



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2018

N°

**Pratique de l'IVG dans la région chalonnaise entre 2014 et 2016 :
étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 24 mai 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Générale

par Mme Eugénie PERRIN épouse CHARLES

Née le 09 janvier 1987

A Saint Rémy

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2018

N°

**Pratique de l'IVG dans la région chalonnaise entre 2014 et 2016 :
étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 24 mai 2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine Générale

par Mme Eugénie PERRIN épouse CHARLES

Née le 09 janvier 1987

A Saint Rémy

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} **Septembre 2017**

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :	Monsieur le Professeur Serge DOUVIER
Assesseurs :	Madame le Professeur Catherine QUANTIN
	Madame le Professeur Christine BINQUET
Directrice de thèse :	Madame le Docteur Marion MANGIN-MEYNIEL

REMERCIEMENTS

A tous les membres du jury,

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez accepté de me consacrer.

A Monsieur le Professeur Serge DOUVIER,

Vous me faites le très grand honneur de présider cette thèse, qu'il soit ici l'occasion de vous exprimer ma profonde gratitude et mon respect. Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Professeur Christine BINQUET,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Madame le Professeur Catherine QUANTIN,

Vous me faites l'honneur de compter parmi les membres du jury afin de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marion MANGIN-MEYNIEL,

Tu m'as fait l'honneur d'encadrer, d'encourager et d'améliorer mon travail tout au long de cette année malgré les difficultés. Je te remercie chaleureusement pour ta grande disponibilité, ta positivité et tous tes conseils qui m'ont énormément aidé.

Au service des archives et au département d'information médicale du CH W. Morey,

Pour leur aide primordiale lors du recueil de données.

Au Docteur Philippe d'ATHIS,

Pour votre aide précieuse dans l'analyse statistique des données. Soyez vivement remercié pour votre investissement, votre réactivité et vos conseils avisés.

A tous mes maîtres de stage d'externat et d'internat,

J'ai trouvé ma voie grâce à vous. Pour tout ce que vous m'avez enseigné, soyez assurés de mes remerciements les plus sincères.

A Julien,

Pour ton amour, ton soutien sans faille, et ta patience. Pour avoir réussi à me supporter dans les moments difficiles et pour tous les sacrifices que tu as fait pour moi, à m'attendre. J'espère que tu vas pouvoir enfin commencer à penser à toi.

A Justine et Léo,

Mes amours qui me motivent pour avancer chaque jour.

A mes parents,

Pour votre soutien infaillible dans tous les domaines depuis de si longues années. J'ai pu devenir celle que je suis aujourd'hui grâce à vous.

A mes frères, ma famille et ma belle-famille,

Pour vos chaleureux encouragements et toutes vos marques d'affections.

A Camille,

Sans qui je n'aurais sans doute jamais osé me lancer dans cette merveilleuse aventure qu'est la médecine. Merci pour toutes ces années à mes côtés, dans les bons comme dans les mauvais moments, en espérant que de très bonnes étapes nous attendent encore...

A tous mes amis,

Pour vos encouragements et votre impatience malicieuse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

I-	INTRODUCTION	15
1-	Définitions	15
2-	Législation et son évolution	15
3-	Epidémiologie de l'IVG en France	16
II-	METHODES.....	18
1.	Type d'étude.....	18
2.	Critères d'inclusion et d'exclusion	18
3.	Comparabilité des groupes	20
4.	Recueil des données.....	20
5.	Outils statistiques.....	21
III-	RESULTATS.....	22
1.	Catégories socio-professionnelles.....	22
2.	Age.....	24
3.	Statut conjugal	25
4.	Tabagisme et consommation de toxiques	26
5.	Le type d'IVG	27
6.	La gestité	28
7.	La parité.....	28
8.	La visite post-IVG.....	29
9.	La contraception avant l'IVG	30
10.	La contraception envisagée après l'IVG lors de la première consultation pour demande d'IVG.....	31
11.	La contraception post IVG	32
12.	La contraception en fonction de l'âge.....	33
13.	Changement de contraception entre deux IVG.....	34

IV-	DISCUSSION	35
1.	Données démographiques (âge et parité)	35
a.	Age	35
b.	Parité.....	35
c.	Gestité.....	35
2.	Données socio-économiques	36
a.	Statut conjugal.....	36
b.	Catégorie socio-professionnelle	36
3.	Autres critères recueillis.....	36
a.	La consommation tabagique et toxicologique	36
b.	Le type d'IVG réalisé	37
c.	Les violences conjugales.....	37
4.	La contraception.....	37
a.	La contraception avant l'IVG	37
b.	Le projet de contraception en post-IVG	38
c.	La contraception en post-IVG	39
d.	Les changements de contraception	39
5.	Compliance : Présence à la visite post-IVG	40
6.	Limites	41
V-	CONCLUSIONS	42
VI-	BIBLIOGRAPHIE.....	44

TABLE DES FIGURES :

Figure 1. Schéma d'inclusion/exclusion	19
Figure 2. Etude cas-témoin, répartition des femmes avec ou sans emploi.....	22
Figure 3. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.....	23
Figure 4. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge.	24
Figure 5. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur statut conjugal	25
Figure 6. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur consommation de toxiques.....	26
Figure 7. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du type d'IVG réalisée.....	27
Figure 8. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur gestité	28
Figure 9. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur parité.....	28
Figure 10. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur présence à la visite post-IVG.....	29
Figure 11. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur moyen de contraception utilisé avant l'IVG.....	30
Figure 12. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du moyen de contraception envisagé en post-IVG.....	31
Figure 13. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du moyen de contraception prescrit après l'IVG.	32
Figure 14. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge et du moyen de contraception utilisé en pré-IVG.....	33
Figure 15. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge et du moyen de contraception utilisé en post-IVG	34

TABLE DES ANNEXES :

Annexe 1 : Méthode contraceptive pour cent femmes âgées de 20 à 44 ans en France métropolitaine.....	48
Annexe 2 : Efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptives selon l’OMS 2011.....	49

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS :

ATCD : Antécédent(s)

bHCG : chaîne bêta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

GNP : Grossesse Non Prévüe

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

I- INTRODUCTION

Pendant nos études, au gré de nos stages d'externat puis d'internat, nous sommes amenés à rencontrer des populations très variées. Et parfois, c'est une même population que nous retrouvons et qui nous apparaît sous un angle différent en fonction du contexte : aux urgences gynécologiques du CHU de Dijon, lors de consultations de médecine générale en centre d'orthogénie à Mâcon, en consultation au centre de planification et d'éducation familiale à Chalon sur Saône. Ce sont toutes ces femmes que nous avons croisées à un moment clé de leur vie, qui nous ont touchées, parfois surprises et que nous souhaitons aider indirectement avec cette étude. En observant cette population puis en tentant d'identifier les facteurs de risque d'IVG à répétition, nous pourrions porter une attention particulière à cette population afin de l'aider à éviter la ou les répétitions.

1- Définitions

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué motivé par des raisons non médicales (1).

L'IVG itérative ou IVG à répétition a été définie dans plusieurs études comme :

- Trois IVG au total pour une même femme ;
- Deux IVG d'une même femme rapprochée de moins de trois ans (définition que nous avons retenue pour ce travail) ;
- Deux IVG dans la même année pour une même femme (2).

Les grossesses non prévues (GNP) résultent de rapports sexuels, sans utilisation de moyen dont le but serait d'éviter une grossesse, ou faisant suite à un échec de la contraception utilisée, alors que la femme ne souhaite pas être enceinte (3).

2- Législation et son évolution

La « loi Veil » (4) qui autorise le recours à l'interruption volontaire de grossesse, sous certaines conditions bien définies, a été publiée le 17 janvier 1975. Elle a été votée pour cinq ans à titre expérimental (5). Au terme des cinq années d'expérience, la loi a été prolongée de façon définitive cette fois. Depuis, elle a subi plusieurs amendements visant à la modifier et à l'assouplir.

En 1982, la « loi Roudy » permet le remboursement de cet acte par l'assurance maladie.

En 1993, la « loi Neiertz » condamne l'entrave à l'IVG (6).

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, loi « Aubry », allonge le délai légal maximum de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée et facilite son accès. L'IVG médicamenteuse est désormais possible également en cabinet de ville par les gynécologues et les médecins généralistes (sous réserve d'une convention ville-hôpital). Les mineures peuvent se passer de l'autorisation parentale à condition d'être accompagnée par une personne majeure de leur choix (7).

Les IVG médicamenteuses en ville ne sont autorisées que jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse selon le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 (8), précisé par la circulaire ministérielle n° 2004-636 du 1er juillet 2004.

Actuellement, c'est la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite « loi de modernisation du système de santé », qui fait foi. Elle supprime le délai de réflexion de 7 jours auparavant obligatoire entre la demande initiale et la confirmation de la demande. Un délai de 48 heures minimum doit tout de même être respecté pour les mineures, qui ont l'obligation de rencontrer une conseillère conjugale (9). Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses (10).

Parallèlement, la pilule abortive fait son entrée sur le marché en 1988. La pilule du lendemain est en vente libre en pharmacie depuis 1999. Sa délivrance est gratuite pour les mineures à compter de 2002. Les infirmières de collèges et lycées sont autorisées à l'administrer depuis 2001, aux élèves mineures et majeures, sous certaines conditions, afin de limiter les GNP et les IVG (11).

3- Epidémiologie de l'IVG en France

En moyenne, 220 000 IVG sont réalisées en France chaque année (218 100 IVG en 2015). 57% d'entre elles sont des IVG médicamenteuses (1).

60% des femmes ayant une GNP demandent une IVG. Cela correspond à un taux de 14.4 pour 1000 femmes en âge de procréer en France qui y ont recours chaque année, avec une augmentation du taux à 27 pour 1000 entre 20 et 24 ans (1).

Pourtant, plus d'un million de contraceptions d'urgence sont vendues chaque année en France. Mais cette utilisation est encore trop faible car, en 2012, une étude a montré que seulement 20 % des femmes exposées à une GNP utilisaient une contraception d'urgence (1).

Le nombre d'IVG par an reste stable depuis plusieurs années malgré une couverture contraceptive médicalisée élevée et une diminution des grossesses non prévues. C'est ce qu'on appelle « le paradoxe français ». Depuis la légalisation de l'avortement, le nombre d'IVG à répétition a augmenté. Le nombre d'IVG annuel reste donc stable, mais le nombre

de femmes y ayant recours diminue. En France, en 2011, 33% des femmes auront une IVG au moins une fois dans leur vie, 9.5% en auront deux et 4.1% en auront trois ou plus (1). Après une première IVG, le risque d'y avoir recours à nouveau augmente (11).

II- METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive qui vise à comparer, selon différents critères prédéfinis, les femmes qui ont eu une seule IVG entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2016 à Chalon sur Saône, et celles qui en ont eu au moins deux pendant la même période.

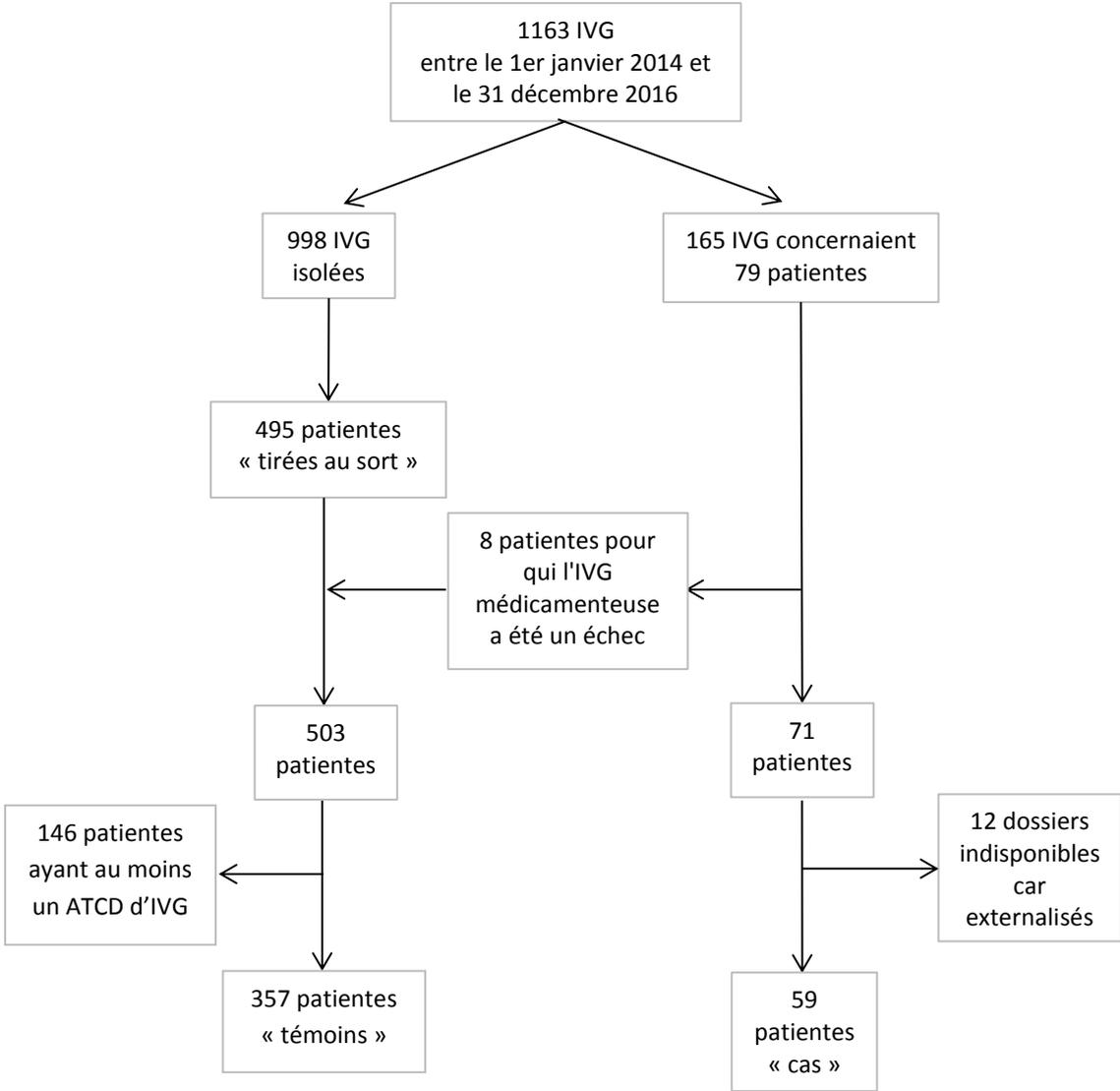
2. Critères d'inclusion et d'exclusion

1163 IVG ont été pratiquées à Chalon sur Saône pendant la période d'étude. Parmi elles, 165 concernaient 79 femmes qui sont revenues au moins une fois pendant les 3 ans étudiés. C'est-à-dire que ces IVG avaient été réalisées de façon « répétée » par 79 femmes qui correspondaient au groupe « cas ». 998 femmes n'ont donc eu qu'une seule IVG pendant cette période. On retrouvait alors 998 IVG réalisées de façon « unique » par 998 patientes correspondant au groupe « témoins ».

Pour former le groupe « témoins », nous avons, pour des raisons pratiques, limité l'inclusion à 495 femmes qui ont été retenues par tirage au sort. Mais certaines avaient déjà des ATCD d'IVG en dehors de la période d'étude. Nous les avons donc retirées. Il restait alors 357 « témoins », ce qui paraissait un échantillon suffisant à comparer aux cas.

Parmi les 79 « cas », qui ont eu plusieurs IVG pendant ces 3 ans, une IVG antérieure ne les excluait pas puisqu'on cherchait à définir les facteurs de risque d'IVG à répétition. Par contre, nous avons exclu 8 femmes avec 2 IVG pour la même grossesse c'est-à-dire celles pour qui l'IVG médicamenteuse avait été un échec et qui ont dû recourir quelques semaines plus tard à une IVG chirurgicale. Ces femmes ont été intégrées au groupe « témoins » puisqu'il s'agissait d'une seule et même grossesse. Nous déplorons enfin comme données manquantes les dossiers de 12 patientes dont les archives avaient été externalisées. Il restait alors 59 patientes « cas ».

Figure 1. Schéma d'inclusion/exclusion



3. Comparabilité des groupes

Nous avons recueilli les données sur dossiers manuscrits avec l'aide du Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier William Morey à Chalon sur Saône, à partir des actes côtés CCAM.

Nous avons d'abord étudié les 165 dossiers qui correspondaient aux 79 femmes « cas » qui sont venues plusieurs fois pendant les 3 ans puis les 495 dossiers de femmes parmi les 998 restants.

Concernant ces « témoins », la liste des patientes étant par ordre alphabétique, les archivistes sortaient les dossiers en commençant chaque jour par une lettre au hasard (en fonction de la première feuille de la liste qu'ils trouvaient) et suivaient ensuite la liste par ordre alphabétique. Chaque jour, ils commençaient donc par une lettre différente, n'ayant aucun lien avec celle choisie le jour précédent. Ce procédé se rapproche d'une sélection par tirage au sort afin d'obtenir deux groupes comparables.

4. Recueil des données

Les données recueillies sont celles que l'on retrouve dans le dossier d'IVG et qui nous ont semblé pertinentes. Elles sont simples à retrouver dans un dossier mais aussi lors d'une consultation de gynécologie ou de médecine générale ce qui pourrait éventuellement nous aider à identifier des profils à risque de répétition précoce d'IVG.

Nous avons choisi :

- La catégorie socio-professionnelle
- L'âge, en précisant si la personne était mineure ou majeure
- Le statut conjugal
- La consommation de tabac
- La consommation d'autres toxiques
- La gestité
- La parité
- Le type de contraception avant l'IVG
- Le type de contraception envisagée
- Le type d'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale)
- La présence à la visite post IVG
- Le type de contraception après l'IVG

Concernant la parité et la gestité, il a été retenu les définitions suivantes :

La parité est considérée ici comme le fait d'avoir accouché au moins une fois d'un enfant vivant. Les femmes n'ayant encore jamais eu d'enfant sont donc considérées comme nullipares malgré leur grossesse actuelle.

La gestité correspond quant à elle au nombre de grossesse quel qu'en ait été l'issue. Elle inclut la grossesse actuelle.

5. Outils statistiques

Les données recueillies à partir des dossiers manuscrits ont été enregistrées dans un tableau Excel puis anonymisées. Elles ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel Triomphe développé au CHU de Dijon par le Dr D'Athis.

Les variables qualitatives ont été étudiées dans la mesure du possible par le test exact de Fisher. Lorsque celui-ci s'avérait trop long à réaliser, le test du Chi2 lui a été préféré.

Concernant les variables quantitatives, c'est le test de Mann et Whitney qui a été réalisé dans un premier temps. Cependant, il n'était pas adapté dans notre cas car nos valeurs étaient peu variées. Le test exact de Fisher utilisant la médiane lui a finalement été préféré.

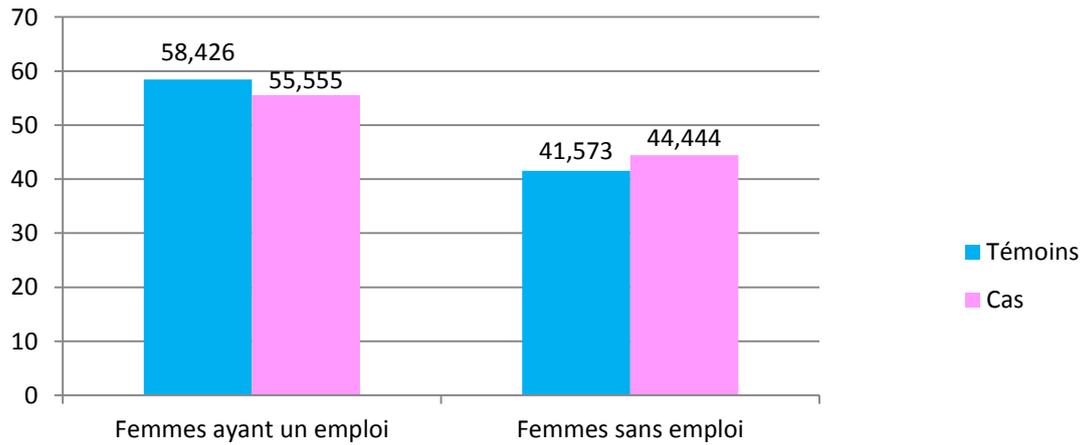
Le seuil de significativité $p=0.05$ a été retenu pour tous les tests.

III- RESULTATS

1. Catégories socio-professionnelles

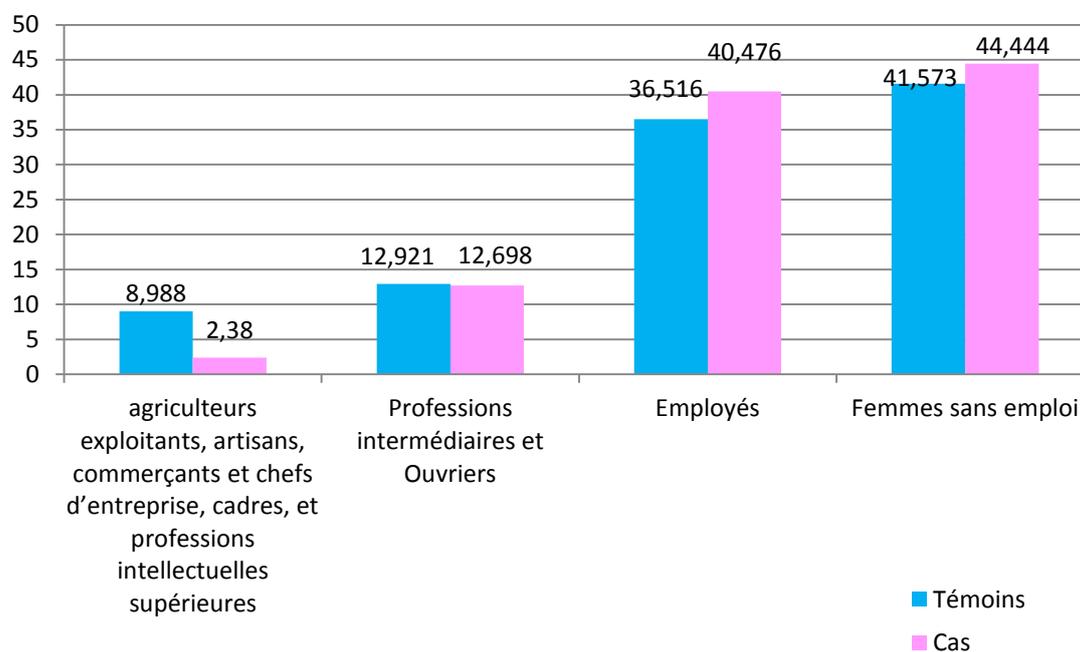
Il n'y a pas de différence significative ($p=0.60$) entre les cas et les témoins, qu'elles aient un emploi ou pas.

Figure 2. Etude cas-témoin, répartition des femmes avec ou sans emploi



Par contre, il serait plus fréquent de retrouver des chefs dirigeants au sens large (agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, cadres, et professions intellectuelles supérieures) parmi les cas ($p=0.103$, à la limite de la significativité).

Figure 3. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur catégorie socio-professionnelle



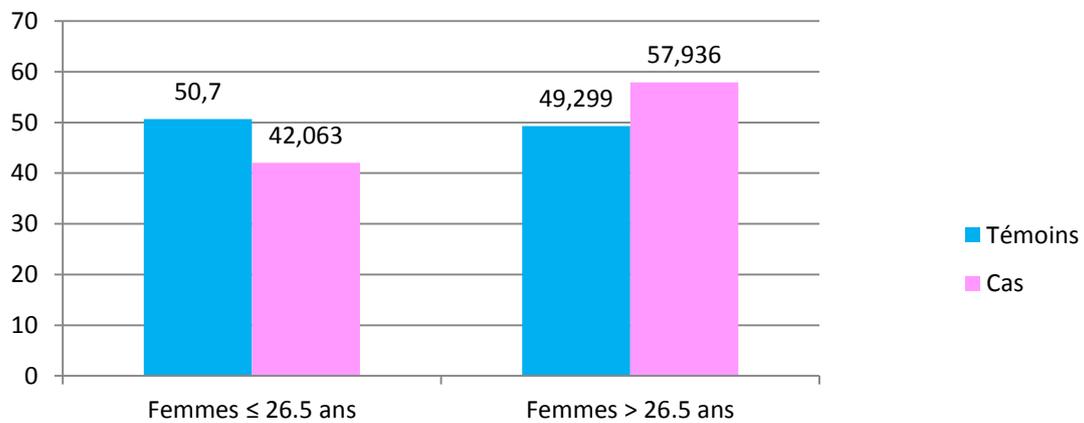
2. Age

La médiane d'âge est de 26.5 ans. Les cas ont peut-être plus souvent plus de 26.5 ans que les témoins, à la limite de la significativité ($p=0.098$).

La moyenne d'âge est très proche chez les cas (moyenne 27.5 ans - écart type 6.74 ans -) et les témoins (27.5 ans - 8.27 ans -).

Le taux de patientes mineures est comparable dans les deux groupes (entre 5 et 10 % environ, $p=0.13$).

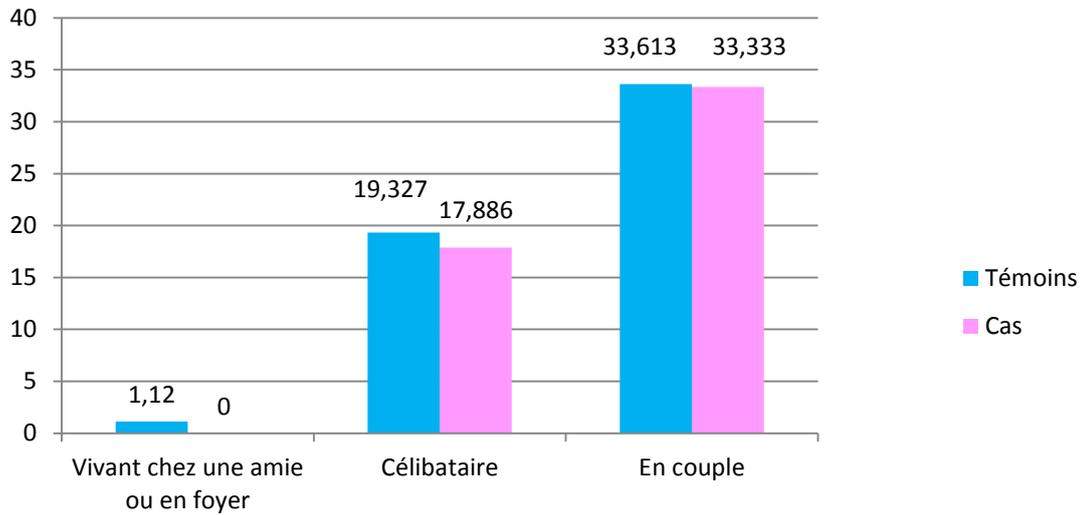
Figure 4. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge.



3. Statut conjugal

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le statut conjugal ($p=0.792$)

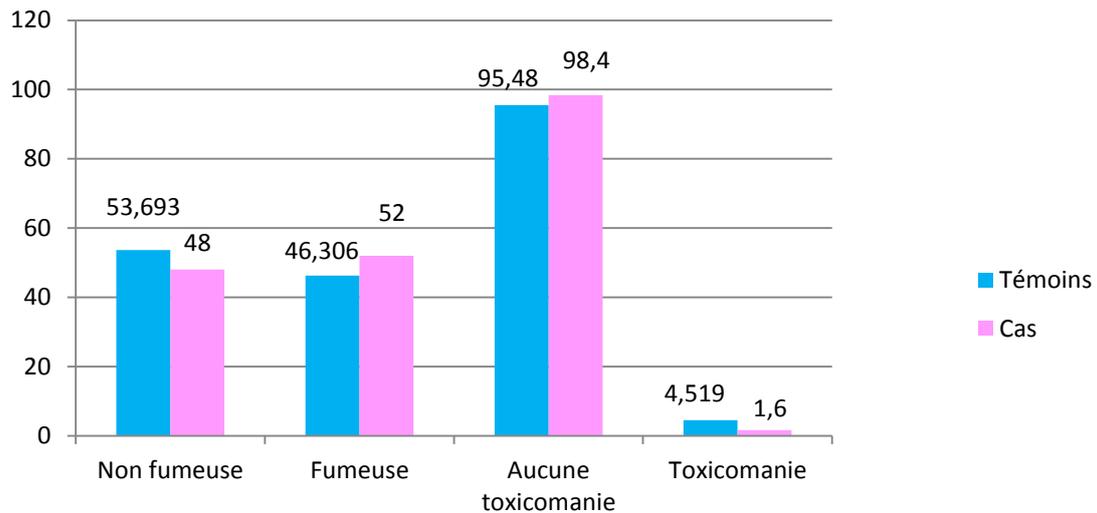
Figure 5. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur statut conjugal



4. Tabagisme et consommation de toxiques

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la consommation de tabac ($p=0.321$).

Figure 6. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur consommation de toxiques



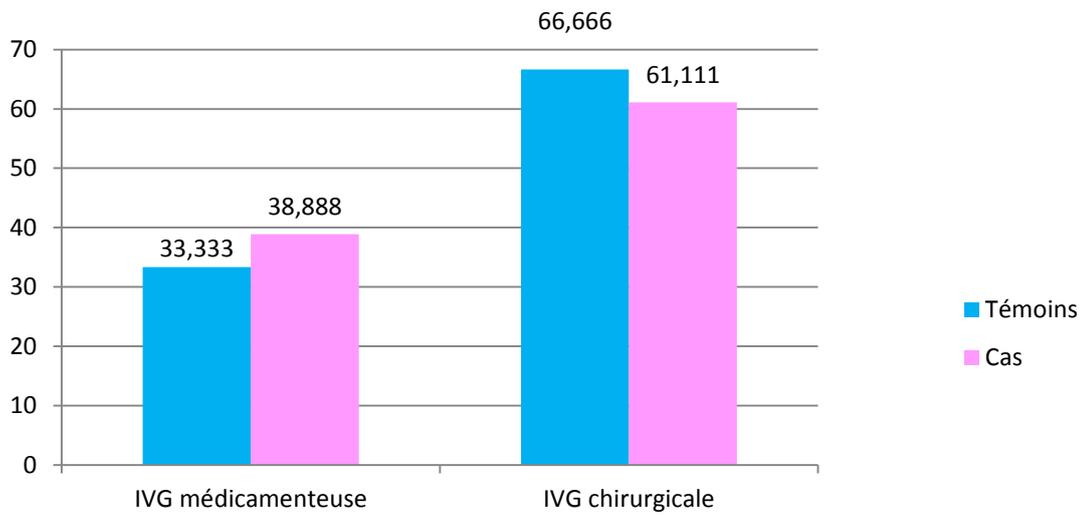
On ne peut pas conclure concernant les autres toxicomanies car les effectifs, trop petits, n'ont pas permis d'analyse statistique.

5. Le type d'IVG

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.309$) concernant le type d'IVG réalisé.

Pour mémoire, les femmes qui ont eu dans un premier temps une IVG médicamenteuse ayant échoué et donc dans un second temps une IVG chirurgicale ont été regroupée avec les femmes « témoins » ayant eu une IVG chirurgicale.

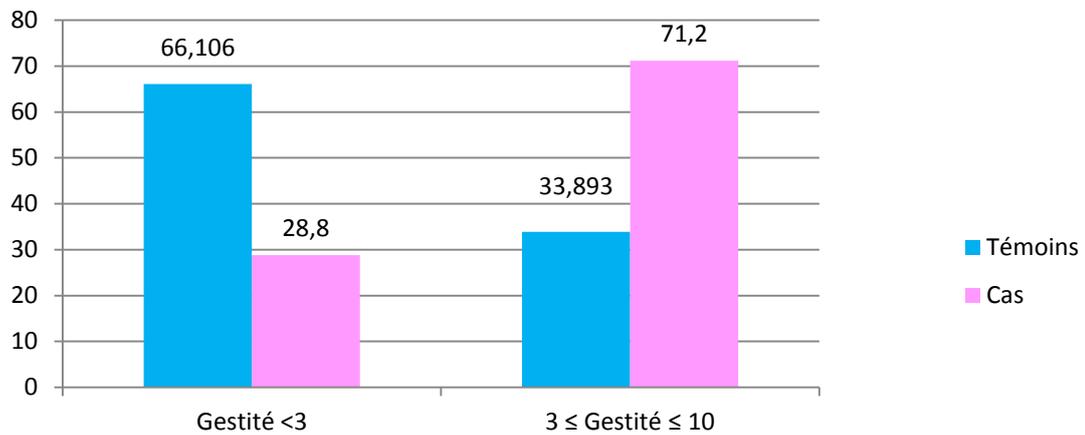
Figure 7. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du type d'IVG réalisée



6. La gestité

Les femmes ayant déjà eu au moins 3 grossesses sont plus fréquentes chez les cas ($p=3.97 \times 10^{-13}$)

Figure 8. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur gestité

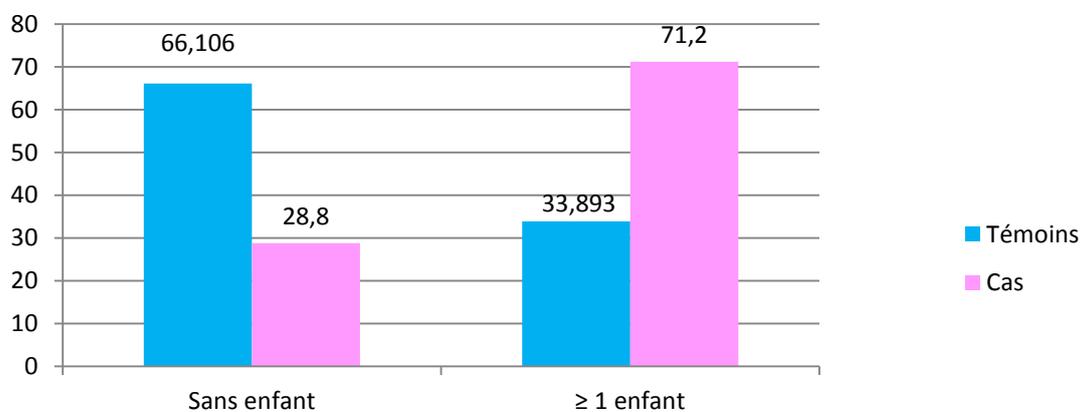


7. La parité

La parité est considérée ici comme le fait d'avoir accouché au moins une fois d'un enfant vivant. Les femmes n'ayant encore jamais eu d'enfant sont donc considérées comme nullipares malgré leur grossesse actuelle.

Les cas ont plus souvent déjà au moins un enfant contrairement aux témoins ($p=2.93 \times 10^{-5}$).

Figure 9. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur parité

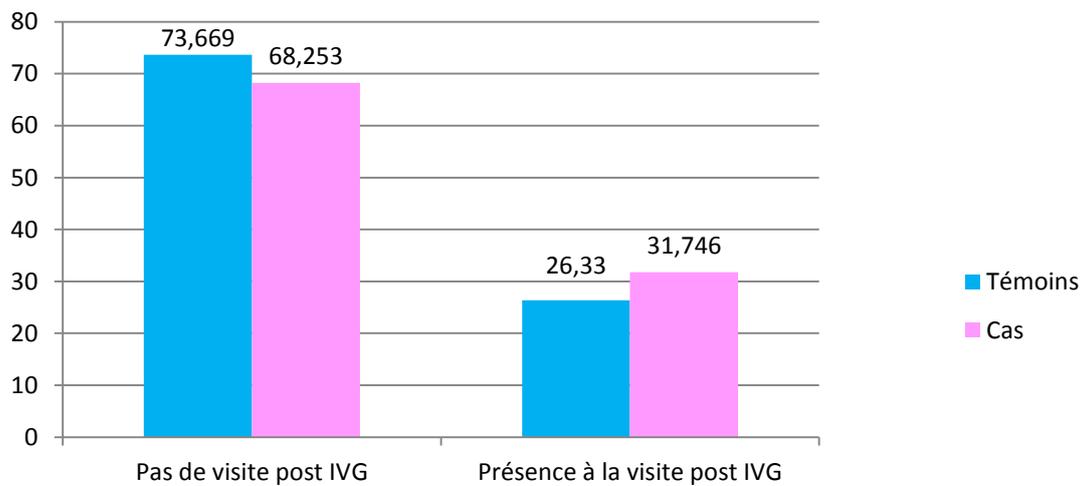


8. La visite post-IVG

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la présence des patientes à la visite post-IVG ($p= 0.293$).

On peut noter que le taux de participation à cette visite est peu élevé : 31.746% chez les cas et 26.33% chez les témoins.

Figure 10. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur présence à la visite post-IVG



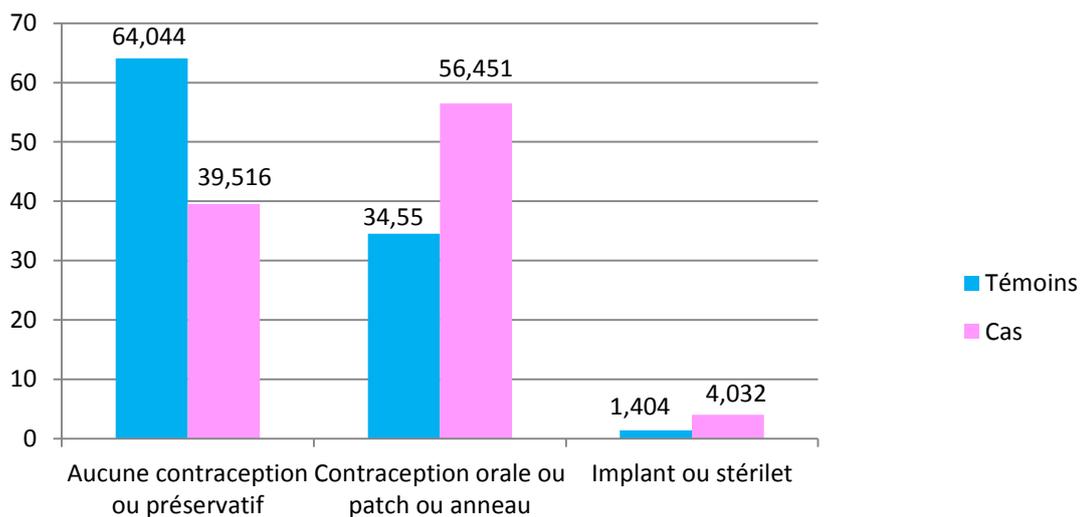
9. La contraception avant l'IVG

La contraception avant l'IVG est significativement différente entre les deux groupes ($p=1.24 \times 10^{-5}$).

Avant l'IVG, l'absence de contraception et la contraception par préservatif sont plus fréquents pour les témoins (64.044%) que pour les cas (39.516%)

C'est le contraire concernant la contraception orale, le patch et les anneaux (témoins = 34.55 % et cas = 56.451%).

Figure 11. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur moyen de contraception utilisé avant l'IVG

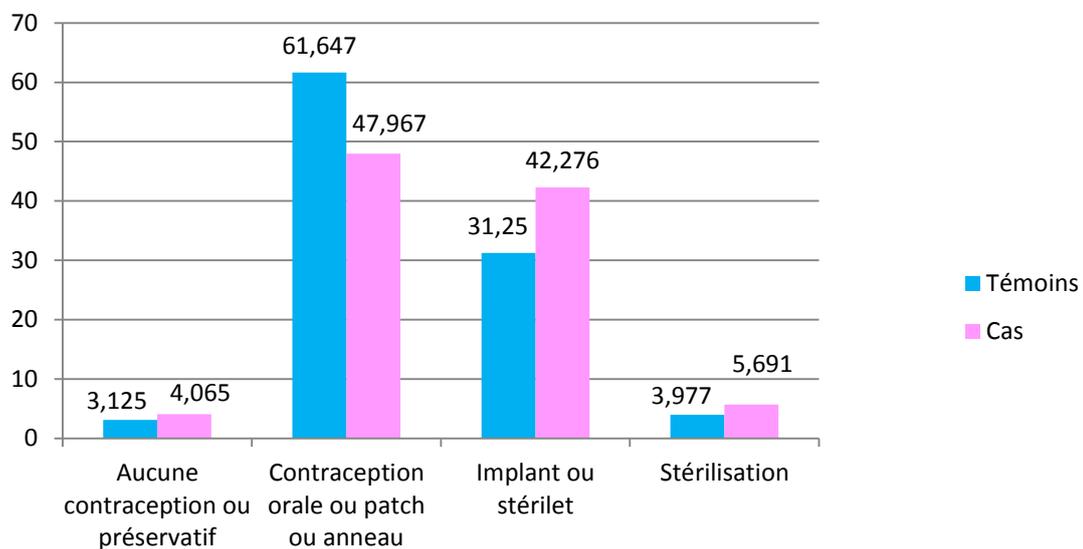


10. La contraception envisagée après l'IVG lors de la première consultation pour demande d'IVG

La différence que l'on trouve entre les deux groupes concernant la contraception envisagée après l'IVG est non significative ($p= 0.067$) mais pourrait le devenir avec un échantillon un peu plus grand.

La contraception orale, le patch et l'anneau seraient peut-être moins fréquemment choisis par les cas (47.967%) que par les témoins (61.647%), contrairement au stérilet et à l'implant (cas= 42.276%, témoins = 31.25%).

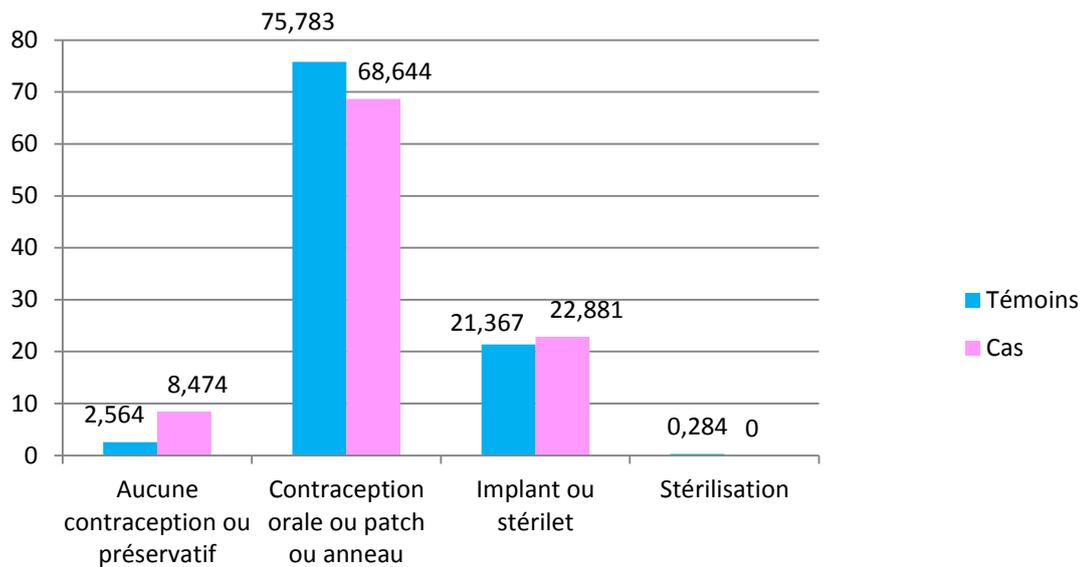
Figure 12. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du moyen de contraception envisagé en post-IVG



11. La contraception post IVG

La contraception soit orale soit par patch ou anneau est plus fréquemment choisie par les témoins ($p= 0.0253$).

Figure 13. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction du moyen de contraception prescrit après l'IVG.

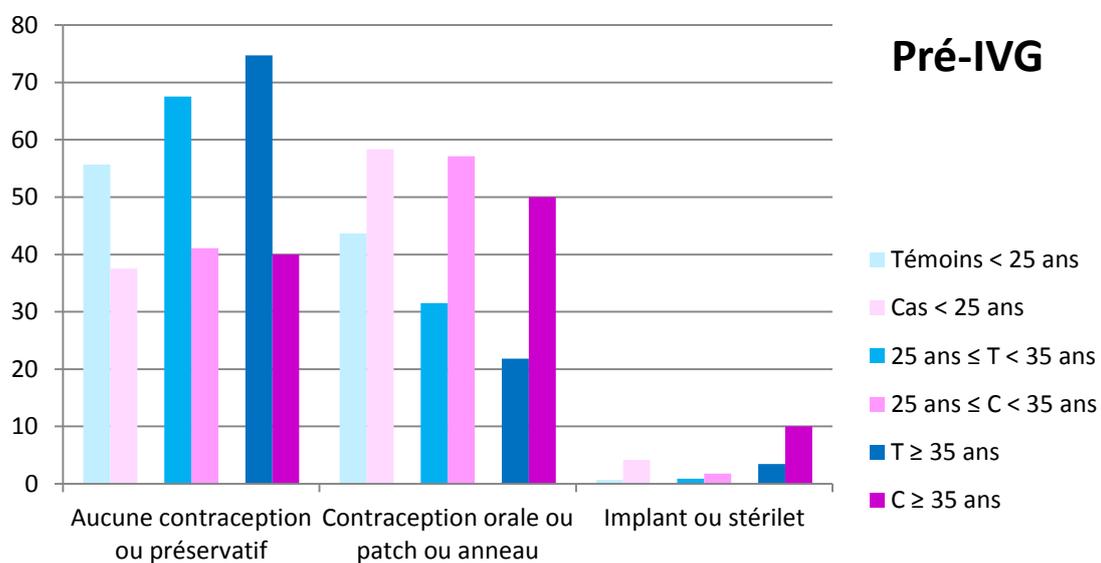


12. La contraception en fonction de l'âge

Avant une première IVG, les témoins de moins de 25 ans préféreraient le préservatif voire aucune contraception. Pour le même âge, chez les cas, l'utilisation de la contraception orale, du patch ou de l'anneau est privilégiée ($p=0.0260$).

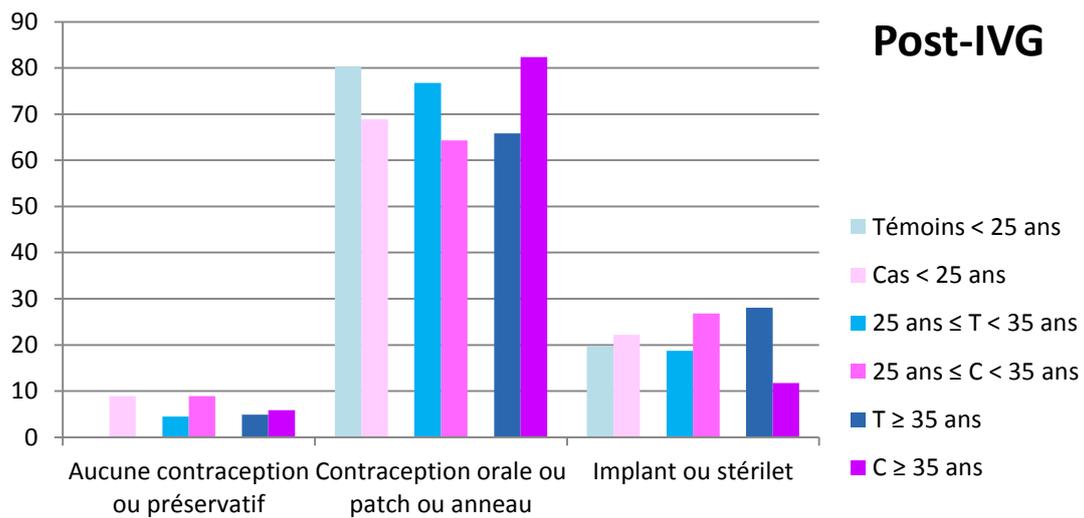
On retrouve les mêmes résultats avant l'IVG, quelle que soit la tranche d'âge ($p= 0.0025$ entre 25 et 35 ans et $p=0.0106$ après 35 ans).

Figure 14. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge et du moyen de contraception utilisé en pré-IVG



Après l'IVG, on ne retrouve de différence significative que chez les moins de 25 ans qui privilégieraient la contraception orale, le patch ou l'anneau lorsqu'il s'agissait de leur première IVG ($p= 0.0014$).

Figure 15. Etude cas-témoins, répartition des femmes en fonction de leur âge et du moyen de contraception utilisé en post-IVG



13. Changement de contraception entre deux IVG

Concernant les cas seuls, 76.4% ont changé de contraception entre la visite post-première IVG et leur deuxième IVG.

77.2% des cas ont changé de contraception entre l'avant dernière et la dernière IVG.

IV- DISCUSSION

1. Données démographiques (âge et parité)

a. Age

Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence significative entre nos deux groupes concernant la moyenne d'âge des patientes. Il semblerait seulement qu'il y ait un peu plus de patientes âgées de plus de 26.5 ans chez les patientes ayant subi des IVG à répétition sans que cela ne soit significatif. Nous serions tentées de penser que notre échantillon, peut-être trop faible, et que la durée restreinte de 3 ans de notre étude sont responsables de cette absence de significativité car la majorité des études sur ce sujet retrouvent des femmes plus âgées ayant des IVG itératives (ou des ATCD d'IVG) par rapport à celles dont c'est le premier avortement. Cela paraît logique puisque cela reflète une plus longue « période d'exposition au risque » (12-18).

b. Parité

Concernant la parité des femmes ayant des IVG à répétition, notre étude retrouve des résultats similaires à la plupart des autres études sur ce sujet. En effet, les femmes ayant des IVG répétées sont plus souvent déjà mères au moins une fois (19-25).

c. Gestité

La gestité des femmes ayant eu des IVG itératives est également plus élevée (au moins 3 dans notre étude). Cela peut toujours s'expliquer par l'âge, si l'on considère qu'il est un peu plus élevé dans cette population, ce qui allonge donc la période d'exposition à risque. Il n'a pas été retrouvé de données à ce sujet dans la littérature.

Rappelons également que nous avons exclu de notre groupe « témoins » toutes les femmes ayant au moins un ATCD d'IVG. Cela peut représenter un biais de sélection, mais c'était indispensable pour s'assurer que les témoins n'avaient pas eu des IVG itératives sur une autre période que celle définie dans notre étude.

2. Données socio-économiques

a. Statut conjugal

Le fait de vivre en couple ou de se considérer comme célibataire ne serait pas un facteur de risque d'IVG à répétition puisqu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de notre étude. Dans la littérature, on retrouve surtout la notion d'instabilité dans la vie conjugale qui pourrait être un facteur de risque mais les travaux qui ont réellement étudié ce paramètre ne retrouvent pas de différence significative ou sont contradictoires (13) (14) (26) (27).

b. Catégorie socio-professionnelle

Contrairement à l'impression qu'il s'en dégageait lors du recueil de donnée, il n'y a pas de différence significative entre les femmes ayant un emploi et celles qui n'en ont pas dans nos deux groupes.

Seules les femmes du groupe des « chefs dirigeants » qui inclut les exploitants agricoles, les artisans, les commerçants, les chefs d'entreprise, les cadres et les professions intellectuelles supérieures auraient étonnamment plus souvent tendance à avoir recours à l'IVG de façon répétée. On pourrait penser que ces femmes font passer leur vie professionnelle et/ou leur carrière avant leur vie familiale mais ces résultats divergent des résultats retrouvés dans la plupart des études qui s'accordent à dire que les femmes ayant plusieurs fois recours à une IVG sont plutôt des femmes moins diplômées, aux revenus modestes, à la situation professionnelle précaire car souvent en recherche d'emploi ou sans emploi avec des difficultés économiques (14) (17) (20-22) (24). Nous mettons donc en évidence, dans notre population chalonaise, une particularité non retrouvée à l'échelle nationale concernant le statut socio-professionnel des patientes.

3. Autres critères recueillis

Dans notre étude, nous avons recueilli d'autres données facilement identifiables lors d'une consultation.

a. La consommation tabagique et toxicologique

Nos groupes n'ont pas permis d'établir de différence significative concernant la consommation de toxiques lors de la demande d'IVG que ce soit une consommation de tabac ou d'autres toxiques. Pourtant, dans la littérature, on retrouve une tendance plus importante au tabagisme et à la consommation de cannabis chez les femmes qui ont un recours répété aux IVG (26).

b. Le type d'IVG réalisé

Contrairement à ce que l'on pourrait penser en lien avec un traumatisme potentiellement plus important lors d'une IVG instrumentale par exemple, le type d'IVG réalisé n'influerait pas sur la répétition de l'acte selon notre étude. C'est aussi ce que l'on retrouve dans la littérature (28).

Par contre, quel que soit le type d'IVG pratiqué il est très important d'en laisser le choix à la patiente afin que le vécu de cette expérience soit le moins difficile possible (29).

c. Les violences conjugales

Un critère que nous n'avons pas pu étudier lors de notre étude, car il n'était pas recherché de façon systématique lors des consultations étudiées nous paraît tout de même intéressant à souligner. Plusieurs études ont démontré qu'il est plus fréquent d'avoir recours à des IVG à répétition en cas de violences conjugales et peut-être également en cas de violences subies pendant l'enfance. Cependant, les études se contredisent sur ce dernier point et il est donc difficile de trancher (1) (14) (30).

4. La contraception

a. La contraception avant l'IVG

Comme dans la littérature, notre étude retrouve une absence de contraception ou l'utilisation du préservatif seul lors de la première IVG et ce, peu importe l'âge auquel celle-ci a été pratiquée. Lors du recueil de données, nous avons pu noter que plusieurs patientes signalaient qu'elles avaient arrêté leur contraception dans les mois qui précédaient à cause d'une mauvaise tolérance. Ce critère n'étant pas recherché de façon systématique lors des consultations étudiées, nous n'avons pas pu l'inclure dans notre étude. D'autres l'ont fait, et il semblerait que le changement de contraception soit effectivement une période à risque d'IVG (1) (17).

Les femmes du groupe « IVG à répétitions », quant à elles, utilisent plus souvent une contraception hormonale (orale, patch ou anneau). Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles sont déjà dans le système de soins avec des ATCD d'IVG et donc qu'elles ont forcément eu accès à une prescription contrairement aux femmes pour qui il s'agirait de la première IVG. Nos témoins peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, parfois seulement transitoirement, comme l'a montré l'étude de Bajos et al de 2006 (12). Cette même étude a déterminé deux grands types de profils contraceptifs de femmes avant une IVG, liés aux facteurs socio-démographiques et au type de relation qu'elles entretiennent avec leur partenaire :

- Les femmes utilisant une contraception considérée comme non efficace (préservatif ou aucune contraception) : faible niveau d'éducation, souvent sans mutuelle, et à l'écart du système de santé car elles consultent moins que la population générale. Souvent, elles n'optimisent pas leur contraception après l'IVG car elles poursuivent avec une contraception locale ou une absence de contraception.
- Les femmes qui sont passées d'une méthode très efficace de contraception à une méthode peu efficace dans les mois qui ont précédé l'IVG : cela est lié à leur changement de situation sociale (relation récente voire unique), ou à une mauvaise tolérance du précédent moyen de contraception qui les pousse à changer. Ce changement est effectivement une période à risque car 19% des femmes qui arrêtent leur pilule dans les 6 premiers mois d'utilisation pour mauvaise tolérance, ne passent pas immédiatement à un autre moyen de contraception (31).

b. Le projet de contraception en post-IVG

Lors des consultations pré-IVG, il est très important de discuter du moyen de contraception à prévoir après l'IVG afin de le débiter le plus tôt possible.

Dans notre étude, les femmes ayant des IVG itératives auraient plutôt tendance à choisir une contraception réputée comme plus fiable car à longue durée d'action et indépendante de l'observance thérapeutique, telle que le stérilet ou l'implant alors que les autres femmes choisiraient plutôt une contraception orale, le patch ou l'anneau. Mais ces résultats ne sont pas significatifs. Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, d'étude sur ce projet pouvant confirmer ou infirmer cette tendance.

Par contre, il est important de noter que certaines femmes souhaitent repartir sans contraception ou seulement avec une protection mécanique telle que le préservatif. Dans ce cas-là, nous ne pouvons pas justifier cette décision par le manque d'information. Cependant, nous pouvons espérer que le fait d'en avoir parlé précocement leur permettra d'y réfléchir et de choisir finalement une contraception plus efficace après l'IVG.

De même, il est surprenant de noter la grande proportion de femmes, que ce soit parmi les cas ou parmi les témoins, qui souhaite de nouveau une contraception hormonale (orale, par patch ou par anneau) alors qu'il s'agit précisément de la contraception qu'elles avaient en arrivant pour la plupart. Celle-ci pourrait être considérée comme responsable de leur demande d'IVG car défailante à ce moment-là. De plus, il s'agit de la contraception qui demande la meilleure observance. Il serait intéressant de savoir si la modification de contraception se fait pour une contraception demandant "moins d'observance" : schéma à 21 jours switché avec un schéma continu, ou pilule versus patch ou anneau qui nécessitent moins de "manipulation" sur le mois d'utilisation. Malheureusement, nos effectifs étaient trop petits pour une analyse statistique aussi fine.

Il est à souligner que l'option de la ligature de trompe reste anecdotique dans les deux groupes (une seule femme de l'étude a envisagé la vasectomie de son conjoint) alors qu'elle pourrait être la solution pour les femmes multipares et notamment celles de plus de 35 ans, surtout dans le groupe des IVG à répétition. Cette solution pourrait également être envisagée pour les femmes ayant une mauvaise tolérance aux contraceptifs hormonaux quelle que soit leur durée d'action lorsque leurs projets de maternité sont réalisés. Cependant, cette méthode reste encore peu utilisée en France avec seulement 2.4% de femmes par an y ayant recours (1) alors que la moyenne dans les pays développés est de 8.6% de stérilisation féminine et 4.5% de stérilisation masculine (32).

c. La contraception en post-IVG

Après leur première IVG, les femmes choisissent plutôt une contraception hormonale orale, par patch ou par anneau selon notre étude. Cela est particulièrement vrai pour les femmes âgées de moins de 25 ans. Il faut reconnaître qu'il s'agit du moyen de contraception le plus répandu en France, puisque près d'un tiers des femmes l'utilise (annexe 1) et probablement le plus connu du grand public.

Il est très surprenant de noter que dans notre groupe de patientes aux IVG itératives, près de 10% d'entre elles n'ont aucune contraception ou seulement une contraception par préservatif après l'IVG. Or, il a été montré que quel que soit le mode de contraception choisi, il est important de le débiter le plus tôt possible après l'IVG, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse (33).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, parmi les cas et les témoins, peu de femmes repartent avec une contraception à longue durée d'action comme l'implant ou le stérilet qui seraient les moyens de contraception les plus fiables avec un indice de Pearl inférieur aux autres moyens de contraception (sauf pour le DIU au cuivre dont l'indice de Pearl 0.6 est supérieur à celui des contraceptifs oraux, 0.3, mais dont l'efficacité en pratique est plus importante de par une observance sans faille (annexe 2). On pourrait donc se demander si la question de l'observance a été évoquée lors des consultations pré-IVG.

d. Les changements de contraception

Parmi nos cas, il nous a semblé intéressant d'analyser si les femmes avaient tendance à changer de contraception entre deux IVG et il s'est avéré que c'est effectivement le cas pour la grande majorité. Il est intéressant de connaître ce paramètre quand on sait que les six mois suivant un changement de contraception sont considérés comme une période plus à risque de GNP dans la vie d'une femme (17). On peut aussi s'interroger sur le profil des effets indésirables des contraceptions devant un nombre aussi important de changements en un temps relativement court de trois ans. Les contraceptions oestroprogestatives étant majoritairement prescrites en sortie d'IVG, on pourrait penser qu'elles ne sont peut-être pas très bien supportées par ces femmes, à moins qu'elles n'aient voulu changer pour une question d'observance mais cela n'a pas pu être recherché ici.

5. Compliance : Présence à la visite post-IVG

Dans les textes, la consultation post-IVG ou de contrôle n'est pas obligatoire mais fortement recommandée notamment par la HAS. Elle permet de s'assurer du résultat de l'IVG, de l'absence de complication et de rediscuter du moyen de contraception choisi (les modalités, les difficultés, répondre aux questions).

Il est très important de ne pas attendre la visite post-IVG pour prescrire une contraception car l'ovulation peut reprendre dès le huitième jour après l'IVG et dès le premier mois suivant l'IVG pour 90% des femmes. De plus, 25% des femmes ont des rapports sexuels avant la visite de contrôle (33). A cela s'ajoute le fait que peu de femmes se présentent effectivement à cette visite alors qu'elle fait partie du forfait IVG et est donc remboursable à 100% par la sécurité sociale.

Dans notre étude seulement 31.7% des cas et 26.3% des témoins reviennent pour leur visite de contrôle ce qui est très faible (à peine une femme sur trois). Dans la littérature, on retrouve une observance qui est loin d'être parfaite mais qui est tout de même meilleure qu'ici avec des taux d'observance compris entre 53% et 83% en fonction des études (34-38).

Il pourrait être intéressant de rechercher pourquoi il existe un tel écart entre la littérature et notre étude. Une première explication, à vérifier tout de même, pourrait être que toutes les consultations post-IVG ne sont pas consignées dans le dossier « IVG » mais parfois peut-être plutôt dans le dossier « gynécologie » qui n'a pas été étudié ici. D'autre part, cette consultation post-IVG a pu être effectuée ailleurs qu'au centre hospitalier, chez le gynécologue de ville ou chez le médecin généraliste sans que cela ne soit spécifié dans le dossier. C'est une tendance que l'on retrouve dans la littérature (39) qui montre que le gynécologue de ville et le médecin généraliste ont leur rôle à jouer dans la prévention des IVG à répétition.

On ne retrouve aucune étude qui s'intéresse aux facteurs influençant la présence à cette visite. Par contre, une étude cherchant à simplifier la procédure de l'IVG, propose de réaliser des bHCG plasmatiques ou urinaires et un entretien téléphonique en post-IVG plutôt qu'une visite systématique (40), ce qui pourrait améliorer l'observance.

6. Limites

Cette étude présente des limites, en partie fixées par de faibles effectifs.

Pour augmenter le nombre de données, on a considéré les venues d'une femme « cas » comme des femmes différentes. Cela pourrait vicier l'échantillon en donnant trop de poids à des observations particulières faites sur la même femme mais le risque est faible parce que les femmes avec plusieurs IVG sont minoritaires (sur 127 cas : 25 étaient avec 2 IVG, 5 avec 3 IVG, 4 avec 4 IVG, et 2 avec 5 IVG).

Malgré cela, certains modes de contraception étaient trop faiblement utilisés pour permettre une comparaison, et nous avons dû les regrouper. Ainsi, nous avons regroupé les contraceptions oestroprogestatives (contraception orale 21 jours et 28 jours, patch et anneau). Concernant les contraceptions à longue durée d'action, nous les avons regroupées par dispositif. C'est-à-dire que nous avons étudié l'implant seul mais les stérilets hormonaux ou au cuivre ensemble. Nous ne les avons pas regroupées par mécanisme d'action (hormonal et mécanique par exemple) car nous avons considéré que l'observance était le critère principal dans le choix de ces contraceptions. De même, regrouper le préservatif avec « aucune contraception » peut se discuter. Le préservatif étant la contraception la moins fiable (indice de Pearl =2) (annexe 2) parmi celles étudiées, c'était la seule que nous pouvions rapprocher d'une absence de contraception. Enfin, la méthode du retrait a été rarement mentionnée et a été incluse dans « aucune contraception ».

Pour les mêmes raisons, nous avons dû grouper des catégories socio-professionnelles. Le groupe que nous avons appelé « chefs dirigeants » est assez hétérogène, notamment quant au niveau d'étude, mais ils assument les mêmes responsabilités avec un régime de protection sociale ou des ambitions de carrière qui ne sont pas toujours en faveur d'une grossesse (congrés de maternité réduits et/ou impliquant une perte de salaire, difficultés d'accès à certains postes après une maternité...) ni d'un arrêt de travail (favorisé en cas de complication de la grossesse par exemple). Le groupe « employés »/ « professions intermédiaires » nous paraissait rassembler des profils relativement similaires.

D'autre part, il existe probablement un biais de recrutement chez les témoins. L'absence d'antécédents d'IVG déclarée n'a pu être vérifiée que parmi les IVG réalisées dans notre centre (CH W. Morey, Chalon sur Saône). Il est donc possible qu'une ou plusieurs femmes n'aient pas déclaré un antécédent d'IVG réalisé dans un autre centre.

V- CONCLUSIONS

Ce travail présente un état des lieux de la pratique de l'IVG au sein de la population du bassin chalonais entre 2014 et 2016. Grâce aux facteurs étudiés, nous avons étudié le profil des femmes ayant subi une IVG. Certaines de leurs caractéristiques ont pu s'avérer un peu différentes de celles disponibles dans les études françaises. Nous avons donc étudié les caractéristiques de cette population et avons essayé d'identifier les facteurs de risque de répétition des IVG. Par rapport aux travaux disponibles actuellement dans la littérature, notre groupe de cas était comparable concernant les critères « parité, type d'IVG » ; et différent du point de vue des critères « âge, catégorie socio-professionnelle, consommation de toxiques ».

Nous regrettons de ne pas avoir pu recueillir certains critères, notamment les violences conjugales, qui auraient pu être un facteur de répétition intéressant à étudier.

Notre étude fait apparaître des profils contraceptifs différents entre nos cas et nos témoins :

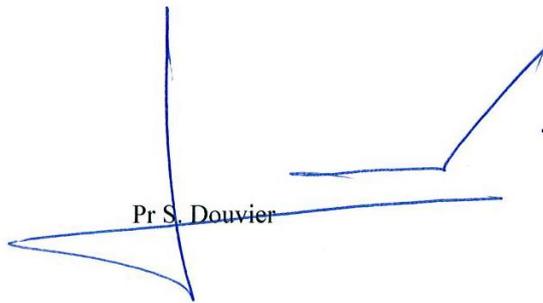
- Les témoins, qui n'ont eu qu'une seule IVG pendant la période d'étude, se présentent pour leur première IVG le plus souvent sans contraception ou seulement l'utilisation du préservatif et elles repartent avec une prescription de contraception hormonale (orale, par patch ou par anneau).
- Les cas, quant à elles, qui ont eu plusieurs IVG pendant la période d'étude, utilisent le plus souvent une contraception hormonale (orale, patch ou anneau) avant une IVG mais il est à noter que 10% d'entre elles repartent sans contraception ou avec le préservatif seul. Nous avons également souligné qu'entre deux IVG, il existe le plus souvent un changement de contraception, facteur connu pour augmenter le risque de GNP et donc d'IVG.

Dans les deux groupes, on remarque que les contraceptions à longue durée d'action et qui demandent pourtant peu d'observance, telles que le stérilet ou l'implant, sont peu prescrites en post-IVG et que la ligature de trompe reste anecdotique comme dans la population générale.

Dans le cadre de notre exercice futur en Médecine générale au sein de ce bassin de population, nous souhaitons être plus vigilantes concernant les femmes qui débutent leur activité sexuelle, les périodes de changements de contraception, et les femmes ayant eu au moins 3 grossesses. Ce sont en effet trois périodes que nous avons identifiées comme particulièrement à risque d'IVG voire d'IVG à répétition. Les objectifs sont d'éviter à nos futures patientes de recourir à l'IVG, qui reste à notre avis une expérience traumatisante, d'une part ; et de leur permettre d'avoir une contraception qui correspondrait au mieux à leur mode de vie en leur facilitant l'accès à cette dernière, d'autre part.

Nous espérons, grâce à ce travail, optimiser la prise en charge des patientes nous sollicitant concernant leur vie obstétricale. Une solution parmi d'autres pourrait être de proposer à ces populations une consultation dédiée à la contraception.

Le Président du jury,



Pr S. Douvier

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 20 avril 2018

Le Doyen



Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*2016;45(10):1436-50.
2. Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français. *Contracept Fertil Sex.*1996;24(1):72-77.
3. Rossier C, Michelot F, Bajos N, COCON Group. Modeling the Process Leading to Abortion: An Application to French Survey Data. *Stud Fam Plann.* 2007;38(3):163-72.
4. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse dite « Loi Veil ».
5. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : cadre juridique français. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*2016;45(10):1577-95.
6. Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite « Loi Neiertz ».
7. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Réponse de la SFAR à ses membres. *Ann Fr Anesth Réanim* 2001;20:46-7
8. Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.
9. Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016 - Conseil constitutionnel.
10. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.
11. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable mais moins de femmes y ont recours. *Population-F.*2014;69(3):365-98.
12. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women? ». *Hum Reprod.*2006;21(11):2862-67.
13. Kaminski M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France: analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contracept Fertil Sex.*1997;25(2):152-8.

14. Lafayse M. Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives: enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009 [thèse médecine].France: Bordeaux 2; 2010.
15. Pascal C. L'interruption volontaire de grossesse: étude des facteurs de risque de récurrence [thèse médecine].France:Université Aix-Marseille 2;2001.
16. Schiano A. Interruptions volontaires de grossesse itératives : étude transversale du comportement vis-à-vis de la contraception et d'autres facteurs chez les femmes ayant une IVG du rang 1 au rang « n » dans un centre de gynécologie sociale marseillais [mémoire sage-femme]. France: Université Aix-Marseille;2012.
17. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc.2011;(1):116-47.
18. Wong Chi Man C. IVG à répétition: facteurs de risque et réflexion sur les moyens de prévention [thèse médecine].France:Université Montpellier 1;2009.
19. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion : a review of 4132 consecutive cases. Br J Obstet Gynaecol 2002;109(11):1281-9.
20. Justad-Berg RT, Eskild A, Strom-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy : a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. Acta Obstet Gynecol Scand.2015;94(11):1175-80.
21. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Allvee K, Veerus P, Karro H. Abortion trends from 1996 to 2011 in Estonia : special emphasis on repeat abortion. BMC Women Health 2014;14:81.
22. Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations : secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.2016;205:85-90.
23. Picavet C, Goenee M, Wijzen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013;18(5):327-34.
24. Rodriguez-Alvarez E, Borrell LN, Gonzalez-Rabago Y, Martin U, Lanborena N. Induced abortion in a southern European region : examining inequalities between native and immigrant women. Int J Public Health.2016;61(7):829-36.
25. St John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? Contraception. 2005;71(1):31-4.

26. Opatowski M, Bardy F, David P, et al. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG - Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynecol Obstet Fertil Senol*.2017;45(1):22-7.
27. Hengy G. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition [thèse médecine].France:Université Toulouse 3;2015.
28. Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonene S, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol*.2009;113(4):845-52.
29. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*. 2016;45(10):1552-67.
30. Pinton A, Hanser AC, Metten MA, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions de grossesse répétées ? *Gynecol Obstet Fertil Senol*.2017;45(7-8):416-20.
31. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. *Am J Obstet Gynecol*.1998;179(3 Pt 1):577-582.
32. Panel P, Jost L, Grosdemouge I, Friederich L, Niro J, Le Tohic A. Contraception permanente par pose hystéroscopique d'implants tubaires. *Gynecol Obstet Fertil*.2012;40:434-44.
33. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *J Gynécol Obstét Biol Reprod*.2016;45(10):1568-76.
34. Faucher P, Baunot N, 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. *Gynecol Obstet Fertil*.2005;33(4):220-7.
35. Provansal M, Mimari R, Gregoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynecol Obstet Fertil*.2009;37(11-12):850-6.
36. Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*. 2013;87(1):45-50.
37. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *Etudes et résultats*.2009 décembre;(712):1-6.

38. 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 par méthode médicamenteuse [Thèse médecine].France:Université Paris 13;2011.
39. Douvier S, Lordier-Huynh-Ba C, Rousseau T, Reynaud I. Interruption volontaire de grossesse : étude comparative entre 1982 et 1996 sur le principal centre de Côte d'Or. Analyses de femmes ayant des interruptions volontaires de grossesse itératives. Gynecol Obstet Fertil 2001;29:200-10.
40. Rayr C. Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux? J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2012;41(HS3):HS8-10.

ANNEXES :

Annexe 1 : Méthode contraceptive pour cent femmes âgées de 20 à 44 ans en France métropolitaine

Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans						
	Année d'enquête					
	1978	1988	1994	2000	2010	2013
% femmes utilisant une méthode actuellement dont :	71,8	72,0	70,6	78,3	76,1	76,2
Stérilisation de la femme	4,0	3,9	2,9	3,5	2,1	2,4
Stérilisation du partenaire	0,2	0,3	0,0	0,2	0,3	0,3
Pilule	27,4	33,8	40,2	45,4	40,6	32,8
Stérilet	8,7	18,9	15,8	17,3	15,6	18,0
Autres méthodes hormonales	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	3,6
Préservatifs	5,5	3,4	4,6	7,4	8,4	11,9
Méthodes traditionnelles (1)	23,5	9,9	6,3	3,5	4,9	7,1
Autres méthodes (2)	2,5	1,8	0,8	0,9	0,4	0,2
N'utilisant pas de méthode dont :	28,2	28,0	29,4	21,7	23,9	23,8
Non concernées	23,2	24,0	24,7	19,0	21,6	21,5
Femmes à risque de grossesse non prévue	5,0	4,0	4,7	2,8	2,2	2,3
	100	100	100	100	100	100

(1) Retrait et abstinence périodique

(2) Méthodes féminines locales ou méthode non précisée

Sources : Ined, Enquête mondiale de fécondité 1978, Enquête Régulation des naissances 1988, Enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994, Enquête Cocon 2000, Enquêtes Fecond 2010 et 2013

Annexe 2 : Efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptive selon l'OMS 2011.

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Oestro-progestatifs (pilule)	0,3	8
Progestatifs (pilule)	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Capot cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05

Source : www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs

**TITRE DE LA THESE : Pratique de l'IVG dans la région chalonnaise entre 2014 et 2016 :
étude cas-témoins et identification des facteurs de risque de répétition**

AUTEUR : EUGENIE PERRIN

RESUME :

Objectif : L'état des lieux de la pratique de l'IVG dans le bassin chalonnais et son analyse, à l'aide d'une étude cas-témoin, peuvent-ils permettre de déterminer des facteurs de risque de répétition de l'IVG ?

Méthodes : Nous avons étudié les caractéristiques des 59 femmes ayant pratiqué plusieurs IVG à Chalon sur Saône entre 2014 et 2016 à celles de 357 femmes y ayant eu recours une seule fois pendant cette même période. Nous avons également comparé leur méthode de contraception avant et après l'IVG.

Résultats : Cette étude a permis d'identifier trois populations à risque d'IVG voire d'IVG à répétition. Ce sont les femmes qui débutent leur activité sexuelle, celles qui changent de moyen de contraception et celles qui ont déjà eu au moins 3 grossesses.

Conclusion : Ce travail permet de mettre en évidence les facteurs de risque d'IVG et d'IVG à répétition. Nos résultats sont discordants avec les données de la littérature concernant certains items. Ainsi, il pourrait être intéressant de mener des enquêtes de plus grande envergure afin d'affiner le profil de ces femmes pour mieux cibler la prévention.

MOTS-CLES : IVG A REPETITION, FACTEURS DE RISQUE, CONTRACEPTION, BASSIN CHALONNAIS