De ce fait, les femmes qui prennent la décision d'interrompre une grossesse n'ont pas « un » profil particulier.

Cependant, on peut dégager certaines caractéristiques et certains déterminants chez ces femmes au moment où elles sont confrontées à la survenue d'une grossesse imprévue face à laquelle elles font le choix de l'interrompre.

Quel que soit leur profil, chez les jeunes femmes adultes et les mineures plus encore, l'insuffisance et les défaillances de la contraception sont à l'origine de la survenue de grossesses imprévues, qui dans la majorité des cas conduisent à une IVG.

Parmi les jeunes femmes de moins de 25 ans ayant eu recours à une IVG en France métropolitaine en 2007, 2 % n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive et un tiers d'entre elles n'employait pas de contraception durant le mois où a débuté la grossesse.

Ces statistiques sont similaires dans les autres classes d'âge. [8]

Les causes de non utilisation d'une contraception que livraient ces jeunes femmes interpellent [8] :

- 29 % d'entre elles déclaraient n'avoir pas pensé pouvoir être enceinte,
- 25 % mentionnaient n'avoir pas prévu d'avoir un rapport sexuel à ce moment-là,
- 25 % n'avaient pas pensé à utiliser une méthode de contraception,
- 11 % n'employaient pas de méthode contraceptive du fait d'une activité sexuelle irrégulière,

- 9 % craignaient que l'emploi d'une contraception soit découvert par leurs parents, révélant ainsi leur sexualité,
- et 7 % avaient arrêté leur contraception suite à des « problèmes » avec celle-ci.

Chez les deux tiers des jeunes femmes qui étaient sous contraception lors de la survenue de la grossesse ayant conduit à l'IVG, il s'agissait dans la majorité des cas d'un oubli de pilule (54 %) et pour 38 % d'entre elles, d'un accident lié à l'usage de méthodes non médicales de contraception (erreur de dates, rupture ou glissement de préservatif...). [8]

Pour autant, seule une jeune femme sur 10 avait eu recours à une contraception d'urgence pour tenter d'éviter une grossesse. [9]

Cette description semble souligner la nécessité de réviser les recommandations contraceptives associées à l'entrée dans la sexualité, et surtout d'en faire reconnaître la légitimité.

Elle témoigne aussi de l'urgence de développer la prévention des grossesses imprévues dans un contexte plus global, n'ayant pas uniquement trait à la contraception, par ailleurs plutôt performante dans notre pays, mais bien aux facteurs qui influencent la pratique et les représentations de celle-ci, notamment chez les plus jeunes.

#### **2.4. Avant l'IVG, une grossesse imprévue dans plus de 95 % des cas**

Si toutes les grossesses imprévues ne donnent pas lieu à une IVG, la quasi totalité des IVG constitue l'issue qu'il a été choisi de donner à une grossesse non prévue, en particulier chez les moins de 25 ans.

Une grossesse non prévue résulte d'un échec ou de l'absence de contraception.

Cependant, un tel évènement ne saurait être réduit au seul rapport que les femmes entretiennent avec la contraception, car la survenue d'une grossesse imprévue prend toujours sens dans un contexte social et relationnel donné.

Elle traduit les difficultés de la pratique contraceptive au quotidien, sous l'effet d'un faisceau de déterminants dont l'association, à un moment donné de la vie d'une femme, va générer un risque de grossesse imprévue.

Il s'agirait plus précisément d'une combinaison d'évènements et de déterminants dont la résultante individuelle, conditionnée par une trajectoire de vie donnée, va majorer le risque d'exposition à la survenue d'une grossesse non prévue.

Avant d'éventuellement faire considérer celle-ci, lorsqu'elle se produit, comme étant non souhaitée et devant être nécessairement interrompue.

### **3. Du paradoxe à l'hypothèse**

#### **3.1. Réflexion**

La prévention des grossesses non prévues doit être considérée comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention, et donc de l'offre de santé.

Or, être en mesure de proposer des messages de santé publique adaptés, c'est identifier les déterminants d'un risque donné et connaître les représentations et les comportements de la population visée.

Une couverture contraceptive quasi-maximale, optimisée par des mesures de libéralisation en terme d'accessibilité et de diffusion des méthodes, pouvaient laisser espérer un infléchissement du taux d'IVG, par le biais d'une diminution des grossesses imprévues, en particulier chez les plus jeunes femmes.

Mais ceci restreint la problématique à la seule considération quantitative de l'offre contraceptive.

Alors, pour tenter de comprendre ce « paradoxe français », une hypothèse de travail serait d'explorer la problématique de prévention des grossesses imprévues dans une dimension plus qualitative des pratiques contraceptives.

Dans cette optique et au terme de cet état des lieux, il paraît intéressant de réaliser un focus sur la population des jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, caractérisée par un taux stagnant de grossesses non prévues que matérialise leur taux de recours à l'IVG.

Pourquoi le taux d'IVG ne parvient-il pas à s'infléchir chez ces jeunes femmes ?

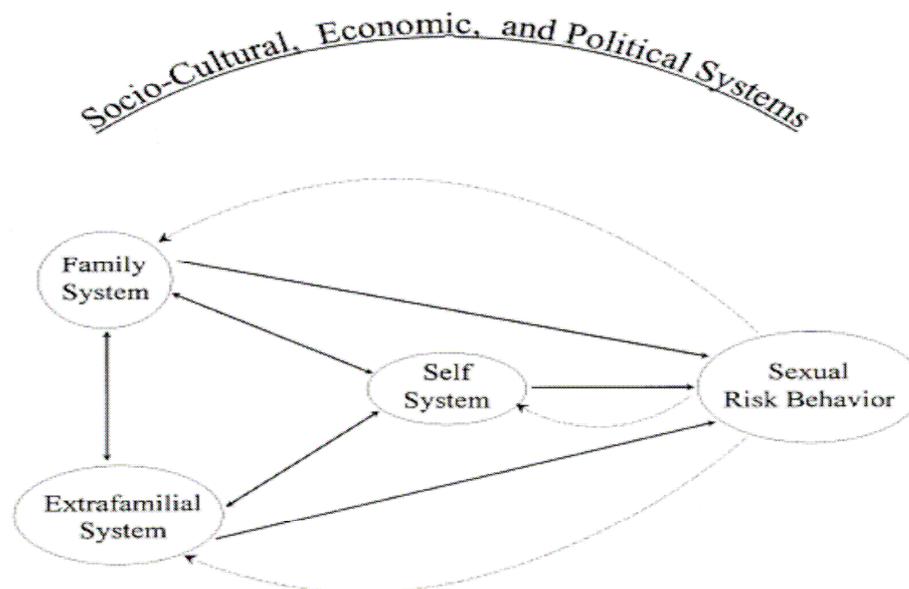
Plus précisément, pourquoi et comment, malgré une offre contraceptive qui semble performante, restent-elles exposées à la survenue d'une grossesse imprévue qui, dans plus de 2 cas sur 3, les mènera à faire le choix de l'IVG?

Les différents travaux d'enquêtes et d'études sur l'IVG ont permis de mettre en évidence en France des phénomènes importants, tels que :

– la part élevée des échecs de contraception parmi les facteurs conduisant à la survenue d'une grossesse non prévue ;

– l'existence de « *situations à risque* » plutôt que de « *femmes à risque* » ; l'analyse des conditions de survenue d'une grossesse imprévue montrant qu'un tel événement ne se résume pas à un profil donné, mais qu'il s'agirait plutôt d'une association de facteurs qui générerait une situation propice. [12]

Une illustration de cette hypothèse contextuelle a été confortée par Kotchick et al. [13] qui ont modélisé les différents domaines auxquels pourraient appartenir les facteurs, ainsi que leurs interactions, qui contribueraient au développement d'un comportement sexuel à risque d'exposition, en l'occurrence chez les adolescents (figure 6).



**Figure 6 : Modélisation des interactions de différents systèmes sur le comportement sexuel adolescent**

**Source :** « Adolescent sexual risk behavior : a multi-system perspective » ; B.A. Kotchick et al. ; 2001.

Cela dit, la problématique des grossesses imprévues est vaste.

Sa définition est complexe et hétérogène, de même que les mécanismes qui conduisent à sa survenue, qu'il ne suffit pas simplement d'opposer à ceux des grossesses planifiées.

Ce travail ne saurait donc prétendre à lui seul en traiter tous les aspects et il est nécessaire de préciser le champ auquel il se limite.

Ainsi, et parce qu'elles mériteraient à elles seules de faire l'objet de travaux dédiés et distincts, deux dimensions particulières des grossesses non prévues ne sont pas considérées dans ce travail :

- les grossesses résultant d'une « prise de risque ».

Leurs déterminants socioculturels complexes ne sont interprétables qu'à travers l'analyse d'expérimentations relationnelles concrètes, souvent impulsives et

imprévisibles. On pourrait les rapprocher de certaines « conduites à risque adolescentes ». La grossesse apparaît alors comme une sorte de passage à l'acte, vecteur de reconnaissance sociale, de réassurance ou encore de résolution d'un conflit, complètement dissocié d'un désir (ou d'un non désir) d'enfant.

- les grossesses résultant d'une ambivalence où s'opposent désir de grossesse et désir de parentalité.

Le désir de parentalité fait appel à une dimension psychanalytique où l'expression d'un désir inconscient est confronté à une réalité sociale ne dégageant pas les espaces physiques et psychologiques nécessaires pour accueillir la venue d'un enfant.

Pour illustrer la diversité et la complexité des dimensions que peuvent revêtir les grossesses, en particulier adolescentes, Charlotte Le Van a décrit dans son ouvrage 5 profils définis sur la base de 28 entretiens réalisés auprès de jeunes filles ayant un antécédent de grossesse [14] :

- la grossesse « rite d'initiation »,
- la grossesse « SOS »,
- la grossesse « insertion »,
- la grossesse « identité »,
- et la grossesse « accidentelle ».

C'est sur cette dernière situation, étendue à l'ensemble de la tranche d'âge des 14-25 ans, que va tenter de se concentrer l'objet de ce travail.

Enfin, il est bien entendu qu'une part des grossesses imprévues restera inévitable.

Sans omettre que parfois, certaines d'entre elles sont aussi bienvenues.

Cependant, il semblerait qu'une part d'entre elles pourrait ne pas se produire si certains déterminants pouvaient être identifiés et considérés afin de prévenir la survenue d'un tel événement, pour lequel l'issue majoritairement choisie reste à l'heure actuelle l'interruption volontaire de grossesse.

### 3.2. Question de recherche et objectifs

Autant que possible, la population ciblée par la problématique va donc être représentée par les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans qui ne souhaitent pas de grossesse et qui considèrent que leur pratique quotidienne rend compte de cette volonté.

La survenue d'une grossesse renvoie bien dans cette configuration à l'idée d'un échec de la contraception dont il va s'agir de tenter d'identifier les déterminants.

L'objectif de ce travail est de caractériser des « témoins d'alerte » ou « facteurs de risque » signalant des moments de vulnérabilité dans la vie sexuelle et reproductive d'une jeune femme âgée de moins de 25 ans, et potentiellement exposant à la survenue d'une grossesse non prévue.

Dans la perspective de pouvoir mener auprès de ces jeunes femmes des actions de prévention individuelles adaptées afin de limiter la survenue d'un tel événement, il s'agirait de retenir des facteurs identifiables dans le cadre d'une consultation de médecine générale.

La finalité, à l'issue de plusieurs étapes de travaux successifs, serait de parvenir à la construction d'un outil de dépistage, dédié à l'usage de médecins généralistes, sur la base de facteurs associés de façon significative à la survenue d'une grossesse imprévue.

En définitive, cette première étape de travail vise à répondre à la question de recherche suivante :

**Quels sont, parmi les facteurs de risque potentiels de grossesse imprévue relevés dans la littérature, les facteurs accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale chez les jeunes femmes âgées de 14 à 25 ans ?**

## **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Ce travail s'est structuré en deux étapes successives avec en premier lieu, une revue systématique de la littérature dont les résultats ont constitué la base d'exploitation d'une méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi.

## **1. Revue systématique de la littérature**

### **1.1. Définition**

La revue systématique de la littérature est une analyse méthodique de données scientifiques existantes sur un thème donné, en l'occurrence les déterminants liés à la survenue d'une grossesse imprévue chez les femmes âgées de moins de 25 ans.

A partir d'un objectif et de paramètres de jugement pré-définis, elle s'élabore sur l'analyse du contenu d'articles recensés par l'exploitation d'une ou plusieurs équation(s) de recherche au sein de bases de données pertinentes.

Les articles issus de la recherche bibliographique font l'objet d'une sélection par application de critères d'exclusion et/ou d'inclusion préalablement définis.

Les articles retenus sont analysés suivant l'objectif et les paramètres de jugement établis et les résultats sont présentés sous forme de synthèse modélisant les différents courants exprimés, relatifs au thème abordé. [15] [16] [17] [18]

Ces résultats permettent de formuler de nouvelles hypothèses, pouvant constituer des pistes pour une future recherche.

### **1.2. Objectif**

L'objectif de cette revue systématique de la littérature était d'obtenir une pré-sélection de 30 à 40 facteurs de risque potentiels d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue en préparation de la méthode d'élaboration de consensus à suivre (technique Delphi).

### 1.3. Sélection des articles

12 équations de recherche ont été élaborées à partir de mots-clés pertinents, puis appliquées au sein des bases de données PubMed, Embase et The Cochrane Library.

La recherche bibliographique a été limitée à une période de publication allant du 1er janvier 1992 au 31 décembre 2012.

Les équations de recherche utilisées étaient les suivantes :

- ((unwanted pregnancy [Title/Abstract] OR unplanned pregnancy [Title/Abstract]) OR unintended pregnancy [Title/Abstract]) AND associated factors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- ((unwanted pregnancy [Title/Abstract] OR unintended pregnancy [Title/Abstract]) OR unplanned pregnancy [Title/Abstract]) AND risk factors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- (((("Pregnancy, Unwanted"[Mesh] OR "Pregnancy, Unplanned"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]) AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Young Adult"[Mesh]) AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- ("Pregnancy, Unwanted"[Mesh] AND "Pregnancy, Unplanned"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- ("Pregnancy, Unwanted"[Mesh] OR "Pregnancy, Unplanned"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- (unwanted pregnancy [Title/Abstract] OR unplanned pregnancy [Title/Abstract]) AND teenage [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])

- ((unplanned pregnancy [Title/Abstract] OR unwanted pregnancy [Title/Abstract]) OR unintended pregnancy [Title/Abstract]) AND determinants [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- teenage pregnancy [Title/Abstract] AND determinants [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- teenage pregnancy [Title/Abstract] AND risk factors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- teenage pregnancy [Title/Abstract] AND predictors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- ((unwanted pregnancy [Title/Abstract] OR unplanned pregnancy [Title/Abstract]) OR unintended pregnancy [Title/Abstract]) AND predictors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])
- teenage pregnancy [Title/Abstract] AND factors [Title/Abstract] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT])

La fenêtre temporelle 1992-2012 a été choisie pour l'analyse sur deux arguments :

- l'augmentation puis la stagnation du taux d'IVG chez les femmes âgées de moins de 25 ans à partir du début des années 1990, reflet de l'évolution du taux de grossesses non prévues dans cette tranche d'âge ;
- une analyse rétrospective sur les deux générations successives les plus récentes de jeunes femmes âgées de 14 à 25 ans, soit une période de recul de 20 ans à partir de 2012.

Les critères d'exclusion suivants ont été appliqués aux articles recensés :

- une période d'étude antérieure à 1992 ;
- l'absence de femmes âgées de moins de 25 ans dans la population étudiée ;
- l'absence de facteurs de risque d'exposition pertinents et quantifiables (nombre de cas exposés à un facteur donné) décrits au sein de l'étude ;
- les articles inaccessibles à la documentation (coût, disponibilité, obtention) ;
- les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais, le français, l'espagnol ou le portugais.

Seuls les articles rapportant les résultats d'études quantitatives et qualitatives ont été retenus pour cette revue systématique de la littérature.

Pour affiner la recherche bibliographique, des bases de données de littérature grise ont été explorées à la recherche de nouveaux déterminants associés à la survenue d'une grossesse imprévue ou, à défaut, associés à la réalisation d'une IVG.

Les mots-clés « *unintended pregnancy* » (grossesse imprévue), « *unwanted pregnancy* » (grossesse non désirée), « *induced abortion* » (interruption volontaire de grossesse), « *risk factors* » (facteurs de risque), « *factors* » (facteurs) et « *teenage pregnancy* » (grossesse adolescente) ont été utilisés dans des bases de données de littérature grise : Pascal, Google Scholar, Google et le catalogue Sudoc .

Lorsque de nouveaux déterminants potentiels étaient identifiés dans la littérature grise, la description de leur association avec la survenue d'une grossesse imprévue était recherchée en littérature empirique, dans les bases de données précédemment citées.

## 1.4. Paramètres de jugement

Les paramètres de jugement ont été définis puis modélisés sous la forme d'un tableau de revue (tableau 1) appliqué aux articles inclus, permettant l'analyse systématique, identique et reproductible du contenu de chacun d'entre eux.

Pour chaque article inclus, les caractéristiques de l'étude (auteur(s), publication, période et type), de la population analysée ainsi que les modalités de sélection de celle-ci ont été rapportées avant de relever les facteurs associés à la survenue d'une grossesse imprévue, ou à défaut associés à une interruption volontaire de grossesse.

Les biais déclarés ou identifiés étaient rapportés pour chaque étude afin d'en évaluer la qualité ainsi que la validité des résultats présentés.

Tableau 1 : Paramètres de jugement appliqués pour la revue systématique de la littérature

Titre de l'article	
Auteur(s)	
Nom de la revue	
Année de publication	
Base de données	
Période d'étude	
Type d'étude	
Population étudiée Critères d'inclusion	
Critères d'exclusion	
Critère de jugement principal	
Critères de jugement secondaires	
Facteur(s) de risque <b>significatif(s)</b> d'exposition à une grossesse imprévue	
Facteur(s) de risque <b>potentiel(s)</b> d'exposition à une grossesse imprévue	
Facteur(s) de risque de considération	
Facteur(s) protecteur(s)	
Biais de l'étude	

### 1.5. Facteurs de risque de grossesse imprévue

L'entité « grossesse imprévue » (« *unintended pregnancy* ») regroupe les grossesses non souhaitées ou non désirées (« *unwanted pregnancy* ») et les grossesses survenant plus tôt que prévu (« *mistimed pregnancy* »).

Les déterminants qui étaient décrits en lien avec la survenue d'une grossesse imprévue ou, à défaut, avec la réalisation d'une IVG (qui suppose que la grossesse était non souhaitée ou non désirée) étaient répertoriés comme « facteurs de risque ».

Deux types de facteurs associés à la survenue d'une grossesse imprévue (ou d'une IVG) ont été distingués : les facteurs de risque d'*exposition* et les facteurs de risque de *considération*.

Les facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue étaient les déterminants dont la présence était associée à la survenue d'une grossesse imprévue ou à la réalisation d'une IVG (risque relatif ou Odds Ratio > 1 ; coefficient de régression positif).

Les facteurs de risque de considération d'une grossesse comme étant imprévue étaient les déterminants dont la présence faisait qualifier la survenue d'une grossesse comme étant imprévue.

Leur présence ne majorait pas le risque de survenue d'une grossesse imprévue, mais influençait la considération de l'événement comme étant imprévu et la prise de décision concernant son issue. [7] [19] [20] [21] [22]

Au décours de cette revue systématique de la littérature, seuls les facteurs de risque d'*exposition* à la survenue d'une grossesse imprévue (quelque soit l'issue de celle-ci) ou à la réalisation d'une IVG, ont été retenus.

### **1.5.1. Facteurs de risque significatifs d'exposition à une grossesse imprévue**

Il s'agissait des déterminants qui étaient associés de façon positive (risque relatif ou Odds Ratio > 1 ; coefficient de régression positif) à la survenue d'une grossesse imprévue, ou à défaut à la réalisation d'une IVG, avec un degré de signification « p » inférieur ou égal à 0,05.

### 1.5.2. Facteurs de risque potentiels d'exposition à une grossesse imprévue

Il s'agissait des facteurs qui étaient associés de façon positive (risque relatif ou Odds Ratio > 1 ; coefficient de régression positif) à la survenue d'une grossesse imprévue, ou à défaut à la réalisation d'une IVG, avec :

- un degré de signification « p » strictement supérieur à 0,05
- ou un degré de signification « p » non renseigné pour une association donnée.

Il s'agissait également des déterminants associés de façon positive (risque relatif ou Odds Ratio > 1 ; coefficient de régression positif) à la survenue d'une grossesse sans précision de son intentionnalité mais présumée imprévue par la description de la population étudiée (grossesse adolescente, taux d'IVG déclarées au sein des échantillons observés).

Il s'agissait aussi des facteurs associés de façon positive (risque relatif ou Odds Ratio > 1 ; coefficient de régression positif) à l'un des trois déterminants suivants :

- âge précoce du premier rapport sexuel ;
- antécédent(s) de maltraitance physique et/ou sexuelle subie ;
- activité sexuelle sans contraception et sans désir de grossesse

identifiés comme étant des facteurs de risque de grossesse imprévue par des études antérieures. [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29]

Enfin, c'étaient les facteurs préalablement relevés dans des études quantitatives et rapportés dans des études qualitatives (argument de citation).

### 1.5.3. Facteurs protecteurs

C'étaient les déterminants associés de façon négative (risque relatif ou Odds Ratio < 1 ; coefficient de régression négatif) à la survenue d'une grossesse imprévue ou à la réalisation d'une IVG.

## 1.6. Analyse du contenu des articles en fonction du type d'étude

### 1.6.1. Études quantitatives rétrospectives (transversales et cas-témoins)

Par définition, du fait de leur caractère rétrospectif, il n'y a pas toujours de séquence temporelle établie entre l'exposition au facteur et la survenue de l'évènement « grossesse imprévue » dans ces types d'étude. Il n'est pas constamment possible de savoir si l'exposition au facteur a précédé ou non la survenue de l'évènement.

On peut néanmoins évaluer le sens et l'intensité d'une association entre la présence d'un facteur donné et la prévalence de l'évènement « grossesse imprévue », sans systématiquement pouvoir préjuger d'une chronologie entre ces deux éléments.

En pratique, et à chaque fois qu'il était mentionné, le risque relatif ou l'Odds Ratio *non ajusté* caractérisant une association entre un facteur donné et la survenue d'une grossesse imprévue (ou la réalisation d'une IVG) était relevé, ainsi que le degré de signification de l'association (valeur « p »).

Le choix des valeurs non ajustées (c'est-à-dire issues des analyses uni ou bi-variées) tenait à la volonté de ne pas perdre l'information des facteurs non significatifs écartés dans les analyses multi-variées pour le calcul de valeurs ajustées caractérisant les associations.

Cependant, les valeurs ajustées de risque relatif ou d'Odds Ratios ont pu être prises en compte lorsque :

- seul(s) l'âge et/ou l'appartenance ethnique étai(en)t les variables d'ajustement, ces deux déterminants n'ayant pas été retenus en tant que facteurs de risque d'exposition et ayant été exclus de la pré-sélection pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi à suivre (paragraphe 1.8.1.) ;
- l'évènement « grossesse imprévue » était intégré comme variable indépendante du facteur étudié, car c'était bien l'association entre le facteur et l'évènement qui était mesurée dans ce cas ;
- ils constituaient les seuls résultats disponibles dans la publication de l'étude.

Lorsque le sens et le degré de signification d'une association n'étaient pas précisés dans les résultats d'une étude donnée et que seuls des effectifs étaient connus, un risque relatif était calculé.

Celui-ci correspondait au rapport de la proportion de femmes exposées au facteur et déclarant une grossesse non prévue (ou une IVG) sur la proportion de femmes non exposées et déclarant une grossesse non prévue (ou une IVG) (tableau 2).

**Tableau 2 : Risque relatif de grossesse imprévue selon l'exposition à un facteur**

	Nombre de femmes déclarant une grossesse imprévue (ou une IVG)	Nombre de femmes ne déclarant pas de grossesse imprévue (ou une IVG)	Total
Nombre de cas exposés au facteur	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>a + b</b>
Nombre de cas non exposés au facteur	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>c + d</b>
<b>Total</b>	<b>a + c</b>	<b>b + d</b>	<b>a + b + c + d</b>

$$\text{Risque relatif} = [ a / (a + b) ] / [ c / (c + d) ]$$

Quand seule une population de femmes déclarant une grossesse non prévue (ou une IVG) était étudiée, sans comparaison possible avec une population témoin ne déclarant pas un tel événement, un rapport entre la prévalence des cas exposés au facteur sur la prévalence des cas non exposés était calculé (tableau 3).

**Tableau 3 : Rapport des prévalences d'exposition et de non exposition au facteur dans une population de femmes déclarant une grossesse imprévue**

	Nombre de femmes déclarant une grossesse imprévue (ou une IVG)
Nombre de cas exposés au facteur	<b>x</b>
Nombre de cas non exposés au facteur	<b>y</b>
<b>Total</b>	<b>x + y</b>

$$\text{Rapport de prévalences} = [ x / (x + y) ] / [ y / (x + y) ] = x / y$$

### 1.6.2. Études quantitatives prospectives (cohorte)

Par définition, dans ce type d'étude, il y a une séquence temporelle établie entre l'exposition au facteur et la survenue de l'évènement grossesse imprévue : l'exposition au facteur a précédé l'évènement.

En pratique, et pour les mêmes arguments que dans l'analyse des études rétrospectives, les valeurs *non ajustées* de risque relatif ou d'Odds Ratio ou de coefficient de régression d'une association positive entre un facteur donné et l'évènement grossesse imprévue (ou IVG) étaient relevées.

La degré de signification de chaque association (valeur « p ») était rapporté à chaque fois qu'il était précisé.

Cependant, de la même façon que précédemment, les valeurs ajustées de risque relatif ou d'Odds Ratio ou de coefficient de régression ont pu être prises en compte lorsque :

- seul(s) l'âge et/ou l'appartenance ethnique étai(en)t les variables d'ajustement, ces deux déterminants n'ayant pas été retenus en tant que facteurs de risque d'exposition et ayant été exclus de la pré-sélection pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi à suivre (paragraphe 1.8.1.) ;
- l'évènement « grossesse imprévue » était intégré comme variable indépendante du facteur étudié, car c'est bien l'association entre le facteur et l'évènement qui est mesurée dans ce cas ;
- ils constituaient les seuls résultats disponibles dans la publication de l'étude.

Lorsque le sens et le degré de signification d'une association n'étaient pas précisés, et que seuls des effectifs étaient connus, le rapport de la proportion de grossesses imprévues en fonction de l'exposition ou non au facteur était calculé comme indiqué par le tableau 2.

Les durées de suivi de cohortes et les caractéristiques d'échantillons n'étant pas comparables d'une étude à l'autre (fluctuations d'échantillonnage), il a été choisi d'évaluer la prévalence d'exposition au facteur chez les femmes déclarant la survenue de l'événement (grossesse imprévue ou IVG).

Notamment parce qu'on ne pouvait pas exclure que les témoins auraient pu être amenés à déclarer ou non l'événement sur une période de suivi plus longue.

### **1.6.3. Études qualitatives**

Dans ces études, seuls ont été retenus les déterminants préalablement identifiés dans les études quantitatives, par argument de citation.

Ces déterminants étaient répertoriés comme facteurs de risque *potentiels* de grossesse imprévue.

## **1.7. Analyse des facteurs de risque d'exposition relevés**

Les éléments suivants ont été répertoriés sous la forme d'un tableau de synthèse précisant pour chaque facteur de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue (ou à la réalisation d'une IVG) :

- le titre de l'article dont il était issu ;
- le type d'étude ;
- la valeur de l'association établie entre le facteur et l'événement grossesse imprévue ou IVG (risque relatif, Odds Ratio ou coefficient de régression) ;
- le degré de signification de l'association (valeur de « p ») ;
- le caractère potentiel ou significatif de l'association (selon les critères définis précédemment).

Chaque tableau de synthèse permettait ainsi d'objectiver :

- la fréquence de citation du facteur (critère de pré-sélection pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi à suivre) ;
- la redondance de citation d'un facteur résultant d'une même étude mais publiée dans des articles distincts ;
- les facteurs de risque issus d'études prospectives (cohorte).

## **1.8. Pré-sélection des facteurs de risque d'exposition relevés**

Pour répondre à l'objectif de cette revue systématique de la littérature, à savoir l'obtention de 30 à 40 facteurs de risque de grossesse imprévue en préparation d'une méthode d'élaboration de consensus, des critères de pré-sélection ont été définis.

Les critères d'exclusion étaient appliqués avant les critères d'inclusion et la présence d'un seul critère d'exclusion (ou d'inclusion) suffisait à exclure (ou à inclure) un facteur.

### **1.8.1. Critères d'exclusion**

Les facteurs de risque d'exposition ont été exclus lorsqu'il s'agissait :

- de facteurs de risque liés à l'âge, la question de recherche posée étant déjà définie pour la tranche d'âge des 14-25 ans ;
- de facteurs de risque relatifs à l'appartenance ethnique ;

- de facteurs de risque d'exposition non cohérents ou antinomiques (c'est à dire dont le sens et son contraire ont pu être relevés), afin de privilégier la pertinence des facteurs proposés en évaluation pour l'élaboration d'un consensus par technique Delphi.

### **1.8.2. Critères d'inclusion**

Les facteurs de risque d'exposition non exclus étaient secondairement inclus :

- s'ils étaient cités au moins une fois dans une étude prospective (cohorte)
- ou s'ils avaient une fréquence de citation supérieure ou égale à 4 hors étude prospective.

## **2. Technique Delphi**

### **2.1. Définition et généralités**

Historiquement, le nom et l'origine de cette méthode proviennent de l'Antiquité grecque, en référence aux modalités d'interprétation des prévisions de l'oracle de Delphes.

De façon plus contemporaine, cette méthode a été développée et employée aux Etats-Unis après la Seconde Guerre mondiale par la fondation RAND (*Research ANd Development*) à des fins de prévisions technologiques dans le domaine militaire.

Cette méthode a ensuite été appliquée aux domaines technologiques et socio-économiques, avant d'être utilisée dans le domaine de la santé depuis la fin des années 70.

La technique Delphi est une méthode d'élaboration de consensus qui repose sur le fondement qu'un jugement de groupe a plus de valeur qu'un jugement individuel.

Elle permet d'obtenir l'avis final unique et convergent d'un groupe à l'issue de procédures structurées anonymes, itératives et interactives (enquêtes, questionnaires).

Il n'y a pas de communication directe entre les personnes interrogées qui constituent le groupe, et celles-ci restent anonymes les unes vis-à-vis des autres tout au long de la procédure.

Cette méthode de synthèse qualitative et quantitative est utilisée lorsque l'information publiée sur un thème donné est insuffisante et qu'un consensus est recherché sur la base des données existantes en rapport avec ce thème.

Elle consiste à soumettre les données empiriques disponibles au jugement et à l'expérience d'un groupe de participants sélectionnés, appelés « experts ».

Le recrutement et la sélection des experts répondent idéalement à des exigences :

- de représentativité en termes de pratique, de connaissances, de compétences et de perceptions actuelles relatives à la problématique étudiée,
- d'impartialité,
- et d'intérêt pour le thème abordé.

C'est la pertinence potentielle de l'information fournie par les experts qui est recherchée pour générer le consensus, plus que leur expérience ou leur titre.

Les interrogatoires successifs des experts, généralement sous forme de questionnaires auto-administrés, sont appelés « rondes », à l'image des caractéristiques itérative et interactive de la procédure.

## **2.2. En pratique**

L'objectif de la technique Delphi employée ici était à la fois évaluatif et interventionnel.

Il s'agissait de sélectionner par consensus les facteurs de risque potentiels les plus facilement accessibles à un dépistage dans le cadre d'une consultation de médecine générale chez une femme âgée de 14 à 25 ans.

Dans une perspective interventionnelle, certains des facteurs retenus pourraient constituer à terme la base d'élaboration d'un outil de dépistage.

Le thème de la prévention des grossesses imprévues, événement auquel étaient associés les facteurs de risque soumis à évaluation, était inconnu des experts lors de l'enquête.

Ceci dans le but de préserver la neutralité de leur opinion et d'optimiser leur évaluation afin de ne retenir qu'un avis consensuel sur l'accessibilité au dépistage de ces facteurs en médecine générale.

### **2.3. Modalités de recrutement des experts**

Le recrutement des experts a privilégié la pertinence de l'information qu'ils pouvaient apporter et la finalité du consensus recherché.

Ainsi, dans la mesure où il s'agissait d'évaluer l'accessibilité au dépistage de facteurs de risque en consultation de médecine générale, et dans la mesure où l'objectif final de ce travail serait de parvenir à la création d'un outil de dépistage destiné à l'usage de médecins généralistes, ont été qualifiés d'experts :

- des médecins généralistes en activité, quelque soit le mode de celle-ci ;
- ayant de la connaissance et un intérêt pour la problématique énoncée, à savoir l'accessibilité au dépistage de facteurs de risque en médecine générale ;
- motivés et disponibles pour participer à l'enquête.

Pour assurer la représentativité du panel d'experts interrogés, des critères de sélection ont été définis avant leur inclusion :

- le sexe ;
- la catégorie d'âge (30 ans ou moins, âge compris entre 31 et 39 ans, 40 et 49 ans, 50 et 59 ans, et enfin 60 ans et plus) ;
- le lieu d'exercice (urbain ou semi-rural et rural) ;
- la pratique ou non d'une activité universitaire (maître de stage universitaire, chef de clinique universitaire).

La définition de l'INSEE étant difficilement applicable et vérifiable ici, la caractérisation du lieu d'exercice a été arbitrairement fixée à un seuil de 10 000 habitants vivant dans la commune d'exercice : plus de 10 000 habitants définissant un lieu d'exercice urbain et moins de 10 000 habitants définissant les lieux d'exercice semi-ruraux ou ruraux.

Le nombre d'experts se détermine en fonction :

- de l'homogénéité du ou des groupe(s) dont ils proviennent et en l'occurrence un seul groupe ici, celui des médecins généralistes ;
- du nombre pressenti de non-réponses ou d'abandons ;
- et de la représentativité en termes de compétences, de pratiques et de perceptions relatives à la problématique explorée.

Un minimum de 10 à 15 experts est requis pour une technique Delphi [30] [31], pouvant atteindre jusqu'à plus d'une soixantaine dans certaines publications.

Les experts ont été recrutés par téléphone, par voie électronique ou postale, leurs coordonnées ayant été préalablement recensées par le biais :

- des Pages Jaunes de l'annuaire de la région Poitou-Charentes ;
- du site du COGEMS de la faculté de médecine de Poitiers (coordonnées des maîtres de stage universitaires de la région Poitou-Charentes) ;
- de connaissances directes ou indirectes dans l'exercice de la profession.

Ils étaient invités à participer à une évaluation avec recueil d'opinion sur l'accessibilité au dépistage de facteurs de risque en médecine générale, sans précision du thème de la prévention des grossesses imprévues.

S'ils étaient d'accord pour participer à l'enquête, et après vérification des critères de sélection assurant la représentativité du groupe, un courrier électronique (courriel) de présentation leur était adressé.

Il précisait les caractéristiques de la technique Delphi, les modalités de recueil des réponses, notamment l'anonymat de celles-ci vis-à-vis des autres experts, ainsi qu'un rappel de l'objectif de l'enquête : évaluer l'accessibilité au dépistage chez les femmes âgées de 14 à 25 ans, en consultation de médecine générale, de facteurs de risque issus d'une revue systématique de la littérature.

L'objectif à atteindre d'une sélection consensuelle de 15 à 20 facteurs était également précisé.

La réception et la prise de connaissance de ce courriel devaient être validées avant l'envoi du premier questionnaire (annexe 1).

## **2.4. Modalités de l'enquête**

### **2.4.1. Élaboration des questionnaires**

Les propositions soumises aux experts étaient les facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue pré-sélectionnés à l'issue de la revue systématique de la littérature précédemment décrite.

L'ordre des propositions était l'ordre alphabétique de la liste initiale des facteurs de risque recensés lors de la revue de littérature, de laquelle avaient été soustraits les facteurs non retenus suite à l'application des critères de pré-sélection (paragraphe 1.8.).

Chaque proposition était relative à un concept, dans l'objectif qu'elles soient indépendantes les unes des autres.

Avant qu'il ne soit soumis aux experts, le premier questionnaire a été testé auprès de 7 médecins généralistes ne participant pas à l'enquête, afin de s'assurer de sa clarté, de sa compréhensibilité, de son ergonomie et d'une durée inférieure à trente minutes pour pouvoir être complété.

Les questionnaires et les réponses de chaque ronde étaient traités et transmis par voie électronique Google Chart® (annexe 2 et 2bis).

#### **2.4.2. Exploitation des données**

La technique Delphi se caractérise par quatre dimensions d'évaluation qui sont binaires et croisées :

- individuelle et collective ;
- qualitative et quantitative.

L'évaluation est *quantitative individuelle* par l'attribution, à chaque proposition, d'un score allant de 1 (facteur de risque très difficilement accessible à un dépistage en consultation de médecine générale) à 9 (très facilement accessible) selon une échelle numérique visuelle, proposée par la Fondation RAND. [30]

Cette évaluation reflète le niveau d'accord personnel avec la proposition.

Dans une dimension *qualitative*, l'évaluation chiffrée peut être complétée de façon *individuelle* et anonyme par un commentaire libre, par l'expression de la nécessité de reformuler la proposition ou encore par un exemple de reformulation.

L'évaluation *quantitative* est *collective* par le calcul du score médian pour chaque proposition, associé à la mesure de la dispersion des scores attribués (pourcentage des scores extrêmes compris entre 1 et 3 et compris entre 7 et 9).

Ceci reflète le niveau d'accord du groupe pour une proposition donnée.

Avant une nouvelle ronde, et pour chaque proposition, le niveau d'accord du groupe est porté à la connaissance de tous, de même que la synthèse des commentaires effectués lors de la précédente ronde, toujours de façon anonyme.

De plus, chaque expert reçoit un rappel de son évaluation personnelle en parallèle de la synthèse des résultats du groupe.

Lors de cette enquête, chaque expert recevait au décours d'une ronde et avant la suivante, un tableau personnel récapitulatif, pour chaque proposition, le rappel du score personnel attribué, le score médian, la dispersion des scores pour les extrêmes, la synthèse des commentaires effectués, le nombre de demandes de reformulation exprimées ainsi que les propositions ayant fait consensus ou ayant été éliminées (annexe 3).

Les divergences observées et les arguments cités étaient portés à la connaissance de tous les experts pour les inviter à reconsidérer leurs réponses et/ou à les préciser lors de la ronde suivante.

On parle ainsi de rétroaction contrôlée : chaque expert a la possibilité de revenir sur son évaluation ou de modifier l'expression de son opinion à la lumière des réponses données par les autres participants.

C'est la dimension *qualitative collective* et interactive de la technique Delphi.

C'est ainsi que cette méthode permet d'affiner l'exactitude d'une évaluation personnelle par le développement, et à l'appui, de l'argumentation anonyme du groupe.

En définitive, une proposition était retenue lorsqu'il y avait consensus pour celle-ci.

Il y avait consensus lorsqu'une proposition avait un score médian supérieur ou égal à 7 avec un minimum de 70 % de scores compris entre 7 et 9. [32]

Les propositions ayant fait consensus ou les propositions n'obtenant aucun score supérieur ou égal à 7 étaient retirées de la ronde suivante.

Les nouvelles propositions étaient élaborées et reformulées en double lecture par les co-auteurs, à partir de l'analyse des réponses de la ronde précédente.

La procédure a été interrompue lorsque l'objectif d'une sélection consensuelle d'un minimum de 15 facteurs de risque les plus facilement accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale a été atteint.

~ ~ ~

L'avis du Comité National d'Éthique a été sollicité à titre consultatif et informatif le 7 mai 2013 par courrier présentant les méthodes de ce travail et le contenu des propositions soumises au jugement des experts.

Un conflit d'intérêt pouvait résider dans le fait que parmi les experts inclus :

- l'un était un médecin généraliste pour lequel j'effectuais un remplacement durant la procédure Delphi,
- l'un a été l'un de mes maîtres de stage ambulatoires de niveau 1 (stage effectué en 2008)
- et l'un était le médecin traitant d'un membre de premier degré de ma famille.

## **RÉSULTATS**

## 1. Revue systématique de la littérature

Elle a été clôturée le 10 février 2013.

### 1.1. Articles inclus (non exclus)

813 articles ont été recensés par application de 12 équations de recherche (Matériel et méthodes ; paragraphe 1.3.) dans 3 bases de données : PubMed, Embase et The Cochrane Library.

La recherche bibliographique complémentaire en littérature grise a permis de recenser 25 éléments (annexe 4) avec en détail :

- 5 rapports,
- 5 bulletins,
- 5 articles de revue,
- 2 chapitres d'ouvrage,
- 4 documents,
- 4 thèses.

L'analyse de ces éléments de littérature grise a abouti au développement d'un axe de recherche bibliographique supplémentaire : les conséquences d'une exposition précoce à la pornographie et à la sexualité dans les médias.

7 articles traitant de cette problématique ont été recensés dans les bases de données PubMed et Embase (annexe 5).

Sur un total de 820 articles, 102 ont été retenus (annexe 6) après application des critères d'exclusion définis.

Le nombre d'articles exclus par critère est représenté par la figure 7.

Un article\* a été exclu car il constituait une synthèse des résultats d'études dont les publications étaient déjà incluses dans cette revue de la littérature.

---

\* Imamura M, Tucker J, Hannaford P, Silva MO da, Astin M, Wyness L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. Eur J Public Health. 12 janv. 2007;17(6):630-636.

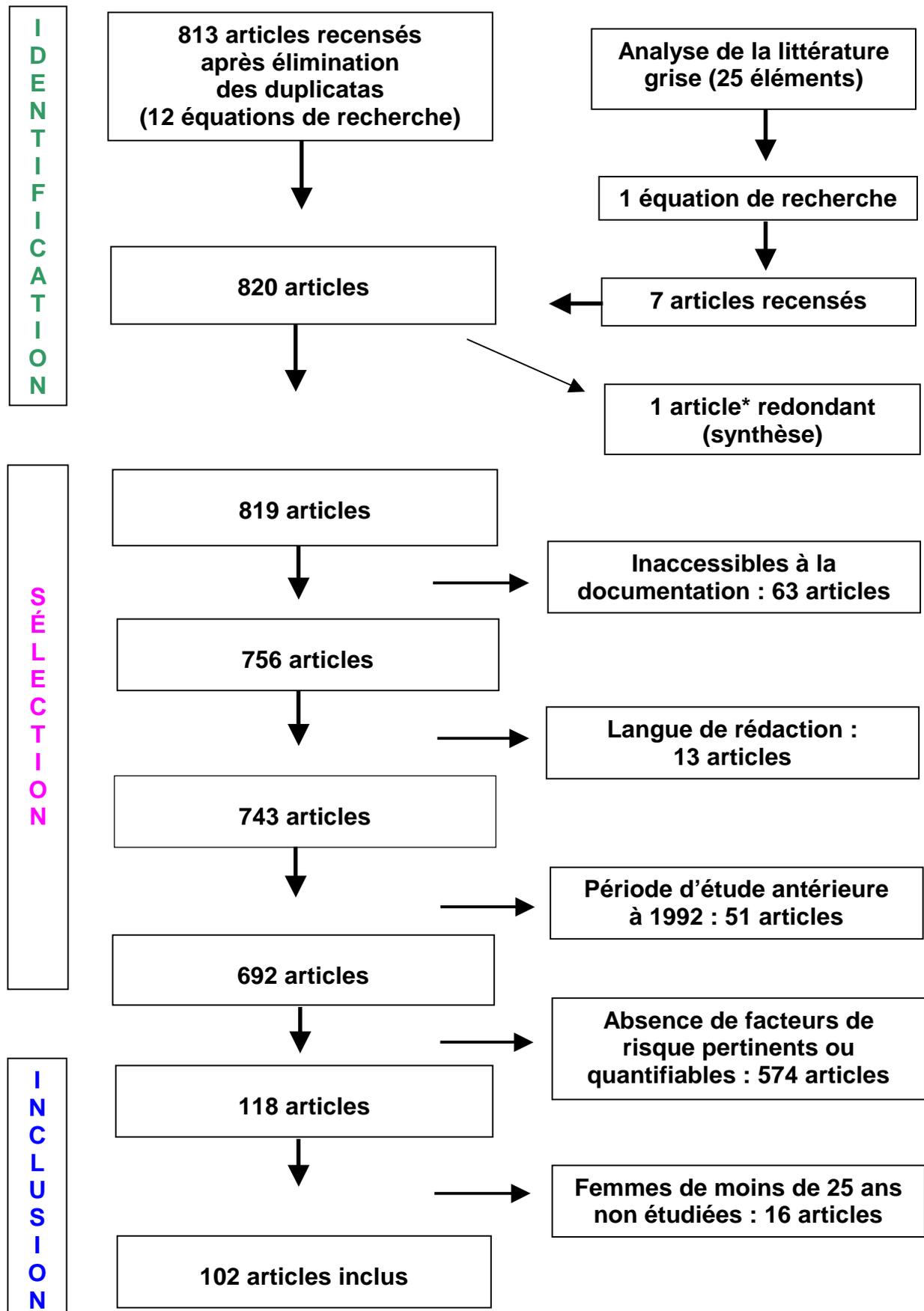
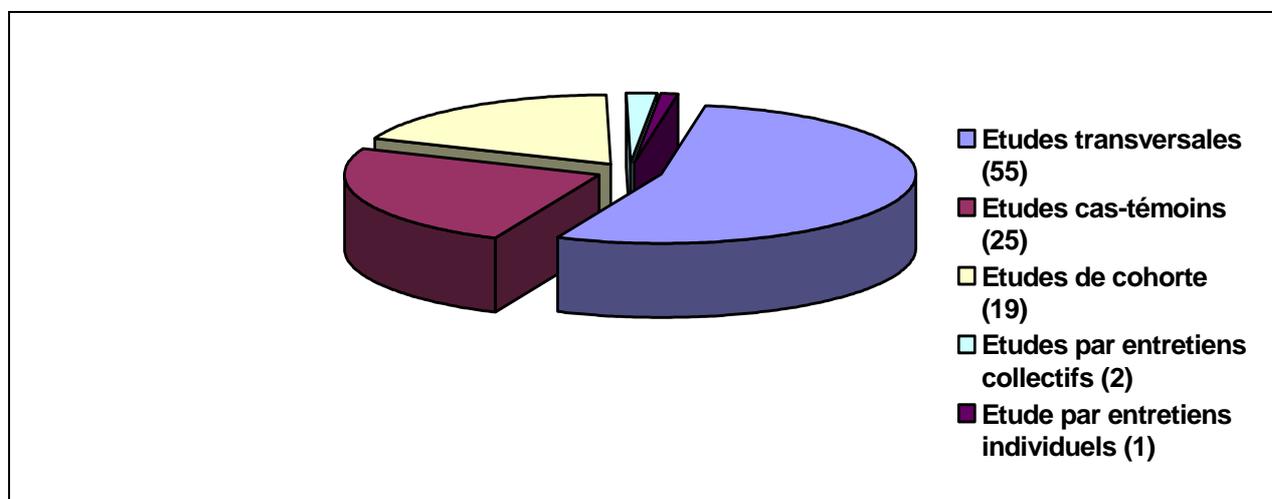


Figure 7 : Modélisation de la sélection des articles pour la revue systématique de la littérature

Les différents types d'étude des 102 articles retenus se répartissaient de la façon suivante (figure 8) :



**Figure 8 : Répartition des types d'études des articles retenus**

Des études portant sur des populations diversifiées de femmes âgées de 10 à 50 ans de chaque continent ont pu être analysées sur une période allant de 1992 à 2012.

Dans cette revue de la littérature, certains articles rapportaient les résultats d'une même étude :

- 5 articles étaient basés sur les résultats de l'étude de cohorte RIPPLE et SHARE menée au Royaume-Uni en 1997 ; (annexe 6 : (15) (23) (26) (40) (79))
- 2 articles étaient relatifs à une étude cas-témoins menée à Harare (Zimbabwe) en 1995 : l'un traitant de déterminants sociodémographiques qui ont pu être distingués de l'autre article, rapportant des déterminants comportementaux contraceptifs. (annexe 6 : (92) (93))

Les facteurs de risque révélés dans l'étude de cohorte RIPPLE et SHARE ont été distingués par un surlignement en jaune dans les tableaux de revue établis pour chacun des facteurs d'exposition.

Ceci a permis de ne comptabiliser qu'une seule fois un facteur donné quand celui-ci était cité dans plusieurs articles pour cette même étude.

Enfin, la période d'étude de 6 publications retenues était présumée postérieure à 1992 par le contexte de l'étude, mais n'était pas précisée dans la rédaction. (annexe 6 : (19) (35) (56) (80) (81) (97))

Par souci de rigueur, les citations des facteurs de risque d'exposition qui y figuraient ont été distinguées par un surlignement en gris dans les tableaux de revue dressés pour chaque facteur, afin qu'ils ne soient pas comptabilisés en pré-sélection de la méthode d'élaboration de consensus à suivre (technique Delphi).

## **1.2. Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue**

L'analyse méthodique du contenu de chaque article a permis d'identifier 83 facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue (ou à défaut, associés à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse).

La liste de ces facteurs ainsi que les caractéristiques de leurs associations avec l'événement (grossesse imprévue ou interruption volontaire de grossesse) décrits dans les différents articles figurent en annexe sur CD-Rom sous forme de tableaux de synthèse établis pour chacun de ces facteurs.

Un exemple de tableau de synthèse dressé pour un facteur de risque d'exposition relevé dans la littérature est représenté ci-dessous (tableau 4).

Tableau 4 : Facteur de risque d'exposition « Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence »

<b>Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence</b>	<b>Risque relatif</b>	<b>p</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Classification</b>
Titre de l'article				
<i>“Consultation patterns and provision of contraception...”</i>	3,21	0,007	Cas-témoins	Significatif
<i>“Sociodemographic and sexual health profile of users of emergency hormonal contraception...”</i>	3,77	<0,001	Transversale	Significatif
<i>“Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors...”</i>	3,41	<0,0001	Cas-témoins	Significatif
<i>“Young women requesting emergency contraception...”</i>	2,63	Non précisé	Cohorte	Potentiel
<i>“Teenagers at risk of unintended pregnancy...”</i>	3,21	0,007	Cas-témoins	Significatif
<i>“Good intentions risk factors for unintended pregnancies...”</i>	2,35	0,06	Cas-témoins	Potentiel
<i>“Unintended pregnancy and use of emergency contraception...”</i>	3,29	<0,0001	Transversale	Significatif
<i>“Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls...”</i>	Non adapté	Non adapté	Entretiens collectifs	Potentiel
<i>“The profile of emergency contraception users in a Chlamydiae prevalence study in primary care in Belgium”</i>	2,08	0,002	Transversale	Significatif
<i>“Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago”</i>	3,58	0,002	Cas-témoins	Significatif

### **1.3. Facteurs de risque de considération**

A l'issue de cette revue de littérature, 14 facteurs de risque de considération d'une grossesse comme étant imprévue ont été relevés (annexe 7).

### **1.4. Facteurs protecteurs**

28 facteurs protecteurs potentiels contre la survenue d'une grossesse imprévue ont été identifiés par cette revue de littérature (annexe 8).

## 1.5. Pré-sélection des facteurs de risque d'exposition pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi

Dans un premier temps, l'application des critères d'exclusion aux 83 facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue identifiés par la revue systématique de la littérature a permis d'écarter 21 facteurs.

Les 62 facteurs restants ont été soumis à l'application des critères d'inclusion qui a abouti à une sélection de 46 facteurs de risque d'exposition (figure 9).

Le détail des facteurs de risque d'exposition exclus et inclus dans le cadre de cette pré-sélection figure respectivement en annexe 9 et 10.

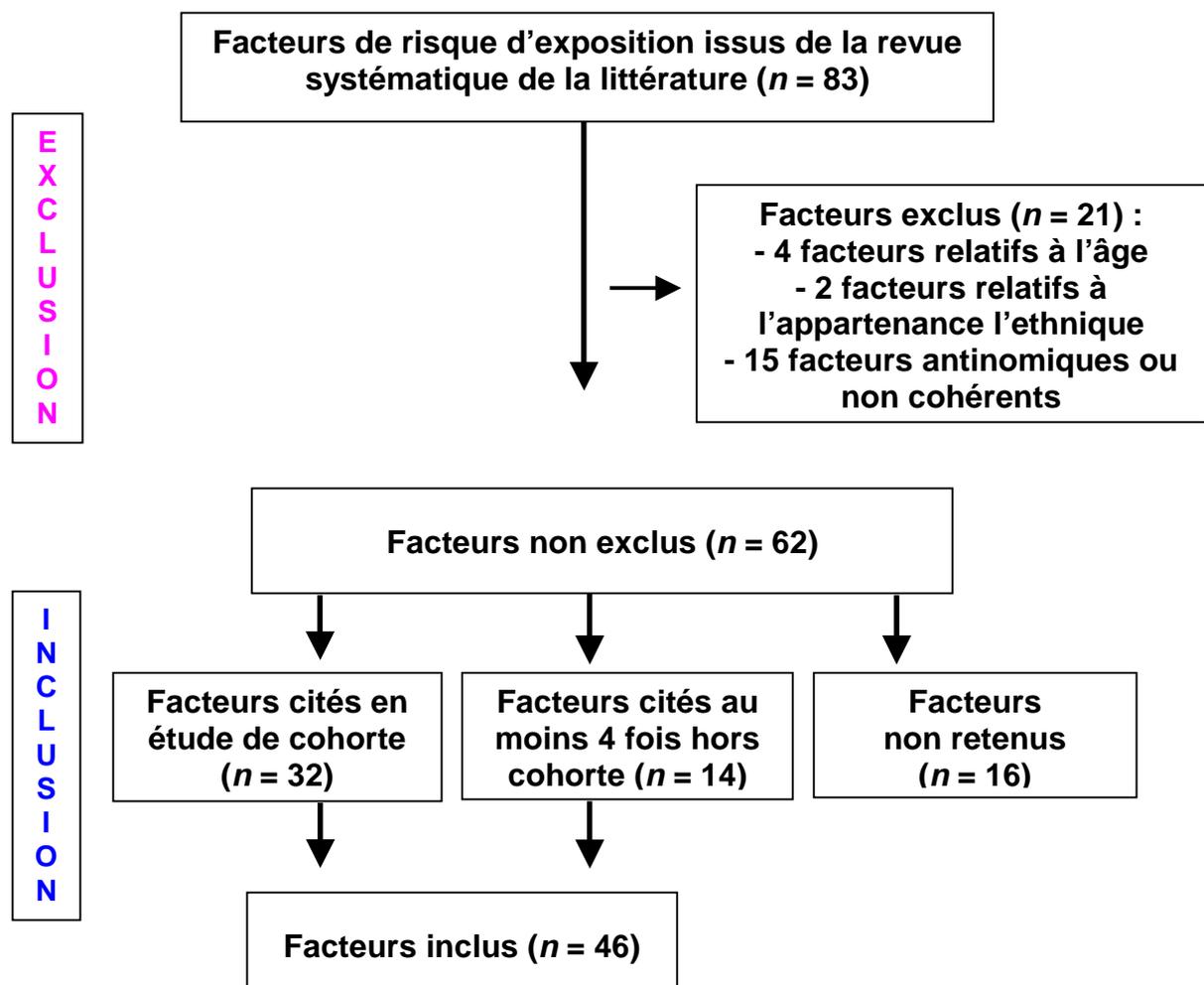


Figure 9 : Modélisation de la pré-sélection des facteurs de risque d'exposition

6 regroupements de facteurs relatifs à un même concept ont été réalisés pour limiter l'interdépendance des propositions et pour atteindre l'objectif d'une pré-sélection de 40 propositions à soumettre au jugement des experts de la technique Delphi :

- « antécédent(s) d'abus ou de violence(s) physique(s) et/ou sexuel(s) » et « rapport(s) sexuel(s) coercitif(s) » ;
- « antécédent(s) de délinquance » et « troubles du comportement » ;
- « antécédent(s) de grossesse imprévue » et « antécédent(s) d'IVG » ;
- « antécédent(s) maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse avant l'âge de 20 ans » et « antécédent(s) personnel(s) de grossesse avant l'âge de 20 ans » ;
- « premier rapport sexuel sans méthode contraceptive » et « dernier rapport sexuel sans méthode contraceptive » ;
- « mal-être scolaire » et « rupture scolaire ».

Les facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue pré-sélectionnés pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi et les propositions respectives élaborées pour être soumises à l'évaluation des experts figurent dans le tableau 5.

**Tableau 5 : Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue inclus et propositions correspondantes présentées aux experts de la procédure Delphi**

Facteurs de risque d'exposition inclus	Propositions en Delphi
1) Absence d'appartenance à un groupe (loisirs, sport, association)	1) Absence d'appartenance à un groupe ou absence d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)
7) Consommation d'alcool et antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)	2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)
8) Antécédent(s) d'abus ou de violence(s) physique(s) et/ou sexuel(s) 75) Rapport(s) sexuel(s) coercitif(s)	3) Antécédent(s) d'abus ou de violence(s) physique(s) ou sexuel(s)
11) Antécédent(s) de délinquance 82) Troubles du comportement	4) Antécédent(s) d'acte(s) ou de comportement(s) répréhensible(s)
13) Antécédent(s) de grossesse imprévue 19) Antécédent(s) d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG
17) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence	6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence
18) Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)	7) Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
20) Antécédent(s) maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse(s) avant l'âge de 20 ans 21) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse(s) avant l'âge de 20 ans	8) Antécédent(s) familial ou personnel de grossesse avant l'âge de 20 ans
22) Antécédent(s) psychopathologique(s) (dépression, idéation suicidaire, anxiété)	9) Épisode(s) antérieur(s) ou actuel(s) d'anxiété ou de dépression
23) Carence socioaffective (parentale ou environnementale)	10) Manque de soutien ou d'affection au sein de la famille
27) Connaissance ou fréquentation des centres d'éducation et de planification familiale	11) Antécédent(s) de consultation en centre de planification et d'éducation familiale (« planning familial »)
29) Crainte des effets secondaires d'une contraception	12) Effets indésirables redoutés ou ressentis d'une contraception

**Tableau 5 (suite) : Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue inclus et propositions correspondantes présentées aux experts de la procédure Delphi**

Facteurs de risque d'exposition inclus	Propositions en Delphi
30) Défaut d'information sur la contraception et la sexualité	13) <i>Défaut d'information sur la contraception et la sexualité</i>
31) Dernier rapport sexuel sans méthode contraceptive 71) Premier rapport sexuel sans méthode contraceptive	14) <i>Absence de contraception lors des premier et/ou dernier rapports sexuels</i>
34) Difficultés d'accès à la délivrance d'une contraception (éloignement, absence de référent, crainte)	15) <i>Difficultés d'obtention d'une contraception</i>
35) Difficultés de communication avec les parents	16) <i>Difficultés de communication avec ses parents à propos de sa santé</i>
36) Discontinuité ou insatisfaction contraceptive	17) <i>Insatisfaction de sa méthode contraceptive</i>
41) Exposition à un dysfonctionnement parental (addiction, violence conjugale, pathologie psychiatrique)	18) <i>Exposition à un dysfonctionnement parental (addiction, violence conjugale, pathologie psychiatrique)</i>
42) Exposition précoce à la pornographie ou à la sexualité dans les médias	19) <i>Exposition à la pornographie avant l'âge de 18 ans</i>
43) Faible ambition socioprofessionnelle	20) <i>Faible ambition socioprofessionnelle</i>
44) Faible encadrement parental	21) <i>Encadrement parental ressenti par la patiente</i>
46) Faible niveau éducatif parental	22) <i>Niveau scolaire parental</i>
47) Faible niveau scolaire	23) <i>Niveau scolaire personnel</i>
48) Faible niveau socioéconomique	24) <i>Difficultés financières ressenties par la patiente</i>
49) Famille monoparentale ou recomposée	25) <i>Parents séparés ou divorcés</i>
50) Fratrie supérieure ou égale à 3	26) <i>Nombre de frère(s) et sœur(s)</i>
51) Fréquence hebdomadaire des rapports sexuels	27) <i>Fréquence actuelle des rapports sexuels</i>
54) Influence de la sexualité perçue des pairs sur les représentations	28) <i>Représentations qu'a la patiente de l'activité sexuelle de ses amis</i>

**Tableau 5 (suite et fin) : Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue inclus et propositions correspondantes présentées aux experts de la procédure Delphi**

Facteurs de risque d'exposition inclus	Propositions en Delphi
57) Mal-être scolaire 77) Rupture scolaire	29) <i>Mal-être scolaire actuel ou antérieur et/ou rupture scolaire</i>
60) Ménarche précoce	30) <i>Âge des premières règles</i>
61) Méthode contraceptive peu efficace ou absente	31) <i>Absence de contraception ou emploi de méthode(s) contraceptive(s) peu efficace(s) (méthodes locales ou naturelles)</i>
65) Obésité ou surpoids	32) <i>Indice de Masse Corporelle (IMC)</i>
66) Partenaire sexuel plus âgé	33) <i>Différence d'âge avec le partenaire sexuel actuel le plus âgé</i>
67) Partenaire sexuel réfractaire à la méthode contraceptive choisie	34) <i>Partenaire(s) sexuel(s) réfractaire(s) à la méthode contraceptive employée</i>
68) Partenaires sexuels multiples	35) <i>Nombre de partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)</i>
70) Précocité du premier rapport sexuel	36) <i>Âge du premier rapport sexuel</i>
78) Sous-estimation du risque de grossesse	37) <i>Sous-estimation du risque de grossesse par la patiente</i>
80) Tabagisme	38) <i>Tabagisme actif</i>
81) Toxicomanie	39) <i>Antécédent(s) de consommation ou consommation actuelle de substance(s) illicite(s)</i>
12) Antécédent(s) de fugue(s)	40) <i>Antécédent(s) de fugue(s)</i>

## 2. Technique Delphi

### 2.1. Caractéristiques des experts

38 médecins généralistes ont été contactés durant le mois de février 2013.

20 médecins n'ont pas pu être retenus du fait :

- de leur âge, présumé lors du recrutement mais inadéquat en terme de représentativité souhaitée après vérification pour 8 d'entre eux ;
- de la connaissance du thème de la prévention des grossesses imprévues avant l'enquête pour 7 d'entre eux ;
- d'un refus de participation pour 4 d'entre eux ;
- de l'absence d'un accès Internet pour 1 médecin (les questionnaires auto-administrés et leurs résultats étant adressés aux experts par voie électronique).

18 experts ont été inclus, géographiquement repartis de la façon suivante :

- 12 médecins généralistes dans la région Poitou-Charentes avec 3 experts par département que sont la Charente-Maritime, la Charente, les Deux-Sèvres et la Vienne ;
- 3 médecins généralistes en région Ile-de-France avec 1 praticien dans les Yvelines, 1 en Seine Saint-Denis et 1 à Paris;
- 3 médecins généralistes dans le département de l'Indre-et-Loire.

Leur distribution en fonction des critères de sélection définis est illustrée par le tableau 6, chaque coloration correspondant à une zone géographique.

Tableau 6 : Répartition des 18 experts en fonction des critères de sélection définis

	Homme	Femme	≥ 30 ans	31-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	≤ 60 ans	Activité universitaire	Sans activité universitaire	Rural ou semi-rural	Urbain	Zone géographique
Expert 1	X						X		X	X		Ile-de-France
Expert 2		X	X						X		X	
Expert 3		X		X				X			X	
Expert 4		X	X						X	X		Charente-Maritime
Expert 5		X			X				X		X	
Expert 6	X					X		X			X	
Expert 7		X				X		X		X		Deux-Sèvres
Expert 8	X			X				X		X		
Expert 9	X				X				X		X	
Expert 10		X		X					X	X		Vienne
Expert 11	X					X		X			X	
Expert 12	X						X		X	X		
Expert 13	X			X					X		X	Charente
Expert 14		X			X			X		X		
Expert 15	X					X		X		X		
Expert 16		X				X		X		X		Indre-et-Loire
Expert 17		X			X				X		X	
Expert 18	X		X						X	X		
Total	9	9	3	4	4	5	2	8	10	10	8	18

Les experts étaient âgés de 29 à 73 ans lors de l'enquête, avec une moyenne d'âge de 46 ans et un âge médian de 44 ans.

La moyenne d'âge chez les hommes était de 51 ans et chez les femmes de 40 ans.

Parmi les experts ayant une activité universitaire, il y avait 1 chef de clinique et 7 maîtres de stage.

## 2.2. Résultats de la première ronde (« ronde 1 »)

Le questionnaire soumis lors de la première ronde d'enquête contenait les facteurs pré-sélectionnés à l'issue de la revue systématique de la littérature sous la forme de 40 propositions à évaluer et à commenter (tableau 5, colonne de droite).

La totalité des experts a répondu à la première ronde en 19 jours.

A l'issue de celle-ci :

- 9 propositions ont fait consensus par l'obtention d'un score médian supérieur ou égal à 7 avec plus de 70 % de scores supérieurs ou égaux à 7, sans expression de la nécessité de reformuler les propositions (tableau 7) ;
- 1 proposition a été éliminée.

**Tableau 7 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 1**

Propositions retenues	Score médian	Pourcentage de scores compris entre 1 et 3	Pourcentage de scores compris entre 7 et 9
12) Effets indésirables redoutés ou ressentis d'une contraception	8	6 %	77 %
17) Insatisfaction de sa méthode contraceptive	8	0 %	84 %
23) Niveau scolaire personnel	7,5	0 %	78 %
25) Parents séparés ou divorcés	8	0 %	72 %
26) Nombre de frère(s) et sœur(s)	9	6 %	89 %
30) Âge des premières règles	8,5	0 %	95 %
31) Absence de contraception ou emploi de méthode(s) contraceptive(s) peu efficace(s) (méthodes naturelles ou locales)	7,5	0 %	83 %
32) Indice de Masse Corporelle (IMC)	9	0 %	89 %
38) Tabagisme actif	8	0 %	89 %

La proposition qui a été éliminée à l'issue de cette première ronde n'avait obtenu aucun score supérieur ou égal à 7 et 72 % de scores inférieurs à 3, avec un score médian égal à 2.

Il s'agissait de l'« Exposition à la pornographie avant l'âge de 18 ans » (proposition n° 19).

11 propositions ont été reformulées à la demande des experts et/ou au vu des commentaires effectués pour une proposition donnée.

Malgré une demande, la proposition n° 2 a été réitérée telle quelle car aucune reformulation plus adéquate n'a pu être définie.

Les reformulations ont été réalisées en double écriture et double lecture par les co-auteurs (tableau 8).

Tableau 8 : Propositions de la ronde 1 reformulées pour la ronde 2

Propositions soumises en ronde 1	Demandes de reformulation	Propositions reformulées et soumises en ronde 2
1) Absence d'appartenance à un groupe ou absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)	3	1) Absence d'appartenance à un groupe social
		1bis) Absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)
2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)	1	2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)
3) Antécédent(s) d'abus ou de violence(s) physique(s) ou sexuel(s)	2	3) Antécédent(s) de violence(s) physique(s) subie(s)
		3bis) Antécédent(s) de violence(s) sexuelle(s) subie(s)
4) Antécédent(s) d'acte(s) ou de comportement(s) répréhensible(s)	1	4) Antécédent(s) d'acte(s) condamnable(s) par la justice ou de comportement(s) agressif(s)
8) Antécédent(s) familial ou personnel de grossesse avant l'âge de 20 ans	0	8) Antécédent(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans chez la mère et/ou la/les sœur(s) de la patiente
		8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans
13) Défaut d'information sur la contraception et la sexualité	0	13) Insuffisance ressentie d'information sur la contraception et la sexualité
14) Absence de contraception lors des premier et/ou dernier rapports sexuels	0	14) Absence de contraception lors du premier rapport sexuel
		14bis) Absence de contraception lors du dernier rapport sexuel
15) Difficultés d'obtention d'une contraception	0	15) Difficultés ressenties par la patiente pour obtenir sa contraception
21) Encadrement parental ressenti par la patiente	1	21) Faible encadrement parental ressenti par la patiente
33) Différence d'âge avec le partenaire sexuel actuel le plus âgé	1	33) Âge du ou des partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)
37) Sous-estimation du risque de grossesse par la patiente	0	37) Sous-estimation par la patiente (sexuellement active) de la possibilité d'une grossesse

Avant de débiter la seconde ronde, les experts devaient prendre connaissance de la synthèse des résultats de la première ronde sous forme d'un tableau récapitulatif nominatif personnel qui était adressé à chacun. (annexe 3)

Chaque tableau contenait l'ensemble des propositions de la ronde 1, avec les scores et la répartition des scores obtenus par chacune d'entre elles, la synthèse anonyme des commentaires effectués, les reformulations demandées ainsi que le rappel du score personnel précédemment attribué à chaque proposition.

Les experts avaient connaissance des 9 propositions ayant fait consensus et du retrait de la proposition n° 19 à l'issue de la ronde 1, avant de débiter la ronde suivante.

### **2.3. Résultats de la seconde ronde (« ronde 2 »)**

L'analyse des résultats de la première ronde a permis de soumettre aux experts 34 propositions à évaluer en seconde ronde. (tableau 9)

Les propositions sur fond bleu sont celles qui ont été reformulées à l'issue de la première ronde (tableau 8, colonne de droite) et les propositions sur fond rose avaient la même formulation que lors de la première ronde.

Tableau 9 : Propositions soumises aux experts en ronde 2

1) Absence d'appartenance à un groupe social
1bis) Absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)
2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)
3) Antécédent(s) de violence(s) physique(s) subie(s)
3bis) Antécédent(s) de violence(s) sexuelle(s) subie(s)
4) Antécédent(s) d'acte(s) condamnable(s) par la justice ou de comportement(s) agressif(s)
5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG
6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence
7) Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
8) Antécédent(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans chez la mère et/ou la/les sœur(s) de la patiente
8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans
9) Épisode(s) antérieur(s) ou actuel(s) d'anxiété ou de dépression
10) Manque de soutien ou d'affection au sein de la famille
11) Antécédent(s) de consultation en centre de planification et d'éducation familiale (« planning familial »)
13) Insuffisance ressentie d'information sur la contraception et la sexualité
14) Absence de contraception lors du premier rapport sexuel
14bis) Absence de contraception lors du dernier rapport sexuel
15) Difficultés ressenties par la patiente pour obtenir sa contraception
16) Difficultés de communication avec ses parents à propos de sa santé
18) Exposition à un dysfonctionnement parental (addiction, violence conjugale, pathologie psychiatrique)
20) Faible ambition socioprofessionnelle
21) Faible encadrement parental ressenti par la patiente
22) Niveau scolaire parental
24) Difficultés financières ressenties par la patiente
27) Fréquence actuelle des rapports sexuels
28) Représentations qu'a la patiente de l'activité sexuelle de ses amis
29) Mal-être scolaire actuel ou antérieur et/ou rupture scolaire
33) Âge du ou des partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)
34) Partenaire(s) sexuel(s) réfractaire(s) à la méthode contraceptive employée
35) Nombre de partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)
36) Âge du premier rapport sexuel
37) Sous-estimation par la patiente (sexuellement active) de la possibilité d'une grossesse
39) Antécédent(s) de consommation ou consommation actuelle de substance(s) illicite(s)
40) Antécédent(s) de fugue(s)

La totalité des experts a répondu à la seconde ronde en 35 jours.

A l'issue de celle-ci :

- 4 propositions ont fait consensus par l'obtention d'un score médian supérieur ou égal à 7 avec plus de 70 % de scores supérieurs ou égaux à 7, sans expression de la nécessité d'une reformulation (tableau 10) ;
- aucune proposition n'a pas obtenu au moins un score supérieur ou égal à 7.

**Tableau 10 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 2**

<b>Propositions retenues</b>	<b>Score médian</b>	<b>Pourcentage de scores compris entre 1 et 3</b>	<b>Pourcentage de scores compris entre 7 et 9</b>
<i>1bis) Absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)</i>	<b>7</b>	0 %	<b>78 %</b>
<i>5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG</i>	<b>7,5</b>	0 %	<b>72 %</b>
<i>9) Épisode(s) antérieur(s) ou actuel(s) d'anxiété ou de dépression</i>	<b>7</b>	0 %	<b>73 %</b>
<i>14bis) Absence de contraception lors du dernier rapport sexuel</i>	<b>7</b>	11 %	<b>78 %</b>

2 propositions ont été reformulées à la demande des experts. (tableau 11)

Les reformulations ont été réalisées en double écriture et double lecture par les co-auteurs.

Tableau 11 : Propositions de la ronde 2 reformulées pour la ronde 3

Propositions soumises en ronde 2	Demandes de reformulation	Propositions reformulées et soumises en ronde 3
1) <i>Absence d'appartenance à un groupe social</i>	1	1) <i>Absence d'appartenance à un réseau social</i>
20) <i>Faible ambition socioprofessionnelle</i>	1	20) <i>Insatisfaction de sa situation professionnelle et/ou absence de projet professionnel</i>

De la même façon qu'à l'issue de la première ronde, les experts devaient prendre connaissance de la synthèse des résultats de la seconde ronde sous forme d'un tableau récapitulatif nominatif personnel qui leur était adressé avant de débiter la ronde suivante. (annexe 3)

## 2.4. Résultats de la troisième ronde (« ronde 3 »)

L'analyse des données de la seconde ronde aboutissait à un résultat de 30 propositions restant à soumettre à l'évaluation des experts en troisième ronde (tableau 12), l'objectif minimal de 15 facteurs de risque consensuels n'ayant pas été atteint à l'issue de deux premières rondes de procédure.

La répétition de l'ordre des propositions soumises de façon identique lors des deux premières rondes risquait de provoquer :

- une interdépendance des réponses entre les propositions qui se succédaient ;
- l'épuisement des commentaires des experts sur les dernières propositions.

C'est pourquoi un tirage au sort des 30 propositions restantes a été effectué par logiciel informatique (logiciel « *Hasard* ») pour modifier, de façon aléatoire, l'ordre de présentation de celles-ci pour la troisième ronde.

Les propositions sur fond violet sont celles qui ont été reformulées à l'issue de la seconde ronde (tableau 11, colonne de droite) et les propositions sur fond rose avaient la même formulation que lors de la seconde ronde.

Tableau 12 : Propositions soumises aux experts en ronde 3

29) Mal-être scolaire actuel ou antérieur et/ou rupture scolaire
20) Insatisfaction de sa situation professionnelle et/ou absence de projet professionnel
11) Antécédent(s) de consultation en centre de planification et d'éducation familiale (« planning familial »)
27) Fréquence actuelle des rapports sexuels
36) Âge du premier rapport sexuel
14) Absence de contraception lors du premier rapport sexuel
8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans
4) Antécédent(s) d'acte(s) condamnable(s) par la justice ou de comportement(s) agressif(s)
1) Absence d'appartenance à un réseau social
22) Niveau scolaire parental
39) Antécédent(s) de consommation ou consommation actuelle de substance(s) illicite(s)
3) Antécédent(s) de violence(s) physique(s) subie(s)
16) Difficultés de communication avec ses parents à propos de sa santé
7) Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)
34) Partenaire(s) sexuel(s) réfractaire(s) à la méthode contraceptive employée
21) Faible encadrement parental ressenti par la patiente
24) Difficultés financières ressenties par la patiente
3bis) Antécédent(s) de violence(s) sexuelle(s) subie(s)
37) Sous-estimation par la patiente (sexuellement active) de la possibilité d'une grossesse
35) Nombre de partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)
28) Représentations qu'a la patiente de l'activité sexuelle de ses amis
2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)
6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence
15) Difficultés ressenties par la patiente pour obtenir sa contraception
40) Antécédent(s) de fugue(s)
10) Manque de soutien ou d'affection au sein de la famille
13) Insuffisance ressentie d'information sur la contraception et la sexualité
18) Exposition à un dysfonctionnement parental (addiction, violence conjugale, pathologie psychiatrique)
33) Âge du ou des partenaire(s) sexuel(s) actuel(s)
8) Antécédent(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans chez la mère et/ou la/les sœur(s) de la patiente

17 experts sur 18 ont répondu à la troisième ronde en 42 jours, soit un taux de participation de 94 %.

A l'issue de celle-ci :

- 5 propositions ont fait consensus avec un score médian supérieur ou égal à 7 et plus de 70 % de scores supérieurs ou égaux à 7, sans nécessité de reformulation (tableau 13) ;
- aucune proposition n'a pas obtenu au moins un score supérieur ou égal à 7.

**Tableau 13 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 3**

<b>Propositions retenues</b>	<b>Score médian</b>	<b>Pourcentage de scores compris entre 1 et 3</b>	<b>Pourcentage de scores compris entre 7 et 9</b>
<i>29) Mal-être scolaire actuel ou antérieur et/ou rupture scolaire</i>	<b>7</b>	6 %	<b>71 %</b>
<i>14) Absence de contraception lors du premier rapport sexuel</i>	<b>7</b>	12 %	<b>71 %</b>
<i>8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans</i>	<b>8</b>	6 %	<b>82 %</b>
<i>6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence</i>	<b>8</b>	6 %	<b>71 %</b>
<i>15) Difficultés ressenties par la patiente pour obtenir sa contraception</i>	<b>7</b>	6 %	<b>71 %</b>

Lors de cette troisième ronde, 3 propositions ont fait l'objet d'une demande de reformulation :

- l'absence d'appartenance à un réseau social (proposition n° 1),
- la sous-estimation par la patiente (sexuellement active) de la possibilité d'une grossesse (proposition n° 37),
- l'insuffisance ressentie d'information sur la contraception et la sexualité (proposition n° 13).

L'objectif de sélection d'un minimum de 15 facteurs de risque ayant été atteint, la procédure a été interrompue à l'issue de cette troisième ronde.

Les propositions n° 1, 13 et 37 n'ont donc pas été reformulées.

## **2.5. Synthèse des facteurs de risque d'exposition retenus**

En définitive, 18 facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue ont été retenus de façon consensuelle comme étant accessibles à un dépistage dans le cadre d'une consultation de médecine générale chez une jeune femme âgée de 14 à 25 ans.

Ces facteurs ont été retenus à l'issue de 3 rondes anonymes d'enquête qui se sont déroulées du 28 mars au 11 juillet 2013.

Le taux de participation a été de 100 % pour les 2 premières rondes et de 94 % pour la troisième et dernière ronde, suite à l'abandon de l'un des experts.

La synthèse de ces facteurs, des scores qu'ils ont obtenu et les rondes dont ils sont issus figurent dans le tableau 14.

Tableau 14 : Synthèse des propositions retenues par technique Delphi

Propositions retenues	Score médian	Scores entre 1 et 3	Scores entre 7 et 9	Ronde
12) Effets indésirables redoutés ou ressentis d'une contraception	8	6 %	77 %	1
17) Insatisfaction de sa méthode contraceptive	8	0 %	84 %	1
23) Niveau scolaire personnel	7,5	0 %	78 %	1
25) Parents séparés ou divorcés	8	0 %	72 %	1
26) Nombre de frère(s) et sœur(s)	9	6 %	89 %	1
30) Âge des premières règles	8,5	0 %	95 %	1
31) Absence de contraception ou emploi de méthode(s) contraceptive(s) peu efficace(s) (méthodes naturelles ou locales)	7,5	0 %	83 %	1
32) Indice de Masse Corporelle (IMC)	9	0 %	89 %	1
38) Tabagisme actif	8	0 %	89 %	1
1bis) Absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)	7	0 %	78 %	2
5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG	7,5	0 %	72 %	2
9) Épisode(s) antérieur(s) ou actuel(s) d'anxiété ou de dépression	7	0 %	73 %	2
14bis) Absence de contraception lors du dernier rapport sexuel	7	11 %	78 %	2
29) Mal-être scolaire actuel ou antérieur et/ou rupture scolaire	7	6 %	71 %	3
14) Absence de contraception lors du premier rapport sexuel	7	12 %	71 %	3
8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quelle qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans	8	6 %	82 %	3
6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence	8	6 %	71 %	3
15) Difficultés ressenties par la patiente pour obtenir sa contraception	7	6 %	71 %	3

## **DISCUSSION**

Les lacunes existant dans les systèmes d'information et de publication, mais aussi les faibles diffusion et appropriation des résultats dans le public, font que l'interruption volontaire de grossesse, et plus encore les grossesses imprévues, demeurent des domaines où les données objectives s'effacent souvent devant les impressions, lesquelles reflètent alors des positionnements voire des a priori.

Cette situation reflète, au-delà de l'imperfection des statistiques qui n'est pas propre à l'IVG, la spécificité d'un sujet qui reste « *pas tout à fait comme les autres* » : peu de questions de santé publique mettent autant en jeu des points de vue personnels, éthiques, religieux, philosophiques, moraux, politiques et historiques.

D'où l'importance, dans ce domaine peut-être plus encore qu'ailleurs, de disposer de données fiables et objectives permettant de fonder de solides bases pour des stratégies de prévention.

Cela dit, ce travail est discutable en plusieurs points, dans ses limites et dans ses faiblesses notamment, mais aussi dans les perspectives qu'il donne à entrevoir.

## **1. Limites**

### **1.1. Matériel et méthodes**

#### **1.1.1. Revue systématique de la littérature**

##### **a) Limites de la méthode appliquée**

La revue systématique de la littérature représente actuellement la méthode la plus fiable pour tenter d'apporter une synthèse d'information en réponse à une question donnée.

Cependant, sans méta-analyse, elle ne fournit pas d'indicateur quantitatif global résumant les résultats des études sélectionnées, et son caractère qualitatif peut limiter sa valeur scientifique.

Mais certains champs d'étude non quantitatifs ne permettent pas d'effectuer une méta-analyse.

De plus, certaines problématiques, comme la mise en évidence de facteurs exposant à la survenue d'une grossesse imprévue, ne disposent pas de données empiriques suffisantes, qui sont issues, quand elles existent, de questions d'études trop diverses pour pouvoir faire l'objet d'une méta-analyse.

### **b) Biais de sélection et d'interprétation**

Pour être utile, une revue systématique de la littérature devrait être idéalement exhaustive, explicite quant à l'analyse méthodologique effectuée, et régulièrement mise à jour pour répondre au mieux à un besoin d'information et de connaissances pertinentes sur une problématique donnée.

Elle doit être effectuée par au moins deux lecteurs afin de croiser et d'optimiser la sélection et l'analyse du contenu des articles recensés par la recherche bibliographique.

Travailler à plusieurs permet de montrer que le jugement est objectif et reproductible.

Or, je ne saurais prétendre avoir pu être exhaustive dans mes recherches et dans mon analyse, que j'ai réalisée seule, ce qui constitue un biais important de sélection des articles retenus et d'interprétation de leur contenu.

Néanmoins, j'ai fait connaître et critiquer la méthode de sélection des articles et des facteurs de risque potentiels, ainsi que les synthèses de recherche successives, lors de 4 réunions semestrielles du Pôle Recherche du Département Universitaire de Médecine Générale (faculté de Poitiers ; décembre 2011 à mai 2013).

Ces discussions collégiales partagées avec des médecins généralistes universitaires impliqués dans des travaux de recherche en soins primaires, et dont mon directeur de thèse faisait partie, m'ont permis d'ajuster et de corriger ma méthode.

### **c) Qualité des études retenues**

Une autre limite importante de cette revue systématique de la littérature est la variabilité de la qualité des études incluses qui module la validité et la portée des données issues de celles-ci. [15] [18]

L'hétérogénéité des études analysées, que ce soit en termes de matériel (caractéristiques des populations étudiées, période et lieu d'étude), de méthode et de recueil de données qui sont très diverses d'une étude à l'autre, et par conséquent difficilement comparables, produisent parfois des résultats contradictoires.

Cela limite la généralisation et l'applicabilité de leur synthèse.

Mais à l'inverse, une trop grande homogénéité des études incluses constituerait également une limite, excluant des données publiées novatrices qu'il serait intéressant d'analyser dans l'élaboration de nouvelles hypothèses et pistes de recherche.

### **d) Biais d'information**

Cette revue systématique de la littérature a été limitée par la publication en elle-même, certaines études étant inaccessibles à la documentation au moment du travail de recherche bibliographique, pour différents motifs : langue de rédaction non maîtrisée (chinois, tchèque, polonais...), coût excessif d'obtention de certains articles, résultats non publiés...etc.

Précisément, certaines études n'étaient pas publiées pour le seul motif de ne pas avoir mis en évidence de résultats significatifs, ce qui constitue à la fois un biais d'interprétation et d'information : on peut alors conclure à tort sur l'effet prépondérant de certaines expositions et ignorer les conséquences d'autres, sur le seul argument que l'association n'a pu être significativement établie.

L'analyse du contenu des articles a pu être limitée par un biais d'information, la majorité des données étant recueillies par l'interrogatoire de femmes incluses dans les études sélectionnées, parfois en interviews « face à face », et dont les propos rapportés ne sont pas toujours vérifiables.

Ceux-ci peuvent faire l'objet d'un biais déclaratif de « désirabilité sociale » face à des événements parfois difficiles, voire culturellement tabous, que peuvent constituer la survenue d'une grossesse imprévue et/ou son interruption.

Certaines expositions à des facteurs donnés et certains événements ont pu être ainsi sous ou sur-déclarés.

En définitive, la validité de la synthèse des résultats obtenus par cette revue systématique de la littérature est limitée par de multiples biais (de sélection, d'information et d'interprétation) et par son caractère rétrospectif non exhaustif qui peuvent restreindre l'applicabilité et la généralisation des résultats obtenus.

### **1.1.2. Sélection des facteurs de risque**

La définition et la méthode qualitative de recensement et de catégorisation des facteurs liés à la survenue d'une grossesse imprévue, ou à défaut d'une interruption volontaire de grossesse, (facteurs de risque d'exposition, facteurs de risque de considération, facteurs protecteurs) sont limitées par l'unilatéralité de l'analyse.

Ceci a pu générer un biais d'interprétation et de sélection de ces facteurs.

Lorsqu'une différence était recherchée entre des échantillons de femmes déclarant une grossesse imprévue (cas) et celles ne déclarant pas un tel événement (témoins), j'ai considéré la prévalence d'exposition au facteur chez les cas.

J'ai fait ce choix du fait de l'hétérogénéité méthodologique des études disponibles et de leurs résultats :

- une population témoin de comparaison n'était pas toujours incluse d'une étude à l'autre ;
- les fluctuations d'échantillonnage étaient importantes, rendant les comparaisons (en terme de survenue d'événement) aléatoires ;
- la séquence temporelle d'exposition était variable entre les études rétrospectives et prospectives ;
- et le risque relatif avec son intervalle de confiance n'étaient pas toujours disponibles ou n'étaient pas mesurables pour l'ensemble des études recensées afin de pouvoir être comparés.

Les calculs effectués n'avaient aucune valeur statistique et n'étaient réalisés que dans le seul but de retenir ou non un facteur comme étant potentiellement exposant à la survenue d'une grossesse imprévue.

### **1.1.3. Technique Delphi**

#### **a) Limites de la méthode appliquée**

Cette méthode d'élaboration de consensus par interrogatoire à distance est peu onéreuse et ne demande que peu de logistique.

Elle permet à chaque expert interrogé d'avoir le temps de la réflexion sans subir la pression du groupe, de préserver l'anonymat de ses réponses, d'éviter l'influence d'un éventuel « leader d'opinion » et de limiter les conflits d'intérêt.

De plus, elle n'est pas géographiquement restreinte, ce qui autorise un large recrutement d'experts si nécessaire.

Cependant, cette technique est conditionnée par le temps imposé par le recueil des données qui peut être relativement long suivant le nombre d'experts et de propositions à évaluer, nécessitant parfois plusieurs mois, comme cela a été le cas pour ce travail.

En outre, cette méthode peut être limitée par les abandons d'experts au cours de l'enquête, qu'il faut savoir anticiper et prévoir, car ceux-ci influencent la qualité et l'assise du consensus obtenu.

Pour ce travail, le taux de réponses a été quasi-optimal, avec un seul abandon lors de la dernière ronde d'enquête, ce qui n'a eu que peu de répercussions quant aux résultats de celle-ci.

#### **b) Biais d'information**

Une autre limite de la technique Delphi réside dans le fait que, comme pour toute méthode d'élaboration de consensus, elle privilégie par définition l'opinion majoritaire du groupe. Elle ne retient pas les opinions extrêmes, bien qu'il puisse s'agir d'idées novatrices et intéressantes à explorer.

Néanmoins, la possibilité de commenter de façon anonyme son évaluation personnelle est un moyen d'argumenter une opinion plus marginale et de tenter de convaincre le groupe.

Cela a parfois été le cas lors de cette enquête où certains experts ont revu l'évaluation de propositions à la lecture des arguments exposés par les autres membres du groupe et qui modifiaient le sens initialement perçu de la proposition. (ronde 2 : commentaires effectués sur les propositions n° 20, n° 28, n° 35 et n°40 ; ronde 3 : commentaires effectués sur la proposition n° 22 lisibles en annexe sur CD-Rom)

Mais on peut discuter le fait que l'absence d'échanges directs et de débat entre les participants puisse également être considérée comme une limite dans l'élaboration d'un consensus.

### **c) Biais de recrutement**

La technique Delphi peut être critiquable du fait de l'existence d'un biais de recrutement des experts qui y participent, par définition motivés, impliqués, volontaires et à l'aise pour communiquer, faisant discuter la représentativité de l'échantillon retenu.

Les questionnaires et le recueil des données ayant été programmés par voie électronique pour ce travail, il existait un biais de recrutement supplémentaire, les experts n'ayant pas accès à un matériel informatique et à une connexion Internet étant exclus. Cela a été le cas pour l'un des médecins généralistes initialement recruté pour cette procédure.

### **d) Contenu et formulation des propositions**

Le choix du sujet et du contenu des propositions qui y sont relatives, balisés par l'auteur de l'enquête, pouvaient pâtir d'une certaine subjectivité dans leur formulation.

Une difficulté réside dans le fait qu'idéalement les propositions doivent être ciblées, sans être complètement fermées, afin de pouvoir susciter les commentaires et l'interactivité.

Ici, le sujet auquel étaient rattachées les propositions à évaluer, à savoir la prévention des grossesses imprévues chez les femmes âgées de 14 à 25 ans, n'était pas connu des experts afin de préserver une certaine neutralité dans l'expression de leur opinion.

C'est-à-dire tenter de n'obtenir que l'évaluation du contenu de la proposition et non le jugement du thème avec lequel elle est en lien.

Cependant, il était possible pour les experts de préciser, pour chaque proposition, la nécessité d'une reformulation lorsque le sens de celle-ci n'était pas suffisamment clair.

La reformulation d'une proposition, quand elle était demandée, était toujours effectuée en double écriture et double lecture, à l'appui des commentaires effectués par les experts, avant d'être de nouveau soumise à évaluation lors de la ronde suivante.

Ceci dans le but de limiter une imprégnation subjective excessive ou partielle, et d'assurer la clarté et la compréhensibilité de la nouvelle formulation.

## **1.2. Résultats**

### **1.2.1. Revue systématique de la littérature**

#### **a) Facteurs de risque de considération**

La définition et la catégorisation d'un facteur de risque comme relevant de la *considération* de l'événement, et non de l'exposition à la survenue de celui-ci, étaient déterminées par une analyse qualitative de leur description.

Pour tenter d'illustrer cette analyse, l'un des meilleurs exemples de facteur de risque de considération d'une grossesse comme étant imprévue serait l'emploi d'une méthode contraceptive médicale, ou dite « efficace » (contraception hormonale, dispositif intra-utérin). Leur usage reflète la volonté active et « médicalement investie » d'éviter une grossesse.

La survenue d'une grossesse sous contraception médicale était généralement considérée comme imprévue, une méthode étant appliquée pour contrer celle-ci.

Et plus la méthode contraceptive employée serait réputée « efficace », plus la survenue d'une grossesse risquerait d'être considérée comme étant non prévue et non désirée. C'est la « théorie de Leridon », du nom de l'auteur de la description de ce phénomène. [19]

Ainsi, l'emploi d'une méthode contraceptive médicale pouvait parfois apparaître comme plus fréquent chez les femmes déclarant une grossesse imprévue.

Ceci ne serait pas le fait d'une majoration du risque d'exposition liée à l'emploi de la méthode, mais à une plus forte propension de considération de la survenue d'une grossesse comme étant non prévue, puisqu'une stratégie « efficace » était adoptée pour ne pas y être confrontée.

Concrètement, la présence du facteur ne majorerait pas le risque d'exposition à la survenue d'une grossesse non prévue, mais conditionnerait la considération de celle-ci comme étant imprévue.

Cependant, la catégorisation pourrait être partagée pour certains facteurs dont l'existence relèverait de l'exposition ou de la considération selon des configurations distinctes.

C'est le cas par exemple pour le niveau socio-économique qui, lorsqu'il est peu élevé et génère des difficultés dans l'obtention d'une contraception, serait un facteur de risque d'exposition. Mais il pourrait également constituer un facteur de considération quand les difficultés financières éprouvées n'autoriseraient pas l'acceptation d'une grossesse. (tableaux de revue des articles lisibles en annexe sur CD-Rom)

### **b) Exclusion du facteur « appartenance ethnique »**

Un facteur de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue (ou d'une interruption volontaire de grossesse) fréquemment cité, principalement dans les études américaines, était l'appartenance ethnique.

J'ai fait le choix d'écarter ce déterminant comme étant un facteur de risque en soi pour deux raisons.

Premièrement, parce qu'il serait éthiquement et politiquement discutable de qualifier une appartenance ethnique comme étant un facteur de risque. J'envisage difficilement que ce déterminant puisse faire l'objet d'un critère au sein d'un éventuel outil de dépistage à venir.

Et deuxièmement, parce qu'il s'agirait en réalité d'un facteur confondant, masquant l'existence de véritables facteurs exposants qui modulent les comportements sexuels et contraceptifs, comme le décrivaient déjà Santelli et al. en 1999 [43] puis Kotchick et al. en 2001. [24]

Des spécificités sont souvent trop rapidement attribuées à certains groupes ethniques alors qu'elles ne traduisent que le fait d'une appartenance sociale défavorisée, comme c'est fréquemment le cas pour les travaux portant sur les populations immigrées par exemple.

Or, il ne s'agit pas de considérer une spécificité ethnoculturelle d'un rapport à la contraception et à la sexualité. Il s'agit plutôt d'appréhender les conditions dans lesquelles l'usage de la contraception ou la pratique de la sexualité peuvent être faits, qu'on occulterait à tort par la traduction sociale d'une appartenance ethnique.

### **c) Élaboration des propositions**

J'ai pris le parti de privilégier la pertinence d'un facteur avant de le soumettre à l'évaluation des experts de la procédure Delphi.

Ainsi, plutôt que la « *consommation d'alcool* », notion vague et aléatoire d'un point de vue quantitatif d'une étude l'autre, c'est le facteur « *antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)* » qui a été proposé. Ce facteur serait plus précis et plus clairement établi dans la littérature comme constituant un déterminant exposant à la survenue d'une grossesse imprévue. (tableau 5 ; proposition n° 2)

De même, les « *troubles du comportement* », notion qui faisait appel dans la littérature à des comportements agressifs, parfois violents, de définition variable, ont été regroupés avec les « *antécédent(s) de délinquance* » sous le concept d' « *antécédent(s) d'acte(s) ou de comportement(s) répréhensible(s)* ». (tableau 5 ; proposition n° 4)

La formulation des propositions contenant les facteurs de risque d'exposition pré-sélectionnés pour la méthode d'élaboration de consensus a été effectuée de façon à essayer de retranscrire le plus fidèlement possible le sens établi dans la littérature.

Elle a été réalisée en double lecture afin d'assurer une meilleure compréhensibilité sans être trop suggestif pour ne pas influencer l'évaluation des experts.

Dans le but de préserver l'investissement et le jugement de ces derniers, certains facteurs relatifs à un même concept ont été regroupés au sein d'une unique proposition, limitant ainsi l'interdépendance des réponses tout en respectant l'objectif maximal de 40 items.

Si quelques uns de ces regroupements s'avèrent discutables dans leur réalisation, la méthode a pu rectifier ce biais. Certaines propositions, sans doute trop « chargées » de sens, et de fait difficilement évaluables, se sont par la suite retrouvées scindées dès la première ronde de la procédure Delphi. (tableau 8 ; propositions n° 1, 3, 8 et 14)

## **1.2.2. Technique Delphi**

### **a) Biais d'interprétation**

La qualité des résultats d'une technique Delphi dépend en grande partie de la formulation et du contenu de la question posée aux experts, ainsi que des propositions à évaluer. Une formulation inadéquate ou une modification infime de celle-ci peut influencer son interprétation, et donc son évaluation, altérant de fait la pertinence des résultats.

L'application de la méthode a généré ici quelques difficultés de compréhension quant aux objectifs de l'évaluation. Et ce, malgré les explications fournies avant le lancement de l'enquête, pourtant réitérées avant chaque nouvelle ronde et rappelées en tête de chaque questionnaire. (annexe 2)

Notamment, et à plusieurs reprises au fil de la procédure, des commentaires ont porté sur la « *pertinence* » ou sur l' « *intérêt* » d'identifier tel ou tel facteur lors d'une consultation de médecine générale.

Or, il avait bien été précisé que nous recherchions uniquement une évaluation de l'*accessibilité* au dépistage d'un facteur donné chez une jeune femme âgée de 14 à 25 ans lors d'une consultation.

C'est-à-dire s'il était plus ou moins facile d'obtenir l'information quant à l'exposition à un facteur donné, et non d'évaluer s'il y avait un intérêt ou s'il était pertinent de le rechercher.

Une autre difficulté d'interprétation s'est matérialisée chez certains experts par l'expression, dans leur évaluation, d'avoir ou non déjà recherché un facteur donné, ou encore du besoin d'exprimer le caractère « *systématique* » de sa recherche.

Ces biais d'interprétation de la méthode ont pu altérer la signification des résultats, et donc influencer leur représentativité et leur applicabilité.

En effet, on peut craindre que certains experts aient évalué leur pratique plus que le contenu des propositions, sans parvenir à faire abstraction de leur expérience personnelle et relative à un déterminant donné.

Ainsi, ils ont pu sous-noter certaines propositions pour le seul motif de ne les avoir jamais recherché ou encore pour n'être pas parvenus à les associer avec ce qu'ils pouvaient être amenés à prévenir.

Ceci s'illustre par certains commentaires effectués : « *Impossible de rechercher un facteur de risque dont on ne voit pas l'utilité.* » , « *(...) je trouve ce facteur difficilement dépistable et surtout sans intérêt médical.* » (ronde 2, proposition n° 28)\*\* ou encore « *(...) il est difficile de poser une question dont on ne voit pas l'intérêt clinique.* » (ronde 2, proposition n° 33)\*\*.

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

## **b) Limites de la neutralité de l'expression des opinions**

Cependant, c'est aussi pour leur expérience que les experts ont été recrutés.

Et il est difficile de juger l'accessibilité au dépistage d'un facteur sans se référer à son vécu et à ses représentations, qui modulent nécessairement nos pratiques et la façon dont on se projette dans l'accomplissement de celles-ci.

On peut également remettre en question les termes connotés de « *facteurs de risque* » et de « *dépistage* ». Ils ont pu influencer le jugement des experts en ventilant la notion de « *recherche systématique* » et de « *déjà* » ou « *jamais recherché* ».

Les termes de « *déterminants* » et d'« *identification* » auraient peut-être été plus appropriés car plus neutres, et auraient alors moins prêté à confusion dans l'objet de l'évaluation recherchée.

Enfin, on peut se demander si le choix de garder à la discrétion des experts le thème auquel les propositions se rattachaient ne les a pas gêné dans leur jugement.

Et si connaître ce thème ne leur aurait pas permis un meilleur investissement de celles-ci, et donc une évaluation plus juste de leur contenu en limitant les sentiments de manque d'intérêt ou de non pertinence de certains facteurs.

Cependant, le principal biais aurait pu être alors d'obtenir une évaluation du facteur comme étant ou non à risque de grossesse imprévue, voire d'IVG, et non plus d'évaluer son accessibilité en consultation de médecine générale.

## **2. Analyse et interprétation des résultats**

### **2.1. Revue systématique de la littérature**

Dans l'idéal d'une médecine fondée sur les preuves, l'objectif était d'identifier et de combiner les meilleures hypothèses issues de la recherche sur la prévention des grossesses imprévues. Cette problématique génère de multiples données, notamment en terme de « *facteurs de risque* », qui restent très hétérogènes, parfois imprécises, voire contradictoires.

Une approche initiale par revue de la littérature s'est efforcée d'analyser de façon systématique et ordonnée les données d'études publiées issues d'une recherche bibliographique étendue. L'objectif était de parvenir à établir une synthèse méthodique de l'information empirique disponible et de formuler des hypothèses pour répondre à une question précise.

L'élaboration au préalable d'une méthode systématique et reproductible, avec la définition d'un objectif et de paramètres de jugement, de critères de sélection et d'analyse des articles, associés à une présentation synthétique en réponse à la question de recherche posée, différencient les résultats d'une revue systématique de la littérature d'une simple revue narrative de celle-ci.

### **2.1.1. Pré-sélection : significativité des associations**

La caractérisation des facteurs de risque d'exposition suivant le degré de signification de leur association avec la survenue de l'événement (grossesse imprévue ou interruption volontaire de grossesse) avait été anticipée comme pouvant constituer un critère de pré-sélection supplémentaire pour la technique Delphi à suivre.

Les critères de pré-sélection appliqués ayant été suffisamment discriminants, cette distinction n'a pas été exploitée.

En outre, cela restait cohérent avec la volonté de ne pas méconnaître des facteurs qui auraient pu être exclus sur le simple argument que leur association avec l'événement n'avait pu être significativement établie. Et ce, à l'issue d'études faisant état, encore une fois, d'une grande variabilité méthodologique.

Sans omettre qu'un effet statistiquement significatif n'est pas toujours synonyme d'impact et de pertinence cliniques ou politiques.

### **2.1.2. Facteurs de risque d'exposition**

Seule une partie des facteurs identifiés par la revue systématique de la littérature effectuée a été discutée, dans l'objectif d'être plus informatif qu'exhaustif.

### a) Résultats d'études antérieures

Des facteurs de risque potentiels d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue retenus ici avaient déjà été identifiés et publiés à la fin des années 80 et au début des années 90.

On pouvait lire l'implication de certains déterminants : l'exposition à un dysfonctionnement parental [33], les antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s), la toxicomanie, la sous-estimation du risque de grossesse [34], le faible niveau socio-économique, le sentiment d'un faible encadrement parental, les difficultés de communication avec ceux-ci ou encore leur séparation [35], la précocité du premier rapport sexuel et l'influence de la représentation de l'expérience sexuelle des pairs [36] ...etc.

Si l'ancienneté de publication de ces données peut en altérer l'applicabilité à ce jour, on peut aussi considérer que cela puisse refléter une certaine constance de l'effet de ces facteurs.

A l'époque déjà, c'était bien l'hypothèse de l'effet d'une association de ces facteurs, et non de l'influence isolée de chacun d'eux, qui était évoquée par les auteurs. Ces facteurs ont été résumés par Susan Panzarine et John Santelli [27] qui situaient en outre le rôle central des médecins généralistes dans l'identification de ces déterminants à l'origine de situations à risque de grossesse non prévue.

En 2001, une revue de littérature effectuée par Kotchick et al. [24] sur une période s'étendant de 1990 à 1999 recensait des facteurs pouvant moduler un comportement sexuel à risque chez les adolescents . La précocité de l'âge des premières règles, la précocité de l'âge du premier rapport sexuel, les antécédents de violences sexuelles subies, la toxicomanie, les actes de délinquance, le faible niveau socioéconomique, les antécédents maternels de grossesse adolescente, l'influence des pairs (représentation de leur sexualité) ou encore le niveau scolaire étaient autant de facteurs cités.

En revanche, la synthèse de cette revue mettait en évidence des effets contradictoires quant à l'information sur la sexualité et la contraception et quant à l'aisance de communication parentale.

Certains facteurs de risque identifiés dans ce travail ont été décrits dans des revues d'états des lieux (« *scoping review* ») menées en Amérique du Nord (États-Unis et Canada) à la fin des années 90 et au milieu des années 2000 sur le thème des grossesses adolescentes et des grossesses imprévues. [29] [37]

Y ont été cités des déterminants :

- personnels : précocité de l'âge des premières règles, antécédents de violence physique ou sexuelle subie, toxicomanie, consommation d'alcool, faible niveau scolaire, mal-être ou rupture scolaire, faible ambition socioprofessionnelle, antécédents d'actes de délinquance, antécédents d'anxiété ou de dépression ;
- comportementaux sexuels et contraceptifs : précocité de l'âge du premier rapport sexuel, absence de contraception lors du premier rapport sexuel, multiplicité des partenaires sexuels, fréquence des rapports sexuels, crainte des effets secondaires d'une méthode contraceptive, discontinuité de son usage, partenaire réfractaire à la méthode contraceptive employée, partenaire sexuel plus âgé, défaut d'information sur la sexualité et la contraception ;
- structurels et dynamiques familiaux : difficultés de communication parentale, exposition à un dysfonctionnement parental, parents séparés ou divorcés, faible encadrement parental ressenti, faible niveau éducatif parental, antécédents maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse(s) adolescente(s) ;
- environnementaux : influence de la représentation de la sexualité des pairs, difficultés d'obtention d'une contraception, faible niveau socioéconomique.

### **b) Facteurs sélectionnés par la revue systématique de la littérature**

#### Précocité de l'âge des premières règles

Une hypothèse non vérifiée et implicitement véhiculée dans la littérature serait que la précocité de l'âge des premières règles pourrait constituer un facteur de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue par le biais d'une initiation plus précoce de la sexualité.

### Sous-estimation du risque de grossesse

La sous-estimation de la possibilité d'une grossesse par les jeunes femmes sexuellement actives, en partie générée par des représentations erronées en terme de fécondité, a été rapportée comme étant la première cause de non utilisation d'une contraception parmi les femmes âgées de moins de 25 ans ayant eu une IVG en 2007 en France. [8]

Ce phénomène, également mentionné dans le rapport de l'IGAS en 2009, en partie sur la base de données fournies par l'INPES, constituerait l'une des causes de retard à l'usage d'une contraception d'urgence et à son sous-emploi. Interrogées sur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas utilisé la contraception d'urgence, une large majorité (61%) des femmes demandeuses d'IVG déclaraient qu'elles ne pensaient pas qu'il y avait un risque de grossesse. [12] [38]

Nathalie Bajos et Michèle Ferrand évoquaient dans leur ouvrage [39] que la sous-estimation du risque de grossesse serait l'illustration du phénomène de « stérilité sociale » auquel se retrouvent confrontées les très jeunes femmes. Pour ces dernières, « l'accès à la maternité n'est socialement pas concevable » et la « perception du risque de grossesse peut être affectée par un sentiment d'infertilité plus ou moins prononcé ».

Or, employer une méthode contraceptive suppose la conscientisation de la possibilité d'une grossesse.

Ces jeunes femmes, bien qu'elles connaissent les méthodes contraceptives existantes ainsi que leurs modalités d'obtention, ne se sentiraient pas concernées par leur pratique, malgré une activité sexuelle et la réalité biologique de leur fertilité.

Elles ne mesureraient pas les conséquences reproductives potentielles de leur sexualité, qu'elles dissocieraient de leur fertilité, et qu'elles renverraient malgré elles à une sexualité d' « adulte » qui ne les concerne pas.

### Antécédents personnels et familiaux de grossesse avant l'âge de 20 ans

Les antécédents personnels de grossesse (quelle qu'en soit l'issue) ou d'IVG avant l'âge de 20 ans avaient déjà été rapportés par Kaminski et al. [40] comme facteur de risque de répétition d'interruptions volontaires de grossesse en France.

Un comparatif réalisé entre deux populations d'adolescentes de niveau socioéconomique similaire [41] avait mis en évidence que les jeunes filles ayant un antécédent maternel de grossesse adolescente, souffrant d'une carence socioaffective (isolement social, faible soutien parental) ou encore étant en situation de rupture scolaire, avaient un risque de grossesse imprévue plus élevé que les adolescentes non exposées à ce type de facteurs.

#### Difficultés de communication avec les parents

Les difficultés de communication avec les parents et la perception des « normes en vigueur » générées par l'encadrement parental seraient susceptibles d'influencer les pratiques sexuelles et contraceptives des jeunes femmes.

Elles pourraient rendre difficile l'obtention d'une contraception en limitant son accès au sens large du terme (physique, psychique, socioéconomique et culturel), notamment par le développement d'un sentiment de non reconnaissance et de non légitimité de leur sexualité.

A l'inverse, une diminution de ce sentiment de culpabilité contribuerait à encourager ces jeunes femmes à adopter des pratiques contraceptives plus sereines et adéquates.

Cependant, certaines jeunes femmes qui bénéficient pourtant de climats familiaux tolérants et ouverts, ne souhaitent pas évoquer leur besoin contraceptif (et donc leur sexualité) avec leurs parents, qui sont loin d'être toujours des interlocuteurs privilégiés dans un domaine où elles préfèrent préserver leur intimité et un certain tact à leur égard.

#### Consultation(s) en centre de planification et d'éducation familiale

Le recours aux centres de planification et d'éducation familiale peut constituer un moyen d'obtenir une contraception en toute confidentialité.

Ce recours, lorsqu'il matérialise des difficultés d'obtention et de pratique contraceptives, représenterait un « témoin d'alerte » d'exposition potentielle à la survenue d'une grossesse non prévue qu'il faut savoir identifier.

### Emploi de méthodes contraceptives non médicales

Certaines jeunes femmes emploient principalement des méthodes contraceptives liées à l'acte (méthodes « traditionnelles », préservatifs ou autres méthodes locales), plus aléatoires et moins protectrices vis-à-vis d'un risque de grossesse.

Ces méthodes seraient parfois employées par alternative, palliant à des difficultés d'obtention ou de pratique contraceptives médicales qu'il faut savoir détecter et appréhender : coût, confidentialité, crainte d'effets secondaires, partenaire réfractaire, insatisfaction d'une méthode contraceptive antérieure, attitude du corps médical...etc.

### Influence de la représentation des pairs, appartenance à un groupe

Les représentations de la sexualité des pairs et les normes de groupe seraient déterminantes sur les comportements sexuels et contraceptifs. En particulier en ce qui concerne l'âge du premier rapport sexuel, sous l'influence de pressions normatives et identitaires d'accomplissement qui laisseraient peu de place à l'autonomie de décision et à la réflexion.

Chez les plus jeunes femmes, les informations et les messages véhiculés par les pairs s'avèreraient d'autant plus écoutés et suivis que leur influence est palpable.

Les jeunes femmes qui n'ont que peu d'informations sur la sexualité, la contraception, les moyens de l'obtenir et ses modalités en pratique, seraient plus sensibles aux messages qui circulent dans le groupe de pairs.

Au contraire, lorsque qu'elles sont mieux documentées et disposent, pour leur information, de référents tels que le corps médical (médecins, infirmiers, sage-femmes), les professionnels de lieux d'accueil dédiés ou encore leurs parents, elles seraient moins réceptives aux représentations et aux informations fournies par le groupe. [39]

Cependant, pouvoir s'apparenter à un groupe, par le biais d'activités extra-scolaires ou extra-professionnelles (loisirs, sport, association...), serait protecteur par opposition à l'isolement social qui générerait des situations de vulnérabilité contraceptive, et donc de risque de grossesse non prévue.

Mais l'influence des représentations des pairs devrait être balisée par l'information, l'appropriation réflexive de son contenu et l'existence d'opportunités d'actualisation des connaissances grâce à des référents compétents en la matière.

#### Circonstances du premier rapport sexuel

Les circonstances du premier rapport sexuel (âge, méthode contraceptive employée) constitueraient des indicateurs des comportements sexuels et contraceptifs ultérieurs, notamment face à la perception et à la gestion des risques liés à la sexualité.

Mais le caractère fréquemment imprévu des premières relations sexuelles rendent l'anticipation et les précautions d'usage souvent inopérantes face à la spontanéité, l'urgence et l'impulsivité caractéristiques de l'adolescence. Sans oublier le rôle que pourrait jouer l'alcool ou l'usage d'autres substances, ainsi que l'influence du partenaire, qui entre parfois en ligne de compte.

#### Antécédent(s) de violence(s) subie(s), exposition précoce à la pornographie

Les antécédents de violences physiques ou sexuelles subies, mais aussi l'exposition précoce à la sexualité et à la pornographie, à l'heure actuelle aisément accessible et largement diffusée dans les médias, seraient à l'origine de représentations erronées du désir et de la sexualité, dans le respect de la dignité et de l'intégrité d'autrui.

L'altération de ces représentations pourrait être à l'origine d'une sexualité coercitive.

Les rapports sexuels sous la contrainte, généralement sous-déclarés et donc sous-estimés, concerneraient une population de jeunes femmes (et de jeunes hommes) plus vaste que l'on pense avec des abus et des violences sexuelles plus diversifiés et plus pernicious dans leur présentation que l'agression sexuelle caractérisée et identifiée comme telle.

Ces rapports contraints, voire violents, peuvent empêcher toute mesure de protection contre la survenue d'une grossesse.

#### Caractéristiques du partenaire

Avoir un partenaire sexuel plus âgé, par conséquent parfois plus expérimenté, pourrait donner lieu à une asymétrie des rapports de genre, avec l'instauration d'une

certaine dominance du partenaire sur la jeune femme. Celle-ci pourrait alors éprouver des difficultés à exprimer ou à faire reconnaître ses prérogatives contraceptives.

Ceci serait encore plus particulièrement vrai à l'entrée dans la vie sexuelle, période de vulnérabilité contraceptive majeure où les jeunes filles inexpérimentées n'ont pas toujours l'assurance suffisante pour définir et négocier leurs choix.

Dans ce sens, l'opinion du partenaire pourrait parfois influencer le choix d'une méthode contraceptive. Quand il y est réfractaire, le risque d'exposition à une grossesse non prévue serait majoré par l'application d'une méthode qui, employée par défaut, est généralement mal investie, et de ce fait potentiellement inefficace.

#### Insatisfaction de la méthode contraceptive employée

L'insatisfaction relative à l'emploi d'une méthode contraceptive ou encore la crainte des effets secondaires de celle-ci (réels ou envisagés) pourraient être à l'origine d'une discontinuité d'usage, d'une mal observance voire d'une interruption de la méthode sans substitution, exposant alors à la survenue d'une grossesse imprévue.

#### Scolarité et ambition socioprofessionnelle

La « faible ambition socioprofessionnelle », facteur qui a pu susciter lors de la procédure Delphi de vifs commentaires de la part des experts, est un déterminant qui a été jugé trop vague, difficilement appréciable voire tendancieux.

Cette notion renvoie sans doute aux représentations sociales qui modulent l'équilibre fragile entre exercice de la maternité et exercice professionnel.

La possibilité de prendre de la distance avec les modèles dominants de fécondité et de maternité diffère socialement.

En effet, ces modèles seraient d'autant plus prescriptifs et cette distance serait d'autant plus difficile à établir que les femmes sont moins à même socialement de les remettre en cause, et que les investissements professionnels se posent moins en termes d'alternative positive et d'accomplissement social que de contraintes financières.

La survenue d'une grossesse non prévue serait favorisée par des situations où les jeunes femmes ne disposent pas de perspectives positives en termes de

réalisation scolaire puis socioprofessionnelle, ou tout du moins se sentiraient dévalorisées sur ce plan.

Car la scolarisation et l'insertion socioprofessionnelle seraient les vecteurs des processus d'individuation et d'autonomisation des jeunes femmes.

Le rôle de la socialisation scolaire puis professionnelle serait déterminant dans l'estime de soi, dans la façon dont on se situe par rapport à l'autre et dans la légitimité d'un rôle sociétal. Elle permet d'accéder à une indépendance décisionnelle garantissant l'appropriation de ses choix de vie, notamment en terme de maîtrise de sa fécondité.

En France, en 2007, 17 % des mineures déclarant une IVG étaient en rupture scolaire contre 3 % dans la population générale des 15-17 ans. [42]

## **2.2. Technique Delphi**

Selon les principes de la médecine factuelle, un consensus validé par un groupe a plus de valeur que l'avis isolé d'un expert.

La structuration de la procédure a pu garantir la pondération des avis et le choix des experts a déterminé la qualité des résultats.

Cela suppose néanmoins que la légitimité de leur opinion sur la question de recherche ait été préalablement établie et reconnue.

### **2.2.1. Contraception et sexualité en médecine générale**

L'attitude des acteurs de santé, notamment des médecins généralistes, a une influence certaine sur l'accès (entendu au sens large une nouvelle fois) à la contraception, sur son appropriation et sa maîtrise, ainsi que sur le comportement sexuel des jeunes femmes.

Ils sont en première ligne pour rechercher les représentations erronées et les erreurs d'interprétation, et pour lutter contre celles-ci, notamment par le biais de l'identification des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui les déterminent.

La prescription contraceptive, quelle qu'elle soit, n'est pas équivalente à une prescription « thérapeutique » et nécessite du temps afin de trouver la méthode la plus adéquate dont il faudra expliquer les modalités.

En France, la première source d'information en matière de contraception et de sexualité envers laquelle le niveau de confiance était le plus élevé était représentée par les professionnels de santé. Ces derniers étaient cités par 55 % des Français en 2004, juste devant les sources médiatiques, qui réunissaient la confiance de 47 % des personnes interrogées à l'époque. [12]

Or, la prévention relative à la vie affective et à la sexualité serait celle avec laquelle les médecins généralistes seraient les moins à l'aise dans leur pratique, considérant que celle-ci relèverait moins de leurs compétences. [43]

Cette difficulté a pu être soulignée ici de façon plus ou moins explicite à travers certains commentaires, à l'image de celui-ci : « (...) *les questions sur la sexualité sont toujours un peu difficiles à aborder, surtout avec les ados (...)* » (ronde 1, proposition n° 13)\*\*.

### 2.2.2. Des thèmes sensibles

Cependant, la complexité d'aborder certains thèmes de prévention en consultation de médecine générale ne s'est pas uniquement manifestée au sujet de la sexualité ou de la contraception.

La recherche d'antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s) a pu être estimée comme étant « *Difficile à aborder pour le type de population de l'étude.* ». (ronde 2, proposition n° 2)\*\*

La consommation de substances illicites a été jugée par un expert comme étant une « *Question difficile à poser chez tout le monde.* ». (ronde 1, proposition n° 39)\*\*

Les antécédents de violence(s) subie(s) sont pour certains un thème pour lequel « *Il est délicat d'aborder le sujet de but en blanc lorsque ce n'est pas le motif de consultation.* » et « (...) *c'est moins évident d'aborder les violences en général.* » (ronde 2, proposition n° 3)\*\*.

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

On pouvait aussi lire, concernant l'identification de difficultés de communication éprouvées par les jeunes filles avec leurs parents, que c'était pour certains experts « *Difficile à aborder (...)* » (ronde 2, proposition n° 16)\*\*, de même que les antécédent(s) d'actes ou de comportements répréhensibles dont la question n'est « *Pas si simple à aborder en pratique courante.* ». (ronde 2, proposition n° 4)\*\*

### 2.2.3. Une hétérogénéité des pratiques

À travers les scores attribués et les commentaires effectués, on a pu mesurer une variabilité parfois importante dans la représentation et la configuration des pratiques, qui pouvaient même être en totale opposition dans l'appréciation du contenu de certaines propositions.

Cela a pu être le cas entre des propositions distinctes et dans l'appréciation d'une seule et même proposition.

Lorsque pour certains experts la recherche d'un facteur donné paraissait facile, évidente, « *basique* » voire déjà « *systématique* » dans leur exercice quotidien, d'autres l'estimait comme étant plus difficilement accessible à un dépistage ou comme étant tout simplement inapproprié.

À titre illustratif, on pouvait lire à propos de la question de la faible ambition socioprofessionnelle que c'est « *Quasi impossible à dépister* » car étant « *beaucoup trop subjectif.* » alors que pour d'autres experts, « *Cela semble assez facile à dépister, mais cela dépend quand même de ce qu'on entend par "faible".* ». (ronde 2, proposition n° 20)\*\*

Et si la recherche d'une consommation de substances illicites (toxicomanie) est pour certains experts une « *Question posée systématiquement.* », la proposition ne parvenait à réunir qu'un maximum de 34 % de scores supérieurs ou égaux à 7. (ronde 2, proposition n° 39)\*\*

Parfois, situer la proposition dans un contexte où elle pourrait être évoquée (sans ou avec les parents, étant ou non le médecin traitant, dans le cadre d'une

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

consultation à thème ou à condition d'avoir le temps...etc.) ou proposer une stratégie afin de pouvoir identifier un facteur (lecture de la carte vitale, emploi d'un logiciel informatique « poids-taille », à l'occasion du recueil des antécédents...etc.) permettait de légitimer son accessibilité.

Cela faisait quelques fois évoluer, dans un sens ou un autre, l'appréciation générale du groupe à propos de l'identification de ce facteur.

À l'inverse, quand le contexte dans lequel une proposition donnée ne parvenait pas à être investi, cela pouvait conduire à l'exclusion de la proposition. (ronde 1, proposition n° 19)\*\*

#### 2.2.4. Des facteurs jugés inaccessibles

La recherche de certains facteurs a parfois été qualifiée comme étant trop intrusive, certains experts estimant que leur existence ne les regardait pas ou que leur recherche pouvait gêner les patientes, voire témoigner d'un certain « voyeurisme » à leur égard.

Certains médecins ont ainsi estimé que la recherche de difficultés financières « *ne nous regarde pas* » en tempérant « *sauf si impact sur la santé.* ». (ronde 1, proposition n° 24)\*\*

A propos de la recherche d'une exposition à des violences physiques, antérieures ou actuelles, l'un des experts expliquait : « *Je me trouverai - probablement à tort - trop intrusive de poser la question systématiquement.* ». (ronde 3, proposition n° 3)\*\*

Le renseignement d'antécédent(s) maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse avant l'âge de 20 ans a également suscité un sentiment d'indiscrétion, avec l'argumentation que « (...) *la vie sexuelle de son entourage ne la regarde pas - la patiente- et nous non plus.* » (ronde 3, proposition n° 8)\*\*, de même que l'information de la fréquence des rapports sexuels : « *Je crains de gêner mes patients (...)* ». (ronde 1, proposition n° 27)\*\*

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

Mais le facteur qui a généré le plus d'émoi dans son caractère intrusif a été la recherche d'une influence des représentations de la sexualité des pairs chez les patientes : « (...) *je trouve cette question indiscrette/gênante.* » et « (...) *j'ai peur que la patiente prenne cela pour du "voyeurisme".* » ou « *Je ne pense pas que mes consœurs auraient apprécié la question si on la leur avait posée dans cette tranche d'âge là....Moi, j'aurais trouvé que mon médecin (qui était un homme) était bizarre, voire intéressé!* ». (rondes 1 et 3, proposition n° 28)\*\*

### 2.2.5. Des réponses difficiles à exploiter

Certaines appréciations se sont révélées très pertinentes, notamment quant à la qualité et à la véracité des réponses attendues de la part des jeunes femmes qui seraient interrogées.

En effet, certaines questions sensibles, bien que pouvant être accessibles en consultation, peuvent donner lieu à des réponses aléatoires ou peu fiables, rendant la motivation de leur recherche caduque et leur contenu difficilement exploitable.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'identifier le nombre de partenaires sexuels, les experts faisaient remarquer que « (...) *tout le monde ment ... autant ne pas poser la question.* » ; « (...) *celle qui a plusieurs partenaires sera probablement peu encline à dire la vérité. Si j'estime la réponse non fiable, je ne peux pas baser de décision sur cette réponse : je ne la pose pas.* » ou encore « (...) *elles se gardent bien (à quelques exceptions près) de dire qu'elles "papillonnent" (...) je ne me vois pas poser la question. D'autant que la réponse est d'une fiabilité ... légendaire !* ». (rondes 1, 2 et 3, proposition n° 35)\*\*

De même, il a été estimé qu'il était « *Difficile d'avoir la vraie réponse des patientes.* » à propos de l'emploi d'une méthode contraceptive lors des premier et dernier rapports sexuels (ronde 1, proposition n° 14)\*\* , ou bien encore qu'un épisode d'ivresse éthylique aiguë n'était « *Pas forcément avoué.* ». (ronde 2, proposition n° 2)\*\*

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

Certains ont évoqué la méconnaissance ou la pudeur d'une réponse que les patientes préféreraient alors adapter et dont la recherche serait par conséquent inutile puisque non interprétable : « (...) *je n'accorde aucune fiabilité à la réponse, comment prendre une décision basée sur une information erronée?* » concernant la recherche d'antécédent(s) maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse avant l'âge de 20 ans. (ronde 2, proposition n° 8)\*\*

Ou encore les jeunes femmes « *sont assez pudiques à ce sujet, et risquent de minimiser leurs difficultés scolaires.* » quand il s'agit d'identifier un éventuel mal-être scolaire. (ronde 2, proposition n° 29)\*\*

Et enfin « *Elles n'ont pas conscience de l'insuffisance.* » à propos d'un défaut d'information sur la contraception et la sexualité. (ronde 2, proposition n° 13)\*\*

Un expert explicitait que certaines jeunes femmes puissent ne pas répondre « *honnêtement* » à la question des antécédents d'infection sexuellement transmissible, dans la mesure où elles puissent en avoir « *honte* ». (ronde 3, proposition n° 7)\*\*

De même que le caractère « *sensible* » de la question des antécédents de fugue puisse être à l'origine d'une réponse qui « *ne sera pas contributive.* ». (ronde 2, proposition n° 40)\*\*

### 2.2.6. Des facteurs spontanément accessibles en apparence

Des experts ont argumenté que certains facteurs étaient identifiables sans qu'il ne soit nécessaire de les rechercher, car si exposition il y a, ce sont les patientes qui la révéleront d'elles-mêmes, ou bien encore le contexte.

C'est ainsi que les difficultés que pourrait éprouver une patiente pour obtenir sa contraception est un élément qui a pu être commenté comme n'étant « (...) *jamais recherché mais parfois abordé d'elle-même par la patiente* » ou comme étant une « *Question plus facile actuellement avec la polémique sur la contraception orale.* ». (rondes 1 et 3, proposition n° 15)\*\*

Est-ce que cela peut signifier qu'en dehors de toute polémique, cette question aurait été plus difficilement abordable pour cet expert ?

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

Un autre expert précisait que la sous-estimation de la possibilité d'une grossesse est un facteur de risque qui avait peu d'intérêt à être identifié dans la mesure où les jeunes femmes « *sont informées des risques lors de l'oubli de leur contraception orale ou des risques si elles n'en ont pas* ». (ronde 1, proposition n° 37)\*\*

Mais quant au dépistage d'un éventuel manque d'information sur la sexualité ou la contraception, il a été remarqué qu' « *On ne pose pas forcément la question, ce sont elles en général -les patientes- qui en parlent.* ».

En contradiction avec les commentaires d'autres experts dont l'un se demandait « *Comment déclarer qu'on ignore quelque chose?* » et où l'autre précisait « *C'est nous qui ressentons l'insuffisance quand on interroge.* ». (rondes 1 et 3, proposition n° 13)\*\*

La sexualité apparaît bien comme un thème sensible et difficile à aborder, dont on laisse volontiers l'initiative à la patiente, en partie par pudeur envers celle-ci, mais sans doute aussi par manque d'aisance, comme cela a pu être évoqué plus haut.

De sorte que la question de l'âge du partenaire est « (...) *difficile à aborder si la patiente n'en parle pas d'elle même.* » (ronde 1, proposition n° 33)\*\* et que concernant la possibilité qu'il soit réfractaire à la méthode contraceptive employée, « *Ce sont elles qui en parlent.* ». (ronde 1, proposition n° 34)\*\*

Quant aux éventuelles violences sexuelles subies, « *Pour heureusement les rares cas où elles y ont été confrontées, elles ont abordé le sujet elles-mêmes.* ». (ronde 3, proposition n° 3bis)\*\*

D'autres déterminants seraient spontanément abordés par les patientes selon certains experts, comme les difficultés financières éprouvées pour lesquelles on pouvait lire que c'était « *Assez facilement dépistable mais en pratique c'est souvent la patiente qui aborde le sujet.* » ou encore qu' « *Elles abordent souvent elles-même la question.* ». (rondes 1 et 3, proposition n° 24)\*\*

De même en ce qui concerne les antécédents de fugue pour lesquels un expert a fait remarquer qu'il n'y avait « *Pas de réel dépistage possible* » et que « *c'est la patiente qui aborde ce sujet.* ». (ronde 2, proposition n° 40)\*\*

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

Ou enfin concernant les antécédents d'actes répréhensibles pour lesquels le « *Dépistage -est- faisable, d'autant que les patientes abordent parfois d'elles même le sujet.* ». (ronde 1, proposition n° 4)\*\*

### 2.2.7. Une distinction nécessaire

Des experts ont mentionné la nécessité de distinguer la population à qui s'adressait la recherche d'un facteur donné.

Par exemple, à propos des difficultés de communication avec les parents, où l'un d'entre eux précisait : « *Je pense que cela ne concerne que les mineures.* », là où un autre expert explicitait « *Facile avec les moins de 16-18 ans; après leur scolarité, elles prennent leurs distances avec leurs parents.* ». (rondes 1 et 3, proposition n° 16)\*\*

Une éventuelle exposition à un dysfonctionnement parental, facteur « *Recherché chez les majeures si syndrome anxio-dépressif.* » pour l'un des experts interrogés, était au contraire plus « *facile si la jeune fille est mineure* » pour un autre expert. (rondes 1 et 3, proposition n° 18)\*\*

Le renseignement d'antécédent(s) de fugue était « *Utile chez une mineure en difficulté* » ou plutôt destiné à « *nos ados à problèmes* », mais quel en était l'« *intérêt chez une majeure sans problème?* » s'interrogeait l'un des experts. (rondes 1 et 2, proposition n° 40)\*\*

Quant à la recherche d'antécédent(s) de consultation en CPEF, un expert précisait qu'il aurait « *plus tendance à le proposer à des mineures qu'à des femmes de 20-24 ans.* » (ronde 3, proposition n° 11)\*\*, au même titre, mais dans un autre registre, que la mesure de l'IMC était dans la pratique d'un des experts un dépistage « *Très régulier chez l'adolescente, plus rarement chez la femme jeune.* ». (ronde 1, proposition n° 32)\*\*

---

\*\* Références consultables en annexe sur CD-Rom

Ces dernières remarques soulignent que, dans la perspective de l'exploitation ultérieure des résultats de ce travail, il sera sans doute plus pertinent d'envisager une distinction entre la population des mineures et des jeunes femmes plus âgées.

### **3. Discussion de l'hypothèse et perspectives**

#### **3.1. Hypothèse**

Les connaissances générées par méthode d'élaboration de consensus, sur la base de données fournies par revue systématique de la littérature, correspondent à des opinions d'experts recueillies à un instant *t*. Elles sont destinées à être intégrées dans un processus de recherche et d'évaluation, mais dépourvues d'une signification statistique.

Ces connaissances élaborées de façon consensuelle ne sont pas pour autant généralisables. Elles devront être réévaluées et critiquées au fil de l'évolution des pratiques et du développement de nouvelles connaissances afin d'espérer trouver des solutions adaptées à la prévention des grossesses imprévues.

Car si la survenue d'une grossesse imprévue est la résultante de l'absence ou d'un échec de contraception, elle doit cependant dépasser la simple distinction entre pratique contraceptive efficace et non efficace.

Et la pratique contraceptive n'est pas linéaire, mais assujettie à l'influence de multiples déterminants plus ou moins évolutifs qui en modulent le profil, pouvant générer parfois des situations de vulnérabilité contraceptive.

Il faut savoir rechercher et identifier ces situations car elles sont potentiellement exposantes au risque de survenue d'une grossesse imprévue.

Tous les facteurs de risque potentiels identifiés et retenus ici comme étant accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale chez les jeunes

femmes âgées de 14 à 25 ans (tableau 14) n'interviennent pas nécessairement dans la majoration du risque de survenue d'une grossesse imprévue.

Mais plusieurs facteurs, impliqués simultanément, s'articuleraient dans une configuration particulière qui créerait une situation singulière à risque.

La grande pluralité de ces facteurs, de leurs associations possibles et les multiples modalités avec lesquelles ils peuvent être amenés à s'intriquer, selon les femmes et les contextes, relativisent la portée de leur identification dans la perspective d'une prévention des grossesses imprévues.

D'autre part dans cette perspective, bien que cela reste indispensable, il n'est pas suffisant de se reposer sur une large diffusion de l'information et sur la généralisation d'une « éducation » en matière de sexualité et de contraception, qui n'ont en réalité qu'un impact relatif.

Éduquer et disposer de l'information ne suffisent pas. Les échecs ou l'absence de contraception à l'origine des grossesses non prévues ne sont pas liés à un simple défaut d'information, mais, on l'a suffisamment décrit, à l'influence de multiples déterminants (dont le manque d'information peut néanmoins faire partie).

Éduquer et informer n'ont qu'un effet relatif également du fait de l'existence de dissonances cognitives qui conduisent à moduler ses actes en fonction de ses représentations. Elles limitent ou retardent les changements de comportement, et donc l'adaptation face aux risques.

En d'autres termes, information n'est pas toujours synonyme de modifications comportementales car cela implique d'abord qu'il faut se sentir concerné par l'information pour adapter son comportement.

Ainsi, la responsabilisation de l'individu est un thème récurrent dans les politiques de prévention.

Or, les jeunes femmes ne sont pas seules responsables de l'efficacité de leur contraception et de ses échecs éventuels, qui dépendent en réalité des conditions et du contexte dans lesquels elle est prescrite.

La qualité de l'échange et les compétences des soignants auxquels elles font appel, les représentations et les pratiques des femmes en termes de sexualité et de contraception et celles de leurs prescripteurs, leurs motivations et celles de leur

partenaire, la facilité d'obtention de la méthode contraceptive choisie, sont autant d'éléments qui vont directement impacter l'observance d'une méthode, et donc son efficacité.

La prévention des grossesses imprévues chez les moins de 25 ans ne peut donc se limiter à cibler uniquement ces jeunes femmes, dont les comportements et les pratiques sont déterminants mais aussi déterminés.

Plus l'acceptation sociale de la sexualité est importante, moins les taux de grossesses imprévues (et de recours à l'IVG) seraient élevés. Et plus le discours médico-social est favorable à la reconnaissance et à l'acceptation de la sexualité des jeunes femmes, plus leur accès et leur pratique de la contraception seraient facilités, étant légitimés. [39]

Des mesures allant dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une plus grande reconnaissance de la sexualité et du droit d'accès à la contraception pour ces jeunes femmes doivent donc nécessairement être associées à une politique de prévention des grossesses imprévues.

Dans cette optique, certains auteurs déplorent une sur-médicalisation de la contraception, le corps médical représentant une contrainte sociale supplémentaire à l'émancipation des femmes dans la gestion de leur contraception. Ceci du fait de la nécessité d'une prescription de la plupart des méthodes efficaces existantes.

Cependant, les professionnels de santé, et en première ligne les médecins généralistes, constituent des interlocuteurs privilégiés envers lesquels les jeunes femmes ont confiance. Ils représentent pour elles une source d'information fiable et sécurisante, en plus de l'empathie et de l'accompagnement qui ne sauraient être substitués par une simple distribution contraceptive, qu'il serait dangereux de trop vouloir banaliser.

En ce sens, on ne peut que saluer l'initiative d'une consultation annuelle gratuite de prévention chez les jeunes femmes de 16 à 25 ans (article 55 de la loi HPST et article L. 162-1-17 du Code de Santé Publique).

Sans pour autant verser dans une attitude trop technique voire « hygiéniste » qui ne présenterait la sexualité que sous l'angle des risques auxquels elle expose. Cela pourrait, sur un mode transgressif, générer des comportements exposants, notamment chez les plus jeunes en quête d'affranchissement de conduites trop prescriptives à leur égard.

## **3.2. Perspectives**

### **3.2.1. Générales**

Ce travail avait pour objectif de mettre en évidence des déterminants identifiables en consultation de médecine générale et pouvant être à l'origine de situations à risque de grossesse imprévue chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans.

Mais dans une dimension relationnelle plus égalitaire en termes de sexualité et de santé reproductive, la sensibilisation des hommes doit aussi s'intensifier et ils doivent être impliqués dans les stratégies de prévention des grossesses imprévues.

D'autre part, dans une démarche inverse et au vu des résultats obtenus ici, il semblerait qu'un antécédent de grossesse imprévue ou la déclaration de celle-ci devraient faire rechercher l'exposition à certains facteurs nécessitant une prise en charge particulière. C'est le cas par exemple de l'existence d'un syndrome anxio-dépressif latent, d'une toxicomanie, d'un dysfonctionnement parental voire de violences banalisées...etc.

### **3.2.2. Travaux de recherche ultérieurs**

Les perspectives sur lesquelles pourraient ouvrir ce travail sont séquentielles.

À moyen terme, un premier projet serait d'identifier, parmi les facteurs d'exposition ayant été consensuellement reconnus comme accessibles à un

dépistage dans le cadre d'une consultation de médecine générale, ceux qui seraient significativement associés à la survenue d'une grossesse imprévue.

Cette étape de travail pourrait idéalement s'élaborer sur la base d'une étude longitudinale de cohorte auprès de femmes de moins de 25 ans, avec l'objectif de 5 à 10 facteurs de risque significatifs.

À plus long terme, les facteurs qui se révéleraient être significativement associés à la survenue de l'évènement pourront constituer la base de construction d'un outil de dépistage dédié à l'usage des médecins généralistes.

Cet outil devra faire l'objet d'une évaluation de son applicabilité en pratique auprès de médecins généralistes en activité, avant d'être validé et diffusé.

L'outil final créé pourra être estimé par son impact sur le nombre d'évènements déclarés « grossesse imprévue » chez les moins de 25 ans.

## **CONCLUSION**

La survenue d'une grossesse imprévue est la résultante conjoncturelle d'une pluralité de facteurs qui s'associent, s'opposent ou se renforcent entre eux, et s'inscrivent dans un contexte et une trajectoire de vie individuels qui lui donnent sens avant d'en déterminer l'issue.

La prévention d'un tel événement ne renvoie pas uniquement à des mesures préventives et informatives dans le seul domaine de la contraception, d'autant plus que la maîtrise de l'information ainsi que l'amélioration de la diffusion et de l'accessibilité contraceptives ne suffisent pas à elles seules à garantir une pratique adéquate.

Au terme de ce travail, il semblerait qu'une marge de progression envisageable dans la prévention des grossesses imprévues chez les 14-25 ans résiderait en une approche plus globale de ces jeunes femmes dont l'appréciation de l'exposition au risque d'une grossesse imprévue n'est pas uniquement déterminée par leur pratique contraceptive, mais bien par un ensemble de facteurs qui modulent celle-ci.

Une pré-requis indispensable au succès d'une telle démarche préventive est la reconnaissance sociale et médicale de la légitimité d'une sexualité non reproductive chez ces jeunes femmes, dont la négation fait obstacle à un comportement contraceptif adapté, au profit d'une pratique « normative » socialement acceptable, médicalement adéquate, avant d'être individuellement choisie.

Susciter le dialogue, faciliter l'expression de la demande, privilégier un temps d'écoute et identifier des situations à risque potentiellement exposantes, non loin d'être propres aux seuls domaines de la sexualité et de la contraception en médecine générale, constituent les fondations d'une amélioration de nos pratiques en terme de prévention des grossesses imprévues, tout du moins de la part « évitable » de celles-ci.

Cependant, et comme le soulignait déjà le rapport de l'IGAS en 2009, les conditions d'exercice actuelles de la médecine générale, avec une tarification à l'acte, se prêtent mal à ce type de consultation longue, à fort contenu relationnel, et dont la spécificité mériterait d'être reconnue et encouragée.

D'autre part, l'hétérogénéité du régime de prise en charge financière des différentes méthodes contraceptives existantes contribue, de façon non négligeable, à orienter la demande, la pratique et la prescription contraceptives, limitant ainsi la volonté de privilégier une liberté de choix, en réalité conditionnée par des critères économiques prépondérants.

Enfin, et parce que c'est un événement de détermination plurifactorielle dont les éléments ont des significations intra et interindividuelles évolutives, il persistera toujours des grossesses imprévues inévitables et, puisse-t-on le souhaiter dans une moindre mesure, évitables.

Face à cela, l'IVG demeure un recours, un droit, une liberté de choix qui l'inscrivent dans une obligation de soins à part entière, telle une légitime « *nécessité des temps modernes* » (Docteur Marie-Laure Brival)<sup>\*\*\*</sup>.

Cependant, si grâce à sa libéralisation, les complications médicales de l'IVG deviennent exceptionnelles, les répercussions psychologiques restent quant à elles mal évaluées, en particulier en ce qui concerne les plus jeunes femmes.

La motivation de contribuer au développement d'une stratégie de prévention primaire à l'encontre des grossesses imprévues chez les 14-25 ans est de considérer que chaque IVG évitée à cet âge justifie l'ampleur de l'effort.

---

<sup>\*\*\*</sup> Bianchi C. Aux Lilas, « le médecin s'est vraiment engagé » [Internet]. 20minutes.fr. 2008 [cité 9 sept 2013] : <http://www.20minutes.fr/paris/207100-lilas-medecin-vraiment-engage>

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1]. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et Sociétés; bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques. sept 2012;(492):1-4.
- [2]. Données sur la contraception et l'IVG en France. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. [Internet]. CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida); 2012 [cité 17 mai 2013]. Disponible sur: <http://paca.lecrips.net/spip.php?article355>
- [3]. Sandrine Danet et al. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. France: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); 2011 p. 330 (objectif n° 97). Report No.: 11-082.
- [4]. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesses en 2010. Etudes et Résultats; DREES. juin 2012;(804):1-6.
- [5]. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Michèle F. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et Sociétés; bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques. déc 2004;(407):1-4.
- [6]. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):162-198.
- [7]. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):116-147.
- [8]. Vilain Annick, Collet Marc, Moisy Muriel. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. France: DREES; 2009 2010 p. 51-62.
- [9]. Olier L. Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;n° 1(1):5-15.
- [10]. Tournyol du Clos N. Chiffres-clés 2011. L'égalité entre les femmes et les hommes. [Internet]. Dicom. France; 2012 [cité 17 mai 2013]. Disponible sur: [http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/03/Chiffres\\_cles-egalite-2011.pdf](http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/03/Chiffres_cles-egalite-2011.pdf)
- [11]. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence [Internet]. [cité 17 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.ancic.asso.fr/documents/gm035faucher.pdf>
- [12]. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. France: Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); 2009 oct p. 1-93. Report No.: RM2009-112P.

- [13]. Régnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? *Population et Sociétés*; bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'Etudes Démographiques. déc 2007;(439):1-4.
- [14]. Le Van C. *Les grossesses à l'adolescence: normes sociales, réalités vécues*. L'Harmattan. 1998.
- [15]. Crowther DM. *A Clinician's Guide to Systematic Reviews*. *Nutr Clin Pract*. 6 juin 2013.
- [16]. Frappé P. *Initiation à la recherche*. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMSanté CNGE. 2011.
- [17]. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Open Med*. 2009;3(3):e123-130.
- [18]. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 21 juill 2009;6(7):e1000100.
- [19]. Leridon H, Toulemon L. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population*. 1992;47ème année(1):1-45.
- [20]. Rossier C, Michelot F, Bajos N, COCON Group. Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Stud Fam Plann*. sept 2007;38(3):163-172.
- [21]. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. *Comparative Quantification of Health Risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. World Health Organization. Genève; Suisse: Ezzati M.; Lopez A.D.; Rodgers A.; Murray C.J.L.; 2004. p. 1255-1319.
- [22]. Adamczyk A. The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Soc Sci Res*. juin 2008;37(2):657-672.
- [23]. Magnusson BM, Masho SW, Lapane KL. Adolescent and sexual history factors influencing reproductive control among women aged 18-44. *Sex Health*. mars 2011;8(1):95-101.
- [24]. Kotchick BA, Shaffer A, Forehand R, Miller KS. Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clin Psychol Rev*. juin 2001;21(4):493-519.
- [25]. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil*. févr 2008;36(2):176-182.

- [26]. Olesen TB, Jensen KE, Munk C, Tolstrup JS, Kjaer SK. ["Liva"--population survey of female sexual habits]. *Ugeskr Laeg.* 22 nov 2010;172(47):3254-3259.
- [27]. Panzarine S, Santelli J. Risk factors for early sexual activity and early unplanned pregnancy. *Md Med J.* nov 1987;36(11):927-931.
- [28]. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sex Transm Infect.* avr 2000;76(2):98-102.
- [29]. Santelli JS, DiClemente RJ, Miller KS, Kirby D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med.* févr 1999;10(1):87-108, vi.
- [30]. Letrilliant L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser? *Exercer.* 2011;22(99):170-7.
- [31]. Skulmoski G, Hartman F, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education.* 2007;(6):1-21.
- [32]. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* oct 2000;32(4):1008-1015.
- [33]. Kellogg ND, Hoffman TJ, Taylor ER. Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence.* 1999;34(134):293-303.
- [34]. Flanigan B, McLean A, Hall C, Propp V. Alcohol use as a situational influence on young women's pregnancy risk-taking behaviors. *Adolescence.* 1990;25(97):205-214.
- [35]. Barnett JK, Papini DR, Gbur E. Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. *Adolescence.* 1991;26(102):457-472.
- [36]. Morgan C, Chapar GN, Fisher M. Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence.* 1995;30(118):277-289.
- [37]. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev.* avr 2012;23(1):123-138, xi.
- [38]. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception.* mars 2005;71(3):202-207.
- [39]. Nathalie Bajos, Ferrand M. De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. *Inserm;* 2002

[40]. Kaminski M, Crost M, Garel M. [Repeat induced abortions in France: analysis of statistic bulletins]. *Contracept Fertil Sex*. févr 1997;25(2):152-158.

[41]. Pereira AIF, Canavarro MC, Cardoso MF, Mendonça D. Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*. 2005;40(159):655-671.

[42]. Quelques données statistiques sur les familles et leurs évolutions récentes [Internet]. Haut Conseil de la Famille. France; 2012 [cité 17 mai 2013].  
Disponible sur: [http://www.hcf-famille.fr/IMG/pdf/Donnees\\_familles\\_1010-2.pdf](http://www.hcf-famille.fr/IMG/pdf/Donnees_familles_1010-2.pdf)

[43]. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis : INPES. France; 2011.

[44]. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2011;n° 1(1):42-60.

[45]. Baecher L, Weaver MA, Raymond EG. Increased access to emergency contraception: why it may fail. *Hum Reprod*. avr 2009;24(4):815-819.

[46]. Embersin C, Chardon B, Grémy I. Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque. Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005. [Internet]. Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France; 2007 [cité 17 mai 2013].  
Disponible sur: <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportBarometre2005.pdf>

[47]. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesses en 2008 et 2009. *Etudes et Résultats*; DREES. juin 2011;(765):1-6.

[48]. Walther MR, Peytremann-Bridevaux I, Bize R, Burnand B. [Up-to-date résumés of the systematic evaluation of efficacy of medical interventions ]. *Rev Med Suisse*. 10 déc 2008;4(183):2702.

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : courriel de présentation adressé à l'attention de chaque expert retenu**

Bonjour,

Vous avez accepté de participer, dans le cadre de mon travail de thèse, à un recueil d'opinion en tant qu'expert et je vous en remercie.

Vous faites ainsi partie d'un groupe de 18 médecins généralistes, répartis entre la région du Poitou-Charentes, de l'Ile-de-France et le département de l'Indre-et-Loire.

Comme convenu, je ne peux pas vous révéler pour le moment le sujet exact de ce travail afin que votre opinion ne soit pas influencée pendant l'enquête.

Pour rappel, ce recueil se fera de façon **totale**ment anonyme, par mail et sous l'intitulé "**DELPHI : Accessibilité au dépistage de facteurs de risque en médecine générale**" afin d'être repérable parmi vos courriels.

Ce recueil d'opinion est construit sur la méthode d'une technique Delphi dont le fondement repose sur le fait qu'un jugement de groupe est plus valide qu'un jugement individuel. L'objectif n'est pas d'obtenir des résultats statistiques, mais de parvenir à une sélection consensuelle de facteurs de risque accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale.

Pour cela, il va s'agir, à partir d'une liste de 40 facteurs relevés dans la littérature : d'attribuer à chacun d'eux un score allant de 1 (très difficilement "*dépistable*") à 9 (très facilement "*dépistable*") : j'entends par "*dépistable*" le fait de pouvoir rechercher et identifier le facteur par l'interrogatoire ou l'examen clinique dans le cadre d'une consultation de médecine générale avec la possibilité à chaque fois de commenter de façon libre le score attribué et le facteur évalué.

Le score médian attribué à chaque facteur ainsi que la synthèse des commentaires effectués seront portés à la connaissance de chacun, toujours de façon anonyme, lors de chaque nouvelle ronde, en parallèle du rappel de votre précédente réponse et ce jusqu'à l'obtention d'une sélection consensuelle de 15 facteurs sur les 40 proposés initialement, soit environ 3 à 4 rondes de recueil en tout.

J'attire votre attention sur le fait que plus vos réponses seront promptes, plus tôt la ronde suivante pourra être engagée et plus vite l'enquête sera close.

Néanmoins, je sou mets à votre jugement une liste de facteurs dont il m'a fallu plusieurs mois de travail avec l'analyse de plus d'une centaine d'articles afin de parvenir à une pré-sélection cohérente de facteurs de risque potentiels.

Je suis motivée par le fait que la sélection consensuelle ainsi obtenue pourrait donner lieu à plusieurs travaux de recherche ultérieurs dont la finalité serait d'aboutir à la construction d'un outil de dépistage.

C'est donc avec une sincère confiance que je compte sur l'intérêt que vous porterez à ce recueil afin que je puisse en tirer des conclusions pertinentes pour des perspectives encourageantes.

Merci encore de contribuer à ce travail et merci par avance de répondre à ce mail pour validation de votre adresse ainsi que de la réception de ce message.

L'enquête débutera dans quelques jours.

Je reste à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Avec toute ma gratitude, bien cordialement

**Annexe 2 : début du questionnaire Google Chart® employé en technique Delphi**

## DELPHI : Accessibilité au dépistage de facteurs de risque en médecine générale

Sur une échelle de 1 à 9, pouvez-vous évaluer l'accessibilité au dépistage, dans le cadre d'une consultation de médecine générale, des 40 facteurs de risque suivants chez les femmes âgées de 14 à 25 ans?  
Vous pouvez préciser la nécessité d'une reformulation, commenter le facteur et/ou le score attribué de façon libre, et éventuellement proposer une reformulation.

**\*Obligatoire**

**1) Absence d'appartenance à un groupe ou absence d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s) \***

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Très difficilement dépistable          Très facilement dépistable

Reformulation du facteur nécessaire

**1) Commentaires libres sur le facteur et/ou le score attribué et/ou reformulation éventuelle**

## Annexe 2bis : tableau de réponses Google Chart® exploité en technique Delphi

DELPHI ronde 1 (réponses) ☆

Fichier Édition Affichage Insertion Format Données Outils Formulaire Aide Dernière modification le 20 avril

Commentaires Partager

fx Horodateur

	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	3) Commentaires libres sur le facteur et/ou le score attribué et/ou reformulation éventuelle	4) Antécédent(s) d'acte(s) ou de comportement(s) répréhensible(s)		4) Commentaires libres sur le facteur et/ou le score attribué et/ou reformulation éventuelle	5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG		5) Commentaires libres sur le facteur et/ou le score attribué et/ou reformulation éventuelle	6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence		6) Commentaires libres sur le facteur et/ou le score attribué et/ou reformulation éventuelle
3		6			8			7		
4		1			6			5		
5		6			9			9		
6		2			2			2		
7	Difficile à amener dans une conversation de consultation courante. Question plus facilement posée si suspicion de syndrome anxio-dépressif	7		Relativement facile lors des premières fois ou l'interrogatoire recherche un tabagisme ou la prise de drogues.	9			7		Il suffit de penser à poser la question. Donc facile si dans interrogatoire systématique pour une première fois, difficile si on n'y pense pas.
8		4			7			7		
9		2			9			5		

+ Réponses de formulaire

**Annexe 3 : exemple de tableau de synthèse personnel adressé à un expert avant  
chaque ronde d'enquête (technique Delphi)**

	Score personnel	Score médian	Score entre 1 et 3	Score entre 7 et 9	Consensus	Commentaires des experts	Demande(s) de reformulation
1) Absence d'appartenance à un groupe social	5	5	11%	28%	NON	Je me suis figé sur les activités extra-scolaires ou extra-professionnelles mais il est vrai que le terme groupe social me dérange. Formulation trop laconique. On appartient toujours à un groupe social ! S'il s'agit de cibler des populations à risque, il faut les exploiter, sinon cet item ne sert à rien. Facile à aborder dans certains types de consultation. La notion de groupe social reste à préciser. Une femme de 14 à 25 ans appartient à au moins un groupe social : celui des femmes de 14 à 25 ans... en psychologie sociale ou en sociologie, un groupe social désigne des personnes ayant des caractéristiques communes. Peut-être vaudrait-il mieux formuler l'appartenance à un groupe social, avec tout ce que ça sous-entend...question pernicieuse s'il en est....	1
1bis) Absence de pratique d'activité(s) extra-scolaire(s) ou extra-professionnelle(s)	7	7	0%	78%	OUI	Du coup là pour moi c'est plus clair. Cela dépend du motif de consultation. La formulation me semble claire.	0
2) Antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s)	5	6	28%	38%	NON	Difficile à aborder pour le type de population de l'étude. Pas forcément avoué. Formulation claire. La question n'est pas difficile à poser, encore faut-il que ça me vienne à l'esprit de manière systématique, ce n'est pas forcément le cas avec la femme jeune, mais cela devrait.	0
3) Antécédent(s) de violence(s) physique(s) subie(s)	3	4	44%	17%	NON	Facteur qui s'adapte aussi à l'environnement, les réponses vont être distinctes en fonction du lieu d'exercice et de l'expérience du médecin. Recherché en fonction du contexte, mais pas accessible pour un dépistage. Il est délicat d'aborder le sujet de but en blanc lorsque ce n'est pas le motif de consultation. Les violences sexuelles ou conjugales peuvent être abordées au cours de la consultation de frottis (mais elle n'est pas concernée, elle a moins de 25 ans), ou de contraception, mais c'est moins évident d'aborder les violences en général.	0
3bis) Antécédent(s) de violence(s) sexuelle(s) subie(s)	4	3	56%	18%	NON	Recherché en fonction du contexte, mais pas accessible pour un dépistage. Plus facile si famille connue. La question peut se placer dans une consultation à thème gynéco.	0
4) Antécédent(s) d'acte(s) condamnable(s) par la justice ou de comportement(s) agressif(s)	3	4	38%	22%	NON	Pas si simple à aborder en pratique courante. Etonnement, les patientes ne parlent pas en courant si je leur demande si elles ont déjà eu des problèmes avec la justice.	0
5) Antécédent(s) de grossesse(s) non désirée(s) ou d'IVG	5	7,5	0%	72%	OUI	Facilement dépistable chez la femme jeune. Beaucoup plus simple si je suis le médecin traitant.	0
6) Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence	4	7	0%	67%	NON	Facilement dépistable lors des consultations pour contraception (renouvellement ou instauration). Systématique.	0
7) Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (IST)	2	7	6%	56%	NON	Systématique lors du renseignement des antécédents.	0
8) Antécédent(s) de grossesse, quel qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans chez la mère et/ou la/les sœur(s) de la patiente	2	5,5	23%	23%	NON	Facilement dépistable mais jamais recherché pour ma part. Le seul cas où elle est censée être au courant, c'est si elle a été conçue avant les 20 ans de sa mère. Le reste est personnel, sa mère et/ou sa/ses sœurs ne sont pas obligées de la tenir au courant de leurs antécédents gynéco surtout s'il y a eu IVG. Biais évident sur les antécédents familiaux, je n'accorde aucune fiabilité à la réponse, comment prendre une décision basée sur une information erronée? Jamais recherché en ce qui me concerne.	0
8bis) Antécédent(s) personnel(s) de grossesse, quel qu'en soit l'issue, avant l'âge de 20 ans	4	8	6%	67%	NON		0
9) Episode(s) antérieur(s) ou actuel(s) d'anxiété ou de dépression	7	7	0%	73%	OUI		0

Ce tableau est incomplet, il est présenté à titre purement illustratif.

**Annexe 4 : 25 éléments de littérature grise exploités pour la revue de littérature**

1. Régnier-Loillier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? Population et Sociétés; bulletin mensuel d'information de l'INED, déc. 2007; (439):1-4.
2. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la législation de l'avortement. Revue Française des Affaires Sociales. 2011; (1):42-60.
3. Adam F. Étude comparative des femmes ayant eu recours à l'IVG versus des femmes n'ayant pas d'antécédent d'IVG en Ille-et-Vilaine 2009-2010. Existe-t-il des différences significatives permettent de mieux cibler la prévention des grossesses non désirées? [Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Rennes]: Rennes 1; 2012.
4. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. France : Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); 2009 oct. p. 1-93. Report No.: RM2009-112P.
5. Demmou M. Facteurs de risque d'IVG réalisées chez la mineure, amélioration de la prévention en soins primaires : revue de la littérature [Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Toulouse]: UFR Toulouse III - Paul Sabatier; 2010.
6. Anselm A. Grossesse chez l'adolescente: analyse de la situation en France. Que faire pour diminuer le nombre d'interruptions volontaires de grossesse? [Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Strasbourg]: Strasbourg; 2009.
7. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence [Internet]. [cité 17 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.ancic.asso.fr/documents/gm035faucher.pdf>
8. Embersin C, Chardon B, Grémy I. Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque. Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005. [Internet]. Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France; 2007 [cité 17 mai 2013]. <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportBarometre2005.pdf>
9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population et Sociétés; bulletin mensuel d'information de l'INED, sept 2012; (492):1-4.
10. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue Française des Affaires Sociales. 2011; (1):116-147.

- 
11. Aujoulat I, Libion F, Rose B. Les grossesses chez les adolescentes : analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Tome 2, Synthèse des résultats et recommandations pour la prévention, l'éducation et l'accompagnement. [Internet]. Bruxelles : ULC-RESO; 2007 oct. p. 1-33.  
Disponible sur: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/grossesseadosynth.pdf>
12. Lebouteux G. Les interruptions volontaires de grossesse dans les Pays de la Loire en 2006. (2008)
13. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesses en 2008 et 2009. Études et Résultats; DREES, juin 2011; (765):1-6.
14. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesses en 2010. Études et Résultats; DREES, juin 2012; (804):1-6.
15. Boumahdi N. Les raisons des grossesses chez les mineures avec décision d'interruption volontaire de grossesse. [Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Reims]: Reims; 2007.
16. Vilain Annick, Collet Marc, Moisy Muriel. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. France : DREES; 2009-2010. p. 51-62.
17. Sandrine Danet et al. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. France : DREES; 2011. p. 330 (objectif n° 97). Report No.: 11-082.
18. Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes [Internet]. France; 1999, fév. p. 1-55.  
Disponible sur : [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../0000.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../0000.pdf)
19. Leridon H, Toulemon L. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. Population. 1992; 47ème année (1):1-45.
20. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. Comparative Quantification of Health Risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. World Health Organization. Genève; Suisse: Ezzati M.; Lopez A.D.; Rodgers A.; Murray C.J.L.; 2004. p. 1255-1319.
21. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Michèle F. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et Sociétés; bulletin mensuel d'information de l'INED, déc. 2004; (407):1-4.
22. Olier L. Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France: évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. Revue Française des Affaires Sociales. 2011; (1):5-15.

- 23.** Feldman W, Martell A, Dingle JL. Prevention of unintended pregnancy and sexually transmitted diseases in adolescents. Guide canadien de médecine clinique préventive; chapitre 46 [Internet]. Canadian Task Force. Canada: Agence de Santé Publique (Canada); 1993 [cité 3 oct 2012]. p. 539-557. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat>
- 24.** Santelli JS, DiClemente RJ, Miller KS, Kirby D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med.* Fév. 1999; 10(1):87-108.
- 25.** Inserm-Ined Unité 822, Équipe COCON; Bajos N. et al. Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004). INSERM-INED; 2008.

**Annexe 5 : 7 articles complémentaires relatifs aux conséquences chez les adolescents et jeunes adultes d'une exposition précoce à la sexualité ou à la pornographie dans les médias**

Équation de recherche : (pornography [Title/Abstract] AND unplanned pregnancy [All fields] AND ("1992/01/01" [PDAT] : "2012/12/31" [PDAT]))

Bases de données : PubMed et Embase

1. Chandra A, Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, et al. Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. *Pediatrics*. Nov. 2008; 122(5):1047-1054.
2. Kraus SW, Russell B. Early sexual experiences: the role of Internet access and sexually explicit material. *Cyberpsychol Behav*. Avr. 2008; 11(2):162-168.
3. Lo V, Wei R. Exposure to Internet pornography and Taiwanese adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*. Juin 2005; 49(2):221-237.
4. Braun-Courville DK, Rojas M. Exposure to sexually explicit Web sites and adolescent sexual attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. Août 2009; 45(2):156-162.
5. Guy RJ, Patton GC, Kaldor JM. Internet pornography and adolescent health. *Med J Aust*. Mai 2012; 196(9):546-547.
6. Brown JD, L'Engle KL, Pardun CJ, Guo G, Kenneavy K, Jackson C. Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics*. Avr. 2006; 117(4):1018-1027.
7. Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*. Sept 2004; 114(3):e280-289.

**Annexe 6 : 102 articles inclus pour la revue systématique de la littérature**

1. DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Sionean C, Brown LK, Rothbaum B, et al. A prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics*. Nov. 2001; 108(5):E85.
2. Santos MI, Rosário F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. *Fam Pract*. oct 2011; 28(5):482-488.
3. Addor V, Narring F, Michaud P-A. Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly*. 19 avr. 2003; 133(15-16):219-226.
4. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plann Perspect*. Oct. 1997; 29(5):200-203, 227.
5. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspect Sex Reprod Health*. Sept. 2009; 41(3):173-180.
6. East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspect Sex Reprod Health*. Juin 2007; 39(2):108-115.
7. Shlay JC, Zolot L, Bell D, Maravi ME, Urbina C. Association between provision of initial family planning services and unintended pregnancy among women attending an STD clinic. *J Womens Health (Larchmt)*. Oct. 2009; 18(10):1693-1699.
8. Hippisley-Cox J, Allen J, Pringle M, Ebdon D, McPhearson M, Churchill D, et al. Association between teenage pregnancy rates and the age and sex of general practitioners: cross sectional survey in Trent 1994-7. *BMJ*. 25 mars 2000; 320(7238):842-845.
9. Naimi TS, Lipscomb LE, Brewer RD, Gilbert BC. Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. *Pediatrics*. Mai 2003; 111(5 Part 2):1136-1141.
10. Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol*. Janv. 2005; 105(1):46-52.
11. Van Roode T, Dickson N, Herbison P, Paul C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort. *Child Abuse Negl*. Mars 2009; 33(3):161-172.
12. Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction*. Déc. 2007; 102(12):1971-1978.

13. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J, Ebdon D, Macpherson M, et al. Consultation patterns and provision of contraception in general practice before teenage pregnancy: case-control study. *BMJ*. 19 août 2000; 321(7259):486-489.
14. Kozinszky Z, Bártai G. Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 15 janv 2004; 112(1):80-83.
15. Parkes A, Wight D, Henderson M, Stephenson J, Strange V. Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year-old girls from the RIPPLE and SHARE studies. *J Adolesc Health*. Janv. 2009; 44(1):55-63.
16. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. Déc 2002; 34(6):294-303.
17. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. Contraceptive use and abortion among women of reproductive age in st. Petersburg, Russia. *Perspect Sex Reprod Health*. Mars 2009; 41(1):51-58.
18. Wu J, Wang L, Rauyajin O, Good S. Contraceptive use behavior among never married young women who are seeking pregnancy termination in Beijing. *Chin Med J*. Juin 2002; 115(6):851-855.
19. Mårdh PA, Creatsas G, Guaschino S, Hellberg D, Henry-Suchet J. Correlation between an early sexual debut, and reproductive health and behavioral factors: a multinational European study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Sept. 2000; 5(3):177-182.
20. Narring F, Michaud PA, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Fam Plann Perspect*. Oct. 1996; 28(5):232-236.
21. Chedraui PA, Hidalgo LA, Chávez MJ, San Miguel G. Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less. *J Perinat Med*. 2004; 32(4):337-341.
22. Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. *Womens Health Issues*. Oct. 2009; 19(5):306-312.
23. Allen E, Bonell C, Strange V, Copas A, Stephenson J, Johnson AM, et al. Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. *J Epidemiol Community Health*. Janv. 2007; 61(1):20-27.
24. Chandra A, Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, et al. Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. *Pediatrics*. Nov. 2008; 122(5):1047-1054.

25. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health*. Janv. 2006; 11(1):90-101.
26. Mann S., Brima N., Stephenson J. Early alcohol use and sexual activity in young people : a secondary analysis of the RIPPLE and SHARE school survey data. *HIV Med*. 21 avr 2010;11(suppl. 1):48; abstract no. P86.
27. Woodward LJ, Fergusson DM. Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Dev Psychopathol*. 1999; 11(1):127-141.
28. Kenney JW, Reinholtz C, Angelini PJ. Ethnic differences in childhood and adolescent sexual abuse and teenage pregnancy. *J Adolesc Health*. Juill. 1997; 21(1):3-10.
29. Falcon M, Valero F, Pellegrini M, Rotolo MC, Scaravelli G, Joya J, et al. Exposure to psychoactive substances in women who request voluntary termination of pregnancy assessed by serum and hair testing. *Forensic Sci Int*. 20 mars 2010; 196(1-3):22-26.
30. Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. [Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecol Obstet Fertil*. Févr. 2008; 36(2):176-182.
31. Williams SP, Frank ML, Ilegbodun A, Sangi-Haghpeykar H, Corboy JE, Poindexter AN. Factors associated with unintended pregnancy. *Adv Contracept*. Déc. 1997; 13(4):429-438.
32. Rosenfeld JA, Everett KD. Factors related to planned and unplanned pregnancies. *J Fam Pract*. Août 1996; 43(2):161-166.
33. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutiérrez R, Lammers C, Blum RW. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *J Adolesc Health*. Août 1999; 25(2):166-172.
34. Schreiber CA, Whittington S, Cen L, Maslankowski L. Good intentions: risk factors for unintended pregnancies in the US cohort of a microbicide trial. *Contraception*. Janv. 2011; 83(1):74-81.
35. Quinlivan JA, Tan LH, Steele A, Black K. Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry*. Avr. 2004; 38(4):197-203.
36. Thrane LE, Chen X. Impact of running away on girls' pregnancy. *J Adolesc*. Avr. 2012; 35(2):443-449.
37. Haldre K, Rahu K, Rahu M, Karro H. Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *Eur J Public Health*. Juin 2009; 19(3):266-270.

38. Menezes GMS, Aquino EML, da Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saude Publica*. Juill. 2006; 22(7):1431-1446.
39. Correia DS, Cavalcante JC, Maia EMC. Induced abortion: risk factors for adolescent female students, a Brazilian study. *ScientificWorldJournal*. 2009; 9:1374-1381.
40. Bonell C, Allen E, Strange V, Oakley A, Copas A, Johnson A, et al. Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *J Epidemiol Community Health*. Juin 2006; 60(6):502-506.
41. Ismayilova L. Intimate partner violence and unintended pregnancy in Azerbaijan, Moldova and Ukraine. *Demographic and Health Research*. Déc. 2010; (79):1-22.
42. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. Janv. 2013; 120(1):3-9.
43. Kuroki LM, Allsworth JE, Redding CA, Blume JD, Peipert JF. Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol*. Nov. 2008; 199(5):517.e1-7.
44. Gleit DA. Measuring contraceptive use patterns among teenage and adult women. *Fam Plann Perspect*. Avr. 1999; 31(2):73-80.
45. Caputo VG, Bordin IA. [Mental health problems among pregnant and non-pregnant youth]. *Rev Saude Publica*. Août 2007; 41(4):573-581.
46. Johnson K, Al Zoubi O, Wulfe M. Mistimed and unwanted pregnancies in Jordan. *Jordan Further Analysis*. Sept. 2004; 1-23.
47. Zapata LB, Kissin DM, Robbins CL, Finnerty E, Skipalska H, Yorick RV, et al. Multi-city assessment of lifetime pregnancy involvement among street youth, Ukraine. *J Urban Health*. Août 2011; 88(4):779-792.
48. Adams JA, East PL. Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as an adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Août 1999; 12(3):133-138.
49. Thorsén C, Aneblom G, Gemzell-Danielsson K. Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls: focus group discussions. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Déc. 2006; 11(4):302-309.
50. Kassa N, Berhane Y, Worku A. Predictors of unintended pregnancy in Kersa, eastern Ethiopia, 2010. *Reprod Health*. 2012;9:1.

51. Rome ES, Rybicki LA, Durant RH. Pregnancy and other risk behaviors among adolescent girls in Ohio. *J Adolesc Health*. Janv. 1998; 22(1):50-55.
52. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. Avr. 2010; 81(4):316-322.
53. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy intention, demographic differences, and psychosocial health. *J Womens Health (Larchmt)*. Août 2011; 20(8):1215-1223.
54. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Août 2008; 48(4):391-397.
55. Miranda AE, Szwarcwald CL. Pregnancy Rate and Risk Behaviors Among Female Adolescents in Vitória, Brazil. *Women Health*. 2007; 45(3):17-30.
56. Campo S, Askelson NM, Spies EL, Losch M. Preventing unintended pregnancies and improving contraceptive use among young adult women in a rural, Midwestern state: health promotion implications. *Women Health*. Mai 2010; 50(3):279-296.
57. Takahashi S, Tsuchiya KJ, Matsumoto K, Suzuki K, Mori N, Takei N. Psychosocial determinants of mistimed and unwanted pregnancy: the Hamamatsu Birth Cohort (HBC) study. *Matern Child Health J*. Juill. 2012; 16(5):947-955.
58. Woodward VM. Psychosocial factors influencing teenage sexual activity, use of contraception and unplanned pregnancy. *Midwifery*. Déc. 1995; 11(4):210-216.
59. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Harrington K, Davies S, Hook EW 3rd, et al. Psychosocial predictors of pregnancy among low-income African-American adolescent females: a prospective analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. Déc. 2002; 15(5):293-299.
60. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Laanpere M, Nikula M, Kuznetsova O, Haavio-Mannila E, et al. Risk factors for induced abortions in St Petersburg, Estonia and Finland. Results from surveys among women of reproductive age. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Juin 2009; 14(3):176-186.
61. Vundule C, Maforah F, Jewkes R, Jordaan E. Risk factors for teenage pregnancy among sexually active black adolescents in Cape Town. A case control study. *S Afr Med J*. Janv. 2001; 91(1):73-80.
62. East PL, Kiernan EA. Risks among youths who have multiple sisters who were adolescent parents. *Fam Plann Perspect*. Avr. 2001; 33(2):75-80.
63. Thompson SJ, Bender KA, Lewis CM, Watkins R. Runaway and pregnant: risk factors associated with pregnancy in a national sample of runaway/homeless female adolescents. *J Adolesc Health*. Août 2008; 43(2):125-132.

64. Mabila Babela J-R, Massamba A, Bantsimba T, Senga P. [Sexual behaviour among adolescents in Brazzaville, Congo]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. Sept. 2008; 37(5):510-515.
65. Hamerlynck SMJJ, Cohen-Kettenis PT, Vermeiren R, Jansen LMC, Bezemer PD, Doreleijers TAH. Sexual risk behavior and pregnancy in detained adolescent females: a study in Dutch detention centers. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2007; 1(1):4.
66. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*. 2010; 340:c2573.
67. Brown JD, L'Engle KL, Pardun CJ, Guo G, Kenneavy K, Jackson C. Sexy media matter: exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics*. Avr. 2006; 117(4):1018-1027.
68. Black KI, Mercer CH, Johnson AM, Wellings K. Sociodemographic and sexual health profile of users of emergency hormonal contraception: data from a British probability sample survey. *Contraception*. Oct. 2006; 74(4):309-312.
69. Nur N. Socioeconomic disparities among ever-married Turkish women who had unintended pregnancies and abortions in a middle Anatolian city. *Women Health*. 2012; 52(7):716-729.
70. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. Janv. 2008; 85(1):125-135.
71. Saewyc EM, Poon CS, Homma Y, Skay CL. Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Can J Hum Sex*. 2008; 17(3):123-139.
72. Falk G, Ostlund I, Magnuson A, Schollin J, Nilsson K. Teenage mothers -- a high-risk group for new unintended pregnancies. *Contraception*. Déc. 2006; 74(6):471-475.
73. Caputo VG, Bordin IA. [Teenage pregnancy and frequent use of alcohol and drugs in the home environment]. *Rev Saude Publica*. Juin 2008; 42(3):402-410.
74. Galvez-Myles, Myles TD. Teenage pregnancy in the Texas Panhandle. *J Rural Health*. 2005; 21(3):259-262.
75. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J. Teenagers at risk of unintended pregnancy: identification of practical risk markers for use in general practice from a retrospective analysis of case records in the United Kingdom. *Int J Adolesc Med Health*. Juin 2002; 14(2):153-160.
76. Taft AJ, Watson LF. Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health*. Avr. 2007; 31(2):135-142.

- 77.** Brunner Huber LR, Hogue CJ. The association between body weight, unintended pregnancy resulting in a livebirth, and contraception at the time of conception. *Matern Child Health J.* Déc. 2005; 9(4):413-420.
- 78.** Young LK, Farquhar CM, McCowan LM, Roberts HE, Taylor J. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *N Z Med J.* 25 Mai 1994; 107(978):189-192.
- 79.** Bonell C, Allen E, Strange V, Copas A, Oakley A, Stephenson J, et al. The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *J Epidemiol Community Health.* Mars 2005; 59(3):223-230.
- 80.** Baumgartner JN, Waszak Geary C, Tucker H, Wedderburn M. The influence of early sexual debut and sexual violence on adolescent pregnancy: a matched case-control study in Jamaica. *Int Perspect Sex Reprod Health.* Mars 2009; 35(1):21-28.
- 81.** Verhoeven V, Peremans L, Avonts D, Van Royen P. The profile of emergency contraception users in a chlamydia prevalence study in primary care in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* Sept. 2006; 11(3):175-180.
- 82.** Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect.* Déc. 2004; 30(4):165-173.
- 83.** Pérez G, García-Subirats I, Rodríguez-Sanz M, Díez E, Borrell C. Trends in inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. *J Urban Health.* Mai 2010; 87(3):524-530.
- 84.** Whitehead E. Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: a comparative and analytical study. *Midwifery.* Avr. 2009; 25(2):147-154.
- 85.** Denton AB, Chase WM, Scott K. Unintended and unwanted pregnancy in St. Lucia. *West Indian Med J.* Sept. 1994; 43(3):93-96.
- 86.** Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS, et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA.* 13 Oct. 1999; 282(14):1359-1364.
- 87.** Besculides M, Laraque F. Unintended pregnancy among the urban poor. *J Urban Health.* Sept. 2004; 81(3):340-348.
- 88.** Ma Q, Ono-Kihara M, Cong L, Xu G, Pan X, Zamani S, et al. Unintended pregnancy and its risk factors among university students in eastern China. *Contraception.* Févr. 2008; 77(2):108-113.

- 89.** Lakha F, Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet*. 18 Nov. 2006; 368(9549):1782-1787.
- 90.** Shaheen AA, Diaaeldin M, Chaaya M, El Roueiheb Z. Unintended pregnancy in Egypt: evidence from the national study on women giving birth in 1999. *East Mediterr Health J*. Déc. 2007; 13(6):1392-1404.
- 91.** Goicolea I, San Sebastian M. Unintended pregnancy in the Amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. *Int J Equity Health*. 2010; 9:14.
- 92.** Mbizvo MT, Bonduelle MM, Chadzuka S, Lindmark G, Nystrom L. Unplanned pregnancies in Harare, Zimbabwe: what is the contraceptive history and awareness of the mothers? *Cent Afr J Med*. Juill. 1997; 43(7):200-205.
- 93.** Mbizvo MT, Bonduelle MM, Chadzuka S, Lindmark G, Nystrom L. Unplanned pregnancies in Harare: what are the social and sexual determinants? *Soc Sci Med*. Sept. 1997; 45(6):937-942.
- 94.** Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. [Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors]. *Cad Saude Publica*. Oct. 2011; 27(10):1906-1916.
- 95.** Biggs MA, Karasek D, Foster DG. Unprotected intercourse among women wanting to avoid pregnancy: attitudes, behaviors, and beliefs. *Womens Health Issues*. Juin 2012; 22(3):e311-318.
- 96.** Sedgh G, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R. Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *Int Fam Plan Perspect*. Déc. 2006; 32(4):175-184.
- 97.** Salakos N, Koumoussidis A, Bakalianou K, Paltoglou G, Kalampokas T, Iavazzo C. Unwanted pregnancy and induced abortion among young women 16-22 years old in Greece: a retrospective study of the risk factors. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2010; 37(4):303-309.
- 98.** Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*. Sept. 2004; 114(3):e280-289.
- 99.** Kotb MM, Bakr I, Ismail NA, Arafa N, El-Gewaily M. Women in Cairo, Egypt and their risk factors for unmet contraceptive need: a community-based study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. Janv. 2011; 37(1):26-31.
- 100.** Peterson LS, Oakley D, Potter LS, Darroch JE. Women's efforts to prevent pregnancy: consistency of oral contraceptive use. *Fam Plann Perspect*. Févr. 1998; 30(1):19-23.

**101.** Kaplan CP, Erickson PI, Stewart SL, Crane LA. Young Latinas and abortion: the role of cultural factors, reproductive behavior, and alternative roles to motherhood. *Health Care Women Int.* Nov. 2001; 22(7):667-689.

**102.** Falk G, Falk L, Hanson U, Milsom I. Young women requesting emergency contraception are, despite contraceptive counseling, a high risk group for new unintended pregnancies. *Contraception.* Juill. 2001; 64(1):23-27.

**Annexe 7 : facteurs de risque de considération relevés**

Emploi d'une méthode contraceptive médicale ou « efficace »  
Âges extrêmes de la vie reproductive (moins de 18 ans et plus de 40 ans)  
Accessibilité géographique à l'IVG (cabinet, centre de soins conventionnés)  
Considérations de l'entourage (famille, pairs, partenaire) sur la grossesse  
Âge de la première grossesse maternelle supérieur à 19 ans  
Niveau socioéconomique (faible ou élevé)  
Scolarité ou activité professionnelle en évolution  
Niveau scolaire élevé  
Forte ambition socioprofessionnelle  
Niveau éducatif parental élevé (notamment maternel)  
Statut marital  
Parité croissante  
Pathologie(s) chronique(s) active(s)  
Appartenance religieuse

**Annexe 8 : facteurs protecteurs relevés**

Âge croissant  
Vivre avec sa mère  
Vivre avec ses deux parents  
Fort encadrement parental ressenti  
Aisance de communication avec la mère ou un référent de sexe féminin  
Aisance de communication avec les parents  
Niveau socioéconomique élevé  
Perception d'une aide financière sociale  
Niveau scolaire élevé  
Forte ambition socioprofessionnelle  
Niveau scolaire maternel élevé  
Niveau scolaire du partenaire élevé  
Premier rapport sexuel protégé  
Dernier rapport sexuel protégé  
Emploi d'une méthode contraceptive médicale  
Emploi du préservatif  
Emploi d'une double méthode contraceptive (« barrière » et hormonale)  
Emploi d'une contraception d'urgence  
Avoir un médecin généraliste de sexe féminin  
Avoir un médecin généraliste âgé de moins de 36 ans  
Avoir un médecin généraliste exerçant en milieu rural  
Accessibilité aux soins infirmiers ambulatoires  
Accessibilité à l'information sur la contraception et la sexualité  
Informations sur la contraception et la sexualité dispensées par un professionnel de santé  
Antécédent d'IVG  
IMC supérieur ou égal à 25kg/m<sup>2</sup>  
Avoir une vie associative, appartenir à un groupe (loisirs, sport)  
Pratique d'une religion

### **Annexe 9 : facteurs de risque d'exposition exclus en pré-sélection Delphi**

#### **a) Liés à l'âge**

Âge compris entre 20 et 24 ans (facteur n° 3)

Âge compris entre 20 et 29 ans (facteur n°4)

Âge inférieur à 19 ans (facteur n° 5)

Âge inférieur à 25 ans (facteur n° 6)

#### **b) Liés à l'appartenance ethnique**

Ethnie Noire ou non Caucasienne (facteur n° 40)

Appartenance à une minorité ethnique (facteur n° 62 )

#### **c) Facteurs antinomiques ou non cohérents**

Absence de pratique religieuse (facteur n° 2) *versus* pratique religieuse (facteur n° 69)

Célibat (facteur n° 24) *vs* relation stable (facteur n° 76)

Connaissance de la contraception d'urgence (facteur n° 26) *vs* méconnaissance de la contraception d'urgence (facteur n° 59)

Désir de parentalité exprimé (facteur n° 32)

Désir de parentalité ressenti chez le partenaire (facteur n° 33)

Emploi du préservatif (facteur n° 38) *vs* non usage de préservatif (facteur n° 63)

Emploi d'une contraception hormonale lors du premier rapport sexuel (facteur n° 39)

Gestité ou parité croissante(s) (facteur n° 52) *vs* nulliparité (facteur n° 64)

Lieu de vie rural (facteur n° 55) *vs* lieu de vie urbain (facteur n° 56)

La source de ces facteurs ainsi que leurs caractéristiques sont consultables en annexe sur CD-Rom joint à ce manuscrit et sous le nom de fichier « *Caractéristiques des facteurs de risque d'exposition relevés* ».

**Annexe 10 : facteurs de risque d'exposition inclus en pré-sélection Delphi****a) Cités au moins 1 fois dans une étude de cohorte**

Consommation d'alcool et antécédent(s) d'ivresse(s) éthylique(s) aiguë(s) (facteur n° 7)

Antécédent(s) d'abus ou de violence(s) physique(s) et/ou sexuel(s) (facteur n° 8)

Antécédent(s) de délinquance (facteur n° 11)

Antécédent(s) de fugue(s) (facteur n° 12)

Antécédent(s) de grossesse imprévue (facteur n° 13)

Antécédent(s) de recours à une contraception d'urgence (facteur n° 17)

Antécédent(s) d'IVG (facteur n° 19)

Antécédent(s) maternel(s) ou fraternel(s) de grossesse(s) avant l'âge de 20 ans (facteur n° 20)

Antécédent(s) personnel(s) de grossesse(s) avant l'âge de 20 ans (facteur n° 21)

Antécédent(s) psychopathologique(s) (dépression, idéation suicidaire, anxiété) (facteur n° 22)

Connaissance ou fréquentation des centres de planification et d'éducation familiale (facteur n° 27)

Dernier rapport sexuel sans méthode contraceptive (facteur n° 31)

Difficultés de communication avec les parents (facteur n° 35)

Exposition à un dysfonctionnement parental (addiction, violence conjugale, pathologie psychiatrique) (facteur n° 41)

Exposition précoce à la pornographie ou à la sexualité dans les médias (facteur n° 42)

Faible ambition socioprofessionnelle (facteur n° 43)

Faible encadrement parental (facteur n° 44)

Faible niveau éducatif parental (facteur n° 46)

Faible niveau scolaire (facteur n° 47)

Faible niveau socioéconomique (facteur n° 48)

Famille monoparentale ou recomposée (facteur n° 49)

Fréquence hebdomadaire des rapports sexuels (facteur n° 51)

Influence des représentations des pairs sur la sexualité (facteur n° 54)

Mal-être scolaire (facteur n° 57)  
Méthode contraceptive peu efficace ou absente (facteur n° 61)  
Partenaire sexuel plus âgé (facteur n° 66)  
Partenaires sexuels multiples (facteur n° 68)  
Précocité du premier rapport sexuel (facteur n° 70)  
Rupture scolaire (facteur n° 77)  
Tabagisme (facteur n° 80)  
Toxicomanie (facteur n° 81)  
Troubles du comportement (facteur n° 82)

**b) Cités au moins 4 fois hors étude de cohorte**

Absence d'appartenance à un groupe (facteur n° 1)  
Antécédent(s) d'Infection Sexuellement Transmissible (facteur n° 18)  
Carence socioaffective (parentale ou environnementale) (facteur n° 23)  
Crainte des effets secondaires d'une contraception (facteur n° 29)  
Défaut d'information sur la contraception et la sexualité (facteur n° 30)  
Difficultés d'accès à la délivrance d'une contraception (éloignement, absence de référent, crainte) (facteur n° 34)  
Discontinuité ou insatisfaction contraceptive (facteur n° 36)  
Fratrie supérieure ou égale à 3 (facteur n° 50)  
Ménarche précoce (facteur n° 60)  
Obésité ou surpoids (facteur n° 65)  
Partenaire sexuel réfractaire à la méthode contraceptive choisie (facteur n° 67)  
Premier rapport sexuel sans méthode contraceptive (facteur n° 71)  
Rapport(s) sexuel(s) coercitif(s) (facteur n° 75)  
Sous-estimation du risque de grossesse (facteur n° 78)

La source de ces facteurs ainsi que leurs caractéristiques sont consultables en annexe sur CD-Rom joint à ce manuscrit et sous le nom de fichier « *Caractéristiques des facteurs de risque d'exposition relevés* ».

**Annexes consultables sur CD-Rom**

- I) Tableaux de revue des articles inclus (revue systématique de la littérature)
- II) Articles exclus (revue systématique de la littérature)
- III) Caractéristiques des facteurs de risque d'exposition relevés
- IV) Questionnaires des rondes Delphi
- V) Résultats des rondes Delphi

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes	14
Figure 2 : Évolution du taux de recours à la contraception orale d'urgence par tranche d'âge de 2000 à 2010 .....	17
Figure 3 : Évolution du taux annuel d'IVG, du taux de recours à l'IVG et de la proportion des grossesses imprévues en France de 1975 à 2000 .....	19
Figure 4 : Évolution du taux de recours à l'IVG en France métropolitaine par tranche d'âge entre 1990 et 2010 .....	20
Figure 5 : Évolution du ratio IVG/naissances en France métropolitaine par tranche d'âge entre 1990 et 2010 .....	21
Figure 6 : Modélisation des interactions de différents systèmes sur le comportement sexuel adolescent.....	29
Tableau 1 : Paramètres de jugement appliqués pour la revue systématique de la littérature .....	38
Tableau 2 : Risque relatif de grossesse imprévue en fonction de l'exposition à un facteur donné .....	43
Tableau 3 : Rapport des prévalences d'exposition et de non exposition au facteur dans une population de femmes déclarant une grossesse imprévue sans comparatif témoin .....	43
Figure 7 : Modélisation de la sélection des articles pour la revue systématique de la littérature .....	57
Figure 8 : Répartition des types d'études des articles retenus.....	58
Tableau 4 : Facteur de risque d'exposition « Antécédent(s) de recours ..... à une contraception d'urgence » .....	60
Figure 9 : Modélisation de la pré-sélection des facteurs de risque d'exposition.....	62
Tableau 5 : Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue inclus et propositions correspondantes présentées aux experts de la procédure Delphi .....	64
Tableau 6 : Répartition des 18 experts en fonction des critères de sélection définis .....	68
Tableau 7 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 1.....	69
Tableau 8 : Propositions de la ronde 1 reformulées pour la ronde 2 .....	71
Tableau 9 : Propositions soumises aux experts en ronde 2.....	73
Tableau 10 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 2.....	74
Tableau 11 : Propositions de la ronde 2 reformulées pour la ronde 3 .....	75
Tableau 12 : Propositions soumises aux experts en ronde 3.....	77
Tableau 13 : Scores obtenus par les propositions retenues à l'issue de la ronde 3.....	78
Tableau 14 : Synthèse des propositions retenues par technique Delphi .....	80

# TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
1. État des lieux et contexte .....	13
1.1. De l'usage de la contraception en France... ..	13
1.1.1. Une couverture contraceptive quasi-optimale .....	13
1.1.2. L'amélioration de la diffusion et de l'accessibilité contraceptives .....	14
1.1.3. La disponibilité des méthodes de « rattrapage » .....	16
1.2. ... à l'évolution du taux d'Interruptions Volontaires de Grossesse.....	18
1.2.1. Description.....	18
1.2.2. Stabilité du taux d'IVG ou annulation statistique d'une double tendance .....	18
1.2.3. Évolution du recours à l'IVG chez les 15-24 ans.....	19
a) Évolution du recours à l'IVG chez les moins de 20 ans .....	21
b) Évolution du recours à l'IVG chez les 20-24 ans .....	22
1.3. Un paradoxe français.....	22
2. Un paradoxe fondé.....	23
2.1. Évolutions sociétales et conséquences.....	23
2.2. L'évolution préoccupante du taux d'IVG chez les 15-24 ans .....	24
2.3. Un profil particulier ?.....	25
2.4. Avant l'IVG, une grossesse imprévue dans plus de 95 % des cas.....	26
3. Du paradoxe à l'hypothèse.....	27
3.1. Réflexion.....	27
3.2. Question de recherche et objectifs.....	31
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	32
1. Revue systématique de la littérature .....	33
1.1. Définition.....	33
1.2. Objectif .....	33
1.3. Sélection des articles .....	34
1.4. Paramètres de jugement .....	37
1.5. Facteurs de risque de grossesse imprévue .....	38
1.5.1. Facteurs de risque significatifs d'exposition à une grossesse imprévue .....	39
1.5.2. Facteurs de risque potentiels d'exposition à une grossesse imprévue.....	40
1.5.3. Facteurs protecteurs.....	41
1.6. Analyse du contenu des articles en fonction du type d'étude.....	41
1.6.1. Études quantitatives rétrospectives (transversales et cas-témoins) .....	41
1.6.2. Études quantitatives prospectives (cohorte) .....	44
1.6.3. Études qualitatives.....	45
1.7. Analyse des facteurs de risque d'exposition relevés .....	45
1.8. Pré-sélection des facteurs de risque d'exposition relevés.....	46
1.8.1. Critères d'exclusion.....	46
1.8.2. Critères d'inclusion .....	47

2. Technique Delphi.....	47
2.1. Définition et généralités .....	47
2.2. En pratique .....	48
2.3. Modalités de recrutement des experts .....	49
2.4. Modalités de l'enquête .....	51
2.4.1. Élaboration des questionnaires.....	51
2.4.2. Exploitation des données.....	52
RÉSULTATS.....	55
1. Revue systématique de la littérature .....	56
1.1. Articles inclus (non exclus).....	56
1.2. Facteurs de risque d'exposition à la survenue d'une grossesse imprévue.....	59
1.3. Facteurs de risque de considération.....	61
1.4. Facteurs protecteurs.....	61
1.5. Pré-sélection des facteurs de risque d'exposition pour la méthode d'élaboration de consensus par technique Delphi.....	62
2. Technique Delphi.....	67
2.1. Caractéristiques des experts .....	67
2.2. Résultats de la première ronde (« ronde 1 »).....	69
2.3. Résultats de la seconde ronde (« ronde 2 ») .....	72
2.4. Résultats de la troisième ronde (« ronde 3 ») .....	75
2.5. Synthèse des facteurs de risque d'exposition retenus .....	79
DISCUSSION.....	81
1. Limites .....	82
1.1. Matériel et méthodes .....	82
1.1.1. Revue systématique de la littérature.....	82
a) Limites de la méthode appliquée.....	82
b) Biais de sélection et d'interprétation.....	83
c) Qualité des études retenues.....	84
d) Biais d'information.....	84
1.1.2. Sélection des facteurs de risque.....	85
1.1.3. Technique Delphi.....	86
a) Limites de la méthode appliquée.....	86
b) Biais d'information.....	86
c) Biais de recrutement.....	87
d) Contenu et formulation des propositions .....	87
1.2. Résultats.....	88
1.2.1. Revue systématique de la littérature.....	88
a) Facteurs de risque de considération.....	88
b) Exclusion du facteur « appartenance ethnique » .....	89
c) Élaboration des propositions .....	90
1.2.2. Technique Delphi.....	91
a) Biais d'interprétation.....	91
b) Limites de la neutralité de l'expression des opinions .....	93
2. Analyse et interprétation des résultats .....	93
2.1. Revue systématique de la littérature.....	93
2.1.1. Pré-sélection : significativité des associations.....	94
2.1.2. Facteurs de risque d'exposition .....	94
a) Résultats d'études antérieures.....	95

b) Facteurs sélectionnés par la revue systématique de la littérature.....	96
2.2. Technique Delphi.....	102
2.2.1. Contraception et sexualité en médecine générale .....	102
2.2.2. Des thèmes sensibles.....	103
2.2.3. Une hétérogénéité des pratiques.....	104
2.2.4. Des facteurs jugés inaccessibles.....	105
2.2.5. Des réponses difficiles à exploiter.....	106
2.2.6. Des facteurs spontanément accessibles en apparence .....	107
2.2.7. Une distinction nécessaire .....	109
3. Discussion de l'hypothèse et perspectives .....	110
3.1. Hypothèse .....	110
3.2. Perspectives .....	113
3.2.1. Générales.....	113
3.2.2. Travaux de recherche ultérieurs .....	113
CONCLUSION .....	115
BIBLIOGRAPHIE .....	118
ANNEXES.....	123
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	148
TABLE DES MATIÈRES .....	149
RÉSUMÉ.....	152
SERMENT.....	154

# RÉSUMÉ

<b>ANNÉE</b> : 2013	<b>Thèse n°</b>
<b>AUTEUR</b> : Élisabeth HERMOUET	
<b>DIRECTEUR DE THÈSE</b> : Docteur Yannick RUELLE	
<b>MEMBRES DU JURY</b> : Professeur José GOMES DA CUNHA (président de jury) Professeur Xavier FRITEL Docteur Virginie MIGEOT Docteur Xavier LEMERCIER	
<b>TITRE DE LA THÈSE</b> : Prévention des grossesses imprévues chez les 14-25 ans Accessibilité au dépistage en médecine générale de facteurs de risque d'exposition potentiels à la survenue d'une grossesse imprévue chez les 14-25 ans Revue systématique de la littérature et technique Delphi	
<b>RÉSUMÉ</b> : <p><b>Introduction</b> : En France, une grossesse sur deux chez les 18-24 ans et 8 sur 10 chez les mineures sont déclarées imprévues malgré une pratique contraceptive performante. La prévention des grossesses imprévues, matérialisées par l'évolution du taux d'IVG chez ces femmes, ne répond pas aux objectifs attendus. L'objectif de ce travail est d'identifier des facteurs de risque potentiels de grossesse imprévue accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale chez les jeunes femmes (14-25 ans). Les facteurs significativement associés à la survenue d'une grossesse imprévue constitueront la base d'élaboration d'un outil de dépistage à l'usage des médecins généralistes.</p> <p><b>Matériel et Méthodes</b> : Sélection, par revue systématique de la littérature, de facteurs de risque potentiels d'exposition à une grossesse imprévue. Technique Delphi auprès de médecins généralistes pour obtenir un consensus de 15 à 20 facteurs accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale chez les femmes de 14 à 25 ans.</p> <p><b>Résultats</b> : Sur 102 articles analysés, 83 facteurs de risque potentiels ont été identifiés dont 40 ont été sélectionnés pour la technique Delphi. Les 18 experts interrogés ont retenu, après 3 rondes d'enquête, 18 facteurs accessibles à un dépistage en consultation de médecine générale.</p> <p><b>Discussion</b> : La dimension qualitative d'une revue systématique de la littérature, l'hétérogénéité des études analysées et la pluralité des facteurs retenus limitent la généralisation des résultats. Leur concordance avec les données d'études antérieures et leur accessibilité consensuellement établie dans le cadre d'une consultation de médecine générale en légitiment l'applicabilité.</p> <p><b>Conclusion</b> : La prévention des grossesses imprévues ne doit pas se limiter à la considération quantitative de la pratique contraceptive. Elle doit s'élargir à l'identification des facteurs qui la modulent car leurs combinaisons génèrent des situations exposant à la survenue d'une grossesse imprévue.</p>	
<b>MOTS-CLÉS</b> : grossesse imprévue, interruption volontaire de grossesse, facteurs de risque, prévention, dépistage, médecine générale, technique Delphi, revue systématique de la littérature	
Université de Poitiers – Faculté de Médecine et de Pharmacie 6, rue de la Milétrie B.P. 199 86034 POITIERS CEDEX	

# RÉSUMÉ EN ANGLAIS

<b>YEAR</b> : 2013	<b>Thesis n°</b>
<b>AUTHOR</b> : Élisabeth HERMOUET	
<b>THESIS SUPERVISOR</b> : Doctor Yannick RUELLE	
<b>MEMBERS OF THE JURY</b> : Professor José GOMES DA CUNHA (president of the jury) Professor Xavier FRITEL Doctor Virginie MIGEOT Doctor Xavier LEMERCIER	
<b>TITLE OF THE THESIS</b> : Prevention of unplanned pregnancies to 14-25 years old Accessibility in the screening in general practice of potentials risk factors of exposure in the arisen of an unplanned pregnancy to 14-25 years old Systematic review of the literature and Delphi procedure	
<b>ABSTRACT</b> :	
<p><b>Introduction</b> : In France, a pregnancy on two to 18-24 years and 8 on 10 at the minors are declared unplanned in spite of a successful contraceptive practice. The prevention of the unplanned pregnancies, reflected by the rate evolution of the induced abortions at these women, does not reach the expected objectives. The aim of this work is to identify potentials risk factors of unplanned pregnancy accessible to a screening in consultation of general practice at the young women (14-25 years old). Factors significantly associated to the arisen of an unplanned pregnancy will constitute the basis of elaboration of a tool of screening for the general practitioners.</p> <p><b>Material and Methods</b> : Selection, by systematic review of the literature, of potentials risk factors of exposure in an unplanned pregnancy. Delphi procedure with general practitioners to obtain a consensus from 15 to 20 factors accessible to a screening in consultation of general practice at the women from 14 to 25 years old.</p> <p><b>Results</b> : On 102 analyzed articles, 83 potentials risk factors were identified among which 40 were selected for the Delphi procedure. 18 questioned experts retained, after 3 rounds of survey, 18 factors accessible to a screening in consultation of general practice.</p> <p><b>Discussion</b> : The qualitative dimension of a systematic review, the heterogeneousness of the analysed studies and the plurality of the selected factors limit the generalization of the results. Their concordance with the data of previous studies and their accessibility established by consensus within the framework of a consultation of general practice legitimize their applicability.</p> <p><b>Conclusion</b> : The prevention of unplanned pregnancies must not have to limit itself to the quantitative consideration of the contraceptive practice. It has to widen in the identification of the factors which modulate it because their combinations generate situations exposing to the arisen of an unplanned pregnancy.</p>	
<b>KEYWORDS</b> : pregnancy, unplanned ; abortion, induced ; risk factors ; primary prevention ; mass screening ; general practice ; systematic review; Delphi procedure.	
Université de Poitiers – Faculté de Médecine et de Pharmacie 6, rue de la Milétrie B.P. 199 86034 POITIERS CEDEX	

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

