



HAL
open science

Analyse des trajectoires contraceptives chez les femmes ayant bénéficié d'une IVG au CEPS de Saint-Paul de La Réunion d'août 2017 à août 2018

Germain Thibault

► To cite this version:

Germain Thibault. Analyse des trajectoires contraceptives chez les femmes ayant bénéficié d'une IVG au CEPS de Saint-Paul de La Réunion d'août 2017 à août 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02302019

HAL Id: dumas-02302019

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02302019>

Submitted on 1 Oct 2019

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION - Année : 2019

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GENERALE**

**ANALYSE DES TRAJECTOIRES CONTRACEPTIVES
CHEZ LES FEMMES AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE IVG
AU CEPS DE SAINT PAUL DE LA REUNION D'AOÛT
2017 A AOÛT 2018**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mai 2019 à 17h30

Par Germain THIBAUT, Né le 24/01/1988

Numéro de thèse : 2019LARE013M

Président du Jury : Pr Jean Marc FRANCO, Professeur des universités

Rapporteuse : Dr Line RIQUEL, Maître de conférences Associée

Membre du Jury : Dr Patrick BLANC, Maître de conférences Associé

Membre du jury : Dr Alain DOMERCQ

Directrice de thèse : Dr Emmanuelle THORE-DUPONT

« A woman's heart is a deep ocean of secrets »

Rose - Titanic

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BIG : Bulletin d'Interruption de Grossesse

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CEPS : Centre d'Education et de Prévention pour la Santé

CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra Utérin

FC : Fausse Couche

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

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

INSEE : Institut National Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

J0, J15 : Jour 0 (première consultation), Jour 15 (seconde consultation)

LARC : Long-Acting Reversible Contraception

M6 : Mois 6 (appel téléphonique)

MP : Micro-Progestatif

OP : Oestro-Progestatif

ORS : Observatoire Régional de Santé

PO : Per Os

SA : Semaines d'Aménorrhées

USM : Unité de Soutien Méthodologique

PLAN

Table des matières

RESUME	7
1. Introduction.....	7
2. Méthode.....	7
3. Résultats.....	7
4. Discussion.....	8
5. Conclusion.....	8
ABSTRACT	9
INTRODUCTION	10
1. Définition.....	11
a. IVG.....	11
b. Contraception.....	11
2. Historique en France (3–5).....	11
a. IVG.....	11
b. Contraception.....	13
3. Point sur les différentes contraceptions (8).....	14
4. Point sur les différentes méthodes d'IVG.....	16
a. IVG médicamenteuse (11).....	16
b. IVG chirurgicale(12).....	16
5. Implications psychologiques de l'IVG(13).....	17
6. Quand débiter la contraception en post IVG(14).....	17
7. Présentation du CEPS et du parcours de soins.....	18
8. Objectifs de l'étude.....	19
MATERIEL ET METHODES	20
1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
2. Déroulement de l'étude.....	21
a. Déroulement temporel de l'étude.....	21
b. Paramètres recueillis lors des 3 entretiens.....	21
c. Consentement et questionnaire.....	22
d. Anonymisation des patientes :.....	23
3. Classement des contraceptions :.....	23

4. Outils statistiques	24
RESULTATS.....	25
1. Schéma des patientes incluses et exclues de l'étude.....	26
2. Description de la population et des IVG.....	27
3. Descriptions des différents types de contraception déjà utilisés avant l'IVG.....	29
4. Evolution de la contraception durant le parcours de soins de l'IVG.....	31
5. Analyse de la part de la patiente et du médecin dans la décision de contraception à J15	35
6. Analyse médico-sociale de l'utilisation des contraceptions.....	36
7. Comparaison entre les patientes récidivantes et les patientes faisant leur première IVG.....	38
DISCUSSION	40
1. Principaux résultats	41
2. Forces et faiblesses de l'étude	42
a. Faiblesses.....	42
b. Forces	42
3. Epidémiologie des IVG et de la contraception en France métropolitaine et à la Réunion	43
a. IVG en métropole	43
b. Contraception en métropole.....	44
c. IVG à la Réunion	45
d. Contraception à la Réunion.....	46
4. Comparaison des données d'épidémiologie de la littérature avec notre étude	47
a. Comparaison de la dynamique de contraception avant et après l'IVG.....	47
b. Comparaison des données médico-sociales des patientes bénéficiant d'une IVG avec la littérature Réunionnaise (BIG 2012)(22)	49
5. Conséquences des IVG itératives sur les futures grossesses	49
6. Explications possibles sur l'utilisation des contraceptions lors des IVG	50
7. Facteurs favorisant les récidives	51
8. Importance de la discussion sur la contraception lors de la consultation	52
9. Ouverture vers la pratique en médecine générale	53
CONCLUSION	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES.....	59

Table des illustrations

Tableau 1: point sur les différentes méthodes de contraception.....	15
<i>Tableau 2: Analyse médico-sociale de la population incluse dans l'étude.</i>	27
Tableau 3: Analyse des IVG	28
Tableau 4: Analyse du parcours de soins	28
Tableau 5: Analyse des différentes méthodes contraceptives utilisées par les patientes au cours de leur vie avant l'IVG et leur tolérance.....	30
Tableau 6: Analyse des différentes contraceptions avant l'IVG et au moment des contacts avec les patientes (J15 et M6).	31
Tableau 7:L'Analyse des différentes contraceptions avant l'IVG et au moment des contacts avec les patientes (J15 et M6) pour les patientes jointes à 6 mois	33
Tableau 8: Analyse de la poursuite et des changements des différentes contraceptions entre J0 et M6.	34
Tableau 9: Analyse des réponses des patientes à J15 sur la part du patient et du professionnel de santé dans le choix de la contraception.	35
Tableau 10: Contraception au moment de la fécondation en fonction des critères médico-sociaux..	36
Tableau 11: Contraception à M6 en fonction des critères médico-sociaux.....	37
Tableau 12: Comparaison des patientes réalisant leur première IVG et des femmes ayant déjà eu recours à une IVG avant l'étude.....	38
Tableau 13 : Comparaison de l'évolution des efficacités de contraception à 6 mois entre les patientes réalisant leur première IVG et les femmes ayant déjà eu recours à une IVG avant l'étude	39
Tableau 14: Taux d'utilisation des différents types de contraception en France avant et après l'IVG et comparaison avec les femmes n'ayant pas eu d'IVG dans l'étude « Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women » en 2006 (18)	45
Tableau 15 : comparaison des pourcentages d'utilisation des différentes méthodes contraceptives en post IVG à 6 mois dans notre étude et dans la population générale.....	48
Tableau 16: Comparaison de l'âge des patientes entre l'étude BIG et notre étude.....	49
Figure 1 : Flow chart de la population étudiée	26
Figure 2: Analyse de la répartition des différents groupes de contraception tout au long du parcours de soins.....	32
Figure 3: Taux de poursuite entre J15 et M6 des différentes contraceptions	35
Figure 4: Processus de décision médicale partagée(26)	52
Figure 5: Présentation des étapes du modèle Bercher(27).....	53

RESUME

1. Introduction

Le nombre d'IVG en France et à la Réunion est relativement stable depuis plusieurs années et représente environ 14,4 IVG pour mille femmes en métropole et 20,7 IVG pour mille femmes à la Réunion en 2017. Ces chiffres sont paradoxaux comparés à la large distribution des contraceptions sur le territoire. Il y aurait, entre autres, une utilisation inadaptée des contraceptions déjà observée dans plusieurs études. La prise en charge globale de l'IVG est une période primordiale pour réévaluer cette pratique.

2. Méthode

Etude prospective monocentrique au CEPS de Saint Paul. Les patientes incluses sont celles ayant effectué une première consultation pour IVG entre août 2017 et août 2018. Les patientes ont été vues en consultation à J0, J15 puis jointes au téléphone à M6.

3. Résultats

Au total, 316 patientes ont été incluses dans l'étude et 110 ont été jointes à 6 mois.

On a pu observer dans cette étude que l'efficacité des contraceptions utilisées par les patientes augmente en post IVG direct et à 6 mois.

En étudiant les critères des patientes ayant déjà bénéficié d'une IVG, nous avons aussi retrouvé des facteurs de risques de récurrence médico-sociaux tels que l'âge, et l'inactivité professionnelle

Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de lien entre les critères médico-sociaux et l'efficacité de la contraception utilisée.

4. Discussion

Les résultats retrouvés dans notre étude vont dans le sens du reste de la littérature de la métropole et de la Réunion.

L'échec de la contraception semble pouvoir s'expliquer en partie par l'interaction dans la vie de la patiente de moments sociaux déstabilisants. Il s'agit par exemple de séparations ou de changements professionnels.

Plusieurs outils sont à disposition du praticien pour l'aider dans la bonne communication avec la patiente dans le choix de la contraception et ainsi éviter les récurrences.

Ce choix doit être pris avec importance par les deux partis, en évitant de banaliser les IVG et les conséquences pour les futures grossesses.

5. Conclusion

La prise en compte de la contraception est un point essentiel dans la prise en charge d'une patiente qui a bénéficié d'une l'IVG. Notre étude a montré que la plupart des contraceptions choisies sont plus efficaces qu'avant l'IVG et le reste au moins jusqu'à 6 mois après.

L'évaluation de la contraception se fera bien sûr sur le long terme tout au long de la vie reproductive de la patiente.

Notre étude a pour objectif d'aider le prescripteur dans la prescription de la contraception adaptée. Dans la pratique médicale, le choix de la contraception fait partie des seules consultations participatives où un large choix est donné à la patiente dans la prescription. Dans ce contexte, et comme souvent en médecine, la communication avec la patiente reste un point important pour la bonne adhésion et la bonne observance de la patiente.

Mots clefs : soins premiers, santé de la femme, contraception, IVG

ABSTRACT

Introduction :

The number of abortions in France and Reunion has been relatively stable for several years and represents approximately 14.4 IVG per thousand women in mainland France and 20.7 IVG per thousand women in Reunion in 2017. These figures are paradoxical compared to the wide distribution of contraceptives in the territory. There is, among other things, an inappropriate use of contraceptives already observed in several studies. The global management of abortion is a crucial period to reassess this practice.

Method

Monocentric prospective study at CEPS Saint Paul. The patients included are those who made an initial consultation for IVG between August 2017 and August 2018. The patients were seen in consultation on D0, D15 and then attached to the phone at M6

Results :

A total of 316 patients were enrolled in the study and 110 were enrolled at 6 months.

It has been observed in this study that the effectiveness of contraceptives used by patients increases in post-IVG direct and at 6 months.

By studying the criteria of patients who have already benefited from an abortion, we also found risk factors for medico-social recidivism such as age and occupational inactivity.

Moreover, we did not find any link between medico-social criteria and the effectiveness of contraception used.

Discussion :

The results found in our study are in line with the rest of the literature of the mainland France and Reunion.

The failure of contraception seems to be partly explained by the interaction in the patient's life of destabilizing social moments. These include, for example, separations or professional changes.

Several tools are available to the practitioner to help in the good communication with the patient in the choice of contraception and thus avoid recurrences.

This choice must be taken with importance by both parties, avoiding trivializing abortions and the consequences for future pregnancies.

Conclusion:

The consideration of contraception is an essential point in the management of a patient who has benefited from an abortion. Our study showed that most of the chosen contraceptives are more effective than before the abortion and the remainder at least until 6 months later.

The evaluation of contraception will of course be long-term throughout the reproductive life of the patient.

Our study aims to help the prescriber in the prescription of adapted contraception. In medical practice, the choice of contraception is part of the only participatory consultations where a large choice is given to the patient in the prescription. In this context, and as often in medicine, the communication with the patient remains an important point for the good adhesion and the good observance of the patient.

INTRODUCTION

1. Définition

a. IVG

Interruption de grossesse provoquée au début de la grossesse pour des raisons non thérapeutiques. (Cette appellation est réservée à l'avortement provoqué légal [en France, avant 14 semaines d'aménorrhée]).(1)

b. Contraception

Méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé.(2)

2. Historique en France (3–5)

a. IVG

De tout temps l'IVG a été considérée comme une atteinte à la vie en France et dans la plupart des civilisations connues. Son acte était sévèrement réprimé et pouvait aller jusqu'à la peine de mort (2 avorteurs ont été exécutés sous le régime de Vichy). Cette vision, fortement ancrée par une église influente, s'est fortement amenuisée à partir du 20^{ème} siècle et notamment après la seconde guerre mondiale.

1955 : Autorisation par la loi de l'avortement thérapeutique.

1971 : Le Nouvel Observateur publie un manifeste signé par 343 femmes, parmi lesquelles de nombreuses personnalités (actrices, avocates, femmes de lettres, enseignantes, etc.), qui déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre. Création de l'association "Choisir", autour de l'avocate Gisèle HALIMI, qui lutte pour l'abrogation de la loi de 1920 qui fait de l'avortement un crime.

1972 : Procès de Bobigny

1974 : La loi autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines, sur simple demande à un médecin ; elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG ; elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elles ne deviennent un moyen de réguler les naissances ; elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

1975 : Promulgation de la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dite "loi VEIL", adoptée pour une période de 5 ans.

1979 : Loi sur l'IVG rendant définitives les dispositions de loi de 1975. Elle supprime en plus certaines entraves à la réalisation de l'IVG, concernant les modalités d'accord du médecin et l'accueil dans les services hospitaliers.

1982 : Promulgation de la loi instaurant la prise en charge par l'état des dépenses engagées par l'assurance-maladie au titre des IVG.

1993 : Promulgation de la loi portant diverses mesures d'ordre social, qui crée notamment un délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.

2001 : Promulgation de la loi allongeant le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et assouplissant les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures.

2004 : Autorisation des avortements médicamenteux en médecine de ville.

2013 : Prise en charge à 100% de l'IVG par la Sécurité sociale, quelle que soit la méthode (instrumentale ou médicamenteuse).

2014 : Promulgation de la loi supprimant la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étendant le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

2016 : La loi de modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.



L'histoire de l'IVG fait partie des plus importantes luttes de droits civiques de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Légiférée par la loi VEIL en 1975, de nombreuses modifications ont été apportées jusqu'à récemment.

b. Contraception

Deuxième moitié du XVIII^e siècle : Début du contrôle volontaire des naissances en France avec principalement le retrait et l'abstinence diminuant de moitié la fécondité moyenne par femme en moins de deux siècles (passant de 5 à 2.5 au XX^e siècle).

1967 : Loi relative à la régulation des naissances, dite "loi NEUWIRTH", qui autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et qui interdit toute publicité commerciale ou propagande antinataliste.

1974 : Loi qui dépénalise la contraception et élargit le dispositif de la loi de 1967 : notamment le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

1991 : Autorisation de la publicité pour les préservatifs et la contraception.

2000 : La contraception d'urgence n'est plus soumise à une prescription obligatoire ; elle est délivrée gratuitement aux mineures ; une IDE d'un établissement de second degré peut la délivrer dans certains cas.(6)

2001 : Autorisation des publicités pour les contraceptions en dehors des journaux médicaux. Autorisation de la contraception définitive. (7)

L'histoire de la contraception en France s'est aussi accélérée dans la seconde partie du 20^{ème} siècle avec comme base de départ la loi NEUWIRTH de 1967.

3. Point sur les différentes contraceptions (8)

Dans cette partie il ne sera présenté que les aspects positifs et négatifs de chaque contraception.

Tableau 1: point sur les différentes méthodes de contraception

		efficacité théorique	efficacité pratique (parl)	Oubli	Protection contre les IST	pose par un professionnel de santé	manipulation pendant les rapports	hormones	rythme des prises	prix et remboursements
	MP				Non					
	Stérilet	cuivre	99,4	99,2	impossible	Non	oui	non	4-10 ans	30,5 l'unité, remboursé à 65 %
		hormonal	99,8	99,8		Non		oui	5 ans	110 euros l'unité environ, remboursé à 65 %
	implant		99,9	99,9	impossible	Non	oui	oui	3 ans	105,3, remboursé à 65 %
	préservatif	fémnin	95	79	possible	Oui	non	non	chaque rapport	8,3 la boîte de 3, non remboursé
		masculin	98	85			oui	non		0,54 l'unité, non remboursé
	patch		99,7	91	possible	Non	non	oui	1x/semaine	13 pour un mois, non remboursé
	injection		99,7	94	possible	Non	oui	oui	1x/3 mois	3,5 pas dose, remboursé à 65 %
	spermicide		82	71	possible	Non	non	non	chaque rapport	5 à 20 par dose, non remboursé
	Anneau vaginal		99,7	92	possible	Non	non	oui	1x/ mois	16 l'unité, non remboursé
	méthode naturelle (abstinence périodique)		95	75	possible	Non	non	non	chaque rapport	gratuite
	diaphragme		94	88	possible	Non	non	non	chaque rapport	61, remboursé sur la base 3,14
	retrait		96	78	possible	Non	non	non	chaque rapport	gratuit
	stérilisation	masculine	99,9	99,8	impossible	Non	oui	non	1x dans la vie	
		féminine	99,5	99,5		Non	non	non		

4. Point sur les différentes méthodes d'IVG

Le choix sur la méthode doit être fait à la suite d'une discussion entre la patiente et le professionnel de santé. Les taux de réussite des deux méthodes sont très élevés (95% pour la méthode médicamenteuse et 99.7% pour la méthode chirurgicale). (9)

Une visite de contrôle est obligatoire 14 à 21 jours après l'IVG quelle que soit la méthode.(10)

a. IVG médicamenteuse (11)

Si la patiente est à moins de 7 SA (49 jours d'aménorrhée) elle peut être prise en charge par un médecin de ville ou un établissement de santé.

Selon l'HAS, le protocole à suivre est : 600 mg de Mifepristone (anti-progestérone) PO puis prise d'un progestatif 36-48h plus tard :

-Soit 400µg de Misoprostol PO

-Soit 1mg de Géméprost intra vaginal (prescription uniquement hospitalière).

Si la patiente est entre 7 et 9 SA, l'IVG ne peut être prise en charge que dans un établissement de santé et seul le Géméprost présente une AMM pour la seconde prise médicamenteuse (aux mêmes dosages).

Les traitements associés sont les antalgiques (systématiques) et 200 mg d'Ig anti D pour les patientes Rhésus – dans le cadre d'une prévention de l'iso-immunisation Rhésus.

Si un traitement par pilule contraceptive est envisagé, la première prise se fait le jour de la prise du progestatif.

b. IVG chirurgicale(12)

L'IVG chirurgicale est possible jusqu'à 14 SA. Elle consiste en une dilatation du col et une aspiration.

Une préparation par Mifepristone (36-48h avant) ou Misoprostol (3-4h avant) est recommandée.

La méthode de l'IVG est un choix discuté avec la patiente.
Le délai limite est de 9 SA pour l'IVG médicamenteuse et 14 SA pour l'IVG
chirurgicale.

5. Implications psychologiques de l'IVG(13)

L'IVG est une étape qui peut être très marquante pour les patientes. Une approche convenable du professionnel de santé est donc essentielle.

Il est donc souhaitable de recevoir la patiente seule pour permettre de s'assurer de la liberté du choix et qu'elle puisse librement évoquer son histoire et poser ses questions.

Durant la consultation, l'utilisation de mots justes permet à la patiente de mieux accepter l'IVG.

Il est recommandé de laisser le choix à la patiente de voir ou non les images échographiques. Le choix de la méthode doit être amené de la manière la plus objective possible par le professionnel de santé.

La patiente peut avoir besoin de temps avant de faire un choix. Il est important de proposer à la patiente de prendre son temps et de la revoir à une autre consultation si elle le souhaite. La disponibilité du soignant est essentielle.

Les études sur le sujet ont montré qu'il n'y a pas de relation entre les troubles psychiatriques et le recours à l'IVG. Par contre, les femmes avec des antécédents psychiatriques sont plus à risque de troubles psychiques après une grossesse non prévue.

L'écoute, la communication et la disponibilité de temps du personnel qualifié sont essentielles pour limiter les implications psychologiques chez les patientes consultant pour une IVG.

6. Quand débiter la contraception en post IVG(14)

En post IVG, la reprise de la fertilité est immédiate. La (re)prise d'une contraception efficace immédiate est donc importante dès la réalisation de l'IVG.

Concernant les progestatifs seuls (pilule, implant, injection) ou les oestro-progestatifs (pilule, patch, anneau vaginal), le début peut se faire le jour ou le lendemain de l'aspiration (en cas d'IVG chirurgicale) ou de la prise de prostaglandine (en cas d'IVG médicamenteuse).

Concernant les DIU, ils peuvent être mis en place directement lors de l'aspiration (en cas d'IVG chirurgicale) ou lors de la visite de contrôle (en cas d'IVG médicamenteuse).

Ces indications sont bien sûr mises en pratique en ayant écarté toute contre-indication et peuvent être retardées à plus tard si besoin en ayant informé les patientes.

Les méthodes barrières (anneau vaginal), sont moins efficaces du fait de leur manipulation. Il est donc déconseillé de les utiliser seules lors du premier cycle suivant l'IVG.

Lors d'une IVG, la reprise d'une contraception avant la reprise des rapports est importante car la fertilité est retrouvée immédiatement.

7. Présentation du CEPS et du parcours de soins

Le CEPS (Centre d'Education et de Prévention pour la Santé) est une antenne du CHOR (ancien CHGM), inaugurée en septembre 2015.

Ses missions principales sont :

- CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) dans le cadre des IST.
- Consultation d'orthogénie.

Des consultations de sexologie, de gynécologie, de conseil conjugal et de vaccination y sont aussi accueillies.

Le parcours standard d'une patiente pour une IVG commence avec une première consultation où elle va pouvoir rencontrer les différents acteurs (médecin, infirmier, sage-femme et psychologue (si besoin mais obligatoire pour les mineures)). Durant cette consultation les différents angles de la raison de sa consultation sont pris en compte :

- Contexte médical de l'IVG (terme, antécédents médicaux ...).
- Approche psychologique de la patiente par rapport à cet évènement ainsi qu'une évaluation de la relation de couple.
- Moyen de contraception rediscuté lors de l'entretien sage-femme dédié.
- Type d'IVG possible.
- Dépistage des IST proposé (Chlamydia et Gonocoque systématique).

Une date d'hospitalisation ou de prise des comprimés est entendue avec la patiente.

Un deuxième rendez-vous est donné à la patiente 15 jours après l'IVG. Lors de cette consultation, les mêmes thèmes sont rediscutés :

- Contexte médical de l'IVG : réussite ou échec de la méthode utilisée.
- Discussion sur l'état psychologique de la patiente en post IVG immédiat.
- Discussion sur le moyen de contraception choisi.

- Résultats des dépistages IST si effectués lors de la première consultation.

Une place est faite au partenaire dans le parcours si cela est souhaité par le couple. Un dépistage des IST peut lui être proposé ainsi qu'un entretien avec les professionnels de santé du centre.

8. Objectifs de l'étude

Près d'un demi-siècle après la loi NEUWIRTH et la loi VEIL, les IVG restent un moyen de contrôler les naissances très utilisé en France métropolitaine et encore plus à la Réunion. Les différentes études métropolitaines ont montré que l'absence de contraception ou sa mauvaise utilisation étaient des points essentiels à prendre en compte.

Le parcours d'IVG est donc une opportunité pour réévaluer les pratiques concernant la contraception de la patiente.

La survenue des IVG itératives est un problème de santé publique et la question du manque d'adhésion des patientes lors des prescriptions des contraceptions est à soulever. Il est intéressant de savoir s'il y a un changement de cette adhésion à la suite d'une IVG.

Vers quelles contraceptions les patientes se tournent-elles en post IVG ? Y a-t-il des améliorations dans l'efficacité et l'adhésion de la contraception utilisée à court et long terme ?

Notre question de recherche est la suivante : **Quelles sont les contraceptions des femmes avant et après une IVG ?**

L'objectif principal de l'étude était d'analyser la dynamique de la contraception des patientes avant l'IVG puis 15 jours et 6 mois après celle-ci.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser :

- Les critères médico-sociaux pour rechercher des liens entre eux et les différentes pratiques en termes de contraception.
- Les critères médico-sociaux des patientes ayant eu recours à plusieurs reprises à l'IVG et comparer les pratiques entre les patientes effectuant pour la première fois une IVG et celles ayant déjà un antécédent d'IVG.

Une meilleure connaissance de l'utilisation des contraceptions dans le temps apportera un savoir utile aux professionnels de santé au moment d'informer et de choisir la contraception future avec la patiente.

MATERIEL ET METHODES

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique.

-Critères d'inclusion : Ont été incluses les patientes ayant effectué une consultation pour IVG au CEPS de Saint Paul entre août 2017 et août 2018 et ayant signé le consentement lors de la première consultation et/ou rempli le questionnaire de la seconde consultation.

-Critères d'exclusion : Ont été exclues les patientes :

- Qui ont décidé de poursuivre la grossesse, fait une fausse couche, à qui on a découvert une grossesse arrêtée lors de la première consultation.
- Qui avaient un terme dépassé.
- Qui ont rempli le consentement ou le questionnaire après août 2018.
- Dont le dossier n'est pas retrouvé.

2. Déroulement de l'étude

a. Déroulement temporel de l'étude

Durant l'étude, les patientes ont eu trois contacts avec le CEPS de Saint Paul :

- La consultation de J0 : première consultation où les patientes enceintes consultent pour une consultation d'orthogénie dans les locaux du CEPS. Lors de cette consultation, les consentements sont distribués aux patientes.
- La consultation de J15 : 15 jours après l'IVG où les patientes consultent pour une seconde consultation, aussi dans les locaux du CEPS. Lors de cette consultation, les questionnaires sont distribués aux patientes.
- L'appel téléphonique de M6 : 6 mois après l'IVG, où les patientes ayant signé le consentement sont appelées par mes soins sur le numéro de téléphone qu'elles ont laissé lors de leur consultation au CEPS. Lors de cet entretien, l'ensemble des informations recueillies lors des précédentes consultations est revu avec la patiente.

b. Paramètres recueillis lors des 3 entretiens

i. Lors de la consultation à J0 par l'équipe du CEPS :

Sur le plan administratif :

- Age (tranches d'âge : 15-19 ; 20-24 ; 25-29 ; 30-40 ; >40)
- Situation familiale (célibataire, en concubinage ou mariée)
- Niveau d'étude (pas le brevet, brevet, bac, bac +3, >bac +3)
- Activité professionnelle (étudiante, active ou inactive)

Sur le plan médical :

- Gestité / Parité
- Antécédent d'IVG
- Fumeuse ou non

Concernant l'IVG :

- Type d'IVG (médicale à domicile ou en hospitalisation, ou chirurgicale)
- Dates de l'IVG, de la consultation de 15 jours et de l'appel de 6 mois
- Terme au moment de l'IVG

Concernant la contraception :

- Contraception déjà utilisée dans la vie avant l'IVG.
- Contraception au moment de la conception.
- La tolérance des différentes contraceptions.
- Contraception prévue après l'IVG.

ii. Lors de la consultation à J15 par l'équipe du CEPS :

-Contraception initiée après l'IVG, sa tolérance et le désir ou non de poursuivre avec cette contraception (si non, quelle nouvelle contraception est choisie).

iii. Lors de la consultation à 6 mois, au téléphone par moi-même :

- Reprise de l'ensemble des paramètres déjà recueillis lors des premières consultations.
- Contraception actuelle, tolérance de celle-ci, choix de la poursuivre ou non.

Lorsque la patiente était jointe à 6 mois, l'ensemble des données recueillies lors des deux premières consultations était réévalué. De manière régulière, les données n'étaient pas remplies (surtout en ce qui concerne la contraception déjà utilisée dans la vie avant l'IVG).

C'est pourquoi nous avons fait le choix que l'analyse des contraceptions déjà utilisées dans la vie ne concerne que les patientes jointes à 6M.

c. Consentement et questionnaire

Avant de proposer ces questionnaires et consentements, les secrétaires et les professionnels de santé ont été informés de mon travail.

Les consentements (annexe 1), ont été proposés aux patientes par les secrétaires du CEPS lors de leur premier rendez-vous (J0). Il s'agit d'un consentement à être jointe 6 mois après l'IVG. L'analyse des deux premières consultations peut donc se faire sans ce consentement.

Les consentements n'ont pas pu être proposés de manière systématique. Cela explique en parti que le nombre de consentements est bien inférieur au nombre d'IVG effectuées au CEPS.

Les questionnaires (annexe 2), ont été proposés aux patientes lors de leur consultation de J15. Ils étaient remplis par les patientes en salle d'attente et pouvait être remplis avec l'aide d'un personnel du CEPS si les patientes le souhaitaient. Le caractère non systématique est le même que pour le consentement.

Le questionnaire demande aux patientes s'il y a eu un changement de contraception par rapport à avant l'IVG ainsi que la part du médecin et de la patiente dans ce choix.

Sur les consentements et les questionnaires figurait l'identité des patientes pour pouvoir les rattacher au dossier ensuite.

d. Anonymisation des patientes :

Chaque patiente de l'étude s'est vue attribuer un numéro unique sur son dossier papier. Les données recueillies ont été ensuite incluses dans un tableau Excel avec le numéro des patientes comme identification.

3. Classement des contraceptions :

Pour l'analyse des contraceptions, nous avons regroupé les différents types de contraceptions en 4 groupes classés par efficacité selon l'indice de Pearls et un groupe pour celles qui n'utilisent pas de contraception :

- Groupe 1 : Stérilets et implants : Pearls entre 99,4 et 99,9 % : cette catégorie correspond aux LARC (Long-Acting Reversible Contraception) en excluant l'injection.
- Groupe 2 : Pilules, patchs, injections et anneaux vaginaux : Pearls entre 91 et 94 %
- Groupe 3 : Préservatifs masculin et féminin : Pearls entre 79 et 88 %
- Groupe 4 : Spermicide et méthode naturelle : Pearls en 71 et 75 %
- Groupe 5 : Pas de contraception

4. Outils statistiques

Nous avons consigné dans un tableau Exel l'ensemble des patientes incluses.

L'analyse statistique a été faite en collaboration avec le service d'unité de soutien méthodologique (USM) de l'hôpital Felix Guyon.

Toutes les données ont été recueillies par un seul et même observateur afin d'assurer le maximum d'homogénéité des conditions de recueil et de saisie.

Une **analyse descriptive** des données a été menée.

-Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et pourcentage.

-Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart-type.

Les **analyses bivariées** ont été réalisées à l'aide des tests du Chi 2 ou de Fisher pour les variables qualitatives et à l'aide des tests de Student ou de Mann et Whitney pour les variables quantitatives, selon les conditions d'application des tests.

RESULTATS

1. Schéma des patientes incluses et exclues de l'étude

Le flow chart des patientes incluses et exclues de l'étude est résumé dans la figure 1.

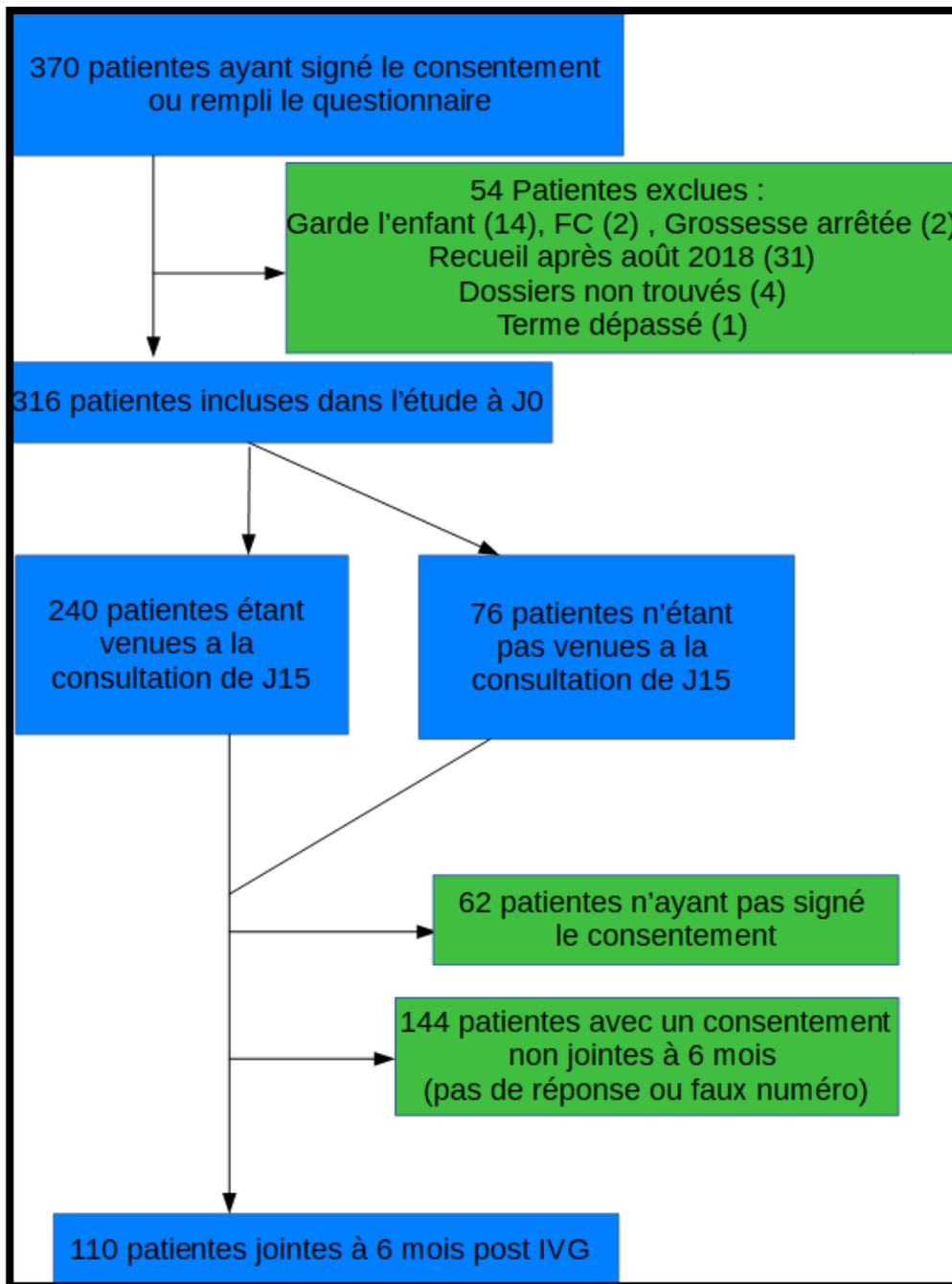


Figure 1 : Flow chart de la population étudiée

2. Description de la population et des IVG

L'analyse de la population est visible dans le tableau 2.

Tableau 2: Analyse médico-sociale de la population incluse dans l'étude.

N : 316	MOYENNE	
AGE	26,9	
	EFFECTIF	%
ACTIVITE PROFESSIONNELLE		
Etudiante	57	18,6%
Active	118	38,5%
inactive	131	42,8%
SITUATION FAMILIALE		
Célibataire	188	59,6%
Concubinage	106	33,6%
Mariée	21	6,6%
NIVEAU D'ETUDE		
Pas le brevet	37	12,8%
brevet	98	34,1%
bac	115	40%
Bac+3	26	9%
> Bac +3	11	3,8%
TABAGISME	107	36,1%
GESTITE		
1	80	25,3%
2	60	18,9%
3	58	18,3%
4	43	13,6%
5	35	11,0%
6	18	5,7%
>6	22	6,9%
PARITE		
0	122	38,7%
1	64	20,3%
2	72	22,8%
3	33	10,4%
4	13	4,1%
>4	11	3,4%
ATCD D'IVG		
0	168	53,5%
1	103	32,8%
2	31	9,8%
3	9	2,8%
4	3	0,9%

Dans l'étude réalisée, la moyenne d'âge est de 26.9 ans. 47% des femmes ont un niveau inférieur au bac. 74.6% sont déjà tombées enceintes avant cette consultation et 61% des femmes ont déjà eu un enfant. Pour 46% d'entre elles, il s'agit d'une récurrence d'IVG.

Tableau 3: Analyse des IVG

	EFFECTIF (315)	%
TERME		
< 5 semaines	7	2,2%
5-7 semaines	115	36,5%
7-9 semaines	119	37,7%
9-14 semaines	74	23,4%
TYPE D'IVG		
Médicale à domicile	81	25,7%
Médicale en hospitalisation	124	39,3%
chirurgicale	110	34,9%
	MOYENNE	MEDIANE
TERME (SA)	7,3	7
DUREE ENTRE L'IVG et M6	210,8	202

Tableau 4: Analyse du parcours de soins

	EFFECTIF (316)	%
CONSULTATION J15	240	75,9%
CONTACT TEL M6	110	34,8%

Sur l'ensemble des IVG effectuées, 27,2% des patientes déclarent des oublis de prise de pilule.

Dans l'étude réalisée, il y a eu 2.2% d'IVG précoces et 23.4% d'IVG tardives. Les IVG médicales représentent 65% des IVG effectuées.

27.2% des patientes déclarent des oublis de prise de pilule. Les patientes ont été en moyenne contactées au téléphone au premier jour du 7^{ème} mois post IVG (210/30).

L'âge moyen est significativement ($p : 0.023$) plus élevé pour les IVG médicamenteuses (25.6 ans) que pour les IVG chirurgicales (27.5 ans).

La parité est plus élevée pour les IVG médicamenteuses (1.36) que pour les IVG chirurgicales (1.27) mais de manière non significative ($p : 0.60$).

3. Descriptions des différents types de contraception déjà utilisés avant l'IVG

L'analyse des différentes méthodes contraceptives des patientes avant l'IVG est décrite dans le tableau 5. Elle ne prend en compte que les patientes qui ont été jointes à 6 mois car les valeurs des autres patientes sont peu fiables.

Tableau 5: Analyse des différentes méthodes contraceptives utilisées par les patientes au cours de leur vie avant l'IVG et leur tolérance

	EFFECTIF	POURCENTAGE	BONNE TOLERANCE		MAUVAISE TOLERANCE la plus souvent citée
			EFFECTIF	POURCENTAGE	
GROUPE 1	46	41,8%	8	17,3%	
Stérilet	32	29%	8	25%	
-Hormonal	11	10%	1	9%	63,6% pour douleurs et saignements
-Cuivre	21	19,%	7	33,3%	19% pour les douleurs et 33,33% pour les saignements
Implant	14	12,7%	0	0%	42,8% pour saignements et 28,5% pour prise de poids
GROUPE 2	101	91,8	17	16,8%	
Pilule	99	90%	17	17,1%	48,4% pour mauvaise observance
-OP	88	80%	14	15,9%	50% pour mauvaise observance et 19,3% pour prise de poids
-Progestative	11	10%	3	27,27%	36,3% pour mauvaise observance
Patch	1	0,9%	0	0%	100% pour saignements
Injection	0				
anneau vaginal	1	0,9%	0	0%	100% pour douleurs
GROUPE 3	92	83,6%	67	72,8%	
Préservatif	92	83,6%	67	72,8%	19,5% pour mauvaise observance
Diaphragme	0				
GROUPE 4	6	5,4%	4	66,7%	
Spermicide	0				
Méthode Naturelle	6	5,4%	4	66,6%	16,6% pour mauvaise observance
JAMAIS EU DE CONTRACEPTION	1	0,9%			

Quasi aucune patiente n'avait jamais eu de contraception avant cette IVG. 16.3 % des patientes déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatifs (masculin ou féminin) contre seulement 8.1% pour la pilule.

Les contraceptions très efficaces sont bien moins tolérées que les contraceptions moins efficaces (17.3% et 16.8% pour les groupes 1 et 2 contre 72.8% et 66.7% pour les groupes 3 et 4). Les stérilets au cuivre sont mieux tolérés (33.3%) que ceux aux hormones (9%). 48.4% des utilisatrices de la pilule déclarent une mauvaise observance.

4. Evolution de la contraception durant le parcours de soins de l'IVG

L'analyse de la contraception dans le temps est visible dans le tableau 6.

Tableau 6: Analyse des différentes contraceptions avant l'IVG et au moment des contacts avec les patientes (J15 et M6).

	Avant IVG		A la consultation J15		A 6 mois de l'IVG	
	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%
GROUPE 1	7	2,2%	100	40,8%	40	36,3%
Stérilet	7	2,2%	70	28,5%	28	25,4%
-Hormonal	0		20	8,1%	6	5,4%
-Cuivre	7	2,2%	50	20,4%	22	20%
Implant	0		30	12,2%	12	10,9%
GROUPE 2	119	38,1%	105	42,8%	41	37,2%
Pilule	119	38,1%	104	42,4%	41	37,2%
-OP	106	33,9%	84	34,2%	33	30%
-Progestative	13	4,1%	20	8,1%	8	7,2%
Patch	0		1	0,4%	0	
Injection	0		0		0	
Anneau vaginal	0		0		0	
GROUPE 3	74	23,7%	17	6,9%	8	7,2%
préservatif	74	23,7%	17	6,9%	8	7,2%
GROUPE 4	9	2,8%	0		0	
Spermicide	0		0		0	
Méthode Naturelle	9	2,8%	0		0	
PAS DE CONTRACEPTION	103	33,0%	22	8,9%	19	17,2%
DESIR DE GROSSESSE	0		1	0,4%	1	0,9%
total (manquant)	312 (4)		245 (71)		110 (206)	

La part des contraceptions très efficaces est largement augmentée lors de la consultation de J15 (83.6% pour les groupes 1 et 2) en comparaison avec sa part dans les contraceptions utilisées avant l'IVG (39.8% pour les groupe 1 et 2). Cette tendance baisse à 6 mois de l'IVG (73.6% pour les groupe 1 et 2).

Il existe une augmentation du taux de patientes sans contraception entre 15 jours (8.9%) et 6 mois (17.2%) mais ne rattrapant pas le taux d'avant l'IVG (32.5%).

L'utilisation de la pilule est quasiment la même avant (37.6%) et à 6 mois de l'IVG (37.2%).

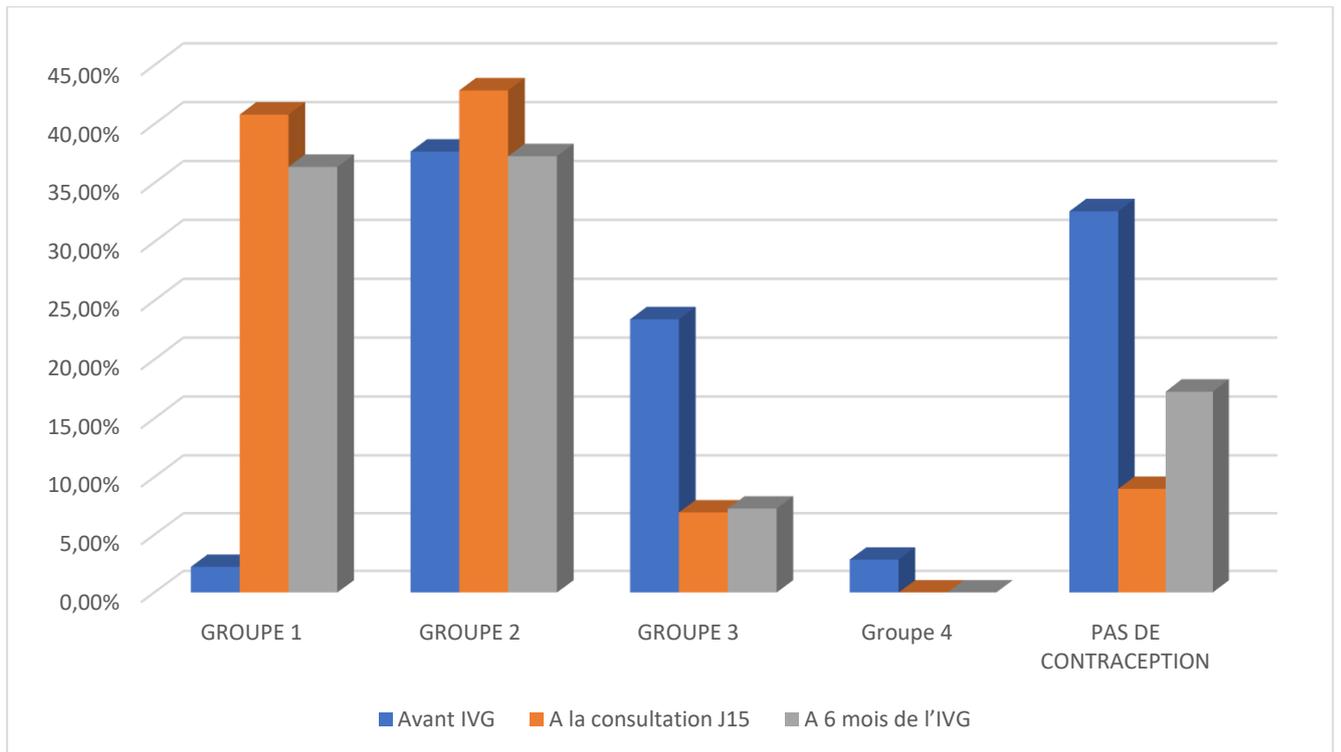


Figure 2: Analyse de la répartition des différents groupes de contraception tout au long du parcours de soins

L'Analyse des différentes contraceptions avant l'IVG et au moment des contacts avec les patientes (J15 et M6) pour les patientes jointes à 6 mois est visible dans le tableau 7.

Tableau 7: L'Analyse des différentes contraceptions avant l'IVG et au moment des contacts avec les patientes (J15 et M6) pour les patientes jointes à 6 mois

	Avant IVG		A la consultation J15		A 6 mois de l'IVG	
	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%	EFFECTIFS	%
GROUPE 1	0	1,8%	40	36,7%	40	37%
Stérilet	2	1,8%	24	22%	28	26%
-Hormonal	0	0	6	5,5%	6	5,6%
-Cuivre	2	0	18	16,5%	22	20,4%
Implant	0	0	16	14,7%	12	11,1%
GROUPE 2	42	38,2%	48	44%	40	37%
Pilule	42	38,2%	47	43,1%	40	37%
-OP	39	35,5%	37	38%	32	29,6%
-Progestative	3	2,7%	10	9,2%	8	7,4%
Patch	0	0	1	0,9%	0	0
Injection	0	0	0	0	0	0
Anneau vaginal	0	0	0	0	0	0
GROUPE 3	24	21,8%	8	7,3%	8	7,4%
préservatif	24	21,8%	8	7,3%	8	7,4%
GROUPE 4	2	1,8%	0	0	0	0
Spermicide	0	0	0	0	0	0
Méthode Naturelle	2	1,8%	0	0	0	0
PAS DE CONTRACEPTION	40	36,4%	13	11,9%	19	17,6%
DESIR DE GROSSESSE	0	0	0	0	1	1%
total (manquant)	110 (0)		109 (1)		108 (2)	

Les résultats retrouvés dans le tableau 6 et 7 sont comparables. Les patientes jointes à 6 mois sont donc représentatives, en termes de contraception, de l'ensemble des patientes incluses dans l'étude

L'analyse de la poursuite et des changements des différentes contraceptions entre J0 et M6 est visible dans le tableau 8.

Tableau 8: Analyse de la poursuite et des changements des différentes contraceptions entre J0 et M6.

Contraception à J0	contraception à M6						Total (n = 106)
	poursuite		changement pour plus efficace		changement pour moins efficace		
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	
GROUPE 1	2	100%			0		2
Stérilet	2	100%	0		0		2
Implant	0		0		0		0
GROUPE 2	20	47,6%	14	33,3%	8	19%	42
Pilule	20	47,6%	14	33,3%	8	19%	42
Patch	0		0		0		0
Injection	0		0		0		0
anneau vaginal	0				0		0
GROUPE 3	3	13%	18	78,2%	2	8,7%	23
Préservatif	3	13%	18	78,2%	2	8,7%	23
GROUPE 4	0		0	50%	1	50%	2
Spermicide							
Méthode Naturelle	0		1	50%	1	50%	2
PAS DE CONTRACEPTION	11	28,2%	28	71,8%			39

Près de la moitié (47.6%) des patientes qui utilisaient une pilule avant l'IVG opte pour le même moyen de contraception 6 mois après l'IVG.

Dans 78.2% des cas, les patientes qui utilisaient un préservatif ont changé pour une contraception plus efficace. Ce qui est le cas pour 71.8% des patientes qui n'avaient pas de contraception.

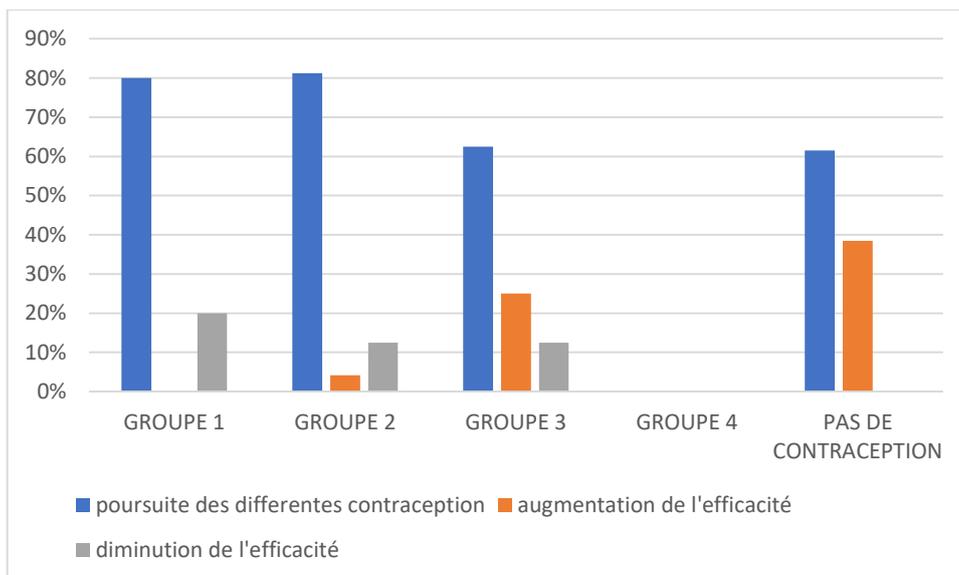


Figure 3: Taux de poursuite entre J15 et M6 des différentes contraceptions

Dans 80% des cas, les contraceptions des groupes 1 et 2 en place à 15 jours le sont toujours 6 mois après.

60% des patientes n'ayant pas de contraception à J15 n'en ont toujours pas 6 mois après.

5. Analyse de la part de la patiente et du médecin dans la décision de contraception à J15

Cette analyse se base sur les questionnaires donnés aux patientes à J 15. Les résultats sont visibles dans le tableau 9.

Tableau 9: Analyse des réponses des patientes à J15 sur la part du patient et du professionnel de santé dans le choix de la contraception.

le choix de contraception est, selon la patiente :	EFFECTIF	%
Son choix uniquement	62	54,8%
Son choix accompagné par le médecin	47	41,5%
Majoritairement le choix du médecin	0	0
Uniquement le choix du médecin	0	0
Ne se prononce pas	4	3,5%
Total	113	100%

Dans la quasi-totalité des cas, la patiente se sent concernée par le choix de la contraception et plus de la moitié du temps elle considère avoir pris le choix seule.

6. Analyse médico-sociale de l'utilisation des contraceptions

Tableau 10: Contraception au moment de la fécondation en fonction des critères médico-sociaux

	CONTRACEPTION AU MOMENT DE LA FECONDATION (Effectif / % de ligne)				
	GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3	GROUPE 4	PAS DE CONTRACEPTION
AGE					
15-19	2 / 3.4%	15 / 25.8%	16 / 27.5%	2 / 3.4%	23 / 39.6%
20-24	1 / 1.2%	42 / 50.6%	17 / 20.4%	0	23 / 27.7%
25-29	1 / 1.7 %	30 / 51.7 %	14 / 24.1%	3 / 5.1 %	10 / 17.2%
30-40	1 / 1%	28 / 29.4%	24 / 25.2%	3 / 3.1 %	39 / 41%
>40	2 / 11.1%	4 / 22.2%	3 / 16.6%	1 / 5.5%	8 / 44.4%
NIVEAU D'ETUDE					
< Bac	1 / 0.7%	52 / 38.8%	26 / 19.4%	6 / 4.4%	49 / 36.5%
> Bac	4 / 2.6%	56 / 37.3%	42 / 28%	3 / 2%	45 / 30%
ACTIVITE PRO					
étudiante	1 / 1.8%	17 / 30.9%	18 / 32.7%	2 / 3.6%	17 / 30.9%
active	2 / 1.7%	45 / 38.4%	32 / 27.3%	2 / 1.7%	36 / 30.7%
inactive	4 / 3.0%	53 / 40.4%	23 / 17.5%	5 / 3.8%	46 / 35.1%
SITUATION FAMILIALE					
célibataire	2 / 1.0%	68 / 36.7%	45 / 24.3%	3 / 1.6%	67 / 36.2%
concubinage	4 / 3.8%	41 / 39.0%	25 / 23.8%	4 / 3.8%	31 / 29.5%
mariée	1 / 4.7%	9 / 42.8%	4 / 19%	2 / 9.5%	5 / 23.8%
ANTECEDENT D'IVG					
oui	2 / 1.3%	62 / 43%	31 / 21.5%	5 / 3.4%	44 / 30.5%
non	5 / 3.0%	56 / 33.7%	43 / 25.9%	4 / 2.4%	58 / 56.8%
ANTECEDENT DE GESTITE					
oui	5 / 2.1%	103 / 44%	48 / 20.5%	6 / 2.5%	72 / 30.7%
non	2 / 2.5%	16 / 20.5%	26 / 33.3%	3 / 3.8%	31 / 39.7%
ANTECEDENT DE PARITE					
oui	4 / 2.0%	78 / 40.6%	43 / 22.4%	5 / 2.6%	62 / 32.2%
non	3 / 2.5%	40 / 33.6%	31 / 26%	4 / 3.3%	41 / 34.4%
FUMEUSE					
oui	0	38 / 36.5%	28 / 26.9%	1 / 0.9%	37 / 35.5%
non	6 / 3.1%	72 / 38.3%	43 / 22.8%	8 / 4.2%	59 / 31.3%

Aucun des critères médico-sociaux étudiés ne peuvent prétendre à expliquer le choix des patientes pour l'efficacité de la contraception au moment de la fécondation.

Tableau 11: Contraception à M6 en fonction des critères médico-sociaux

	CONTRACEPTION A M6 (Effectif / % de ligne)				
	GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3	GROUPE 4	GROUPE 5
AGE					
15-19	8 / 38,1%	10 / 47,6%	1 / 4,7%	0	2 / 9,5%
20-24	11 / 35,4%	10 / 32,2%	3 / 9,6%	0	6 / 19,3%
25-29	5 / 31,2%	7 / 43,7%	2 / 12,5%	0	2 / 12,5%
30-40	14 / 41,1%	11 / 32,3%	2 / 5,8%	0	7 / 20,5%
>40	2 / 25%	4 / 50%	0	0	2 / 25%
NIVEAU D'ETUDE					
< Bac	14 / 29.1%	20 / 41.6%	4 / 8.3%	0	10 / 20.8%
Bac	26 / 44%	21 / 35.5%	4 / 6.7%	0	8 / 13.5%
ACTIVITE PRO					
étudiante	6 / 30%	11 / 55%	1 / 5%	0	2 / 10%
active	18 / 40,9%	13 / 29,5%	5 / 11,3%	0	7 / 15,9%
inactive	16 / 35,5%	18 / 40%	2 / 4,4%	0	9 / 20%
SITUATION FAMILIALE					
célibataire	19 / 28,7%	28 / 42,4%	5 / 7,5%	0	13 / 19,7%
concubinage	20 / 54%	10 / 27%	3 / 8,1%	0	4 / 10,8%
mariée	1 / 14,2%	4 / 57,1%	0	0	2 / 28,5%
ANTECEDENT D'IVG					
oui	21 / 39,6%	16 / 30,1%	5 / 9,4%	0	11 / 20,7%
non	19 / 33,3%	26 / 45,6%	3 / 5,2%	0	8 / 14%
ANTECEDENT DE GESTITE					
oui	33 / 39,2%	28 / 33,3%	6 / 7,1%	0	17 / 20,2%
non	7 / 26,9%	14 / 53,8%	2 / 7,6%	0	2 / 7,6%
ANTECEDENT DE PARITE					
oui	27 / 39,7%	23 / 33,8%	4 / 5,8%	0	14 / 20,5%
non	13 / 30,9%	19 / 45,2%	4 / 9,5%	0	5 / 11,9%
FUMEUSE					
oui	15 / 37,5%	12 / 30%	5 / 12,5%	0	7 / 17,5%
non	23 / 33,8%	30 / 44,1%	3 / 4,4%	0	12 / 17,6 %

Aucun des critères médico-sociaux étudiés ne peuvent prétendre à expliquer le choix des patientes pour l'efficacité de la contraception à 6 mois

7. Comparaison entre les patientes récidivantes et les patientes faisant leur première IVG

On retrouve 46.5% de patientes ayant un antécédent d'IVG. Ces patientes présentent des caractéristiques différentes de celles pour lesquelles il s'agit d'une première IVG. Ces différences sont visibles dans le tableau 12.

Tableau 12: Comparaison des patientes réalisant leur première IVG et des femmes ayant déjà eu recours à une IVG avant l'étude

	PREMIERE IVG	RECIDIVE D'IVG	p
EFFECTIF (nombre entier / pourcentage)	168 / 53,5%	146 / 46,5%	
AGE (moyenne en années)	25,4	28,6	<0.05
ACTIVITE PROFESSIONNELLE (en pourcentage)			
Etudiante	51.7%	48.3%	<0.05
Active	77.2%	22.8%	
inactive	46.2%	53.8%	
SITUATION FAMILIALE (en pourcentage)			
Célibataire	49.2%	50.8%	0.14
Concubinage	58.5%	41.5%	
Mariée	66.7%	33.3%	
NIVEAU D'ETUDE (en pourcentage)			
< bac	48.5%	51.5%	0.99
bac et plus	59.2%	40.8%	
TABAGISME (en pourcentage)	52.8%	47.2%	0.72
GESTITE			
Moyenne	2,1	4,32	<0.05
PARITE			
Moyenne	1,02	1,67	<0.05
OUBLI DE PILULE (en pourcentage)	42.8%	57.1%	0.11
CONTRACEPTION AVT L'IVG (en pourcentage)			
GROUPE 1	71.4%	28.6%	0.40
GROUPE 2	47.5%	52.5%	
GROUPE 3	58.1%	41.9%	
GROUPE 4	55.7%	44.4%	
PAS DE CONTRACEPTION	43.1%	56.9%	

Tableau 13 : Comparaison de l'évolution des efficacités de contraception à 6 mois entre les patientes réalisant leur première IVG et les femmes ayant déjà eu recours à une IVG avant l'étude

	Première IVG	Récidive d'IVG	p
POURSUITE AVEC UNE CONTRACEPTION DE MEME EFFICACITE A 6 MOIS	20 (57,1%)	15 (42,8%)	0,06
POURSUITE AVEC UNE CONTRACEPTION DE MEILLEURE EFFICACITE A 6 MOIS	33 (54,1%)	28 (45,9%)	
POURSUITE AVEC UNE CONTRACEPTION D'EFFICACITE MOINDRE A 6 MOIS	2 (18,1%)	9 (81,8%)	

Dans notre étude, les patientes ayant déjà un passé d'IVG sont plus âgées et moins souvent actives que les patientes pour lesquelles il s'agit de la première IVG. Elles ont aussi une moyenne de gésité et de parité plus importante.

La répartition des contraceptions avant l'IVG, en fonction de leur efficacité, est comparable dans les deux groupes.

A distance de l'IVG, l'évolution de l'efficacité est comparable dans les deux groupes.

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Les patientes de l'étude ont en moyenne 26.9 ans et pour 46.5% d'entre elles il s'agit au moins de la seconde IVG. Dans 65% des cas il s'agissait d'une IVG médicamenteuse.

Pour 27.2% des patientes, une mauvaise observance de prise de pilule est observée lors de la période où elles sont tombées enceintes.

La part des contraceptions très efficaces est largement augmentée lors de la consultation de J15 (83.6% pour les groupes 1 et 2) en comparaison avec sa part dans les contraceptions utilisées avant l'IVG (39.8% pour les groupes 1 et 2). Cette tendance baisse légèrement à 6 mois de l'IVG (73.6% pour les groupes 1 et 2).

Près de la moitié (47.6%) des patientes qui utilisaient une pilule avant l'IVG opte pour le même moyen de contraception 6 mois après l'IVG.

Dans 80 % des cas, les contraceptions des groupes 1 et 2 en place à 15 jours le sont toujours 6 mois après.

L'adhésion des patientes au choix de la contraception dans le parcours de soins est importante et dans 54.8% elles déclarent avoir pris seules le choix de la contraception (après avoir reçu les informations par l'équipe).

Les patientes ayant déjà eu une IVG avant l'étude sont plus âgées (25.38 contre 28.61 ans de moyenne) et moins souvent actives que les patientes n'ayant jamais eu d'IVG. Elles ont aussi une moyenne de géstité et de parité plus importante. Au long terme, elles présentent une répartition de l'efficacité des contraceptions comparable.

L'étude des facteurs médico-sociaux au moment de la fécondation et à 6 mois ne permet pas de retrouver de facteur de risque pour l'utilisation d'une contraception peu efficace ou pas de contraception du tout.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a. Faiblesses

i. Biais de sélection :

Il est probable que le remplissage du consentement et du questionnaire ait créé un biais de sélection vis à vis des patientes analphabètes, le taux d'analphabètes étant important à la Réunion (22% en 2011 selon l'INSEE)(15) (bien que le personnel soignant soit à disposition pour les aider à les remplir).

ii. Biais géographique :

L'étude est une étude monocentrique et ne se concentre donc que sur les patientes ayant consulté au CEPS. Elle n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population Réunionnaise.

iii. Biais de désirabilité :

Les patientes ont rempli le questionnaire en salle d'attente dans le CEPS et ont donc pu être influencées par un accompagnant par exemple. De plus, le fait de le rendre à la secrétaire de la structure a aussi créé un biais de désirabilité.

iv. Faiblesse de puissance de l'étude :

Sur les 316 patientes incluses dans l'étude, 34,8% ont pu être jointes au téléphone à M6. Ce qui correspond au rendu attendu au début de l'étude.

L'analyse des contraceptions déjà utilisées dans la vie avant l'IVG ne concerne aussi que les patientes qui ont été jointes par téléphone à 6 mois et donc avec qui j'ai pu revoir dans le détail cet item.

Une autre faiblesse de l'étude est la limitation du temps d'analyse : Les LARC faisant l'objet en pratique courante d'une évaluation à un an.

v. Pas de déclaration à la CNIL :

L'étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique, le processus de contact avec les patientes ayant été inclus dans le parcours de soins normal d'une patiente au CEPS.

b. Forces

Cette étude est une première à la Réunion. Il s'agit donc d'une étude originale dans son thème. Elle a permis d'obtenir une analyse de la dynamique contraceptive sur 110 patientes.

Le fait que l'étude soit prospective apporte une puissance à celle-ci.

3. Epidémiologie des IVG et de la contraception en France métropolitaine et à la Réunion

Dans un premier temps, je vais présenter la situation concernant les IVG et la contraception en métropole et à la Réunion. Je comparerai ensuite les informations de la littérature avec les résultats de notre étude.

a. IVG en métropole

Malgré une large répartition des contraceptions en France le taux de grossesses non prévues reste élevé avec un ratio autour d'une grossesse sur trois en 2013. (16) Le ratio d'IVG par grossesse (= ratio d'avortement) est entre 0,25 et 0,30 depuis le début des années 90' jusqu'en 2017. (17)

En 2017, cela représente 202 919 IVG en France métropolitaine (et 13 425 dans l'ensemble des DOM). Soit 14,4 IVG pour mille femmes en France métropolitaine. Ce taux est le plus important chez les femmes de 20 à 24 ans (26,7/1000).(17)

Pour les mineures, le taux est de 6,1 IVG/1000 femmes.(17)

L'indice conjoncturel (nombre d'IVG moyen que connaîtra une femme tout au long de sa vie) reste lui aussi stable sur la même période (0,53 en 2017).(17)

En 2017, 32% des patientes ayant fait une IVG en avaient déjà bénéficié au moins une fois au cours de leur vie.(17)

La répartition des types d'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) est stable dans les établissements de santé cette dernière décennie. Par ailleurs, le nombre d'IVG en cabinet libéral est en croissance constante pour atteindre 19,2% en 2017. De fait, la part totale des IVG chirurgicales diminue et est de 32,5% en 2017 (contre 60% en 2001).(17)

5% des IVG sont pratiquées entre 11 et 14 SA.(17)

Les IVG en CPEF (Centre de Planification ou d'Education Familiale) représentent 2,2% en 2017.(17)

En 2017, il y a eu 14.4 IVG pour 1000 femmes en France métropolitaine en 2017 (6.1‰ chez les mineures). Pour 32% des femmes, il s'agissait d'une récurrence.

La part des IVG en cabinet libéral augmente chaque année pour atteindre 19.2% en 2017.

b. Contraception en métropole

i. En General

En 2016, le baromètre de la santé de l'INPES étudie les différentes contraceptions chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans). L'étude retrouvait que 71.9% des françaises étaient concernées par la contraception (les autres étaient soit enceintes ou désiraient une grossesse (9,2%), soit n'avaient pas eu de rapport depuis 12 mois (18%), soit étaient stériles ou ménopausées (1%))(18)

8% des françaises concernées n'avaient pas de contraception. La pilule (36.5%) restait le moyen de contraction le plus utilisé au total mais le DIU (25.6% au total) devient la contraception la plus prescrite à partir de 35 ans. Le préservatif arrive en troisième place (15.5%). Le taux d'utilisation des différents contraceptifs est fortement influencé par les tranches d'âge.(18)

Depuis 2012 et la crise des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, la baisse de l'utilisation des pilules est constante et en faveur du stérilet, du préservatif et de l'implant (4.3% en 2016). (18)

Le parcours de la vie contraceptive reste encore stéréotypé avec le préservatif et la pilule au début de la vie sexuelle. La pose de stérilet se fait encore le plus souvent chez les femmes plus âgées et avec des enfants. (18)

ii. Lors des IVG

Dans une étude réalisée en 2007, 34% des patientes n'utilisaient aucune contraception dans le mois où elles tombaient enceintes. Pour 5.8% des patientes, aucune contraception n'avait jamais été utilisée dans la vie avant l'IVG. Pour 27% des patientes, la pilule était le moyen de contraception au moment de la conception mais 91.5% des patientes déclaraient une mauvaise observance de celle-ci. (19)

La comparaison des contraceptions avant et après les IVG (à 6 mois) retrouve (20) :

- Une augmentation des prescriptions de pilule (23% juste avant l'IVG contre 52% à 6 mois)
- Une augmentation des prescriptions de DIU (9% juste avant l'IVG contre 15% à 6 mois)
- Une diminution globale des contraceptions à indice de Pearls plus faible (préservatifs, méthode naturelle) et des patientes sans contraception.

Ces changements sont effectifs dès le premier mois après l'IVG et restent ensuite stables jusqu'à 6 mois.

Tableau 14: Taux d'utilisation des différents types de contraception en France avant et après l'IVG et comparaison avec les femmes n'ayant pas eu d'IVG dans l'étude « Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women » en 2006 (18)

Contraceptive profile of women 6 months before, just before, just after (1 month) and 6 months after an abortion, and of women who had never had an abortion					
Contraception	Contraceptive profile of women who had an abortion (%) (n = 163)				Population of women who had not had an abortion ^a (%) (n = 1787)
	6 months before the abortion	Just before the abortion	Just after the abortion	6 months after the abortion	
Pregnant or had never had sex 6 months before the abortion	9.9				
None	13.7	25.2	11.9	11.8	10.5
Pill	36.1	23.2	54.8	52.7	63.1
IUD	9.7	9.4	12.4	15.2	12.7
Condoms	20.5	23.0	11.1	10.6	9.4
Local and natural methods ^b	9.4	18.8	5.1	3.7	1.9
Sterilization	0	0	4.1	4.8	0
Other	0.7	0.4	0.6	1.2	2.4
	100	100	100	100	100

La pilule reste la contraception la plus utilisée par les femmes. Néanmoins, le stérilet est la contraception la plus prescrite chez les plus de 35 ans.

Selon une étude de 2007, lors des IVG, 1/3 des patientes n'utilisait pas de contraception lorsqu'elles sont tombées enceintes et 27% des patientes utilisaient la pilule (91% de ces 27% déclaraient une mauvaise observance).

Une augmentation de l'efficacité de la contraception utilisée a été remarquée 1 et 6 mois après l'IVG.

c. IVG à la Réunion

A la Réunion, le recours à l'IVG est plus important qu'en métropole avec un taux de 20,7 IVG pour 1000 femmes âgées entre 15 et 49 ans en 2017. Cela correspond à 4355 IVG pour l'année 2017.(17)

L'indice conjoncturel était de 0,81 en 2007 à la Réunion (contre 0,54 la même année en métropole)(21)

La Réunion se classe en 2017 (comme l'ensemble des DOM) dans les départements avec le plus fort taux d'IVG chez les mineures en France avec 13,6 IVG pour mille femmes.(17)

69% des IVG sont réalisées en hospitalier. Le reste concerne les IVG en cabinet libéral, les IVG en CPEF étant quasi inexistantes.(17)

En 2012, le rapport BIG (Bulletin d'Interruption de Grossesse) analyse les caractéristiques des IVG et des patientes en bénéficiant. Il retrouve des résultats exhaustifs dont les principaux sont :

Caractéristiques des femmes (22):

- Age moyen : 26,9 ans, avec 8,4% de mineures.
- 31,4% des patientes occupaient un emploi au moment de l'IVG, 20% étaient étudiantes ou élèves.
- Pour 42% des femmes, il s'agissait d'une récurrence (8% pour les mineures).
- 34,9% des femmes n'avaient pas d'enfant au moment de l'IVG. A contrario, 9% des mineures avaient déjà un enfant au moment de l'IVG.

Caractéristiques des IVG (22) :

- les 3/4 des IVG sont réalisées en milieu hospitalier et la moitié des IVG médicamenteuses se fait en cabinet libéral.
- Les IVG chirurgicales représentent 41% des IVG (contre 59 % pour les IVG médicamenteuses). Les mineures ont recours aux IVG chirurgicales dans 52% des cas.
- Les IVG sont réalisées en moyenne à 8 SA. 55% des IVG sont précoces (<7 SA) et 15% sont tardives (> 11 SA).

En 2017, Les IVG concernaient 20.7 femmes pour 1000 à la Réunion en 2017 et 13.6 mineures pour 1000. Ce qui classait l'île dans les départements ayant les chiffres les plus importants.

d. Contraception à la Réunion

i. En général(23)

Je n'ai trouvé aucune étude récente sur le sujet. L'ORS m'a confirmé qu'effectivement il n'y a pas d'étude sur la contraception en général à la Réunion. Seule une étude sur les croyances et comportements sexuels a été réalisée en 2012. On retrouve néanmoins quelques informations dans cette étude comme le fait que la première contraception ait débuté à 19.5 ans, soit un an et demi après l'entrée dans la vie sexuelle.

Il est aussi cité que le préservatif est la contraception la plus utilisée en début de relation et qu'ensuite la pilule et le stérilet deviennent les contraceptions les plus fréquentes lorsque la relation dure.

ii. Lors des IVG

Pour 22% des hommes et 7.5% des femmes Réunionnais(es), l'IVG est considérée comme une contraception comme les autres (taux plus important chez les personnes jeunes et de bas niveau d'études).(23)

En 2007, 1/3 des femmes ayant bénéficié d'une IVG n'avait pas de contraception. La pilule représentait la méthode la plus utilisée (28%), devant le préservatif (16%).(21)

Parmi les patientes qui n'avaient pas de contraception, la moitié déclare avoir arrêté leur dernier moyen de contraception depuis moins de 4 mois.(21)

Dans la même année, 12% des IVG de l'île concernaient les mineures (deux fois plus qu'en France métropolitaine). Seules 28.3% de ces mineures avaient une contraception à ce moment-là.(24)

Il existe peu de documentation sur la contraception à la Réunion. Lors des IVG on retrouvait sensiblement le même pourcentage de patientes sans contraception (1/3) et avec une contraception par pilule (28%) au moment de tomber enceinte que dans l'étude métropolitaine.

4. Comparaison des données d'épidémiologie de la littérature avec notre étude

a. Comparaison de la dynamique de contraception avant et après l'IVG

L'étude de 2006 « *Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women* » compare aussi le devenir de la contraception à 6 mois post IVG.

Dans les deux études, les pourcentages d'utilisation des différentes contraceptions restent stables entre le post IVG immédiat et 6 mois après l'IVG. Le choix fait en post IVG immédiat est donc maintenu par les patientes.

Notre étude retrouve un taux d'utilisation de la pilule supérieur en pré IVG (38% contre 23%) puis inférieur en post IVG immédiat (43% contre 54%) et à 6 mois (37% contre 52%). Cela peut

s'expliquer en partie par le scandale des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations entre les deux études (en 2012).

A l'inverse, notre étude retrouve un taux d'utilisation des DIU moins important en pré IVG (1% contre 9%) puis supérieur en post IVG immédiat (22% contre 12%) et à 6 mois (26% contre 15%). Cela peut s'expliquer en partie par le développement des prescriptions des DIU ces dernières années.

Cette augmentation de prescriptions de DIU (et de LARC en général) dans l'étude va dans le sens des recommandations et notamment celles du CNGOF en 2013.

Les taux d'utilisation de préservatif et de patientes sans contraception sont comparables sur les différents temps des deux études (avant et après l'IVG).

Les pourcentages d'utilisation des différentes contraceptions en post IVG sont dans l'ensemble comparables à ceux de la population générale en métropole (18).

Tableau 15 : Comparaison des pourcentages d'utilisation des différentes méthodes contraceptives en post IVG à 6 mois dans notre étude et dans la population générale en France en 2016.

	Population générale	Post IVG à 6 mois (Notre étude)
Implant	4,3%	11%
DIU	26%	26%
Pilule	37%	37%
Préservatif	15,5%	7,4%
Aucune contraception	8%	17,6%

Notre étude retrouve un taux plus élevé d'utilisation de DIU et un taux plus faible de pilule en post IVG en comparaison à une étude de 2006. La répartition des contraceptions en post IVG à 6 mois est dans l'ensemble comparable à celle de la population générale en France métropolitaine.

En 2017, une étude compare les contraceptions en pré IVG et la contraception choisie en post IVG immédiat (à 15-21 jours). (25)

Les changements observés sont concordants avec ceux de notre étude. En effet, dans l'étude de 2017, les contraceptions du groupe 1 passent de 7% en pré IVG à près de 50 % (27.2% pour les DIU et 20 % pour les implants) en post IVG. Le taux de patientes sans contraception ou avec des contraceptions moins efficaces (groupes 3-4) ont une dynamique inverse dans l'étude de 2017 et notre étude.

b. Comparaison des données médico-sociales des patientes bénéficiant d'une IVG avec la littérature Réunionnaise (BIG 2012)(22)

i. Données sociales

1. L'âge

Tableau 16: Comparaison de l'âge des patientes entre l'étude BIG et notre étude.

	ETUDE	REUNION (BIG 2012)
TRANCHE D'AGE LA PLUS CONCERNEE	20-24	20-24
POURCENTAGE D'IVG SUR LES MINEURES	7,5%	8.4%

2. Activité professionnelle

18,63 % des femmes étaient étudiantes et 38,5% des femmes avaient un emploi dans notre étude contre 31,4% et 20% dans l'étude BIG 2012.

ii. Données médicales

1. Parité

Dans l'étude 38.7% des femmes n'ont pas d'enfant contre 34,9% dans l'étude BIG de 2012.

2. Récidives d'IVG

Dans l'étude 46.5% des femmes sont récidivantes contre 42% dans l'étude BIG 2012.

Les données médico-sociales des deux études sont comparables. On peut donc penser que notre étude est représentative sur ce plan là des patientes bénéficiant d'une IVG à la Réunion.

5. Conséquences des IVG itératives sur les futures grossesses

Dans notre étude, 46% des patientes ont déjà bénéficié d'une IVG. Nous n'avons pas de chiffre à propos des conséquences sur les futures grossesses allant à leur terme.

Selon une étude menée entre 1996 et 2008 (26), la répétition des IVG a une répercussion sur les grossesses à venir. Il s'agit principalement de grossesses prématurées, et d'insuffisances

pondérales à la naissance. Ces résultats sont significatifs pour les patientes ayant eu recours à 3 IVG ou plus.

On retrouve donc un intérêt particulier dans la baisse des IVG itératives, que ce soit sur le plan psychologique (cf intro) ou physique. Pour ces patientes, la mise en place d'une contraception efficace est d'autant plus importante.

En 2016 est publié un article sur les complications des IVG. (27) Il n'a pas été retrouvé de lien entre une baisse de la fertilité et les IVG instrumentales par aspiration. Il n'a pas non plus été retrouvé de lien entre un risque de fausse couche ou de grossesse extra utérine et un antécédent d'IVG. Le risque de grossesse prématurée est aussi cité, même si les auteurs de cet article mesurent leur propos en supposant qu'avec l'amélioration des techniques, ce risque semble être éradiqué.

6. Explications possibles sur l'utilisation des contraceptions lors des IVG

L'échec des contraceptions amenant à une IVG peut être vu de différentes manières et aboutir à de nombreux questionnements :

- Les patientes gèrent-elles moins bien leur pratique de la contraception ou utilisent-elles des contraceptions moins efficaces ?
- S'agit-il de patientes à risque ou de moments à risque ?

L'étude de 2006, « *Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women?* », étudiant la contraception avant et après les IVG chez les femmes en France explique qu'il s'agirait plutôt de moments à risque et d'une sous médicalisation de la contraception.

En effet, les patientes concernées par une IVG sont 50 % à avoir changé de contraception dans les 6 mois précédant l'IVG. Cela s'inscrivait dans une période de changement de leur vie sociale le plus souvent (relation de couple ...).

De plus, l'étude de 2006 retrouve une sous médicalisation des patientes ayant eu recours à une IVG s'expliquant en partie par une difficulté d'accès au système de santé. (20)

Ces questions n'ont pas été approfondies dans cette étude et il serait intéressant d'y répondre à propos des patientes de la Réunion au cours d'une autre étude.

En 2016, une méta-analyse de 1950 à 2016 retrouve des facteurs de risque à un échec de la contraception aboutissant à une IVG. (28) Ces facteurs de risque sont :

- Les femmes de moins de 20 ans et plus de 40 ans
- Les femmes à risque médico-sociaux
- Les femmes ayant déjà un antécédent de grossesse non prévue
- Les femmes consultant moins que les autres (dont les femmes obèses)

Il s'agit donc d'éléments devant faire doubler de vigilance le médecin dans la prise en charge de ces patientes.

Bien évidemment, le médecin a un rôle d'informateur à jouer auprès des patientes. Un article de 2012 (29) déplore le manque d'informations données aux patientes et notamment l'absence de support papier délivré, qui permettrait de guider les patientes dans leurs choix.

7. Facteurs favorisant les récurrences

Dans la plupart des études faites en France métropolitaine et à la Réunion, les patientes ayant recours à plusieurs IVG sont confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières.(30) (21)

Une étude française récente de 2014 (31) retrouve particulièrement ces difficultés : Les femmes consultant pour une IVG et ayant déjà eu un antécédent d'IVG sont plus âgées, ont un niveau d'études plus bas, sont plus souvent à la recherche d'un emploi et dans un ménage à revenus plus faibles que celles n'ayant pas d'antécédent.

Dans cette même étude (31), les femmes ayant un antécédent d'IVG se retrouvent plus souvent dans des situations d'isolement social que ce soit au niveau du couple ou de l'entourage plus large. Elles ont souvent plus d'enfants et sont moins souvent en couple cohabitant.

En 2014, une étude (32) retrouve un lien entre les violences conjugales et les IVG répétées. En plus d'être un facteur de risque, cela doit faire penser au médecin consulté de le rechercher systématiquement chez des patientes qui consultent pour une récurrence d'IVG.

Dans notre étude, certaines de ces difficultés sont retrouvées : on retrouve un nombre plus important de patientes inactives chez les patientes ayant un antécédent d'IVG. Elles ont aussi plus d'enfants que les patientes qui consultent pour une première IVG. Néanmoins, les

patientes n'ont pas été interrogées spécifiquement sur ce sujet et nous n'avons pas de données sur des notions de difficultés ou de détresses concernant leur statut.

8. Importance de la discussion sur la contraception lors de la consultation

Le choix de la contraception est donc un moment crucial pour la suite de la vie des patientes. Cette décision doit donc se faire dans un contexte de communication entre les deux acteurs que sont le médecin et la patiente.

Dans l'étude, la décision semble venir principalement de la patiente. Il serait intéressant de savoir si elle s'est sentie bien informée et si la communication avec le médecin était satisfaisante.

Une méthodologie a donc été pensée par l'HAS afin de prendre la meilleure décision : la décision médicale partagée. Elle aide les prises de décision lors des choix de prévention, de surveillance ou de traitement .(33)

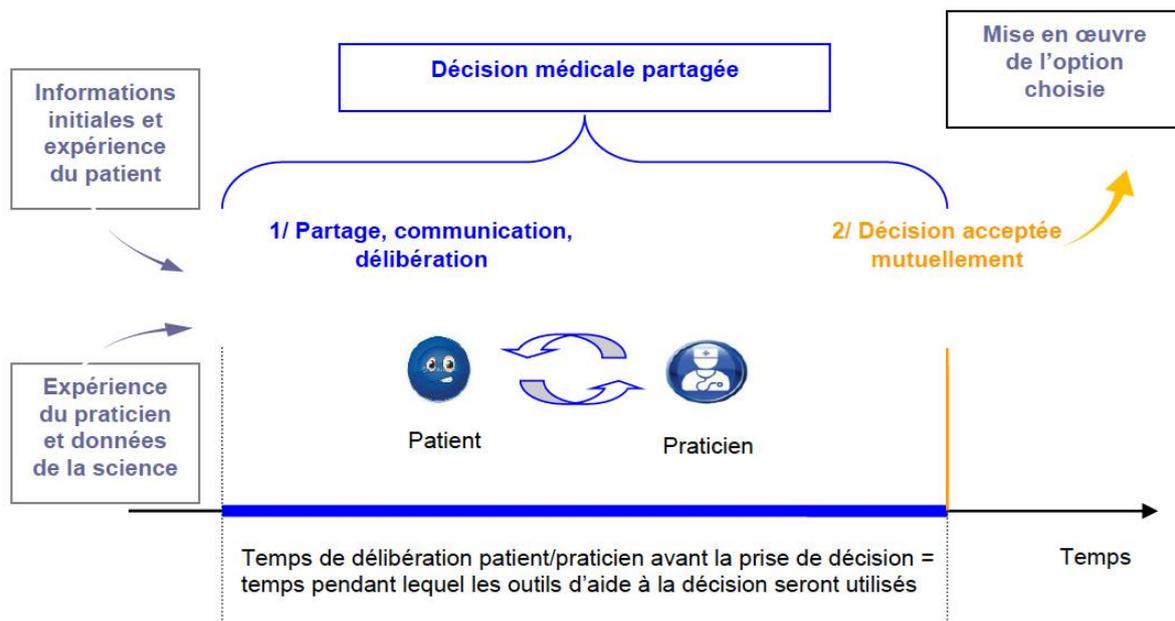


Figure 4: Processus de décision médicale partagée(26)

L'OMS a aussi mis en place un modèle pour la consultation visant à choisir une contraception avec la patiente : le modèle Bercer. Il établit plusieurs étapes dans la consultation permettant de faire le chemin vers la contraception la plus adaptée pour la patiente. (34)



Figure 5: Présentation des étapes du modèle Bercer(27)

Le fait que la contraception se fasse au CEPS permet aux patientes d'aborder avec plusieurs intervenants les questions concernant l'IVG et notamment la contraception. Dans notre étude, la part des patientes avec qui une contraception très efficace (groupe 1 ou 2 de l'étude) est choisie lors de la première consultation concerne 93.6% des femmes.

En comparaison, on retrouve un taux de prescription de 76.7% des mêmes moyens de contraception au moment de l'IVG dans une étude métropolitaine en 2007.(19)

L'HAS a, dans ce sens, mis en place des fiches « memo » de prescription et conseils aux femmes dans tous les cas et en cas d'IVG.(14,35)

9. Ouverture vers la pratique en médecine générale

Cette étude bien que réalisée dans un centre hospitalier ouvre à certaines réflexions qui sont parfaitement applicables dans un contexte de médecine générale.

En effet le rôle du médecin généraliste est primordial dans l'initiation d'un traitement ou la mise en évidence d'un diagnostic et le suivi au long cours des patientes. Cela vaut pour les affections chroniques, mais aussi pour les traitements dont font partie les contraceptions.

Comme dit plus haut, les consultations concernant le choix d'une contraception restent à part dans le sens où la patiente possède un large choix de possibilité. La discussion avec le médecin permet d'éliminer les contraceptions contre-indiquées, et de s'orienter vers la contraception la plus adaptée en fonction du profil de la patiente.

Il a un rôle d'orientation dans un premier temps et il est, la plupart du temps, le seul médecin que les patientes consultent. Il a donc un rôle dans la réévaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance de la contraception choisie en prévention d'une IVG.

Son rôle peut être aussi dans l'accompagnement de l'IVG avec l'administration des médicaments et le suivi de la bonne évolution de celle-ci. Comme en structure, c'est un moment clef pour réfléchir de nouveau, avec la patiente, à la contraception utilisée et de changer de méthode si nécessaire.

Pour la contraception, le médecin généraliste bénéficie d'une cotation spécifique pour les patientes de 15 à 18 ans. Il s'agit d'une consultation orientée spécifiquement sur l'information des IST et des contraceptions (cotation CCP). Elle est de 46 euros. (36)

Concernant les IVG, le médecin généraliste peut réaliser des IVG médicamenteuses en ville jusqu'à 7 SA à partir du moment qu'il ait obtenu un diplôme universitaire en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique. Il faut ensuite qu'il ait une convention avec un établissement de santé possédant un service de gynécologie obstétrique et/ou de chirurgie réalisant des IVG.(37)

CONCLUSION

Cette étude menée sur une année au CEPS de Saint Paul nous a permis d'étudier l'usage des différentes contraceptions sur le court et le long terme après une IVG.

La contraception est au cœur du processus de soins dans une prise en charge d'IVG. Au CEPS plus particulièrement, car il s'agit d'un centre pluri professionnel où un temps dédié est réservé à ce sujet dans le parcours de soins.

Les résultats ont prouvé que l'efficacité des contraceptions utilisées est améliorée 15j et 6 mois après l'IVG en comparaison à avant l'IVG.

On retrouve également des facteurs de risque de récurrence comme l'inactivité professionnelle et le bas niveau d'étude.

Cette étude a aussi pour but de sensibiliser ses lecteurs à l'importance d'une communication et d'une écoute de la patiente dans son choix de contraception. Chaque patiente est un cas à part et une démarche en binôme avec la patiente est nécessaire au bon choix et à la bonne observance.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

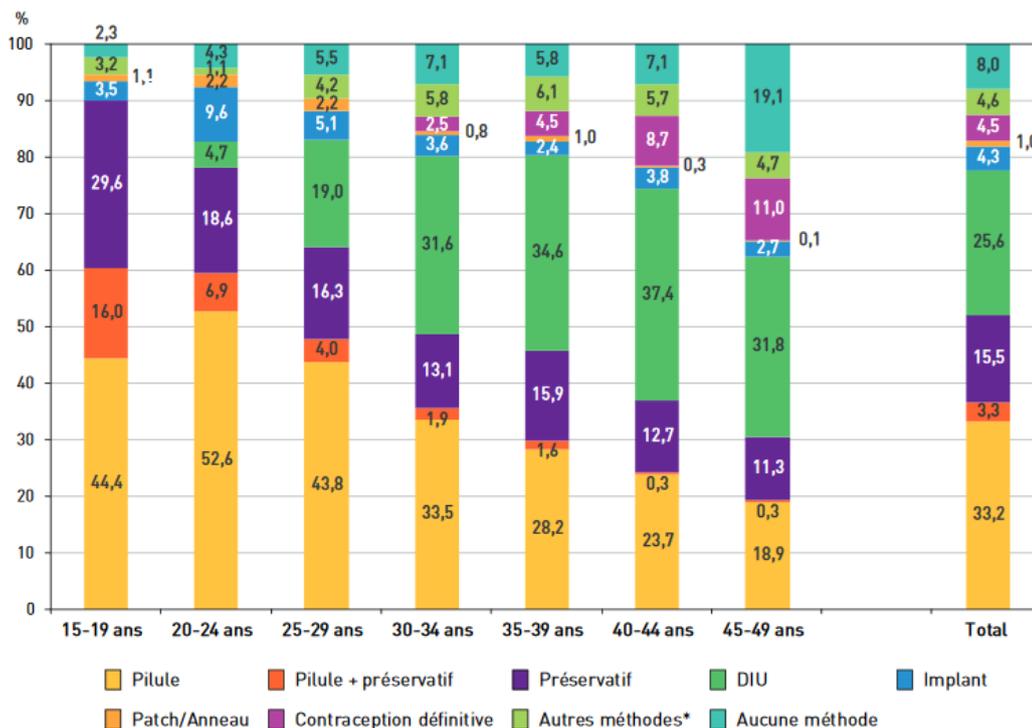
1. Larousse É. Expressions : interruption - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interruption/43845>
2. Larousse É. Définitions : contraception - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
3. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
4. Contraception et avortement : les grandes dates en France [Internet]. L'Obs. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS6977/contraception-et-avortement-les-grandes-dates-en-france.html>
5. Régnier-loilier - 2007 - Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses.pdf [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/publi_pdf1_439.fr.pdf
6. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. 2000-1209 déc 13, 2000.
7. livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf
8. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: https://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm
9. guide_ivg_2018.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/guide_ivg_2018.pdf
10. Haute Autorité de Santé - IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter#toc
11. ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
12. cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

13. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. Wwwem-Premiumcomdatarevues03682315v45i10S0368231516301594 [Internet]. 6 déc 2016 [cité 23 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1097411/>
14. 1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf
15. 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011 à La Réunion - Insee partenaires [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291760>
16. contraception_freins_reco2clics-5.pdf [Internet]. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
17. dress_2017.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
18. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
19. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. oct 2010;82(4):337-44.
20. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*. 1 nov 2006;21(11):2862-7.
21. Info Reunion étude et statistique_nov 2009.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ENQUETE_2.PDF
22. rapport_big_2012.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/rapport_big_2012.pdf
23. kabp_2012_synthese.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/kabp_2012_synthese.pdf
24. de Pirey SA. Grossesses précoces à La Réunion : étude menée en 2009 auprès de 145 jeunes filles mineures. :4.
25. Schoub-Thieblemont et Nadjafizadeh - 2018 - Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et .pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/showarticlefile/1206287/main.pdf>
26. Klemetti et al. - 2012 - Birth outcomes after induced abortion a nationwid.pdf [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://watermark.silverchair.com/des294.pdf>
27. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1536-51.
28. Vigoureux - 2016 - Épidémiologie de l'interruption volontaire de gros.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/showarticlefile/1090686/main.pdf>

29. Grousset M-C. Quand les échecs de contraception aboutissent à des interruptions volontaires de grossesse. Wwwem-Premiumcomdatarevues16340760v14i116S1634076015001286 [Internet]. 14 sept 2015 [cité 23 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1001365/resultatrecherche/172>
30. ivg_contraception_2008.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ivg_contraception_2008.pdf
31. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189unassignS2468718916300058 [Internet]. 7 févr 2017 [cité 23 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.empremium.com/article/1103286/resultatrecherche/4>
32. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. juill 2017;45(7-8):416-20.
33. elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf
34. guide_contraception.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
35. 1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
36. Snapshot [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1730-de-nouvelles-cotations-au-1er-novembre>
37. guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodes de contraception utilisées en France métropolitaine en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge ¹⁰



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Annexe 2 : consentement donné à la patiente lors de la première consultation

CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussignée, déclare autoriser Germain THIBAULT (interne en médecine générale) à utiliser mon dossier médical dans le cadre de sa thèse et à me recontacter dans les mois suivant mon IVG et cela dans un anonymat conservé.

Le .../.../.... A

Consultation post IVG

A remplir en salle d'attente

(Une personne du centre de votre choix peut vous aider à remplir ce questionnaire)

Nom :

Prénom :

Madame,

Dans le cadre du suivi de votre parcours de soins au sein du CEPS, nous souhaitons évaluer votre position quant à la contraception qui vous a été prescrite.

Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ces questions :

1) A la suite de votre IVG, la contraception qui vous a été proposé est :

-La même qu'avant

-Différente

2) Ce choix est-il selon vous :

-Votre choix uniquement

-Votre choix accompagné par le médecin

- Majoritairement le choix du médecin et non du votre

-Uniquement le choix du médecin, vous ne vouliez pas de cette contraception

-Ne se prononce pas

Les réponses à ces questions resteront anonymisées comme l'ensemble du dossier médical concernant l'IVG

Date :

Le document est à remettre au secrétariat une fois complété,

Merci