

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNÉE 2014

**L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)
DANS L'ANNÉE SUIVANT UN ACCOUCHEMENT**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLÔME DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

Le 25 août 2014

Par

Marlène BERTAUD

Née le 27 septembre 1990, à Limoges

Maître de Mémoire Dr Joëlle Mollard

Guidant de Mémoire Mr Vincent Fourgeaud

Remerciements

Je tiens à remercier :

Le Docteur Joëlle Mollard, maître de mémoire pour le suivi de ce travail et ses conseils,

Vincent Fourgeaud, sage-femme enseignante et guidant de ce mémoire, pour sa grande disponibilité, ses nombreuses corrections et son accompagnement,

François Dalmay, statisticien, pour son aide,

Mes camarades de promotion pour leur soutien et les bons moments partagés,

Ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et encouragée pendant ces 4 années.

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières	3
Introduction	6
1. PREMIERE PARTIE : AUTOUR DE L'IVG ET DE LA CONTRACEPTION.....	8
1.1. Historique rapide de la légalisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse et de la Contraception en France	8
1.2. Etat des lieux et principales données statistiques de l'IVG.....	11
1.2.1. L'évolution des actes d'IVG.....	11
1.2.2. La population concernée.....	11
1.2.3. Les disparités régionales	12
1.2.4. Le recours à une contraception.....	12
1.3. Sexualité et contraception en post-partum.....	14
1.3.1. Les modifications physiologiques du post-partum	14
1.3.1.1. Les modifications de l'axe gonadotrope	14
1.3.1.2. Les autres modifications.....	15
1.3.2. La sexualité dans le post-partum	15
1.3.3. Les différentes méthodes contraceptives possibles	17
1.4. Le rôle et les compétences de la sage-femme.....	21
1.4.1. Le rôle de la sage-femme en suites de couches	21
1.4.2. Les compétences de la sage-femme	22
1.4.3. Recommandations concernant la prescription d'une contraception.....	23
1.5. Procédure et prise en charge d'une IVG à l'HME de Limoges	25
1.5.1. Accueil et organisation.....	25
1.5.2. La procédure standard de l'IVG	25
1.5.3. Les différentes méthodes d'IVG.....	27
1.5.3.1. La méthode médicamenteuse	27
1.5.3.2. La méthode chirurgicale.....	27
1.5.4. Epidémiologie locale	29
1.5.4.1. En 1998-1999, par Nathalie Lajarthe, étudiante sage-femme.....	29
1.5.4.1.1. Présentation de l'étude.....	29
1.5.4.1.2. Apports et conclusions	29
1.5.4.1.3. Critiques.....	30
1.5.4.2. En 2010, par Anne-Sophie Cristou, interne en médecine générale	31
1.5.4.2.1. Présentation de l'étude.....	31
1.5.4.2.2. Apports et conclusions	31
1.5.4.2.3. Intérêts	32

2. DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE	33
2.1. Problématique	33
2.2. Objectifs	33
2.3. Hypothèses.....	33
2.4. Types d'études	34
2.5. Populations.....	34
2.6. Recueil de données	35
2.7. Variables utilisées.....	36
2.7.1. Concernant la 1 ^{ère} hypothèse.....	36
2.7.1.1. Description générale de la population	36
2.7.1.2. Caractéristiques de l'IVG.....	37
2.7.2. Concernant la seconde hypothèse.....	37
2.8. Analyse.....	38
2.9. Personnes ressources	38
3. TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	39
3.1. Par rapport à l'hypothèse principale.....	39
3.1.1. Description et profil socio-économique de la population.....	39
3.1.2. Caractéristiques de l'IVG	50
3.1.3. Cinétique du nombre d'IVG au cours des dernières années	54
3.1.4. Focus sur des sous-populations.....	56
3.2. Par rapport à l'enquête faite au niveau des professionnels.....	58
3.2.1. Descriptif et effectif de la population	58
3.2.2. L'évocation de la contraception d'urgence en post-partum.....	58
3.2.3. La non évocation de la contraception d'urgence en post-partum.....	59
4. ANALYSE ET DISCUSSION.....	60
4.1. Réponses aux hypothèses.....	60
4.1.1. Hypothèse principale	60
4.1.1.1. A propos du profil socio-économique de notre population	60
4.1.1.2. A propos du profil obstétrical de notre population.....	62
4.1.1.3. A propos des caractéristiques de l'IVG.....	62
4.1.2. Hypothèse secondaire	63
4.2. Autres éléments de compréhension.....	64
4.2.1. Sur la problématique et / ou les conduites à risque d'aboutir à des IVG à répétition.....	64
4.2.2. Perspectives d'amélioration de la prescription et / ou de l'observance de la contraception	65
4.3. Confrontation à la littérature.....	66
4.3.1. Comparaison à l'étude de Nathalie Lajarthe (1998-1999)	66
4.3.2. Comparaison à l'étude d'Anne-Sophie Cristou (2010).....	67
4.4. Points forts et points faibles	68
4.5. Propositions.....	69
4.5.1. Au niveau des patientes.....	69
4.5.2. Au niveau des professionnels	70
Conclusion.....	72
Références bibliographiques	73

Table des annexes	76
Annexe 1. Evolution du nombre d'IVG en France depuis 1990.....	77
Annexe 2. Evolution du taux de recours à l'IVG en France selon l'âge.....	78
Annexe 3. Répartition selon les régions du nombre d'IVG en France en 2012	79
Annexe 4. Comparatif hebdomadaire de vente de pilules du lendemain.....	80
Annexe 5. Questionnaire anonyme distribué aux sages-femmes	81
Annexe 6. Page 20, extraite du « guide de la maternité ».....	83
Annexe 7. Page 20, modifiée, extraite du « guide de la maternité »	84

Introduction

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un problème majeur de santé publique de nos jours en France.

Historiquement et d'un point de vue législatif, la loi VEIL du 17 janvier 1975 autorise l'IVG jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée pour une période de 5 ans. Elle a été reconduite et rendue permanente par la loi VEIL-PELLETIER du 31 décembre 1979 qui oblige également à un enseignement sur la contraception pour les professions médicales. A l'heure actuelle, le délai légal pour réaliser une IVG est de 14 semaines d'aménorrhée, délai allongé par la loi du 4 juillet 2001. [1]

Au niveau national, malgré une offre contraceptive qui s'améliore et se diversifie avec des moyens variés et de larges campagnes d'informations, nous constatons que le nombre d'avortements ne diminue pas et reste relativement stable soit environ 220 000 / an ; c'est le « paradoxe contraceptif français ». [2]

Au niveau local, à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges (HME), le constat est identique. En effet, au cours de l'année 2013, 962 IVG ont été réalisées.

En parallèle, selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), 5% de ces IVG ont lieu dans les 6 mois qui suivent un accouchement d'après une étude réalisée en France en 2006. [3]

Il paraît alors intéressant d'étudier le profil des femmes ayant recours à une IVG durant cette période.

Dans une première partie, nous présenterons l'IVG d'un point de vue historique et statistiques en France avant de nous intéresser à la contraception du post-partum et ses modalités de prescription par la sage-femme.

Par la suite, la prise en charge d'une IVG et les épidémiologies locales réalisées à l'HME de Limoges seront exposées.

Nous poserons dès lors la méthodologie de notre étude ainsi que la description des résultats obtenus.

Enfin, l'analyse et la discussion de ces derniers nous permettrons d'émettre des hypothèses quant à la prévention de ces grossesses non désirées.

1. PREMIERE PARTIE : AUTOUR DE L'IVG ET DE LA CONTRACEPTION

1.1. Historique rapide de la légalisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse et de la Contraception en France [1] [4] [5]

La limitation des naissances a existé de tout temps et dans toutes les sociétés. De nombreux moyens comme les mariages retardés, tabous sexuels, infanticides, avortements et procédés contraceptifs rudimentaires furent utilisés. Nous savons maintenant que les principes actuels de contraception étaient déjà pratiqués depuis les temps les plus anciens mais avec une certaine confusion entre procédés contraceptifs et abortifs.

Dans un premier temps, la légalisation de la contraception fut défendue pour limiter le nombre d'avortements. Puis celle-ci a entraîné la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse. Nous allons voir à travers les principales dates de cet historique qu'au cours du siècle dernier, la législation en France s'est montrée très répressive pour évoluer enfin vers la libéralisation actuelle que nous connaissons.

En **1791**, le code pénal condamne l'avorteur à 20 années « de fers » mais il absout la femme sur laquelle est pratiqué l'avortement. Cette dernière est cependant condamnée à son tour à la réclusion criminelle au **XIXe siècle**.

En **1920**, une loi parue le 31 juillet, punit de lourdes peines les auteurs ou complices de publicité ou informations sur la contraception et la diffusion de moyens anticonceptionnels.

La loi du **27 mars 1923** transforme l'avortement en délit et jugé en correctionnelle afin d'être plus sévèrement puni face à l'indulgence des jurys d'assise. Nous assistons même à une aggravation des peines dans une loi de **juillet 1939**.

Une loi du **14 septembre 1941** puis du **15 décembre 1942** font de l'avortement un crime d'Etat pouvant être puni de la peine capitale.

Le **30 juillet 1942**, Marie-Louise Giraud est la dernière femme ayant été exécutée pour avoir pratiqué des avortements. A cette époque, seul l'avortement pour sauver la vie de la mère est introduit dans la loi.

En **1960**, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) est créé. Des campagnes de sensibilisation voient le jour afin de sensibiliser l'opinion publique et de dénoncer la dangerosité des avortements clandestins.

Le **27 décembre 1967**, la loi Lucien Neuwirth autorise la fabrication et la diffusion des contraceptifs et en **1974**, la contraception est remboursée et devient accessible aux mineurs sans autorisation parentale. Les centres de planification familiale sont créés en **1972**.

En **1973**, le Président Georges Pompidou promet la révision de la loi sur l'avortement. En effet, il reconnaît une inadéquation de celle-ci avec l'évolution des mœurs.

C'est ainsi que le **17 janvier 1975** la loi Veil autorise pour une durée provisoire de 5 ans, l'avortement effectué par un médecin jusqu'à 10 semaines de grossesse quand la femme s'estime en situation de détresse. L'avortement thérapeutique est autorisé quelque soit le terme de la grossesse. Elle est définitivement votée par la loi Pelletier le **31 décembre 1979**.

La loi du **31 décembre 1982** prévoit la prise en charge d'une partie des frais liés à l'IVG.

En **1988**, la Mifépristone ou RU486 reçoit une autorisation de mise sur le marché pour la pratique des avortements médicamenteux et en **1991**, l'interdiction de publicité pour les préservatifs masculins est supprimée.

Le **27 janvier 1993**, la loi Neiertz est adoptée et introduit le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. Elle vise à sanctionner les manifestations qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers pratiquant l'IVG.

Le délai de réalisation de l'IVG est allongé à 12 semaines de grossesse (ou 14 d'aménorrhée) par la loi du **4 juillet 2001**. Celle-ci stipule également que l'autorisation parentale pour les mineurs n'est plus obligatoire et que la femme a le choix entre l'hospitalisation et le mode ambulatoire pour les IVG médicamenteuses.

Pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures âgées d'au-moins 15 ans, la loi du **17 décembre 2012** garantit le secret de la délivrance et de la prise en charge des contraceptifs. Elle instaure également la délivrance gratuite en pharmacie, sur prescription médicale, des contraceptifs remboursables (pilules de 1^{ère} et 2^{ème} génération, implant et stérilet).

Depuis le **31 mars 2013**, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une IVG par voie médicamenteuse ou instrumentale sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. [6]

Nous avons donc assisté au fil des années, voir des siècles à une évolution des mœurs mais aussi des pratiques en ce qui concerne la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Nous allons nous intéresser maintenant aux principales données épidémiologiques sur le sujet.

1.2. Etat des lieux et principales données statistiques de l'IVG

1.2.1. L'évolution des actes d'IVG

D'après un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), 219 200 IVG ont été réalisées en France en 2012, dont 207 000 en métropole. Après une dizaine d'années de hausse entre le milieu des années 1990 et 2006, ce nombre demeure stable. Il a légèrement baissé cependant en 2011 (209 000) et 2012 par rapport à 2010 (213 000). [7]

Il est à noter qu'à l'heure où nous écrivons ce mémoire, seuls les IVG réalisées en 2012 ont bénéficié d'une analyse publiée par la DREES en juin 2014.

Malgré une offre contraceptive qui s'améliore et se diversifie avec des moyens variés et de larges campagnes d'informations, le nombre d'avortements ne diminue pas ; c'est le paradoxe contraceptif français.

Nous constatons également que le nombre d'IVG peut varier d'un mois sur l'autre en fonction du nombre de jours ouvrables dans le mois et des effets saisonniers.

Enfin, d'après les données provisoires issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, nous remarquons que le nombre d'IVG n'a pas augmenté fin 2012, malgré le déremboursement des pilules de 3^{ième} et 4^{ième} génération annoncé au mois de septembre 2012. [8] [Annexe 1]

1.2.2. La population concernée

Le taux de recours en 2012 est en moyenne de 14,5 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 25,3 pour les Départements d'Outre-mer (DOM).

Ce recours est très différent selon les tranches d'âges ; en effet, il augmente d'abord avec l'âge pour atteindre un maximum à 20-24 ans et décroître ensuite. Après une forte hausse entre 1990 et 2010, nous constatons une légère baisse de ce taux parmi les moins de 20 ans depuis 2010. [7] [Annexe 2]

1.2.3. Les disparités régionales

La stabilité du nombre d'IVG cache en réalité de fortes disparités régionales. Nous observons que les recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre.

Les régions du Languedoc-Roussillon, l'Île-de-France, la Corse et PACA présentent des taux bien supérieurs à la moyenne. Les recours sont également bien plus élevés dans les DOM (hors Mayotte) qu'en métropole avec 19,4 IVG pour 1000 femmes à la Réunion, plus de 25 en Guyane et en Martinique et jusqu'à 37,5 en Guadeloupe en 2012.

En Limousin, en 2012, 1886 IVG ont été réalisées, ce qui représente 12,8 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans situant la région au-dessous de la moyenne nationale. [7]
[Annexe 3]

1.2.4. Le recours à une contraception

Selon le Baromètre santé de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), le nombre d'IVG (y compris chez les plus jeunes) ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive. En effet, 91% des françaises sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans déclareraient employer une méthode contraceptive en 2010.

D'après une enquête de la DREES en 2007, deux femmes sur trois ayant eu recours à une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné (oubli de pilule ou accident de préservatif).

Nous observons que le recours à la contraception (toutes méthodes confondues) n'a également pas diminué depuis 2012. En effet la pilule reste prépondérante malgré le débat médiatique sur les risques associés à celles de 3^{ème} et 4^{ème} générations ayant conduit de nombreuses femmes à changer de contraception.

Enfin, nous constatons une augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence depuis 1999, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale : 1,2 million de pilules du lendemain et du surlendemain sont délivrées chaque année depuis 2005, dont 46 000 boîtes de pilules du surlendemain (mises sur le marché en 2009) en 2013. [7]

En ce sens, une augmentation de 4,7 % des ventes de contraceptifs d'urgence est observée sur la période décembre 2012 – août 2013 par rapport à la période similaire décembre 2011 – août 2012 par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) publiant régulièrement les nouvelles données sur l'évolution des pratiques liées à l'utilisation des contraceptifs oraux combinés. [9] [Annexe 4]

Comme nous l'avons vu, selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français et ce d'après une étude réalisée en 2006 en France, 5% de ces IVG ont lieu dans les 6 mois qui suivent un accouchement. Cela nous amène inéluctablement à nous interroger sur la sexualité et la contraception choisie dans le post-partum parmi les différentes méthodes possibles. [3]

1.3. Sexualité et contraception en post-partum

Le post-partum est une période de bouleversements pour la femme à la fois psychiques, familiaux, mais aussi physiques. En effet, après l'accouchement, l'appareil génital et la régulation hormonale tendent à retrouver progressivement l'état physiologique d'avant la grossesse. De ce fait, le choix d'une contraception à cette période doit prendre en compte les différentes modifications physiologiques.

1.3.1. Les modifications physiologiques du post-partum

1.3.1.1. Les modifications de l'axe gonadotrope

En cas d'allaitement maternel :

Après l'accouchement, une chute du taux d'œstradiol et de progestérone lève l'inhibition de la prolactine et permet ainsi l'initiation de la lactation. La prolactine s'élève ensuite puis baisse au bout de 10 à 15 jours avec une sécrétion pulsatile jusqu'à 3 mois. L'augmentation de son taux entraîne alors une inhibition de la sécrétion de FSH et de LH, et donc de l'ovulation. Le risque d'apparition d'une ovulation durant les 2 premiers mois est faible mais non nul. En effet, un allaitement complet avec des tétées fréquentes (>6/jour), longues et réparties régulièrement sur 24 heures peut assurer une action contraceptive. Cette méthode est appelée « Méthode Allaitement Maternel et Aménorrhée » (MAMA). Cependant, toutes ces conditions sont rarement retrouvées chez les femmes allaitantes. La date de l'ovulation ne pouvant être prévue, cette méthode n'est donc pas conseillée en post-partum.

En cas d'alimentation lactée :

La chute oestrogénique observée dès la délivrance libère la FSH vers le 10-14^{ième} jour entraînant la reprise de la folliculogénèse. Cette dernière est éventuellement suivie d'un pic de LH vers le 24^{ième} jour puis d'une ovulation. Le taux de prolactine revient à un taux antérieur à la grossesse en 7 jours environ par le sevrage naturel ou médicamenteux. On constate que le premier cycle est souvent anovulatoire ; cependant, des ovulations sont possibles dès le 40^{ième} jour du post-partum. [4]

1.3.1.2. Les autres modifications

L'involution utérine :

L'involution est très rapide les deux premières semaines puis plus lente et totale en 2 mois. Elle s'accompagne d'un changement de structure de l'utérus avec une diminution de volume du corps, une disparition du segment inférieur et d'une reconstitution du col en un mois. La fermeture du col est réalisée vers le 12^{ième} jour pour l'orifice interne et vers le 20^{ième} jour pour l'orifice externe.

La régénération de l'endomètre :

L'endomètre passe d'abord par une phase de régression jusqu'au 5^{ième} jour après l'accouchement puis par une phase de cicatrisation jusqu'au 25^{ième} jour. Il prend l'aspect prolifératif habituel pendant la phase hormonale sous l'influence des oestrogènes entre le 25^{ième} et 45^{ième} jour. La reprise du cycle menstruel annoncé par l'apparition des règles apparaît vers le 45^{ième} jour environ en fonction du type d'allaitement.

La normalisation de certains métabolismes :

L'incidence des accidents thromboemboliques est plus élevée pendant la grossesse et notamment pendant le post-partum du fait d'une hypercoagulabilité mais également d'autres facteurs comme l'alitement prolongé, l'anémie, les infections puerpérales, etc. Cette hypercoagulabilité ainsi que l'activité fibrinolytique se normalisent dans les 3 semaines suivant l'accouchement. Concernant le métabolisme glucido-lipidique, il retrouve ses valeurs normales en quelques semaines. [4]

1.3.2. La sexualité dans le post-partum

Après la naissance d'un enfant, le rôle de parent se substitue facilement au rôle de conjoint. Le post-partum apparaît donc comme un moment complexe pour la vie d'un couple pouvant entraîner une baisse de la libido.

Selon le Docteur Christian ROLLINI, la reprise des rapports sexuels se fait dans les 6 à 8 semaines du post-partum. [10]

Cette reprise tardive peut être liée à l'association de plusieurs facteurs chez la femme qui sont le plus souvent :

- Facteurs physiques :
 - Asthénie,
 - Conséquences des déchirures périnéales et de l'épisiotomie,
 - Modification des structures ligamentaires par étirement,
 - Perte de sensibilité etc.

- Facteurs hormonaux :
 - Diminution des œstrogènes et de la progestérone, augmentation de la prolactine entraînant une inhibition de la réceptivité sexuelle,
 - Maintien d'un taux élevé de prolactine par la lactation entraînant l'inhibition de la production d'œstrogènes ovariens et donc une dyspareunie par atrophie de l'épithélium vaginal.

- Facteurs psychologiques :
 - Importance du lien mère-enfant,
 - Bouleversement social et identitaire,
 - Fragilité psychologique,
 - Modification des codes d'attraction physique,
 - Traumatismes etc.

Dans ce contexte de reprise des activités sexuelles, il est alors intéressant de décrire les différentes méthodes contraceptives possibles.

1.3.3. Les différentes méthodes contraceptives possibles

Toutes les méthodes contraceptives existantes ne sont pas utilisables dans la période du post-partum de part les nombreuses modifications physiologiques et anatomiques liées à la grossesse et à l'accouchement que nous avons vues. Un délai peut-être nécessaire entre l'accouchement et l'utilisation d'une contraception. L'allaitement peut constituer également une contre indication dans certains cas.

Dans ce contexte, nous allons voir les différents moyens utilisables à cette période. [11] [12]

La contraception naturelle :

- Le retrait
- L'abstinence périodique (méthode des températures, d'Ogino-Knauss, étude de la glaire cervicale, sympto-thermique ...)

Ces méthodes ne sont pas conseillées dans le post-partum puisqu'elles ne sont pas fiables, contraignantes et que l'on ne peut pas prévoir la date exacte de la première ovulation.

La contraception locale :

- Les préservatifs masculins sont généralement recommandés.
- Les spermicides, utilisés en complément du préservatif, constituent une méthode efficace et permettent une lubrification vaginale qui peut faire défaut dans le post-partum.

En revanche, il n'est pas possible d'utiliser le diaphragme ou la cape cervicale car la filière génitale a subi d'importantes modifications lors de l'accouchement. Il est donc préférable d'attendre la fin du post-partum. La contraception mécanique par préservatifs féminins peut-être elle proposée seulement dès le 15^{ième} jour de post-partum. Ces deux méthodes sont rarement utilisées en pratique.

Le dispositif intra-utérin (DIU) :

Il est plutôt « classiquement » déconseillé d'utiliser le stérilet en post-partum immédiat ; il est préférable d'attendre au moins 6 semaines après l'accouchement.

Cependant, selon l'OMS, la pose d'un DIU dans les 48h suivant l'accouchement, au mieux en salle de naissance, dans les 10 minutes qui suivent la délivrance, ne présente pas de risques particuliers et reste une méthode contraceptive efficace.

Cette attitude n'est pas encore dans les pratiques habituelles. En effet, comme vu précédemment, la filière génitale a subi d'importantes modifications entraînant un risque d'expulsion plus élevé qu'en situation différée.

Néanmoins, cette pratique présente certains avantages comme la certitude d'absence de grossesse lors de la pose. De plus, cette approche est intéressante dans les pays en voie de développement ou lorsque la femme présente des difficultés d'accès aux soins puisque l'accouchement dans un centre de santé représente un des seuls moments où elle pourra bénéficier d'informations et de la prescription d'une contraception.

La contraception hormonale :

- *Oestro-progestative*

- Pilule oestro-progestative

Elle est généralement contre-indiquée dans le post-partum en raison d'une majoration du risque thromboembolique. Si l'allaitement est artificiel, les oestro-progestatifs minidosés peuvent être prescrits à partir du 21^{ième} jour après l'accouchement, qu'il y ait eu ou non inhibition de la lactation. Si l'allaitement est maternel, il n'est pas recommandé de les utiliser pendant les 6 premières semaines du post-partum et d'une manière générale durant les 6 premiers mois en raison d'un risque de diminution de la lactation et de passage dans le lait maternel. En cas de demande clairement exprimée de ce type de pilule par la patiente, les oestro-progestatifs minidosés sont à privilégier.

- Le patch

Délivrant également des oestro-progestatifs, le patch est soumis aux recommandations ci-dessus pendant le post-partum.

- *Micro-progestative*

- Pilule micro-progestative

L'utilisation de la pilule micro-progestative est beaucoup plus répandue dans le post-partum. En effet, quelque soit le mode d'allaitement, les micro-progestatifs peuvent être prescrits. Dans le cas d'un allaitement artificiel, la prise débutera en pratique à l'arrêt du traitement inhibant la lactation. Il convient cependant de prévenir la patiente sur les risques d'aménorrhée et de spotting, pouvant apparaître avec les micro-progestatifs.

Les différents produits généralement prescrits sont MICROVAL® et CERAZETTE®. Ils diffèrent de part leur mécanisme d'action et leurs modalités de remboursement.

MICROVAL®, agissant seulement sur la glaire cervicale et possédant un délai de sécurité de prise de 3h, est remboursée par la sécurité sociale. CERAZETTE®, bloquant l'ovulation et possédant un délai de sécurité de prise de 12h, n'est cependant pas remboursée.

- L'implant sous-cutané

L'implant sous-cutané peut être posé dans les 2 voir 3 semaines après l'accouchement.

En cas d'indication psycho-sociale, certains praticiens le posent avant la sortie de la maternité malgré une absence d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour cette pratique.

La contraception d'urgence ou « du lendemain » : [13]

La contraception d'urgence est constituée de l'ensemble des méthodes contraceptives permettant de prévenir la survenue d'une grossesse, après un rapport sexuel non protégé supposé fécondant.

Les indications sont nombreuses, c'est le cas lorsqu'il y a une défaillance de la méthode contraceptive (rupture préservatif, oubli de pilule, expulsion d'un dispositif intra-utérin ...) mais aussi une absence totale de contraception ou des rapports forcés.

Les différents produits disponibles sont :

- Le lévonorgestrel (**NORLEVO®**) : le traitement consiste à prendre un comprimé de 1,5 mg de progestatifs le plus tôt possible et au plus tard 72 h après le rapport sexuel. NORLEVO® peut être pris à n'importe quelle période du cycle et il est disponible sans ordonnance en pharmacie. Son mécanisme n'est pas parfaitement connu, mais on peut admettre qu'il agirait principalement sur l'ovulation.
- L'ulipristal (**ELLAONE®**) : le traitement nécessite la prise d'un comprimé de 30 mg le plus tôt possible et au plus tard 5 jours après le rapport sexuel. ELLAONE® est disponible en pharmacie sur prescription médicale. D'une plus grande efficacité, il retarde le moment de l'ovulation en limitant la croissance du follicule dominant et en inhibant ou retardant le pic de LH.
- Le dispositif intra-utérin au cuivre (**DIU**) : il peut être inséré dans les 5 jours suivant le rapport sexuel, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'implantation. Seul le DIU au cuivre est autorisé dans le cadre de la contraception d'urgence.

Ces 3 produits peuvent être utilisés en post-partum. Cependant, en raison des modifications utérines, le DIU au cuivre n'est pas utilisable en post-partum immédiat.

Le lévonorgestrel et le DIU ne sont pas contre-indiqués dans le cadre de l'allaitement maternel alors qu'en cas de prise d'ulipristal, un risque de passage dans le lait ne peut pas être exclu. Il convient donc de suspendre l'allaitement au moins 36 h après la prise du comprimé.

La connaissance et l'emploi de la contraception d'urgence en post-partum peut sembler utile à la prévention des grossesses non désirées mais elle doit rester une méthode d'exception.

La prescription des différentes méthodes que nous venons de voir par la sage-femme en post-partum répond à des compétences définies par le code de la santé publique. Nous allons donc voir quels sont le rôle et les compétences de la sage-femme ainsi que les recommandations concernant cette prescription de contraception au moment délicat du post-partum.

1.4. Le rôle et les compétences de la sage-femme

1.4.1. Le rôle de la sage-femme en suites de couches

La prescription d'une méthode contraceptive en suites de couches est un des rôles de la sage-femme. Au cours du séjour en maternité, il conviendra de s'entretenir avec la patiente afin d'aborder les éléments suivants dans le but de prescrire une contraception adaptée :

- son souhait, gage d'une meilleure acceptation,
- la contraception utilisée antérieurement et sa tolérance,
- le mode d'alimentation du nouveau-né,
- les antécédents médicaux de la parturiente,
- la ou les pathologie(s) survenue(s) pendant la grossesse,
- la situation socio-économique de la patiente.

La sage-femme se doit également d'informer sur :

- la reprise de l'ovulation et le risque de fécondité,
- les différentes méthodes contraceptives utilisables en fonction du mode d'allaitement : mode d'emploi, efficacité, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables, procédure d'instauration et d'arrêt, remboursement,
- les différents moyens de contraception d'urgence, leur efficacité et leurs conditions d'accès en cas de rapport non ou mal protégé.

Ainsi, le conseil et l'accompagnement apparaissent comme des rôles fondamentaux de la sage-femme à une période de bouleversements pour la femme qui est souvent plus à l'écoute de son enfant que de sa vie sexuelle. [14]

1.4.2. Les compétences de la sage-femme

L'article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit désormais que « l'exercice de la profession de sage-femme comporte 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 ».

L'article L.5134-1 précise que les sages-femmes sont habilitées à prescrire :

- les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux,
- les contraceptifs intra-utérins, les implants sous-cutanés ainsi que les diaphragmes et les capes.

Mais aussi à effectuer :

- la première pose du diaphragme ou de la cape,
- l'insertion des contraceptifs intra-utérins qui sera faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé,
- la surveillance des dispositifs intra-utérins,
- la pose et le retrait des implants sous-cutanés.

Enfin, le suivi biologique peut être également effectué par une sage-femme depuis le 29 décembre 2011, et non plus seulement par un médecin. [15] [16]

1.4.3. Recommandations concernant la prescription d'une contraception

Dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique, la HAS (Haute Autorité de Santé) a établie en 2004, des « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ».

Les recommandations suivantes concernent la première consultation à objectif contraceptif quelque soit la méthode finalement choisie. La sage-femme doit parfois s'inscrire dans ce cadre car pour un certain nombre de patientes, il s'agit de la 1^{ère} contraception. [17]

Elles consistent d'abord à effectuer un interrogatoire portant sur :

- L'âge, la profession, les habitudes de vie, la consommation de tabac et sur la pratique sexuelle, c'est-à-dire rechercher si cette pratique est à risque infectieux mineur ou majeur,
- La recherche d'antécédents personnels, familiaux ou d'épisodes en cours :
 - d'accidents thrombo-emboliques veineux/artériels profonds,
 - d'hypertension artérielle,
 - de maladie métabolique,
 - de nature médicale, chirurgicale ou gynéco-obstétricale.

Ensuite l'examen général comporte une détermination du poids et de la taille (avec calcul de l'indice de masse corporelle), un examen général, et une mesure de la tension artérielle.

L'examen gynécologique avec réalisation d'un frottis cervico-vaginal et l'examen des seins sont recommandés lors de la 1^{ère} consultation.

Un bilan biologique pour le dosage de la glycémie à jeun, du cholestérol total et des triglycérides doit être réalisé dans les 3 à 6 mois suivant le début de la contraception dans le cas d'une contraception hormonale.

Si la pose d'un dispositif intra-utérin est envisagée, le risque de grossesse intra ou extra utérine doit être écarté puis un examen gynécologique est pratiqué afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne également l'intérêt du modèle de consultation « BERCER » pour favoriser un entretien médical de qualité sur le sujet. Il se déroule en 6 étapes qui sont :

« **B**ienvenue : Accueillir la personne et établir une relation attentive, chaleureuse et respectueuse.

Entretien : Recueillir des informations à la fois biocliniques et plus largement psychosociales et culturelles.

Renseignement : Apporter des informations à la personne, concernant les différents choix qui s'offrent à elle.

Choix : Aider la femme à choisir.

Expllications : Fournir des explications sur la méthode choisie et favoriser un apprentissage plutôt que la délivrance d'informations. (Exemple : pratiquer la reformulation par la patiente pour s'assurer de sa bonne compréhension)

Retour : Animer des consultations de suivi de contraception. »

Cependant, il arrive que la contraception classique ou son absence aboutissent à une grossesse non souhaitée dans le post-partum plaçant la femme dans une logique d'IVG. Nous allons maintenant voir le déroulement de cette procédure en local.

1.5. Procédure et prise en charge d'une IVG à l'HME de Limoges

La procédure et la prise en charge d'une IVG à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, répondent à un protocole standard établi selon les recommandations de la HAS. Ces recommandations, parues en mars 2001, ont été modifiées en décembre 2010.

1.5.1. Accueil et organisation

Premièrement, toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous médical dans les 5 jours. Nous savons que plus une IVG est prise en charge précocement et moins le risque de complications est important.

Une ligne téléphonique est dédiée à cette seule activité et l'hôpital dispose d'un accueil et d'un secrétariat opérationnels capables d'orienter les femmes conformément aux recommandations.

Au total, l'accès est simple et rapide. [18] [19]

1.5.2. La procédure standard de l'IVG

La procédure standard se déroule ainsi :

- 1^{ère} consultation médicale (puis délai d'une semaine de réflexion pour la patiente),
- 2^{ième} consultation médicale (avec confirmation de la demande),
- Intervention,
- Contrôle médical post-IVG.

La 1^{ère} consultation :

Lors de cette consultation, la patiente reçoit des informations claires et précises sur la procédure, sur les différentes méthodes possibles suivant le terme, et des informations sur les risques et les effets secondaires.

Un interrogatoire soigneux et un examen clinique sont réalisés. L'âge gestationnel est précisé par cet examen et par la réalisation d'une échographie endo-vaginale.

En ce qui concerne les examens complémentaires, un dépistage d'infections sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal sont proposés selon le contexte.

Un bilan sanguin à la recherche du groupe sanguin et d'agglutinines irrégulières en vue d'une prévention de l'allo-immunisation est prescrit.

Le médecin doit aborder le thème de la contraception, essayer d'en comprendre l'échec ou son absence et doit commencer à parler de la contraception post-IVG.

Un entretien social est proposé à toutes les femmes demandant une IVG. Il est cependant obligatoire pour les mineurs non émancipées c'est-à-dire non affranchies de l'autorité parentale et juridiquement incapables. Cet entretien réalisé par une assistante sociale, apporte une aide dans les démarches administratives mais surtout un accompagnement, un soutien et une écoute.

Cette première consultation doit donc apparaître comme un temps de parole sans jugement ni préjugé, établie dans un climat de confiance et de respect.

Vient ensuite, le délai d'une semaine de réflexion pour la patiente qui est obligatoire. Il peut-être réduit si le seuil légal de 14 semaines d'aménorrhée risque d'être dépassé.

La 2^{ième} consultation :

Après le délai de réflexion, la patiente renouvelle sa demande lors de cette 2^{ième} consultation et signe un consentement écrit. Le médecin vérifie à nouveau l'âge gestationnel et une date d'intervention est retenue (en général 36 à 48 h après).

Il rédige également une prescription d'antalgiques et de contraceptifs en accord avec le souhait de la patiente.

L'intervention :

En pratique, quelque soit la méthode choisie (médicamenteuse ou chirurgicale), la patiente rentre à l'hôpital le matin même de l'intervention.

La consultation post-IVG :

Elle doit avoir lieu dans les 14 à 21 jours suivant l'intervention. Un examen clinique ainsi qu'une échographie permettent de contrôler la vacuité utérine. De plus, la bonne compréhension et utilisation de la contraception prescrite doivent être vérifiées. [18] [19]

1.5.3. Les différentes méthodes d'IVG

1.5.3.1. La méthode médicamenteuse

Cette méthode est possible jusqu'au terme de 9 semaines d'aménorrhée. Elle se déroule en deux temps.

Lors de la 2^{ème} consultation médicale, la patiente est invitée à prendre la Mifépristone (MIFEGYNE® ou RU 486) qui est un antagoniste de synthèse de la progestérone. Cela permet un arrêt du développement de l'embryon et une préparation de l'action des prostaglandines.

Le jour de l'intervention, le médecin interroge la patiente sur les effets survenus après la première prise de Mifépristone. Puis celle-ci est invitée à prendre deux comprimés de Misoprostol (CYTOTEC®) qui pourront être renouvelés deux heures plus tard. Cette prise est faite soit par voie orale, soit par voie vaginale.

La patiente est hospitalisée une demi-journée à l'issue de laquelle elle rentre chez elle, que l'expulsion se soit produite ou non.

La contraception est à débiter le lendemain de la prise de Misoprostol et une date de consultation post-IVG est enfin fixée. [18] [19]

1.5.3.2. La méthode chirurgicale

Cette méthode est pratiquée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Elle nécessite une hospitalisation de jour ; en pratique la patiente rentre le matin à jeun et sort après le déjeuner.

Cette méthode comprend d'abord une préparation cervicale médicamenteuse à l'aide de Mifépristone ou de Misoprostol selon le terme.

Puis une aspiration du contenu utérin est réalisée au bloc opératoire précédée d'une dilatation du col pour faciliter celle-ci. Les fragments ovulaires trop volumineux pour être aspirés sont retirés à l'aide d'une pince. Les gestes doivent être doux et progressifs.

En ce qui concerne la contraception, la pose d'un implant contraceptif ou d'un dispositif intra-utérin peut être faite à ce moment. En prévention du risque infectieux, une antibioprofylaxie est mise en place au moment de l'intervention.

Cette méthode est réalisée sous anesthésie générale le plus souvent mais une anesthésie locale par un bloc paracervical demeure possible.

Quelque soit le type de méthode, une prévention de l'allo-immunisation rhésus est faite avec injection d'immunoglobulines anti-D pour les femmes de rhésus négatif. [18] [19]

1.5.4. Epidémiologie locale

1.5.4.1. En 1998-1999, par Nathalie Lajarthe, étudiante sage-femme [20]

1.5.4.1.1. Présentation de l'étude

Entre 1998 et 1999 au CHU de Limoges, une première enquête rétrospective de type cas-témoin a été menée sur les pratiques contraceptives du post-partum avant une IVG par Nathalie Lajarthe, étudiante sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

L'enquête a été réalisée sur les femmes ayant eu une IVG dans les douze mois après leur accouchement.

L'échantillon n°1 comprenait 82 femmes ayant eu une IVG dans les douze mois du post-partum et étant suivies au CHU de Limoges. Ce dernier a été comparé à un échantillon n°2 composé des femmes ayant eu recours à une IVG en dehors de la période du post-partum sur les mêmes années.

1.5.4.1.2. Apports et conclusions

Cette enquête a mis en évidence il y a 14 ans, les caractéristiques des femmes à risque d'IVG dans le post-partum.

Ces femmes :

- présentaient des conditions socio-économiques défavorables,
- vivaient en couple,
- étaient primipares,
- avaient un âge compris entre 26 et 35 ans,
- appartenaient à certaines professions (artisanes, agricultrices, professions libérales, médicales et paramédicales).
- et avaient un allaitement maternel à la sortie de la maternité.

Elle a également pu montrer que :

- « L'absence de contraception est trop importante en post-partum immédiat (0 à 2 mois après l'accouchement) puisqu'elle se chiffre à 46% des femmes et qu'elle représente encore un pourcentage très important à moyen terme (3 à 12 mois après l'accouchement) d'environ 30%,
- Le retour à la contraception près-accouchement n'est pas systématique. En effet, un tiers des femmes ne renouvellent pas leur contraception après l'accouchement,
- Il y a un bouleversement contraceptif dans le post-partum, c'est un moment où les statuts de mère et de femme se bousculent,
- L'IVG effectuée dans la période 0/2 mois a pour étiologie l'ABSENCE de contraception à 46% ou l'échec du préservatif. Celle pratiquée dans la période 3/6 mois a pour étiologie majeure l'ABSENCE de contraception aussi à 41%. Quand à celle réalisée dans la période 7/10 mois, elle a pour cause l'OUBLI de pilule à 60%,
- Le bouleversement des habitudes contraceptives majore les intolérances et leur mauvais emploi,
- L'ignorance des patientes sur les détails en ce qui concerne la fertilité, leur manque d'information à propos de la contraception du post-partum et la réticence des professionnels à prescrire un contraceptif hormonal et notamment oestro-progestatif favorisent l'absence de contraception dans le post-partum et en particulier dans le post-partum immédiat. »

1.5.4.1.3. Critiques

Nous pouvons nous interroger sur la validité actuelle de l'étude faite par Nathalie Lajarthe entre 1998 et 1999. En effet, de nouvelles méthodes contraceptives et de nouvelles recommandations ont été mises au point depuis cette date comme les implants contraceptifs sous-cutanés, les patchs et les anneaux vaginaux.

Parallèlement, la réglementation de la profession de sage-femme a évolué, lui accordant de nouvelles compétences dans le domaine de la contraception.

Enfin, l'étude ayant été faite il y a plus de 10 ans, nous pouvons nous interroger sur les nouveaux profils éventuels des femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement et ce, d'autant que son effectif comprenait seulement 82 femmes par échantillon.

1.5.4.2. En 2010, par Anne-Sophie Cristou, interne en médecine générale [18]

1.5.4.2.1. Présentation de l'étude

En 2010, dans le cadre de sa thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Anne-Sophie Cristou a réalisé une étude analytique descriptive sur les 946 IVG réalisées à l'HME de Limoges. Son étude ne porte en fait que sur 926 patientes puisque 20 d'entre elles ont eu 2 avortements cette même année. Son objectif était de réaliser un état des lieux des IVG réalisées à l'HME de Limoges au cours de l'année 2010 afin d'identifier un profil sociodémographique, socioprofessionnel et génital des patientes. Elle a permis de « mettre en évidence le comportement des femmes par rapport à leur contraception, leur décision d'IVG et leur suivi ».

1.5.4.2.2. Apports et conclusions

L'étude d'Anne-Sophie Cristou a permis de constater que :

- L'âge moyen des IVG réalisées se situait entre 20 et 29 ans (52,22% des IVG),
- Les femmes étaient le plus souvent françaises à 85,50%,
- 90,70% étaient originaires de la Haute-Vienne,
- 78,50% étaient célibataires et environ 44% vivaient seules,
- Environ 49% avaient un revenu,
- 55,70% ont débuté leur vie génitale par une IVG,
- Environ 82% des femmes avaient une contraception avant l'IVG,
- La majorité des IVG était réalisée par la méthode médicamenteuse à 55,60% contre 44,60% par la méthode chirurgicale,
- Environ 72% sortaient avec une prescription de pilule et seulement 66% venaient à la consultation de contrôle,
- Enfin, 1,37% des femmes ont présenté une complication à la suite de l'IVG.

L'échec du moyen de contraception est apparu comme l'étiologie la plus fréquente de ces grossesses non prévues.

1.5.4.2.3. Intérêts

L'étude d'Anne-Sophie Cristou ne présente pas de résultats spécifiques sur notre sujet.

Cependant, sa réalisation au niveau local avec un effectif important nous a permis d'effectuer des comparaisons avec notre étude.

2. DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1. Problématique

Les patientes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement à l'HME de Limoges présentent-elles un profil particulier avec des caractéristiques communes ?

2.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire la population des accouchées ayant recours à une IVG à l'HME de Limoges dans l'année suivant leur accouchement.

L'objectif secondaire est de savoir si la contraception d'urgence est évoquée en suites de couches par les sages-femmes de l'HME de Limoges dans le but de prévenir ces grossesses non désirées.

2.3. Hypothèses

L'hypothèse principale est que les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement présentent des caractéristiques communes.

L'hypothèse secondaire est que la contraception d'urgence ne semble pas être évoquée en suites de couches par les sages-femmes de l'HME de Limoges.

2.4. Types d'études

- Concernant la 1^{ère} hypothèse :

L'étude effectuée est une étude locale, rétrospective, transversale et monocentrique à l'HME de Limoges.

- Concernant la seconde hypothèse :

L'étude effectuée dans ce cas est une étude locale, transversale et monocentrique à l'HME de Limoges.

2.5. Populations

- Concernant la 1^{ère} hypothèse :

La population source correspond aux femmes ayant eu recours à une IVG à l'HME de Limoges dans l'année suivant leur accouchement depuis 2007.

La population cible correspond aux femmes ayant accouché.

Les critères d'inclusion sont les femmes ayant eu recours à une IVG à l'HME de Limoges depuis 2007 et :

- Ayant au moins 1 enfant,
- Ayant accouché un an avant le recours à l'IVG.

Les critères d'exclusion : les femmes

- Nullipares,
- Ayant accouché plus d'un an avant l'IVG.

- Concernant la seconde hypothèse :

La population source correspond aux sages-femmes exerçant ou ayant exercé au cours de l'année dernière dans le service de suites de couches.

La population cible correspond aux sages-femmes amenées à travailler en suites de couches.

Le critère d'inclusion est : les sages-femmes exerçant ou ayant exercé au cours de l'année dernière dans le service de suites de couches.

Le critère d'exclusion est : les sages-femmes n'exerçant ou n'ayant pas exercé au cours de l'année dernière dans le service de suites de couches.

2.6. Recueil de données

Concernant l'étude et la description de la population des accouchées ayant recours à une IVG à l'HME de Limoges dans l'année suivant leur accouchement, celles-ci ont été réalisées grâce à l'analyse des dossiers médicaux sur le logiciel « Filemaker » de l'HME.

La période de recueil s'étend de la création et de l'utilisation du logiciel « Filemaker », soit début 2007 jusqu'au 31 décembre 2013. Ainsi, 372 dossiers ont répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Concernant la deuxième hypothèse, un questionnaire anonyme a été distribué aux sages-femmes de l'HME dans les services de suites de couches, salles de naissances et grossesses pathologiques au mois d'août 2013. Une relance a été effectuée au mois d'octobre 2013 puis 45 questionnaires ont été récupérés ensuite. [Annexe 5]

2.7. Variables utilisées

2.7.1. Concernant la 1^{ère} hypothèse

2.7.1.1. Description générale de la population

Ces différentes variables ont permis de décrire la population et d'étudier le profil socio-économique des patientes.

Variables quantitatives :

- Age,
- Gestité,
- Parité.

Variables qualitatives

- Nationalité,
- Situation maritale,
- Mode de vie,
- Niveau d'études,
- Catégorie professionnelle,
- Ressources,
- Couverture sociale,
- Antécédents d'IVG,
- Mode d'accouchement,
- Lieu d'accouchement,
- Allaitement maternel en cours,
- Recours à la contraception d'urgence.

2.7.1.2. Caractéristiques de l'IVG

Ces variables ont permis d'étudier les caractéristiques de l'IVG propre à chaque patiente.

Variable quantitative :

- Délai entre la grossesse précédente et l'IVG en mois (jusqu'à 12 mois inclus).

Variables qualitatives :

- Année du recours à l'IVG (afin de suivre l'évolution du nombre suivant les années),
- Type de contraception avant le recours à l'IVG,
- Etiologie déclarative de l'IVG (abandon, absence ou échec de la contraception),
- Cause de l'échec de la contraception.

2.7.2. Concernant la seconde hypothèse

Ces différentes variables ont été utilisées afin d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse secondaire.

Variable quantitative

- Age.

Variables qualitatives

- Sexe,
- Année d'obtention du diplôme,
- Evocation systématique ou non de la contraception d'urgence lors d'un examen de sortie en suites de couches.

2.8. Analyse

Les données issues de l'analyse des dossiers médicaux ainsi que des questionnaires ont été saisies grâce au logiciel EXCEL®. Les analyses statistiques ont ensuite été réalisées avec le logiciel STATVIEW®.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne, écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés sous forme de pourcentages.

2.9. Personnes ressources

Le maître de ce mémoire est le docteur Joëlle Mollard.

Le guidant de ce mémoire est Vincent Fourgeaud.

Les autorisations nécessaires à la distribution des questionnaires dans les services de suites de couches, salles de naissances et grossesses pathologiques ont été accordées par les cadres respectives des services : Mme Le Pichoux, Mme Pourchet et Mme Martinez.

3. TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES PRINCIPAUX RESULTATS

3.1. Par rapport à l'hypothèse principale

Nous allons dans un premier temps étudier les principaux résultats concernant l'hypothèse principale qui est : « les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant un accouchement présentent des caractéristiques communes ».

3.1.1. Description et profil socio-économique de la population

- Généralités

Le recueil de données réalisé au sein de l'HME à partir de l'informatisation des dossiers a permis d'analyser **372** IVG réalisées dans l'année suivant un accouchement entre les années 2007 et 2013.

Ces 372 IVG ne concernent en réalité que 367 femmes puisque 5 d'entre elles ont eu recours à une IVG durant cette période au moins deux fois dans leur vie à l'HME.

D'après l'analyse de leurs antécédents obstétricaux, 5 autres femmes présentent également un antécédent d'IVG durant cette période au moins deux fois dans leur vie mais avant 2007 ou dans un autre établissement.

- Age

La moyenne d'âge des femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement est de **26,8** ans. La médiane étant à **26,0** c'est-à-dire proche de la moyenne, cette variable suit une loi de distribution normale.

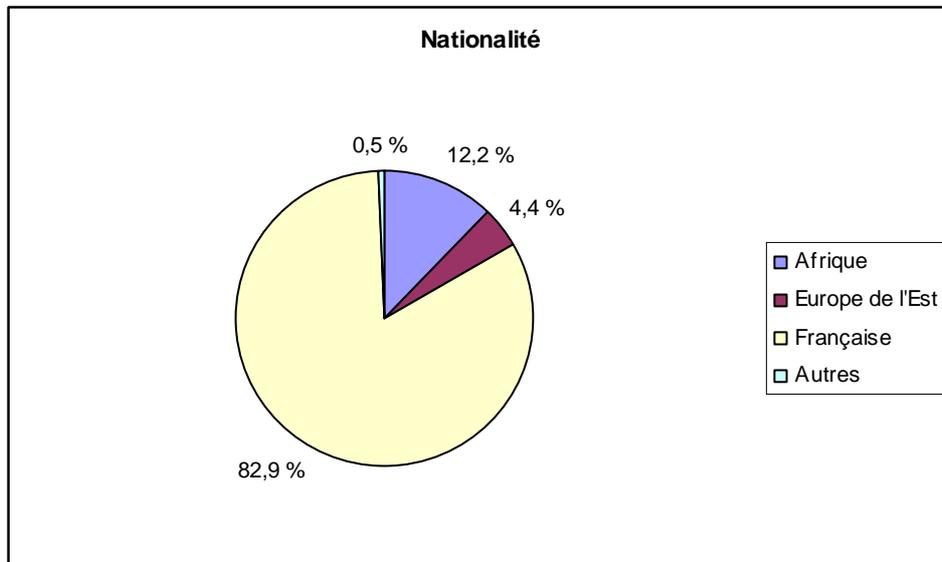
- Gestité

La gestité moyenne est de **3,9** grossesses et la médiane est de **3,0**.

- Parité

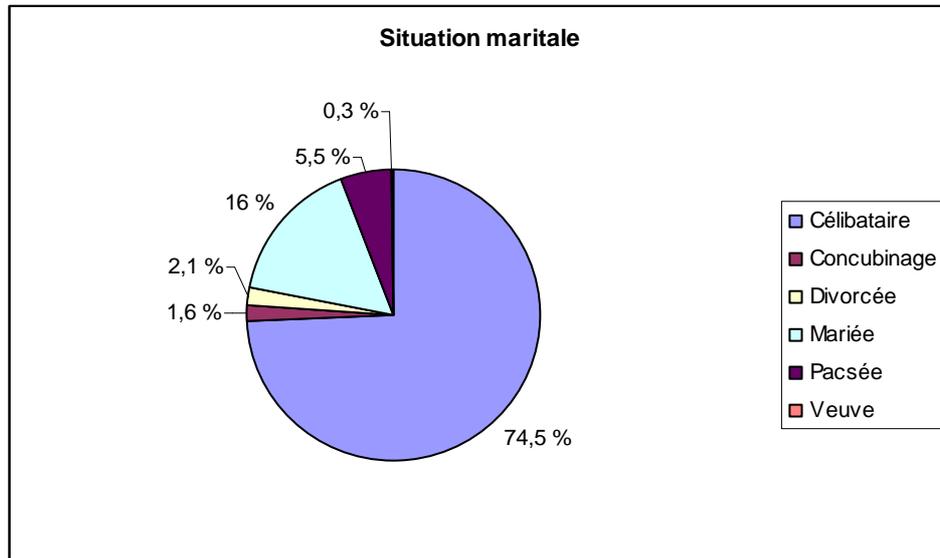
La parité moyenne est égale à la médiane, soit **2,0** accouchements. Cette variable suit également une loi de distribution normale.

- Nationalité



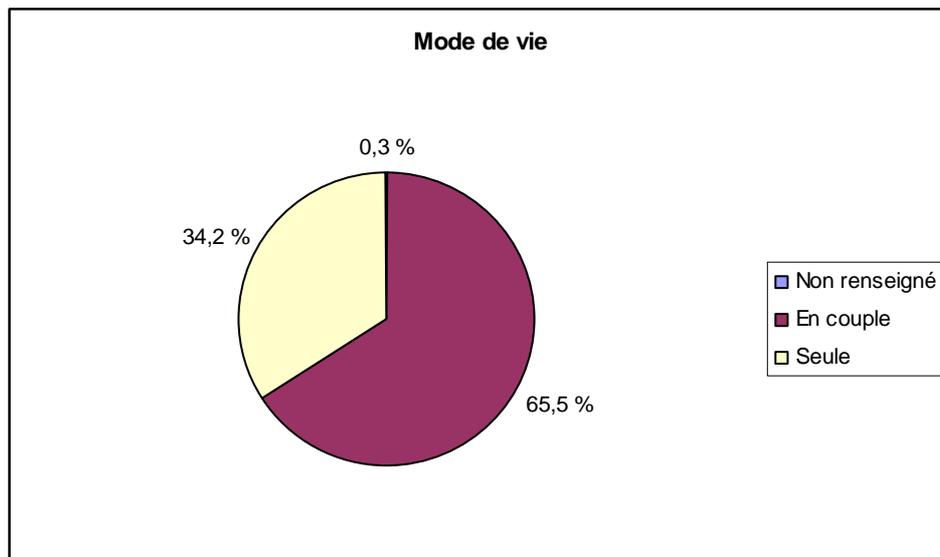
Les femmes de nationalité française sont les plus nombreuses.

- Situation maritale



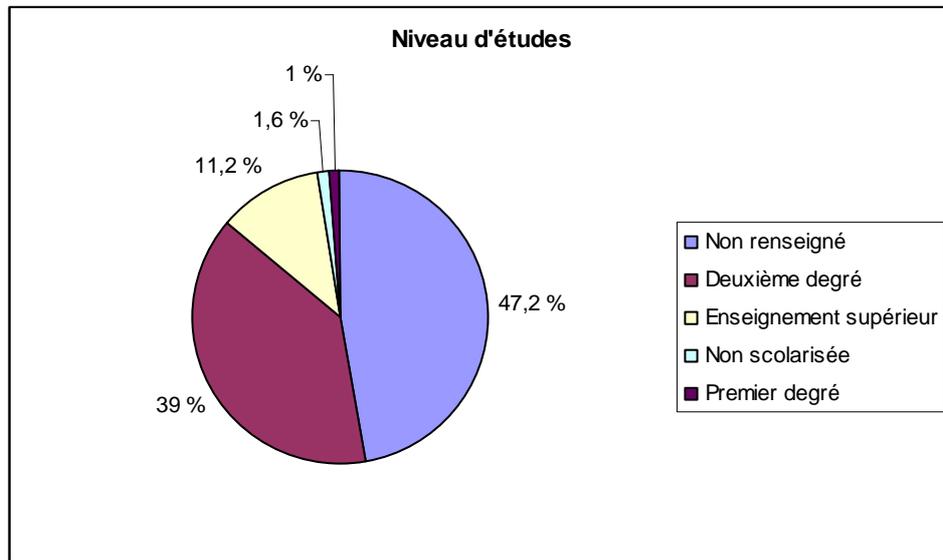
Les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement sont majoritairement célibataires. Elles sont **16 %** à être mariées et **5,5 %** à être pacsées.

- Mode de vie



Une large majorité des femmes concernées vivent en couple à **65,5 %**. Elles sont seulement **34,2 %** à vivre seules.

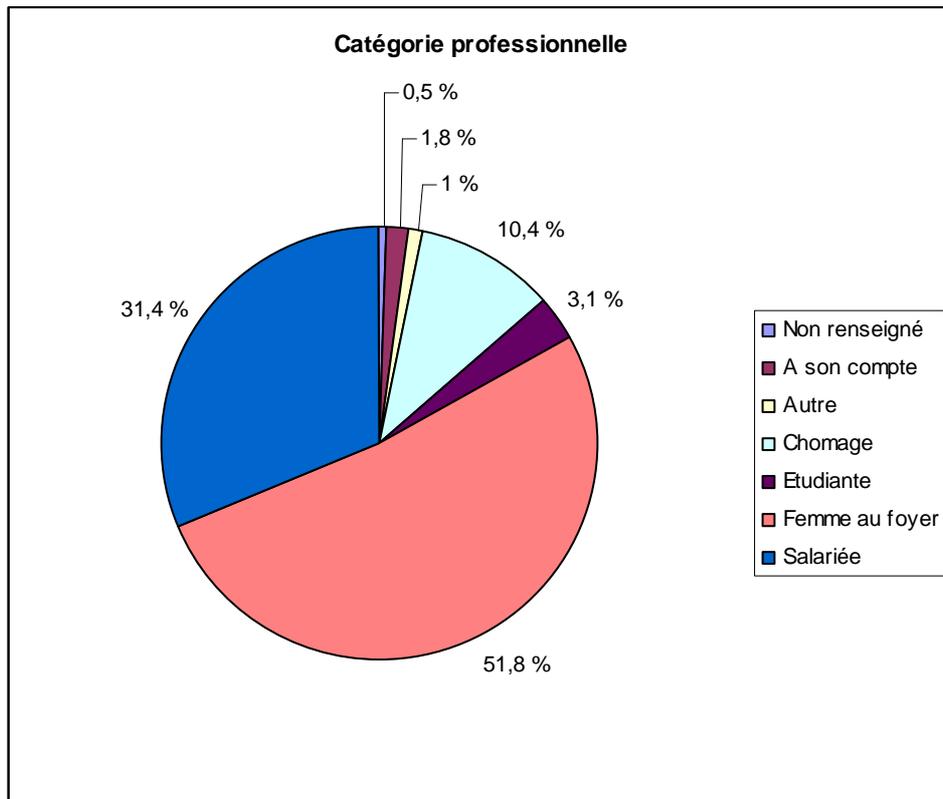
- Niveau d'études



Le premier degré correspond à l'enseignement de type primaire et le deuxième degré à l'enseignement de type collège et/ou lycée.

Le niveau d'études de notre population est représenté à **39 %** par le deuxième degré. L'enseignement supérieur représente **11,2 %**. Il est à noter qu'une très grande partie de cet item (**47,2 %**) n'est pas renseignée dans le dossier médical.

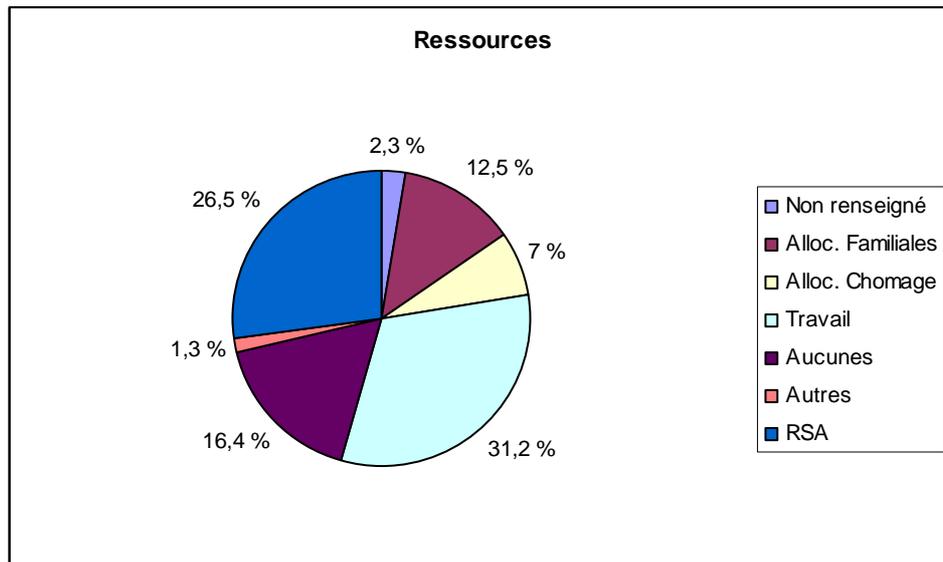
- Catégorie professionnelle



La majorité des femmes sont des femmes au foyer à **51,8 %**. Il est possible que ce pourcentage soit majoré du fait d'un probable biais de confusion dans le remplissage des dossiers informatisés entre le congé maternité et la catégorie professionnelle.

Elles sont **31,4 %** à être salariées et **10,4 %** au chômage.

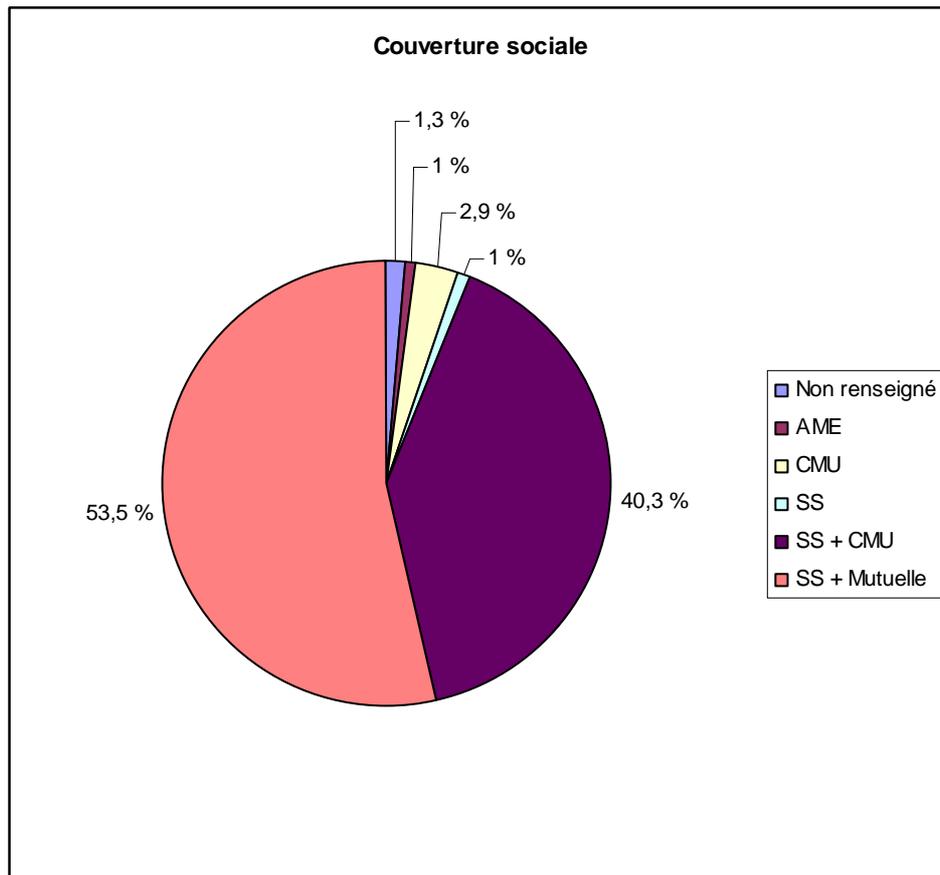
- Ressources



Le travail représente les ressources de **31,2 %** des femmes et le Revenu de Solidarité Active (RSA) **26,5 %**. On observe que **16,4 %** des femmes ne disposent d'aucunes ressources et **12,5 %** bénéficient des allocations familiales.

L'Allocation de Parent Isolé (API) qui représentait **2,8 %** des ressources a été exclue de cette variable. En effet, une loi du 1^{er} décembre 2008, appliquée à partir du 1^{er} juin 2009 a élargi l'API par le RSA.

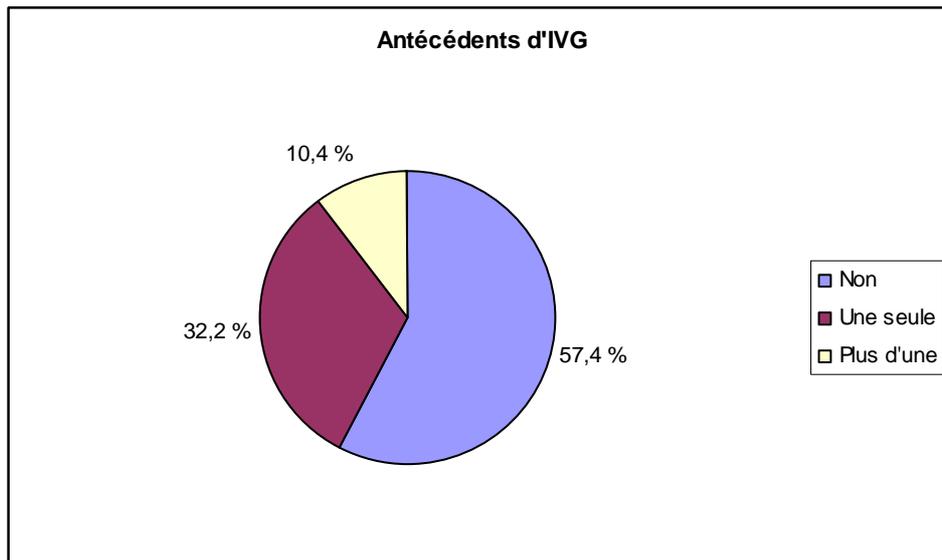
- Couverture sociale



La majorité des femmes (**53,5%**) ont une couverture sociale de type Sécurité Sociale (SS) associée à une mutuelle. **40,3 %** bénéficient de la Sécurité Sociale associée à la Couverture Maladie Universelle (CMU).

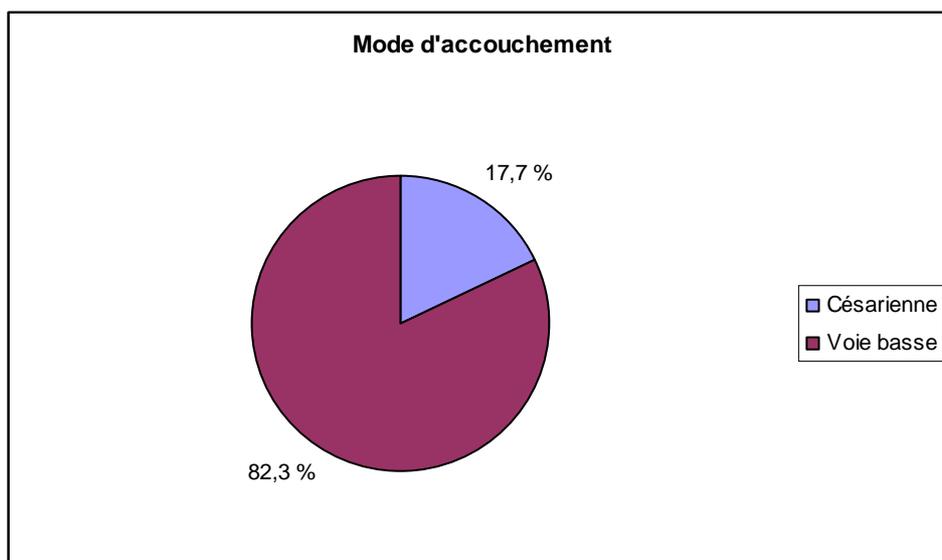
L'Aide Médicale d'Etat (AME) représente seulement **1 %** de la couverture sociale de notre population.

- Antécédents d'IVG



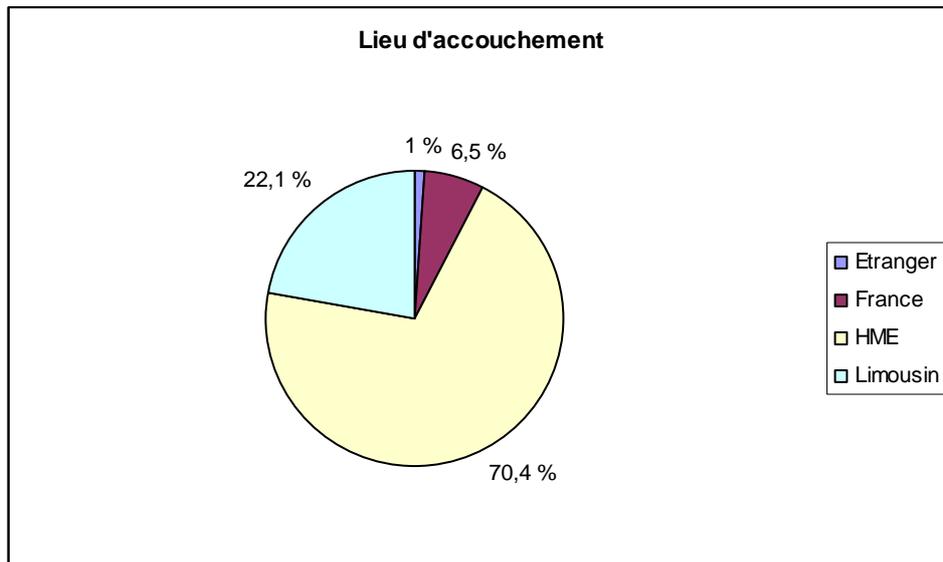
La majorité des femmes concernées n'ont pas d'antécédents d'IVG à **57,4 %**. Néanmoins, **32,2 %** des femmes ont déjà eu recours à une IVG et **10,4 %** à au moins deux IVG.

- Mode d'accouchement



Concernant le mode d'accouchement, il est représenté par **82,3 %** d'accouchements voie basse et **17,7 %** de césariennes.

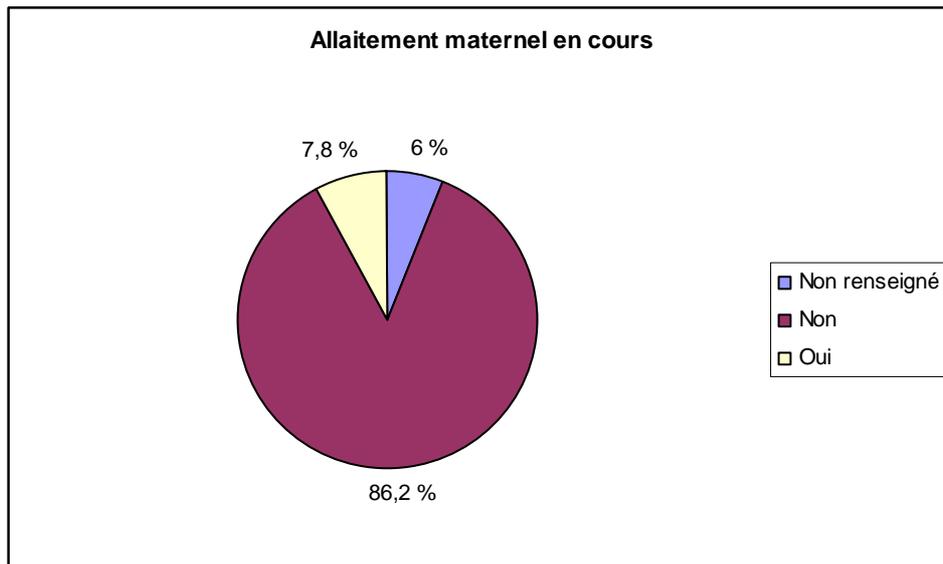
- Lieu d'accouchement



L'HME représente le lieu d'accouchement d'une grande majorité des femmes ayant recours à une IVG dans les 12 mois suivant leur accouchement et dans ce même établissement.

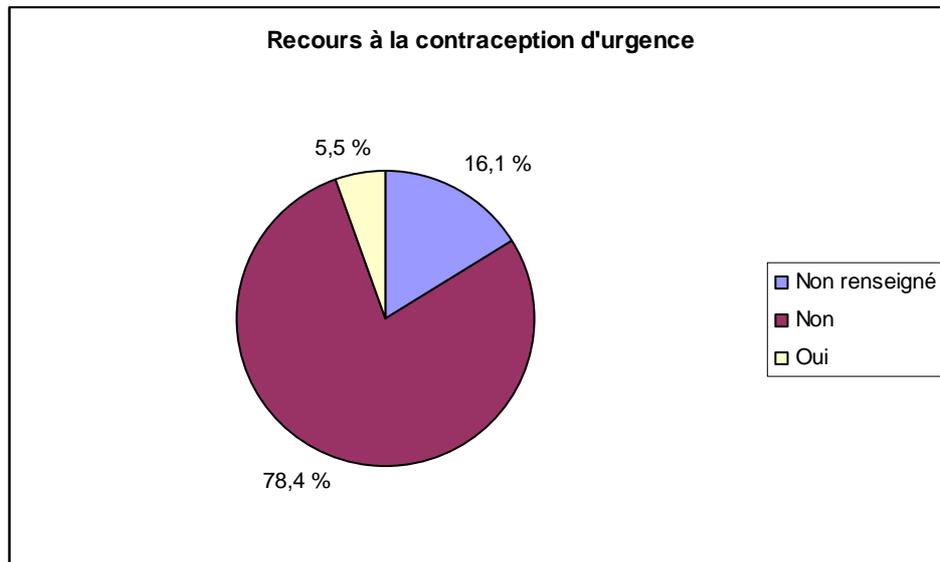
22,1 % des femmes ont accouché dans une autre maternité du Limousin.

- Allaitement maternel



Concernant le type d'allaitement au moment de la réalisation de l'IVG, on peut noter que **86,2 %** des femmes déclarent avoir recours à une alimentation de type lacté et **7,8 %** à une alimentation de type maternel.

- Recours à la contraception d'urgence



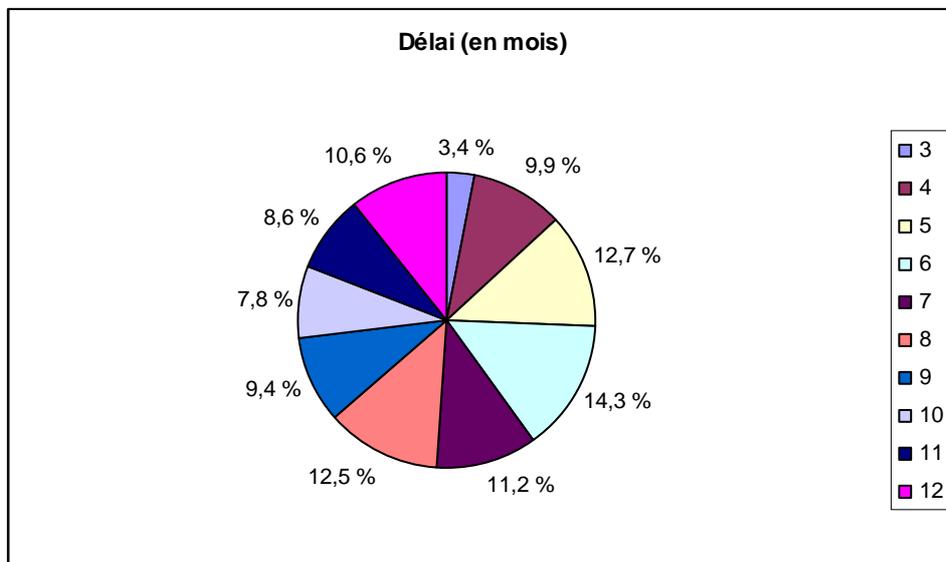
Notre population n'a majoritairement pas eu recours à la contraception d'urgence dans le but de prévenir cette IVG à **78,4 %**. On note cependant que cet item du dossier n'est pas renseigné à **16,1 %**.

3.1.2. Caractéristiques de l'IVG

- Délai

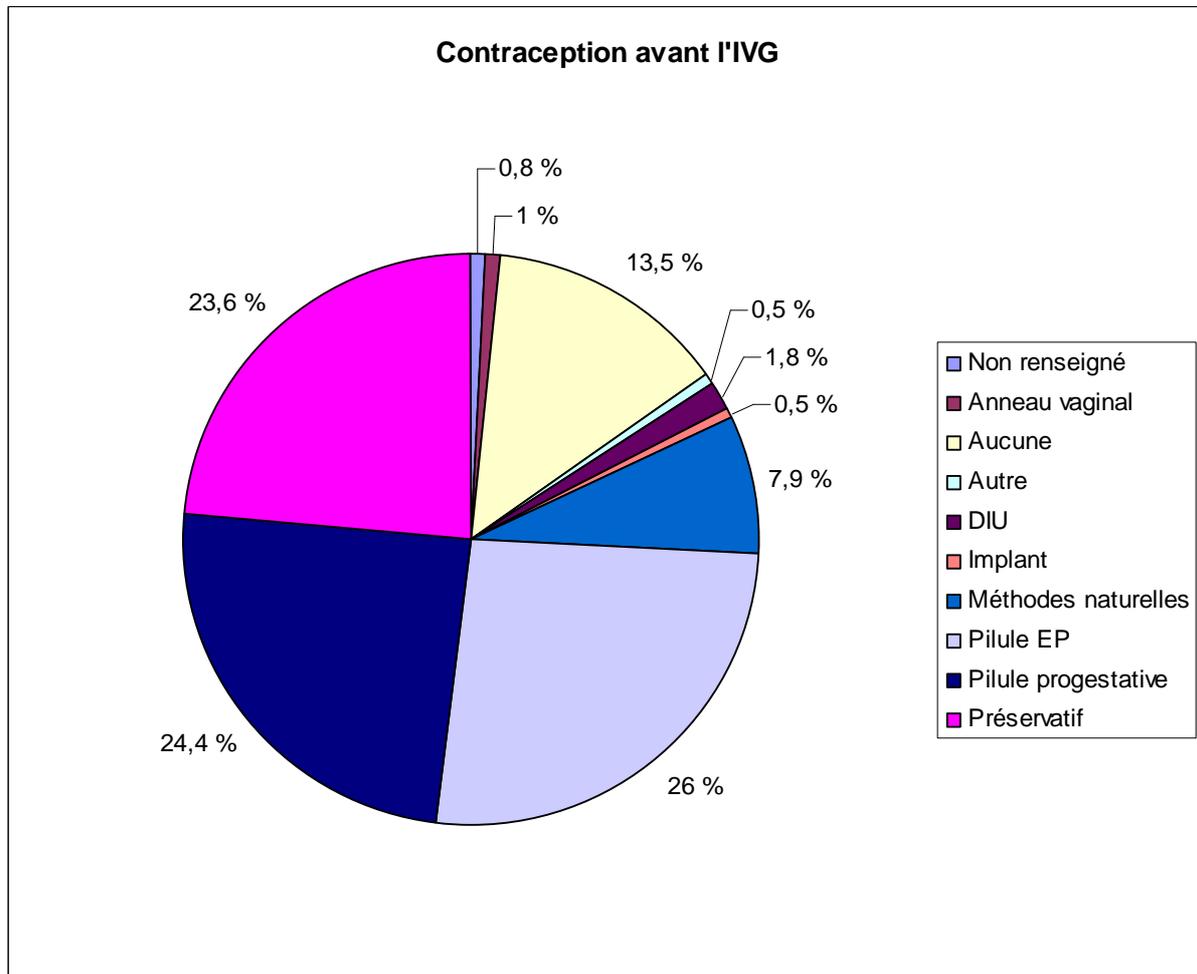
Le délai moyen de recours à l'IVG dans l'année suivant l'accouchement est de **7,6** mois, le minimum retrouvé étant de **3** mois. La médiane est de **7,0** mois.

Les différents pourcentages d'IVG suivant les mois du post-partum sont ci-dessous représentés graphiquement :



Cette distribution n'est pas significative.

- Contraception avant l'IVG

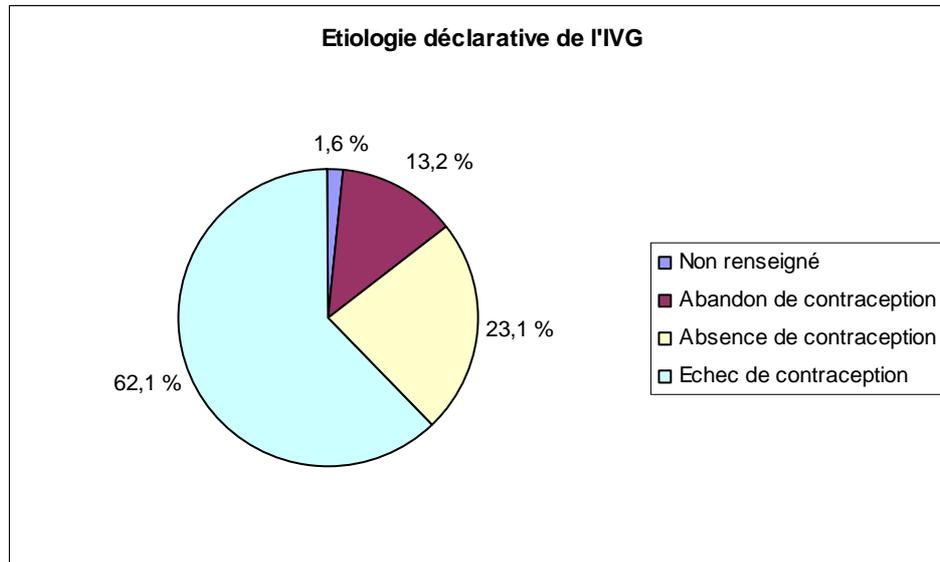


Le type de contraception avant le recours à l'IVG est majoritairement représenté par la pilule œstro-progestative (EP), la pilule progestative et le préservatif avec comme pourcentages respectifs **26 %**, **24,4 %** et **23,6 %**.

On peut noter également que **13,5 %** des femmes n'utilisent aucun moyen de contraception et **7,9 %** utilisent les méthodes naturelles.

La catégorie « Autre » correspond aux différentes formes de spermicides.

- Etiologie déclarative de l'IVG

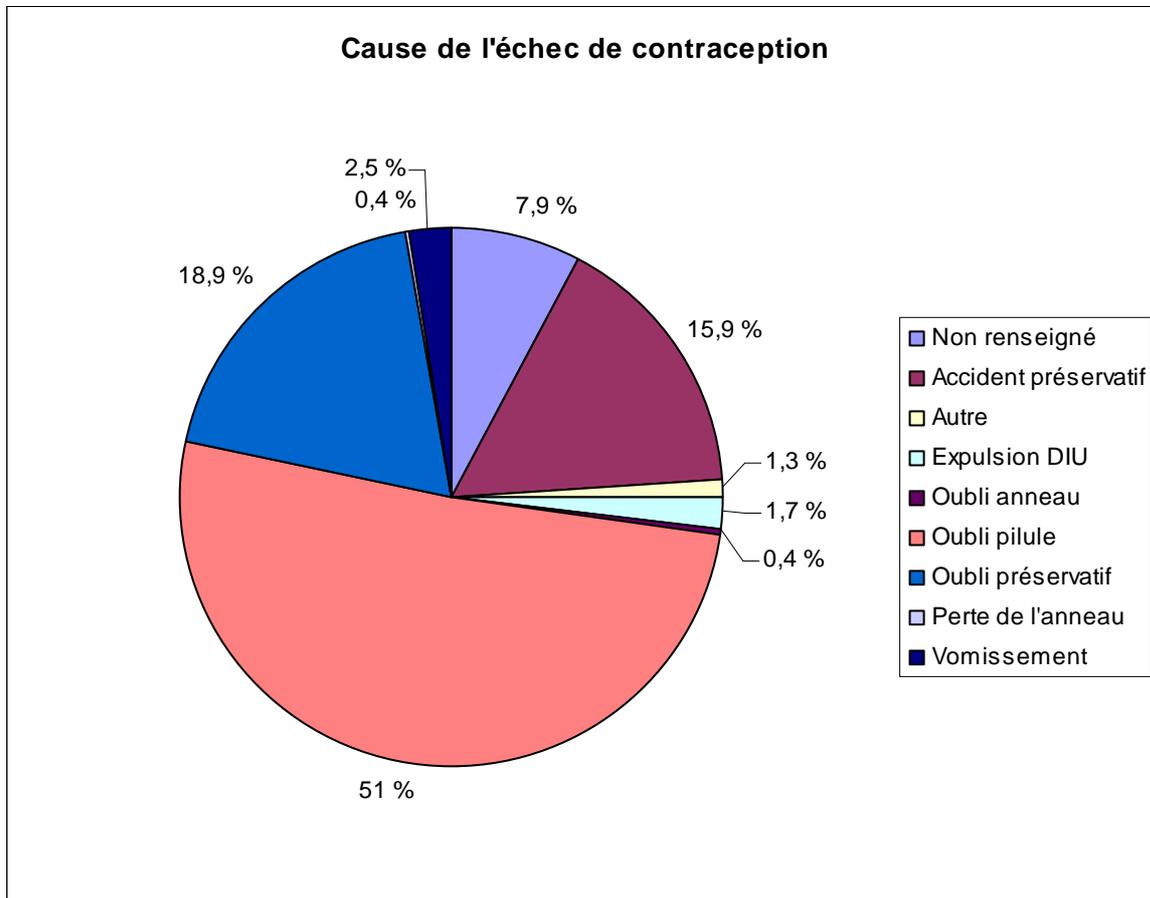


Concernant l'étiologie de l'IVG, **62,1 %** des femmes déclarent que c'est un échec de contraception, **23,1 %** une absence et **13,2 %** un abandon de la contraception préalablement utilisée.

Les causes déclaratives d'abandon les plus fréquemment retrouvées dans les dossiers sont :

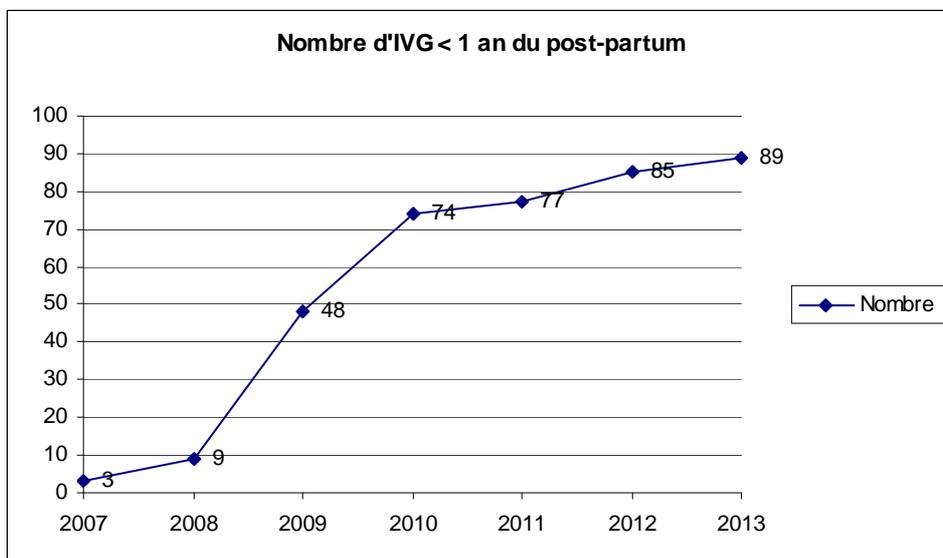
- « L'oubli fréquent de pilule,
- Les effets secondaires (notamment spotting et métrorragies),
- Une mauvaise tolérance du contraceptif (céphalées, aménorrhées etc.),
- Le désir d'un autre moyen de contraception,
- Un problème de renouvellement d'ordonnance,
- Un désir de grossesse ou une séparation conjugale. »

Un focus sur l'échec de la contraception est représenté ci-dessous :



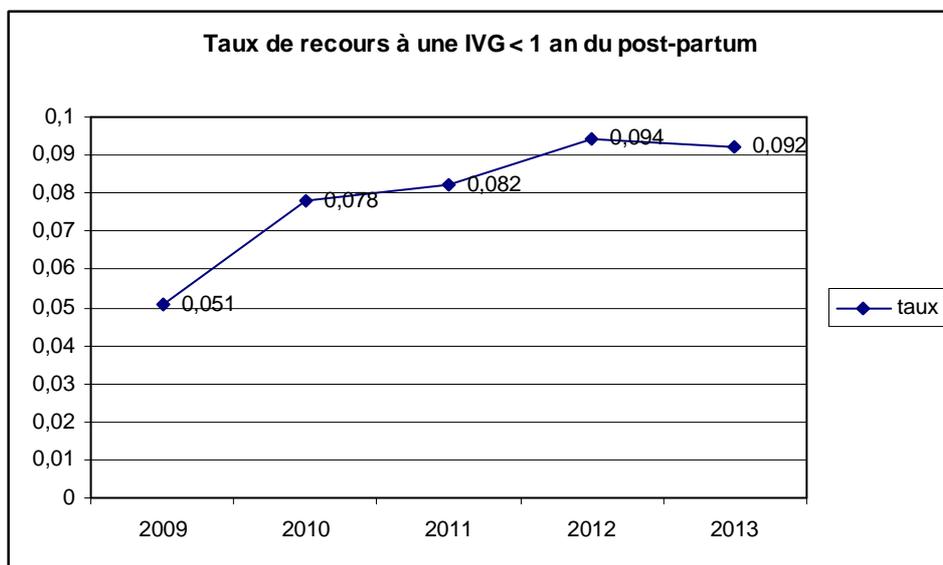
Un oubli de pilule est majoritairement responsable de l'échec de la contraception à **51 %**. L'échec lié à l'utilisation du préservatif est également notable avec **18,9 %** d'oubli et **15,9 %** d'accident.

3.1.3. Cinétique du nombre d'IVG au cours des dernières années



Concernant la distribution en fréquence des IVG dans l'année suivant un accouchement présentée ci-dessus, les années 2007 et 2008 sont à exclure de notre analyse en raison d'un biais d'informations directement en lien avec la mise en place progressive de l'informatisation des dossiers.

Pour la période 2009-2013, un taux de recours à une IVG dans l'année suivant à un accouchement a été calculé pour chaque année selon la formule : Nombre d'IVG dans l'année suivant un accouchement divisé par le nombre d'IVG totales par année.



Nous observons que le taux de recours à une IVG dans l'année suivant un accouchement **augmente** sans significativité de 2009 à 2012 pour se **stabiliser** en 2013.

3.1.4. Focus sur des sous-populations

- Population présentant un ou plusieurs antécédent(s) d'IVG

Type de contraception	Une seule IVG	Au moins 2 IVG
Anneau vaginal	0,8	2,5
Aucune	12,9	10
DIU	0	2,5
Implant	0	0
Méthodes naturelles	5,6	10
Pilule EP	29,8	35
Pilule progestative	27,4	20
Préservatif	23,4	17,5
Autre	0	0
Total en %	100	100

Ce tableau représente le type de contraception utilisé avant l'IVG dans l'année suivant l'accouchement, chez des femmes présentant un seul antécédent d'IVG et chez des femmes en présentant au moins deux.

Nous remarquons que **12,9 %** des femmes ayant déjà eu recours à une seule IVG n'utilisent aucun moyen de contraception.

Nous observons également chez les femmes ayant au moins deux antécédents d'IVG que **10%** n'utilisent aucun moyen de contraception et **10 %** utilisent les méthodes naturelles.

- Population ayant recours à un allaitement de type maternel

Type de contraception	Pourcentage
Anneau vaginal	0
Aucune	23,3
DIU	0
Implant	0
Méthodes naturelles	13,3
Pilule EP	3,3
Pilule progestative	36,7
Préservatif	23,3
Autre	0
Total	100

Ce tableau représente le type de contraception utilisé avant l'IVG dans l'année suivant l'accouchement chez les femmes ayant recours à un allaitement de type maternel au moment de l'IVG.

Nous remarquons que **23,3 %** de ces femmes n'utilisent aucun moyen de contraception.

3.2. Par rapport à l'enquête faite au niveau des professionnels

3.2.1. Descriptif et effectif de la population

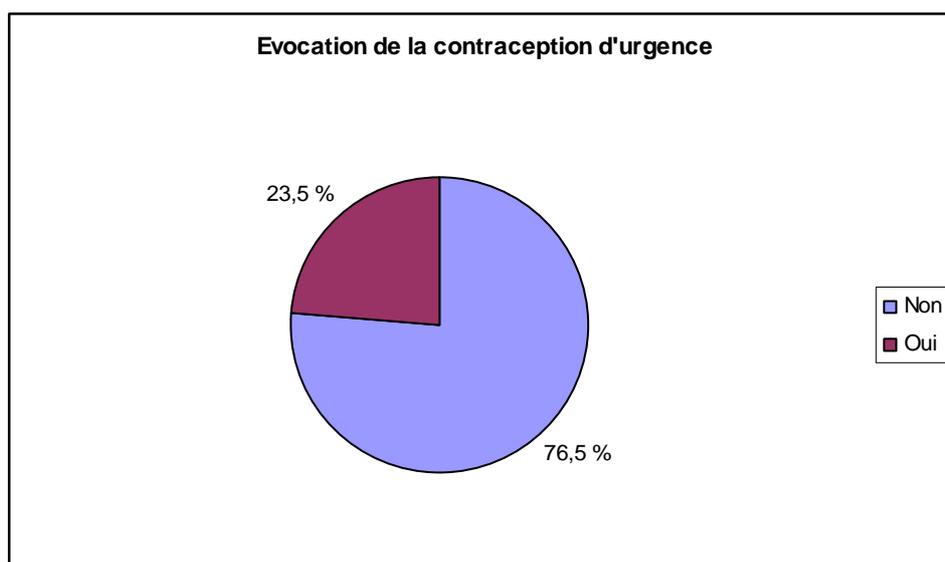
Concernant l'enquête réalisée auprès des sages-femmes exerçant à l'HME, **17** questionnaires ont été finalement retenus sur les **45** récupérés dans les services de salles de naissances, grossesses pathologiques et suites de couches.

Seuls les questionnaires des sages-femmes ayant exercé au cours de la dernière année en suites de couches ont été inclus et analysés pour répondre à la deuxième hypothèse. En effet, certaines sages-femmes « fixes » exercent exclusivement dans un secteur donné. En ce sens, certaines ne pratiquent pas d'examen de sortie en maternité depuis des années.

La population retenue se compose majoritairement de femmes, un seul homme ayant répondu à l'enquête sur les 17 participations.

L'âge moyen des sages-femmes incluses est de **37,5** ans.

3.2.2. L'évocation de la contraception d'urgence en post-partum



A la question : « Lors d'un examen de sortie en maternité, évoquez-vous systématiquement la contraception d'urgence ? », **76,5 %** des sages-femmes ont répondu « non ».

Au total, **4** sages-femmes sur les 17 évoquent systématiquement la contraception d'urgence en post-partum. En plus de l'effectif réduit, ces dernières ne présentent pas de profil particulier ; en effet, leur âge est compris entre **28** et **49** ans et leur année d'obtention du diplôme est comprise entre **1987** et **2010**.

3.2.3. La non évocation de la contraception d'urgence en post-partum

Une analyse des raisons de la non-évocation systématique de ce type de contraception a été réalisée à partir de **12** sages-femmes seulement sur les 13 restantes puisque un questionnaire mal rempli a été exclu.

Les différentes raisons retrouvées de cette non-évocation sont :

- Un oubli à **37,5 %**,
- Un manque de temps de part l'abondance d'informations à donner lors d'un examen de sortie en suites de couches à **12,5 %**,
- Un manque de pratique, d'habitude et de connaissances sur cette méthode à **12,5%**,
- Une mise en place de la « contraception classique » à plus ou moins long terme qu'elles pensent être suffisante à **12,5%**,
- Une évocation non systématique car dépendante de la situation, du contexte et des antécédents de la patiente à **6,3 %**.

Il est à noter que plusieurs raisons peuvent être évoquées, d'où une somme différente de 100%.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. Réponses aux hypothèses

4.1.1. Hypothèse principale

L'hypothèse principale était « les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant leur accouchement présentent des caractéristiques communes ». Nous allons donc étudier les principales variables décrivant notre population.

Par rapport aux effectifs étudiés, l'analyse sera uniquement **descriptive**, n'ayant pas atteint le degré de significativité.

4.1.1.1. A propos du profil socio-économique de notre population

Toutes les femmes en période d'activité génitale sont concernées par le phénomène puisque les extrêmes d'âges varient de 17 à 42 ans avec un âge moyen de **26,8** ans.

Concernant la gestité et la parité, il n'y a pas de profil particulier puisque nous retrouvons des extrêmes respectivement compris entre **2** et **13** grossesses et entre **1** et **9** accouchements.

Les femmes françaises sont les plus nombreuses, cependant **16,6 %** des femmes de notre population sont d'origine étrangère, ce qui représente environ deux fois le nombre de femmes étrangères qui accouchent à l'HME de Limoges.

Concernant le statut marital, notre population est majoritairement constituée de femmes célibataires. Ce statut pourrait expliquer le recours à l'IVG.

Cependant, la majorité de ces femmes vivent en couple à **65,5%** d'après l'analyse de leur mode de vie. Nous observons donc que malgré une situation familiale apparaissant stable, les femmes renoncent à cette nouvelle grossesse.

Le niveau d'étude de notre population n'est pas une variable significative et analysable puisque le pourcentage de non remplissage de l'item dans les dossiers médicaux est de **47,2%**.

Or il est intéressant de souligner que **11,2%** des femmes concernées ont atteint l'enseignement supérieur et devraient avoir reçu une information de santé publique sur la contraception.

Concernant la catégorie professionnelle de notre population, nous observons que la majorité des femmes sont sans activité professionnelle puisqu'elles sont soit femmes au foyer à **51,8 %**, soit au chômage à **10,4%**.

Cette tendance renforce l'idée que des conditions socio-économiques défavorables peuvent augmenter le recours à cette IVG. En effet, nous observons dans ce cadre que seulement **31,2%** des femmes ont des ressources issues de leur travail.

Le type de couverture sociale de ces femmes est majoritairement représenté par une affiliation à la Sécurité Sociale associée à une mutuelle à **53,5%**. Le pourcentage restant est représenté par un type de couverture sociale moins important (notamment Couverture Maladie Universelle) : cela peut expliquer la difficulté de financer un contraceptif non remboursé.

La majorité des femmes ne présentent pas d'antécédent d'IVG dans notre population : il serait faux d'associer l'IVG à un moyen de contraception pour elles.

Cependant, il est tout de même pertinent de s'intéresser aux **32,2 %** de femmes qui avaient déjà eu recours à une IVG et aux **10,4 %** à au moins deux. Ces deux derniers chiffres restent en effet importants, en dépit d'une prise en charge contraceptive adaptée en post-abortum et d'une large diffusion actuelle de la contraception.

4.1.1.2. A propos du profil obstétrical de notre population

Le mode d'accouchement n'est pas significatif puisqu'il suit la même distribution que la population générale.

Concernant le type d'allaitement au moment de la réalisation de l'IVG, celui-ci est très majoritairement représenté par une alimentation de type lacté. Cela semble supposer que le recours à un allaitement maternel exclusif dans le but d'obtenir un effet contraceptif n'est pas principalement une méthode employée par notre population.

4.1.1.3. A propos des caractéristiques de l'IVG

Au vu de la distribution des différents pourcentages d'IVG suivant les mois du post-partum, il n'existe donc pas de période plus à risque d'IVG dans les 12 mois qui suivent l'accouchement.

Concernant le type de contraception utilisé avant l'IVG, les pourcentages d'utilisation de la pilule œstro-progestative, de la pilule progestative et du préservatif sont relativement proches.

Il est cependant intéressant de souligner les pourcentages de **13,5 %** et de **7,8 %** représentés respectivement par une absence de contraception et une utilisation des méthodes naturelles.

Nous pouvons donc nous interroger sur l'importance de la prescription d'une contraception efficace en post-partum dans le but de prévenir ces grossesses non désirées.

L'étiologie déclarative de l'IVG est représentée majoritairement par un échec de la contraception. Les causes les plus importantes de cet échec sont un oubli de pilule, un oubli ou un accident de préservatif.

Ces étiologies peuvent être liées à un bouleversement des habitudes de vie précédentes par l'arrivée de l'enfant et montrent les difficultés rencontrées par les femmes dans la gestion de leur contraception au quotidien.

Enfin, le recours à la contraception d'urgence dans le but d'empêcher cette nouvelle grossesse ne représente qu'un pourcentage très faible de **5,5 %**.

Ce dernier peut être lié à un défaut d'informations et de connaissances de la méthode.

En conclusion partielle, les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant un accouchement ne présentent pas de profil particulier mais seulement certaines caractéristiques communes :

Au total et **sans significativité**, nous observons le plus souvent, que ces femmes :

- **Ont un âge moyen d'environ 26,8 ans,**
- **Sont célibataires et vivent en couple,**
- **Présentent des conditions socio-économiques défavorables,**
- **Ne présentent pas d'antécédents d'IVG,**
- **N'ont pas eu recours à la contraception d'urgence,**
- **Déclarent l'étiologie de l'IVG par un échec de contraception.**

4.1.2. Hypothèse secondaire

L'hypothèse secondaire était « la contraception d'urgence ne semble pas être évoquée en suites de couches par les sages-femmes à l'HME de Limoges ».

D'après les réponses aux questionnaires, nous observons qu'une grande majorité des sages-femmes n'évoquent pas systématiquement la contraception d'urgence lors d'un examen de sortie en suites de couches.

-> Cette hypothèse est donc validée.

En raison du faible effectif de la population d'étude (n=17) et ce, malgré un taux de retour à 100%, il est impossible de déterminer un profil particulier de sage-femme n'évoquant pas ce type de contraception.

En effet, nous aurions pu nous interroger sur une évocation de la contraception d'urgence dépendante du sexe, de l'âge ou de l'année de diplôme de la sage-femme. Par exemple, nous savons que les récentes diplômées ont bénéficié d'une unité d'enseignement en gynécologie et contraception plus importante pouvant conditionner des meilleures connaissances plus sur le sujet.

4.2. Autres éléments de compréhension

4.2.1. Sur la problématique et/ou les conduites à risque d'aboutir à des IVG à répétition

Après analyse des différentes variables concernant les **372** IVG, nous avons pu mettre en évidence d'autres éléments importants de discussion.

Nous observons dans un premier temps que malgré un ou plusieurs antécédents d'IVG, un certain pourcentage de femmes n'utilise toujours pas de moyen de contraception efficace.

En effet, **12,9%** des femmes ayant déjà eu recours à une seule IVG et **10,0 %** ayant eu recours à au moins deux IVG n'utilisent aucun moyen de contraception.

Elles sont également **5,6 %** avec un seul antécédent d'IVG et **10,0 %** avec au moins deux à utiliser des méthodes naturelles de contraception.

Nous observons enfin que **23,3 %** des femmes ayant recours à un allaitement de type maternel n'utilisent aucune contraception. Nous pouvons trouver une explication à cela dans le sens où de nombreuses femmes ont une mauvaise perception du risque de grossesse en post-partum. De plus, des mœurs encore actuels de nos jours imputent un effet contraceptif à un allaitement maternel exclusif. Or, nous avons vu précédemment que cette méthode contraignante n'est pas fiable.

Le défaut d'informations sur la contraception et notamment la contraception d'urgence peut être mis en avant dans ce cas.

De plus, nous savons d'après l'étude d'Anne-Sophie CRISTOU que **34 %** des femmes ne viennent pas à leur consultation de contrôle post-IVG et n'ont donc pas bénéficié d'une information contraceptive supplémentaire.

Nous pensons dès lors que l'information sur la contraception d'urgence devrait être donnée à plusieurs reprises aux patientes au moment du parcours médical de leur IVG mais aussi lors du suivi gynécologique de prévention.

Enfin, dans la littérature, le profil des femmes ayant recours à des IVG à répétition est l'objet de nombreuses études qui mettent fréquemment en évidence des difficultés psycho-socio-économiques chez ses dernières.

4.2.2. Perspectives d'amélioration de la prescription et/ou de l'observance de la contraception

- Nous avons pu observer que **35** femmes de notre étude avaient un DIU, prévu, en attente ou prescrit au moment de la réalisation de l'IVG.

Dès lors, il conviendrait peut-être de mettre en place un DIU dans les suites de couches immédiates pour des patientes au même profil. Ces pratiques sont actuellement en cours d'étude ou de réalisation dans certains centres hospitaliers. Nous pensons qu'elles devraient se développer vers une population plus à risques c'est-à-dire ayant les caractéristiques que nous avons déjà énoncées.

- Nous avons pu également mettre en évidence que **14** femmes déclarent avoir abandonné l'utilisation d'une contraception à base de microprogestatifs en raison des effets secondaires tels que les spottings par exemple.

Nous pouvons expliquer cet abandon par un défaut d'explication ou de compréhension des effets secondaires (en général transitoires lors de la prescription de la contraception). Nous pensons que l'usage de la reformulation afin de vérifier la bonne compréhension des patientes est essentiel pour le prescripteur.

- Nous observons enfin que **10** femmes déclarent avoir eu un problème de renouvellement de contraception à l'origine de l'IVG.

En suites de couches, les sages-femmes prescrivent habituellement une contraception pour une durée de 3 mois car en pratique, celle-ci doit être réévaluée à la visite post-natale.

Nous pouvons alors nous poser la question de la pertinence d'une prescription pour une durée supérieure en direction toujours de patientes plus à risques et/ou pour lesquelles des problèmes d'observance se sont déjà posés.

4.3. Confrontation à la littérature

Nous allons dans cette partie comparer quelques uns de nos résultats à l'épidémiologie locale que nous avons présentée dans la première partie.

4.3.1. Comparaison à l'étude de Nathalie Lajarthe (1998-1999)

Nos résultats sont comparables avec ceux de Nathalie Lajarthe en ce qui concerne la moyenne d'âge, la catégorie professionnelle, le mode de vie et les antécédents d'IVG.

En effet, son étude retrouve chez les femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant un accouchement :

- Une moyenne d'âge de **28 ans** (*vs 26,8 ans*),
- **64,2 %** de femmes sans profession (*vs 62,2 %*),
- **70 %** de mode de vie en couple (*vs 65,5 %*),
- L'absence d'antécédents d'IVG dans la majorité des cas (*vs 65 %*).

Au total, sur ces points précis, le profil ne semble pas avoir évolué depuis la date de son étude.

Cependant nos résultats diffèrent concernant le type de contraception utilisée avant l'IVG. Son étude montre à l'époque une utilisation légèrement supérieure des oestro-progestatifs à **29,3 %** (*vs 26 %*) et une utilisation bien moins importante des microprogestatifs avec seulement **9,7 %** (*vs 24,4 %*).

De plus, le délai moyen de recours à l'IVG dans l'année suivant un accouchement est de **5,5 mois +/- 2,8**, avec un minimum de **2 mois**, en 1998-1999 (*vs 7,6 mois +/- 2,6, minimum de 3 mois*).

Cette différence de résultats s'explique par l'évolution des pratiques et des procédés contraceptifs ayant eu lieu depuis 14 années.

4.3.2. Comparaison à l'étude d'Anne-Sophie Cristou (2010)

Nos résultats sont comparables avec ceux d'Anne-Sophie Cristou en ce qui concerne la moyenne d'âge, la nationalité, le pourcentage de femmes célibataires, le pourcentage de femmes ayant une contraception avant l'IVG et les étiologies déclaratives de l'IVG.

En effet, son étude retrouve chez les femmes ayant recours à une IVG en 2010 à l'HME de Limoges :

- Un âge moyen de **26,08** ans (vs **26,8** ans),
- **85,5** % de femmes françaises (vs **82,9** %),
- **78,5** % de femmes célibataires (vs **74,5** %),
- **82** % ayant une contraception avant l'IVG (vs **85,7** %).
- Un échec de contraception à **62,26** % (vs **62,1** %), un abandon de la contraception à **16,38** % (vs **13,2** %), et une absence de contraception à **21,35** % (vs **23,1** %).

L'étiologie la plus fréquente des grossesses non désirées reste l'échec de la contraception pour l'ensemble des IVG réalisés en 2010 comme pour celles réalisées dans les 12 mois suivant un accouchement.

Cependant nos résultats sont légèrement supérieurs en ce qui concerne le pourcentage de femmes étrangères (**14,5** vs **17,1** %), de femmes mariées (**12,18** vs **16** %) et de femmes inactives (**51,04** vs **62,2** %). Nous n'avons pas d'explication évidente sur ces différences.

4.4. Points forts et points faibles

Le point fort de notre étude repose sur le nombre de dossiers analysés permettant l'étude de 372 IVG réparties sur **7 ans**. En effet, cette longue durée d'étude a permis de mettre en évidence une augmentation constante du phénomène notamment de 2009 à 2012 puis une stabilisation en 2013.

Les points faibles de notre étude résident en la présence de biais d'informations. En effet, il est probable qu'un certain nombre de dossiers médicaux répondant aux critères d'inclusion n'aient pas été retrouvés. De plus, bien que l'informatisation ait permis d'améliorer le remplissage des dossiers, certains items sont parfois incomplets.

Enfin, malgré un taux de retour de 100 % des questionnaires distribués aux sages-femmes exerçant ou ayant exercé au cours de l'année dernière en suites de couches, il est à noter que celles ayant répondu ne représentent pas la population actuelle des sages-femmes travaillant en suites de couches de part les roulements de postes entre les différents services. Les propositions que nous allons faire envers la population des sages-femmes travaillant en maternité partent donc du postulat que nos résultats sont reproductibles.

4.5. Propositions

Afin de prévenir ces grossesses non désirées survenant dans le post-partum, des propositions de prévention au niveau local peuvent être faites d'une part au niveau des patientes mais également au niveau du personnel médical.

4.5.1. Au niveau des patientes

Une information sur la contraception du post-partum peut être donnée à différents moments de la grossesse et des suites de couches.

Dans un premier temps nous pouvons nous intéresser à la période de gestation ; la grossesse est un moment important préparant physiquement et psychiquement les futures mères à l'accouchement. Il ne semble pas pertinent d'ajouter une information supplémentaire sur la contraception du post-partum à ce moment, les patientes étant bien plus préoccupées par l'arrivée de leur enfant. Cependant, la qualité de la réceptivité d'une information par les femmes pendant la grossesse ne peut être exclue en raison de l'absence de l'enfant.

Dans un second temps, le post-partum immédiat est un moment opportun dans le sens où les femmes s'inquiètent de la normalisation des différents changements liés à la grossesse et donc du retour à une activité sexuelle. Cependant l'abondance d'informations relatives à l'enfant et au retour à domicile masque souvent l'importance de la contraception choisie.

Dans ce contexte difficile, il nous semblerait plus approprié de délivrer une information au moment d'une séance de préparation à la naissance dédiée aux suites de couches, de naissances et au retour à domicile pour la dyade mère-enfant et ce malgré un nombre limité de femmes participantes.

Ensuite, une information supplémentaire à propos de la contraception d'urgence pourrait être donnée par l'intermédiaire du « guide la maternité » mis en place localement à l'HME de Limoges.

Celui-ci comporte une partie intitulée « *Les conseils pour maman* » dans laquelle sont résumés les différents moyens de contraception possibles après l'accouchement.

Une proposition d'amélioration résiderait en l'ajout d'une explication sur la contraception d'urgence à la page 20 à la suite du paragraphe « *Quelques informations essentielles* ». [Annexe 6]

L'explication serait ainsi formulée : « *La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'exception utilisable à tout moment après l'accouchement en cas d'oubli ou d'accident de contraception : oubli de pilule, oubli ou rupture du préservatif... Elle est disponible sans ordonnance en pharmacie et doit être prise le plus rapidement après le rapport à risques.* » [Annexe 7]

Pour les femmes d'origine étrangère ayant des difficultés avec la langue française, l'aide d'un interprète familial ou bénévole est essentiel à la bonne compréhension des différentes informations concernant la contraception afin de s'assurer de la meilleure observance possible.

4.5.2. Au niveau des professionnels

Les professionnels médicaux, notamment les sages-femmes possèdent un rôle très important dans l'élaboration du projet contraceptif en post-partum. Comme nous l'avons précédemment vu, ces dernières ne semblent pas évoquer la contraception d'urgence en suites de couches de part plusieurs raisons.

- Une de ces raisons est un manque de pratique, d'habitude et de connaissances sur cette méthode.

Il conviendrait alors de réaliser une information auprès des professionnels en leur exposant synthétiquement les constats locaux que nous venons de faire et en les couplant aux principales recommandations de la HAS d'avril 2013.

Ces dernières recommandent « d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les

possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs, en dehors du contexte d'urgence. »

La HAS recommande également « d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas même si la prescription à l'avance à titre systématique n'a pas fait la preuve de son efficacité »

- Une seconde de ces raisons est un manque de temps lié à l'abondance des informations à donner lors d'un examen de sortie en suites de couches.

Pour palier à ce manque de temps, un atelier « retour à domicile » pourrait être mis en place à l'instar de l'atelier « préparation des biberons » animés par les auxiliaires de puériculture pour répondre aux différentes questions des patientes sur leur retour à domicile.

Cet atelier pourrait se dérouler une à deux après-midi par semaine, animé par une sage-femme de suites de couches en poste ce jour là et ce, en fonction de la charge de travail dans le secteur.

Il peut être envisagé par un atelier commun à tout le secteur de suites de couches. A cette occasion, des informations sur la contraception « classique » à plus ou moins long terme pourraient être données afin d'aider la patiente dans le choix de sa future contraception.

Comme nous l'avons vu, il est important d'évoquer alors à ce moment les modalités de prise, de délivrance et de renouvellement ainsi que la conduite à tenir en cas d'échec ou d'oubli de la contraception.

A cette occasion également, les femmes pourraient être informées en groupe et échanger sur la contraception d'urgence mais aussi sur l'importance de la visite post-natale, du suivi gynécologique et de la prévention des infections sexuellement transmissibles par exemple.

Conclusion

Le recours à l'IVG dans l'année suivant un accouchement représente une part non négligeable de l'ensemble des IVG.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, certaines caractéristiques sont communes à la population étudiée mais il reste cependant nécessaire de délivrer une information contraceptive adaptée à l'ensemble des femmes venant d'accoucher afin de prévenir la survenue de ces grossesses non désirées.

Notre résultat principal est que la contraception d'urgence est un moyen de prévention secondaire peu évoqué en pratique par certains professionnels médicaux.

Pour prévenir ces IVG, différentes propositions d'actions ont été formulées. Elles passent par un renforcement de la sensibilisation des professionnels à cette problématique mais aussi par une évolution des pratiques contraceptives comme la pose de DIU en suites de couches. D'autre part, la perspective des méthodes contraceptives à longue durée d'action telles que les implants sous-cutanés doivent être poursuivis.

Au-delà de notre travail, une poursuite de l'étude sur plusieurs années ou une étude cas-témoins étudiant les IVG réalisées dans les 12 mois suivant l'accouchement appariés à des IVG en dehors de cette période pourraient peut être permettre d'obtenir une significativité de nos résultats concernant la 1^{ère} hypothèse.

Références bibliographiques

- [1] HASSOUN D., « Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France », disponible sur : www.avortementancic.net/spip.php?article3 (consulté le 01 septembre 2012).
- [2] LAMBOLEY C., « Connaissances de la contraception chez les jeunes adultes à l'entrée à l'Université de Limoges », Limoges, 2012.
- [3] MULET F., « Contraception de l'après-grossesse », 30^{ième} journée nationale du CNGOF, 2006, disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/002/index.htm (consulté le 3 septembre 2012).
- [4] SERFATY D., « Contraception », Abrégé, 3^{ième} édition, Paris, 2007.
- [5] PONS J.C., VENDITTELLI F., LACHCAR P., « L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention », Masson, Paris, 2004.
- [6] ASSURANCE MALADIE, « Soins et remboursements », disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/contraception/les-contraceptifs-et-leur-prise-en-charge.php> (consulté le 06 août 2013).
- [7] VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », DREES, études et résultats, n°884, juin 2004.
- [8] VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », DREES, juin 2013, disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2011,11149.html> (consulté le 06 août 2013).

[9] ANSM, « Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) et autres contraceptifs de décembre 2012 à août 2013 », 2013, disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ff744adcf7be1da6e0cb905ddcb79d2.pdf (consulté le 15 octobre 2013).

[10] ROLLINI C., « L'évaluation sexologique dans le post-partum », Journée de périnéologie, novembre 2009.

[11] SERFATY D., « Contraception », Abrégé, 4^{ème} édition, Paris, 2011.

[12] RIZETTO F., « Contraception du post-partum : une information écrite améliore-t-elle les connaissances des femmes ? », Limoges, 2003.

[13] FAUCHER P., « Contraception d'urgence », Réalités en Gynécologie-Obstétrique, novembre/décembre 2011, n°158, p34-35.

[14] HAS, « Contraception chez la femme en post-partum », fiche mémo, juillet 2013, disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf> (consulté le 06 août 2013).

[15] LEGIFRANCE, « Loi Hôpital, Patients, santé et territoires », juillet 2009, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (consulté le 09 septembre 2012).

[16] ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES, « Les compétences de la sage-femme », disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compétences/les_consultations_de_contraception_et_de_suivi_gynecologique_de_prevention/index.htm (consulté le 09 septembre 2012).

[17] HAS, « Stratégies de choix des méthodes de prescription contraceptive chez la femme », recommandations pour la pratique clinique, 2004, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf, 2004 (consulté le 15 octobre 2012).

[18] CRISTOU A.S., « Etude analytique des interruptions volontaires de grossesse réalisées en 2010 à l' HME (Limoges) : à propos de 946 cas », Limoges, 2011.

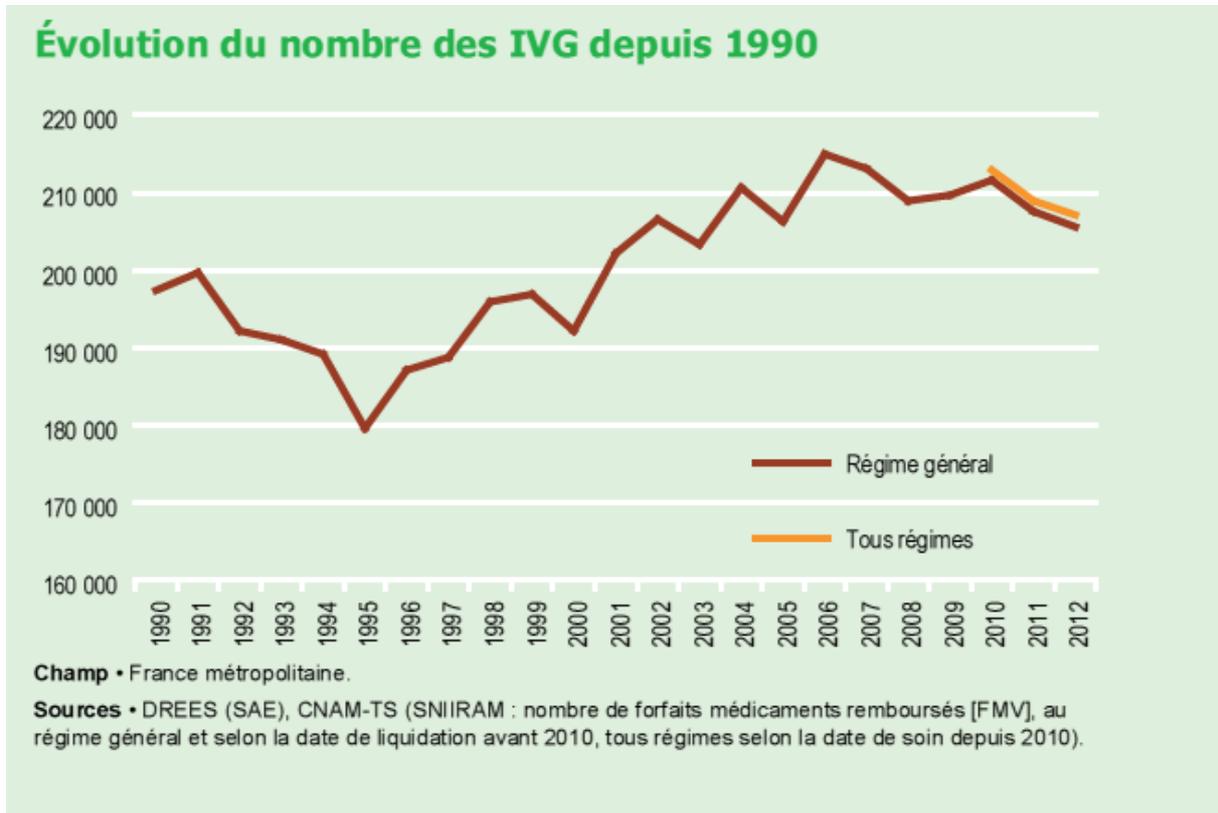
[19] BOURDIER L., « Prise en charge d'une IVG et les différentes méthodes d'IVG », Cours de Gynécologie de PAP2, Limoges, 2012.

[20] LAJARTHE N., « Echec de contraception du post-partum et IVG, quelles sont les femmes à risque ? », Limoges, 2000.

Table des annexes

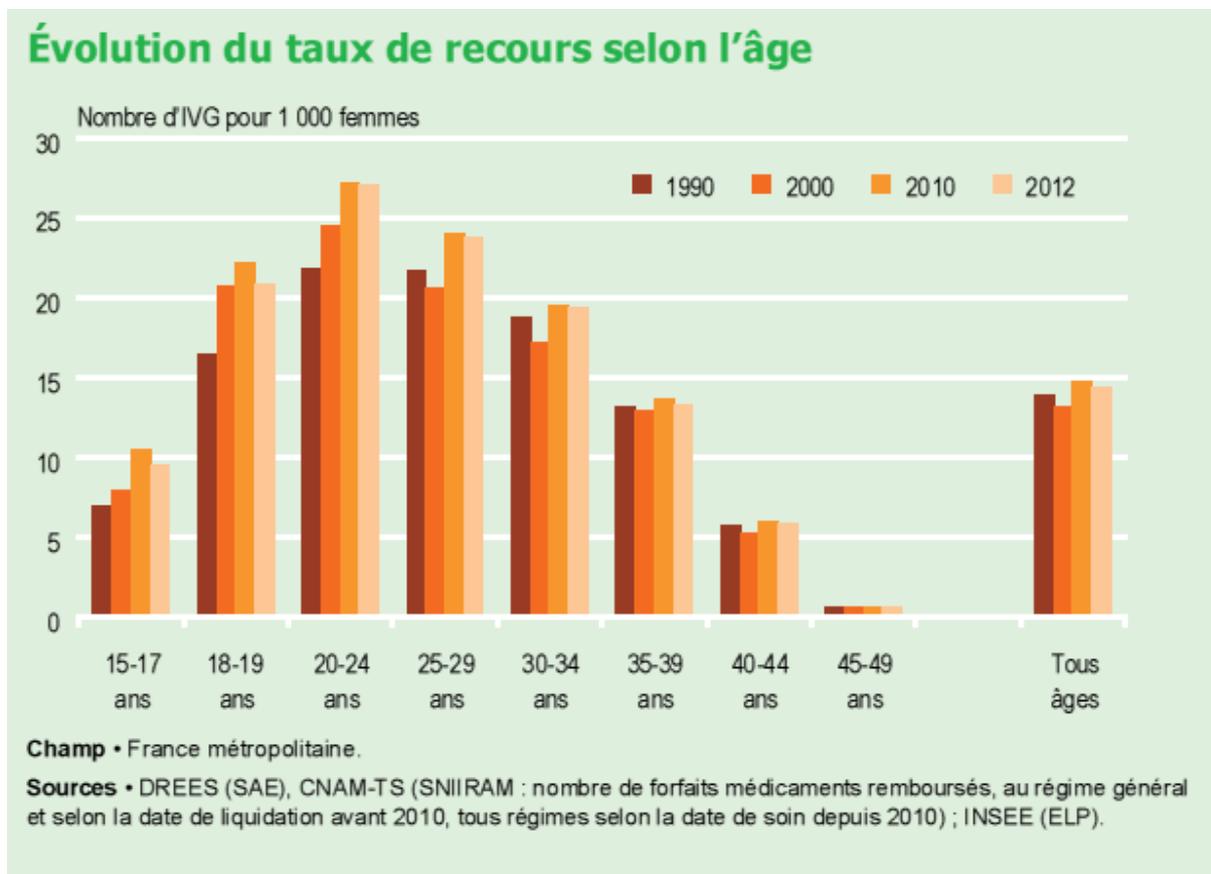
Annexe 1. Evolution du nombre d'IVG en France depuis 1990.....	77
Annexe 2. Evolution du taux de recours à l'IVG en France selon l'âge.....	78
Annexe 3. Répartition selon les régions du nombre d'IVG en France en 2012.....	79
Annexe 4. Comparatif hebdomadaire de vente de pilules du lendemain.....	80
Annexe 5. Questionnaire anonyme distribué aux sages-femmes.....	81
Annexe 6. Page 20, extraite du « guide de la maternité ».....	83
Annexe 7. Page 20, modifiée à l'issue de notre travail.....	84

Annexe 1. Evolution du nombre d'IVG en France depuis 1990



Source : *Etudes et Résultats*, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », DREES, n°884, Juin 2014.

Annexe 2. Evolution du taux de recours à l'IVG en France selon l'âge



Source : *Etudes et Résultats*, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », DREES, n°884, Juin 2014.

Annexe 3. Répartition selon les régions du nombre d'IVG en France en 2012

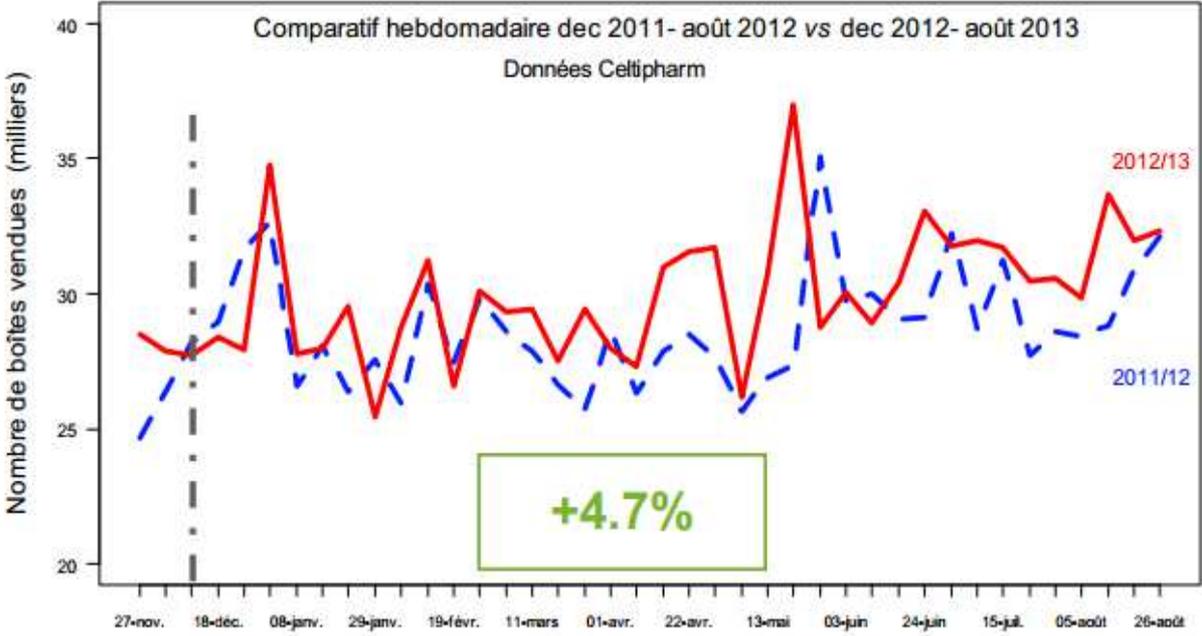
Les IVG en 2012 selon les régions

Régions	IVG hospitalières (SAE)	Forfaits remboursés en centres de santé, établissements de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total des IVG réalisées	IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	IVG pour 1 000 femmes mineures de 15 à 17 ans
Île-de-France	40 756	751	12 502	54 009	18,0	11,3
Champagne-Ardenne	3 181	0	130	3 311	11,4	9,2
Picardie	4 897	0	441	5 338	12,4	12,1
Haute-Normandie	4 393	6	817	5 216	12,6	9,8
Centre	5 992	87	518	6 597	12,2	8,3
Basse-Normandie	3 542	0	161	3 703	12,0	9,1
Bourgogne	3 826	0	220	4 046	12,0	10,1
Nord – Pas-de-Calais	11 882	0	757	12 639	13,5	12,7
Lorraine	5 996	167	121	6 284	12,0	9,5
Alsace	4 620	0	170	4 790	11,1	8,9
Franche-Comté	2 709	0	497	3 206	12,6	10,0
Pays de la Loire	8 369	0	45	8 414	10,7	7,8
Bretagne	7 197	18	476	7 691	11,3	7,5
Poitou-Charentes	3 905	0	350	4 255	11,6	8,9
Aquitaine	8 164	372	1 761	10 297	14,5	9,5
Midi-Pyrénées	8 131	63	907	9 101	14,3	8,8
Limousin	1 883	0	3	1 886	12,8	10,7
Rhône-Alpes	16 591	185	2 381	19 157	13,2	8,2
Auvergne	2 967	3	233	3 203	11,5	8,7
Languedoc-Roussillon	9 541	5	934	10 480	18,0	12,5
Provence – Alpes-Côte d'Azur	17 273	330	4 597	22 200	20,7	13,4
Corse	1 133	15	149	1 297	18,8	11,9
France métropolitaine	176 948	2 002	28 170	207 120	14,5	9,9
Guadeloupe	2 674	0	1 039	3 713	37,5	31,8
Martinique	2 388	0	11	2 399	25,3	24,4
Guyane	1 133	0	511	1 644	26,7	27,0
La Réunion	3 196	0	1 084	4 280	19,4	19,0
Mayotte	1 342	0	140	1 482	nd	0
Total DOM (hors Mayotte)	9 391	0	2 645	12 036	25,3	23,8
France entière (hors Mayotte)	186 339	2 002	30 815	219 156	14,9	10,5

Sources - DREES (SAE), ATIH (PM SI), CNAM-TS (SNIIRAM, tous régimes, forfaits médicaments de ville selon la date de soin), INSEE (ELP) ; calculs DREES

Source : Etudes et Résultats, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », DREES, n°884, Juin 2014.

Annexe 4. Comparatif hebdomadaire de vente de pilules du lendemain



Source :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ff744adcfd7be1da6e0cb905ddcb79d2.pdf

Annexe 5. Questionnaire anonyme distribué aux sages-femmes

Marlène BERTAUD
Mail : mbertaud@yahoo.fr
Tel : 06.86.65.49.07

Ecole de sages- femmes
Hôpital du CLUZEAU
23, avenue Dominique Larrey
87042 LIMOGES Cedex

A l'attention des sages-femmes exerçant à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges.

Madame, Monsieur

Je suis actuellement en 4^{ième} année à l'école de sages-femmes de Limoges. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la population des accouchées ayant recours à une IVG dans l'année qui suit leur accouchement à l'HME de Limoges. Dans ce cadre, je cherche à savoir si la contraception d'urgence est évoquée par les sages-femmes en suites de couches.

En ce sens, je me permets de diffuser un questionnaire anonyme à l'ensemble des sages-femmes exerçant à l'HME. Le temps nécessaire pour répondre est d'environ 2 minutes. Vous trouverez ensuite dans votre secteur une boîte de recueil des questionnaires. Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Marlène BERTAUD

1 - Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2 - Quel âge avez-vous ?

3 - Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?

4 - Quel est le secteur d'activité où vous avez le plus exercé cette dernière année?

- Salle de naissance
- Suites de couches
- Consultations
- Grossesses pathologiques
- Planning familial
- Autre :

5 - Lors d'un examen de sortie en maternité, évoquez-vous systématiquement la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

6 - Sinon : pourquoi ?

Merci de votre participation.

La contraception après accouchement

Les différentes méthodes de contraception vous seront exposées par la sage-femme avant votre sortie.

La méthode la plus adaptée à votre cas vous sera alors prescrite.

Une contraception locale

- soit par préservatif masculin
- soit par gel spermicide qui se présente sous trois formes : crème unidose, ovule, éponge.

Lire attentivement la notice avant l'utilisation.

La forme crème a l'avantage d'avoir un effet lubrifiant ce qui est plus confortable lors de la reprise des rapports sexuels.

Une contraception orale

Une pilule adaptée à votre cas vous sera prescrite en tenant compte de l'allaitement.

La date à laquelle vous devrez débiter la pilule sera précisée sur l'ordonnance de sortie.

Le stérilet

La pose d'un stérilet sera possible lors de la visite post-natale avec votre médecin, même si vous n'avez pas eu votre retour de couches.

L'implant

Les indications de cette contraception sont particulières et à discuter avec votre médecin.

Quelques informations essentielles :

La pratique du retrait n'est pas une méthode efficace et elle a de nombreux désagréments autant pour l'homme que pour la femme et quelque soit le moment du cycle.

Les méthodes naturelles type température ou Ogino ne sont pas fiables.

Une réévaluation de la contraception sera envisagée lors de la visite post-natale.

Annexe 7. Page 20, extraite du « guide de la maternité », présentant les modifications à l'issue de notre travail

La contraception après accouchement

Les différentes méthodes de contraception vous seront exposées par la sage-femme avant votre sortie.

La méthode la plus adaptée à votre cas vous sera alors prescrite.

Une contraception locale

- soit par préservatif masculin
- soit par gel spermicide qui se présente sous trois formes : crème unidose, ovule, éponge.

Lire attentivement la notice avant l'utilisation.

La forme crème a l'avantage d'avoir un effet lubrifiant ce qui est plus confortable lors de la reprise des rapports des sexuels.

Une contraception orale

Une pilule adaptée à votre cas vous sera prescrite en tenant compte de l'allaitement.

La date à laquelle vous devrez débiter la pilule sera précisée sur l'ordonnance de sortie.

Le stérilet

La pose d'un stérilet sera possible lors de la visite post-natale avec votre médecin, même si vous n'avez pas eu votre retour de couches.

L'implant

Les indications de cette contraception sont particulières et à discuter avec votre médecin.

Quelques informations essentielles :

La pratique du retrait n'est pas une méthode efficace et elle a de nombreux désagréments autant pour l'homme que pour la femme et quelque soit le moment du cycle. Les méthodes naturelles type température ou Ogino ne sont pas fiables. Une réévaluation de la contraception sera envisagée lors de la visite post-natale.

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'exception utilisable à tout moment après l'accouchement en cas d'oubli ou d'accident de contraception : oubli de pilule, oubli ou rupture du préservatif... Elle est disponible sans ordonnance en pharmacie et doit être prise le plus rapidement après le rapport à risques.