

**Faculté de Médecine  
Ecole de Sages-Femmes**

**Diplôme d'Etat de Sage-femme  
2016-2017**

**Consultation post-IVG : profil des femmes inobservantes**

Présenté et soutenu publiquement le 29 août 2017  
par

**Julie PARES**

Directeur : Sami HADDAD

Guidant : Marie-Noëlle VOIRON



*Il convient de substituer la contraception à l'avortement, comme l'avortement s'est substitué à l'infanticide.*

Lucien Neuwirth



## Remerciements

---

A Mme Marie-Noëlle VOIRON, pour sa disponibilité, ses conseils et son investissement,

Au Dr Sami HADDAD, pour son implication, ses corrections et sa pédagogie,

A Mr François DALMAY, pour son temps, sa bonne humeur et son aide précieuse en statistiques,

A Mr Julien GATINEAU, pour son aide et sa patience pour l'extraction des données,

A Salomé, Laure, Anne-Laure et Fany, pour leur soutien dans la réalisation de ce mémoire.



## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Droits d’auteurs</b> .....	<b>4</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>5</b>
<b>Table des illustrations</b> .....	<b>7</b>
<b>Table des tableaux</b> .....	<b>8</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>L’IVG et la visite post abortum</b> .....	<b>10</b>
1. <i>Généralités sur l’IVG</i> .....	11
1.1. Définitions .....	11
1.2. Etat des lieux en France.....	11
1.3. La procédure (9, 10, 11) .....	11
1.4. Les méthodes (9, 14) .....	12
1.5. Les complications éventuelles pouvant survenir après l’IVG.....	12
2. <i>La consultation post IVG</i> .....	12
2.1. Contrôle de l’efficacité de la méthode médicamenteuse et instrumentale .....	12
2.2. Faire le point sur une méthode contraceptive choisie par la patiente ou le couple lors de la consultation pré-IVG.....	13
2.3. IVG et vécu psychologique de l’IVG.....	13
3. <i>Observance de la visite post-IVG</i> .....	13
<b>Matériel et méthode</b> .....	<b>15</b>
1. <i>Type d’étude</i> .....	16
2. <i>Population étudiée</i> .....	16
3. <i>Données médico-sociales</i> .....	16
3.1. Sur la patiente .....	16
3.2. Sur le contexte socio-familial.....	16
3.3. Données médicales autour de l’IVG.....	16
4. <i>Méthodes statistiques</i> .....	17
<b>Résultats</b> .....	<b>18</b>
1. <i>Taux d’observance global de la consultation post-IVG à l’HME de Limoges</i> .....	19



2. <i>Données sociales</i> .....	19
2.1. Nationalité.....	19
2.2. Age lors de l'intervention .....	20
2.3. Le mode de vie.....	21
2.4. Situation maritale .....	22
2.5. Enfant au foyer.....	23
2.6. Niveau d'études .....	24
2.7. Profession.....	25
2.8. Consommation de toxique .....	27
3. <i>Données en lien avec l'IVG</i> .....	27
3.1. Motif de l'IVG .....	27
3.2. Antécédents d'IVG .....	28
3.3. Protocole d'intervention.....	29
3.4. Contraception à la sortie de l'IVG .....	29
3.5. Pose d'un DIU en per-opératoire .....	29
4. <i>Les données non significatives</i> .....	30
5. <i>Profil des femmes</i> .....	30
<b>Analyse et discussion</b> .....	<b>32</b>
1. <i>Forces et limites de l'étude</i> .....	33
2. <i>L'inobservance de la consultation post-IVG</i> .....	34
3. <i>Analyse des résultats</i> .....	34
3.1. Données sociales .....	34
3.2. Données médicales .....	37
3.3. Profil des femmes inobservantes .....	38
4. <i>Perspectives d'actions et d'études</i> .....	39
<b>Conclusion</b> .....	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>42</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>46</b>
<i>Annexe I : Extrait de la plaquette d'information du ministère de la santé, sur le déroulement de l'interruption volontaire de grossesse</i> .....	46



## Table des illustrations

---

Figure 1 - Répartition de l'observance selon la nationalité des patientes.....	19
Figure 2 - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction de l'âge.....	20
Figure 3 - Répartition de l'observance selon la tranche d'âge des patientes.....	20
Figure 4 - Répartition de l'observance selon le mode de vie des patientes .....	21
Figure 5 - Répartition de l'observance selon la situation maritale .....	22
Figure 6 - Répartition de l'observance selon la présence d'enfant au foyer .....	23
Figure 7 - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction du niveau d'études .....	24
Figure 8 - Répartition de l'observance selon le niveau d'études.....	24
Figure 9 - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction de la profession.....	25
Figure 10 - Répartition de l'observance selon la profession.....	26
Figure 11 - Répartition de l'observance selon la consommation de toxique.....	27
Figure 12 - Taux d'observance selon les antécédents ou non d'IVG.....	28
Figure 13 - Taux d'observance selon le protocole d'intervention.....	29



## Table des tableaux

---

Tableau 1 - Age et consultation post-IVG.....	21
Tableau 2 - Mode de vie et consultation post-IVG .....	22
Tableau 3 - Niveau d'études et consultation post-IVG.....	25
Tableau 4 - Profession et consultation post-IVG .....	26
Tableau 5 - Raisons de l'IVG et consultation post-IVG.....	28
Tableau 6 - Profil des femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG.....	30
Tableau 7 - Profil des femmes se rendant à la consultation post-IVG.....	31





## Introduction

---

En France, l'observance des consultations de contrôle post-IVG varie de 53 % à 83 %. (1, 2, 3) A Limoges, à l'Hôpital Mère Enfant (HME), elle est de 68,34%. Or, cette consultation recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est une étape essentielle du suivi de l'IVG. (4)

Son rôle est triple : d'un point de vue clinique elle permet de contrôler l'efficacité de la méthode (absence de rétention intra-utérine ou de grossesse évolutive) ; elle permet également de revenir sur la contraception choisie afin de prévenir une nouvelle grossesse inopportune <sup>1</sup> ; c'est aussi un moment privilégié pour évaluer le retentissement psychologique de l'IVG sur la patiente et lui proposer, si nécessaire, un accompagnement spécifique.

Au vu de l'inobservance importante des femmes ressentie par les professionnels de santé du Réseau Périnat Aquitaine face à cette consultation, il nous semble pertinent de rechercher s'il existe chez ces patientes des caractéristiques sociales et/ou médicales communes permettant d'identifier un groupe à risque.

---

<sup>1</sup> On parle ici de grossesse inopportune et non de grossesse non désirée. En effet l'adjectif inopportun qualifie un événement qui se présente à un moment qui ne convient pas. On ne parle donc pas de désir ou de souhait (puisque lors de certaines IVG les grossesses sont souhaitées) mais plutôt de circonstances, qui font qu'à une période de la vie dans un contexte particulier, une grossesse peut sembler inopportune et donc faire l'objet d'une demande d'IVG.



## **L'IVG et la visite post abortum**



## 1. Généralités sur l'IVG

### 1.1. Définitions

La loi (article *L.2212-1 du Code de la santé publique*) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin ou à une sage-femme son interruption. Cette dernière ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). Seule la femme concernée peut en faire la demande. (5)

Plusieurs définitions sont associées aux IVG à répétition (6) ; Les membres du groupe IVG/contraception du Réseau Périnat Aquitaine considèrent que l'on parle d'IVG répétée lorsque celle-ci est renouvelée plus d'une fois au cours de la vie d'une femme.

### 1.2. Etat des lieux en France

Le taux d'IVG reste relativement stable en France depuis sa légalisation en 1975. L'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) estime le nombre d'IVG à 201 434 en 2001 et 211 985 en 2010 selon les statistiques annuelles des établissements.

En effet, moins de femmes y ont recours mais le nombre de femmes ayant des IVG répétées augmente.

Il existe également le paradoxe contraceptif français : un taux d'IVG important malgré une grande couverture contraceptive du pays. On peut noter un défaut d'utilisation des contraceptifs : 64 % de ces IVG sont liées à des échecs de contraception. (7) En 2013, 3 % des femmes sexuellement actives et exposées au risque de grossesse n'utilisaient aucune méthode contraceptive. (8)

### 1.3. La procédure (9, 10, 11)

Le délai de 7 jours entre les deux consultations médicales nécessaires a été supprimé par la loi du 26 janvier 2016. La femme peut désormais fournir une confirmation écrite de sa demande d'IVG dès la fin de la première consultation. L'IVG peut alors être réalisée. (12, 13, *Annexe I : Extrait de la plaquette d'information du ministère de la santé, sur le déroulement de l'interruption volontaire de grossesse*

Cette même loi permet également aux sages-femmes d'avoir un rôle dans la pratique des IVG médicamenteuses.



#### **1.4. Les méthodes (9, 14)**

Il existe 2 méthodes pour une IVG : médicamenteuse et chirurgicale. (*Annexe 1*)

#### **1.5. Les complications éventuelles pouvant survenir après l'IVG**

En cas d'IVG médicamenteuse, des douleurs pelviennes ou un risque minime d'hémorragie peuvent représenter les complications les plus fréquentes bien qu'elles soient très rares du fait du taux de succès de cette méthode variant de 92 à 98 % avant 7 SA. (15, 16) Le taux de grossesses évolutives est de l'ordre de 1 % lorsque les recommandations de la HAS sont respectées. Le taux d'avortements incomplets varie de 2 à 5 %. (16)

En cas d'IVG instrumentale, la principale complication est l'infection endo-utérine. Elle peut aller d'une simple réaction fébrile à des tableaux plus sévères comme l'endométrite. Les facteurs favorisants sont l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST) et la rétention post abortum qui pourra être diagnostiquée lors de la consultation post-IVG. Le risque d'iso-immunisation Rhésus en l'absence de séroprévention serait d'environ 7 %. (16) Le risque de perforation utérine est de 1 à 4/1000 IVG. (14)

Le traumatisme psychique subi par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG. Il est communément admis que pour les femmes en bonne santé physique et mentale, l'IVG n'a que très peu de conséquences psychologiques. La détresse est souvent plus grande avant qu'après l'avortement où le sentiment prédominant après celui-ci est le soulagement (16). Par contre, pour les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique, une prise en charge coordonnée obstétrico-psychiatrique est souhaitable. (17)

## **2. La consultation post IVG**

Elle doit avoir lieu 14 à 21 jours après l'interruption volontaire de grossesse. Elle est obligatoirement proposée après une IVG médicamenteuse et conseillée après une IVG instrumentale.

### **2.1. Contrôle de l'efficacité de la méthode médicamenteuse et instrumentale**

L'échographie abdomino-pelvienne et/ou endovaginale permet de contrôler la vacuité utérine, c'est à dire l'absence de rétention intra-utérine ou de grossesse évolutive, mais l'interprétation dépend de l'expérience de l'opérateur (14) et l'examen clinique seul ne suffit

pas (18).

Le dosage quantitatif des  $\beta$ -HCG plasmatique apparaît comme un moyen sûr et efficace pour vérifier l'efficacité de l'IVG par la décroissance du taux de  $\beta$ -HCG.

Dans son rapport annuel de 2012, le REVHO<sup>1</sup> recommande d'utiliser le dosage des  $\beta$ -HCG plasmatique aux médecins de son réseau pour éviter le recours à des traitements complémentaires inutiles. (19) De nombreuses études ont étudié le test des  $\beta$ -HCG urinaires qui est en cours de développement, dont une menée aux Etats-Unis (18), car il est facile d'utilisation et peu coûteux.

## **2.2. Faire le point sur une méthode contraceptive choisie par la patiente ou le couple lors de la consultation pré-IVG**

Près d'une femme sur cinq est sans prescription contraceptive après l'IVG, la moitié reçoit une prescription de pilule tandis que 30 % optent pour une méthode à longue durée d'action. (18)

La consultation post-IVG permet de vérifier la bonne mise en place du Dispositif Intra-Utérin (DIU) et de répondre aux questions et/ou aux inquiétudes de la femme ou du couple concernant une méthode de contraception déjà mise en place.

## **2.3. IVG et vécu psychologique de l'IVG**

Les professionnels de santé se rendent compte que si l'IVG est décidée par la patiente, les complications sont rares. Mais si la décision est ambiguë, imposée par l'entourage, ou s'il existe un faible soutien de la part des proches, les répercussions sont beaucoup plus importantes. La consultation post-IVG est donc un moment privilégié pour faire le point sur le vécu de cette IVG et rechercher de possibles complications psychologiques. (1, 17)

## **3. Observance de la visite post-IVG**

L'observance de la consultation post-IVG n'est pas optimale, sachant qu'il peut arriver qu'elle ne soit pas proposée. Une enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) indique à ce sujet que la visite de contrôle est proposée pour une IVG instrumentale dans 80 % des cas et pour une IVG médicamenteuse

---

<sup>1</sup> Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour Orthogénie, est un réseau de santé ville-hôpital qui permet aux femmes d'avoir recours à une IVG médicamenteuse avec leur médecin de ville, c'est-à-dire à un avortement fait en dehors d'un établissement de santé



dans 96 % des situations. Globalement, seulement 50 % des femmes se rendent à cette consultation. (7, 21)

Les résultats de l'étude COCON (Enquête de Cohorte sur la Contraception) montrent qu'environ un quart des femmes n'ont pas réalisé la consultation post-IVG (résultats recueillis grâce à un interrogatoire téléphonique). (22)

Pourtant, dans une étude s'appuyant sur des entretiens semi dirigés (23), il a été possible de mettre en avant les intérêts de la visite post-IVG vus par les femmes étant allées à cette consultation : d'après elles, la visite "confirme l'efficacité de la méthode", permet de "rediscuter de la contraception et parfois de mettre en place un implant ou un dispositif intra-utérin", de "pouvoir poser les questions non posées précédemment", de "vérifier qu'elles vont bien", et de "parler du vécu" en rapport avec l'IVG.

Aux différents critères utilisés par la DREES ou l'INED (24, 3) pour définir la population ayant recours à l'IVG (âge, IVG à répétition, ethnie, niveau d'étude...), nous avons voulu étudier d'autres critères présents dans le dossier médical et voir s'ils influent sur l'observance de la consultation post-IVG.



## Matériel et méthode



## **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude cas-témoin rétrospective, monocentrique.

## **2. Population étudiée**

L'étude concerne les femmes ayant eu recours à des IVG médicamenteuses ou chirurgicales à l'Hôpital Mère Enfant (HME) de Limoges du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2016 soit 5669 dossiers.

Les cas sont les femmes ayant eu une IVG à l'HME de Limoges mais ne se rendant pas à la visite de contrôle post-IVG ; elles sont au nombre de 1814.

Les témoins sont les femmes ayant eu une IVG à l'HME de Limoges et qui se sont rendues à la consultation post-IVG ; il y en a 3855.

Les critères médico-sociaux qui pourraient avoir une influence sur l'inobservance de la consultation post-IVG ont été recueillis dans le dossier informatique Filemaker.

## **3. Données médico-sociales**

### **3.1. Sur la patiente**

L'âge, le lieu de naissance, son mode de vie, le niveau d'études, la pratique d'une profession, la consommation de produits toxiques.

### **3.2. Sur le contexte socio-familial**

Le motif présenté de la demande d'IVG, enfant vivant au foyer, le statut marital.

### **3.3. Données médicales autour de l'IVG**

#### **3.3.1. Sur les antécédents**

Le moyen de contraception précédant la demande d'IVG, les antécédents éventuels d'IVG.

#### **3.3.2. En rapport avec le dossier médical**

L'entretien psychosocial fait ou non, le type d'IVG, si l'IVG a été instrumentale : pose d'implant ou stérilet lors de l'intervention.

**La consultation post-IVG réalisée ou non sera prise en référence afin d'étudier l'impact que pourraient avoir ces différentes variables sur celle-ci.**





#### 4. Méthodes statistiques

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme de moyenne  $\pm$  écart type, minimum, maximum, médiane, ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquence et pourcentage.

La vérification des normalités des distributions des variables quantitatives est réalisée par la méthode de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de patientes (consultation post-IVG Oui/Non) sont réalisés par le test du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des conditions d'application des tests statistiques utilisés. Les distributions des variables quantitatives sont comparées par des tests paramétriques (t de Student) ou non (Man et Whitney) pour séries non appariées, ceci en fonction des normalités ou non des distributions considérées.

L'analyse univariée est suivie par une analyse multivariée afin de déterminer les profils des patientes ne se présentant pas à la consultation post-IVG.

Pour un risque  $\alpha = 5\%$ , p sera significatif si  $p < 0,05$ . Les données ont été recueillies sur le logiciel Excel et analysées grâce au logiciel Stat View.



## Résultats



## 1. Taux d'observance global de la consultation post-IVG à l'HME de Limoges

La population étudiée comporte 5669 femmes, dont 32% (1814 femmes) qui ne se rendent pas à la consultation post-IVG, et 68% (3855 femmes) qui s'y rendent.

Lors des analyses univariées des résultats qui vont suivre, l'Intervalle de Confiance (IC) ne comporte pas 1, sauf mention contraire.

## 2. Données sociales

### 2.1. Nationalité

Les françaises représentent 86,6% des femmes et les autres nationalités 13,4% (toutes confondues).

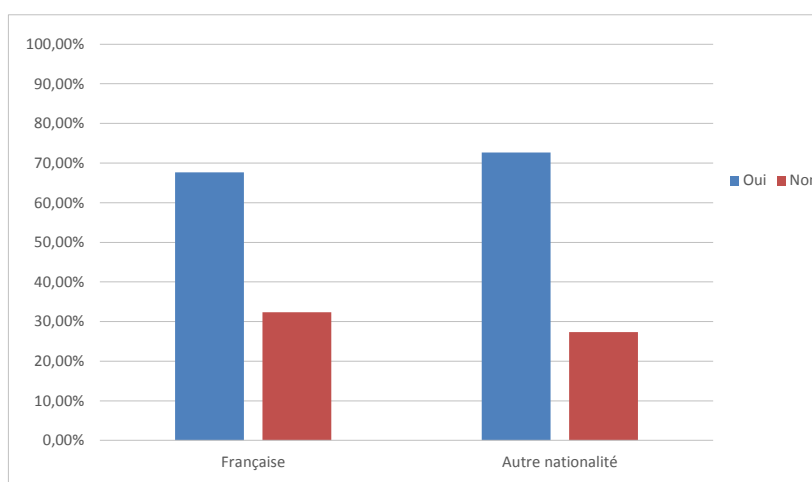


Figure - Répartition de l'observance selon la nationalité des patientes

67,67% des françaises se rendent à la consultation post-IVG contre 72,65% des femmes d'une autre nationalité.

Les françaises ont significativement 1,27 fois plus de risque de ne pas se rendre à la consultation post-IVG (IC95% [1,07 – 1,51] ;  $p = 0,007$ ) par rapport aux femmes de nationalité étrangère.

## 2.2. Age lors de l'intervention

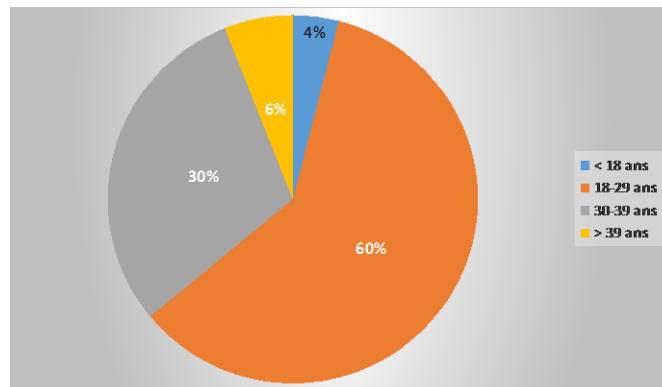


Figure - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction de l'âge

60% des femmes qui ont une IVG ont entre 18 et 29 ans, 30% ont entre 30 et 39 ans, 5% ont plus de 39 ans et 4% ont moins de 18 ans.

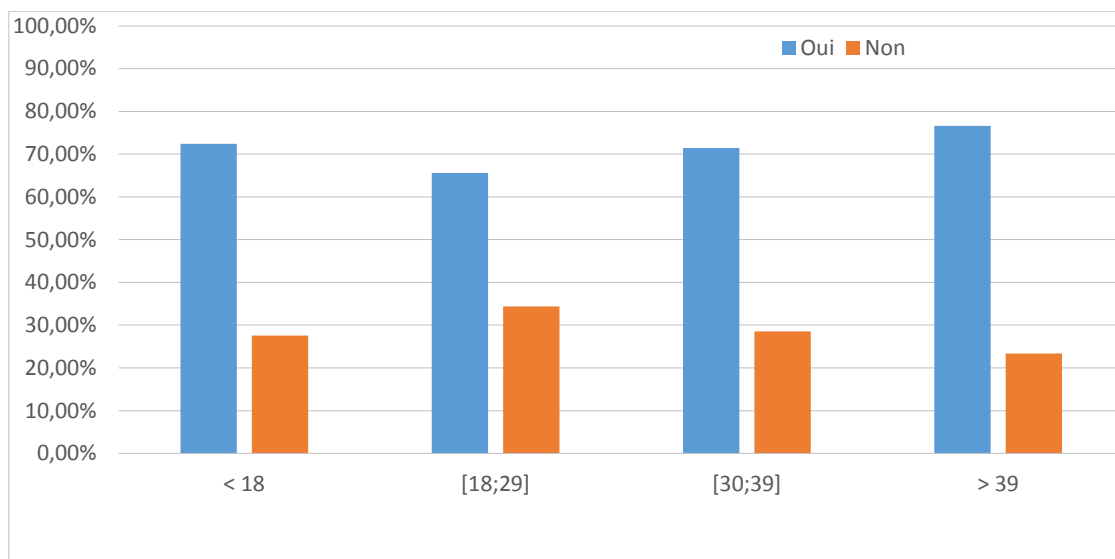


Figure - Répartition de l'observance selon la tranche d'âge des patientes

les femmes les plus observantes sont celles de plus de 39 ans : 76,59% d'entre elles viennent à la consultation post-IVG. Les moins de 18 ans sont 72,43% à venir, les femmes qui ont entre 30 et 39 ans sont 71,47%, et celles qui ont entre 18 et 29 ans viennent dans 65,59% des cas.

Tableau - Age et consultation post-IVG

Variables	OR	IC 95%	P
<18 ans	0,73	[0,54 – 0,97]	0,0306
> 39 ans	0,58	[0,45 – 0,76]	< 0,0001
30 – 39 ans	0,76	[0,67 – 0,87]	< 0,0001

L'analyse univariée prenant en référence la tranche d'âge des 18 à 29 ans montre que cette catégorie se rend moins à la consultation post-IVG que les autres tranches d'âge ( $p < 0,0001$ ). Les plus observantes sont les femmes de plus de 39 ans.

La population des 30-39 ans et celle des moins de 18 ans ne se rendent pas à la consultation post-IVG, dans les mêmes proportions avec un OR respectivement à 0,76 et 0,78.

Les femmes dans la tranche d'âge 18-29 ans ont donc plus de risque de ne pas se rendre à la consultation post-IVG.

### 2.3. Le mode de vie

13% des femmes ayant eu une IVG vivent en famille (chez les parents, cousins, tante, frère...), 41% vivent seules, et 46% vivent en couple.

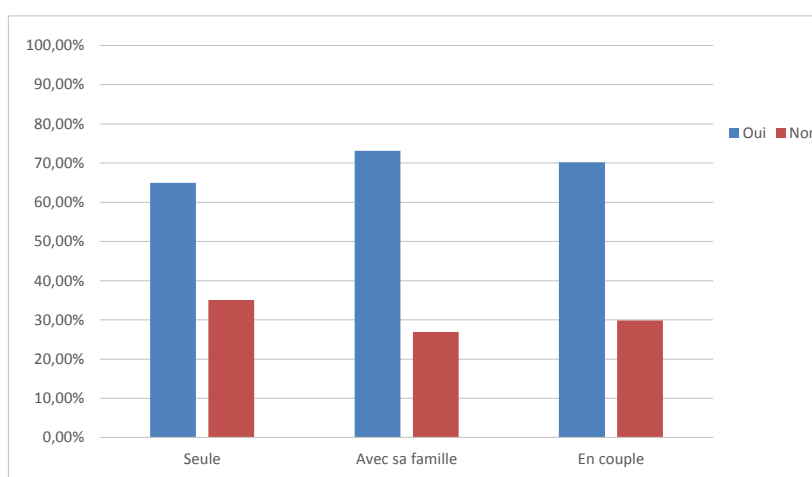


Figure - Répartition de l'observance selon le mode de vie des patientes

65% des femmes vivant seules viennent à la consultation post-IVG contre 70,16% des femmes en couple et 73,11% des femmes qui vivent avec leur famille.

Tableau - Mode de vie et consultation post-IVG

Variables	OR	IC95%	P
Avec sa famille	0,68	[0,57 – 0,82]	<0,0001
En couple	0,79	[0,7 – 0,89]	0,0001

L'analyse univariée prenant en référence la variable « seule » montre que cette catégorie se rend moins à la consultation post-IVG que les autres tranches d'âge ( $p < 0,0001$ ).

Le fait de vivre en couple ou avec sa famille est protecteur par rapport au fait de ne pas se rendre à la consultation post-IVG en comparaison des femmes qui vivent seules.

L'OR dans ces deux cas est assez similaire. (0,79 et 0,68)

Les femmes vivant seules ont donc plus de risque de ne pas se rendre à la consultation post-IVG ( $p < 0,0001$ ).

## 2.4. Situation maritale

Il y a dans cette étude 79,8% de femmes célibataires et 20,2% de femmes mariées ou pacsées.

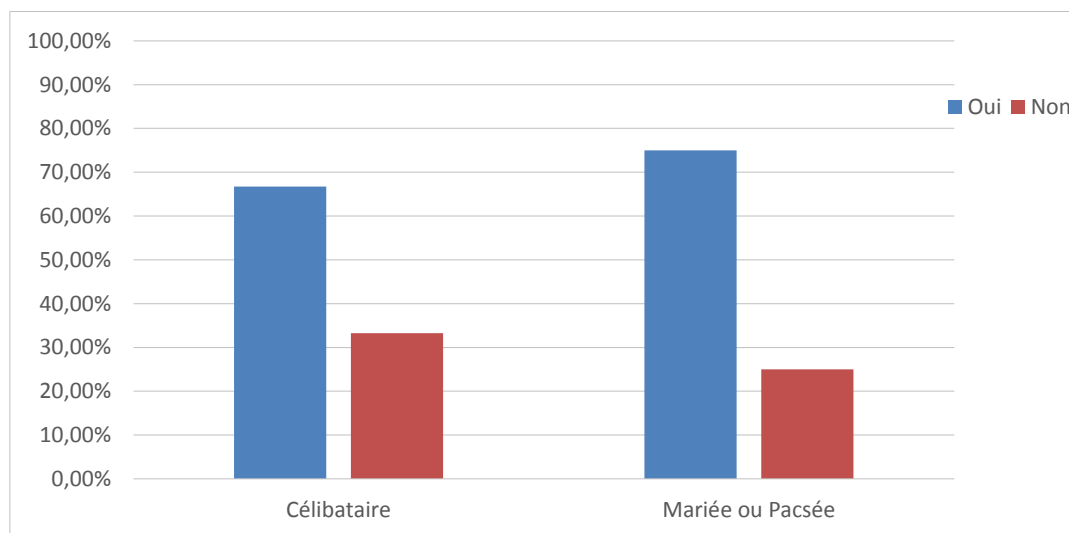


Figure - Répartition de l'observance selon la situation maritale

66,71% des femmes célibataires se rendent à la consultation post-IVG contre 75,02% des femmes mariées ou pacsées.

Et, le fait d'être mariée ou pacsée est protecteur de ne pas se rendre à la consultation post-IVG avec un OR à 0,67 (IC95% [0,57 – 0,68],  $p < 0,0001$ ).

## 2.5. Enfant au foyer

Dans cette étude il y a 53,4% des femmes qui ont déjà au moins un enfant au foyer et 47,6% des femmes qui n'en ont pas.

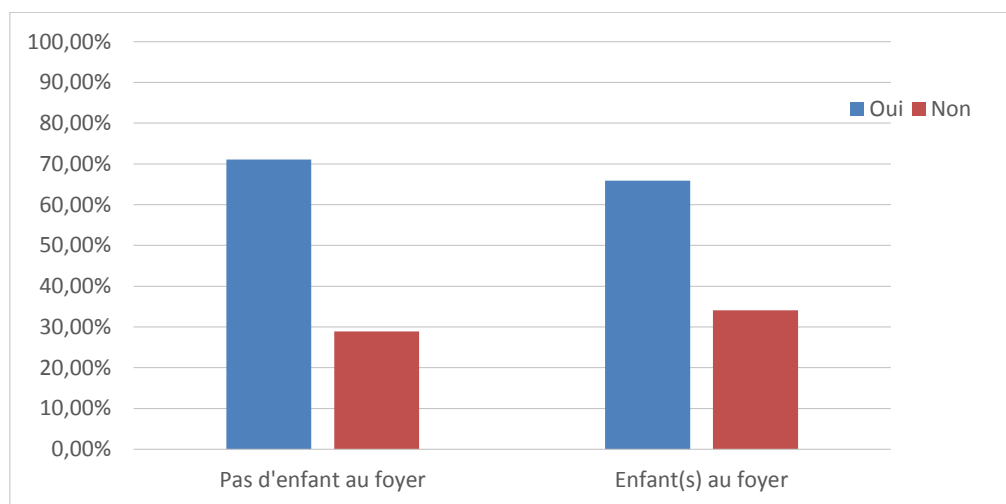


Figure - Répartition de l'observance selon la présence d'enfant au foyer

72 % des femmes n'ayant pas d'enfant au foyer se rendent à la consultation post-IVG contre 66% des femmes qui ont au moins un enfant au foyer.

De plus, la présence d'enfants au foyer majore le risque de ne pas se rendre à la consultation post-IVG avec un OR à 1,27 (IC 95% [1,13 – 1,43], ;  $p < 0,0001$ )

## 2.6. Niveau d'études

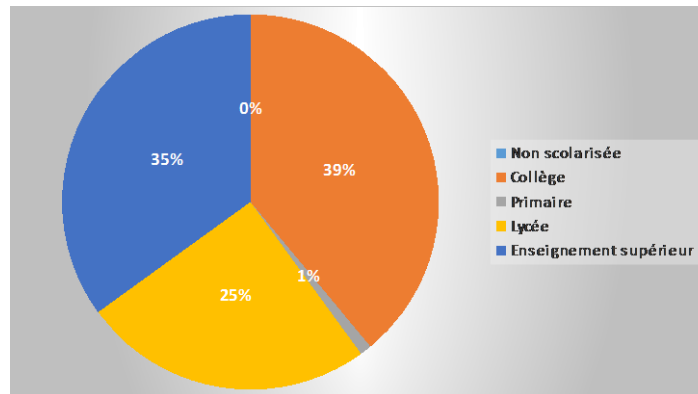


Figure - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction du niveau d'études

Elles sont dans cette étude 0,01% à ne pas avoir été scolarisées (soit 42 femmes), 1% à avoir un niveau primaire, 39% un niveau collège, 25% un niveau lycée et 35% un niveau enseignement supérieur.

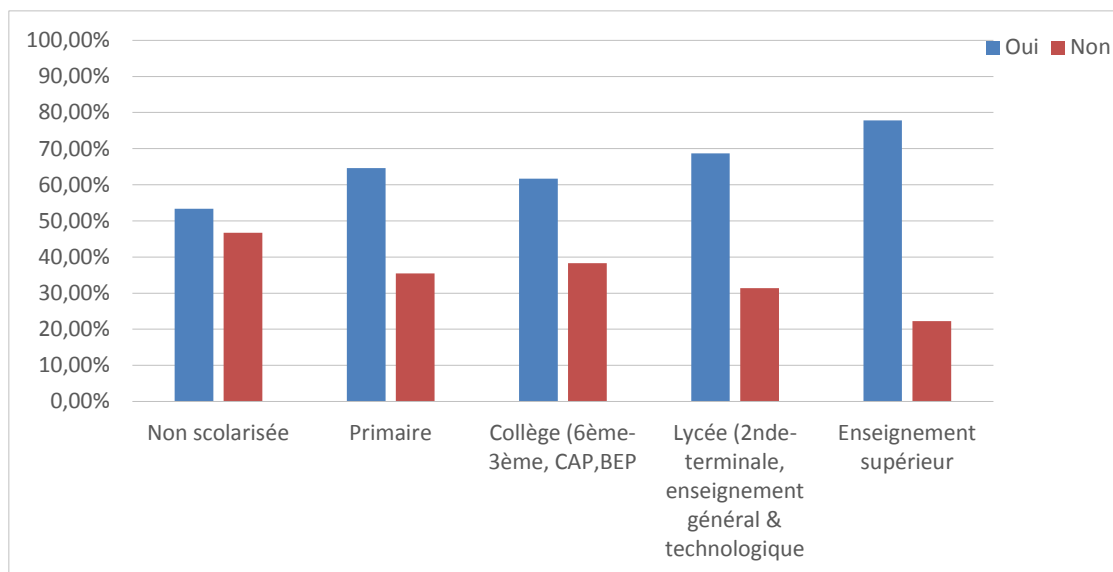


Figure - Répartition de l'observance selon le niveau d'études

53,33% des non scolarisées, 64,58% des patientes qui ont un niveau primaire, 61,61% des femmes qui ont été jusqu'au collège, 68,65% des femmes qui se sont arrêtées au lycée et 77,79% des femmes ayant un niveau d'études supérieures, ne rendent à la consultation post-IVG.



Tableau - Niveau d'études et consultation post-IVG

Variabiles	OR	IC 95%	P
Non scolarisée	3,06	[1,48 – 6,36]	0,0026
Primaire	1,92	[1,05 – 3,52]	0,035
Collège (6 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup> , CAP, BEP)	2,17	[1,83 – 2,58]	<0,0001
Lycée	1,6	[1,32 – 1,94]	<0,0001

L'analyse univariée prenant en référence la variable « enseignement supérieur » montre que plus le niveau d'études est élevé, plus il est un facteur protecteur à la non venue à la consultation post-IVG ( $p < 0,0001$ ).

## 2.7. Profession

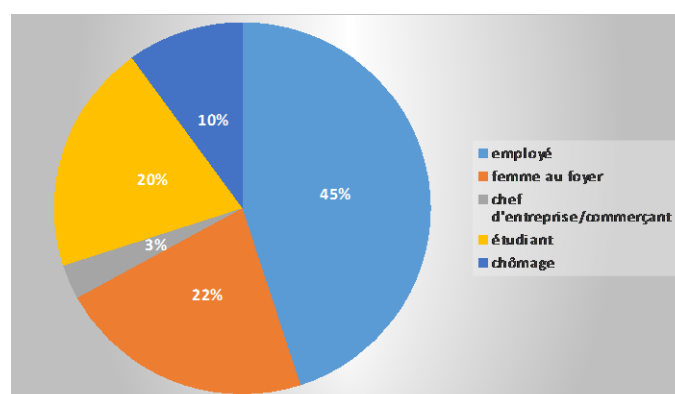


Figure - Répartition des femmes ayant réalisé une IVG en fonction de la profession

Les employées représentent 45% de la population, suivies par les femmes au foyer avec 22%, puis par les étudiantes avec 20%, les femmes au chômage avec 10% et les chefs d'entreprise, artisans et commerçantes avec 3%.

La variable « cadres et professions intellectuelles » a été exclue à cause d'une anomalie de remplissage de dossiers. En effet il n'y avait que 2 cas dans cette catégorie dont une femme qui était venue à la consultation post-IVG et l'autre non.

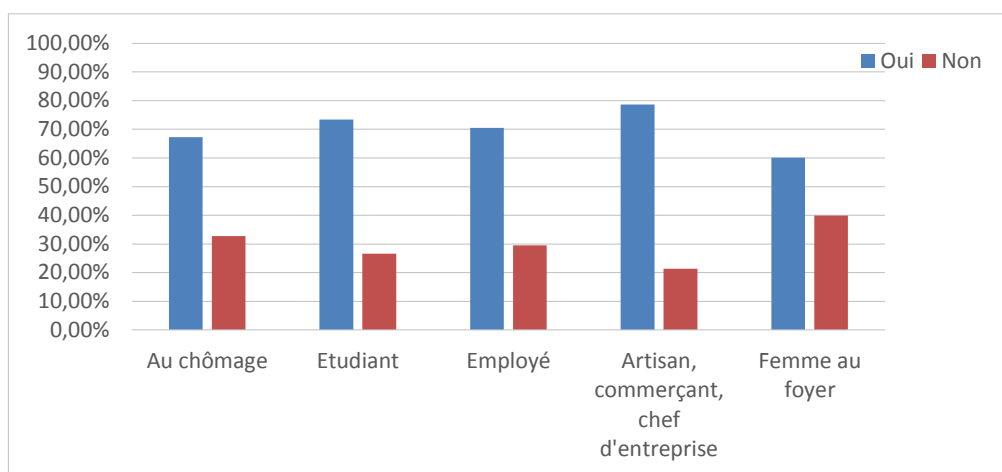


Figure - Répartition de l'observance selon la profession

Elles sont 78,7% à se rendre à la consultation post-IVG quand elles sont chefs d'entreprise, artisans ou commerçantes, 74% quand elles sont étudiantes, 70,5% pour les employées, 67,8% pour celles au chômage et 60% pour les femmes au foyer.

Tableau - Profession et consultation post-IVG

Variabes	OR	IC 95%	p
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,65	[0,43 – 0,98]	0,04
Au chômage	1,16	[0,93 – 1,46]	0,18
Femme au foyer	1,59	[1,37- 1,83]	<0,0001
Etudiant	0,87	[0,74 – 1,02]	0,08

L'analyse univariée prenant en référence les « employées » montre que le fait d'être artisans, chefs d'entreprise ou commerçantes est protecteur par rapport à la non venue à la consultation post-IVG.

A contrario, les femmes au foyer ont plus de risque de ne pas s'y rendre.

Pour les femmes au chômage et les étudiantes, l'IC comprenant 1 nous ne pouvons pas conclure.

## 2.8. Consommation de toxique

47,6% des femmes ne consomment pas de toxique contre 52,4% qui en consomment de manière régulière (tabac, alcool, toutes drogues confondues).

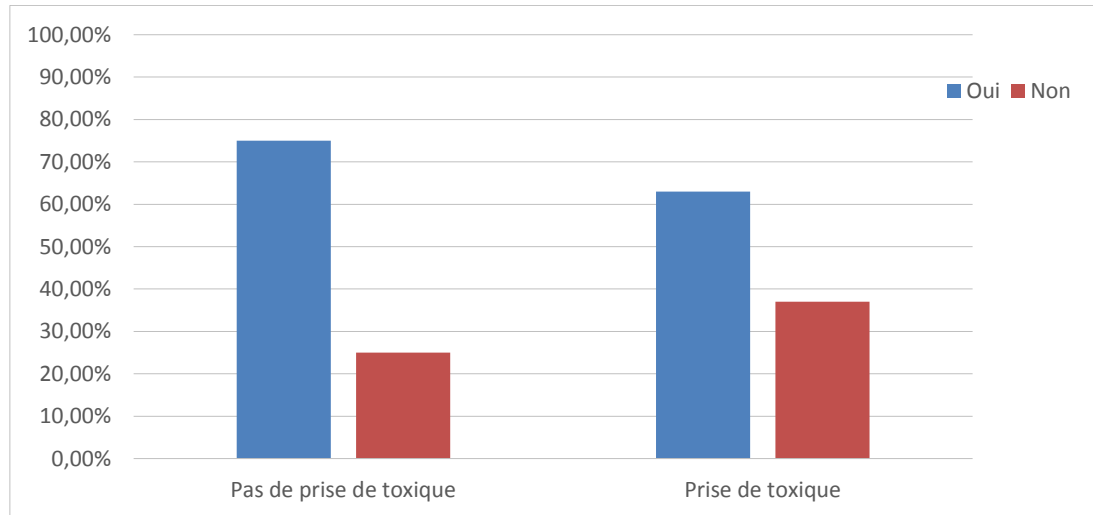


Figure - Répartition de l'observance selon la consommation de toxique

64,4% des femmes consommant des toxiques se rendent à la consultation contre 74,72% des femmes n'en consommant pas.

Il y a 1,31 fois plus de risque que les femmes qui consomment des toxiques ne viennent pas à la consultation post-IVG (IC95% [1,17 – 1,47] ;  $p < 0,0001$ ) par rapport aux femmes qui n'en consomment pas.

## 3. Données en lien avec l'IVG

### 3.1. Motif de l'IVG

Il y a 60% des femmes qui n'ont pas exprimé de raison lors de la demande d'IVG, 33,4% ont donné une raison sociale, 5,6% une raison en lien avec le partenaire, 0,5% une raison médico-psychique.

90,62% des femmes se rendent à la consultation post-IVG lorsque la raison exprimée est médico-psychique. Elles sont 68,15% à venir quand elles n'ont pas exprimé de raison, 67,57% lorsque la raison est sociale et 65,3% quand la raison est en lien avec le partenaire.



Tableau - Raisons de l'IVG et consultation post-IVG

Variabes	OR	IC95%	p
Raison non exprimée	1,54	[1 – 2,37]	0,04
Raison médico-psychique	0,13	[0,02 – 0,98]	0,04
Raison en lien avec le partenaire	2,7	[1,46 – 5]	0,0015

L'analyse univariée prenant en référence la raison sociale montre qu'elles ont 2,7 fois plus de risque de ne pas venir à la consultation post-IVG quand le motif est en lien avec le partenaire. Lorsque la raison n'est pas exprimée, l'IC comprenant 1 nous ne pouvons pas conclure. Et le fait de faire une IVG pour une raison médico-psychique est protecteur avec un OR à 0,13.

### 3.2. Antécédents d'IVG

59,4% des femmes n'ont aucun antécédent (ATCD) d'IVG et 40,6% des femmes en ont au moins un.

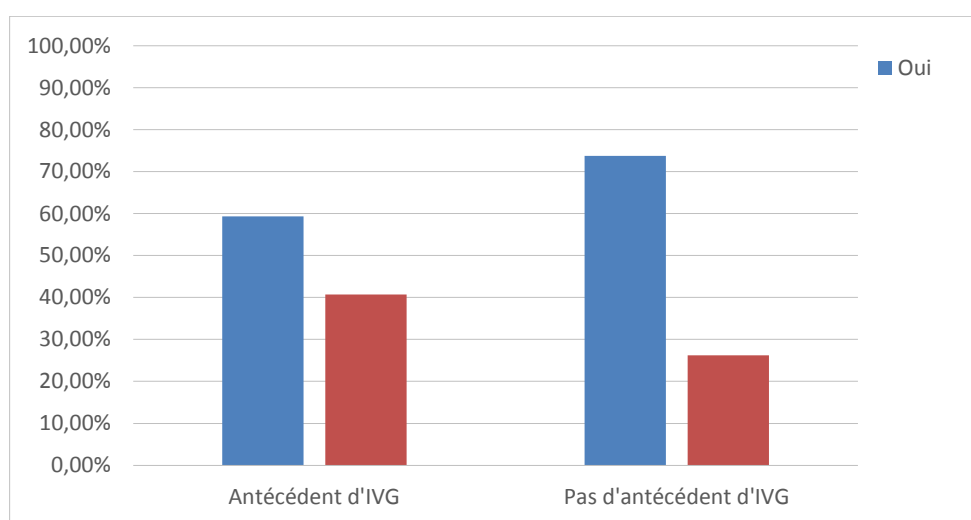


Figure - Taux d'observance selon les antécédents ou non d'IVG

74% des femmes qui n'ont pas d'ATCD d'IVG se rendent à la consultation contre 59% des femmes qui ont au moins 1 ATCD d'IVG.

Les femmes ayant un ATCD d'IVG ont 1,93 fois plus de risque de ne pas venir que celles n'en ayant pas (IC95% [1,71 – 2,17] ;  $p < 0,0001$ ).

### 3.3. Protocole d'intervention

55,5% des femmes ont eu une IVG médicamenteuse et 45,5% une IVG instrumentale.

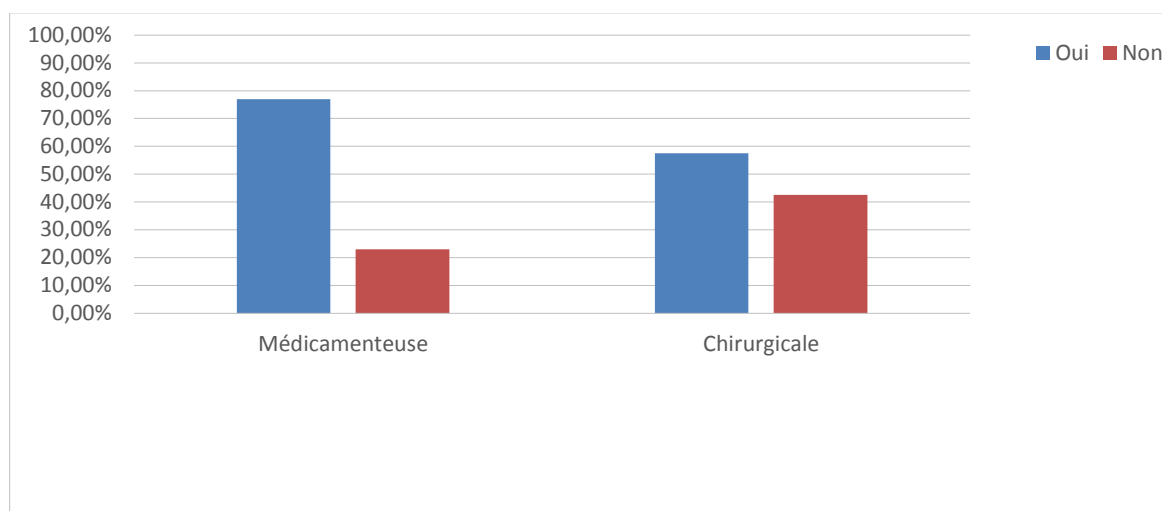


Figure - Taux d'observance selon le protocole d'intervention

57,1% des femmes ayant eu une IVG instrumentale se rendent à la consultation post-IVG contre 76,98% pour une IVG médicamenteuse.

Et l'IVG médicamenteuse est significativement protectrice de ne pas se rendre à la consultation post-IVG (OR 0,4 ; IC 95% [0,36 – 0,46] ;  $p < 0,0001$ ).

### 3.4. Contraception à la sortie de l'IVG

8% des femmes ne sortent avec aucune contraception après l'IVG et 92% en ont une.

64,5% des femmes qui ont une contraception à la sortie de l'IVG viennent contre 76,77% qui n'en ont aucune, toute contraception confondue.

Les femmes ayant un moyen de contraception ont 1,56 fois plus de risque de ne pas venir à la consultation post-IVG (IC95% [1,24 – 2,34] ;  $p < 0,0001$ ).

### 3.5. Pose d'un DIU en per-opératoire

Sur 2261 femmes qui ont eu une IVG instrumentale, 84,4% des femmes n'ont pas eu de DIU en per-opératoire.

Le pourcentage de femmes se rendant à la consultation post-IVG après la pose d'un DIU après une IVG instrumentale est de l'ordre de 68,39% contre 56,6% qui n'en ont pas.

Le fait d'avoir bénéficié de la pose d'un DIU est protecteur de ne pas se rendre à la consultation post-IVG avec un OR à 0,72 (IC95% [0,57 – 0,91] ; p = 0,006).

#### 4. Les données non significatives

Certaines données ne sont pas significativement en lien avec la non venue à la consultation post-IVG. Ce sont :

- l'échec ou l'absence de contraception avant l'IVG,
- la réalisation de la consultation sociale,
- la pose d'un implant après l'IVG.

#### 5. Profil des femmes

A partir de tous ces critères, une analyse multivariée a permis de déterminer le profil des femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG et celles y allant.

Tableau - Profil des femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG

Variabiles	OR	IC95%	P
Nationalité française	1,44	[1,19 – 1,74]	0,0002
Enfant au foyer	1,5	[1,29 – 1,73]	<0,0001
Consommation toxiques	1,25	[1,11 – 1,42]	0,0004
ATCD IVG	1 ,85	[1,63 – 2,11]	<0,0001

Les femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG sont les femmes de nationalité française, consommant des toxiques, avec un ou plusieurs enfants au foyer et avec au moins 1 ATCD d'IVG.



Tableau - Profil des femmes se rendant à la consultation post-IVG

Variables	OR	IC95%	P
Age > 39 ans	0,51	[0,39-0,68]	<0,0001
Age 30-39 ans	0,62	[0,53-0,73]	<0,0001
Mariées/ Pacsées	0,72	[0,61-0,86]	<0,0001
IVG médicamenteuse	0,41	[0,36-0,46]	<0,0001

A l'inverse les femmes de plus de 30 ans, mariées ou pacsées et ayant eu une IVG médicamenteuse constituent un profil protecteur à la non venue à la consultation post IVG.



## **Analyse et discussion**





## 1. Forces et limites de l'étude

Le principal point fort de notre étude est sa puissance. En effet nous disposions d'une population d'étude très conséquente (5669 femmes) et d'un bon nombre de variables significatives, ce qui n'était pas le cas pour l'étude de C. AUVARA qui ne disposait que de 160 femmes. (1)

Ce sujet s'inscrit aussi dans un travail plus général du groupe IVG Contraception du Réseau Périnatal Aquitaine qui vient en complément de la thèse qualitative de M. ALESI. (25)

Malgré une étude rétrospective nous avons inclus des patientes de 2010 à 2016 ce qui fait un état des lieux récent concernant les caractéristiques médico-sociales des femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG.

L'un des points faibles de notre étude est sa rétrospectivité, car les études rétrospectives sont statistiquement moins valables que les études prospectives.

Il en est de même pour la monocentricité de celle-ci : cette étude ne concerne que la population de l'HME à Limoges et les critères des femmes n'allant pas à la consultation post-IVG peuvent varier d'une ville à l'autre.

Nous avons été confrontés à un biais de remplissage : en effet pour l'item consultation post-IVG proposée nous n'avions que 28% de « oui », pourtant 68% des femmes sont venues à la visite de contrôle.

Pour l'item « cadres et professions supérieurs », seulement 2 patientes étaient entrées dans cette catégorie, ce qui n'est pas représentatif de la population générale.

Nous avons découvert que trop tard l'existence de l'item « RDV fixé pour la visite de contrôle », car il aurait été intéressant de l'utiliser afin de voir le nombre de femmes ne venant pas à la consultation post-IVG malgré le RDV prévu.

Nous n'avions pas non plus d'informations concernant les femmes qui avaient décidé de pratiquer leur consultation post-IVG ailleurs qu'à l'HME.

Il aurait été intéressant d'exploiter la donnée « localisation » car dans l'étude de C. AUVARA (1) et de M. ALESI (25) il a été démontré que la proximité géographique influait favorablement sur l'observance de la consultation de contrôle.



## **2. L'inobservance de la consultation post-IVG**

En France le taux d'observance de la consultation post-IVG varie de 53 à 83%. L'HME de Limoges se situe donc par rapport aux autres hôpitaux de France dans la moyenne (68% d'observance).

A l'hôpital Bichat Claude Bernard à Paris, ce taux est de 69,3 % et de 62,5% à l'hôpital de Nice (26, 1).

Dans plusieurs études, une insatisfaction des femmes vis à vis des équipes soignantes ou bien du déroulement de leur IVG est identifiée comme étant une des causes possibles du fort taux d'inobservance (25, 27).

Néanmoins, concernant l'hôpital Bichat à Paris, plus de 90 % des femmes ont été satisfaites de l'accueil en ville ou à l'hôpital ; l'argument d'un mauvais contact avec le corps médical pour expliquer les 30,7 % de femmes qui ont décidé de ne pas venir à la consultation de contrôle a donc été écarté par cet établissement. (27)

En complément de la thèse qualitative de M. ALESI qui interrogeait directement les femmes sur les raisons de leur non venue à la consultation post-IVG, nous nous sommes intéressés à leurs caractéristiques propres, sociales et médicales.

## **3. Analyse des résultats**

### **3.1. Données sociales**

#### **3.1.1. Nationalité**

Les précédents résultats nous ont montré que les femmes de nationalité étrangère se présentaient plus souvent à la consultation post-IVG.

L'étude de C. AUVARA (1), à partir de 160 patientes, n'a pas retrouvé de différence significative entre l'observance des patientes nées en France et l'observance des patientes nées à l'étranger.

Pour notre étude, on constate cette différence mais on ne peut pas l'exploiter du fait des différents types de nationalité. Il aurait été intéressant de regrouper les différentes nationalités par continent ou culture, afin de voir si l'origine ethnique avait un impact sur la venue à la consultation post-IVG.



### 3.1.2. L'âge, le mode de vie, la situation maritale, le motif de l'IVG

Les âges extrêmes > 39 ans et < 18 ans sont les patientes les plus observantes.

L'étude de C. AUVARA (1) n'a pas retrouvé de différence significative mais a mis en évidence la non venue de la tranche d'âge des 18-24 ans, tout comme dans notre étude où les 18-29 ans constituent la tranche d'âge qui a le plus de risque de ne pas venir à la consultation post-IVG.

Par ailleurs, d'après l'étude de A. ARNAUD (28) et à l'aide du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé, construit en 1998), les femmes appartenant à cette tranche d'âge sont majoritairement en situation de vulnérabilité.

Le score EPICES permet de mettre en évidence des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui échappent aux critères socio-administratifs habituels. Ces données seront utilisées tout au long de notre discussion pour appuyer nos résultats.

Ces femmes en situation de vulnérabilité, peuvent ne pas arriver à trouver un équilibre dans leur vie personnelle ou familiale, et se comportent vis à vis du suivi de leur santé, entre autres la venue à la consultation post-IVG, de façon anarchique et immature. (28, 29)

Il est possible de recouper cette donnée avec le mode de vie et la situation maritale. En effet le fait de vivre avec sa famille ou en couple et d'être mariée/pacsée est protecteur à la non venue en consultation post-IVG. L'entourage constitue un point clé de la venue à cette consultation, or il est plus fréquent que les jeunes filles mineures vivent encore avec leur famille.

Concernant la génération actuelle, les femmes se mettent en couple et se marient de plus en plus tard ; en 1970, les femmes se mariaient à l'âge moyen de 22,6 ans et en 2012 cet âge était de 30,2 ans, (30) d'où l'effet protecteur après 29 ans.

Notre étude nous montre que les moins observantes sont les célibataires, alors que dans l'étude de C. AUVARA (1) les célibataires sont plus observantes que les femmes en couple, mais il n'y a pas de différence significative retrouvée pour cette valeur.

Pour certaines de ces femmes cette IVG constitue un échec concernant leur vie amoureuse, elles ont envie de « tourner la page », de « passer à autre chose ». D'où leur non venue à la consultation post-IVG une fois l'IVG faite. (25)



Il y a un fort taux de femmes qui ne se rendent pas à la consultation post-IVG dont la raison n'a pas été exprimée. Cette donnée n'a pas pu être exploitée car l'IC comprend 1. Il faut tout de même préciser que parfois lors des entretiens pré-IVG, les femmes se sentent obligées de justifier leur état de détresse, et n'ont pas forcément envie de revenir à l'entretien post-IVG de peur d'être culpabilisées par le professionnel de santé. (31)

### **3.1.3. Niveau d'études, profession et influence du suivi de santé selon le niveau socio-économique**

Plusieurs études ont démontré que le statut marital, le niveau d'études et la profession influent dans le suivi de la santé. (32)

Ces données corroborent nos résultats puisque plus le niveau d'études est élevé, plus les chances de se rendre à la consultation post-IVG sont meilleures.

Il existe également une différence statistiquement significative entre l'obtention du baccalauréat et l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse avec un  $p < 0,0002$  concernant l'étude de C. AUVARA (1).

Il paraît cohérent de penser que les patientes ayant fait des études ont un niveau de compréhension supérieur, et de ce fait soient plus à même de comprendre les informations données par le médecin ou la sage-femme sur l'importance de la consultation post-IVG., Un faible niveau d'instruction, une situation économique plus difficile, peuvent être un frein pour l'appréhension des problèmes de santé. (28, 33)

### **3.1.4. Consommation de produits toxiques**

Les femmes consommant des toxiques se rendent moins à la consultation post-IVG.

Des facteurs psychosociaux ont aussi une influence sur la santé. Sous cette dénomination on inclut d'une part les facteurs stressants, qui peuvent conduire à avoir recours à des produits toxiques tels que l'alcool, le tabac, les drogues illégales et d'autre part les mécanismes allant avec ces facteurs de stress tels que la manière individuelle de recevoir les événements et le réseau social : les gens vivant seul ont un suivi de santé moins bon que les gens vivant avec d'autres personnes.

Souvent, le niveau d'études peu élevé ainsi que la catégorie professionnelle, la consommation de toxique et l'isolement social constituent un profil type à un mauvais suivi

de la santé. (34)

Ceci est confirmé par les résultats de notre étude : en effet les femmes vivant seules et ayant un niveau d'études peu élevées se rendent moins à la consultation post-IVG. (35, 36)

Cette donnée confirme le lien entre précarité et défaut de soins : dans son étude A. ARNAUD (28) conclut que les femmes isolées et/ ou célibataires et plus souvent sans emploi ou femmes au foyer ont un moins bon suivi de leur santé.

### **3.1.5. Enfant au foyer**

La présence d'au moins un enfant au foyer est un facteur de risque à la non venue à la consultation post-IVG. Il peut sans doute s'agir d'une difficulté d'organisation économique vis-à-vis des gardes d'enfants qui rend plus difficile la venue à la consultation post-IVG. Il est en effet délicat de venir avec ses enfants à ce type de consultation où le vécu de l'IVG et la contraception sont abordés.

## **3.2. Données médicales**

### **3.2.1. ATCD IVG**

Les patientes n'ayant jamais subi d'IVG reviennent significativement plus à la consultation de contrôle.

A Nice, plus de femmes n'ayant pas d'ATCD d'IVG se rendent à la consultation post-IVG, mais cette donnée n'est pas significative.

Nous pouvons penser que ces patientes ne connaissent pas le déroulement de l'IVG et craignent plus l'échec que les patientes qui ont déjà eu recours à une IVG qui s'est passée sans complication. Lors d'une première IVG le plus souvent il existe une absence de contraception ou une insatisfaction de celle-ci et l'envie de mettre une contraception en place ou d'en changer motive plus les femmes à se rendre à la consultation post-IVG.

Quel que soit le statut conjugal, les relations seraient généralement plus instables chez les femmes qui répètent les IVG. Or l'instabilité de la relation de couple est une des caractéristiques des femmes vulnérables selon EPICES. (28)



### **3.2.2. Protocole d'intervention**

Les femmes ayant une IVG instrumentale se rendent moins à la consultation post-IVG.

Lorsqu'il y a un protocole pour une IVG médicamenteuse, la consultation post-IVG est systématiquement abordée pour s'assurer de l'efficacité de la méthode.

On peut penser que lors des IVG instrumentales, les professionnels de santé insistent moins sur la venue à la consultation post-IVG puisque l'efficacité de cette méthode est vérifiée directement au bloc par contrôle échographique.

De plus, à Limoges, l'anesthésie locale n'est jamais proposée et les patientes n'ont pas d'autres choix que l'anesthésie générale. L'impossibilité de choisir la méthode d'anesthésie pourrait être un facteur de non venue à la consultation post-IVG, les patientes ne se sentant pas libres de leur choix.

### **3.2.3. Contraception à la sortie de l'IVG et pose d'un DIU en per-opératoire**

Les femmes qui n'ont pas de contraception en sortant de l'IVG viennent plus à la consultation post-IVG. En effet, la majorité des femmes pour lesquelles une nouvelle contraception a déjà été mise en place que ce soit lors de l'IVG avec une pose de DIU ou bien avec une prescription de contraception orale ne voient pas l'intérêt de revenir en visite de contrôle. (25)

Dans l'étude de C. AUVARA, les patientes n'ayant pas de moyen de contraception reviennent globalement plus à la consultation post-IVG que les autres.

En contradiction avec notre étude, les femmes ayant eu un DIU en per-opératoire après une IVG instrumentale (donc sortant avec une contraception) se rendent plus à la consultation post-IVG. Peut-être les patientes sont-elles plus inquiètes sur la bonne mise en place de leur nouvelle contraception avec des questions à poser lors de cette consultation. Elles considèrent cette consultation comme un moment pour évaluer leur contraception choisie.

## **3.3. Profil des femmes inobservantes**



Concernant le profil de femmes à risque de ne pas se rendre à la consultation post-IVG on remarque que ce sont des femmes de nationalité française qui ont au moins un enfant au foyer, qui consomment des toxiques et qui ont au moins un ATCD d'IVG.

Ces femmes se rendent moins à la consultation post-IVG sûrement à cause d'une difficulté pratique et organisationnelle (faire garder l'enfant le temps de la consultation) qui peut être d'ordre économique (le coût de la garde).

Les femmes qui ont au moins un ATCD d'IVG, qui consomment des produits toxiques et qui sont le plus souvent isolées ont un moins bon suivi de leur santé, et d'après le score EPICES, ces critères représentent un profil de vulnérabilité. En général, ces femmes ont peu d'estime d'elles mêmes et ne s'accordent que très peu de valeur, d'où leur défaut de prise en charge concernant leur santé.

#### **4. Perspectives d'actions et d'études**

Différentes actions pourraient être mises en places : ce sont :

- Renforcer la sensibilisation de l'intérêt de la consultation post-IVG des femmes lors de la consultation pré-IVG, par un comportement empathique et non jugeant, et par une information claire expliquant l'intérêt de cette consultation. Le faire aussi au décours de l'acte, à l'aide d'une brochure par exemple en leur présentant cette consultation comme un moment plus favorable à la discussion tournée vers l'avenir.
- Insister sur le suivi gynécologique de prévention (frottis, contraception) qui peut être assuré par son gynécologue, sa sage-femme ou son médecin traitant. Surtout, donner une information complète au sujet de la contraception (6% des IVG ont lieu dans le post partum). Dans son étude, M. LAFEYSSE montrait que près d'un tiers des patientes affirmaient qu'on ne leur avait pas parlé de la contraception d'urgence à l'occasion de la consultation post-IVG. Cela souligne l'importance de délivrer une information complète sur la contraception lors d'un temps dédié, notamment la contraception d'urgence, et de prendre en compte le mode de vie, les préférences, et les freins matériels des patientes en situation de précarité, en consultation post-IVG.
- Former les professionnels aux dépistages des violences conjugales, souvent retrouvées lors des entretiens IVG. Ce sont souvent les femmes en état de précarité qui subissent

des violences conjugales. Les violences conjugales sont retrouvées plus souvent chez les femmes ayant eu plusieurs fois recours à l'IVG.

- Laisser à la patiente le choix de sa contraception. En effet, dans plusieurs études (25, 28, 31), les patientes expriment le fait d'avoir « subi » le choix de leur contraception. Une contraception choisie et comprise sera toujours plus efficace qu'une contraception qui a été imposée. En modifiant la grille de recueil de l'HME concernant le choix de la patiente au sujet de sa contraception, la sensibilisation du professionnel face à ce problème pourrait être améliorée.
- Evaluer la satisfaction des patientes sur la prise en charge de leur IVG à l'aide d'un questionnaire afin d'améliorer nos pratiques et d'évaluer son effet sur l'observance de la consultation post-IVG. En effet, dans certaines études, l'insatisfaction des patientes au sujet du déroulement de l'IVG et de son accompagnement par l'équipe soignante a été retrouvée. De plus, aucune étude n'a été réalisée sur la satisfaction des patientes vis à vis de leur prise en charge lors d'une IVG instrumentale.
- Renforcer la formation médicale initiale et continue des professionnels de santé concernés par la planification en les incitant à faire un DU (Diplôme Universitaire) complémentaire (DU régulation des naissances), et améliorer la formation initiale des étudiants en encadrant plus les internes sur le terrain et en incluant plus de stages au planning familial pour les élèves sages-femmes.





## Conclusion

---

Les commentaires sur l'inobservance de la consultation de contrôle varient selon les études. (1, 37) Certains expliquent que c'est un alea inévitable et inhérent à n'importe quel acte ou pathologie traitée en médecine ambulatoire et qu'il faut l'accepter. Beaucoup se rassurent en disant que la méthode médicamenteuse est sûre et efficace, ce qui tend à supposer qu'une femme non venue va bien, mais que le risque d'une grossesse évolutive peut être ignorée. D'autres ne se prononcent pas et disent que d'après les données actuelles, il n'est pas possible de dire si la non venue à la consultation de contrôle constitue un sur-risque. Enfin, certains cherchent à simplifier la procédure afin d'augmenter l'observance, diminuer le coût, favoriser l'accès à l'IVG et alléger le vécu :  $\beta$ -HCG plasmatique, entretiens téléphoniques et  $\beta$ -HCG urinaire à domicile (37).

Cet entretien représente pour les femmes l'occasion de s'exprimer sur le vécu de leur IVG, de dire leurs difficultés vis à vis de la grossesse, du souhait d'enfant, de la gestion de la contraception, des violences conjugales dépistées. Cet entretien doit donc être systématiquement proposé, en donnant envie aux femmes d'y participer.

Pour tout cela, il semble important de favoriser l'accès à la consultation post-IVG afin que ces femmes, lors de celle-ci, se réapproprient leur suivi gynécologique de prévention.

L'intérêt et le but de la consultation de contrôle devraient être clairement expliqués en amont aux patientes afin de les sensibiliser davantage et augmenter leur assiduité.



## Références bibliographiques

---

1. AUVARA C., "Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes" Nice, octobre 2013 Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00913889/document> (consulté le 21.12.15)
2. FAUCHER P., BAUNOT N., et MADELENAT P., « Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville hôpital : étude prospective sur 433 patientes. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. » 2004. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/33658/figures/efficacite-et-acceptabilite-de-l-interruption-volo> (consulté de 29.12.15)
3. COLLET M., VILAIN A., « Méthodologie de l'enquête sur les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse en 2007. » Série Sources et méthodes, Drees, juin 2012 Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/methodologie-de-l-enquete-sur-les,10967.html> (consulté le 21.04.16)
4. HAS fiche mémo contraception chez la femme après une IVG juillet 2013, mise à jour janvier 2015 Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf) (consulté le 21.04.16)
5. Code de la Santé Publique « Article L2212-1 » modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127 Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007112255&ordre=null&nature=null&g=ls> (consulté le 23.02.16)
6. MORGNY C., « Interruption volontaire de grossesse: tenter de comprendre la répétition » 2005 (consulté le 19.04.16) Disponible sur : <http://orsbourgogne.free.fr/rapIVGrep.pdf>
7. Thèse du Dr ALOUINI S., "Quels sont les facteurs de risque des femmes recourant à des IVG à répétition. Moyens de prévention." Promotion 1999-2000 (consulté le 29.01.16)
8. « Le nombre d'IVG est stable mais moins de femmes y ont recours » 2014 Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/175/population\\_fr\\_2014\\_3\\_france\\_pdf.fr.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf) (consulté le 23.02.16)
9. <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/ivg.html> (consulté le 15.04.16)



10. Recommandations de la HAS, décembre 2010 Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse) (consulté le 20.04.16)
11. Obligation d'information page 7 du dossier-guide du Ministère de la Santé et à l'article L-2212-3 du code de la santé (consulté le 21.04.16)
12. Journal officiel <https://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 18.04.16)
13. L'ordre des sages femmes Communiqué de presse Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-loi-de-sante-a-ete-publiee-au-journal-officiel/> (consulté le 18.04.16)
14. Cours d'orthogénie à l'école de sages-femmes de Limoges de Mme Bourdier L.
15. Méta -analyse de Kahn: 54 études publiées 1991-1998 (consulté le 18.12.15)
16. Cours du Docteur Philippe LEFEBVRE Chef de service Orthogénie- ROUBAIX « Les complications des IVG D.U de régulation des naissances et suivi de la femme. » UFR Bordeaux, février 2011
17. MAINGUY A., « Vécu psychique de la femme après l'IVG, synthèse de la littérature qualitative francophone depuis 2000 » Disponible sur : <http://theseimg.fr/1/node/135> (consulté le 3.12.15)
18. JACKSON A., DAYANANDA I., et FORTIN J. Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*. 2012. vol. 85, n° 2, p. 192–7. DOI 10.1016/j.contraception.2011.05.019.REVHO. Rapport d'activité. 2014. Disponible sur : [http://www.revho.fr/professionnels/documents\\_pdf/CR\\_RDS\\_annuelle\\_REVHO\\_2014.pdf](http://www.revho.fr/professionnels/documents_pdf/CR_RDS_annuelle_REVHO_2014.pdf) (consulté le 23.12.15)
19. CLARK W., BRACKEN H., et TANENHAUS J. “Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion.” *Obstetrics and Gynecology*. 2010. (consulté le 22.12.17)
20. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG, résumé par C. Moreau J. Desfrères et N. Bajos (consulté le 1.03.16)
21. [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_IVG\\_GT\\_2\\_CSIS\\_2011-2.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf) (consulté le 12.01.16)
22. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, et al. « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON ». 2005 Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/115233> (consulté le 20.01.16)
23. Thèse de Rousset V. et Thollot L., « étude qualitative par entretiens semi-dirigés



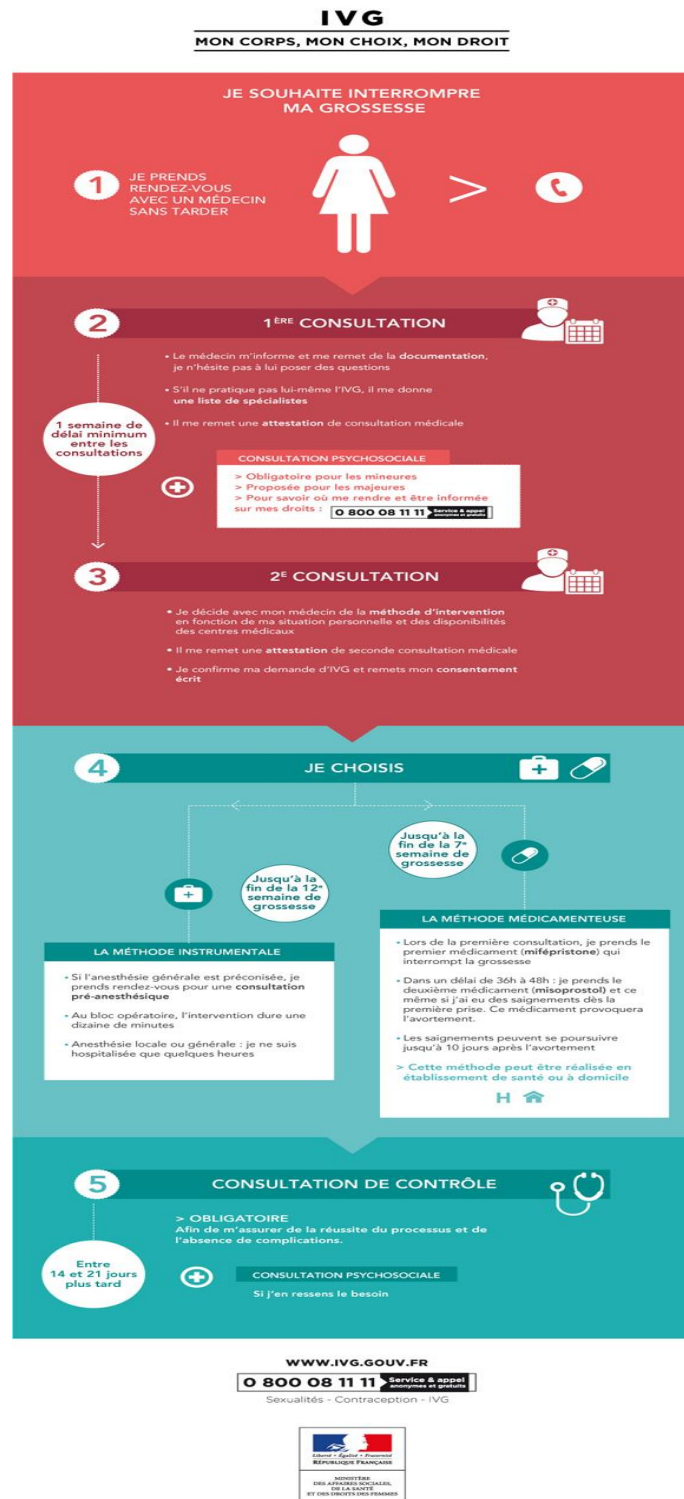
concernant les femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile dans la région Midi-Pyrénées en 2014 » (consulté le 02.02.16)

24. BAJOS et al, « La contraception en France : Nouveau contexte, nouvelles pratiques ? » 2012. Disponible sur : [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19160/pes492.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf) (consulté le 28.04.16)
25. ALESI M., « Comprendre l'absence à la consultation post-IVG : Etude qualitative auprès des femmes concernées en Aquitaine » Bordeaux juin 2017
26. Article sur l'efficacité et l'acceptabilité de l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes (2004)  
[http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources\\_doctrinales/francais/ru\\_ville\\_experience\\_france.pdf](http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/sources_doctrinales/francais/ru_ville_experience_france.pdf) (consulté le 15.04.17)
27. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01093073/document> (consulté le 27.05.17)
28. ARNAUD A. « Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES », Bordeaux, octobre 2014
29. FAIVRE S., 2002 « La pratique de l'IVG aujourd'hui : enjeux et conséquences » Marseille Disponible sur : <https://fr.scribd.com/document/332876125/Memoire-IVG-Faculte-de-Medecine-de-Marseille> (consulté le 14.06.17)
30. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288325?sommaire=1288404> (consulté le 27.05.17)
31. LAFEYSSE M., 2010 « Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine » Disponible sur : [https://books.google.fr/books/about/Caract%C3%A9ristiques\\_psychosociales\\_des\\_fem.html?id=xS28ZwEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.fr/books/about/Caract%C3%A9ristiques_psychosociales_des_fem.html?id=xS28ZwEACAAJ&redir_esc=y) (consulté le 23.11. 2016)
32. <https://www.erudit.org/en/journals/cqd/1996-v25-n2-cqd581/010211ar/abstract/> (consulté le 3.06.17)
33. <http://www.memoireonline.com/04/06/152/etude-determinants-socio-economiques-utilisation-services-sante.html> (consulté le 3.06.17)
34. [http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2002\\_num\\_20\\_4\\_1570](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_4_1570) p.83 (consulté le 3.06.17)
35. <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/santefr/sociofr.pdf> (consulté le 3.06.17)
36. <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-inegalites.soc.sante.U1579.pdf> (consulté le 16.06.17)
37. NGUYEN F. « L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville – Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG médicamenteuse »

2011. Paris. (Consulté le 2.02.17) Disponible sur :  
[http://bezanson.fr/Documents/IVG/These\\_Franck\\_Nguyen\\_IVG%20mediamenteuses.pdf](http://bezanson.fr/Documents/IVG/These_Franck_Nguyen_IVG%20mediamenteuses.pdf)



Annexe I : Extrait de la plaquette d'information du ministère de la santé, sur le déroulement de l'interruption volontaire de grossesse



Julie PARES

# Consultation post-IVG : Profil des femmes inobservantes

---

Mémoire de fin d'études | Ecole de Sages-femmes de Limoges | Année 2017

**Résumé** : Il existe une inobservance importante des femmes face à la consultation post-IVG, pourtant une étape essentielle au suivi de l'IVG.

L'objectif de cette étude a été de dresser un profil type des femmes inobservantes à cette consultation.

Une étude cas-témoin rétrospective à partir des dossiers de 5669 femmes ayant eu recours à des IVG médicamenteuses ou instrumentales à l'Hôpital Mère Enfant (HME) de Limoges du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, a été réalisée. Les caractéristiques sociales (âge, profession, situation conjugale, etc.) et médicales en lien avec l'IVG ont été relevées afin de comparer les deux populations.

L'étude a permis de dresser des caractéristiques médico-sociales ainsi qu'un profil à risque et un profil protecteur des femmes ne se rendant pas à la consultation post-IVG.

---

**Mots-clés** : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (early medical abortion), consultation post-IVG (follow-up visit), complications, efficacité (efficacy), acceptabilité (acceptability), contraception, observance (compliance), précarité.

