UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

IVG sous pilule, une liaison encore trop fréquente.

Quelles attitudes ont les femmes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale ?

Présentée et soutenue publiquement le 29 Septembre 2015 à 14h

Au Pôle Recherche

Par Julie Hamrit

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Rémi Besson

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CERIM : Centre d'Etudes et de Recherche en Informatique Médicale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

I. RESUME ……..…… 8

II. INTRODUCTION ……..…… 10

III. MATERIEL ET METHODE ……..… 13

1. Type d'étude …….. 14

2. Le matériel ……..…….. 14
   2.1. La population de l'étude ……..…..…… 14
   2.2. Les centres d'orthogénie ……..….. 14
   2.3. Le questionnaire ……..……..….. 14
   2.4. Avis de la Fédération de Recherche Clinique …… 15

3. La méthode ……. 15
   3.1. Objectif de l'étude et critère principal de jugement ... 15
   3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion …… 15
   3.3. Outils statistiques …… 16

IV. RESULTATS ……..… 17

1. Taux de réponse et résultats globaux ……..…..... 18
2. Analyses descriptives uni-variées ……..…… 19
   2.1. Population de l'étude ……..... 19
   2.2. Antécédents obstétricaux et contraceptifs ……..... 20
   2.3. Attitudes face aux troubles menstruels …….. 22
   2.4. Attitudes face aux oublis …….. 24
   2.5. Attitudes face aux troubles digestifs ……...… 26
   2.6. Patientes et leur contraception avec le médecin ….. 28

3. Analyses bi-variées ……..… 30
   3.1. Facteurs influençant l'oubli de pilule ……..... 30
   3.2. Informations reçues lors de la prescription de la pilule en fonction du prescripteur …… 31
   3.3. Facteurs influençant la demande d'un autre moyen de contraception avant et après l'IVG ……...… 33

V. DISCUSSION ……..…. 36

1. Biais de l'étude ……..…. 37
   1.1. Biais de sélection …… 37
   1.2. Biais d'information ……..… 37
2. Echantillon étudié ……..… 37
3. Attitudes des patientes en situations potentielles d'échecs de leur contraception orale ……..….. 38
   3.1. En cas d'oublis ……..… 38
   3.2. En cas de troubles menstruels …….. 40
   3.3. En cas de troubles digestifs …….. 41
4. Autre cause d'échec : l'arrêt de la contraception orale ...… 42
5. Périodes à risque d'IVG lors d'une grossesse sous contraception orale ……..… 42
6. Place de la contraception orale dans les périodes suivant le post partum et post abortum ……..….. 44
7. Antécédent de grossesse sous contraception orale …..... 45

VI. CONCLUSION …….. 47

VII. BIBLIOGRAPHIE ……..…… 49

VIII. ANNEXE ……..……. 53

Annexe 1 : Le questionnaire ……..…..... 54

I. Résumé

Objectif. Evaluer les attitudes des femmes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale.

Matériel et méthode. Etude prospective, transversale, descriptive, multicentrique. Entre août et novembre 2014, dans les centres d'orthogénie, les femmes ont été interrogées par questionnaire papier, alors qu'elles réalisaient une IVG pour une grossesse débutée sous contraception orale.

Résultats. Sur 109 patientes incluses, 71 (65 %) présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation d'oubli, 22 (21 %) présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation de troubles menstruels, et 18 (17 %) présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation de troubles digestifs. 35 (32 %) élevaient un nourrisson, 23 (21 %) avaient eu une IVG deux ans ou moins auparavant. 35 (32 %) avaient déjà eu au moins une grossesse débutée sous contraception orale par le passé. 56 (51 %) avaient déjà demandé un autre moyen de contraception que la pilule à leur médecin, qui était pour 52 (98 %) d'entre elles une méthode de longue durée d'action (DIU, implant, stérilisation). 72 (68 %) souhaitaient adopter une contraception de longue durée d'action après l'IVG, 33 (31 %) souhaitaient reprendre une pilule.

Conclusion. L'utilisation courante de la contraception orale est à risque d'entraîner des grossesses non désirées, par le manque d'informations données de la part des médecins et par le manque de recherche d'informations par les femmes. Diminuer de façon significative le nombre d'IVG est un objectif de santé publique. Peut-on espérer diminuer ce nombre en améliorant les connaissances d'utilisation des contraceptifs oraux ou en favorisant les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implants) ? Est-ce que cet objectif de santé publique est réalisable ?

II. Introduction

La première pilule à visée contraceptive a obtenue l'AMM aux Etats-Unis en 1960. En France, la dépénalisation de la contraception a eu lieu en 1967 (loi Neuwirth), mais les premières AMM des pilules à visée contraceptive ont eu lieu en 1973. La loi autorisant l'IVG a été votée en 1975 en France.

27,9 % des femmes âgées de 20 à 44 ans utilisaient la pilule en 1978. 72 % des femmes âgées de 20 à 44 ans déclaraient utiliser une méthode de contraception (1). Le nombre d'IVG réalisées en 1976 est estimé à 246 000 en France métropolitaine par l'INED (2).

55,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent la pilule aujourd'hui. 90,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent utiliser une méthode réversible de contraception (3). Le nombre d'IVG réalisées est estimé à 207 000 en France métropolitaine en 2012 (4).

La diffusion massive de la contraception en France à la fin des années 1970 laissait espérer une baisse importante du nombre d'IVG en France. Cette baisse n'a pas eu lieu et le recours à l'IVG est resté relativement stable depuis sa légalisation. Son taux annuel est de 14,5 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2012 (4).

L'accès à la contraception a diminué le nombre de grossesses non prévues. Ces grossesses représentaient 46% des grossesses en 1975, elles en représentent 33 % aujourd'hui (5).

Mais lors de la survenue d'une grossesse non prévue, le recours à l'IVG est devenu plus important. 41 % des grossesses non prévues aboutissaient à une IVG en 1975, aujourd'hui ce sont 62 % d'entre elles (5).

Entre 64 % et 78 % des grossesses non prévues surviennent sous contraception, elles résultent d'un échec de cette contraception (6,7). Au moment de la survenue d'une grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 27,3 % des femmes prennent la pilule (8).

Les échecs les plus fréquents de la contraception orale sont liés à une mauvaise utilisation (9). Parmi les femmes utilisant la pilule qui ont une grossesse non prévue, 60 % citent l'oubli ou le retard de prise de comprimé comme principale cause d'échec, 10 % le fait d'avoir été malade ou d'avoir pris un traitement médicamenteux, 8% le fait d'avoir vomi ; mais 24 % ne retrouvent pas de cause à leur échec de contraception (9).

Aujourd'hui, la contraception orale est la méthode contraceptive la plus utilisée en France (par 55,5 % des femmes) (3).

Si son indice de Pearl théorique est de 0,3, en utilisation courante il est de 8 (10).

Afin de comprendre le nombre important de ces échecs et les moyens de les éviter, il est indispensable d'évaluer la gestion de la contraception orale par les femmes qui en connaissent un échec.

Quelles attitudes ont les femmes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale ?

III. Matériel et méthode

1. Type d'étude :

Cette étude était quantitative, prospective, descriptive, transversale, multicentrique. Les données ont été recensées du 29 août 2014 au 21 novembre 2014.

2. Le matériel :

2.1. La population de l'étude :

Cette étude intéressait les femmes qui réalisaient une IVG et qui prenaient une contraception orale lorsque leur grossesse a débuté.

2.2. Les centres d'orthogénie :

Cette étude était multicentrique. Elle a été réalisée dans six centres d'orthogénie du département du Nord (centres hospitaliers d'Armentières, de Dunkerque, de Lille, de Roubaix, de Valenciennes) ; et auprès d'un médecin généraliste pratiquant l'IVG ambulatoire dans l'Avesnois (qui est le directeur de cette thèse).

2.3. Le questionnaire :

L'investigation était réalisée par un questionnaire papier (annexe 1). Celui-ci a été donné à chaque patiente afin qu'elle y réponde elle-même, le jour de l'IVG, de façon anonyme.

Chaque centre d'orthogénie a bénéficié de 40 questionnaires vierges.

2.4. Avis de la Fédération de Recherche Clinique :

Le projet d'étude a été soumis à l'avis de la Fédération de Recherche Clinique qui l'a jugé non interventionnel, ne nécessitant pas de déclaration auprès du CCTIRS ni de la CNIL.

3. La méthode :

3.1. Objectif de l'étude et critère principal de jugement :

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les attitudes et connaissances des patientes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale.

Le critère principal de jugement était l'existence d'un risque de survenue d'une grossesse non désirée en fonction des attitudes de la patiente en situation potentielle d'échec de la contraception orale.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier les facteurs influençant l'oubli de pilule, l'information reçue en fonction du prescripteur et les facteurs influençant le choix de la contraception souhaitée après l'IVG.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion regroupaient les femmes de tout âge, qui réalisaient une IVG médicamenteuse ou chirurgicale, et qui prenaient une contraception orale lorsque leur grossesse avait débuté.

Les critères d'exclusion regroupaient les femmes qui ne prenaient pas de contraception orale lorsque leur grossesse avait débuté, ou l'ayant arrêté avant le début de la grossesse, et les femmes ayant débuté une grossesse en prenant une contraception orale mais poursuivant cette grossesse.

3.3. Outils statistiques :

L'informatisation des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2010.

L'analyse statistique des données a été réalisée par le CERIM de l'université de Lille 2 et moi-même.

La première partie a consisté en une analyse descriptive uni-variée des données, avec calculs de pourcentages, moyennes, médianes, écart-types.

La seconde partie a consisté en une analyse descriptive bi-variée des données, avec calculs de pourcentages et test du Chi-2. Le seuil de significativité était fixé à 5 %. Pour la réalisation du test du Chi-2 les données pour lesquelles les effectifs étaient inférieurs à 5 n'ont pas été prises en compte pour l'analyse.

IV. Résultats

1. Type d'étude :

240 questionnaires ont été fournis aux 6 centres d'orthogénie recrutés. 118 questionnaires remplis par les patientes ont été récupérés, soit 49 % des questionnaires fournis.

Sur les 118 questionnaires, 109 étaient exploitables, soit 92 % des questionnaires récupérés. Les 9 questionnaires exclus l'ont été : 6 pour non-réponse de la patiente, 1 pour contraception par anneau vaginal, 1 pour contraception par dispositif transcutané, 1 pour questionnaire non conforme.

2. Analyses descriptives uni-variées :

2.1. Population de l'étude :

109 patientes ont répondu aux questions socio-matrimoniales du questionnaire (Tableau I).

Tableau I : Descriptif socio-matrimonial

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109	100 %	
Âge en années			
Moyenne	27,7		[26,51 – 28,90]
Médiane	27		
En couple		100 %	
Oui	89	82 %	[72,84 – 88,17]
Non	20	18 %	[11,83 – 27,16]
Catégorie socio-professionnelle		100 %	
Etudiante	15	14 %	[08,16 – 22,00]
Sans profession	41	37 %	[28,67 – 47,45]
Agriculteur exploitant	0	0 %	[00,00 – 03,33]
Artisans, commerçants ou chef d'entreprise	2	2 %	[00,22 – 06,47]
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	4	4 %	[01,01 – 09,13]
Profession intermédiaire	1	1 %	[00,02 – 05,01]
Employée	45	41 %	[32,06 – 51,13]
Ouvrière	1	1 %	[00,02 – 05,01]

2.2. Antécédents obstétricaux et contraceptifs :

109 patientes ont répondu aux questions sur leurs antécédents obstétricaux et contraceptifs (tableau II).

Tableau II : Descriptif des antécédents obstétricaux et contraceptifs

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109		
Âge de la première pilule	108		
Moyenne	17,4		[16,79 – 17,99]
Médiane	17		
Nombre d'enfants	109	100 %	
0	43	39 %	[30,36 – 49,29]
1	23	21 %	[14,11 – 30,18]
2	18	17 %	[10,34 – 25,11]
3	12	11 %	[06,07 – 18,80]
4	9	8 %	[04,08 – 15,51]
5	4	4 %	[01,01 – 09,13]
Délai entre la dernière grossesse et l'actuelle en années	65		
Moyenne	3,3		[02,55 – 04,07]
Quartile 1	1		
Médiane	2		
Nombre d'IVG passées	109	100 %	
0	60	55 %	[45,24 – 64,49]
1	34	31 %	[22,85 – 40,88]
2	9	8 %	[04,08 – 15,51]
3	5	5 %	[01,70 – 10,90]
4	0	0 %	
5	1	1 %	[00,02 – 05,01]
Délai entre la dernière IVG et l'actuelle en années	46		
Moyenne	4,38		[03,21 – 05,54]
Quartile 1	1,63		
Médiane	2,25		

Tableau II : Descriptif des antécédents obstétricaux et contraceptifs (suite)

Nombre de grossesses sous pilule par le passé	108	100 %	
0	73	68 %	[57,82 – 76,10]
1	21	19 %	[12,70 – 28,41]
2	12	11 %	[06,13 – 18,97]
3	2	2 %	[00,23 – 06,53]
Nombre d'IVG quand grossesses sous pilule	35	100 %	
0	14	40 %	[24,35 – 57,79]
1	17	49 %	[31,72 – 65,72]
2	4	11 %	[03,20 – 26,74]
Nombre de poursuite de grossesses quand grossesses sous pilule	35	100 %	
0	14	40 %	[24,35 – 57,79]
1	16	46 %	[29,22 – 63,13]
2	5	14 %	[05,38 – 31,04]
Type de pilule que pense prendre la patiente	108	100 %	
Oestroprogestative	17	16 %	[09,70 – 24,29]
Microprogestative	9	8 %	[04,12 – 15,65]
Autre	3	3 %	[00,58 – 07,90]
Ne sait pas	79	73 %	[63,61 – 81,01]
Lecture fiche d'informations de la pilule	109	100 %	
Oui	62	57 %	[47,05 – 66,22]
Non	47	43 %	[33,78 – 52,95]

2.3. Attitudes face aux troubles menstruels :

109 patientes ont répondu aux questions concernant leurs attitudes face aux troubles menstruels (Tableau III).

Tableau III : Descriptif des attitudes des patientes en situation de troubles menstruels

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109		
Survenue de métrorragies	108	100 %	
Oui	45	41 %	[32,06 – 51,13]
Non	64	59 %	[48,87 – 67,94]
Poursuite de la plaquette (si métrorragies)	45	100 %	
Oui	39	87 %	[72,51 – 94,46]
Non	6	13 %	[05,54 – 27,49]
Arrêt de la plaquette sans reprise ensuite (si métrorragies)	45	100 %	
Oui	4	9 %	[02,48 – 21,22]
Non	41	91 %	[78,78 – 97,52]
Arrêt de la plaquette puis reprise (si métrorragies)	45	100 %	
Oui	6	13 %	[05,54 – 27,49]
Non	39	87 %	[72,51 – 94,46]

Tableau III : Descriptif des attitudes des patientes en situation de troubles menstruels (suite)

Antécédents d'aménorrhées	109	100 %	
Oui	31	28 %	[20,41 – 38,01]
Non	78	72 %	[61,99 – 79,59]
Reprise plaquette au moment habituel (si aménorrhées)	30	100 %	
Oui	15	50 %	[33,15 – 66,85]
Non	15	50 %	[33,15 – 66,85]
Attente des règles pour nouvelle plaquette (si aménorrhées)	30	100 %	
Oui	9	30 %	[15,41 – 49,56]
Non	21	70 %	[50,44 – 84,59]
A quel moment ?	8	100 %	
Au début des règles	5	62 %	[24,49 – 91,48]
A la fin des règles	3	38 %	[08,52 – 75,51]
Contact médecin (si aménorrhées)	28	100 %	
Oui	6	21 %	[09,03 – 41,46]
Non	22	79 %	[58,54 – 90,97]
Médecin contacté (si aménorrhées)	7	100 %	
Médecin généraliste	4	57 %	[18,41 – 90,10]
Gynécologue	3	43 %	[09,90 – 81,59]
Réalisation d'un test de grossesse (si aménorrhées)	28	100 %	
Oui	21	75 %	[54,78 – 88,57]
Non	7	25 %	[11,43 – 45,22]
Combien de jours après l'aménorrhée a été fait le test de grossesse ?	16		
Moyenne	14,44		[03,17 – 25,70]

2.4. Attitudes face aux oublis :

109 patientes ont répondu aux questions concernant leurs attitudes face aux oublis de leur pilule (Tableau IV).

Tableau IV : Descriptif des attitudes des patientes en situation d'oublis de leur pilule

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109		
Antécédents d'oublis de pilule	109	100 %	
Oui	91	83 %	[74,89 – 89,66]
Non	18	17 %	[10,34 – 25,11]
Oublis de (temps en heures)	90	100 %	
Moins de 12 heures	18	20 %	[12,59 – 30,03]
Plus de 12 heures	24	27 %	[18,15 – 37,21]
Les deux (< et > à 12 heures)	48	53 %	[42,56 – 63,82]
Prise immédiate d'un comprimé	69	100 %	
Oui	38	55 %	[42,68 – 69 90]
Non	31	45 %	[33,10 – 57,32]
Poursuite de la plaquette	70	100 %	
Oui	56	80 %	[68,39 – 88,26]
Non	14	20 %	[11,74 – 31,61]
Prise de la pilule du lendemain	69	100 %	
Oui	14	20 %	[11,92 – 32,02]
Non	55	80 %	[67,98 – 88,08]
Quelle pilule du lendemain ?	10	100 %	
Norlevo	7	70 %	[34,75 – 93,33]
Ella One	3	30 %	[06,67 – 65,25]
Délai de prise de la pilule du lendemain en jours	12		
Moyenne	1,33		[00,92 – 1,75]
Médiane	1		

Tableau IV : Descriptif des attitudes des patientes en situation d'oublis de leur pilule (suite)

Utilisation de préservatifs	68	100 %	
Oui	14	21 %	[12,10 – 32,45]
Non	54	79 %	[67,55 – 87,90]
Temps d'utilisation des préservatifs en jours	6		
Moyenne	5,2		[02,83 – 7,51]
Médiane	6		
Contact médecin	68	100 %	
Oui	9	13 %	[06,60 – 24,14]
Non	59	87 %	[75,86 – 93,40]
Quel médecin ?	9	100 %	
Médecin généraliste	8	89 %	[51,75 – 99,72]
Gynécologue	1	11 %	[00,28 – 48,25]
Consultation d'un site internet	69	100 %	
Oui	11	16 %	[08,60 – 27,16]
Non	58	84 %	[72,84 – 91,40]
Réalisation test de grossesse	69	100 %	
Oui	47	68 %	[55,67 – 78,53]
Non	22	32 %	[21,47 – 44,33]
Délai de réalisation du test de grossesse après l'oubli	38		
Moyenne	14,3		[09,34 – 19,24]

2.5. Attitudes face aux troubles digestifs :

109 patientes ont répondu aux questions concernant leurs attitudes face aux troubles digestifs (Tableau V).

Tableau V : Descriptif des attitudes des patientes en situation de troubles digestifs

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109		
Antécédents de troubles digestifs durant les 4 heures suivant la prise de la pilule	109	100 %	
Oui	20	18 %	[11,83 – 27,16]
Non	89	82 %	[72,84 – 88,17]
Prise immédiate d'un comprimé	17	100 %	
Oui	3	18 %	[03,80 – 43,43]
Non	14	82 %	[56,57 – 96,20]
Poursuite de la plaquette	17	100 %	
Oui	14	82 %	[56,57 – 96,20]
Non	3	18 %	[03,80 – 43,43]
Prise de la pilule du lendemain	16	100 %	
Oui	1	6 %	[00,16 – 30,23]
Non	15	94 %	[69,77 – 99,84]
Quelle pilule du lendemain ?	1	100 %	
Norlevo	1	100 %	[02,50 – 100,0]
Ella One	0	0 %	[00,00 – 97,50]
Délai de prise de la pilule du lendemain en jours	1		
Moyenne	1		-
Médiane	-		

Tableau V : Descriptif des attitudes des patientes en situation de troubles digestifs (suite)

Utilisation de préservatifs	15	100 %	
Oui	1	7 %	[00,17 – 31,95]
Non	14	93 %	[68,05 – 99,83]
Temps d'utilisation des préservatifs en jours	0		
Moyenne	-		-
Médiane	-		
Contact médecin	16	100 %	
Oui	1	6 %	[00,16 – 30,23]
Non	15	94 %	[69,77 – 99,84]
Quel médecin ?	0	-	
Médecin généraliste	-	-	
Gynécologue	-	-	
Consultation d'un site internet	16	100 %	
Oui	3	19 %	[04,05 – 45,65]
Non	13	81 %	[54,35 – 95,95]
Réalisation test de grossesse	16	100 %	
Oui	4	25 %	[07,27 – 52,38]
Non	12	75 %	[47,62 – 92,73]
Délai de réalisation du test de grossesse après le trouble digestif	2		
Moyenne	13		[00,29 – 25,71]
Médiane	13		

2.6. Femme et sa contraception avec le médecin :

109 patientes ont répondu aux questions de leur contraception avec le médecin (Tableau VI).

Tableau VI : Descriptif de la patiente et sa contraception avec le médecin

Variables	**Effectif**	**%**	**IC à 95 %**
Nombre de patientes	109		
Prescripteur de la pilule	108	100 %	
Médecin Généraliste	57	53 %	[42,98 – 62,38]
Gynécologue	40	37 %	[28,10 – 46,91]
Centre de planification (PMI)	7	6 %	[02,87 – 13,36]
Sage-femme	4	4 %	[01,02 – 09,21]
Informations reçues sur la CAT en cas de métrorragies ou aménorrhées lors de la prescription	109	100 %	
Oui	30	28 %	[19,61 – 37,05]
Non	79	72 %	[62,95 – 80,39]
Informations reçues sur la CAT en cas d'oublis lors de la prescription	109	100 %	
Oui	65	60 %	[49,79 – 68,79]
Non	44	40 %	[31,21 – 50,21]
Informations reçues sur la CAT en cas de troubles digestifs lors de la prescription	108	100 %	
Oui	20	19 %	[11,94 – 27,39]
Non	88	81 %	[72,61 – 88,06]

Tableau VI : Descriptif de la patiente et sa contraception avec le médecin (suite)

Demande d'un autre moyen de contraception par le passé	109	100 %	
Oui	56	51 %	[41,66 – 60,99]
Non	53	49 %	[39,01 – 58,34]
Si oui, lequel ?	53	100 %	
Stérilet	27	51 %	[37,00 – 64,75]
Implant	24	45 %	[31,80 – 59,45]
Patch	1	2 %	[00,05 – 10,07]
Stérilisation définitive	1	2 %	[00,05 – 10,07]
Anneau	0	0 %	[00,00 – 06,72]
Pilule	0	0 %	[00,00 – 06,72]
Préservatif	0	0 %	[00,00 – 06,72]
Demandé à quel médecin ?	55	100 %	
Gynécologue	30	55 %	[40,66 – 67,80]
Médecin généraliste	16	29 %	[18,02 – 43,09]
Les deux	9	16 %	[08,20 – 29,30]
Résultat de cette demande d'autre contraception	34	100 %	
A été essayée avec insatisfaction de la patiente	15	44 %	[27,62 – 61,91]
A été refusée par le médecin	10	29 %	[15,71 – 47,67]
A été essayée avec satisfaction de la patiente	9	26 %	[13,51 – 44,65]
Contraception souhaitée après l'IVG	107	100 %	
Stérilet	46	43 %	[33,58 – 52,92]
Pilule	33	31 %	[22,47 – 40,61]
Implant	21	20 %	[12,82 – 28,66]
Stérilisation définitive	5	5 %	[01,73 – 11,09]
Patch	2	2 %	[00,23 – 06,59]
Anneau	0	0 %	[00,00 – 03,39]
Préservatif	0	0 %	[00,00 – 03,39]

3. Analyses descriptives bi-variées :

3.1. Facteurs influençant l'oubli de pilule :

Tableau VII : Fréquences observées d'oubli de pilule en fonction de l'antécédent d'IVG

	Oubli de pilule	
Antécédent d'IVG	*Oui*	*Non*
Pas d'IVG	87 %	13 %
Une ou plusieurs IVG	80 %	20 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent d'IVG et le fait d'oublier la pilule (p=0,33).

Tableau VIII : Fréquences observées d'oubli de pilule en fonction de l'antécédent de grossesse sous pilule

	Oubli de pilule	
Antécédent de grossesse sous pilule	*Oui*	*Non*
Pas de grossesse sous pilule	84 %	16 %
Une ou plusieurs grossesses sous pilule	83 %	17 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent de grossesse sous pilule et le fait d'oublier la pilule (p=0,93).

Tableau IX : Fréquences observées d'oubli de pilule en fonction du fait d'élever un nourrisson

	Oubli de pilule	
Elever un nourrisson	*Oui*	*Non*
Pas de nourrisson	82 %	18 %
Nourrisson	89 %	11 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'élever un nourrisson et le fait d'oublier la pilule (p=0,40).

3.2. Informations reçues lors de la prescription de la pilule en fonction du prescripteur :

Tableau X : Fréquences observées des informations reçues sur la CAT en cas de troubles menstruels lors de la prescription de la pilule en fonction du prescripteur

	Explications reçues sur la CAT en cas de troubles menstruels	
Prescripteur	*Oui*	*Non*
Médecin Généraliste	23 %	77 %
Gynécologue	38 %	62 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir été informé sur la conduite à tenir en cas de troubles menstruels lors de la prescription de la pilule et le fait que le prescripteur était un médecin généraliste ou un gynécologue (p=0,12).

Tableau XI : Fréquences observées des informations reçues sur la CAT en cas d'oubli lors de la prescription de la pilule en fonction du prescripteur

	Explications reçues sur la CAT en cas d'oubli	
Prescripteur	*Oui*	*Non*
Médecin Généraliste	54 %	47 %
Gynécologue	70 %	30 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir été informé sur la conduite à tenir en cas d'oubli lors de la prescription de la pilule et le fait que le prescripteur était un médecin généraliste ou un gynécologue (p=0,13).

Tableau XII : Fréquences observées des informations reçues sur la CAT en cas de troubles digestifs lors de la prescription de la pilule en fonction du prescripteur

	Explications reçues sur la CAT en cas de trouble digestif	
Prescripteur	*Oui*	*Non*
Médecin Généraliste	14 %	86 %
Gynécologue	28 %	72 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir été informé sur la conduite à tenir en cas de trouble digestif lors de la prescription de la pilule et le fait que le prescripteur était un médecin généraliste ou un gynécologue (p=0,09).

3.3. Facteurs influençant la demande d'un autre moyen de contraception avant et après l'IVG :

Tableau XIII : Fréquences observées de la demande d'un autre moyen de contraception par le passé en fonction de l'antécédent d'IVG

	Autre moyen de contraception demandé par le passé	
Antécédent d'IVG	*Oui*	*Non*
Pas d'IVG	43 %	57 %
Une ou plusieurs IVG	61 %	39 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent d'IVG et le fait d'avoir déjà demandé un autre moyen de contraception (p=0,07).

Tableau XIV : Fréquences observées de la demande d'un autre moyen de contraception par le passé en fonction de l'antécédent de grossesse sous pilule

	Autre moyen de contraception demandé par le passé	
Antécédent de grossesse sous pilule	*Oui*	*Non*
Pas de grossesse sous pilule	45 %	55 %
Une ou plusieurs grossesses sous pilule	63 %	37 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent de grossesse sous pilule et le fait d'avoir déjà demandé un autre moyen de contraception (p=0,09).

Tableau XV : Fréquences observées de la contraception souhaitée après l'IVG en fonction de l'antécédent d'IVG

	Contraception post IVG souhaitée				
Antécédent d'IVG	**Stérilet**	**Pilule**	**Implant**	**Stérilisation définitive**	**Patch**
Aucune IVG	43 %	37 %	15 %	2 %	3 %
Une ou plusieurs IVG	43 %	23 %	26 %	8 %	0 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent d'IVG et la contraception souhaitée après l'IVG (p=0,23).

Tableau XVI : Fréquences observées de la contraception souhaitée après l'IVG en fonction de l'antécédent de grossesse sous pilule

	Contraception post IVG souhaitée				
Antécédent de grossesse sous pilule	**Stérilet**	**Pilule**	**Implant**	**Stérilisation définitive**	**Patch**
Aucune grossesse sous pilule	39 %	36 %	22 %	0 %	3 %
Une ou plusieurs grossesses sous pilule	53 %	20 %	12 %	15 %	0 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'antécédent de grossesse sous pilule et la contraception souhaitée après l'IVG (p=0,14).

Tableau XVII : Fréquences observées de la contraception souhaitée après l'IVG en fonction du type d'oubli de pilule

	Contraception post IVG souhaitée				
Oubli	**Stérilet**	**Pilule**	**Implant**	**Stérilisation définitive**	**Patch**
Pas d'oubli ou inférieur à 12 heures	48 %	23 %	17 %	9 %	3 %
Oubli supérieur à 12 heures	40 %	35 %	21 %	3 %	1 %

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'oublier sa pilule de façon risquée ou pas et la contraception souhaitée après l'IVG (p=0,43).

V. Discussion

1. Biais de l'étude :

1.1. Biais de sélection :

Il existait un biais de sélection des centres d'orthogénie dans cette étude. En effet, pour une question pratique de recrutement, il a été décidé de sélectionner les cinq centres d'orthogénie réalisant le plus grand nombre d'IVG dans le département du Nord.

L'autre biais de sélection concernait la population étudiée. En effet, il a été choisi d'effectuer l'étude chez les patientes réalisant une IVG suite à un échec de leur contraception orale. Mais le choix de réaliser l'étude dans des centres d'orthogénie a exclu la partie des femmes qui a réalisé l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral.

1.2. Biais d'information :

Il existait un biais d'information dans cette étude qui est celui de la non-réponse. Six questionnaires de non-réponses ont été récupérés parmi la totalité des questionnaires, mais ce nombre était certainement sous-évalué, un seul centre d'orthogénie ayant fourni ces six questionnaires de non-réponse.

Un autre biais d'information était celui de mémoire. En effet, il était demandé aux patientes de répondre à des questions sur des attitudes qu'elles avaient eues par le passé, certaines données ayant pu être oubliées avec le temps.

2. Echantillon étudié :

Les patientes de l'étude étaient âgées de 27,7 ans en moyenne, c'est l'âge moyen des femmes réalisant une IVG en France qui est de 27,5 ans (11). Elles déclaraient être en couple pour 82 % d'entre elles, alors que 45 % des femmes qui font une IVG en métropole déclarent vivre en couple (7). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude incluait des patientes qui prenaient une contraception orale, ce qui pourrait expliquer qu'elles étaient plus souvent en couple que l'ensemble des femmes réalisant une IVG.

3. Attitudes des patientes en situations potentielles d'échecs de leur contraception orale :

3.1. En cas d'oublis :

66 % (N=73) des patientes de l'échantillon présentaient un ou des oublis à risque de grossesse. Parmi elles, seules 2 % (N=2) avaient suivi les recommandations de la HAS pour éviter une grossesse non désirée.

Au total, 65 % (N=71) des patientes de l'échantillon présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation d'oubli.

Une étude de Marie P. en 2004-2005 trouve que chez les femmes qui oublient leur pilule, 36 % l'ont reprise dans les délais, et 7 % ont eu un oubli à risque de grossesse et ont suivi les recommandations de la HAS (12). Dans notre étude, elles étaient 20 % à reprendre la pilule oubliée dans les délais et 2 % à suivre les recommandations de la HAS lors d'un oubli à risque.

Une étude de Lemaître S. publiée en 2009 montre que 60 % des femmes qui devraient utiliser le préservatif dans les sept jours suivant l'oubli ne le font pas, et que 86 % des femmes qui devraient avoir recours à la contraception d'urgence ne le font pas (13). Dans notre étude les patientes étaient 79 % à déclarer ne pas utiliser de préservatifs et 80 % à ne pas avoir recours à la contraception d'urgence.

Les patientes de notre étude, qui réalisaient une IVG pour une grossesse non désirée débutée sous pilule, avaient une attitude plus risquée lorsqu'elles oubliaient leur pilule que les femmes dans la population générale. Elles étaient moins nombreuses à reprendre le comprimé oublié dans les délais, et moins nombreuses à utiliser un préservatif suite à l'oubli. Par contre, elles étaient plus nombreuses à avoir recours à la contraception d'urgence, qui est de plus en plus connue et utilisée (14).

Depuis les recommandations de la HAS sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule il y a 10 ans, l'attitude des femmes en cas d'oubli de pilule ne s'est pas améliorée, sauf concernant le recours plus fréquent à la contraception d'urgence en cas de besoin.

Cette étude n'a pas révélé que les faits d'antécédents d'IVG, de grossesses sous pilule ou d'élever un nourrisson influençaient l'oubli de pilule, possiblement par manque de puissance de l'étude.

En effet, une étude de 2007 de Bajos N. montre que les femmes qui se présentent pour une deuxième IVG déclarent plus souvent oublier fréquemment leur pilule que lors d'une première IVG (15).

Nous n'avons pas trouvé de publication dans la littérature médicale étudiant de lien entre un antécédent de grossesse débutée sous pilule et l'oubli de pilule.

Les deux années suivant un accouchement sont une période à risque d'oubli de pilule. Une étude de Fanello S. montre que chez les utilisatrices de pilule oestroprogestatives qui l'oublient dans l'année suivant le post-partum, 2/3 l'oubliaient aussi avant la grossesse et 1/3 ne l'oublie que depuis l'accouchement (16). Une autre étude de Moreau C. (données 2000-20004) montre que les femmes qui élèvent un enfant de moins de deux ans sont plus à risque d'oublier leur pilule et de ne pas prendre de mesures pour éviter une grossesse lors de ces oublis que celles qui n'en élèvent pas (17).

40 % (N=65) des patientes de l'étude déclaraient ne pas avoir été informées de la conduite à tenir en cas d'oubli lors de la prescription de leur pilule. Ce chiffre est similaire à celui d'une étude de Lemaître S. publiée en 2009 qui constate que 40 % des prescripteurs ne fournissent pas d'informations sur l'oubli de pilule lors de la première prescription (13).

13 % (N=9) des patientes qui présentaient un oubli de leur pilule de plus de douze heures déclaraient avoir contacté un médecin pour savoir ce qu'il fallait faire, 16 % (N=11) déclaraient consulter un site internet pour cela. Pour expliquer le nombre important de patientes qui ne recherchaient pas d'informations, il serait intéressant de connaitre la part d'entre elles qui pensait savoir ce qu'il fallait faire en cas d'oubli, et la part qui négligeait le risque de survenue d'une grossesse dans ce cas.

Pour améliorer les connaissances et attitudes des femmes de la gestion de leur contraception orale face aux oublis, le médecin pourrait leur proposer un quiz concernant l'attitude à adopter suite à un oubli, au moment du renouvellement de la contraception orale par exemple.

3.2. En cas de troubles menstruels :

41 % (N=45) des patientes de l'étude déclaraient avoir déjà eu des métrorragies. Parmi elles, 87 % (N=39) avaient une attitude recommandée suite à celles-ci, c'est à dire la poursuite de leur plaquette de pilule.

Au total, 6 % (N=6) des patientes de l'échantillon présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation de métrorragies.

28 % des patientes (N=31) des patientes de l'étude déclaraient avoir déjà eu une aménorrhée. Parmi elles, 48 % (N=15) avaient eu une attitude recommandée à la suite de celle-ci, c'est-à-dire la reprise de la plaquette au moment habituel.

Au total, 15 % (N=16) des patientes de l'échantillon présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation d'aménorrhée.

Concernant l'attitude des femmes avec leur contraception orale lors de la survenue d'un trouble menstruel, la littérature médicale est pauvre. La recherche d'étude validée sur cette question ne donne pas de réponse.

L'attitude en cas d'aménorrhée doit particulièrement interpeller. En effet, la moitié des patientes de cette étude ne commençait pas la nouvelle plaquette de pilule au moment habituel en cas d'aménorrhées, en attendant le début ou la fin des règles pour cela. Or, la période la plus à risque de survenue d'une grossesse non prévue en cas de non prise de la contraception orale est la première semaine du cycle contraceptif, justement celle de la reprise d'une nouvelle plaquette (18,19).

72 % (N=79) des patientes de l'étude déclaraient ne pas avoir été informées de la conduite à tenir en cas de troubles menstruels lors de la prescription de la pilule. Ce chiffre élevé pourrait s'expliquer par le fait que certains médecins sous-estimeraient l'influence d'un trouble menstruel sur la mauvaise utilisation de la contraception orale.

Pour améliorer les connaissances et attitudes des femmes de la gestion de leur contraception orale face aux troubles menstruels, le médecin pourrait également leur proposer un quiz concernant l'attitude à adopter lors de la survenue de métrorragies ou d'aménorrhées.

3.3. En cas de troubles digestifs :

18 % (N=20) des patientes de l'étude déclaraient avoir déjà eu des troubles digestifs à type de vomissements ou diarrhées dans les quatre heures suivants la prise de leur pilule. Parmi elles, seules 10 % (N=2) avaient suivi les recommandations de la HAS pour éviter une grossesse non désirée.

Au total, 17 % (N=18) des patientes de mon échantillon présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation de troubles digestifs.

Concernant l'attitude des femmes avec leur contraception orale lors de la survenue de troubles digestifs, la littérature médicale est pauvre également. Il serait intéressant de l'étudier plus précisément car l'étude GRECO (données de 2002) montre que 16,7 % des femmes enceintes sous contraception orale estiment que la cause potentielle de l'échec de leur contraception orale est un trouble digestif (20). Ce chiffre est proche des 17 % de patientes de notre étude qui présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation de troubles digestifs.

81 % (N=88) des patientes de l'étude déclaraient ne pas avoir été informées de la conduite à tenir en cas de troubles digestifs. Ce chiffre qui était élevé pourrait s'expliquer également par le fait que certains médecins sous-estimeraient l'incidence d'un trouble digestif sur la survenue d'une grossesse non désirée chez une patiente prenant une contraception orale.

6 % (N=1) des patientes qui avaient eu un trouble digestif durant les quatre heures suivant la prise de leur pilule déclaraient avoir pris contact avec un médecin pour savoir ce qu'il fallait faire, 19 % (N=3) déclaraient avoir consulté un site internet pour cela. Pour expliquer le nombre important de patientes qui ne recherchaient pas d'informations, il serait intéressant de connaitre la part d'entre elles qui pensait savoir ce qu'il fallait faire en cas de troubles digestifs, et la part qui négligeait le risque de survenue d'une grossesse dans ce cas.

Pour améliorer les connaissances et attitudes des femmes de la gestion de leur contraception orale face aux troubles digestifs, le médecin pourrait leur proposer un quiz concernant l'attitude à adopter lors de la survenue de ces troubles digestifs.

4. Autre cause d'échec : l'arrêt de la contraception orale :

Il est important de noter que pour mieux comprendre les causes d'échecs de la contraception orale, il faudrait compléter cette étude par une étude objectivant la part des IVG réalisée chez les patientes ayant récemment arrêté leur contraception orale d'elles-mêmes. En effet, l'arrêt de la contraception orale doit être considéré comme un échec de celle-ci ; mieux en comprendre les raisons serait utile pour l'éviter.

Dans le projet de cette étude, il était prévu d'inclure cet objectif. Mais la longueur trop importante du questionnaire nous l'a fait exclure. Or, lors de la présentation de l'étude dans les centres d'orthogénie, de nombreux médecins m'ont signalés qu'il serait intéressant d'étudier cette question car, pour eux, le nombre de femmes réalisant une IVG suite à un arrêt de contraception orale serait plus important que celui des femmes réalisant une IVG pour une grossesse débutée sous contraception orale.

Ce constat est évoqué dans une étude américaine de Moreau C. en 2002 qui montre que 29,2 % des femmes qui ont utilisé la pilule l'ont arrêtée d'elles-mêmes, ceci pour insatisfaction de la méthode (21). Une autre étude de Jamain C. en 2012 montre que l'arrêt temporaire de la contraception oestroprogestative (pilule, patch et anneau) concerne 30 % des femmes au cours d'une année, et ce pendant une durée moyenne de deux mois. Ces arrêts représenteraient 59 % des situations à risque de grossesses non désirées (22).

5. Périodes à risque d'IVG lors d'une grossesse sous contraception orale :

61 % (N=66) des patientes de l'étude avaient un ou plusieurs enfants. L'étude de Vilain A. de 2007 trouve que 53 % des femmes qui ont recours à l'IVG ont au moins un enfant (23).

Dans notre étude, le délai entre leur dernier accouchement et la grossesse concernée avait une médiane de 2 ans. Au total, **32 % (N=35) des patientes de l'étude élevaient un nourrisson**, dont 5 % (N=5) des patientes de l'étude avaient accouchée moins de six mois auparavant. Nous avons vu précédemment qu'une étude de Moreau C. (données 2000-20004) montre que les femmes qui élèvent un

enfant de moins de deux ans sont plus à risque d'oublier leur pilule et de ne pas prendre de mesures pour éviter une grossesse lors de ces oublis que celles qui n'en élèvent pas (17), elles ont donc un risque de grossesse non désirée sous contraception orale supérieur. De plus, la norme procréative actuelle tend à espacer les naissances pour que la femme soit plus disponible lors de l'arrivée d'un nouvel enfant (24), les femmes élevant un nourrisson auraient donc plus souvent recours à l'IVG lors de la survenue d'une grossesse trop rapprochée de la précédente. Une étude de Mulet F. trouve que ce sont 5 % des IVG qui sont réalisées dans les six mois suivants un accouchement (25), ce résultat est identique à celui de notre étude.

Ainsi, cette période des deux années suivant un accouchement doit être considérée comme à risque majoré de survenue d'une grossesse non désirée, et d'interruption de celle-ci, pour les patientes sous contraception orale.

45 % (N=49) des patientes de l'étude avaient déjà eu une ou plusieurs IVG. Une étude de 2005 de Rossier C. montre que 33 % des IVG sont réalisées chez des femmes en ayant déjà eu par le passé (26), une autre étude de Vilain A. de 2007 montre que ce sont 34 % des femmes ayant recours à l'IVG (23). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les patientes de notre échantillon étaient sous contraception orale lorsque leur grossesse a débutée. Or, une étude de Bajos N. de 2007 montre que les femmes qui ont recours à l'IVG pour la deuxième fois ou plus déclarent plus que les autres utiliser une méthode de contraception jugée efficace et nécessitant une prescription médicale au moment où leur grossesse a débuté (15), elles pourraient donc être surreprésentées dans les populations réalisant une IVG suite à un échec de ces contraceptions. De plus, comme nous l'avons déjà vu, cette même étude montre que les femmes qui se présentent pour une deuxième IVG rapportent plus souvent oublier fréquemment leur pilule que les femmes dont c'est la première IVG, elles ont donc un risque de grossesse non désirée sous contraception orale supérieur. 14 % (N=15) des patientes de notre étude avaient déjà eu au moins deux IVG par le passé, ce résultat est proche de celui de Vilain A. en 2007 qui trouve que 9 % des femmes ayant recours à l'IVG en ont déjà eu au moins deux par le passé (23), mais la différence pourrait s'expliquer pour les mêmes raisons.

Le délai entre l'IVG précédente et celle concernée avait une médiane est de 2,25 ans dans notre étude. Au total, 21 % des patientes de l'échantillon, soit **47 % (N=23) des patientes de l'étude qui avaient des antécédents d'IVG, avaient eu la dernière deux ans ou moins de deux ans avant celle qu'elles effectuaient**. L'étude de Vilain A. de 2007 trouve que ce sont 39 % des femmes qui ont recours à l'IVG et ayant des antécédents d'IVG qui ont eu la dernière 2 ans ou moins auparavant (23). Ainsi, dans notre échantillon de patientes sous contraception orale, un nouveau recours à l'IVG précoce semble plus important que dans la population des femmes ayant de nouveau recours à l'IVG.

Ainsi, cette période des deux années suivant une interruption de grossesse doit être considérée comme à risque majoré de survenue de grossesse non désirée, et d'interruption de celle-ci, pour les patientes sous contraception orale.

Ces observations soulignent l'importance du choix de la contraception durant les périodes suivant le post partum et le post abortum.

6. Place de la contraception orale dans les périodes suivants le post partum et le post abortum :

Concernant la contraception de la période suivant le post partum, une étude de Fanello S. de 2004-2005 montre que 64 % des patientes souhaitent adopter une pilule comme moyen de contraception ; seules 2,2 % des patientes ne souhaitent pas adopter de contraception. En réalité, à la sortie de la maternité, elles sont 74,3 % à se voir prescrire une pilule, et 20 % à rentrer à domicile sans prescription de contraception. Un an après, les utilisatrices de pilule représentent 45,1 % des patientes, soit un chiffre proche de la proportion dans la population générale. Mais il est intéressant de souligner que les femmes suivies par un gynécologue sont 40 % à utiliser une pilule oestroprogestative un an après l'accouchement, contre 75 % des femmes suivies par un médecin généraliste (16). Ce constat est également valable dans la population générale des femmes qui sont 48 % à utiliser la pilule quand elles sont suivies par un gynécologue, contre 70 % de celles suivies par un médecin généraliste (27). Pour expliquer cette différence, il serait intéressant de savoir si les femmes qui souhaitent une autre contraception que la pilule s'orientent plus vers des gynécologues, ou si c'est ceux-ci qui proposent d'autres moyens de contraception que la pilule aux femmes qu'ils suivent.

Concernant la contraception souhaitée après l'IVG, elle était majoritairement représentée dans notre étude par des méthodes de longue durée d'action ne nécessitant pas de gestion d'observance (DIU, implant, stérilisation définitive). Ce souhait concernait 68 % (N=72) des patientes de l'échantillon avec le DIU pour 43 % (N=46), l'implant pour 20 % (N=21), et la stérilisation définitive pour 5 % (N=5) des patientes de l'échantillon. 31 % (N=33) des patientes souhaitaient reprendre une pilule, et 2 % (N=2) des patientes souhaitaient utiliser le patch. Seules 2 patientes de l'étude n'avaient pas répondu à cette question, ne souhaitant peut être pas de contraception après l'IVG.

Une étude de Moreau C. de 2007 trouve que la contraception prescrite après une IVG aux femmes ayant débuté leur grossesse sous contraception orale est : la pilule pour 46,3 % des femmes, aucune contraception pour 22,4 % des femmes, le DIU pour 18 % des femmes, l'implant pour 10,7 % des femmes, le patch ou l'anneau pour 2,6 % d'entre elles (8). Les différences importantes observées avec notre étude peuvent s'expliquer par le fait que, dans notre étude, c'était la contraception souhaitée et non prescrite qui était évaluée. Parfois, la contraception souhaitée par une patiente ne peut pas être instaurée du fait de contre-indications liées à son état de santé, ou liées au moment auquel elle la demande. Une constatation surprenante concerne la part des femmes qui souhaitait reprendre une pilule après un échec de celle-ci ayant abouti à une IVG, que ce soit dans notre étude, ou dans celle de Moreau. Il est tout de même surprenant de constater dans l'étude de Moreau C. qu'une part importante des femmes n'a pas de prescription de contraception après l'IVG.

7. Antécédent de grossesse sous contraception orale :

32 % (N=35) des patientes déclaraient avoir eu au moins une grossesse sous pilule par le passé dans notre étude. Pour ces patientes, le nombre total de grossesses sous pilule était de 51. Parmi ces 51 grossesses passées débutées sous pilule, 49 % (N=25) ont abouti à une IVG et 51 % (N=26) ont été poursuivies. Ainsi, 40 % (N=14) des patientes ayant eu au moins une grossesse débutée sous pilule déclaraient avoir toujours réalisé une IVG dans ce cas, 40 % (N=14) déclaraient avoir toujours poursuivi ces grossesses, et 20 % (N=7) avaient eu au moins une IVG et une grossesse poursuivie dans ce cas.

Cette proportion importante de patientes ayant déjà connu un échec de contraception orale est questionnant, mais concordant avec le fait que, entre notre étude et celle de Moreau C de 2007 dont nous venons de parler, entre un tiers et la moitié des femmes ayant vécu une grossesse débutée sous contraception orale et ayant interrompu celle-ci par une IVG choisissent ou se voient prescrire une pilule ensuite.

Pourtant, **51 % (N=56) des patientes de mon échantillon**, avec 63 % (N=22) des patientes ayant un antécédent de grossesse débutée sous pilule, **avaient déjà demandé un autre moyen de contraception à leur(s) médecin(s) que la contraception orale**. Ce moyen demandé était une contraception de longue durée d'action dans 98 % des cas ; c'était un DIU dans 51 % des cas (N=27), un implant dans 45 % des cas (N=24), et une stérilisation définitive dans 2 % des cas (N=1). Le DIU et l'implant sont appelés LARC en anglais (Long Acting Reversible

Contraception). Ils ont l'avantage d'écarter le biais d'observance, donc d'avoir une efficacité pratique proche de l'efficacité théorique. Dans notre étude, dans 26 % des cas (N=9) ce moyen avait été essayé avec satisfaction de la patiente. Ce résultat est étonnant car il montre que, malgré cette satisfaction de la patiente, ce moyen n'avait pas été renouvelé. Il est aussi surprenant de remarquer que dans 29 % des cas (N=10) cet autre moyen de contraception avait été refusé par le médecin. Il serait intéressant de connaître le motif de ce refus, pour faire la part des choses entre réelle contre-indication médicale et manque d'informations des médecins. En effet, l'enquête Fecond de 2011 trouve que 69 % des gynécologues et 84 % des médecins généralistes considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour une femme nullipare (27), alors que la HAS ne le contre-indique pas dans ce cas depuis plus de 10 ans (28).

On peut supposer que si ces patientes avaient déjà demandé un autre moyen de contraception, c'est que l'utilisation de leur pilule ne leur convenait pas. Ceci est un facteur de risque de récidive d'IVG comme l'a montré l'étude de Bajos N., dont nous avons déjà parlé, qui trouve que les femmes qui se présentent pour une deuxième IVG sont plus nombreuses à déclarer que la méthode de contraception qu'elles utilisaient alors ne leur convenait pas (15). Une autre étude de Moreau C. montre que les femmes qui ne sont pas impliquées dans ou pas d'accord avec le choix de leur contraception orale sont plus à risque d'oublier leur pilule et de ne pas prendre de mesures pour éviter une grossesse en cas d'oubli (17).

D'où l'importance de l'écoute de la femme lorsque celle-ci remet en question sa contraception, et de la responsabilité du médecin de l'orienter si elle le désire vers un changement de moyen de contraception, pour éviter un nombre important de grossesses non désirées et d'IVG.

VI. Conclusion

En France, la pilule est le mode de contraception le plus utilisé malgré un recul de 14 points en 10 ans entre 2000 et 2010 (29).

Les attitudes des femmes en situations potentielles d'échec de leur contraception orale restent encore largement à risque d'entraîner des grossesses non désirées, ceci par un manque d'informations des médecins d'une part, et par un manque de recherche d'informations des femmes dans ces cas.

Diminuer de façon significative le nombre d'IVG est un objectif de santé publique. La couverture contraceptive est bonne en France, mais possiblement mal adaptée aux conditions de vie des femmes d'aujourd'hui.

Des périodes à risque d'interruptions de grossesses non désirées débutées sous contraception orale ont été mises en évidence, elles doivent faire l'objet d'un suivi plus rigoureux de la part des professionnels de santé.

Selon l'IGAS en 2009, un objectif de la politique de santé publique doit viser à diminuer l'importance du biais lié à l'observance d'une contraception.

Dans le monde, la méthode de contraception la plus répandue est la stérilisation adoptée par 37 % des couples, puis le dispositif intra-utérin utilisé par 23 % des couples, puis la pilule utilisée par 14 % des couples (30).

Est-ce qu'améliorer les connaissances des femmes de l'utilisation de leur contraception orale serait susceptible d'améliorer leurs attitudes pratiques en situation potentielle d'échec, et de diminuer le nombre de grossesses débutant sous pilule ? Est-ce que cet objectif d'amélioration des attitudes des femmes est réalisable ?

Est-ce qu'un moindre recours à la contraception orale en faveur des contraceptions de longue durée d'action comme le dispositif intra-utérin ou l'implant permettrait de diminuer enfin le nombre d'IVG en France ?

VII. Bibliographie

1. Charbit Y, Collomb P, Sardon J-P, Leridon H. La contraception en France en 1978. Une enquête INED-INSEE. Population. 1979;34(1):1349–90.

2. Rossier C, Pirus C. Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002. Population. 2007 Jul 13;62(1):57–90.

3. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. INPES; 2011 Oct [cited 2015 Mar 11]. Available from: http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

4. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Etudes et résultats. 2014 Juin;(884).

5. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés. 2004 Décembre;(407):1–4.

6. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc. 2011 Jun 22;1(1):148–61.

7. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_IVG_en_Farnce_en_2007.pdf

8. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception. 2010 Oct;82(4):337–44.

9. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003 May 1;18(5):994–9.

10. Trussell J. Understanding contraceptive failure. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009 avril;23(2):199–209.

11. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. (French). Popul Sociétés. 2015 Jan;(518):1–4.

12. Marie P, Champollion S, Ourabah R. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cited 2015 Feb 16]. Available from: http://www.exercer.fr

13. Lemaitre S, Collier F, Hulin V. Intérêt d'Internet comme outil d'information en cas d'oubli de pilule en médecine générale Enquête chez 1 964 femmes consultant le site www.g-oubliemapilule.com. Rev Prat. 2009;59(10):7–15.

14. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. HAS; 2013 [cited 2015 Feb 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf

15. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2013 août;61(4):291–8.

16. Fanello S, Parat-Pateu V, Dagorne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, et al. La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2007 Jun;36(4):369–74.

17. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated with Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence from France. Perspect Sex Reprod Health. 2006 décembre;38(4):190–6.

18. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2011 Nov;39(11):644–55.

19. Aubeny E, Buhler M, Colau J-C, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2002 Jan 1;7(3):155–61.

20. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2006;34:120–6.

21. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. Contraception. 2007 Oct;76(4):267–72.

22. Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. [cited 2015 Feb 26]; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231514003202

23. 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. 1/2011 (n°1):116–47.

24. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. Médecine Thérapeutique Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol. 2012 Jan 1;14(1):3–10.

25. Mulet F, Descamps P. Contraception du post partum - contraception du post abortum [Internet]. Mise à jour en gynécologie médicale; 2006 [cited 2015 Mar 3]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_041_mulet.pdf

26. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. Population. 2010 Jan 13;64(3):495–529.

27. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012 Sep [cited 2014 Oct 20];(492). Available from: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

28. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2004 [cited 2014 Oct 20]. Available from: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf

29. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cited 2014 Nov 22]. Available from: http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/

30. La contraception dans le monde [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cited 2014 Dec 16]. Available from: http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/

VIII. Annexe

Annexe 1

Questionnaire

Afin de mieux comprendre votre situation, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire anonyme. Celui-ci est réalisé dans le cadre d'un travail de recherche pour la réalisation d'une thèse.

Attention : *Toutes les questions n'impliquent qu'une réponse.*

Quel est votre **âge ?**	…… ans		
Etes-vous en **couple ?**	❒ Oui	❒ Non	
Quelle est votre **activité ?**	❒ Etudiante	❒ Sans profession	❒ Agriculteur exploitant
	❒ Artisans, commerçants ou chef d'entreprise	❒ Cadre ou profession intellectuelle supérieure	❒ Profession intermédiaire
	❒ Employée	❒ Ouvrière	

- Quel **âge** aviez-vous en prenant votre **première pilule ?** …… ans
- Combien avez-vous **d'enfants ?** ……..
- Combien de **temps** s'est écoulé entre votre **dernier accouchement** et cette **grossesse ?** …… ans
- Combien avez-vous eu d'**IVG** par le **passé ?** ……
- Combien de **temps** s'est écoulé entre la **dernière IVG** et **celle-ci ?** …… ans

Votre pilule a-t-elle été prescrite par :	❒ Un médecin généraliste ❒ Une sage-femme	❒ Un gynécologue ❒ Le centre de planification (PMI)
Votre pilule est une pilule :	❒ Oestroprogestative ❒ Autre	❒ Microprogestative ❒ Ne sait pas
Quel est le nom de votre pilule actuelle ?	……	
Si vous prenez Microval, vous a-t-on dit qu'un <u>oubli de plus de trois heures</u> peut entraîner une grossesse ?	❒ Oui	❒ Non
Avez-vous déjà lu la fiche d'information de votre pilule (présente dans la boîte) ?	❒ Oui	❒ Non

• Avec la pilule, avez-vous déjà eu des **saignements à un moment autre que celui de vos règles** (pendant la plaquette de pilule pour les plaquettes de 21 comprimés / ou pendant les trois premières semaines de la plaquette de pilule pour les plaquettes de 28 comprimés) ?	❒ Oui	❒ Non
Si oui, avez-vous : - Continué votre plaquette comme d'habitude ? - Arrêté la prise de la pilule, sans reprendre la plaquette ? - Arrêté la prise de la pilule un ou plusieurs jours, puis repris le reste de la plaquette ?	 ❒ Oui ❒ Oui ❒ Oui	 ❒ Non ❒ Non ❒ Non
• Avec la pilule, avez-vous déjà eu une **absence de règles** au moment où vous auriez dû les avoir (c'est-à-dire au bout de 21 jours de prise de comprimés) ?	❒ Oui	❒ Non
Si oui, avez-vous : - Recommencé une nouvelle plaquette au moment habituel (au bout de 7 jours) ? - Attendu la survenue de vos règles pour commencer une nouvelle plaquette ? ➢ Si oui, avez-vous commencé la nouvelle plaquette ? - Pris contact avec un médecin pour savoir ce qu'il fallait faire ? ➢ Si oui, était-ce : - Fait un test de grossesse (de votre propre initiative, sans avis médical préalable) à la suite de cette absence de règles ? ➢ Si oui, combien de temps après le moment où vous auriez dû avoir vos règles ?	 ❒ Oui ❒ Oui ❒ Au début de vos règles ❒ Oui ❒ Médecin Généraliste ❒ Oui …… jours	 ❒ Non ❒ Non ❒ A la fin de vos règles ❒ Non ❒ Gynécologue ❒ Non

• Avez-vous déjà **oublié votre pilule** ?	❒ Oui	❒ Non	
- Si oui, ces oublis étaient de :	❒ Moins de 12 heures	❒ Plus de 12 heures	❒ Les deux
- Et si votre pilule est **Microval** :	❒ Moins de 3 heures	❒ Plus de 3 heures	❒ Les deux
• Avez-vous déjà eu des **vomissements** ou des **diarrhées**, dans les **quatre heures suivants la prise de votre pilule** ?	❒ Oui	❒ Non	

Si vous avez déjà **oublié votre pilule** (plus de 12 heures / plus de 3 heures pour Microval), ou eu des **troubles digestifs** (vomissements, diarrhées) dans les quatre heures suivant la prise de votre pilule, **quelle a été votre attitude suite à cet événement ?**

	Evénements			
Avez-vous :	**Oublis**		**Troubles digestifs**	
• Pris immédiatement un comprimé ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
• Puis poursuivi le reste de votre plaquette comme d'habitude ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
• Utilisé la pilule du lendemain ? (si vous aviez eu un rapport sexuel durant les 5 jours précédents l'événement)	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
- Si oui, laquelle ? ❒ Norlevo ❒ Ella One - Et dans quel délai ? ……. jours après l'événement				
• Utilisé des préservatifs ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
- Si oui, pendant combien de temps en avez-vous utilisé ? ……. Jours				
• Pris contact avec un médecin pour savoir ce qu'il fallait faire ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
- Si oui, était-ce un : ❒ Médecin Généraliste ❒ Gynécologue				
• Consulté un site internet pour savoir ce qu'il fallait faire ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
• Avez-vous fait un test de grossesse (de votre propre initiative, sans avis médical préalable) à la suite de cet événement ?	❒ Oui	❒ Non	❒ Oui	❒ Non
- Si oui, combien de temps après l'événement ? ……. Jours				

Combien avez-vous eu, par le passé, de grossesses ayant débuté alors que vous preniez la pilule ? ……

Qu'aviez-vous fait alors ?

- IVG : ……. fois
- Poursuivi la grossesse : ……. fois

- **Lors de la prescription de votre pilule, vous a-t-on parlé de ce qu'il fallait faire en cas de saignements entre les règles, ou en cas d'absence de règles au moment habituel ?**

❒ Oui ❒ Non

Lors de la prescription de votre pilule, vous a-t-on parlé de ce qu'il fallait faire en cas d'oubli ?

❒ Oui ❒ Non

Lors de la prescription de votre pilule, vous a-t-on parlé de ce qu'il fallait faire en cas de troubles digestifs (vomissements, diarrhées) ?

❒ Oui ❒ Non

- **Avez-vous déjà demandé à un médecin (généraliste ou gynécologue) un autre moyen de contraception que la pilule ?**

❒ Oui ❒ Non

- Si oui, lequel ? ……

- Et à qui ? ❒ Gynécologue ❒ Médecin Généraliste ❒ Les deux

- Suite à cette demande, cet autre moyen de contraception :

❒ Vous a été refusé par le médecin

❒ A été essayé, mais vous n'en avez pas été satisfaite

❒ A été essayé, et vous en étiez satisfaite

- **Quelle contraception souhaiteriez-vous adopter après l'IVG ?**

❒ Pilule ❒ Stérilet ❒ Implant

❒ Anneau ❒ Patch ❒ Préservatif

❒ Stérilisation définitive (ligature des trompes ou autre méthode de stérilisation)

❒ Autres : ……

Nous vous remercions beaucoup de votre participation.

AUTEUR : Nom : HAMRIT **Prénom : Julie**

Date de Soutenance : 29 Septembre 2015

Titre de la Thèse : IVG sous pilule, une liaison encore trop fréquente. *Quelles attitudes ont les femmes réalisant une IVG face aux situations potentielles d'échecs les plus fréquentes de la contraception orale ?*

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : IVG, pilule contraceptive, grossesse

Contexte : Le nombre d'IVG en France ne baisse pas. Quand survient une grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 27,3 % des femmes prennent la pilule. La méthode de gestion de la pilule en pratique est indispensable à évaluer pour comprendre ces échecs et les moyens de les éviter.

Méthode : Etude prospective, transversale, descriptive, multicentrique. Entre août et novembre 2014, dans les centres d'orthogénie, les femmes ont été interrogées par questionnaire papier, alors qu'elles réalisaient une IVG pour une grossesse débutée sous contraception orale.

Résultats : Sur 109 patientes incluses, 71 (65 %) présentaient une attitude pouvant entraîner une grossesse non désirée par rapport à la situation d'oubli, 22 (21 %) par rapport à la situation de troubles menstruels, et 18 (17 %) par rapport à la situation de troubles digestifs. 35 (32 %) élevaient un nourrisson, 23 (21 %) avaient eu une IVG deux ans ou moins auparavant. 35 (32 %) avaient déjà eu au moins une grossesse débutée sous contraception orale par le passé. 56 (51 %) avaient déjà demandé un autre moyen de contraception que la pilule à leur médecin, qui était pour 52 (98 % d'entre elles) une méthode de longue durée d'action (DIU, implant, stérilisation). 72 (68 %) souhaitaient adopter une contraception de longue durée d'action après l'IVG, 33 (31 %) souhaitaient reprendre une pilule.

Conclusion : L'utilisation courante de la contraception orale est à risque d'entraîner des grossesses non désirées, par le manque d'informations données de la part des médecins et par le manque de recherche d'informations par les femmes. Diminuer de façon significative le nombre d'IVG est un objectif de santé publique. Peut-on espérer diminuer ce nombre en améliorant les connaissances d'utilisation des contraceptifs oraux ou en favorisant les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implants) ? Est-ce que cet objectif de santé publique est réalisable ?

Composition du Jury :

Président : Pr Besson Rémi

Assesseurs : Pr Berkhout Christophe

Pr Lefebvre Jean-Marc

Directeur de thèse : Dr Hannequart Philippe