La Revue Sage-Femme (2018) 17, 49—53



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG



Observance of pre-IVG contraceptive methods and analysis of post-IVG behavioral changes

C. Schoub-Thieblemont*, M. Nadjafizadeh

École de sage-femme de Nancy, université de Lorraine, maternité, CHRU de Brabois, 10, rue du Docteur-Heydenreich, 54000 Nancy, France

Disponible sur Internet le 26 mars 2018

MOTS CLÉS
Observance des méthodes ;
Comportements contraceptifs ;
IVG

Résumé
Contexte. — Depuis plusieurs années, en France, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est stable, malgré l'usage largement répandu de divers moyens de contraception, et la maîtrise de la reproduction qu'ils permettent aux femmes.
Objectifs. — Nous avons effectué un état des lieux des comportements contraceptifs et de l'observance des méthodes avant puis après une IVG, et nous avons notamment analysé les défauts d'usage et la prévalence des méthodes utilisées.
Méthodes. — Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique, réalisée entre le 1er octobre 2016 et le 28 février 2017 à la maternité régionale universitaire de Nancy. Les 70 patientes inclues dans notre cohorte avaient réalisé une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, ou effectué leur consultation de contrôle post-IVG à la maternité, au cours de cette période. Le recueil des données s'est effectué par le biais de questionnaires qui avaient été distribués aux patientes, et dont l'analyse reposait sur de multiples variances.
Résultats. — En pré-IVG, la pilule était majoritairement utilisée, suivie par l'emploi du préservatif masculin. Près d'un quart des patientes n'utilisait pas de moyen de contraception et l'usage

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : chloe.schoub-thieblemont@hotmail.fr (C. Schoub-Thieblemont).

https://doi.org/10.1016/j.sagf.2017.08.001
1637-4088/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

de dispositifs intra-utérin (DIU) et d'implants était mineur. La quasi-intégralité de notre cohorte avait commis des erreurs contraceptives durant les 3 derniers mois pré-IVG, et une part importante de notre population avait changé ou interrompu sa contraception au cours des 6 derniers mois. En post-IVG, l'usage de DIU ou d'implants augmentait nettement avec la moitié de notre cohorte qui les employait, suivi de près par l'utilisation de la pilule. L'absence de contraception ne concernait plus que 4 patientes, et l'usage du préservatif reculait considérablement.
Conclusion. — Les erreurs contraceptives se révèlent nombreuses avant l'avortement et les comportements contraceptifs sont différents, selon qu'ils étaient analysés en pré ou post-IVG. Les prescriptions post-IVG favorisent les méthodes réversibles de longue durée d'action et semblent davantage adaptées au mode de vie et à la sexualité des femmes ou du couple.
© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Methods observance;
Contraceptives behaviours;
Voluntary termination of pregnancy

Summary
Context. — For several years in France, the number of voluntary termination of pregnancy is stable despite the use of many different contraceptive methods that allow patients to control the fertility.
Objectives. — We did a check-up of contraceptives behaviours and methods observance before and after voluntary termination of pregnancy. We also analysed non-use and prevalence of the used methods.
Methods. — From October 1st 2016 to February 28th 2017, we did an observational, descriptive and analytic study at the Regional Maternity hospital of Nancy. A total of 70 patients were interviewed. During this period, the patients received a voluntary termination of pregnancy, with drugs or surgical operation, or realised a check-up consultation after having received a voluntary termination of pregnancy. We collected data from questionnaires distributed to patients. The analysis was based on multiple variables.
Results. — Before the voluntary termination of pregnancy, patients used mostly pills and male condom. Almost a quarter of patients didn't use any contraceptive methods. The use of intrauterine devices and implants was low. Almost all the patients make contraceptives mistakes during the 3 last months before their voluntary termination of pregnancy. Many of them changed or stopped their contraception during the last 6 months. After the voluntary termination of pregnancy, the use of intrauterine devices and implants surged: the half of our population chose them, closely followed by the pill. The lack of contraception concerned only 4 patients and the use of condom significantly felt.
Conclusion. — There are many several contraceptives mistakes before the voluntary termination of pregnancy. Contraceptive behaviours are different before or after the voluntary termination of pregnancy. Prescriptions after the voluntary termination of pregnancy stimulate reversible methods of long-term actions and seem to be more adapted to the way of life and the sexuality of women or couple.
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Depuis plusieurs années, en France, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est stable, malgré l'usage largement répandu de divers moyens de contraception, et la maîtrise de la reproduction qu'ils permettent aux femmes.

En effet, nous estimons qu'au cours de sa vie, une femme sur trois aura recours à un avortement et les données de l'Institut national d'études démographiques (INED) nous indiquent qu'en France, pour les années 2006 à 2015, les chiffres sont stables avec une moyenne d'IVG annuelle avoisinant les 210 900 actes [1].

En parallèle, les dernières données de 2010 de l'INED, nous informe que 97 % des femmes en France utilisent un moyen anticonceptionnel et que 3 % des femmes ne désirant pas de grossesse, ne prennent aucune contraception, ni aucun moyen de précaution [2].

Ainsi, dans la quasi-totalité des cas, l'apparition d'une grossesse non-désirée n'est pas due à l'absence d'un moyen contraceptif mais a lieu sous couverture contraceptive [3,4].

La HAS a également remis à jour en janvier 2015 des recommandations sur la contraception post-IVG. Elle rappelle aux professionnels de santé la nécessité de prescrire une contraception adaptée aux femmes ou aux couples, notamment à ce moment singulier de leur parcours de vie,

tout en les informant au maximum et en s'assurant du meilleur usage possible du moyen contraceptif délivré [5].

Dès lors, nous nous demandons pourquoi les femmes qui utilisent un moyen de contraception obtiennent alors une grossesse ni prévue, ni désirée et ont de ce fait recours à l'IVG. L'objectif principal de cette étude a été de réaliser un état des lieux des comportements contraceptifs et de l'observance des méthodes en pré et post-IVG, ceci afin de répondre au mieux aux besoins des femmes, de comprendre ce problème de santé publique et d'améliorer nos pratiques par ailleurs.

Ainsi, notre étude a eu pour but de préciser les profils d'utilisation des moyens contraceptifs pré et post-IVG, de révéler les erreurs contraceptives commises, d'évaluer l'application des contraceptions d'urgence et d'évaluer l'information délivrée aux femmes. Nous avons tenté de faire un bilan des changements contraceptifs effectués après l'avortement et de faire le point sur l'état de connaissance des femmes concernant la contraception.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et analytique, réalisée entre le 1er octobre 2016 et le 28 février 2017 à la maternité régionale du CHRU de Nancy. Les patientes qui effectuaient une IVG chirurgicale répondaient au questionnaire le jour de l'intervention lorsqu'elles étaient hospitalisées dans le service de chirurgie ambulatoire. En revanche, les patientes qui réalisaient une IVG médicamenteuse remplissaient le questionnaire le jour de la consultation de contrôle post-IVG, 15 à 21 jours après la réalisation de l'acte.

Les femmes n'ayant pas été inclues dans notre étude avaient refusé de répondre au questionnaire ou ne parlaient pas la langue française.

Ainsi, nous avons inclus 70 patientes dans notre cohorte.

Pour l'investigation, les questionnaires ont été distribués aux patientes par l'intermédiaire des professionnels de santé sur le terrain. L'unité de chirurgie ambulatoire et le service d'orthogénie ont été mobilisés et une autorisation préalable nous a été accordée pour y réaliser notre enquête.

L'analyse des questionnaires reposait sur de multiples variables. Le logiciel Excel a été utilisé pour la transcription des données informatiques et pour effectuer les tests statistiques. Au vu du faible effectif de notre cohorte, seul des tests du Khi^2, avec un seuil de signification à 5 %, ont pu être appliqués en respectant les conditions d'application. Les résultats retrouvés ont été validés par un statisticien exerçant au sein de l'école de santé publique de Nancy.

Un numéro avait été attribué à chaque patiente afin de respecter la confidentialité des données recueillies.

Une révision de la loi Jardé fut opérée au mois de novembre 2016 concernant notamment les études non interventionnelles, mais notre enquête, qui a débutée avant le 18 novembre, répond alors à l'ancienne réglementation. Notre travail de recherche a donc été dispensé de passer devant un comité de Protection des personnes.

Tableau 1 Erreurs d'utilisation de la pilule contraceptive au cours des trois derniers mois précédant l'IVG.

Erreurs d'utilisation de la pilule contraceptive	*n* = 29
Oui	25 (86,2 %)
Si oui	
Oubli (> 12 h)	21 (72,4 %)
Comprimé pris à des heures décalées	20 (69,0 %)
Vomissements, diarrhées dans les 4 h suivant la prise	4 (13,8 %)
Traitement (Smecta®, Gaviscon®, Charbon®) autour de la prise	3 (10,4 %)
Non	4 (13,8 %)
Total	29 (100 %)

Tableau 2 Erreurs d'utilisation du préservatif masculin au cours des trois derniers mois précédant l'IVG.

Erreurs d'utilisation du préservatif	*n* = 17
Oui	15 (88,2 %)
Si oui	4 (23,5 %)
Déchirure	
Non-utilisation au cours d'un rapport	6 (35,3 %)
Déchirure + non-utilisation	5 (29,4 %)
Non	1 (5,9 %)
Non renseigné	1 (5,9 %)
Total	17 (100 %)

Résultats

Au total, la moyenne d'âge des 70 patientes inclues dans l'étude était de 25 ans. Une majorité de femmes était sans emploi ou étudiante, vivait en couple, était nullipare et effectuait une première IVG. Ces données retrouvées sont conformes aux données épidémiologiques nationales.

La pilule oestro-progestative était employée par plus de la moitié des femmes de notre étude avant l'IVG. Près des 3/4 d'entre elles ont oublié au moins une fois leur comprimé, dont presque la moitié deux fois ou plus, 14 % ont eu au moins un épisode de vomissements et/ou de diarrhées dans les heures qui suivaient la prise du comprimé, et un peu plus de 10 % d'entre elles prenaient régulièrement un traitement de type « pansement gastrique » (Tableau 1).

Nous avons pu conclure dans notre étude, que le facteur « âge < 25 ans » n'augmentait pas le risque d'oublier un comprimé de la pilule (OR = 0,36 [0,08 ; 1,65]) et que le facteur « âge > 25 ans » n'était en revanche pas un facteur protecteur, mais ce résultat est à considérer avec précaution au vu des faibles effectifs notamment chez les plus de 25 ans.

Le préservatif masculin arrivait en seconde position avec moins de 15 % des patientes qui l'utilisait seul et plus de 10 % en association avec une pilule. La grande majorité a eu des problèmes d'utilisation à type de déchirures ou a eu au moins un rapport sexuel non protégé au cours des trois derniers mois précédant l'IVG (Tableau 2).

L'utilisation d'une méthode réversible de longue durée d'action en pré-IVG, comme l'implant ou le dispositif intra-utérin (DIU), était mineure avec seulement 7 % des patientes de notre cohorte qui étaient concernées. Près d'un quart des patientes n'utilisaient pas de moyen de contraception avant l'IVG, soit 21,4 % et 4 femmes préconisaient les méthodes naturelles, comme le retrait ou le calcul de l'ovulation avec abstinence périodique.

En revanche, près d'une patiente sur 6 avait changé de méthode contraceptive et plus d'un quart des patientes avait interrompu sa contraception au cours des six derniers mois précédant l'IVG.

Concernant la contraception d'urgence ou dite de « rattrapage », elle ne fut utilisée que par une minorité des femmes et la majorité dans un délai de plus de 72 heures après le rapport sexuel à risque.

Les méthodes contraceptives prescrites en post-IVG dans notre cohorte semblaient majoritairement se modifier puisque 42 femmes, soit plus de la moitié de notre population, a vu contraception se permuter. Une prise de conscience se dessine alors concernant la nécessité d'une prescription adaptée des méthodes contraceptives à chaque femme.

En effet, l'utilisation de méthodes de longue durée d'action augmentait avec plus d'un quart des patientes qui adoptait un DIU, et 20 % qui employaient un implant. La pilule restait majoritairement utilisée, mais sa consommation était diminuée puisque moins de la moitié des patientes étaient concernées après l'IVG. L'absence de contraception n'impliquait plus que 4 patientes (Fig. 1).

La confiance accordée par les femmes, à la méthode contraceptive post-IVG semblait statistiquement significatif avec un seuil de 5 % ($p = 0{,}027$) notamment envers la pilule, puis les DIU et l'implant.

Les patientes de notre cohorte se trouvaient insuffisamment informées à propos de tous les contraceptifs, mais notamment sur les méthodes barrières et les méthodes définitives sur lesquelles plus de 50 % d'entre elles sont demandeuses d'instructions. D'ailleurs, près de 9 % des femmes de notre cohorte considèrent encore après l'IVG que le calcul de l'ovulation est une méthode de contraception « très efficace ».

Discussion

Ces situations précaires sur le plan socioprofessionnel sont souvent retrouvées dans les données épidémiologiques récentes françaises sur le recours aux IVG [6].

La majorité des IVG pratiquées était réalisée pour la première fois et les avortements ne semblaient pas être considérés comme une méthode de contraception ou une méthode de derniers recours.

Avant l'IVG, la pilule et le préservatif masculin étaient largement employés dans notre population et la quasi-intégralité de notre cohorte avait commis des erreurs contraceptives, dont notamment des oublis de comprimés de la pilule et des rapports sexuels non protégés. Dans ces conditions, la couverture contraceptive des femmes n'était pas assurée et les patientes ne semblaient pas percevoir le risque de grossesse auquel elles s'exposaient.

Les méthodes de contraception de longue durée d'action, comme l'implant ou le DIU, qui ne nécessitent pas une prise quotidienne ou une utilisation ponctuelle, étaient très peu employées en pré-IVG et étaient retirées sans être relayées par d'autres méthodes contraceptives, au cours des six derniers mois pré-IVG.

Le quart de patientes de notre cohorte qui était sans contraception avant l'IVG ne semblait pas mesurer le risque majoré de survenue d'une grossesse non prévue. Ces comportements seraient dus, en partie, aux différents scandales qui éclatent régulièrement en France concernant les moyens de contraception, et qui diminueraient alors la confiance accordée aux méthodes. En effet, les polémiques sont nombreuses notamment à propos des progestatifs de 3^{e} et 4^{e} génération depuis l'année 2013 et beaucoup de femmes cessent alors de prendre leur pilule. Ainsi, une méfiance de la part des usagers s'installe progressivement envers ce type de moyen contraceptif suite à cette déferlante médiatique.

Les femmes semblaient alors vouloir maîtriser leur cycle et leur fécondité de façon naturelle, sans avoir réellement connaissance de la balance bénéfice-risque liée à ces habitus.

De plus, une proportion importante de femmes de notre étude a permuté ou arrêté sa contraception au cours des six derniers mois pré-IVG, sans consulter de professionnels de

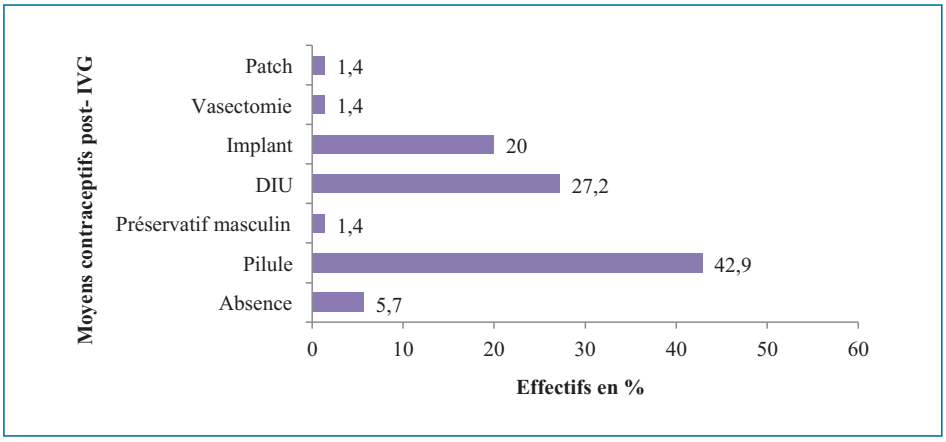


Figure 1. Méthodes contraceptives adoptées après l'IVG.

santé. En tant que sage-femme, nous avons un rôle primordial à jouer quant à l'information en amont, des patientes et nous devons les accompagner afin d'assurer un relai contraceptif.

Les contraceptions d'urgence sont peu appliquées et leur recours se fait dans un délai tardif, puisqu'il est majoritairement d'au moins 72 heures. Les individus semblent mal informés à propos de ces méthodes de rattrapage mais également de leurs conditions d'application et des précautions à prendre. Effectivement, seulement 2 femmes de l'étude ont utilisé le préservatif durant les 7 jours qui suivaient la prise d'une contraception d'urgence orale. Les femmes doivent savoir qu'un rapport à risque dans les 5 jours qui précèdent l'erreur contraceptive les expose à un risque majoré d'une grossesse non prévue, et que le décalage de l'ovulation engendré par la contraception d'urgence orale nécessite d'utiliser des préservatifs, sans défaut d'usage, dans les 7 jours qui suivent. Dans le cas d'un rapport à risque dans les 5 jours qui précèdent l'erreur contraceptive, il est pertinent de proposer la pose d'un DIU comme méthode de rattrapage qui serait alors davantage efficace en entravant la nidation de l'œuf.

Ce faible recours à la contraception d'urgence peut être notamment expliqué par sa non-prescription qui devrait être systématique, en dehors des méthodes contraceptives de longue durée d'action comme l'implant, le DIU, ou les méthodes définitives.

Dans notre étude, les contraceptions après l'avortement se modifiaient en privilégiant notamment les méthodes de longue durée d'action comme le DIU ou l'implant, qui permettent de supprimer les erreurs contraceptives de type « oubli ». Ces ajustements des moyens contraceptifs post-IVG semblent être davantage adaptés au mode de vie et à la sexualité de la femme ou du couple.

Enfin, les patientes se trouvaient insuffisamment informées à propos de tous les moyens contraceptifs mais notamment, les méthodes barrières et les méthodes définitives. Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique d'informer les individus afin de pouvoir adapter les méthodes de contraception à chacun et prévenir de la survenue de grossesses non prévues.

Conclusion

Nous avons constaté un profil différent de l'utilisation des contraceptifs selon qu'il était réalisé avant ou après l'IVG. Les moyens de contraception prescrits en post-IVG s'ajustaient aux recommandations de la HAS de janvier 2015 [5]. Quelle que soit la méthode qui était employée en pré-IVG, les erreurs contraceptives étaient très fréquentes et concernaient la quasi-totalité des patientes de notre cohorte. Ces problèmes récurrents d'utilisation sont à mettre en lien avec la prescription d'une contraception qui doit être adaptée à la femme, à son mode de vie et à sa sexualité, afin de réduire les problèmes d'observance et de mauvais usage des méthodes.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] INED (Institut national d'études démographiques). Avortements ; évolution du nombre d'avortements et des indices annuels. Paris: INED; 2017 [Internet. Cité 19 mars 2017. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/].

[2] INED (Institut national d'études démographiques). Contraception : méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans. Paris: INED; 2017 [Internet. Cité 13 décembre 2016. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode].

[3] Bajos N, Bohet A, Le Guen, et al. La contraception en France : nouveau contexte nouvelles pratiques ? Popul Soc 2012;492:4.

[4] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INPES; 2011 [Internet. Cité 9 janvier 2017. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf].

[5] HAS (Haute autorité de santé). Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013 [Internet. Mis à jour en cité 9 janvier 2017. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf].

[6] Commission IVG. IVG : état de lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Rapport. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016 [Internet. Cité 24 avril 2017. Disponible sur : https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf].