



HAL
open science

Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'interruption volontaire de grossesse

Pauline Ferron

► **To cite this version:**

Pauline Ferron. Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00724599

HAL Id: dumas-00724599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724599v1>

Submitted on 21 Aug 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **12 Avril 2012**

par

Pauline FERRON

Née le 13/05/1988

**PROFIL CONTRACEPTIF DES FEMMES A
TRAVERS LE PARCOURS
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Monsieur TBOUL Michel

Gynécologue, Saint Vincent de Paul

GUIDE DU MEMOIRE :

Madame LEMETAYER-DARTOIS Marie-Françoise Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque

JURY :

Mr le Pr CABROL Directeur technique et d'enseignement

Mme MENINAT

Représentante de la directrice de l'ESF Baudelocque

Mr le Dr MARCELLIN

Gynécologue-Obstétricien

Mme COUETOUX

Sage-femme cadre

Mme LEMETAYER-DARTOIS

Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° du mémoire 2012PA05MA13

Remerciements

A Monsieur TEBOUL qui, en acceptant la direction de ce mémoire, m'a apporté son aide et son soutien.

A Madame LEMETAYER DARTOIS pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

A toute l'équipe du centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul pour son chaleureux accueil et tout particulièrement à Madame CARRIERE sans qui, l'étude n'aurait pas été possible.

A Monsieur le Professeur CABROL et à l'équipe de formatrices pour la qualité de leur enseignement et tout spécialement à Madame PRUDHOMME, ma référente pédagogique, pour m'avoir épaulée durant ces quatre années.

A Madame ROUQUETTE pour sa relecture attentive.

A mes amis et ma famille pour leurs encouragements et leur accompagnement pendant ce cursus, notamment durant l'élaboration de ce mémoire.

Table des matières

Liste des tableaux	6
Liste des graphiques et figures	7
Liste des annexes	8
Lexique	9
Introduction	10
Première partie Cadre conceptuel	11
1. Historique et législation relatifs à la régulation des naissances	11
1.1 <i>De l'Antiquité au Moyen-Age</i>	11
1.2 <i>Du XVIe siècle au début du XXe siècle</i>	13
1.3 <i>Après 1950 : libéralisation des pratiques et des pensées relatives à l'interruption de grossesse et à la contraception</i>	14
2. Données épidémiologiques actualisées en matière d'orthogénie	17
2.1 <i>Méthodes statistiques de comptabilisation</i>	17
2.2 <i>En Europe, encore de nombreuses disparités</i>	18
2.3 <i>Situation française</i>	19
3. Couverture contraceptive en France	23
4. Profil contraceptif des femmes ayant recours à l'IVG	26
4.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	27
4.2 <i>Caractéristiques contraceptives</i>	27
Deuxième partie Protocole de recherche et résultats	32
1. Problématique :	32
2. Hypothèses :.....	33
3. Objectifs de recherche :.....	33
4. Méthodologie de la recherche:	33
4.1 <i>Population ciblée</i>	33
4.2 <i>Type et durée de l'étude</i>	33
4.3 <i>Choix du support</i>	34
4.4 <i>Distribution</i>	34
4.5 <i>Caractéristiques du questionnaire</i>	34
4.6 <i>Outils d'analyse</i>	35
5. Résultats.....	35
5.1 <i>Aspects quantitatifs</i>	35
5.2 <i>Description des résultats</i>	36

5.2.1	Aspects socio-économiques	36
5.2.2	Aspects obstétricaux	37
5.2.3	Situation contraceptive avant l'IVG :	38
5.2.4	IVG	40
5.2.5	Situation contraceptive lors de la consultation post-IVG.....	42
5.2.6	Satisfaction des patientes vis-à-vis de leur méthode contraceptive	43
5.2.7	Avantage(s) des méthodes contraceptives utilisées	44
5.2.8	Inconvénient(s) des méthodes contraceptives utilisées.....	45
Troisième partie Discussion.....		46
1.	Critique de l'étude.....	46
1.1	<i>Faiblesses</i>	46
1.2	<i>Forces</i>	47
2.	Analyse des résultats.....	47
2.1	<i>Caractéristiques générales de la population étudiée</i>	47
2.1.1	Age	47
2.1.2	Situation socio-économique	47
2.1.3	Antécédents obstétricaux	48
2.2	<i>Situation contraceptive avant l'IVG</i>	49
2.3	<i>Situation contraceptive après l'IVG</i>	51
2.4	<i>Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur méthode de contraception</i>	53
3.	Rôle de la sage-femme.....	54
4.	Propositions.....	55
Conclusion.....		57
Bibliographie		58
Résumé		69
Abstract.....		70

Liste des tableaux

Tableau 1 : Efficacité pratique de différentes méthodes contraceptives.....	24
Tableau 2 : Aspects socio-économiques.....	36
Tableau 3 : Antécédents obstétricaux.....	37
Tableau 4 : Situation contraceptive avant l'IVG.....	38
Tableau 5 : Type de contraception selon la régularité du suivi gynécologique.....	39
Tableau 6 : Contraception selon le statut du couple.....	39
Tableau 7 : Contraception selon la parité.....	39
Tableau 8 : Contraception selon l'âge.....	40
Tableau 9 : Cause de l'échec contraceptif.....	40
Tableau 10 : Méthode de l'IVG.....	40
Tableau 11 : Souhait de changer de méthode de contraception ou d'en débiter une après l'IVG.....	41
Tableau 12 : Utilisation d'une contraception médicale en pré et post IVG.....	42
Tableau 13 : Utilisation de l'implant et du DIU en pré et post IVG.....	43
Tableau 14 : Satisfaction des patientes vis-à-vis de leur méthode contraceptive.....	43

Liste des graphiques et figures

Graphique 1 : Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990	19
Graphique 2 : Evolution des IVG et des naissances depuis 1990	20
Graphique 3 : IVG par naissance de 1990 à 2009	20
Graphique 4 : Evolution des taux de recours selon l'âge	21
Graphique 5 : Evolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009	22
Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées dans certains pays (pour 100 couples mariés utilisant la contraception)	23
Figure 2 : Dernière méthode contraceptive utilisée	38
Figure 3 : Contraception choisie lors de la consultation pré-IVG par les femmes désirant changer de méthode contraceptive ou d'en débiter une si elles n'en utilisaient pas auparavant.....	41
Figure 4 : Contraception utilisée lors de la consultation post-IVG	42
Figure 5 : Avantage(s) de la méthode contraceptive utilisée	44
Figure 6 : Inconvénient(s) de la méthode contraceptive utilisée.....	45

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire.....	61
-------------------------------	----

Lexique

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AG : Anesthésie générale

AL : Anesthésie Locale

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BIG : Bulletin d'Interruption de Grossesse

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COCON : COhorte sur la CONtraception

DIU : Dispositif Intra Utérin

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

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations-Unies

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

Introduction

En 2009, la France comptait 222 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) et se situait dans la moyenne européenne. Pourtant, il existe dans notre pays une forte prévalence contraceptive puisque 90,2% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives utilisent un moyen pour éviter une grossesse. Il existe, de surcroît, un panel de choix contraceptif important et très diversifié.

Le nombre d'IVG est considéré comme stable depuis le début des années 1990, pourtant les grossesses non désirées ont diminué, passant de 55% en 1968 à 36% en 2002. Dans le même temps, la proportion de naissances programmées a augmenté.

La prévention des grossesses non désirées est ainsi devenue un véritable enjeu de santé publique ce qui a permis de mettre en place de nombreuses mesures, parmi lesquelles l'augmentation de la capacité professionnelle des sages-femmes en matière de contraception, ce depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 complétée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Ce sont ces raisons qui nous ont conduits à nous intéresser au parcours contraceptif des femmes ayant eu recours à l'IVG. A l'aide d'une étude prospective descriptive, menée par questionnaire chez 105 femmes au sein du centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul, nous avons voulu répondre à la problématique suivante : *l'interruption volontaire de grossesse entraîne t'elle des modifications du profil contraceptif chez les femmes qui y ont eu recours ?*

Dans une première partie, nous avons rappelé le contexte historique et législatif de l'IVG et de la contraception tout en exposant la situation actuelle en France et en Europe.

Après le cadre conceptuel ainsi posé, nous avons présenté dans la deuxième partie la méthodologie de notre enquête, ainsi que ses résultats.

Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous avons analysé et discuté nos résultats afin de répondre aux hypothèses.

Première partie

Cadre conceptuel

1. Historique et législation relatifs à la régulation des naissances

Historiens et anthropologues ont montré que de tout temps les sociétés mêmes les plus anciennes ont pratiqué l'avortement, dans un souci individuel ou collectif.

1.1 De l'Antiquité au Moyen-Age

Le contrôle des naissances n'est pas le privilège des sociétés contemporaines. Déjà les Grecs anciens attachaient une importance toute particulière au contrôle de la fécondité, qui devait assurer la pérennité du système familial. De nombreuses tisanes étaient conseillées du fait de leur vertu contraceptive (écorce d'aubépine, feuille de lierre, de saule, de peuplier), ainsi que diverses méthodes de contraception mécanique (gomme de cèdre) (1).

Chez les mésopotamiens (1600 avant Jésus Christ), les femmes utilisaient des pierres, qu'elles introduisaient dans leur vagin, pour ne pas concevoir (1). En Egypte, le papyrus Ebers rapporte diverses méthodes contraceptives à base d'excréments de crocodile, de natron, de miel et de gomme arabique (1). Et, c'est en Egypte, qu'on retrouve les premières traces de l'existence du préservatif confectionné avec des intestins de petits animaux (2). De leur côté, les Araméennes de confession hébraïque, utilisaient sur conseil du rabbin, le moukh, une éponge placée dans le vagin empêchant le sperme d'atteindre l'utérus (1). Soranos d'Ephèse (médecin grec du début du IIe siècle après Jésus Christ) préconise dans son ouvrage médical Gynécologie, la contraception plutôt que l'avortement. Il est sceptique vis-à-vis de la magie et des amulettes et met en garde contre les procédés chimiques violents, potions ou ovules vaginaux, qui pourraient mettre en danger la santé de la femme (1). Pour la contraception, Soranos énumère d'abord une série de méthodes qui ont pour objet d'empêcher la semence masculine de pénétrer dans la matrice de la femme. Il s'agit du retrait partiel ou de mouvements visant à expulser la semence :

éternuer, se lever, marcher immédiatement après l'acte (1). Soranos mentionne aussi une série de produits astringents introduits par ovule vaginal ou par voie de pessaire (au sens ancien d'un morceau de laine ou de charpie imbibé de médicament), dont la fonction est de resserrer le col de la matrice pour empêcher le sperme d'y pénétrer (1). Pour plus de sécurité, la femme doit combiner ces divers procédés. Réunis, ils auraient pu avoir une certaine efficacité si le texte ne recommandait pas de les utiliser en cas de rapport survenant immédiatement après les règles. En effet, à la suite d'Aristote qui assimilait la menstruation au rut des mammifères, la médecine grecque s'imaginait à tort que la femme n'était plus féconde au milieu du cycle menstruel. Pour évacuer la semence qui a commencé à se développer durant le mois suivant la fécondation, Soranos d'Éphèse recommande les sauts, les mouvements brusques, les secousses des chariots (1). Mais la principale méthode d'avortement précoce est la saignée. Si le pessaire contraceptif agit en fermant l'utérus, le pessaire mollifiant ou les bains de siège doivent avoir l'effet inverse : relâcher les tissus pour que l'embryon puisse sortir facilement. Il y a aussi des médicaments intermédiaires entre le contraceptif et l'abortif, destinés à faire revenir les règles (2). Enfin, si ces méthodes échouent, Soranos propose d'éliminer le fœtus par des ovules vaginaux ou des potions mais il proscrit l'usage d'objets pointus visant à le tuer en perçant la barrière amniotique (1). La méthode du coït interrompu est pour sa part immémoriale, puisqu'elle est décrite dans toutes les civilisations et perdure à travers les âges (2) (3).

Au moyen-âge, la contraception, l'avortement et l'infanticide sont omniprésents. De nouvelles « recettes » contraceptives apparaissent dès le XI^e siècle et, c'est ainsi qu'enflammer un trognon de chou et l'éteindre dans le sang menstruel est réputé pour ses propriétés contraceptives (4). D'autres remèdes magiques sont décrits : pour ne pas concevoir durant une année, il suffit aux femmes de cracher trois fois dans la bouche d'une grenouille. Elles peuvent également lier l'œil d'un cerf qui louche à une racine de marjolaine et l'arroser, le soir, de l'urine d'un taureau roux. L'utilisation du mulet, stérile par nature, est également de bon augure pour éviter les grossesses (4).

La grande majorité des hommes et des femmes du Moyen Âge n'a sans doute guère pu contrôler de manière efficace le nombre de naissances. La meilleure méthode, vivement encouragée par l'Église, pour restreindre sa descendance, est de respecter les canons ecclésiastiques qui prônent la continence à certaines périodes de la

semaine et de l'année (4). L'avortement est également attesté. Les documents ecclésiastiques dénoncent dans le même temps l'utilisation à des fins abortives de graines de fougère ou de gingembre, des feuilles de saule, des mélanges d'aloès, du persil, du fenouil ou encore des bains de camomille (4). Les condamnations de l'avortement au Moyen Age sont toujours très sévères. Cependant, deux critères modifient les peines qu'encourent ceux et celles qui se livrent à une interruption volontaire de grossesse : le contexte de la conception et l'âge du fœtus (4) Le législateur distingue toujours nettement, en effet, la femme qui a agi dans le plus grand dénuement, et pour laquelle la condamnation est plus légère, de la fornicatrice jugée plus sévèrement. Le législateur tient compte également du fait de l'animation du fœtus. On peut lire, par exemple, dans le pénitentiel de Bède (VII siècle) : " La mère qui tue l'enfant qu'elle porte dans son sein avant le quarantième jour après la conception jeûnera pendant un an, et après le quarantième jour, pendant trois ans" (4).

1.2 Du XVIe siècle au début du XXe siècle

En Occident, c'est la doctrine chrétienne qui va imposer son interdiction. En France, la première trace concernant l'avortement est l'édit d'Henri II de 1556, qui concernait à la fois l'avortement et l'infanticide, condamnant à mort les femmes et les avorteurs. Au XVIIIème siècle, sous l'influence des philosophes des Lumières, l'avortement fut distingué de l'infanticide, et la peine capitale supprimée pour l'avorteur néanmoins astreint à vingt années de fers, la femme étant généralement absoute (Code pénal de 1791). Mais le code pénal napoléonien de 1810, dans son article 317, revient à un régime beaucoup plus sévère en rendant l'avortement passible de prison pour la femme et l'avorteur (5).

La première partie du XXème siècle en France est encore marquée par une législation rigide dans ce domaine. La loi du 31 juillet 1920 réprime « la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle » avec l'objectif explicite de repeupler la France après l'hécatombe de la première guerre mondiale. La loi du 27 mars 1923 définit l'avortement comme un délit, ce qui ne réduit pas l'importance de la pénalisation puisqu'alors, seuls les juges sont décisionnaires de la peine. En 1942, la loi du 15 février, fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat qui devient passible de la peine de mort (mesure proclamée par le gouvernement de Vichy et

abrogée à la libération). C'est ainsi que, le 30 juillet 1943, Marie-Louise Giraud (dite la « faiseuse d'ange ») avorteuse durant la guerre, est guillotinée.

1.3 Après 1950 : libéralisation des pratiques et des pensées relatives à l'interruption de grossesse et à la contraception

C'est en 1956, que le docteur Lagroua Weill-Hallé, s'inspirant de mouvements en faveur du birth control qui se développent dès les années trente aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, fonde la Maternité heureuse qui deviendra, en 1960, le Mouvement Français pour le Planning Familial. Mais, il faudra attendre le début des années soixante pour que la question de la légalisation de la contraception devienne socialement et politiquement cruciale notamment pour faire disparaître la mortalité liée à la pratique clandestine de l'avortement. François Mitterrand inscrit cette problématique à son programme politique lors de l'élection présidentielle de 1965.

Il faut souligner que la décennie 1960 est une période importante de changements sociaux marquée par une baisse rapide de l'âge d'entrée en sexualité et, par une augmentation des conceptions pré-nuptiales. Dans ce contexte, la question des grossesses non prévues et donc de l'accès à la contraception, en particulier chez les jeunes, devient un enjeu de première importance.

C'est en 1967 que la loi Neuwirth propose l'abrogation des articles sur la contraception de la loi de 1920 et sa légalisation. Une première proposition de loi inspirée par les militantes du planning familial avait été déposée à l'Assemblée nationale en 1956 et d'autres tentatives avaient été faites au début des années soixante, mais elles avaient été rejetées par la majorité qui défendait la nécessité de maintenir une politique nataliste. Elle n'est appliquée qu'à partir de 1972 et, l'accès à la contraception est soumis à certaines conditions. En effet, les méthodes contraceptives ne sont pas remboursées par la sécurité sociale et, leur publicité demeure interdite (6) (7).

Le mouvement des femmes se rassemble alors autour de la revendication de la libre maternité exigeant la liberté de la contraception et de l'avortement et leur gratuité. Il organise de très nombreuses manifestations publiques pour défendre un assouplissement d'accès à la contraception et son remboursement, et pour demander la dépénalisation de l'avortement. Parmi ces manifestations, certaines

sont emblématiques comme le « Manifeste des 343 ». Cette pétition conduite par Simone De Beauvoir, parue le 5 avril 1971 dans le magazine *Le nouvel Observateur* fut signée par 343 femmes affirmant avoir subi un avortement, s'exposant ainsi à des poursuites pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. Il a inspiré en 1973 un manifeste de 331 médecins se déclarant pour la liberté de l'avortement et s'accusant d'avoir pratiqué des avortements, contribuant ainsi à la dépénalisation de l'avortement (8).

En 1974, la loi du 5 décembre (dite « seconde loi Neuwirth ») autorise le remboursement de la contraception par la sécurité sociale, prévoit le développement de l'information sur la contraception, et élargit sa distribution, notamment aux mineures.

C'est le 17 janvier 1975 que la célèbre loi Veil est votée. Elle autorise le recours à l'interruption de grossesse sous certaines conditions. Dans cette loi, c'est l'état de détresse qui permet d'y avoir recours comme cela est précisé à l'article 4, section I : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse ». Le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est fixé à douze semaines d'aménorrhée. Cinq ans plus tard, en 1979, la loi Veil est confirmée par le Parlement de façon définitive (9) (10) (11) (12).

Par la suite, plusieurs lois viennent préciser les contours de l'autorisation du recours à l'IVG. En 1982, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale (loi Yvette Roudy) et, en 1993, une loi est promulguée et punit le délit d'entrave à l'IVG (loi Véronique Neiertz) (13).

Plus récemment, c'est la loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001, qui sort l'IVG du code pénal pour l'inscrire exclusivement dans le code de santé publique. Cette loi supprime le caractère obligatoire de l'entretien préalable de l'IVG, sauf pour les mineures et n'exige plus l'obligation de l'autorisation parentale pour ces dernières (qui doivent néanmoins être accompagnées par un adulte référent). Elle allonge également le délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. De plus, un décret de 2004 autorise l'IVG médicamenteuse en ville (dès lors que la grossesse n'excède pas sept semaines d'aménorrhée et que l'acte est pratiqué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une

convention). Par ailleurs, la loi de 2001 fixe un objectif en matière d'éducation à la sexualité à l'école (14).

Le 8 mars 2010, à l'occasion de la Journée internationale de la femme, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a annoncé une série de mesures qui s'appuie sur les recommandations d'un rapport de l'IGAS (15). Elle vise à « améliorer les connaissances sur les caractéristiques et déterminants du recours à l'IVG, l'information et l'éducation sexuelle auprès des jeunes, l'accès à l'IVG en augmentant notamment les montants des forfaits IVG, de favoriser l'accès à la contraception pour les mineures et d'organiser, au niveau régional, les actions de prévention et la prise en charge des grossesses non désirées ». Néanmoins, ces mesures n'ont, pour le moment, jamais été appliquées.

Enfin, en ce qui concerne la prévention des grossesses non désirées, la loi du 21 juillet 2009 (loi HPST) a pour but de favoriser l'accès à la contraception, en élargissant les compétences des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes en ce qui concerne la prescription de la contraception et son suivi. En effet, l'article 88 de la loi HPST autorise les infirmiers à renouveler une prescription de contraceptif oral datant de moins d'un an (L.4311-1 CSP). L'article 89 autorise les pharmaciens à dispenser un contraceptif oral au vu d'une ordonnance expirée à condition qu'elle date de moins d'un an étant précisé que la quantité délivrée ne pourra excéder une durée supplémentaire non renouvelable de 6 mois (article L5125-23-1 du CSP). En ce qui concerne les sages-femmes, la loi leur permet de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention dès lors que la patiente ne présente pas de situation pathologique, ces dernières continuant à relever de la compétence exclusive d'un médecin (article L.4151-1 CSP) et, de prescrire des contraceptifs locaux et hormonaux, y compris en urgence (article L5134-1 CSP).

Désormais, seules les IVG pratiquées en dehors des conditions légales demeurent sanctionnées et, c'est la préservation de la santé de la femme qui est la finalité quasi exclusive de ces dispositions. L'IVG est aujourd'hui clairement identifiée comme une liberté physique et corporelle reconnue et protégée par le droit (16).

2. Données épidémiologiques actualisées en matière d'orthogénie

2.1 Méthodes statistiques de comptabilisation

A partir de l'adoption de la loi Veil en 1975, la création d'une statistique officielle de l'IVG a permis de disposer de chiffres fiables. En effet, auparavant, les chiffres de l'IVG étaient basés sur les estimations faites par les médecins à partir des hospitalisations pour fausses couches provoquées et leurs complications, voire des décès consécutifs à un avortement ou, par les juristes à partir des jugements pour avortement. La réalité de l'IVG apparaît bien en dessous des chiffres qui circulaient avant l'adoption de la loi, comme l'estimation des « 343 » femmes du manifeste (un million d'avortements chaque année), et confirmera les estimations publiées en 1966 par l'INED (250 000 avortements et 250 décès par an) (16).

Ainsi, l'article L.162-10 de la loi de 1975 met en place une statistique publique qui prévoit que « toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé » : ce sont les bulletins d'interruption de grossesse (BIG) dont la collecte est assurée par l'Etat et l'exploitation confiée à l'INSERM et à l'INED. Ce bulletin permet de collecter une information détaillée à la fois médicale et socio-économique.

Aujourd'hui, le dispositif de suivi annuel des IVG repose sur les bulletins d'interruption de grossesse (BIG), les données administratives de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Il est complété par les données de remboursement de forfaits pour les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral fournies par la Caisse nationale d'assurance maladie. La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) est chargée de la gestion et de la saisie des questionnaires. Après ce traitement, l'INED et l'INSERM sont responsables de la publication et de l'analyse des aspects démographiques et médicaux.

Dès 1979, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale reconnaît que l'objectif d'amélioration de la santé des femmes grâce à la médicalisation de l'IVG est atteint. On compte alors environ 245 000 IVG cette année- là. Le nombre d'IVG stable dans les années suivant l'adoption de la loi

puis légèrement en baisse dans les années 1980, fluctue relativement peu depuis les années 1990 en France, et s'est stabilisé autour de 220 000 par an (17) (18).

2.2 En Europe, encore de nombreuses disparités

Au sein de l'Union Européenne, la plupart des états membres ont légalisé l'avortement au cours du XXème siècle et au début du XXIème siècle. Néanmoins, il existe de grandes disparités législatives à ce sujet. Le délai légal de l'IVG varie de 8 à 24 semaines de grossesse selon les états concernés (19).

La fréquence du recours à l'IVG fluctue de 6 à 25,8 IVG pour 1000 femmes. Il est nécessaire de préciser que les systèmes de comptabilisation du nombre d'IVG diffèrent selon les pays (20).

En Europe occidentale, ce taux est assez contrasté mais très constant malgré la forte prévalence d'une contraception médicalisée. Les pays du sud ont des taux relativement faibles. La France, la Suède, et le Royaume-Uni ont les taux les plus élevés. Le fort taux d'IVG dans les pays d'Europe de l'Est s'explique par le fait que les femmes utilisent l'IVG comme moyen de contraception. En effet, l'avortement a été autorisé avant l'apparition et la diffusion des contraceptions modernes, et une politique « tout avortement » considérée comme moins onéreuse qu'une politique de contraception, a perduré jusqu'à la chute du rideau de fer (21). Depuis les années 2000, la prévalence contraceptive augmente dans ces pays et le nombre d'avortement a tendance à diminuer (22).

Pour les femmes de 15 à 44 ans, le nombre d'IVG réalisés en Europe dans de mauvaises conditions sanitaires, qui était de 6 pour 1000 en 1995, a décliné à 3 pour 1000 en 2003 (22). Ainsi, la mortalité maternelle liée à l'avortement apparaît comme extrêmement faible : elle oscille entre 0,2 et 1,2 pour 100000 IVG (23).

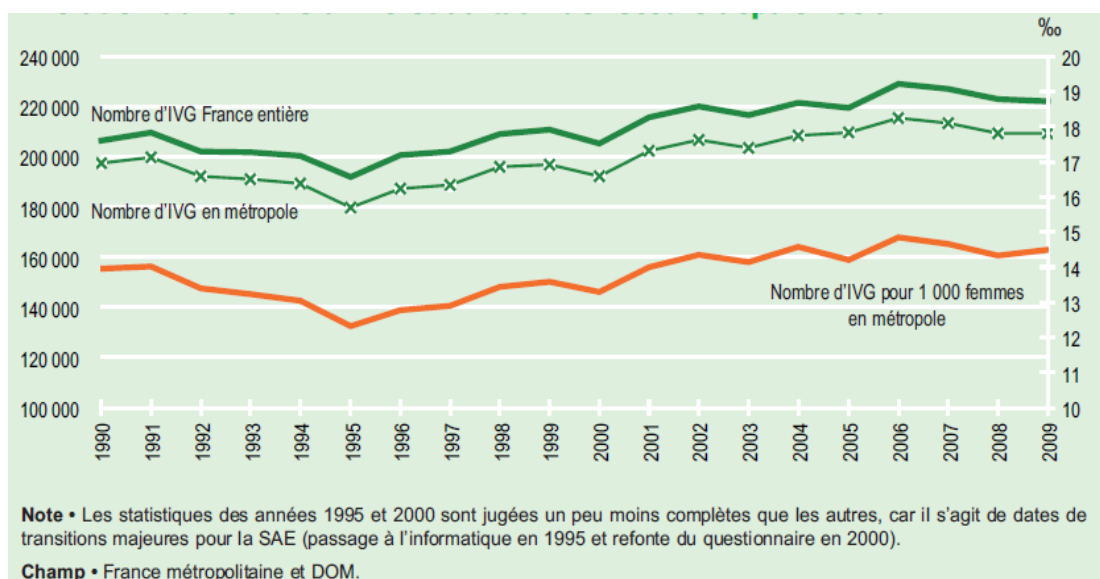
Aujourd'hui, seuls l'Irlande, Chypre, Malte et la Pologne (la loi légalisant l'avortement en Pologne a été invalidée en 1997 sous l'influence de l'Eglise catholique) interdisent aux femmes d'avoir recours à l'interruption de grossesse. Ces quatre pays demeurent une exception. Ils n'ont pas suivi les recommandations émises par le Parlement Européen de 2002 préconisant « pour protéger la santé et les droits génésiques des femmes, que l'avortement soit légalisé, sûr et accessible à tous », ni celles émises par l'Union Européenne qui, en 2008, concluait qu' « interdire

l'avortement n'aboutit pas à réduire le nombre d'avortements clandestins, plus traumatisants et plus dangereux » (24) (25).

2.3 Situation française

Le dernier bulletin statistique, publié par la DREES en juin 2011, concerne les IVG réalisées en 2008 et en 2009. Un peu plus de 222 000 IVG ont été réalisées en France en 2008 ainsi qu'en 2009. Leur nombre, qui avait entamé une légère baisse en 2007 et 2008, s'est stabilisé en 2009.

Graphique 1
« Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990 »



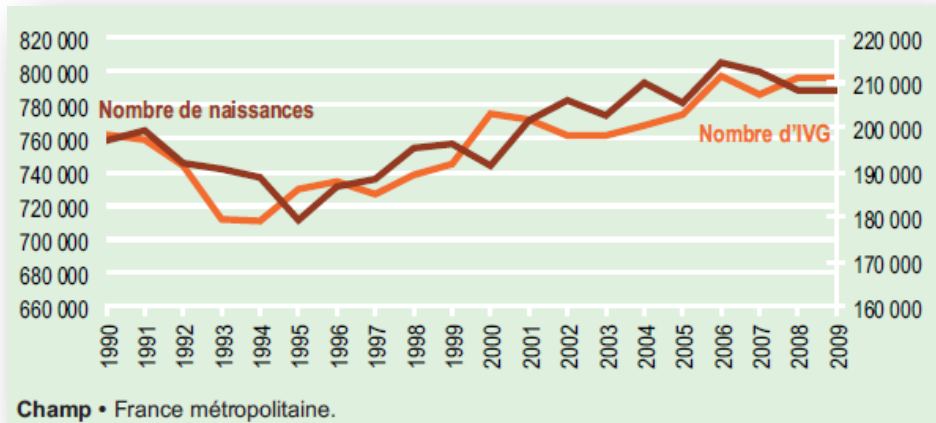
Source : DREES (26)

Entre 2000 et 2006, le nombre d'IVG en France métropolitaine a légèrement augmenté (+5%) mais, depuis 2007 cette tendance s'est interrompue avec une baisse des IVG de 1% en 2007 puis 2% l'année suivante. En 2009, le nombre d'IVG est stable. Au total, 222 800 IVG ont été comptabilisées en 2008 et, 222 100 en 2009.

Depuis vingt ans, le nombre de naissances et le nombre d'IVG évoluent de manière quasi parallèle. On compte en 2009, 26 IVG pour 100 naissances. Le rapport entre le

nombre d'IVG et le nombre de naissances permet d'appréhender la propension des femmes à interrompre leur grossesse.

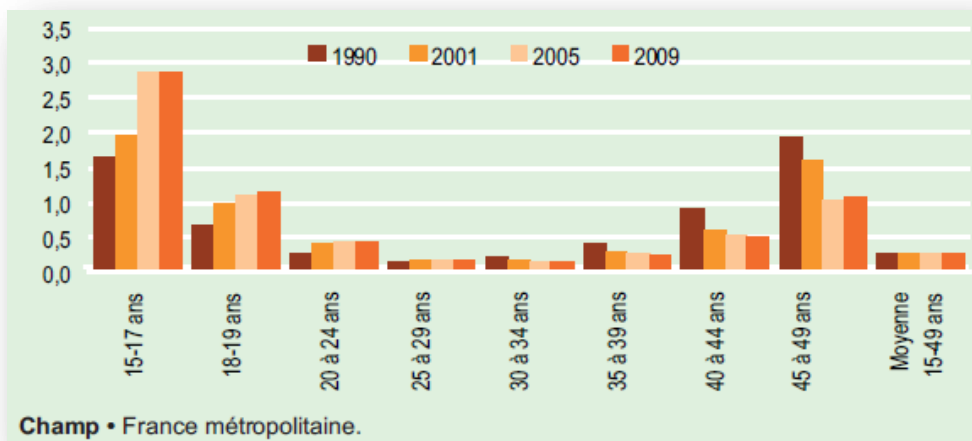
Graphique 2
« Evolution des IVG et des naissances depuis 1990 »



Source : DREES (26)

Ce rapport est soumis à de grandes différences selon les tranches d'âges :

Graphique 3
« IVG par naissance de 1990 à 2009 »

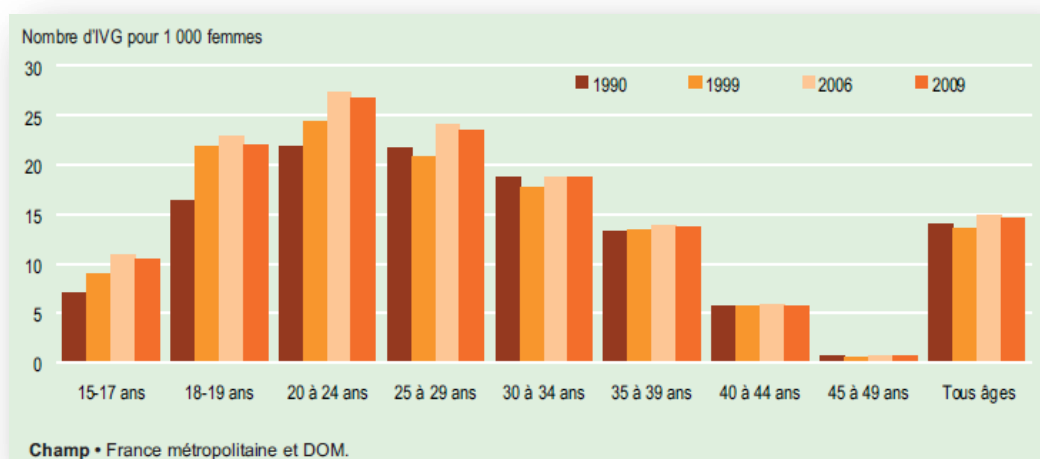


Source : DREES (26)

C'est chez les plus jeunes que le ratio d'IVG pour 100 naissances est le plus élevé : Elles ont plus souvent recours à une IVG lors d'une grossesse non prévue. L'évolution la plus marquante de ces dernières années est le décalage progressif des IVG vers des âges plus jeunes. En effet, elle concerne plus souvent qu'auparavant des femmes âgées de moins de 25 ans et des mineures, et ce malgré une couverture contraceptive médicalisée de plus en plus importante, même chez les jeunes, et sans que l'âge d'entrée dans la vie sexuelle ait évolué (27). Le taux de recours à l'IVG chez les plus jeunes s'expliquerait donc à la fois par un refus de plus en plus fréquent des grossesses non prévues et par un report des naissances à des âges plus élevés, en lien avec le recul de l'âge au premier enfant (l'enquête périnatale de 2010 fixe l'âge moyen des mères à 29,7 ans) (28) (29).

Le rapport statistique de la DREES montre également une stabilisation du taux de recours à l'IVG pour toutes les tranches d'âges :

Graphique 4
« Evolution des taux de recours selon l'âge »



Source : DREES (26)

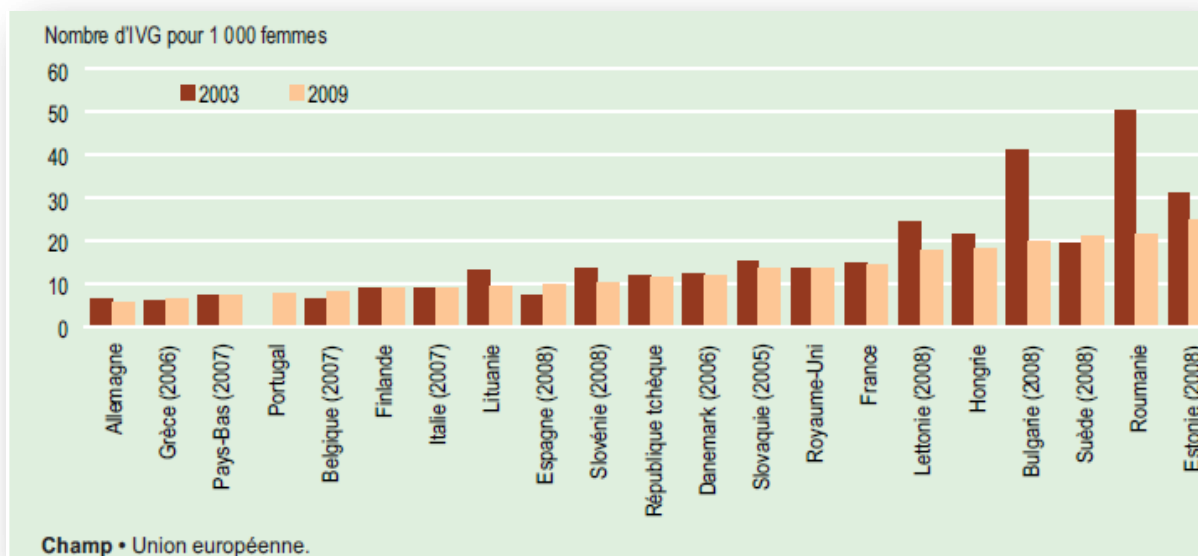
En France, ce sont les 20-29 ans qui ont le plus recours à l'IVG avec 22 IVG pour 1000 femmes chez les 20-24 ans, et 27 IVG pour 1000 femmes chez les 25-29 ans en 2008. Le taux le plus bas (6 pour 1000) est observé chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. De plus, chez les femmes les plus jeunes le recours à l'IVG s'est

stabilisé en 2008 et 2009. On comptabilise 10 IVG pour 1000 femmes chez les 15-17 ans et 22 pour 1000 chez les 18-19 ans.

Les données statistiques indiquent que l'IVG reste un dernier recours : la légalisation n'a occasionné ni une augmentation du nombre d'avortements, ni une baisse de la natalité, ni l'abandon de la contraception au profit de l'IVG. Les grossesses non prévues ont considérablement diminué : 55% en 1968 contre 36% en 2002. De plus, il est à noter que, la stabilité du recours à l'IVG (depuis 1990) s'explique par le fait que lors d'une grossesse non prévue les femmes ont davantage recours à l'IVG : en 1975, 40% des femmes avaient recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue contre 60% en 2002 (28).

La France se situe dans la moyenne européenne avec 15 IVG pour 1000 femmes (âgées de 15 à 49 ans) mais, reste bien au-dessus des Pays-Bas ou de l'Allemagne qui présentent environ 6 IVG pour 1000 femmes.

Graphique 5
« Evolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009 »



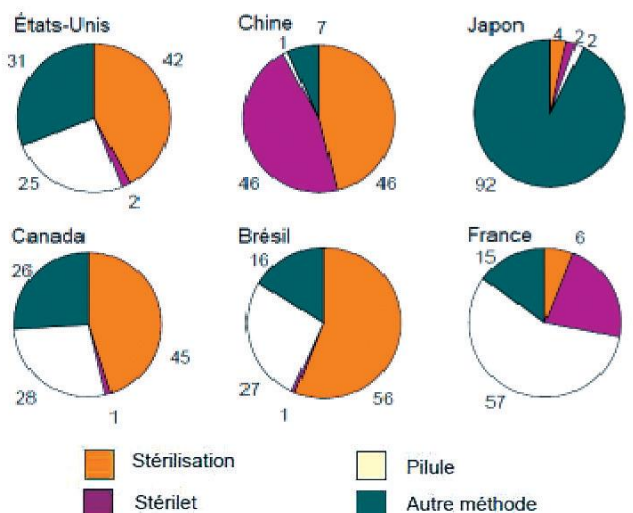
Source : DREES (26)

3. Couverture contraceptive en France

Depuis la mise en vigueur de la loi Neuwirth en 1972, la contraception s'est largement diffusée en France. Aujourd'hui, la prévalence contraceptive est l'une des plus importantes au monde et s'élève à 90,2% chez les femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives (30). La contraception hormonale orale demeure la méthode la plus utilisée avec 55,5% d'utilisatrices. Le dispositif intra-utérin (DIU) se place en seconde position avec 26% de femmes qui choisissent cette méthode, mais, il ne concerne quasiment pas les jeunes femmes. Le préservatif est employé par 10,3% des couples comme méthode contraceptive et par 85% lors du premier rapport sexuel. Les autres méthodes médicales sont employées par 4,7% des femmes et, les méthodes naturelles ou locales par 1,2% d'entre elles. La stérilisation, très utilisée dans d'autres pays, a une prévalence de 2,2% en France (30). C'est ainsi, que certains auteurs ont défini une « norme contraceptive » qui semble être la suivante : en début de vie sexuelle ou au début de toute nouvelle relation, les couples sont amenés à employer le préservatif en raison du risque d'IST, puis les femmes sont enjointes à employer la contraception orale dès que leur couple est stable et, après un certain âge et/ou après un certain nombre d'enfants les femmes sont invitées à choisir le DIU comme moyen contraceptif (31). Ce schéma contraceptif français est une spécificité comme en témoigne les statistiques mondiales recueillies par l'Organisation des Nations- Unies :

Figure 1

Méthodes de contraception utilisées dans certains pays (pour 100 couples mariés utilisant la contraception)



Source : Nations- Unies (32)

Malgré la forte prévalence de la contraception en France et, d'après l'enquête COCON (COHorte sur la CONtraception) menée entre 2000 et 2004 par une équipe de l'INSERM, « 1 grossesse sur 3 est toujours qualifiée de non prévue par les femmes elles-mêmes, dont les 2/3 surviennent sous contraception (30% sous contraception médicalisée) ». Ces résultats révèlent la différence entre l'efficacité contraceptive théorique et l'efficacité en pratique courante, et dévoilent les difficultés que rencontrent les femmes au quotidien dans la gestion de leur méthode contraceptive. Cette différence résulte le plus souvent d'arrêts ou de changements de méthode contraceptive, ainsi que d'écarts d'observance traduisant une inadéquation entre les besoins contraceptifs des femmes et la méthode utilisée (33) (34).

L'analyse des trajectoires contraceptives des femmes ayant recours à l'IVG montre que la moitié d'entre elles ont changé de méthode contraceptive dans les six mois précédents l'IVG (35). Donc, les situations où la contraception prescrite n'est pas adaptée aux conditions de vie affective et sexuelle des femmes sont davantage propices à la survenue d'un échec de contraception (31).

Tableau 1
Efficacité pratique de différentes méthodes contraceptives

Niveau d'efficacité	Méthode	% grossesses en pratique courante sur 12 mois	% grossesses en utilisation optimale sur 12 mois
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
Toujours très efficace	Vasectomie	0,2	0,1
Toujours très efficace	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Toujours très efficace	Progestatifs injectables	0,3	0,3
Toujours très efficace	DIU (stérilet)	0,8	0,6
Très efficace en utilisation optimale, efficace en emploi courant	Pilule oestroprogestative ¹⁴	6 à 8	0,1
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif masculin	14	3
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Préservatif féminin	21	5
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Retrait	19	4
Efficace en utilisation optimale, une certaine efficacité en emploi courant	Méthodes naturelles	20	1 à 9

Source : OMS

Finalement, comme l'explique la Direction générale de la santé dans la « stratégie d'action en matière de contraception », ce n'est pas à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes aujourd'hui mais, à une inadaptation entre les méthodes contraceptives qui leur sont prescrites et leur vie au quotidien, ainsi qu'à un manque d'explications sur les modalités d'utilisation de celles-ci.

C'est dans ce contexte, que l'ANAES, en collaboration avec l'AFSSAPS et l'INPES, a publié en 2004 un ensemble de recommandations pour la pratique clinique à destination des praticiens : « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». Le but de cette publication est de proposer des recommandations sur la prescription d'une contraception chez la femme, l'information des femmes par les soignants et l'aide au choix d'une méthode contraceptive, afin que chaque contraception soit adaptée à la situation personnelle de chaque femme et qu'elle soit bien acceptée et bien menée.

Dans la même perspective, l'Organisation Mondiale de la Santé, a publié « Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives » offrant des conseils sur l'utilisation efficace et sûre des méthodes contraceptives. A la suite de ce travail, l'OMS a publié un « outil d'aide à la prise en charge de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale » sous forme d'un guide technique, dont le but est de « permettre aux prestataires de services de planification familiale d'aider leurs clients à choisir une méthode contraceptive en connaissance de cause et donner les informations et l'aide nécessaires pour que la méthode choisie soit utilisée avec profit » et vise à « faire pleinement participer les clients à la prise de décision afin qu'ils choisissent une méthode contraceptive répondant à leurs besoins sans mettre en danger leur santé ».

M. Winkler quant à lui caractérise trois lois de « bonne contraception » (36) :

- « Loi n°1 : Il y a des méthodes de contraception plus efficaces que d'autres, mais, chaque fois qu'une grossesse n'est pas désirée, toutes les méthodes valent mieux que rien du tout !
- Loi n°2 : La meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère, mais celle que la femme (ou le couple) choisit librement, en connaissance de cause.
- Loi n°3 : La sexualité change avec le mode de vie. La contraception aussi. »

Dans ses recommandations pour la pratique clinique, l'ANAES indique que « la meilleure contraception est celle que la femme ou le couple choisissent de façon libre

et éclairée après une information claire ». De plus, d'après les récentes publications, il est démontré que le choix de la méthode de contraception par la patiente est associé à une meilleure satisfaction ainsi qu'à une utilisation plus élevée de la méthode (preuve de niveau 3) (37). Par conséquent, les consultations de contraception basées sur les méthodes de communication du counseling et de la démarche éducative se sont imposées aux praticiens. Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counseling peut se définir comme "une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » (38). Il repose sur l'empathie et le respect du praticien vis-à-vis de la femme qui consulte et entraîne une relation de confiance entre le praticien et la consultante. L'entretien se veut semi-directif et amène ainsi la femme à faire son choix.

La démarche éducative quant à elle, est un processus dynamique cherchant l'adhésion et la participation du public ciblé. Il s'agit d'une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et, à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

L'OMS a souligné l'intérêt, dans le champ de la contraception, d'une méthode de counseling nommée BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour (traduction de l'anglais GATHER : Great, Ask, Tell, Help, Explain, Return).

4. Profil contraceptif des femmes ayant recours à l'IVG

Plus de 4 femmes sur 10 auraient recours à une IVG au cours de leur vie d'après l'indicateur conjoncturel d'IVG, souvent à l'occasion de périodes de transition dans leur vie affective et conjugale ou dans leur méthode de contraception (17). Dans la suite de cette partie, nous nous appuierons sur l'étude menée par la DREES en 2007 (39).

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'étude menée par la DREES auprès de 11403 femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 a permis d'établir les résultats suivants (39).

- Une femme sur deux ayant recours à l'IVG est âgée de moins de 27 ans.
- Moins de la moitié des femmes ayant avorté vit en couple.
- Après 25 ans, les femmes ayant recours à une IVG sont aussi diplômées que l'ensemble des femmes du même âge.
- Les femmes ayant eu recours à l'IVG occupent moins souvent en emploi que l'ensemble des femmes.
- Plus de 15% des IVG concernent des femmes d'origine étrangère (il est à noter que dans cette enquête, les étrangères sont surreprésentées par rapport à leur part dans la population générale).
- Une femme sur trois déclare des antécédents d'IVG, contre une sur cinq en 1990.
- La moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG a déjà un enfant.

4.2 Caractéristiques contraceptives

Interrogées, d'une part, sur la (les) dernière(s) méthode(s) contraceptive(s) utilisée(s) et, d'autre part, sur le maintien de cette méthode au cours du mois où la grossesse a débuté et sur le motif de survenue de la grossesse, deux femmes sur trois ayant eu recours à une IVG en 2007 mentionnent au moins un type de contraception en cours (39). 24% des femmes mentionnent deux méthodes et 10% en citent trois ou plus, sans que l'on sache si l'utilisation a été simultanée ou successive (39). Parmi les femmes « sous contraception » (encore en cours), 45% utilisent une méthode médicale (contraception hormonale orale, DIU, implant ou patch) et 25% le préservatif comme méthode principale (39). Il faut noter que plus d'une femme sur quatre cite des méthodes naturelles : 16% mentionnent le retrait comme méthode contraceptive et 11% l'abstinence périodique (39). Au total, les femmes concernées par une IVG sont donc « sous contraception » 2 fois sur 3, mais sous contraception médicale seulement 1 fois sur 2 (39).

Au final, les résultats de l'enquête permettent d'anticiper qu'en moyenne 4 femmes sur 10 seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde, vraisemblablement dans une période de transition (27). Si le risque de survenue d'une IVG existe effectivement pour toutes les femmes, il n'est cependant pas égal pour chacune et varie selon l'âge de la femme, son origine, sa situation conjugale, familiale et professionnelle. Cela est particulièrement vrai pour les femmes ayant un recours répété à l'IVG (27).

A la suite de l'enquête de la DREES citée précédemment, C. Moreau & al. a mené une étude présentant la situation contraceptive des femmes lors de la survenue de la grossesse qui a donné lieu à l'IVG ainsi que les facteurs qui lui sont associés, comme l'âge, les caractéristiques socio-économiques, les antécédents d'IVG et l'origine géographique des femmes (40). Cette étude a été menée chez 7802 femmes par questionnaire, dont voici les principaux résultats.

Situation contraceptive au moment de l'IVG :

L'IVG à la suite d'un échec de contraception

La majorité des femmes ayant recours à l'IVG utilisait une méthode de contraception lorsqu'elles ont débuté leur grossesse (40). Dans 26% des cas, il s'agissait de la contraception hormonale orale, qui est la méthode la plus utilisée d'une manière générale par les femmes en France.

Les méthodes dites barrières ou naturelles, peu utilisées de manière régulière par les femmes, sont citées par 18% d'entre elles, tandis que 16% utilisaient le préservatif au moment où elles ont été enceintes. Seule une infime minorité de femmes (2%) rapporte un échec d'une méthode à longue durée d'action, le DIU en l'occurrence, et 1% décrit un échec de méthodes hormonales telles que le patch ou l'anneau vaginal (40).

Une grande majorité des femmes sous contraception attribue leur grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode : 92% des utilisatrices de contraception hormonale orale (soit 24% des femmes de l'étude) ont oublié au moins une fois leur comprimé et 84% des utilisatrices de l'étude (soit 13% des femmes de l'étude) attribuent leur grossesse à un glissement ou à un déchirement du préservatif (40).

Parmi les femmes sans contraception, une minorité (6%) seulement indique n'avoir jamais utilisé de contraception auparavant. La situation contraceptive au moment de

la conception ayant donné lieu à l'IVG apparaît donc bien comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes (40).

Caractéristiques associées à ces pratiques contraceptives :

Les femmes qui disposent de moins de ressources sociales, de même que les femmes âgées de 40 ans ou plus et celles qui sont nées en Afrique subsaharienne se déclarent plus souvent sans contraception au moment de l'IVG (40). Par ailleurs, les femmes nées en Afrique subsaharienne ainsi que les femmes les plus diplômées rapportent souvent un échec lié à l'utilisation de méthodes naturelles (40). Les plus jeunes, les étudiantes, les femmes vivant seules et celles qui n'ont pas d'enfant décrivent plus fréquemment un échec de préservatif (40). Enfin, les femmes de 20 à 29 ans, celles qui ont déjà au moins un enfant, les femmes en couple et celles nées dans un pays d'Afrique du Nord rapportent plus souvent un échec de contraception hormonale orale (40).

Cette étude est l'une des premières analyses sur les parcours contraceptifs autour d'une IVG. Les résultats montrent que près de deux tiers des IVG résultent d'un échec de contraception, tandis qu'une femme sur trois n'a pas de contraception lors de la survenue de la grossesse. Les femmes qui n'utilisaient pas de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes ont cependant majoritairement utilisé une méthode dans un passé proche, ce qui renvoie à la notion de « situation à risque » dans les trajectoires contraceptives des femmes associée à des périodes de changements contraceptifs auxquelles il est nécessaire de prêter attention (40). Ne pas s'être sentie « à risque » d'être enceinte constitue la raison principale de non-utilisation d'une contraception, tandis que l'usage non systématique ou les erreurs de prise sont les principaux motifs des échecs. Ce dernier résultat traduit les difficultés de gestion contraceptive au quotidien qui s'observent d'autant plus que la méthode nécessite une prise quotidienne (40) (41).

La contraception post-IVG:

Les résultats précédents confirment donc que les IVG sont principalement liées à des échecs de contraception plutôt qu'à l'absence de contraception. L'intervention peut représenter une opportunité pour les femmes de mieux maîtriser leur méthode contraceptive. Ainsi, l'étude s'est intéressée aux pratiques d'information et de médicalisation de la contraception à l'occasion de l'IVG et a comparé, la situation

contraceptive des femmes avant l'IVG et la contraception prescrite juste après l'intervention (40).

Si l'IVG est un moment dédié à l'évocation des questions contraceptives, il n'en demeure pas moins qu'une femme sur cinq (18,7%) indique ne pas avoir reçu d'information sur la contraception dans le contexte de sa prise en charge et près d'une femme sur quatre (22,9%) ressort sans prescription contraceptive après l'intervention (40).

Plus de la moitié des femmes passe d'une contraception non médicale ou d'une absence de contraception à la prescription d'une méthode médicale après l'IVG (54,5%), tandis que 22,1% déclarent suivre une méthode médicale avant et après l'intervention et que 16,6% recourent à des méthodes non médicales ou sans méthode avant et après l'IVG (40). Cette remédicalisation de la contraception post-IVG, déjà observée dans l'enquête COCON, est rapportée dans différentes études réalisées en Suisse, en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis (42). Les femmes les plus jeunes sont deux fois plus nombreuses à recevoir une prescription pour une contraception médicale que les autres (40). Au contraire, les femmes vivant seules sont moins nombreuses à recevoir une prescription pour une contraception médicale (40). La prescription d'une contraception médicale post-IVG n'est liée ni à l'appartenance sociale des femmes, ni à la technique d'IVG (40). Ces résultats sont les mêmes après prise en compte de la situation contraceptive avant l'IVG, celle-ci n'ayant pas d'effet sur la prescription d'une méthode médicale après l'intervention. Au final, la moitié des femmes reçoit une prescription de contraception hormonale orale, suivie du DIU (16,5%) (40). On note que près de la moitié des femmes (46%) qui rapporte un échec de contraception hormonale orale se voit prescrire une pilule après l'IVG (40).

La prescription de méthodes ne nécessitant pas une prise quotidienne (implant, patch, anneau, DIU) progresse doucement en France (+6%) par rapport aux estimations de l'étude COCON dix ans plus tôt, notamment grâce à l'introduction des nouvelles méthodes hormonales (+10%), le DIU demeurant stable sur la période. Celui-ci reste toutefois marginal chez les plus jeunes et les nullipares, attestant de la difficulté à étendre l'indication de cette méthode à toutes les femmes, alors même qu'il n'y a pas de contre-indication médicale à proposer un DIU à une femme qui n'a jamais été enceinte, et ce quel que soit son âge. La contraception hormonale orale, indiquée dans la moitié des cas (et pour 70% des mineures), reste la méthode la plus

prescrite après une IVG, y compris dans le cas où la grossesse est attribuée à un oubli ou à un arrêt temporaire de pilule (40). La question de l'adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie affective, sexuelle et sociale des femmes reste toujours posée. En particulier pour les jeunes dont l'activité sexuelle se caractérise souvent par une succession de relations de courtes durées et pour lesquelles la contraception orale n'est pas nécessairement la méthode la plus adaptée (31). Les résultats indiquent toutefois une adaptation de la contraception aux circonstances ayant conduit à l'échec, dans la mesure où la situation contraceptive post-IVG représente un changement par rapport à celle rapportée avant l'intervention dans 62% des cas (40).

Finalement, les données de cette étude confirment les liens étroits entre la contraception et l'IVG. La survenue des grossesses non désirées traduit les difficultés qu'ont les femmes à gérer leur contraception au quotidien, dans des trajectoires affectives de plus en plus diversifiées, ce dans un contexte où la norme contraceptive évolue peu (40).

Deuxième partie

Protocole de recherche et résultats

1. Problématique :

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la prévention des grossesses non désirées par le développement et l'utilisation des méthodes contraceptives est un enjeu de santé publique toujours d'actualité. Malgré une couverture contraceptive des plus importantes au monde, la France compte environ 220 000 IVG par an, et ce depuis les années 1990.

L'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de contraception suite à la loi HPST de 2009 et plus récemment avec la loi du 29 décembre 2011 précise l'importance du rôle qu'elles peuvent jouer au sein des centres d'orthogénie. C'est ainsi, que nous avons souhaité étudier les trajectoires contraceptives des femmes entre deux périodes : avant l'IVG et après l'IVG. L'intérêt pour ce sujet est né tout particulièrement du stage réalisé en centre d'orthogénie. Les femmes et les professionnels de santé rencontrés durant le cursus de sage-femme ont attiré notre attention sur les difficultés que rencontrent les femmes dans leur vie quotidienne pour adapter leur contraception à leur mode de vie d'une part et, la complexité pour les prescripteurs de satisfaire au mieux les souhaits des femmes en ce qui concerne leur contraception d'autre part.

De là est issue la problématique de notre mémoire : **l'interruption volontaire de grossesse entraîne t'elle des modifications du profil contraceptif chez les femmes qui y ont eu recours ?**

2. Hypothèses :

Pour répondre à cette problématique, nous avons établi les hypothèses suivantes :

- La réalisation d'une IVG entraîne une augmentation de l'utilisation de méthodes contraceptives médicales.
- L'IVG entraîne une augmentation de l'utilisation des méthodes suivantes : DIU et implant.
- La contraception utilisée en post-IVG est source d'une meilleure satisfaction chez les femmes qui l'utilisent car plus en adéquation avec leurs besoins.

3. Objectifs de recherche :

Les objectifs poursuivis dans cette étude étaient les suivants :

- Identifier les méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant et après leur IVG.
- Déterminer la part dévolue à l'utilisation de méthodes contraceptives médicales.
- Evaluer la satisfaction des femmes vis-à-vis de ces méthodes.

4. Méthodologie de la recherche:

4.1 Population ciblée

L'enquête est basée sur toutes les patientes ayant eu recours à l'IVG et se présentant à la consultation post-IVG du centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul.

4.2 Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une enquête prospective qui a été réalisée entre octobre 2011 et février 2012.

4.3 Choix du support

Le support choisi pour vérifier les hypothèses de l'étude est un questionnaire (annexe 1). Ce moyen a été retenu pour assurer l'anonymat des femmes participant à l'étude et accéder à un plus grand nombre de réponses.

4.4 Distribution

Nous avons réalisé notre enquête au sein du centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul (Paris, 14^{ème} arrondissement) qui réalise 2300IVG par an, médicamenteuses ou chirurgicales.

Les femmes ont été interrogées lors de la consultation post-IVG, soit environ trois semaines après l'intervention.

Les questionnaires ont été distribués soit par l'aide-soignante accueillant les femmes lors de la consultation post-IVG, soit par les étudiantes sages-femmes en stage dans le service.

L'étude portant sur le profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'IVG, nous nous sommes interrogés sur le moment le plus opportun pour faire remplir le questionnaire. Il a ainsi été décidé de le distribuer lors de la consultation post-IVG afin d'avoir accès au maximum d'informations dont nous avons besoin pour mener cette enquête.

4.5 Caractéristiques du questionnaire

Au total, 23 questions ont été posées aux patientes, dont 20 questions à choix multiples, 2 questions fermées et 1 question ouverte.

La première partie du questionnaire concerne les informations relatives au statut socio-économique des femmes (âge, niveau d'étude, situation professionnelle, ...).

Une seconde partie concerne les informations relatives à l'histoire obstétricale des femmes (gestité, parité, antécédent d'IVG, ...).

Les parties suivantes s'intéressent au statut contraceptif des femmes avant l'IVG, après l'IVG, et au moment de la consultation post-IVG. Elles portent sur les méthodes contraceptives utilisées et la satisfaction des femmes vis-à-vis de celles-ci.

Dans notre questionnaire, il a été considéré comme contraception médicale les méthodes suivantes : contraception hormonale orale, DIU, implant, anneau et patch, et comme méthode non médicale : préservatifs, méthodes barrières et naturelles. Concernant la cause de l'échec contraceptif, l'item « erreur d'application » était expliqué comme l'oubli d'un comprimé, le retard de la prise d'un comprimé, d'un patch, etc. L'item « échec du contraceptif » était expliqué comme la rupture du préservatif, la contraception orale prise correctement, l'implant ou le DIU en place, etc.

4.6 Outils d'analyse

A l'aide du logiciel Excel, il a été réalisé une analyse descriptive quantitative par effectif des questionnaires. Nous avons eu recours aux tests statistiques suivants : Test de Mac Nemar, test de Fisher, test de chi² et test de chi² corrigé de Yates. Le seuil de significativité pris en compte est 0,05.

5. Résultats

5.1 Aspects quantitatifs

Au total, 108 questionnaires ont été recueillis sur un total de 200. Trois n'ont pas été exploitables, ce qui constitue un taux de réponse de 54%.

5.2 Description des résultats

5.2.1 Aspects socio-économiques

		n=105
Age		
	<18	10 (9,5%)
	18-24	34 (32,5%)
	25-35	44 (42%)
	>35	17 (16%)
Niveau d'étude		
	Jamais scolarisée	0 (0%)
	Primaire	0 (0%)
	Collège / BEP /CAP	6 (6%)
	Lycée	24 (23%)
	Enseignement supérieur	73 (69%)
	Autre	2 (2%)
Pays de naissance		
	France	63 (60%)
	Afrique subsaharienne	15 (14%)
	Afrique du Nord	14 (13%)
	Asie	2 (2%)
	Autres	11 (11%)
Vie en couple		
	Oui	75 (71%)
	Non	30 (29%)
Situation professionnelle		
	Salariée	54 (51,5%)
	Chômage	8 (7,5%)
	Etudiante	34 (32%)
	Femme au foyer	4 (4%)
	Autre	5 (5%)

Tableau 2 : Aspects socio-économiques

La moyenne d'âge de notre population est 27,5 ans, les extrêmes allant de 16 à 42 ans. La majorité de la population possède un niveau d'étude enseignement

supérieur. Plus de la moitié des femmes interrogées occupent un emploi. Les trois quarts des femmes de notre étude déclarent vivre en couple.

5.2.2 Aspects obstétricaux

		n=105
Gestité		
	Ig	53 (51%)
	IIg	18 (17%)
	IIIg	15 (14%)
	≥IVg	19 (18%)
Parité		
	Op	72 (69%)
	Ip	11 (10%)
	IIp	18 (17%)
	≥IIIp	4 (4%)
Antécédents d'IVG		
	Aucun	76 (72%)
	1 IVG	17 (16%)
	2 IVG	9 (9%)
	≥3 IVG	3 (3%)
Suivi gynécologique régulier		
	Oui	74 (71%)
	Non	31 (29%)

Tableau 3 : Antécédents obstétricaux

La population est majoritairement constituée de primigestes, nullipares.

Presque les trois quarts des femmes de l'étude ont un suivi gynécologique régulier.

5.2.3 Situation contraceptive avant l'IVG :

Changement de contraceptif dans les 6 mois précédents l'IVG	n=105	
	Oui	24 (23%)
Non	81 (77%)	

Tableau 4 : Situation contraceptive avant l'IVG

Presque 4 femmes sur 5 n'ont pas changé de méthode contraceptive dans les six mois précédents l'IVG.

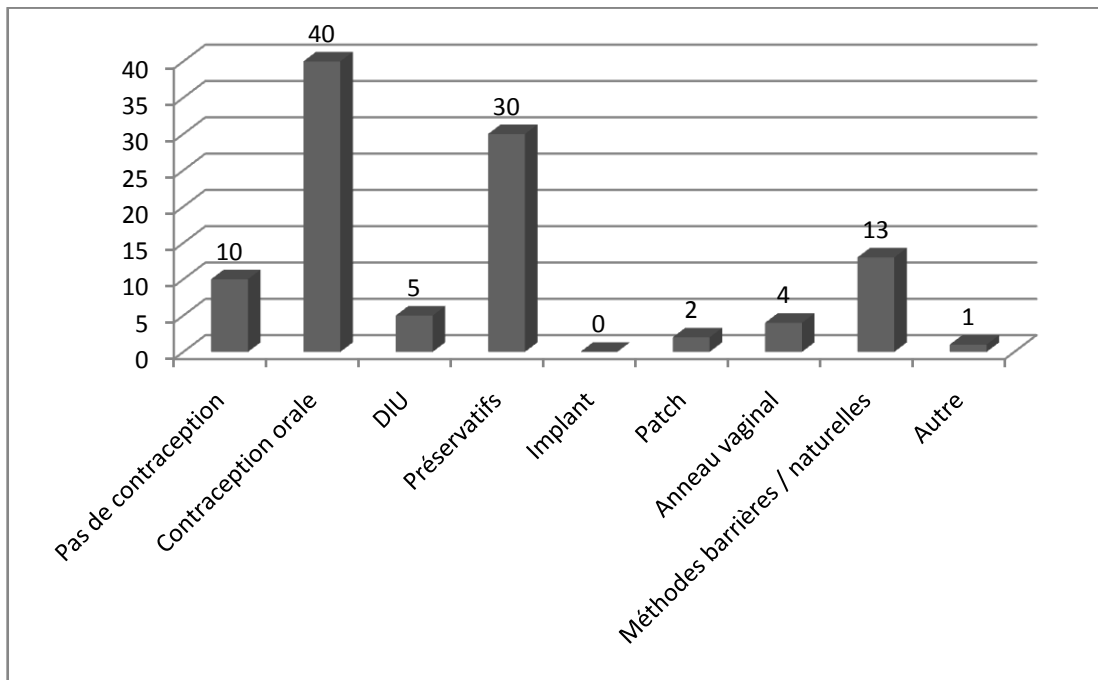


Figure 2 : Dernière méthode contraceptive utilisée

Dans la population étudiée, l'implant contraceptif n'est utilisé par aucune femme. Les méthodes les plus utilisées sont la contraception hormonale orale (38%) et le préservatif (28,5%).

On note que 9% de la population n'utilise aucune méthode contraceptive.

Dans la catégorie « autre », il s'agit d'une contraception non citée. En effet, la femme n'a pas spécifié le moyen de contraception utilisé.

En moyenne, la méthode contraceptive est utilisée depuis 2,8 ans, les extrêmes allant de 2 mois à 13 ans.

	Suivi gynécologique régulier	Pas de suivi gynécologique régulier	p (seuil de significativité)
Contraception médicale	n=40	n=11	0,11
Méthodes non médicales	n=28	n=16	

Tableau 5 : Type de contraception selon la régularité du suivi gynécologique

L'absence de contraception n'a pas été prise en compte dans ce tableau. La régularité du suivi gynécologique n'est pas un facteur significatif de l'utilisation d'une contraception médicale.

		Contraception médicale	Méthodes non médicales	p (seuil de significativité)
Couple				0,99
	Oui	n=36	n=31	
	Non	n=15	n=13	

Tableau 6 : Contraception selon le statut du couple

La vie en couple n'entraîne pas de différence significative dans l'utilisation d'une contraception médicale.

		Contraception médicale	Méthodes non médicales	p (seuil de significativité)
Parité				0,87
	0p	n=34	n=30	
	≥1p	n=17	n=14	

Tableau 7 : Contraception selon la parité

La parité n'entraîne pas de différence significative dans l'utilisation d'une contraception médicale.

		Contraception médicale	Méthodes non médicales	p (seuil de significativité)
Age				
	<18	n=1	n=7	0,04
	18-24	n=16	n=14	
	>25	n=34	n=23	

Tableau 8 : Contraception selon l'âge

Il existe une différence significative de l'utilisation d'une contraception médicale selon les tranches d'âges.

5.2.4 IVG

		n=105	
Cause de l'échec contraceptif			
	Erreur d'application	35 (33%)	
	Echec du contraceptif	29 (28%)	
	Autre	28 (27%)	
	Ne sait pas	11 (10%)	

Tableau 9 : Cause de l'échec contraceptif

Les causes de l'échec contraceptif sont diverses. On note qu'une femme sur dix ne trouve pas d'explication à cet échec.

		n=105	
Méthode IVG			
	Médicamenteuse à domicile	22 (21%)	
	Médicamenteuse à l'hôpital	39 (37%)	
	<i>Total médicamenteuse</i>	61 (58%)	
	Chirurgicale /AL	27 (26%)	
	Chirurgicale /AG	17 (16%)	
	<i>Total Chirurgicale</i>	44 (42%)	

Tableau 10 : Méthode de l'IVG

La plupart des IVG ont été médicamenteuses.

	n=105	
Souhait de changer de méthode contraceptive ou d'en débiter une		
	Oui	79 (75%)
	Non	26 (25%)

Tableau 11 : Souhait de changer de méthode de contraception ou d'en débiter une après l'IVG

Les trois quarts des femmes de l'étude souhaite changer de méthode de contraception à travers le parcours d'IVG ou en commencer une si elles n'en utilisaient pas auparavant.

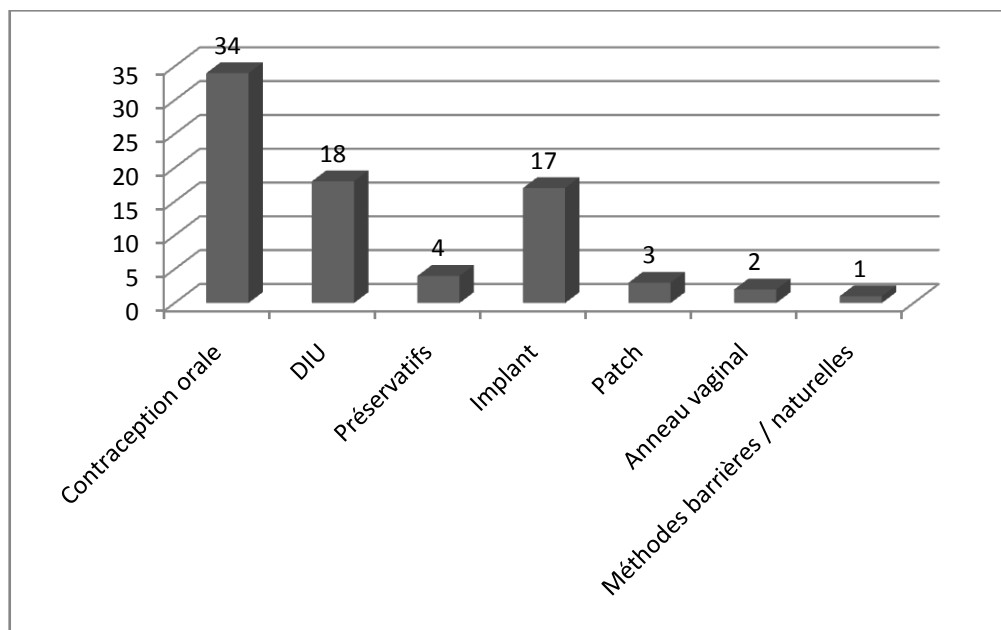


Figure 3 : Contraception choisie lors de la consultation pré-IVG par les femmes désirant changer de méthode contraceptive ou d'en débiter une si elles n'en utilisaient pas auparavant (soit 75% des femmes)

5.2.5 Situation contraceptive lors de la consultation post-IVG

Lors de la consultation post-IVG, 96% des femmes déclarent utiliser une méthode de contraception (versus 91% lors de la consultation pré-IVG) ($p=8,1$).

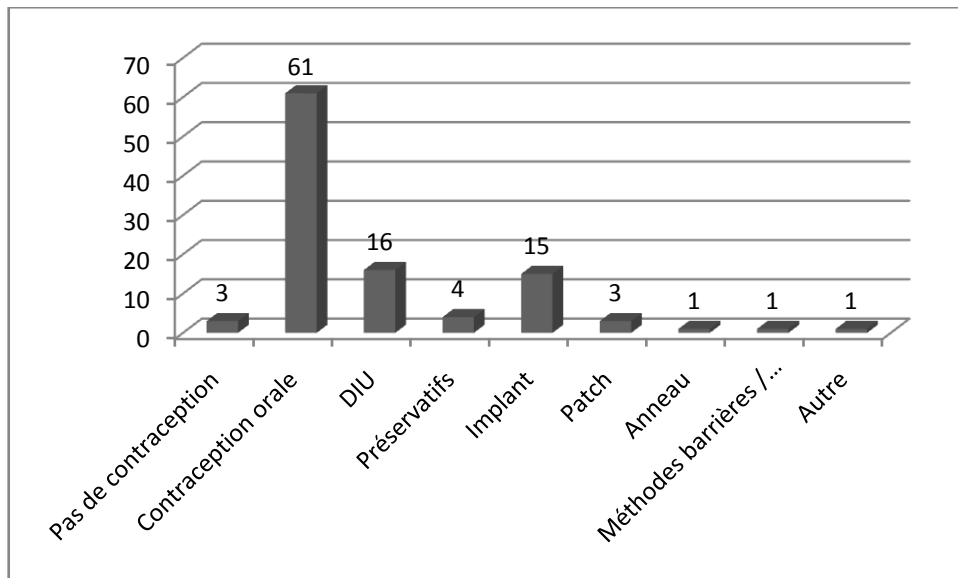


Figure 4 : Contraception utilisée lors de la consultation post-IVG

Les méthodes les plus utilisées en post-IVG sont : la contraception hormonale orale (58%), le DIU (15%) et l'implant contraceptif (14%). 3% de la population étudiée n'utilise aucune méthode contraceptive au moment de la consultation post-IVG.

	Pré-IVG	Post-IVG	p (seuil de significativité)
Contraception médicale	n=51	n=96	0,0008
Méthodes médicales non	n=54	n=9	

Tableau 12 : Utilisation d'une contraception médicale en pré et post IVG

Il existe une différence significative de l'utilisation de contraception médicale entre les périodes pré et post IVG. Les femmes n'utilisant aucune contraception ont été incluses dans le groupe « méthodes non médicales ».

	Pré-IVG	Post-IVG	p (seuil de significativité)
DIU	n=5	n=16	0,0002
Implant	n=0	n=15	

Tableau 13 : Utilisation de l'implant et du DIU en pré et post IVG

Il existe une différence significative de l'utilisation de l'implant et du DIU entre les périodes pré et post IVG.

5.2.6 Satisfaction des patientes vis-à-vis de leur méthode contraceptive

	Satisfaction de la méthode utilisée en pré-IVG	Satisfaction de la méthode utilisée en post-IVG	p (seuil de significativité)
Plutôt satisfaite	n=51 (49%)	n=95 (90%)	0,0001
Plutôt pas satisfaite	n=54 (51%)	n=10 (10%)	

Tableau 14 : Satisfaction des patientes vis-à-vis de leur méthode contraceptive

La satisfaction des patientes vis-à-vis de leur méthode contraceptive est augmentée de manière significative après l'IVG. Dans le groupe « plutôt satisfaite », nous avons regroupé les patientes ayant répondu « tout à fait » et « plutôt » à la question. Dans le groupe « plutôt pas satisfaite », nous avons regroupé les patientes ayant répondu « pas vraiment » et « pas du tout » à la question.

5.2.7 Avantage(s) des méthodes contraceptives utilisées

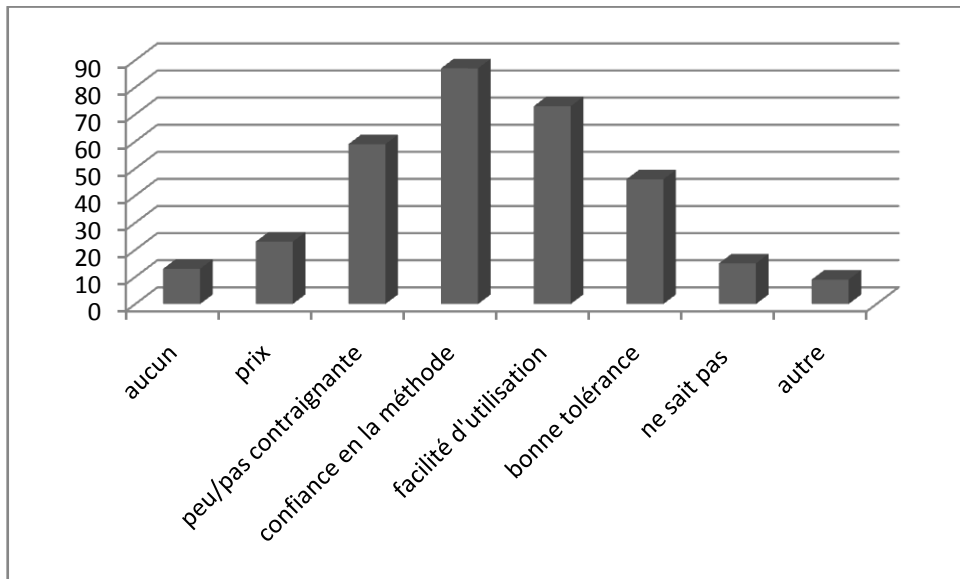


Figure 5 : Avantage(s) de la méthode contraceptive utilisée

Les avantages des méthodes contraceptives les plus souvent cités par les femmes sont la confiance en la méthode et la facilité d'utilisation de la méthode.

5.2.8 Inconvénient(s) des méthodes contraceptives utilisées

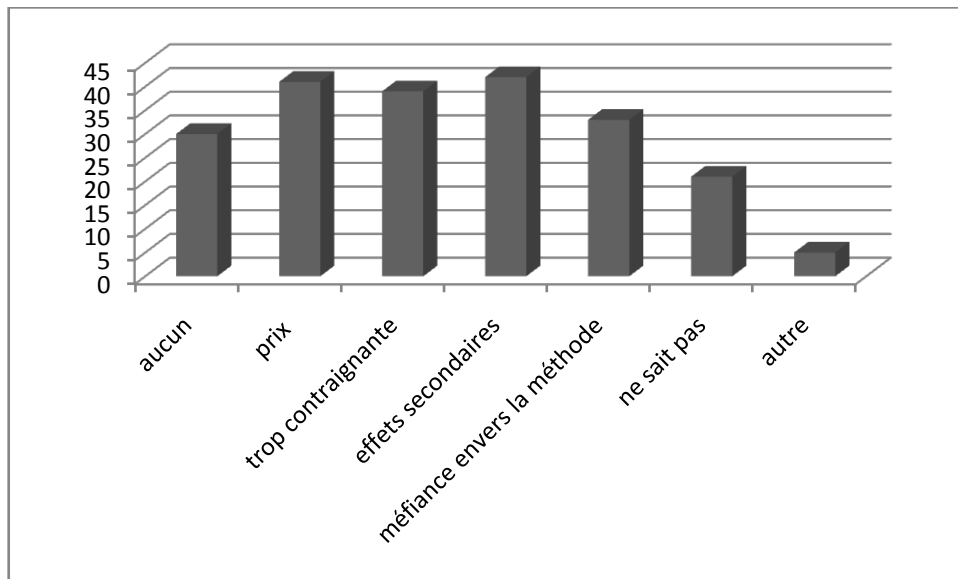


Figure 6 : Inconvénient(s) de la méthode contraceptive utilisée

Les inconvénients des méthodes contraceptives les plus souvent cités par les femmes sont le prix, l'observance contraignante, les effets secondaires et la méfiance envers la méthode.

Troisième partie

Discussion

1. Critique de l'étude

1.1 Faiblesses

La faiblesse principale de cette étude est la taille réduite de l'effectif de notre population : il a été recueilli 108 questionnaires (dont 3 inexploitable). Néanmoins, le taux de réponse de 54% est satisfaisant. L'effectif de notre étude nous amène à penser que les femmes éprouvent des difficultés à s'exprimer sur l'IVG. En effet, d'après les publications, les femmes ayant recours à l'IVG mettent en place des mécanismes de défense pour s'opposer à une « maturation maternelle ». Cela s'exprime par une occultation de leur ressenti et une inhibition de leurs pensées ou de leurs affects (43). De plus, la visite de contrôle étant la dernière étape du parcours d'IVG, nous pouvons expliquer le faible effectif de l'étude par le fait que les femmes désirent rapidement achever ce circuit.

Les questionnaires ont été distribués lors de la consultation post-IVG, réalisée environ trois semaines après l'intervention. Cependant, environ 20% des femmes ne se présentent pas à cette visite de contrôle et nous pouvons donc penser qu'il existe un biais de sélection (de type biais d'échantillonnage) dans cette étude. De plus, la surreprésentation d'IVG médicamenteuses dans notre population constitue également un biais de sélection. Elles représentent plus de la moitié de la population alors qu'elles ne concernent en réalité qu'un tiers de l'activité du centre d'orthogénie. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes qui ont recours à une IVG médicamenteuse se voient systématiquement programmer la visite de contrôle au centre, tandis que celles qui ont recours à une IVG chirurgicale peuvent se voir proposer la visite en cabinet de ville.

Pour des raisons logistiques, il ne nous a pas été possible d'interroger les femmes plus longtemps après l'IVG. Cela aurait pourtant permis d'avoir plus de recul et d'évaluer la prise de contraception sur un délai plus important.

Vu le caractère prospectif de l'étude, nous pouvons intégrer un biais d'information. Il s'agit de l'effet « Hawthorne » biaisant le comportement des participants. En effet, en

se sachant « observé », ils ont davantage tendance à décrire dans le questionnaire des comportements plus sains ou socialement plus acceptables.

Enfin, l'analyse de nos résultats est uniquement quantitative. L'aspect qualitatif n'a pu être développé dans notre étude, et ce à cause de l'insuffisance numérique des questions ouvertes. De surcroît, la seule question ouverte n'a été que très peu renseignée par les femmes et ce, entre autre, car elle ne s'adressait qu'à 25% de la population concernée.

1.2 Forces

Le caractère prospectif de l'étude constitue sa principale force, assurant ainsi une actualisation des résultats.

De plus, le support utilisé a permis un total anonymat des patientes, répondant ainsi aux exigences de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

2. Analyse des résultats

2.1 Caractéristiques générales de la population étudiée

2.1.1 Age

L'âge moyen des patientes interrogées est de 27,5 ans, sensiblement égal à l'âge moyen retrouvé dans l'étude menée par la DREES en 2007 chez 6874 femmes ayant recours à l'IVG qui était de 27,2 ans (39).

Dans notre population, c'est la classe d'âge des 20-29 ans (43%) qui a le plus recours à l'IVG, et celle des plus de 40 ans (6%) qui y a le moins recours. Les mineures représentent 9% de notre population, la tranche d'âge 19-20 ans représente 8%, les 30-39 ans représentent 34%. Ces résultats correspondent aux dernières données publiées par la DREES en 2011 (26).

2.1.2 Situation socio-économique

Le niveau d'études de la population est élevé. L'analyse qui suit porte sur les femmes de plus de 25 ans, qui ont majoritairement achevé leurs études. Dans notre population, 78% des femmes de plus de 25 ans déclarent avoir un niveau d'études

« enseignement supérieur ». Dans l'enquête Emploi 2007 de l'INSEE, 63% des femmes de 25 à 44 ans possèdent ce niveau. Nous pouvons expliquer cette différence par l'existence d'un biais de recrutement à la consultation post-IVG.

Plus d'une IVG sur deux (56%) concerne une femme exerçant un emploi. Ce résultat est en accord avec les données de l'enquête menée par la DREES auprès des femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 où 53% des femmes ayant recours à l'IVG exerçaient un emploi (39). Cependant, ces chiffres restent inférieurs à ceux publiés par l'enquête Emploi (44). En effet, d'après l'enquête de l'INSEE 62,6% des femmes de 15 à 50 ans occupent un emploi. Néanmoins, la comparaison avec les chiffres de notre étude est difficile puisqu'il n'a pas été réalisé de standardisation des effectifs avec la structure d'âge observée dans l'enquête Emploi. Les résultats de notre étude soulignent tout de même que leur position vis-à-vis du marché du travail est moins favorable que pour l'ensemble de la population féminine (56% versus 62,6%).

Au total, les femmes de notre population ont un niveau d'études plus élevé que la population générale, mais occupent moins souvent un emploi. Il n'est pas possible d'analyser davantage les résultats car le questionnaire ne renseigne pas le type de diplôme et les compétences associées qui peuvent être déterminants pour l'accès à l'emploi.

Les femmes toujours scolarisées représentent 33% de notre population. Ce sont pour 85% d'entre elles des femmes âgées de moins de 25 ans.

71% des femmes interrogées dans notre étude déclarent vivre en couple, contre 45% dans l'enquête de la DREES, et 59% dans celle de l'INSEE (femmes de 15 à 49 ans) (39). Ici encore, les comparaisons avec ces études sont biaisées puisqu'il n'a pas été réalisé de standardisation des données sur l'âge. Dans notre étude, la moitié des mineures vivent en couple alors que dans les autres tranches d'âges (18-24, 25-35, > 35), les trois quarts des femmes sont en couple. Ces résultats diffèrent de ceux de la DREES où la proportion de mineures vivant en couple n'atteint pas les 10% (39). Cela peut s'expliquer par le très faible effectif de femmes mineures dans notre population.

2.1.3 Antécédents obstétricaux

L'IVG vient interrompre la première grossesse des femmes dans plus de la moitié des cas (37% des cas dans l'étude de la DREES), surtout pour les femmes jeunes

(68% des moins de 25 ans) (39). En revanche, à partir de 25 ans, 85% des femmes ayant recours à l'IVG ont déjà eu une ou plusieurs grossesses.

28% des femmes ayant eu recours à l'IVG en ont déjà réalisé au moins une et 12% deux ou plus (respectivement 34% et 9% dans l'étude de la DREES) (39). Le questionnaire ne renseignait pas le délai entre l'IVG réalisé au moment de l'étude et les IVG antérieures et par conséquent il n'est pas possible de calculer la proportion d'IVG itérative dans notre population (les IVG itératives étant définies par l'INED par les femmes ayant eu au moins trois IVG, ou deux IVG en moins de trois ans d'intervalle (45)). Néanmoins, on peut dégager une caractéristique dans notre population chez les femmes qui ont eu recours deux fois ou plus à l'IVG : elles sont moins souvent en couple que le reste de la population (58% contre 71%) et occupent un peu moins souvent un emploi (50% contre 56%) (39). Ces dernières caractéristiques correspondent aux résultats de l'étude de la DREES, mais cette dernière repérait une caractéristique supplémentaire. Les femmes ayant plusieurs IVG sont moins diplômées, ce qui n'est pas retrouvé dans notre population (39).

L'étude de la DREES montre que plus de la moitié des femmes ayant recours à une IVG ont déjà eu au moins un enfant auparavant (39). Ces résultats ne sont pas retrouvés dans notre population puisque l'on observe seulement 16% de primipares et 69% de nullipares. On note que 45% des nullipares sont âgées de plus de 25 ans. Au total, notre population montre un taux de recours à l'IVG plus important chez les nullipares avec une population au niveau d'éducation élevé, ce qui peut nous amener à penser que la grossesse chez ces femmes intervient à un moment jugé inopportun dans l'évolution d'une carrière ou d'un projet professionnel.

2.2 Situation contraceptive avant l'IVG

Plus de 90% des femmes interrogées dans notre étude déclarent utiliser une méthode contraceptive avant l'IVG. Nos résultats diffèrent de ceux publiés par l'étude de C. Moreau où, chez 7802 femmes, 64% utilisaient une méthode contraceptive avant l'IVG (78% dans l'étude de l'équipe COCON réalisée chez 2803 femmes) (40) (46). Nous pouvons expliquer cette différence par notre faible population. De plus, les femmes de notre étude sont issues uniquement d'île de France, tandis que les études citées précédemment ont été réalisées sur le plan national : notre population n'est donc pas représentative de la population générale.

Néanmoins, comme dans les études que nous avons vues, c'est la contraception hormonale orale qui est la méthode la plus utilisée par les femmes (38%), suivie du préservatif, utilisé par 28% des femmes.

Chez les utilisatrices de contraception orale, 65% attribuent l'échec du contraceptif à une erreur d'application (erreur d'utilisation de la méthode). Chez les femmes utilisant le préservatif, 53% attribuent l'échec du contraceptif à la rupture ou au glissement du dispositif. Ces chiffres correspondent à l'étude de l'analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG (40).

9% des femmes de notre population déclarent n'utiliser aucune méthode contraceptive avant l'IVG. Dans la population générale, la proportion de femmes ayant une activité sexuelle qui n'utilise pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est de 5% (47). Notre questionnaire ne permettait pas de renseigner les raisons pour lesquelles les femmes n'utilisaient aucune contraception, mais, d'après les données des publications récentes, les raisons invoquées par ces femmes sont les suivantes : le plus souvent elle ne pensaient pas pouvoir être enceintes, d'autres n'avaient pas prévu d'avoir un rapport sexuel à ce moment-là, d'autres encore rapportent avoir rencontré des problèmes avec les méthodes de contraception dans le passé tandis que 15% indiquent qu'elles n'avaient pas de partenaire régulier à ce moment-là (40). De surcroît, notre questionnaire ne permettait pas de renseigner si les femmes qui n'utilisaient pas de contraception, en utilisaient une dans un passé plus ou moins proche, mais N. Bajos et al. a montré que ces femmes utilisaient une contraception dans un passé proche, renvoyant ainsi à la notion de « situation à risque » dans les trajectoires contraceptives des femmes (31).

Au total, ne pas s'être sentie « à risque » d'être enceinte constitue la principale raison de non-utilisation d'un contraceptif, alors que l'usage non systématique ou les erreurs d'utilisation sont les principales causes des échecs. Ce dernier résultat traduit les difficultés de la gestion d'une contraception au quotidien qui s'observent d'autant plus que la méthode nécessite une prise quotidienne (48).

48% de notre population utilise des méthodes contraceptives médicales en pré-IVG. Pourtant, plusieurs études ont montré que les femmes ayant recours à l'IVG utilisaient pour la plupart des méthodes dites non médicales (34) (49). Cependant ces études étant réalisées chez des populations anglo-saxonnes, elles sont

difficilement comparables à notre population. Ainsi, nous allons comparer et analyser nos résultats en regard d'une étude publiée en 2006 menée en France par N.Bajos et al. (42). Cette étude a comparé les méthodes contraceptives utilisées dans deux groupes : un groupe de 163 femmes ayant recours à l'IVG (au sein duquel était analysé l'usage contraceptif six mois avant l'IVG, au moment de l'IVG, un mois après l'IVG, et enfin six mois après l'IVG) avec un groupe de 1787 femmes n'ayant jamais eu recours à l'IVG. Il apparaît que la situation contraceptive au moment de l'IVG est moins médicalisée que six mois auparavant et moins médicalisée que la population générale (42). En effet, au moment de l'IVG les femmes utilisaient moins la contraception orale (23% contre 36% $p < 0,001$) et étaient plus souvent sans contraception (25% contre 14% $p < 0,001$) (42). De plus, les résultats ont montré que plus de 50% des femmes qui ont recours à l'IVG ont changé de méthodes contraceptives dans les six mois précédents l'IVG, ce qui n'est pas retrouvé dans notre étude (seulement 23%) en raison de son faible effectif (42). Il est donc confirmé que l'IVG intervient dans une période particulière du profil contraceptif des femmes. Au cours des périodes de transition contraceptive (post-partum, changement de contraception,...), les femmes sont particulièrement exposées au risque d'échec de la contraception.

2.3 Situation contraceptive après l'IVG

Le parcours de l'IVG paraît être un moment opportun pour aborder avec les femmes le sujet de la contraception et des grossesses non désirées. Nous nous sommes donc intéressés dans notre étude à deux moments particuliers de ce parcours : la consultation pré-IVG et la consultation post-IVG. En effet, il nous importait de savoir si la méthode contraceptive qu'elles avaient choisies lors de la consultation pré-IVG était la même que celle qu'elles utilisaient au moment de la consultation post-IVG (moment où elles ont participé à l'étude). Ainsi, nous avons pu observer que sur les 79 patientes qui avaient choisi de changer de méthode contraceptive ou d'en débiter une si elles n'en utilisaient pas auparavant, sept n'utilisaient pas la méthode choisie en post-IVG. Parmi ces sept femmes, cinq ont utilisé la contraception hormonale orale entre l'intervention et la visite de contrôle. Ceci s'explique par le fait, que lors d'IVG médicamenteuses, les DIU et implants ne sont pas insérés le jour de l'IVG mais le jour de la consultation post-IVG, ainsi ces femmes utilisent la contraception

orale dans l'intervalle. Les deux autres femmes qui déclaraient ne pas utiliser la contraception choisie, n'utilisaient aucune contraception en post-IVG car elles n'étaient pas en couple. On peut donc penser que n'étant pas exposée à un risque de grossesse, elles n'utilisaient aucun moyen de contraception.

En post-IVG, on observe une prédominance de l'utilisation de la contraception hormonale orale (58%) suivie du DIU (15%) ce qui est retrouvé dans l'étude de C. Moreau où l'utilisation de ces méthodes en post-IVG sont respectivement de 50% et 16,5 (40). De plus, en post-IVG seulement trois femmes de notre population n'utilisent aucun moyen de contraception.

En outre, nous nous sommes intéressés à l'utilisation des méthodes de contraception médicales en post-IVG. Nous avons observé 91% d'utilisation de ces méthodes médicales en post-IVG contre 48% en pré-IVG ($p=0,0008$) : l'IVG entraîne donc une augmentation du recours aux méthodes contraceptives médicales de manière significative, notre première hypothèse est donc validée. Cette nouvelle médicalisation de la contraception post-IVG a déjà été observée dans plusieurs études, notamment en France dans l'enquête COCON mais aussi en Suisse, en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis (42) (49) (50) (51).

Nous avons également porté notre attention sur l'utilisation de méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversible (Long-Acting Reversible Contraception : LARC) en se posant la question de savoir s'il existe une augmentation du recours à ces méthodes après l'IVG. Nous avons considéré comme méthodes LARC, le DIU et l'implant. Le rôle potentiel de ces méthodes dans la réduction des grossesses non désirées et des IVG a fréquemment été reporté dans la littérature (52). En effet, ces méthodes sont associées à un indice de Pearl de 0,01% pour l'implant, de 0,1% pour le DIU au levonorgestrel et de 0,5% pour le DIU au cuivre. De plus, ces méthodes suppriment les défauts d'observance. D'après notre étude, il existe une augmentation significative du recours aux méthodes LARC à travers le parcours d'IVG ($p=0,0002$). Notre seconde hypothèse est donc validée. Ce résultat est retrouvé dans d'autres études, et une étude néo-zélandaise plus récente a montré que l'utilisation de ces méthodes en post-IVG diminuait le recours à de nouvelles IVG dans les deux années suivantes (40) (42) (52).

Il nous semble important de rappeler que l'implant contraceptif, disponible sur le marché depuis 2001, n'était utilisé que par 1,3% des femmes françaises en 2005

(53). En 2007, chez les femmes ayant recours à l'IVG, seulement 1,7% des femmes utilisaient les méthodes LARC (40). Selon une étude de l'INPES BVA réalisée en 2007, le stérilet est encore principalement perçu comme méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaités est atteint) et non comme une méthode d'espacement des naissances. En revanche, il est connu par une grande partie de la population (93%), tandis que l'implant n'est connu que par 44% de la population (54). Ceci peut s'expliquer par le manque d'information des femmes vis-à-vis de l'implant, et par le manque d'expérience des praticiens à la pose du dispositif, qui peut les rendre réticent à proposer cette méthode à leurs patientes.

2.4 Satisfaction des femmes vis-à-vis de leur méthode de contraception

Dans notre étude, nous avons cherché à connaître la satisfaction des femmes ayant recours à l'IVG vis-à-vis de la contraception qu'elles utilisent. Dans la population générale, 95% des utilisateurs d'un moyen de contraception s'en déclarent satisfaits et même très satisfaits à 79% (54). Dans notre population, seule la moitié des femmes déclare être plutôt satisfaite de la contraception qu'elles utilisaient avant l'IVG. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que leur moyen de contraception les ayant menées à réaliser une IVG, il n'était pas totalement satisfaisant. En post-IVG, nous retrouvons 90% des patientes plutôt satisfaites du moyen de contraception utilisé. Ce dernier est source d'une meilleure satisfaction chez les femmes qui l'utilisent comparativement à celui utilisé en pré-IVG ($p=0,0001$), notre troisième hypothèse est donc validée. Nous n'avons pas retrouvé dans les publications de données concernant ce sujet, il n'est donc pas possible de comparer nos résultats à une source extérieure.

Afin d'apprécier les arguments qui entrent en ligne de compte dans le choix d'une contraception, nous avons interrogé les femmes sur les avantages et inconvénients de la/les méthode(s) qu'elles utilisent. Il apparaît que la confiance en la méthode est une valeur primordiale dans le choix d'une contraception.

De plus, l'observance aisée est un facteur qui rentre fréquemment en compte, ce qui peut justifier l'augmentation de l'utilisation des méthodes à longue durée d'action.

Dans notre enquête, plus de 40% des utilisatrices de contraception orale citent l'observance trop contraignante comme inconvénient.

Il est à noter que le coût de la contraception est aussi régulièrement mentionné par les femmes. Les conditions financières d'accès à la contraception sont très variables selon les produits et les méthodes. Un calcul effectué sur la base des prix de vente moyens et des modalités de remboursement par l'assurance maladie montre que le montant restant à la charge de l'utilisatrice peut varier dans des proportions de 1 à 100 : d'environ 2 euros par an (pour un stérilet au cuivre) à quelques 200 euros par an (timbre contraceptif, anneau vaginal, préservatif féminin) (55).

3. Rôle de la sage-femme

Conformément aux articles L.2212-2 et L.2213-2 du code de la santé publique, l'IVG médicale ou chirurgicale ne peut être pratiquée que par un médecin. Néanmoins, les articles L.2212-8 et R.4127-324 du code de la santé publique précisent qu'une sage-femme peut participer à une IVG. Toutefois, compte tenu de la clause de conscience, celle-ci n'est en aucun cas tenue de concourir à cet acte.

En juillet 2011, l'assemblée nationale et le Sénat ont adopté une réforme de la loi HPST dont l'une des dispositions autorisait, dans un cadre expérimental, les sages-femmes à pratiquer des IVG médicamenteuses. Cependant, le conseil constitutionnel a invalidé ladite disposition le mois suivant.

De surcroît, selon l'article L. 2212-4 du code de la santé publique « il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés». « Les autres personnes qualifiées », visées par l'article précité, habilitées à pratiquer cet entretien sont définies par l'article R. 2311-9 du code de la santé publique qui détaille le personnel qualifié d'un tel centre. Le troisième alinéa vise expressément les sages-femmes. Une sage-femme peut donc assurer seule les

consultations psychosociales proposées avant et après l'interruption volontaire de grossesse.

Concernant les consultations de contraception, l'article L.4151-1 du code de la santé publique prévoit que l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Elle est également autorisée depuis le 29 décembre 2011 à réaliser la surveillance et le suivi biologique de la contraception pour toutes les femmes en bonne santé tout au long de leur vie génitale.

Ainsi, la sage-femme par sa position d'interlocuteur privilégiée de la femme enceinte et sa capacité professionnelle occupe un rôle non négligeable dans les centres d'orthogénie.

4. Propositions

Notre travail et nos lectures nous ont permis de mieux cerner le profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'IVG en révélant la complexité de celui-ci et les enjeux possibles pour améliorer la prise en charge des femmes. Il apparaît nettement une difficulté pour les femmes de gérer leur contraception au quotidien et évoque ainsi le défaut d'adaptation de la contraception au mode de vie. Nous allons donc rappeler et proposer une série de grands axes pour tenter de pallier à ces difficultés vécues au quotidien par les femmes.

Poursuivre les campagnes d'information, de communication et d'éducation en matière de contraception tant chez les professionnels de santé que le public, afin que la contraception, largement diversifiée en France, ne reste pas identifiée à la pilule, alors même que les besoins et les attentes des femmes ne s'inscrivent pas forcément dans une sexualité prévisible et régulière.

Renforcer l'approche préventive en promouvant des méthodes adaptées au mode de vie des utilisatrices, notamment en mettant en avant les méthodes à l'observance moins contraignante.

Favoriser l'accès à la contraception chez les plus jeunes, notamment en développant le « pass contraception » dans les régions où les centres de

planification familiaux sont en nombre insuffisants. De plus, il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts d'enseignement de l'éducation à la sexualité dans les milieux scolaires.

Assurer un meilleur remboursement de certains contraceptifs, notamment l'anneau vaginal et le timbre contraceptif encore très peu utilisés en France.

Revaloriser et développer la fonction de conseil en matière de contraception en mettant en place des consultations spécifiques. Pour la profession de sage-femme, il serait intéressant de créer un acte spécifique de la consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception dans la nomenclature générale des actes professionnels mais aussi dans la cotation des actes de la tarification à l'activité.

Perfectionner la formation des sages-femmes et des médecins généralistes pour mieux les préparer au rôle qu'ils sont appelés à jouer dans ce domaine.

Conclusion

D'après l'INPES, la grande majorité des femmes exposées à un risque de grossesse mais ne souhaitant pas d'enfant « font quelque chose pour éviter une grossesse », cependant 220 000 femmes par an ont recours à une IVG. Ce paradoxe semble s'expliquer, en partie, par une contraception fréquemment inadaptée.

Notre étude malgré son faible effectif nous a permis de mieux appréhender la contraception des femmes qui ont eu recours à l'IVG ainsi que les difficultés qu'elles rencontrent dans sa gestion quotidienne.

Il semble que le parcours d'IVG soit une période propice pour aborder les questions contraceptives. Au-delà de l'opportunité de consacrer un temps à ce sujet, cela permet d'entraîner, comme l'a montré notre étude, une augmentation de l'usage de méthodes contraceptives médicales ($p=0,0008$) et notamment des méthodes réversibles à longue durée d'action et à l'observance plus aisée ($p=0,0002$).

L'adaptation des méthodes contraceptives au mode de vie des femmes s'avère fondamentale dans leur usage quotidien, et les informations et prescriptions faites au cours du parcours d'IVG paraissent augmenter la satisfaction vis-à-vis de ces méthodes ($p=0,0001$).

L'IVG est donc un moment favorable pour les femmes qui y ont recours pour réfléchir à leur contraception. Notre travail rappelle l'importance de la création d'une consultation spécifique dédiée où les sages-femmes par leurs compétences récemment acquises peuvent jouer un rôle essentiel.

Bibliographie

1. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne. Paris : Population et société. 2005; (418).
2. Van de Walle E. & F. Allaitement, stérilité et contraception : les opinions jusqu'au XIXe siècle. Population. 1972 ; 687p. (4/5)
3. Guiol N. Les tribulations du vase sacré : une histoire de la contraception et de l'avortement vue du côté des femmes. Mouvement français pour le planning familial.1999;
4. Lett D. L'enfant et la famille au Moyen-âge. Paris : Aubier ; 1997, 396p.
5. Le Naour J-Y., Valenti C. Histoire de l'avortement XIXème-XXème siècle. Paris : Le seuil. 2003;
6. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances.
7. McLaren A. Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours. Paris : Noësis. 1996;
8. Deserts S. L'histoire secrète du « Manifeste des 343 salopes ». Le Nouvel Observateur. 2006; (2160).
9. Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France, in Cesbron P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. Paris : Médecine-Sciences Flammarion. 1997; 1-10.
- 10.Devreux A-M, Ferrand-Picard M. La loi sur l'avortement. Chronologie des évènements et des prises de positions. Revue française de sociologie. 1982; 503-518.
- 11.Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
- 12.Loi n°79-2004 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
- 13.Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.
- 14.Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- 15.IGAS. 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. Rapport de synthèse. 2009;

16. Olier L. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui. Paris : Revue Française des Affaires sociales. La documentation française. 2011; 7p. (1).
17. Rossier C., Pirus C. Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002. Population. 2007; 57-90 (62).
18. Prioux F., Mazuy M., Barbieri M. L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple. Population. 2010; 462p.
19. Birman C. Législation européenne sur l'avortement. Les dossiers de l'Obstétrique. 2008; 20-23 (372).
20. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », Etudes et Résultats. DREES. 2009; (713).
21. Hassoun D., Jourdain A. Contraception et avortement dans les pays d'Europe de l'Est. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. 1995 ; 99-124 (2).
22. Singh S. et al. Abortion Worldwide: A decade of uneven Progress. New-York: Guttmacher Institute. 2009;
23. WHO. Maternal Mortality in 2005. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the world bank. Genève: WHO Press. 2005;
24. Parlement européen. Résolution sur la santé et les droits sexuels et génésique. Journal officiel de l'Union Européenne, C 271 E/369. 2002 ;
25. Parlement européen .Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. Accès à un avortement sans risque et légal en Europe. Rapport du comité, rapporteuse : Mme Gisela Wurm. 2008 ;
26. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 2009. Etudes et Résultats. DREES. 2011 ; (765).
27. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et modalités de prise en charge. Paris : Revue Française des Affaires sociales. La documentation française. 2011 ; (1).
28. Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. Paris : Populations et Sociétés. 2004 ; (407).
29. Pison G. France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. Paris : Populations et Sociétés. 2010 ; (465).
30. INPES. Baromètre Santé 2010. 2011 ;

31. Bajos N., Ferrand M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Paris : INSERM, collection « Santé publique ». 2002 ;
32. Nations Unies. World Contraceptive Use. 2003;
33. Ranjit N., Bankole A., Darroch J., Singh S. Contraceptive failure in the first two years of use: differences across socioeconomic subgroups. *in* Fam Plann Perspect. 2001; 19-27.
34. Price S-J., Barrett G., Smith C., Paterson C. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy. Londres: Public Health. 1997; 377-382.
35. Sihvo S., Bajos N., Ducot B., Kaminski M., and the Cocon Group. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*. 2003; 57(8):601-5.
36. Winkler M. Contraceptions Mode d'Emploi. 3 éd. Paris: J'ai Lu. 2007 ;
37. ANAES, INPES, AFSSAPS. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004 ;
38. H.B. & A.C. A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms. New York: David Ma Kay & Co. 1998; 127p.
39. Vilain A. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. Paris : Revue Française des Affaires sociales. La documentation française. 2011 ; (1)
40. Moreau C., Desfrères J., Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptives post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Paris : Revue Française des Affaires sociales. La documentation française. 2011 ; (1)
41. Moreau C. & al. Contraceptive failure rates in France: Results from a population survey. *in* Human Reproduction. 2007;
42. Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M., COCON Group. Contraception at the time of abortion: High-risk period or high-risk women? *in* Human reproduction. 2006; (21)
43. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *in* J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 ; (33) : 125-130.
44. INSEE. Enquête emploi. 2007 ;

45. Garel J., Crost M., Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquêtes dans trois centres français. *in* Contraception, Fertility, Sexuality. 1996 ; (24).
46. Equipe COCON. Synthèse de l'enquête COCON (2000-2004). Inserm-Ined Unité 822. 2008 ;
47. INPES. Baromètre Santé 2005. 2006 ;
48. Trussell J., Wynn L.L. Reducing unintended pregnancy in the United States. *In* Contraception. 2008;
49. Jones R.K., Darroch J.E., Henshaw S. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000–2001. *in* *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;
50. Bianchi-Demicheli F., Perrin E., Bianchi P.G. et al. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *in* Contraception. 2003;
51. Schunmann C., Glasier A. Specialist contraceptive counseling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent a repeat abortion: a randomized trial. *In* Human Reproduction. 2006;
52. Sally B. Rose & al. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *in* American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2012;
53. Moreau C., Lydié N., Warszawski J., Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Baromètre santé 2005 / Attitudes et comportements de santé. 2005 ;
54. INPES. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux .Dossier de Presse. 2007 ;
55. Aubin C., Jourdain Menninger D. 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. Rapport de synthèse, IGAS. 2009 ;

Annexe I : Questionnaire

FERRON Pauline

Etudiante sage-femme 5^{ème} année

Université Paris Descartes

Ecole de Sage-Femme BAUDELOCQUE

Groupe COCHIN SAINT-VINCENT DE PAUL

82, Avenue Denfert-Rochereau

75014 PARIS

Tel : 06.38.66.95.47

E-mail : ferron.pauline@yahoo.fr

Madame, Mademoiselle,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} et dernière année d'études. Je dois réaliser un travail de recherche pour l'obtention de mon diplôme d'état. Celui-ci a pour thème central, le profil contraceptif des femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Ce questionnaire est l'outil de travail indispensable à la réalisation de ce travail de recherche. C'est la raison pour laquelle je vous demande de bien vouloir le remplir de façon exhaustive. Le temps estimé pour le faire est d'environ 10 mn.

Ce questionnaire est strictement anonyme, vous pouvez donc être assurée de la confidentialité des données recueillies. C'est la raison pour laquelle vous pouvez y répondre librement.

Pour tout complément d'informations, vous pouvez me contacter par téléphone ou mail.

1. Quelle est votre année de naissance :

2. Quel est votre niveau d'études ?

- Jamais scolarisée
- Primaire
- Collège /BEP/CAP
- Lycée (général et technologique)
- Enseignement supérieur
- Autre, précisez :

3. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Salariée
- Au chômage
- Etudiante
- Femme au foyer
- Autre, précisez :

4. Quel est votre pays de naissance ?

- France
- Afrique subsaharienne
- Afrique du nord
- Europe de l'ouest, Amérique du nord, Australie
- Asie
- Autres

5. Etes-vous en couple ?

- Oui
- Non

6. Combien de fois avez-vous été enceinte avant cette IVG?
(Grossesses menées à terme, IVG, fausses couches, etc...)

7. Combien d'enfants avez-vous ?

- Aucun
- 1
- 2
- 3 ou plus

8. Avez-vous un suivi gynécologique régulier (au moins une consultation une fois tous les 2 ans) ?

- Oui
- Non

En cas de réponse négative, précisez la fréquence moyenne :

9. Est-ce la première fois que vous avez recours à l'IVG?

- Oui
- Non

En cas de réponse négative, combien avez-vous vécu d'IVG antérieurement ?

- 1
- 2
- 3 ou plus

10. Dans les six mois précédents votre IVG, avez-vous changé de méthode de contraception ?

- Oui
- Non

11. Quelle est la dernière méthode contraceptive que vous avez utilisée avant cette IVG?

- Stérilet
- Pilule
- Implant
- Préservatifs
- Patch
- Anneau vaginal
- Pas de contraception
- Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique,...)
- Autres, précisez :

Depuis quand l'utilisiez- vous ?

12. A quoi attribuez-vous l'échec de cette méthode contraceptive ayant conduit à l'IVG ?

- Erreur d'application (oubli d'un comprimé, retard de la prise d'un comprimé, etc...)
- Echec du contraceptif (rupture du préservatif, pilule prise correctement, stérilet/implant en place...)
- Ne sait pas
- Autres, précisez :

13. Avez-vous arrêté cette méthode contraceptive dans le mois où a débuté votre grossesse ?

- Oui
- Non

14. Si vous utilisiez une contraception avant l'IVG, selon vous, la méthode contraceptive utilisée était-elle adaptée à votre mode de vie et à vos besoins ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

15. Selon vous, quels étai(en)t le ou les avantage(s) de la méthode contraceptive que vous utilisiez avant l'IVG ?

(Cochez une ou plusieurs réponses)

- Prix
- Facilité d'utilisation
- Peu/pas contraignante
- Bonne tolérance
- Confiance en la méthode
- Ne sait pas
- Autre, précisez :
- Aucun

16. Selon vous, quels étai(en)t le ou les inconvénient(s) de la méthode contraceptive que vous utilisiez avant l'IVG ?

(Cochez une ou plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prix | <input type="checkbox"/> Effets indésirables |
| <input type="checkbox"/> Trop contraignante | <input type="checkbox"/> Méfiance envers la méthode |
| <input type="checkbox"/> Ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Aucun | |

17. A l'issue de la consultation pré-IVG, avez-vous décidé de changer de méthode contraceptive OU d'en débiter une si vous n'en n'utilisiez pas auparavant ?

- Oui
 Non

Si oui, laquelle ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Implant |
| <input type="checkbox"/> Patch | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Préservatifs |

- Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique,...)
 Autre, précisez :

18. A ce jour, utilisez- vous une méthode de contraception ?

- Oui
 Non

Si oui, laquelle ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Implant |
| <input type="checkbox"/> Patch | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Préservatifs |
| <input type="checkbox"/> Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique,...) | |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : | |

19. Si à ce jour vous utilisez une contraception, selon vous, la méthode utilisée est-elle adaptée à votre mode de vie et à vos besoins ?

- Tout à fait
- Plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

Si vous n'avez pas changé de méthode contraceptive après la réalisation de l'IVG, veuillez passer directement à la question 22.

20. Selon vous, quels sont le ou les avantage(s) de la méthode contraceptive que vous utilisez désormais ?

(Cochez une ou plusieurs réponses)

- Prix
- Peu/pas contraignante
- Confiance en la méthode
- Autre, précisez :
- Aucun
- Facilité d'utilisation
- Bonne tolérance
- Ne sait pas

21. Selon vous, quels sont le ou les inconvénient(s) de la méthode contraceptive que vous utilisez désormais ?

(Cochez une ou plusieurs réponses)

- Prix
- Trop contraignante
- Ne sait pas
- Autre, précisez :
- Aucun
- Effets indésirables
- Méfiance envers la méthode

22. Si vous n'avez pas changé de méthode contraceptive à travers votre parcours d'IVG, quelles raisons ont motivées ce choix ?

23. Quelle méthode a été employée lors de l'IVG ?

- Médicamenteuse (à domicile)
- Médicamenteuse (à l'hôpital)
- Chirurgicale sous anesthésie locale
- Chirurgicale sous anesthésie générale

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à ce questionnaire et vous prie de bien vouloir le retourner auprès de la personne présente à l'accueil.

Si vous souhaitez être informée des résultats de cette étude, vous pouvez me contacter par mail. Je vous communiquerai les principaux résultats et les propositions qui en découlent.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Mademoiselle, Madame, mes meilleures salutations.

Pauline Ferron

Résumé

Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'IVG

Objectifs : Nos objectifs étaient d'identifier les méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant et après leur IVG, de déterminer la part dévolue à l'utilisation de méthodes contraceptives médicales et d'évaluer la satisfaction des femmes vis-à-vis de ces méthodes.

Matériel et méthode : Etude prospective descriptive menée au centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul (AP-HP) auprès des femmes ayant eu recours à l'IVG lors de la visite de contrôle. L'étude a été réalisée entre octobre 2011 et février 2012. Au total, 105 femmes ont répondu au questionnaire distribué.

Résultats : L'IVG entraîne une augmentation du recours aux méthodes contraceptives médicales ($p=0,0008$), et notamment aux méthodes réversibles à longue durée d'action ($p=0,0002$), de manière significative. La contraception utilisée en post-IVG est source d'une meilleure satisfaction chez les femmes qui l'utilisent que celle utilisée en pré-IVG ($p=0,0001$).

Conclusion : Le parcours d'IVG permet d'identifier les difficultés que rencontrent les femmes au quotidien dans leur gestion contraceptive. Il souligne la nécessité d'une contraception adaptée au mode de vie des femmes afin de prévenir les grossesses non désirées. De plus, l'IVG est un moment propice pour aborder les questions autour de la contraception et des grossesses non prévues avec les femmes.

Mots-clés : IVG, contraception, grossesses non désirées.

Abstract

Contraceptive profile of women through the abortion process

Objectives: Our objectives were to identify contraceptive methods used by women both before and after their abortion, to determine the part of medical contraception methods use, and to evaluate women's satisfaction towards those methods.

Material and method: Prospective descriptive survey conducted in the family planning clinic of Saint Vincent de Paul (AP-HP) and involving women who terminated their pregnancy and come for the control visit. The survey was conducted between October 2011 and February 2012 and 105 women answered the questionnaire distributed.

Results: The abortion leads to a significant increase in the use of medical contraception methods ($p=0,0008$), in particular for long-acting reversible contraception ($p=0,0002$). The contraception used after abortion provides women a better satisfaction than the one used before abortion ($p=0,0001$).

Conclusion: The abortion process permits to identify daily difficulties met by women regarding their contraception, and emphasizes the necessity that this contraception be adapted to women's way of life in order to prevent more efficiently unwanted pregnancies. Moreover, the abortion is a good time to address the questions related to contraception and unwanted pregnancy with women.

Key words: abortion, contraception, unwanted pregnancy

Résumé

Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'IVG

Matériel et méthode : Etude prospective descriptive menée au centre d'orthogénie de Saint-Vincent de Paul (AP-HP) auprès des femmes ayant eu recours à l'IVG lors de la visite de contrôle. L'étude a été réalisée entre octobre 2011 et février 2012. Au total, 105 femmes ont répondu au questionnaire distribué.

Résultats : L'IVG entraîne une augmentation du recours aux méthodes contraceptives médicales ($p=0,0008$), et notamment aux méthodes réversibles à longue durée d'action ($p=0,0002$), de manière significative. La contraception utilisée en post-IVG est source d'une meilleure satisfaction chez les femmes qui l'utilisent que celle utilisée en pré-IVG ($p=0,0001$).

Conclusion : Le parcours d'IVG permet d'identifier les difficultés que rencontrent les femmes au quotidien dans leur gestion contraceptive. Il souligne la nécessité d'une contraception adaptée au mode de vie des femmes afin de prévenir les grossesses non désirées. De plus, l'IVG est un moment propice pour aborder les questions autour de la contraception et des grossesses non prévues avec les femmes.

Mots-clés : avortement provoqué, contraception, grossesse non désirée.

Abstract

Contraceptive profile of women through the abortion process

Material and method: Prospective descriptive survey conducted in the family planning clinic of Saint Vincent de Paul (AP-HP) and involving women who terminated their pregnancy and come for the control visit. The survey was conducted between October 2011 and February 2012 and 105 women answered the questionnaire distributed.

Results: The abortion leads to a significant increase in the use of medical contraception methods ($p=0,0008$), in particular for long-acting reversible contraception ($p=0,0002$). The contraception used after abortion provides women a better satisfaction than the one used before abortion ($p=0,0001$).

Conclusion: The abortion process permits to identify daily difficulties met by women regarding their contraception, and emphasizes the necessity that this contraception be adapted to women's way of life in order to prevent more efficiently unwanted pregnancies. Moreover, the abortion is a good time to address the questions related to contraception and unwanted pregnancy with women.

Key words abortion, induced contraception, unwanted pregnancy