

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de sage-femme

Interruption volontaire de grossesse chez  
les femmes âgées de plus de 35 ans :  
uniquement un échec de contraception ?

Anne LOUINEAU

Née le 07/09/1986

Directeur de mémoire : Docteur Bernard MESLE

Promotion 2005-2010

# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE.....</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
---------------------------	----------

<b>PREMIERE PARTIE : L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....</b>	<b>3</b>
--	----------

1. Historique.....	3
1.1. D'Hippocrate au siècle des « Lumières ».....	3
1.2. Matrones et « faiseuses d'ange » au XIX ème siècle.....	3
1.3. Début du XX ème siècle : les avis divergent.....	4
1.4. Feu vert pour la contraception.....	5
1.5. On légifère.....	6
1.6. Les avancées de notre siècle.....	7
2. Prise en charge de l'IVG en France .....	9
2.1. Structures d'accueil.....	9
2.2. Démarches.....	9
3. Les différentes techniques d'IVG.....	11
3.1. L'IVG chirurgicale.....	11
3.2. L'IVG médicamenteuse.....	13
3.3. Le coût d'une IVG.....	15
4. Quelques chiffres.....	16
4.1. Etrange paradoxe en France.....	16
4.2. Disparités selon les régions françaises .....	17
4.3. Impact de la religion sur les IVG.....	18
4.4. Les Pays de la Loire : une région moins touchée.....	18

## **DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....20**

1. Matériel et méthode.....	20
1.1. Objectifs.....	20
1.2. Hypothèses.....	20
1.3. Méthode.....	21
1.4. Taille de l'échantillon.....	21
2. Présentation des données .....	22
2.1. Description de la population.....	22
2.2. Comparaison des résultats entre le CHU de Nantes et la Clinique Jules Verne de Nantes.....	35
2.3. Typologie des femmes.....	38

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....39**

1. Rappel des principaux résultats.....	39
2. Limites de l'étude.....	39
3. Comparaison avec la littérature.....	40
3.1. Caractéristiques des femmes.....	40
3.2. L'IVG.....	42
3.3. La contraception.....	44
4. Rôle de la sage-femme en centre d'orthogénie.....	48
4.1. Les compétences de la sage-femme.....	48
4.2. Sage-femme au centre d'orthogénie.....	48

## **CONCLUSION.....52**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## Lexique

AG : anesthésie générale

AL : anesthésie locale

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ATCD : antécédent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Contra : contraception

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DIU : dispositif intra-utérin

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National des Etudes Démographiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFPP : Mouvement Français pour le Planning Familial

MLAC : Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception

mg : milligrammes

mm : millimètres

NR : non renseigné

PA : post abortum

PMI : Protection maternelle et infantile

SA : semaines d'aménorrhée

UNCAF : Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales

## **Introduction**

Après de nombreux combats idéologiques, politiques et religieux, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est maintenant réalisée dans des conditions sanitaires et psychologiques correctes. Même si la prise en charge s'est améliorée, l'IVG n'est jamais une intervention anodine et reste un événement douloureux dans la vie d'une femme. Pourtant, malgré la diffusion de plus en plus large concernant l'utilisation des méthodes contraceptives, les chiffres de l'IVG ne diminuent pas : chaque année plus de 200 000 IVG sont réalisées en France.

En 2007, sur 213 380 IVG, 20% concernent les femmes âgées de plus de 35 ans (DRESS). C'est sur ce point que nous allons porter toute notre attention afin de déterminer si l'échec de la contraception est la principale raison de ce taux élevé.

Nous nous attacherons tout d'abord à remonter le cours de l'histoire de l'avortement et parlerons des nombreux combats qu'il a nécessité pour être légalisé.

A cette occasion, nous présenterons la prise en charge de l'IVG dans notre pays ainsi que les différentes techniques d'IVG proposées aux femmes.

Nous nous consacrerons ensuite aux chiffres de l'IVG en France de façon globale puis plus spécifique dans notre région des Pays de la Loire.

La deuxième partie expose l'étude réalisée à partir de dossiers des centres de planification et d'éducation familiale du CHU de Nantes ainsi que de la Clinique Jules Verne. Elle porte sur le milieu socio-économique, sur les méthodes de contraception utilisées ainsi que sur la prise en charge de l'IVG. S'ensuit une partie d'analyse et de discussion.

Pour finir, nous évoquerons le rôle de la sage-femme au sein des centres d'orthogénie.

## **Première partie : l'interruption volontaire de grossesse**

### **1. La lutte des femmes pour obtenir le droit à l'IVG**

Parler de l'histoire de l'avortement nécessite d'aborder celle de la contraception car elles sont toutes deux intimement liées.

#### **1.1. D'Hippocrate au siècle des « Lumières »**

Depuis toujours et dans toutes les civilisations, des moyens sont mis en œuvre pour limiter les naissances. Compte tenu du manque de connaissances anatomiques et physiologiques, les techniques abortives et contraceptives sont souvent confondues. L'infanticide est également pratiqué.

Le serment d'Hippocrate date du IV<sup>ème</sup> siècle avant Jésus Christ et doit être prononcé par tout nouveau médecin. Il stipule entre autre « (...) je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif ».

Lors de l'apparition du christianisme, l'Eglise catholique a un impact très important et préconise l'abstinence comme seul moyen de contraception. Au Moyen Age, la religion catholique domine toujours la société : l'avortement est considéré comme un crime et est donc passible de la peine de mort. Au XVI<sup>ème</sup> siècle, le Concile de Trente soutient que l'abstinence est signe de responsabilité, de maîtrise de soi et d'amour pour sa femme. Actuellement, l'Eglise catholique encourage toujours l'abstinence ainsi que les méthodes naturelles type Billings ou méthode Ogino.

Au XVI<sup>ème</sup> siècle, Gabriel Fallopio, anatomiste italien, est le premier à décrire le préservatif et à en expliquer son utilisation.

Au début du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'avortement n'est plus un infanticide. Cependant, le code pénal punit à la fois les personnes qui avortent et celles qui les aident à réaliser l'acte.

A partir de la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, le taux de fécondité régresse en France. D'après Philippe Aries, « l'enfant à naître n'est plus une contrainte mais devient un désir (...) » [40]. L'enfant prend une place différente au sein de la famille et de la société.

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, siècle des « Lumières », les lois s'assouplissent. Bien que les avorteurs soient toujours condamnés, les femmes qui avortent ne sont plus poursuivies. Cependant, nous verrons par la suite que cette libéralisation est de courte durée.

#### **1.2. Matrones et « faiseuses d'anges » au XIX<sup>ème</sup> siècle**

En 1810, l'article 317 du code civil (code Napoléon) rend l'avortement passible de peines allant de la prison aux travaux forcés... Cependant, cela n'empêchait pas les matrones d'utiliser leur formation d'aide à l'accouchement pour réaliser des avortements.

Parallèlement, des personnes non qualifiées, les « faiseuses d'anges », réalisent des interruptions de grossesse. Ces femmes, le plus souvent illettrées, utilisent des moyens peu onéreux mais également peu fiables et dangereux. Les substances abortives végétales (ergot de seigle, safran...) étant inefficaces, elles utilisent des substances toxiques comme le plomb, le mercure, le chloroforme ou l'arsenic. Ces dernières entraînent la mort du fœtus et peuvent engendrer des hémorragies utérines qui mettent en jeu le pronostic vital maternel. Des moyens mécaniques sont également utilisés : lavements répétés avec de l'eau de javel, coups sur l'abdomen, injections vaginales chaudes... L'utilisation d'instruments traumatiques pour perforer les membranes est fréquente : aiguille à tricoter, fil de fer, pointe de ciseaux...

L'avortement est le plus souvent réalisé clandestinement dans des conditions d'hygiène déplorables. Il provoque d'atroces souffrances pour les femmes et le taux de mortalité maternelle est très élevé.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, la population française ne cesse de décroître. Deux grands courants s'opposent alors : les néomalthusiens et les natalistes.

### 1.3. Le début du XX<sup>ème</sup> siècle, les avis divergent

#### 1.3.1. Le malthusianisme-néomalthusianisme [20]

Thomas Robert Malthus, pasteur anglican, préconise de limiter le nombre de naissances afin d'éviter la misère et les conséquences qui en découlent. Cette théorie vise à réduire le nombre de naissances non pas par la contraception qu'il condamne mais par la contrainte morale : mariage tardif, abstinence sexuelle.

En 1890, débute le mouvement néomalthusien. L'objectif reste le même : limiter le nombre de naissances. La contraception doit rester une aide et l'avortement doit être réalisé en dernier recours dans des conditions sanitaires correctes. Paul Robin, un des fondateurs de ce mouvement, ouvre en 1889 à Paris le premier centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels. En 1896, il crée la « ligue de la régénération humaine » [40] mais du fait de la domination du catholicisme en France, ce mouvement se répand peu.

#### 3.2. Le natalisme

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la France passe du 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> rang des grandes puissances mondiales. A la veille de la première guerre mondiale, la population allemande ne cesse de croître alors que la France voit son taux de fécondité diminuer de façon importante [16].

Le natalisme, mouvement à tendance conservatrice et catholique a pour leader le Dr Bertillon qui fonde en 1896 « l'alliance nationale pour l'accroissement de la population » [40]. Pour lui, l'avortement est un assassinat. Suite à la seconde guerre mondiale, ses partisans feront un grand travail de propagande dans le but de repeupler la France.

Parallèlement, le gouvernement organise des projets natalistes au détriment de la condition féminine. En 1920, est votée une loi appelée victoire des « Pères Lapins » qui interdit la contraception notamment féminine, la propagande anticonceptionnelle et l'avortement. Ce dernier est toujours passible de la cour d'assises. Les préservatifs sont laissés en vente libre dans l'unique but de lutter contre les maladies vénériennes.

En 1923, l'avortement devient un délit. Son auteur passe devant un juge et non plus devant un jury populaire. Le gouvernement espère ainsi que l'avortement sera jugé de façon plus sévère. La clandestinité est toujours d'actualité et on estime entre 20 000 à 60 000 le nombre de décès maternel par an dans les années 1930 (d'après l'UNCAF).

En 1939, le Code de la famille aggrave les peines de sanction concernant l'avortement.

Pendant la seconde guerre mondiale, le régime de Vichy est mis en place. La loi du 15 février 1942 fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, passible de la peine de mort. Cette loi sera abrogée à la libération. En 1943, Marie-Louise Giraud est guillotinée pour avoir pratiqué 27 avortements clandestins. C'est à cette même époque que l'ordre des Médecins est créé.

#### 1.4. Feu vert pour la contraception

Au XX<sup>ème</sup> siècle, le « birth contrôle » évolue aux Etats-Unis et en Angleterre grâce aux manifestations de mouvements féministes. Il permet la diffusion de la contraception. La National Birth control association devient Family Planning association en 1939 [20].

En 1935, le Docteur Jean Dalsace ouvre à Suresnes (Hauts-de-Seine) le premier dispensaire de « birth contrôle ». Les femmes peuvent alors se fournir en moyens contraceptifs venant d'Angleterre.

En 1950, est créé le planning familial qui offre alors le choix pour la femme de continuer ou non sa grossesse. En 1955, à l'initiative du Dr Lagroua-Weil-Hallé apparaît le mouvement de la maternité heureuse regroupant des femmes de différents courants (franc-maçonnerie, protestantisme, catholicisme, femmes du monde littéraire), en désaccord avec la politique machiste et les médecins. Leur objectif est de « lutter contre les avortements clandestins, assurer l'équilibre psychologique du couple, améliorer la santé des femmes et des enfants ». Il deviendra le Mouvement Français pour le Planning familial (MFPP) [20] [40].

Le décret du 11 mai 1955 autorise l'avortement thérapeutique lorsque la vie de la mère est en danger.

En 1960, le médecin américain Grégory Pincus met au point la pilule contraceptive aux Etats-Unis. En 1961, le Dr Fabre ouvre à Grenoble le premier centre d'information et de prescription contraceptive. Cependant, dans l'ensemble, les médecins se sentent peu investis par la mission d'information et de prescription de la contraception. En 1962, le conseil de l'ordre des médecins ira même jusqu'à

déclarer que « le médecin n'a aucun rôle à jouer ni aucune responsabilité à assurer dans l'application des moyens anticonceptionnels ». Il faudra attendre 1966 pour que le conseil de l'ordre revoit sa position et suggère alors aux médecins de s'intéresser et s'impliquer dans la planification familiale [20].

## 1.5. On Légifère

### 1.5.1. La loi Neuwirth

Adoptée le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth est très restrictive. Elle autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineurs. La publicité anti-conceptionnelle reste interdite excepté dans les revues médicales. La loi ne prévoit pas de remboursements des moyens contraceptifs par la Sécurité Sociale.

### 1.5.2. Le combat continue

En 1966, l'INED estime à 250 000 le nombre d'avortements clandestins dont 250 décès par an.

En 1971, le *Nouvel Observateur* publie ce qui sera surnommé "le manifeste des 343 salopes". Ce texte a été signé par 343 femmes qui déclarent avoir avorté et demandent l'avortement libre. On y retrouve des femmes célèbres comme Simone de Beauvoir, Marguerite Duras, Catherine Deneuve, Françoise Fabian et Gisèle Halimi [20].

En 1972, des centres de planification et des établissements d'information sont créés. Puis, en 1973, le Mouvement pour la Libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) est créé et lutte pour permettre la diffusion d'informations d'ordre sexuel, la liberté de la contraception et celle de l'avortement.

En 1974, la sécurité sociale rembourse la contraception. Les mineures et les non-assurées sociales peuvent se la procurer de façon anonyme et gratuite dans les centres de planification.

### 1.5.3. L'IVG est légalisée

Le « rapport Berger » prend en compte les opinions de différents corps de métier (médical, juridique, religieux, démographique, associations pour les femmes, la famille, la contraception) et sert de support pour la loi de Simone Veil alors Ministre de la Santé.

Cette loi, promulguée le 17 janvier 1975 met fin à un combat idéologique difficile et sensible en légalisant l'avortement en France. Elle a pour but de limiter l'avortement clandestin et d'éviter que ce dernier soit utilisé comme moyen de contraception. On assiste alors à une diminution de la mortalité maternelle et de la stérilité féminine, qui étaient liées aux complications provoquées par les avortements [20] [40].

#### 1.5.4. La loi Veil-Pelletier

Compte tenu de la baisse significative des avortements clandestins et de ses complications, la loi est reconduite et votée définitivement le 30 novembre 1979. Elle précise que tout établissement public doit bénéficier d'un centre d'IVG même si certains médecins se réservent le droit de la clause de conscience.

En 1982, la loi « Roudy » énonce que les frais relatifs à l'IVG sont pris en charge par la Sécurité Sociale.

#### 1.6. Les avancées de notre siècle

En 2000, la contraception d'urgence peut être obtenue dans les pharmacies par toute femme de façon anonyme et sans prescription médicale. Pour les mineures, elle est gratuite et ces dernières peuvent également se la procurer dans les centres de planification ou auprès de l'infirmière scolaire.

##### 1.6.1. La loi du 4 juillet 2001

De nombreuses modifications sont apportées à la loi Veil [16] [20]:

- Le délai d'IVG est allongé à 12 semaines de grossesse soit 14 SA.
- Le médecin consulté pour une demande d'IVG doit informer la femme sur les méthodes utilisées ainsi que sur les risques qu'elles entraînent. Il doit remettre un dossier guide fournis par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).
- L'entretien « social » n'est plus obligatoire pour les femmes majeures mais doit être systématiquement proposé. Il reste cependant obligatoire pour les femmes mineures. Ces dernières ne sont plus obligées d'avoir l'autorisation parentale mais doivent se faire accompagner par un majeur de leur choix.
- Les articles de répression de l'IVG hors cadre légal sont inscrits dans le code de la Santé Publique et non plus dans le code pénal. C'est la menace sur la vie et la santé de la femme qui est alors poursuivie. Le délit d'entrave à l'IVG est reconnu.
- La loi oblige les chefs de service de gynécologie obstétrique à organiser la pratique de l'IVG.
- Les IVG par voie médicamenteuse peuvent être désormais réalisées en ville à condition qu'une convention soit passée entre l'établissement de santé et le médecin de ville.

##### 1.6.2. Modification de la législation en 2004

En 2004, on assiste à un développement des IVG médicamenteuses hors établissements de santé et à une revalorisation des tarifs de l'IVG. Cela concerne les IVG de moins de 7 SA prises en charge par des médecins volontaires (médecins généralistes ou gynécologues) ayant passé une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer les IVG.

### 1.6.3. Année 2009 et loi HPST

Le 21 juillet 2009, loi de réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) est votée. La sage-femme peut désormais réaliser toute consultation de gynécologie dès lors que la femme ne présente pas de pathologies. Elle est autorisée à prescrire la contraception durant toute la vie génitale de la femme mais il est spécifié que la surveillance et le suivi biologique doivent être réalisés par un médecin. D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le suivi biologique est à réaliser tous les 5 ans lorsque le premier examen est normal [30].

En novembre 2009, l'Assemblée Nationale valide la loi autorisant les sages-femmes à assurer le suivi gynécologique des femmes sans passer par un médecin. Cette disposition avait été validée par la Ministre de la Santé Madame Roselyne Bachelot qui déclarait le 3 juin 2009 devant le Sénat que « les sages-femmes pourront accomplir un certain nombre d'actions en matière de prévention (...) Elles pourront également assurer un suivi gynécologique de prévention et prescrire toute méthode contraceptive (...) Par ailleurs, je confirme que les sages-femmes ont véritablement la compétence requise pour effectuer de tels actes. » [38].

Compte tenu de la régression du nombre de professionnels de santé, élargir les compétences de certains soignants ne peut être que positif en terme de santé publique. C'est également valorisant pour les sages-femmes qui se voient attribuer ainsi de nouvelles responsabilités.

## **2. Prise en charge de l'IVG en France**

### **2.1. Les structures d'accueil**

Chaque département doit bénéficier d'un nombre suffisant de structures afin d'accueillir les femmes qui demandent une IVG et de répondre à leur demande dans un délai rapide. Ces lieux d'accueil dépendent directement d'un établissement de santé public ou privé ayant un service de gynécologie-obstétrique ou sont à proximité d'un établissement de santé pouvant prendre en charge de façon rapide les éventuelles complications de l'IVG.

Il demeure des disparités régionales, notamment en milieu rural où il y a moins de centres et donc un accès aux IVG plus difficile. De plus, la fermeture des petites maternités comportant des centres d'IVG accentue la difficulté pour les femmes d'accéder à une prise en charge rapide.

Lorsque la grossesse ne dépasse pas 7 semaines d'aménorrhées (SA), l'IVG par voie médicamenteuse peut être prise en charge en ambulatoire par des praticiens libéraux ayant une convention avec un établissement de santé réalisant les IVG. Cette convention doit être transmise au conseil de l'ordre des médecins et des pharmaciens ainsi qu'à la sécurité sociale. Dans ce cas, la femme doit habiter à moins d'une heure de l'établissement conventionné et le médecin doit lui remettre les coordonnées de l'établissement ainsi qu'un document avec les éléments médicaux principaux la concernant [22].

### **2.2. Les démarches [33]**

D'après le Code de la Santé publique, « toute femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption peut-être pratiquée qu'avant la fin de la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse».

Depuis l'année 2000, les femmes n'ayant pas la nationalité française n'ont plus de conditions de durée ou de régularité de séjour.

#### **2.2.1. Première consultation [1] [24] [33]**

La première consultation doit avoir lieu dans un climat d'écoute et de respect afin d'instaurer une relation de confiance entre la femme et le soignant. Elle permet d'informer la femme sur les différentes techniques d'IVG, leurs risques, et les éventuels effets secondaires. Le médecin ou la sage-femme lui remet un dossier-guide édité par la DDASS qui reprend toutes les données relatives à la prise en charge de l'IVG.

Cette consultation a aussi pour but de répondre aux questions et aux préoccupations de la patiente. Il est impératif de mener un interrogatoire rigoureux afin de rechercher les antécédents médicaux ou chirurgicaux ainsi que les éventuels facteurs de risques (hypertension artérielle, tabac, violences...). Enfin, un dosage quantitatif des Béta-hCG est systématique pour confirmer la grossesse.

C'est également le moment de faire un premier examen clinique et, selon le contexte, de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'un frottis cervico-vaginal. La femme doit avoir une carte de groupe sanguin rhésus valide et des recherches d'agglutinines irrégulières. Un examen au spéculum est souvent réalisé pour permettre de dépister toute infection vaginale ou de l'endocol.

Le soignant détermine l'âge gestationnel, notamment grâce à la date des dernières règles. Cet élément doit être complété par une échographie qui permet de s'assurer que la grossesse est intra-utérine et de dater plus précisément le début de grossesse.

Lors de cet entretien, il est important d'aborder la contraception, notamment si elle était absente, mal utilisée ou mal adaptée lors de la conception. C'est un moment privilégié pour informer la femme sur les différentes méthodes contraceptives. Durant cette consultation, la date d'intervention est fixée puis le professionnel de santé réalise un premier certificat médical.

Le médecin ou la sage-femme doit systématiquement proposer à la patiente un entretien à caractère social avec une conseillère conjugale et familiale avant et après l'IVG. Il peut permettre à la femme de parler et éventuellement de résoudre des problèmes sociaux, conjugaux ou familiaux.

### 2.2.2. Deuxième consultation

La 2<sup>ème</sup> consultation a lieu après un délai de réflexion d'une semaine. Dans les cas où la grossesse risque de dépasser les 14 SA, ce délai peut alors être ramené à deux jours. La femme confirme sa demande par écrit (second certificat) ce qui équivaut à un consentement. Ce dernier est obligatoire pour l'IVG.

Ce délai permet aussi à la femme de réfléchir à la contraception post abortum. Le praticien délivre alors l'ordonnance.

Toute IVG donne lieu à une déclaration anonyme faite par le médecin. Elle sera ensuite envoyée à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Pour les IVG médicamenteuses réalisées en ville, le médecin envoie la déclaration à l'établissement de santé avec lequel il a passé sa convention [21]. Le recueil des données inscrites sur les déclarations permet les études statistiques réalisées à l'échelon national.

### **3. Les différentes techniques d'IVG**

#### **3.1. L'IVG chirurgicale ou instrumentale** [1] [7] [24] [33]

##### **3.1.1. Généralités**

L'IVG chirurgicale ou instrumentale est réalisable jusqu'à 14 SA et peut se faire sous anesthésie locale ou générale. Elle consiste après dilatation du col à aspirer le contenu utérin avec le maximum de précautions possibles.

- **Analgsie**

Des molcules sont utilisées pour calmer les douleurs liées à l'intervention, notamment lorsque l'utrus se rétracte. Ainsi, 600 mg d'ibuprofène administré 30 minutes avant l'intervention reste le traitement le plus efficace. En complément, il est possible d'utiliser du paracétamol 1 gramme.

En cas d'anxiété, différentes méthodes peuvent être proposées à la femme : relaxation, soutien et accompagnement par l'infirmière lors de l'intervention, méopa. Les benzodiazépines sont prescrits en dernier recours.

- **Anesthésie**

**Anesthésie locale :** Cette technique est recommandée car elle est facilement réalisable.

Le bloc paracervical, permet d'inhiber la transmission des messages douloureux au niveau des ligaments utéro-sacrés. Cependant, son action se limite au col et à l'isthme de l'utrus et des douleurs peuvent donc être ressenties par la patiente notamment au moment de la rétraction utérine.

L'anesthésique recommandé est la lidocaïne 1 % car elle a une action rapide et une faible toxicité cardio vasculaire. Ses effets indésirables peuvent être un malaise vagal, une tachycardie, des tremblements, des acouphènes, un goût métallique dans la bouche, dysesthésies au niveau du visage et exceptionnellement des convulsions.

Ce mode d'anesthésie ne nécessite pas que la femme soit à jeun. Cette dernière reste moins longtemps à l'hôpital et elle peut rentrer à domicile sans accompagnement.

**Anesthésie générale :**

Une consultation d'anesthésie préalable est obligatoire et une prémédication est souvent nécessaire dans un but anxiolytique.

L'anesthésie résulte de l'association d'un morphinique et d'un hypnotique, molcules d'action rapide et brève.

L'IVG sous anesthésie générale peut avoir lieu en hospitalisation de jour. La patiente doit être à jeun depuis la veille minuit. Elle peut sortir dans la journée après un contrôle médical mais il est nécessaire de veiller à ce qu'elle soit accompagnée puisque l'intervention peut entraîner des effets secondaires.

Les complications sont celles de toute anesthésie générale : nausées, vomissements, maux de tête, maux de gorge liés à l'intubation, frissons,

démangeaisons, sensation de faiblesse ou vision floue liées à l'hypotension. De façon plus spécifique à l'IVG, l'anesthésie générale augmente le risque de saignements et de perforations.

Le choix entre les deux types d'anesthésie revient à la patiente après une information claire et complète (avantages, inconvénients et complications éventuelles) de la part du soignant.

### 3.1.2. Premier temps opératoire, la dilatation cervicale

- Maturation cervicale

Elle a pour but d'éviter toute complication (perforations utérines, déchirures cervicales, évacuations incomplètes) et facilite l'ouverture du col.

Par voie médicamenteuse, on utilise la mifépristone (Mifégyne®) ou un analogue de la prostaglandine E1 : le misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®). La maturation cervicale peut entraîner des métrorragies, douleurs pelviennes et troubles digestifs. La patiente doit bien sûr en être informée au préalable.

- Les dilateurs

L'opérateur effectue un toucher bi-manuel afin de déterminer l'orientation de l'utérus. Cela lui permet d'évaluer l'axe dans lequel les dilateurs seront introduits par ordre croissant (mm en mm). Le plus souvent, le nombre de mm correspond au nombre de semaines d'aménorrhée. L'échographie facilite l'introduction des dilateurs. Toute résistance doit mettre en alerte. La rigueur et la douceur des gestes sont deux éléments indissociables et indispensables.

### 3.1.3. Deuxième temps opératoire, l'aspiration

La canule d'aspiration de diamètre égal à celui du dernier dilateur est mise au contact du fond utérin ce qui définit l'hystérométrie. L'opérateur retire légèrement sa canule par rapport au fond utérin. La dépression est activée. Le praticien effectue alors de légers mouvements de rotation tout en retirant progressivement sa sonde et s'arrête avant l'endocol.

La vacuité utérine se manifeste par une contraction du myomètre sur la canule entraînant une perte de la mobilité de cette dernière. L'échographie permet de confirmer l'élimination de l'embryon.

Si le terme est inférieur à 7 SA, le risque est de ne pas pouvoir aspirer l'œuf. Il faut alors contrôler le produit d'aspiration et vérifier la présence de villosités choriales.

Pour les termes avancés, soit 13 ou 14 SA, une préparation médicamenteuse est indispensable mais entraîne parfois une expulsion du contenu utérin avant l'intervention. Il est souhaitable de faire une injection d'ocytocine, 5 unités en intraveineux direct pour éviter tout risque d'hémorragie.

Si la femme a fait le choix d'une contraception par dispositif intra-utérin ou par implant, il est possible de le lui poser le jour même.

#### 3.1.4. Suites opératoires

La femme reste en salle de réveil s'il y a eu une anesthésie générale ou redescend dans sa chambre pour une surveillance dans le cas d'une anesthésie locale. La sortie est possible dans la journée dès lors que l'on s'est assuré que la femme n'a pas de complications. Elle rentre alors à domicile avec des conseils d'usage. Elle doit être avertie qu'elle peut saigner pendant quelques jours, avoir des contractions utérines pendant 24 heures, et que toute fièvre supérieure à 38° est anormale. Le syndrome du troisième-cinquième jour se manifeste par une recrudescence des saignements, des douleurs abdominales ainsi que par un état subfébrile. Ces signes doivent disparaître dans les 24 heures et toute anomalie doit amener la patiente à consulter en urgence.

Une prescription avec des antalgiques et une contraception lui est remise. Si la femme a choisi une contraception orale, elle devra la débiter le jour même ou le lendemain de l'aspiration.

Une consultation de contrôle non obligatoire mais fortement recommandée est programmée 14 à 21 jours suivant l'intervention. Elle permet de s'assurer qu'il n'y a pas de complications et de refaire le point sur la contraception.

#### 3.1.5. Attention aux complications

Les deux principales complications des IVG chirurgicales sont la rétention et l'infection.

La rétention partielle se traduit par une persistance des métrorragies ainsi qu'un utérus gros et mou. La rétention totale, heureusement très rare, entraîne une évolution de la grossesse. Dans les deux cas, il est nécessaire de réaliser une réaspiration.

L'infection se manifeste par une endométrite ou salpingite.

D'autres complications peuvent apparaître telles que les hémorragies, les perforations utérines, les lésions du col, les séquelles psychologiques.

### 3.2. Les médicaments, une méthode alternative [1] [24] [33]

#### 3.2.1. Généralités

L'IVG médicamenteuse est un avortement médical réalisé sans recours au geste chirurgical. Cette méthode est de plus en plus utilisée compte tenu de son accès plus facile depuis novembre 2004.

Pour y avoir recours :

- La grossesse doit être inférieure ou égale à 7 semaines d'aménorrhée.
- La femme ne doit pas avoir de contre-indications à la mifépristone (insuffisance surrénale) ou au misoprostol (asthme sévère, femme fumeuse de plus de 35 ans).

Une suspicion de grossesse extra-utérine ou un dispositif intra-utérin en place sont des contre-indications à la voie médicamenteuse.

### 3.2.2. Les médicaments

- Antiprogestérone : mifépristone= Mifégyne®

Lors de son administration, on assiste à un décollement de l'œuf par blocage des récepteurs à la progestérone. Ces derniers, une fois saturés, provoquent une libération de prostaglandines puis des contractions utérines dans les 12 heures ainsi que l'ouverture et le ramollissement du col utérin. Ce médicament est très bien toléré et entraîne peu d'effets secondaires.

- .Prostaglandines : misoprostol= Cytotec® ou Gymiso®

Cette molécule (analogue de synthèse de la prostaglandine E1) agit sur les fibres musculaires lisses de l'organisme au niveau des appareils cardio-vasculaire, bronchique, digestif, rénal ainsi que sur l'appareil génital par action sur le myomètre. Dans le cadre de l'IVG, elle entraîne une préparation du col et des contractions douloureuses de forte intensité.

Ses effets secondaires peuvent être des troubles digestifs (diarrhées, nausées), des douleurs abdominales à type de crampes, des saignements vaginaux ou des vertiges. Il semblerait que le misoprostol soit foetotoxique et donc contre-indiqué chez toute femme enceinte désirant poursuivre sa grossesse.

Afin de réaliser les IVG médicamenteuses, l'utilisation conjointe de la mifépristone 200 mg per os suivie du misoprostol 400 ug per os 36 à 48 heures après est autorisée en France. Pour anticiper tout risque de douleurs, la femme peut prendre un comprimé d'ibuprofène 400 mg une heure auparavant. S'il n'y a pas de saignements dans les 3 heures suivantes, la femme reprend du misoprostol.

Cette association de molécules permet un arrêt de la grossesse dans 95 % des cas et le plus souvent, l'expulsion a lieu dans les 24 heures suivant la prise de misoprostol. Une visite de contrôle avec réalisation d'un Béta-hCG est de rigueur 21 jours après la prise de mifépristone afin de s'assurer que la grossesse est bien éliminée et qu'il n'y a pas de complications.

S'il y a persistance d'une grossesse évolutive, un geste chirurgical sera alors nécessaire.

Une contraception orale est le plus souvent prescrite. Le premier comprimé est à prendre le lendemain de la prise du misoprostol.

### 3.3. Que coûte une IVG ?

Dans un établissement de santé, le coût de l'IVG varie selon la technique chirurgicale, le type d'établissement et la durée d'hospitalisation. Il s'établit sous forme d'un forfait le plus souvent comparable dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les forfaits afférents à l'IVG modifiés le 4 août 2009 sont :

- IVG sous anesthésie générale avec hospitalisation de moins de 12 heures : 383.32 euros. Le forfait augmente par 24 heures si l'hospitalisation est prolongée
- IVG sous anesthésie locale et une hospitalisation de moins de 12 heures : 306.14 euros
- IVG médicamenteuse : 257.91 euros
- IVG médicamenteuse réalisée en cabinet de ville : 191.74 euros

Lorsque l'IVG est réalisée dans un établissement de santé, le remboursement est pris en charge à 80 % par la sécurité sociale. L'IVG médicamenteuse est prise en charge à 70 % si elle est réalisée dans un cabinet de ville. Le reste est remboursé par la mutuelle si la patiente en a une.

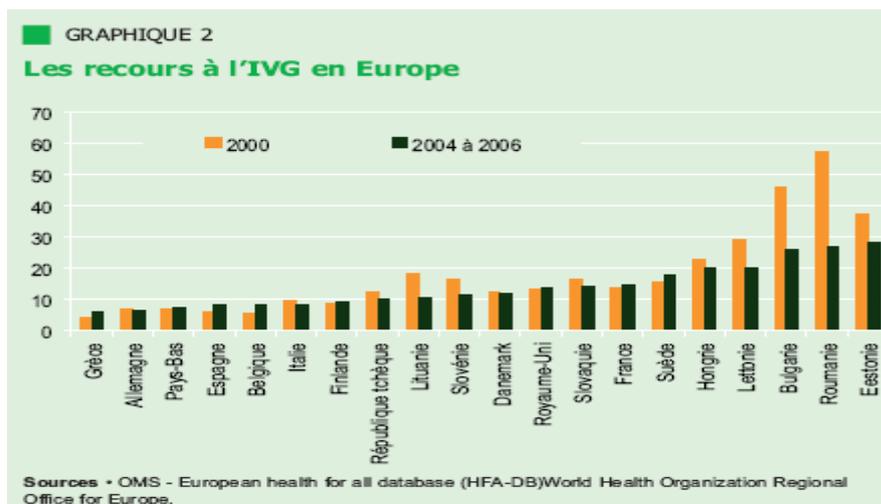
Les personnes prises en charge par la CMU sont couvertes à 100 %.

## 4. Quelques chiffres

D'après l'INED, dans le monde en 2003, une grossesse sur 4 est interrompue, ce qui correspond à 40 millions d'avortements par an. Les taux sont à près similaires d'un continent à l'autre (moyenne de 25 avortements /1000 naissances vivantes) mais peuvent fortement varier au sein du même continent.

La France a un taux d'IVG important par rapport aux autres pays d'Europe.

Figure 1 : Le recours à l'IVG en Europe



Source : Les interruptions volontaires de grossesses en 2007, études et résultats. DREES, n°713, Décembre 2009.

[www.ined.fr/fr/tout\\_savoir\\_population/fiches\\_pedagogiques/naissance\\_natalite/contraception\\_monde](http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissance_natalite/contraception_monde)

### 4.1. Etrange paradoxe en France

Trente-cinq ans après le vote de la loi Veil, le taux d'IVG reste stable malgré une augmentation de la diffusion de la contraception : 213 380 en 2007 soit 14.7 femmes pour 1 000 [44]. On estime que 40 % des femmes aura recours à l'IVG au moins une fois dans sa vie (INED).

Comment expliquer ce phénomène ?

Le nombre de femmes ayant un risque de grossesse est similaire aujourd'hui par rapport aux années précédentes. Cependant, le nombre de femmes pouvant être confrontées à une grossesse non prévue a diminué du fait d'un meilleur accès à la contraception. Ce qui a changé depuis plusieurs années est le recours facilité à l'IVG en cas de grossesse non prévue. En effet, d'après l'INED, on estime que sur 10 grossesses non prévues, 6 se terminent aujourd'hui par une IVG contre 4 sur 10 il y a 30 ans.

- L'IVG selon l'âge

Les femmes ayant entre 20 et 24 ans sont celles qui ont le plus recours à l'IVG : 24.8 % des IVG en 2007 soit 27 femmes pour 1000. Les IVG concernent les mineures dans 14.3 % des cas en 2007. Le taux d'IVG des 25-34 ans représente 39.7 % des IVG en 2007 (DREES) [44].

Selon la DREES, en 2007 le taux d'IVG chez les femmes de plus de 35 ans est de 20.7 %. Ce chiffre important pose question puisque l'on estime qu'à cette période de leur vie les femmes devraient pouvoir bénéficier d'un moyen de contraception efficace et donc éviter les IVG. La plupart ayant déjà procréé, elles ont pu avoir accès à l'information en matière de contraception.

#### 4.2. Disparités régionales

Le recours à l'IVG est fortement inégalitaire sur le territoire français. La région Ile de France, le Sud (Corse, Languedoc-Rousillon, Provence-Alpes-Côtes d'Azur), et les Départements d'Outre Mer (DOM) semblent être les endroits où il y a le plus d'IVG. Alors que le taux moyen d'IVG en France est de 10.5 à 13 IVG pour 1000 femmes, on remarque que dans les régions citées ci-dessus l'IVG concerne 19 femmes sur 1000. Dans les DOM, le taux moyen d'IVG est de 29 pour 1000, soit 2 fois plus qu'en métropole [44].

La disparité réside également en matière d'offre de recours aux IVG avec une insuffisance des capacités d'accueil, notamment dans la région parisienne et les zones rurales. Cela engendre une attente plus longue pour obtenir un rendez-vous et donc parfois un dépassement des délais légaux. Cela oblige parfois les femmes à se rendre à l'étranger pour avorter.

Les trois quarts des IVG sont réalisées dans les établissements publics en 2007 [44].

- Augmentation des IVG médicamenteuses

L'IVG par voie médicamenteuse semble de plus en plus pratiquée, notamment depuis la loi de 2004 autorisant sa réalisation en ambulatoire. En quinze ans, les IVG médicamenteuses ont été multipliées par cinq, soit 49 % des IVG totales en 2007 [44].

L'IVG n'est pas rare dans la vie d'une femme.

En France, environ 21 % des IVG concernent les femmes âgées de plus de 35 ans.

Il demeure des disparités sur le territoire français relatives au recours et à la prise en charge de l'IVG.

### 4.3. L'impact de la religion sur les IVG : [5] [16] [23] [33]

Notre pays comporte des religions variées qui ont des rapports hétérogènes à la sexualité, à la procréation et à l'embryon et donc des avis différents sur l'IVG. Voici ce que prônent les quatre religions principales de notre pays sur l'embryon :

- Pour les Catholiques :

Aristote, philosophe grec de l'Antiquité ayant inspiré la philosophie occidentale, a défini l'embryon comme animé à partir de 40 jours pour le sexe masculin et de 60 jours pour le sexe féminin. L'avortement était interdit même avant l'animation. Cette théorie a influencé les préceptes de la religion catholique.

La doctrine catholique diffère l'embryon d'une personne bien qu'il doit être entouré de la même dignité et du même respect. La dignité de l'être humain est immuable et doit être respecté de l'œuf à la mort. Pour les catholiques, l'embryon ne peut donc pas être éliminé, donné ou abandonné à la recherche. Le Pape Jean-Paul II précisera que le diagnostic anténatal doit être réalisé dans un but thérapeutique et non dans un but d'eugénisme.

- Pour les Musulmans :

L'embryon est un être vivant puis il est humanisé par l'esprit. Pour la majorité d'entre eux, l'animation apparaît au 120<sup>ème</sup> jour mais l'avortement reste interdit sauf si la vie de la mère est en danger. La vie est considérée comme un don de Dieu et seul Dieu peut la retirer.

- Pour les Protestants :

Ils ne considèrent pas l'IVG comme un bien mais comme un moindre mal face à des « situations de détresse ». L'embryon n'est considéré ni comme une personne à part entière, ni comme un objet biologique. La recherche est autorisée à s'en servir mais l'embryon doit être respecté.

- Pour les Juifs :

L'embryon fait partie intégrante de la mère. L'avortement est donc puni et est considéré comme une mutilation de la femme. L'embryon a le statut de personne à la naissance. A titre exceptionnel, l'avortement peut être autorisé si la vie de la femme est en danger, l'embryon étant alors considéré comme agresseur.

### 4.4. Les Pays de la Loire, une région moins touchée

#### 4.4.1. Généralités

La région des Pays de la Loire se distingue par un taux d'IVG faible par rapport au reste du territoire français. La Vendée et la Mayenne ont le taux d'IVG le plus bas des Pays de la Loire. Il faut tout de même notifier que le taux d'IVG

augmente régulièrement tout comme le nombre de naissances. En 2006, les Pays de la Loire sont la région la plus féconde de France avec 2.03 enfants par femme (INSEE). En 2007, 8 312 IVG ont été réalisées dans la région des Pays de la Loire soit 10,5 IVG pour 1000 femmes (DREES-INSEE).

Dans la majorité des cas, les IVG sont réalisées dans les hôpitaux publics de la région (86 % contre 73 % au niveau national d'après la DREES). L'anesthésie générale est peu utilisée sur l'ensemble du département, moitié moins que sur les autres régions.

En 2006, les trois quarts des interventions ont lieu avant 10 SA (DREES).

La méthode médicamenteuse reste encore peu utilisée dans la région malgré le fait qu'elle soit pratiquée au-delà du délai recommandé par l'ANAES (7 SA) : seulement 36% en 2006. Les établissements privés y ont moins recours que les établissements publics (37 % contre 25 % d'après la DREES). La plupart des IVG sont réalisées entre 7 et 8 semaines d'aménorrhée mais il faut souligner que 740 IVG tardives (entre 12 et 14 SA) ont eu lieu en 2006 (DREES).

#### 4.4.2. Caractéristiques des femmes

Le plus souvent, la femme fait sa demande d'IVG dans le département où elle réside.

L'âge moyen des femmes ayant recours à l'IVG est de 27-28 ans. En 2007, les mineures représentaient 7 % des IVG contre 21 % pour les femmes de plus de 35 ans (DREES).

Les deux tiers des femmes sont actives, donc occupent ou recherchent un emploi. Les autres femmes sont dites « inactives » quand elles sont élèves, étudiantes ou mères au foyer (DREES 2006).

En 2006, 28 % des femmes réalisant une IVG dans les Pays de la Loire ont au moins un antécédent d'IVG et 55 % des femmes sont déjà mères d'un ou plusieurs enfants. Les femmes âgées de 35 ans et plus sont mères de deux enfants ou plus dans 80 % des cas et la moitié d'entre elles ont trois enfants ou plus (DREES).

La région des Pays de la Loire est la plus féconde de France et est l'endroit où le taux d'IVG est le plus faible des régions françaises.

21 % des IVG réalisées dans les Pays de la Loire concernent les femmes de plus de 35 ans.

Le plus souvent, elles sont actives et déjà mères d'au moins un enfant.

## **Deuxième partie : l'étude**

### **1. Matériel et méthode**

#### 1.1. Objectifs de l'étude

Pour répondre à notre problématique, nous nous sommes fixés plusieurs objectifs :

L'objectif principal est de décrire les conditions et les modalités des interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de plus de 35 ans dans les deux centres d'orthogénie de Nantes (CHU et Clinique Jules Verne). Nous décrirons les types d'IVG ainsi que les méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant l'IVG et en post abortum.

L'objectif secondaire est de comparer les deux centres d'IVG de Nantes par rapport à la population, les méthodes d'IVG et la contraception prescrite en post abortum.

Enfin, nous effectuerons une analyse de la typologie des femmes ayant recours à l'IVG que nous synthétiserons dans un graphique.

#### 1.2. Hypothèses

Les différentes hypothèses que nous pouvons proposer :

- Les femmes pensent que plus elles avancent en âge, moins elles sont fécondes. Cela entraîne une diminution de la vigilance par rapport à l'utilisation de la contraception.
- Le mode de vie actuel des femmes (vie professionnelle, familiale...) fait que les femmes ont des difficultés à utiliser la contraception au quotidien notamment concernant la contraception orale.
- Les femmes manquent d'informations par rapport aux différents moyens contraceptifs qui existent. La pilule du lendemain n'est pas assez connue et donc pas assez utilisée.
- Les femmes ne sont pas suivies régulièrement sur le plan gynécologique.
- Une instabilité conjugale (séparation ou divorce) peut entraîner un arrêt de la contraception chez la femme. Survient ensuite une relation éphémère qui donnera lieu à une grossesse.
- Le post partum secondaire peut être une période à risque de grossesses rapprochées.
- Les médecins ne prennent pas assez en compte le « projet contraceptif » et les moyens financiers des femmes pour leur prescrire une contraception adaptée.

### 1.3. Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée à partir de 180 dossiers de femmes qui ont plus de 35 ans et qui ont réalisé une IVG en 2009 dans l'un des deux centres d'orthogénie de Nantes.

Au CHU de Nantes, nous avons relevé toutes les femmes âgées de plus de 35 ans grâce à la liste informatique de l'ensemble des patientes ayant réalisé une IVG entre le 1<sup>er</sup> avril et 15 septembre 2009.

A la Clinique Jules Verne, la secrétaire nous a permis d'avoir la liste des femmes ayant réalisé une IVG entre le 1<sup>er</sup> avril et 15 août 2009. Cette liste présentait les patientes par année de naissance.

Nous avons ensuite consulté les dossiers et rempli pour chacun d'eux un questionnaire établi au préalable (annexe 1) afin de réaliser l'étude.

Pour pouvoir évaluer la typologie des IVG chez les femmes de plus de 35 ans, nous avons créé à partir de l'ouvrage de Nathalie BAJOS « De la contraception à l'avortement-sociologies des grossesses non prévues » [32] différentes catégories :

- Pas de contraception au moment de l'acte sexuel
- Contraception assumée au moment de l'acte sexuel
- Ambivalence vis-à-vis de la contraception
- Absence de normes contraceptives.

Ces catégories ont ensuite été divisées en sous-classes (annexe 4). Nous avons essayé d'y répartir les femmes selon les informations relevées dans les dossiers.

### 1.4. Taille de l'échantillon

Le nombre d'IVG en Loire-Atlantique a été de 3 520 en 2006, avec 21 % de femmes de 35 ans et plus, soit 740 femmes. La décision de prendre 1 femme sur 4 nous a permis de réaliser notre étude sur un échantillon de 180 femmes. Nous avons ainsi travaillé avec des intervalles de confiance de 7 % (pour un pourcentage de 30 %). Compte tenu du nombre annuel des IVG au CHU de Nantes, 1864 en 2008 et à la Clinique Jules Verne 663 en 2008 (rapport 3 : 1), nous avons réalisé notre étude à partir de 120 dossiers de femmes ayant réalisées une IVG au CHU et 60 à Jules Verne.

La saisie a été faite sur le logiciel Epidata®. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Epidata® Analysis 2.2.

- Description : les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type (médiane, étendue avec minimum et maximum).

- Comparaison : pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de  $p < 0.05$ . Les pourcentages sont comparés avec la méthode du  $\chi^2$  ou le test de Fisher en cas de petits effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student ou le test de Mann-Whitney pour comparer deux moyennes et une ANOVA ou le test de Kruskal-Wallis pour plus de deux moyennes.

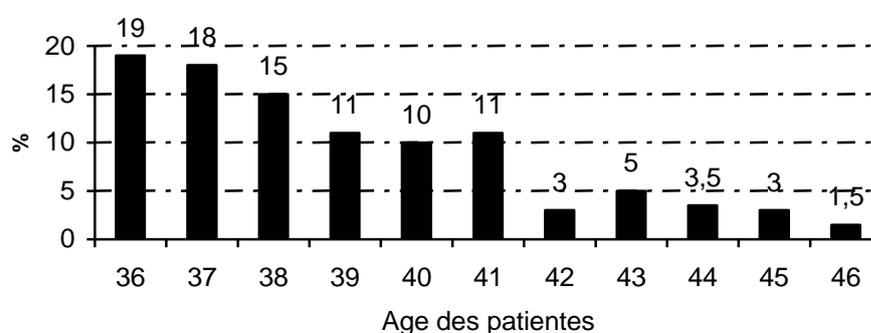
## **2. Présentation des données**

### 2.1. Description de la population (n=180)

- L'âge des patientes

Il est compris entre 36 et 46 ans. La moyenne d'âge se situe à 39 ans. La répartition de l'âge des femmes est exposée dans le graphique suivant :

Figure 1 : Répartition de la population par âge (n=180)



Les femmes ayant entre 36 et 38 ans représentent à elles seules 52 % de la population étudiée. Au-delà de 41 ans, le recours à l'IVG est nettement moins fréquent. En effet, 16 % des femmes ont réalisé une IVG entre 42 et 46ans.

La médiane se situe à 38 ans.

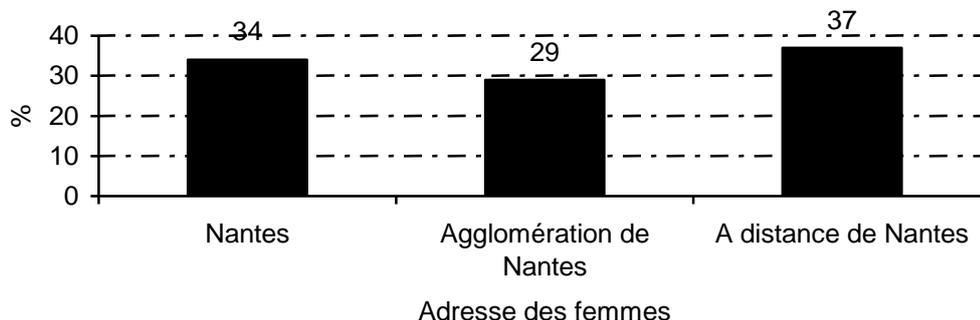
- La nationalité

Dans 91% des cas, les femmes qui ont eu recours à l'IVG au CHU de Nantes ou à la clinique Jules Verne sont de nationalité française.

Cependant, 5 femmes sont originaires d'Afrique, une autre est asiatique, une autre a la nationalité belge et cinq d'entre elles ont une nationalité différente (Europe de l'Est et Amérique).

- L'adresse des femmes (annexe 2)

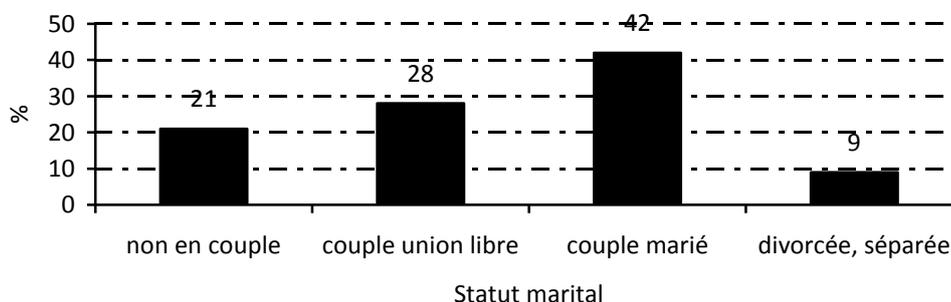
Figure 2: Répartition de la population selon l'adresse de résidence (n=180)



Dans 34% des cas, les femmes résident dans la ville de Nantes. Dans 29 % des cas, elles sont domiciliées dans l'agglomération de Nantes et dans 37% des cas, elles habitent à distance de Nantes mais à l'intérieur du département de Loire-Atlantique. On en déduit que les femmes ont facilement accès à l'IVG dans le département de Loire Atlantique.

- Statut marital

Figure 3 : Répartition de la population selon le statut marital (n=180)



D'après ce graphique, on remarque que 42 % des femmes sont mariées et 28 % vivent une union libre. 70 % des femmes sont dans une situation conjugale à priori stable.

- Contexte socio-économique

Le contexte socio-économique peut être en partie évalué grâce à la profession (annexe 2) et à l'activité de la femme et de son conjoint si elle en a un.

**La femme :**

Les résultats sont biaisés du fait d'un nombre important de dossiers non renseignés (48%). Dans ce que l'on observe, les patientes les plus représentées sont les employées (33%) et les professions intermédiaires (13%). Aucune des femmes n'est agricultrice.

Concernant leur activité, la majorité des femmes sont salariées (73%). Les autres femmes sont soit en formation (16 %), au chômage (5.5 %), non actives (3 %) ou à leur compte (0.5 %). Pour 4 femmes le type d'activité n'est pas renseigné.

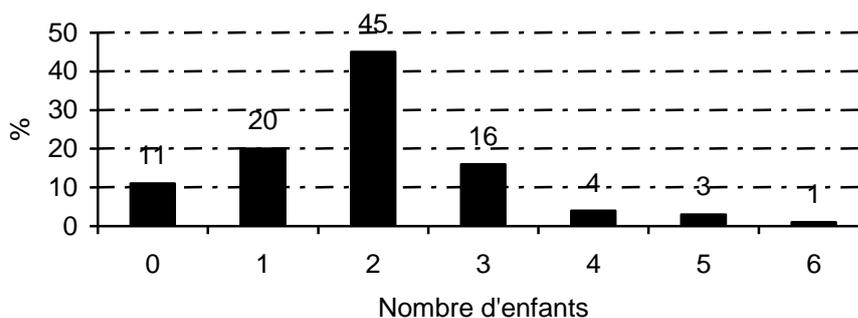
### **Le conjoint :**

Il est difficile de tirer des conclusions concernant la catégorie socio-professionnelle du conjoint. En effet, dans 57 % des cas nous ne connaissons pas sa profession et dans 30 % des cas nous ne savons pas à quel type d'activité il est rattaché. Parmi les informations recueillies, la plupart d'entre eux sont salariés (61%), 5 % sont au chômage et 4 % à leur compte. D'après les éléments étudiés, on ne retrouve pas d'agriculteurs ou des personnes sans profession.

- Les antécédents

### **La parité :**

Figure 4 : Parité dans la population étudiée (n=180)

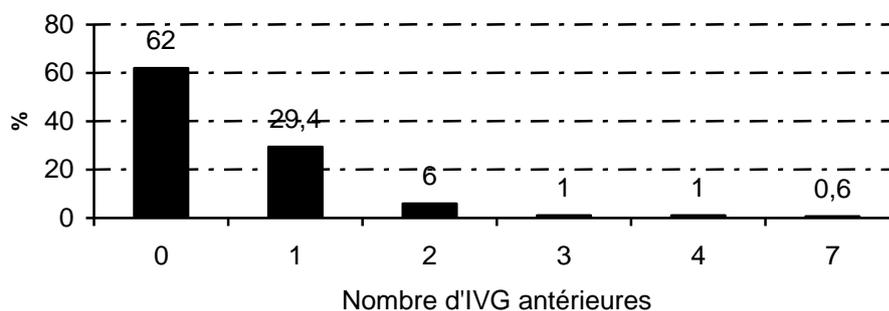


Dans notre échantillon, 21 femmes sont nullipares soit 11 % des patientes. Pour les autres, le nombre d'enfants s'étalonne de 1 à 6, la plupart des femmes ayant entre 1 et 3 enfants. Dans 45 % des cas, les femmes ont 2 enfants, la moyenne est de 1.9 enfants par femme. Les familles nombreuses avec 4 enfants et plus sont rares et ne représentent que 8 % de notre population.

Notre étude montre que la plupart des IVG ont lieu au moins 4 ans après la date de la dernière naissance vivante (75 %). Pour 18 femmes, soit 12 % de notre population, l'IVG a eu lieu dans l'année suivante la dernière grossesse menée à terme.

### Antécédents d'IVG :

Figure 5 : Antécédents d'IVG dans notre population (n=180)



On observe que 69 de nos patientes soit 38 % des femmes qui réalisent une IVG au-delà de 35 ans présentent au moins un antécédent d'IVG dans leur vie. Pour 29.4 % d'entre elles, elles ont eu un seul antécédent d'IVG et pour 8.6 % un antécédent de 2 IVG ou plus. Une des femmes a eu 7 IVG.

Tableau I : Date de la dernière IVG (n=70)

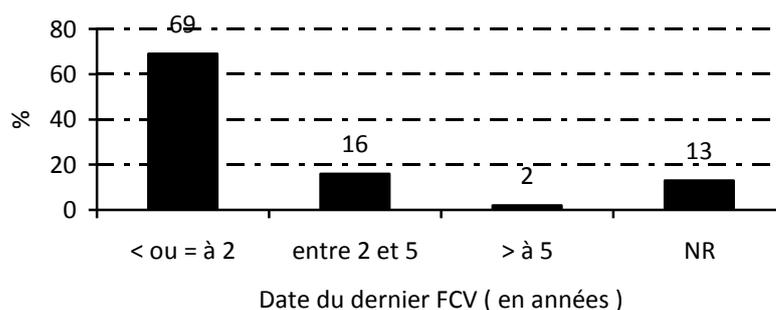
Date de la dernière IVG	Nombre de femmes	%
2008	10	14
1999-2007	41	59
<1999	19	27

Pour 51 femmes, la date de la dernière IVG date de moins de 10 ans et pour 10 d'entre elles, elle est inférieure à 1an.

- Suivi gynécologique

La réalisation du frottis cervico-vaginal (FCV) est un moyen d'évaluer si les femmes sont régulièrement suivies sur le plan gynécologique. La date du dernier FCV pour les femmes de notre échantillon figure dans le graphique suivant :

Figure 6 : Répartition de la population selon la date du dernier FCV (n=180)



Dans 13 % des cas soit 23 femmes, nous n'avons pas retrouvé d'informations concernant le suivi gynécologique. Parmi les résultats exploitables, 125 femmes (69 %) ont un FCV qui date de moins de 2 ans et seulement 4 femmes (2 %) ont eu leur dernier FCV il y a plus de 5 ans.

La médiane se situe à 1 an pour la date du dernier FCV.

Tableau II : Suivi gynécologique selon l'âge de la femme (n(%))

Date dernier FCV	AGE					Total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44ans et +	
<= 2 ans	50 (80 %)	32 (83 %)	25 (81 %)	9 (64 %)	9 (82 %)	125 (69 %)
2-5 ans	11 (18 %)	6 (16 %)	5 (16 %)	4 (21 %)	2 (18 %)	28 (16 %)
>5 ans	1 (2 %)	1 (2%)	1 (3%)	1 (7 %)	0 (0 %)	4 (2 %)
Total	62	39	31	14	11	157
	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)	(100 %)

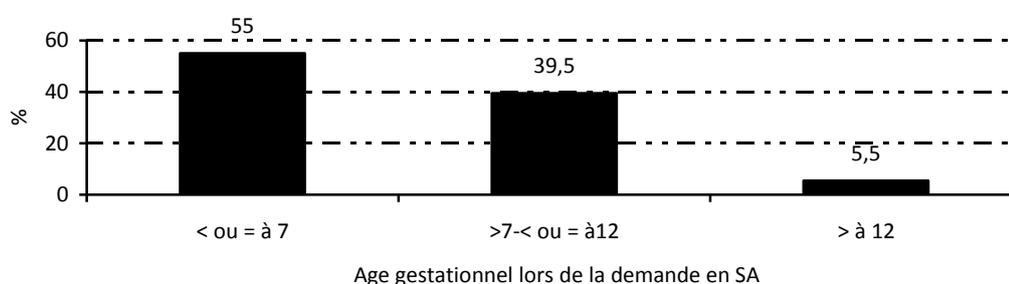
Ce tableau nous montre que les femmes de notre étude âgées de 42 ou 43 ans sont suivies moins régulièrement sur le plan gynécologique. La date de leur dernier FCV est le plus souvent supérieure à 2 ans.

- L'IVG

I-Age gestationnel au moment de la demande

Les âges gestationnels auxquels ont lieu les demandes d'IVG figurent dans le graphique suivant :

Figure 7 : Age gestationnel lors de la demande d'IVG (n=180)



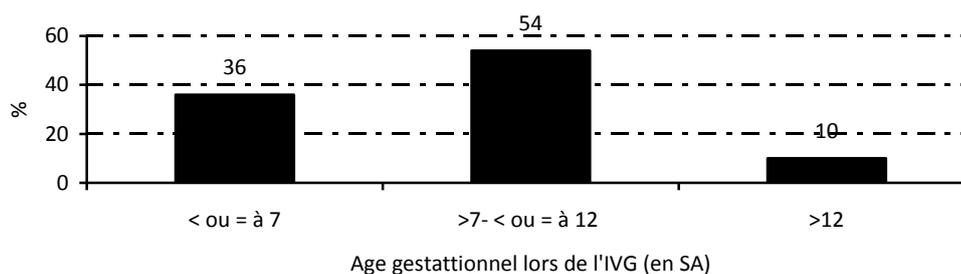
Les demandes d'IVG vont de 4.86 SA à 13.71 SA, soit une médiane à 7 SA. La moyenne se situe à 7.5 SA plus ou moins 2.2 SA.

Pour la plupart des femmes (55 %), la demande d'IVG a lieu avant 7SA, ce qui permet une prise en charge par voie médicamenteuse si la femme le souhaite. Dans les autres cas (45 %), la voie chirurgicale sera la seule alternative possible compte tenu du terme.

## II-Age gestationnel au moment de l'IVG

Le terme auquel a lieu l'IVG dans notre population se répartit de la manière suivante :

Figure 8 : Répartition du nombre d'IVG selon l'âge gestationnel (n=180)



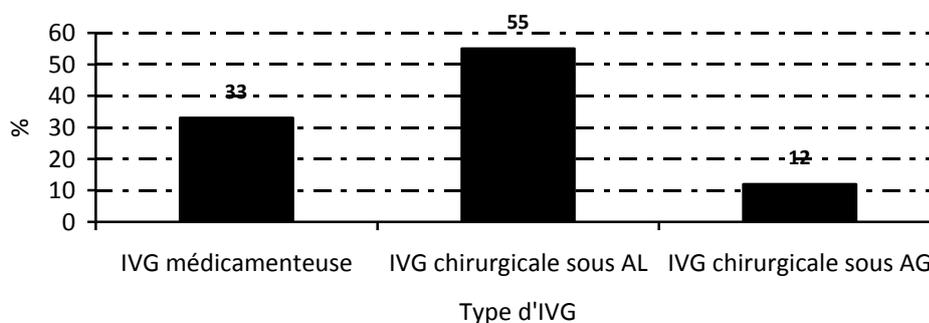
La moyenne est de 8.2 SA plus ou moins 2.3, la médiane se situe à 8 SA et l'intervalle est compris entre 5 et 14 SA.

D'après le graphique ci-dessus, on constate que pour 97 femmes (54 %), l'IVG a lieu entre 7 et 12 SA. Dans 36 % des cas, elle a eu lieu à moins de 7 SA et dans 10 % des cas on parle d'IVG tardive car elle est réalisée au-delà de 12 SA.

## III-Type d'IVG :

Selon le terme de la grossesse et son contexte, la femme a le choix entre plusieurs méthodes pour la réalisation de l'IVG : médicamenteuse ou chirurgicale, par anesthésie locale (AL) ou générale (AG). Nous résumons le choix des femmes de notre échantillon par rapport aux différentes techniques utilisables :

Figure 9 : Méthode d'IVG dans notre population (n=180)



L'IVG chirurgicale représente la méthode la plus utilisée : 55 % des femmes ont fait le choix d'une anesthésie locale et 12 % d'une anesthésie générale. L'IVG réalisée par voie médicamenteuse intéresse 33 % des femmes.

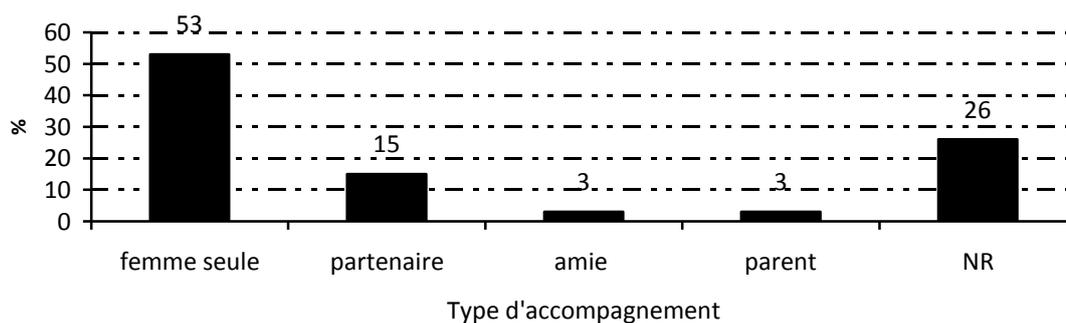
Tableau III : Méthode d'IVG selon l'âge de la femme (n (%))

Type d'IVG	Age					Total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44 ans et +	
Médicaments	24 (36%)	13 (28%)	14 (37%)	4 (26%)	5 (36%)	60 (33%)
AL	35 (52%)	29 (63%)	19 (50%)	7 (48%)	8 (57%)	98 (55%)
AG	8 (12%)	4 (9%)	5 (13%)	4 (26%)	1 (7%)	22 (12%)
Total	67 (100%)	46 (100%)	38 (100%)	15 (100%)	14 (100%)	180 (100%)

Le tableau III permet de dire que les femmes âgées de 38-39ans et 42-43 ans ont moins recours à l'IVG médicamenteuse que les autres femmes. L'IVG sous AL est majoritaire pour les 38-39 ans et l'AG est le plus souvent choisie pour les femmes de 42-43 ans.

#### IV-L'accompagnement des femmes lors de la première consultation

Figure 10 : Accompagnement des femmes lors de la première consultation (n=180)



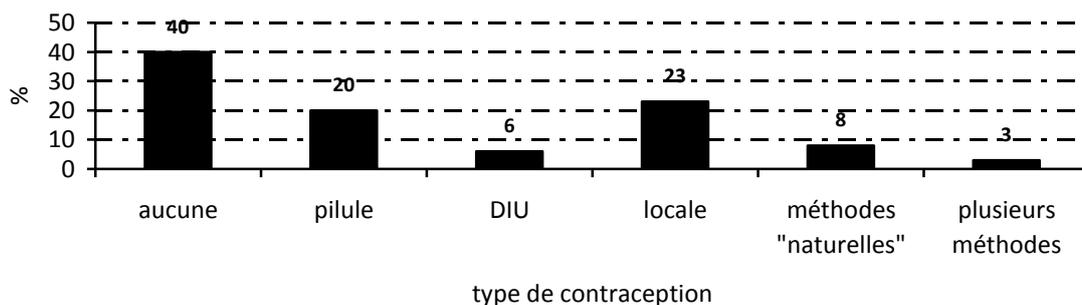
D'après ce graphique, on constate que dans plus de la moitié des cas (53 %), les femmes viennent seules lors de la première consultation. Dans 15 % des cas, elles sont accompagnées par leur partenaire et dans 3 % des cas, elles sont accompagnées soit d'une amie soit d'un parent.

- Contraception

### I-Contraception au moment de la conception

Il est important d'évaluer le type de contraception utilisé au moment de la conception pour comprendre si ce choix influe sur les statistiques des grossesses non prévues après 35 ans. Voici les résultats de notre étude:

Figure 11 : Contraception utilisée au moment de la fécondation (n=180)



Dans notre population, 72 femmes (40 %) n'utilisaient pas de contraception au moment de la conception.

La pilule était adoptée par 37 femmes (20 %). Parmi elles, 29 femmes utilisaient une pilule oestro-progestative, 5 une pilule micro-progestative et dans 3 cas ça n'est pas renseigné. La défaillance de cette méthode s'explique dans 29 cas par un oubli de pilule. Pour une seule femme, il s'agit d'un échec de la pilule du lendemain.

Pour 11 femmes (6 %), la grossesse survient suite à l'échec d'un dispositif intra-utérin. Dans 7 cas, il s'agit d'un stérilet au cuivre et dans les 4 autres cas, d'un stérilet à la progestérone.

La contraception locale est utilisée par 48 femmes (23 %). Pour 45 femmes, il s'agit de l'utilisation du préservatif masculin seul et pour les 3 autres femmes, des spermicides seuls.

Dans notre étude, l'usage systématique d'un contraceptif local concerne seulement 22 femmes. Pour 20 femmes, la contraception locale est utilisée de temps en temps et pour 6 femmes en période supposée féconde.

Les méthodes naturelles concernent 21 femmes (8 %). Parmi elles, 9 femmes calculent leur cycle et 12 femmes utilisent comme moyen contraceptif le retrait.

L'association de plusieurs moyens contraceptifs est utilisée par 6 femmes (3%) :

- pilule oestro-progestative + préservatifs masculin (1 femme)
- préservatifs masculin + retrait (1 femme)
- préservatifs masculins + calcul du cycle (2 femmes)
- préservatifs masculin + calcul du cycle + retrait (2 femmes)

Pour aucune femme, nous retrouvons l'usage de l'implant, du patch transcutané ou de l'anneau vaginal.

Tableau IV : Méthodes contraceptives au moment de la conception selon l'âge de la femme (n(%)).

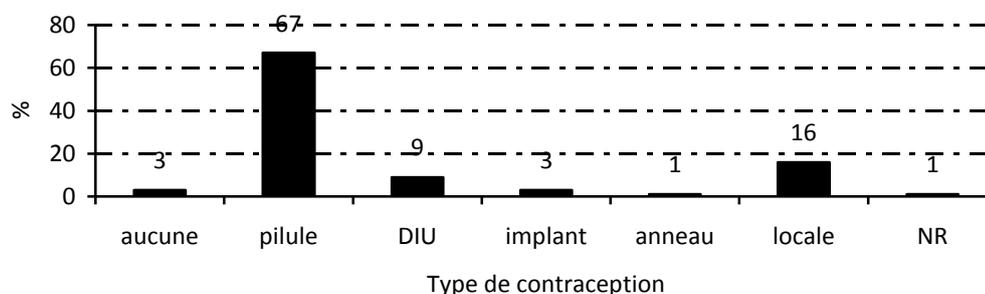
Méthode	Age					Total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44 ans et +	
Aucune	25 (37 %)	19 (41 %)	17 (45 %)	5 (33 %)	6 (43 %)	72 (40 %)
Pilule	15 (22 %)	10 (22 %)	8 (21 %)	2 (14 %)	1 (7 %)	37 (20%)
DIU	4 (6 %)	2 (4 %)	3 (8 %)	2 (14 %)	0 (0 %)	11 (6 %)
Locale	17 (26 %)	9 (20 %)	6 (16 %)	5 (33 %)	5 (36 %)	48 (23 %)
Naturelle	6 (9 %)	6 (13 %)	4 (10 %)	1 (6 %)	2 (14 %)	21 (11 %)
total	67 (100 %)	46 (100 %)	38 (100 %)	15 (100 %)	14 (100 %)	180 (100 %)

Ce tableau montre que le nombre de femmes qui n'ont pas de contraception au moment du rapport fécondant varie peu avec l'âge. Cependant, les femmes les moins concernées ont entre 42 et 43 ans. La pilule est moins utilisée à partir 42 ans. Le DIU est plus souvent choisi par les femmes à partir de 40 ans puis n'est plus utilisé au-delà de 44 ans. La contraception locale est adoptée principalement chez les 36-37 ans puis est moins utilisée entre 38 et 41 ans. On assiste à une recrudescence de l'utilisation de cette méthode à partir de 42 ans. La répartition des méthodes naturelles selon l'âge est à peu près uniforme pour les femmes de notre étude.

## II-Contraception post abortum (PA)

Dans le graphique ci-dessous, nous allons montrer les différents moyens de contraception prescrits lors du PA immédiat.

Figure 12 : Contraception prescrite dans le post abortum immédiat (n=180)



La pilule reste la contraception la plus prescrite dans le PA immédiat. En effet, elle concerne 120 femmes (67 %) de notre étude. Pour 88 femmes, il s'agit d'une pilule oestroprogestative, 31 autres c'est une pilule micro-progestative et pour une femme

l'élément n'est pas retrouvé. La pilule du lendemain a été prescrite seulement pour 5 femmes (2.8 %).

La contraception locale concerne 29 femmes (16 %). Le préservatif masculin est le plus souvent utilisé (24 femmes) et les spermicides sont prescrits pour une femme. Dans notre étude, 4 femmes utilisent simultanément les préservatifs masculins et les spermicides.

Le stérilet, bien qu'il puisse être mis en place au moment de l'intervention dans le cadre d'IVG chirurgicale, est choisi seulement par 16 femmes (9 %). Dans 12 cas, il s'agit d'un stérilet au cuivre et pour 3 femmes d'un stérilet à la progestérone. On ne retrouve pas l'information pour une femme.

L'implant a été prescrit chez 6 femmes (3.25 %).

L'anneau vaginal et le patch transcutané ont été prescrits chacun une seule fois.

Pour 6 femmes (3.25 %), on ne retrouve aucune prescription de contraception.

Dans notre étude, 26 femmes (14.4 %) ont émis le souhait d'une ligature de trompes.

Tableau V : Contraception en post abortum immédiat selon l'âge de la femme (n(%))

Contraception	AGE					Total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44 ans et +	
Aucune	3 (5 %)	2 (4 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (3.25 %)
Pilule	44 (67 %)	31 (67 %)	27 (71 %)	10 (67 %)	8 (58 %)	120 (67 %)
DIU	6 (9 %)	5 (11 %)	1 (3 %)	1 (7 %)	3 (21 %)	16 (9 %)
Implant	3 (5 %)	1 (2 %)	2 (5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (3.25 %)
Anneau	1 (1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.5 %)
Patch	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (7 %)	1 (0.5 %)
Locale	9 (13 %)	7 (14 %)	7 (18 %)	4 (26 %)	2 (14 %)	29 (16 %)
NR	0 (0 %)	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.5 %)
Total	66 (100 %)	46 (100 %)	38 (100 %)	15 (100 %)	14 (100 %)	180 (100 %)

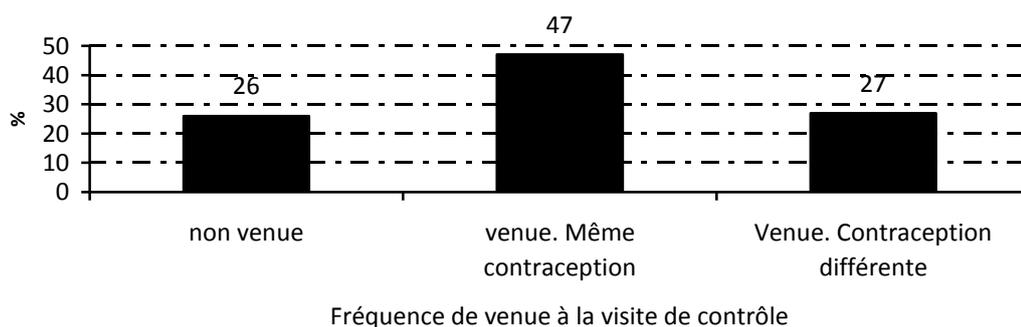
Le tableau montre que la pilule est moins prescrite dans le PA immédiat au-delà de 44 ans. A contrario, les femmes âgées de plus de 44 ans sont les plus demandeuses d'un DIU en PA immédiat que les autres femmes. On retrouve une augmentation de

l'utilisation de la contraception locale pour les femmes de 42- 43 ans puis le choix de ce moyen contraceptif diminue pour retrouver des taux semblables aux femmes âgées de 36 à 41 ans.

### III-Visite de contrôle :

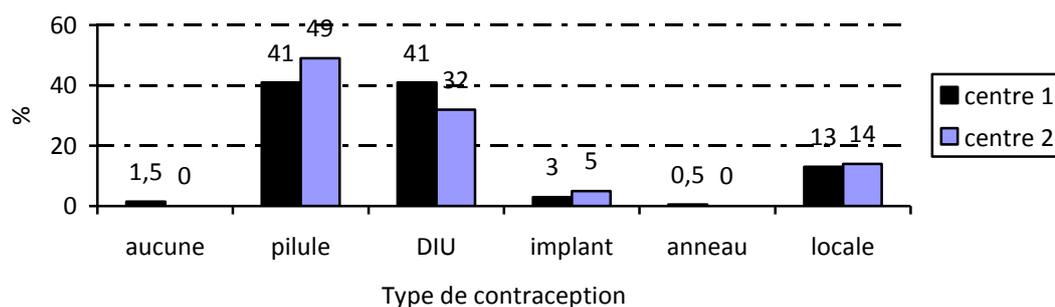
La visite de contrôle est nécessaire et doit être réalisée 15 jours à 3 semaines après l'intervention ou la prise de médicaments. Elle permet de s'assurer qu'il n'y a pas de complications et de reparrer de la contraception avec la femme :

Figure 13 : Fréquence de venue à la visite de contrôle en post abortum (n=180)



Dans notre population, seulement 133 femmes (69 %) se sont présentées à la visite de contrôle. Parmi elles, 84 femmes (47 %) ont fait le choix de garder le même type de contraception que ce qui leur avait été prescrit en PA immédiat.

Figure 14 : Type de contraception prescrit lors de la visite de contrôle (n=133)



La pilule reste le moyen de contraception le plus prescrit (44 %) malgré une nette diminution par rapport au PA immédiat (67 %).

Le dispositif intra-utérin est choisi par 51 femmes (38 %). 34 d'entre elles préférèrent le DIU au cuivre et 12 femmes ont fait le choix du DIU à la progestérone.

La contraception locale est utilisée par 16 femmes (12 %). Parmi elles, 11 femmes ont choisi les préservatifs masculins seuls, 1 femme les spermicides seuls et 4 femmes ont choisi l'association des préservatifs masculins et des spermicides.

L'implant concerne 5 femmes (4 %) dans notre étude.

L'anneau vaginal est choisi par une seule femme.

Pour 2 femmes (1.5 %), aucune contraception n'a été prescrite.

Le patch vaginal, le calcul de cycle et le retrait sont des méthodes qui n'ont été retrouvées chez aucune de nos patientes.

Tableau VI : Visite de contrôle selon l'âge de la femme (n(%))

Visite contrôle	AGE					Total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44 ans et +	
Non	20 (30 %)	13 (28 %)	7 (18 %)	5 (33 %)	2 (14 %)	47 (26 %)
Oui. Même contraception	30 (45%)	22 (48%)	23 (61 %)	4 (27 %)	5 (36 %)	84 (47 %)
Oui. Contraception différente	17 (25 %)	11 (24 %)	8 (21 %)	6 (40 %)	7 (50 %)	49 (27 %)
Total	67 (100%)	46 (100%)	38 (100%)	15 (100%)	14 (100%)	180 (100%)

Ce tableau montre que ce sont les femmes âgées de 42-43 ans qui se présentent le moins à la visite de contrôle. Parmi les femmes qui se rendent à cette visite, ce sont celles de 40-41 ans qui souhaitent garder le plus souvent le même type de contraception qu'en PA immédiat. Les femmes de 42 ans et plus font majoritairement le choix d'un moyen de contraception différent.

Tableau VII : Contraception après la visite de contrôle selon l'âge (n(%))

Contraception	AGE					total
	36-37 ans	38-39 ans	40-41 ans	42-43 ans	44 ans et +	
Aucune	1 (2 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (1.5 %)
Pilule	18 (39 %)	13 (38 %)	18 (58 %)	4 (40 %)	5 (42 %)	58 (44 %)
DIU	19 (41%)	14 (41 %)	8 (26 %)	5 (50 %)	5 (42 %)	51 (38 %)
Implant	2 (4 %)	2 (6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (8 %)	5 (4 %)
Anneau	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.5 %)
Locale	5 (12 %)	4 (12 %)	5 (16 %)	1 (10 %)	1 (8 %)	16 (12 %)
Total	46 (100%)	34 (100%)	31 (100 %)	10 (100 %)	12 (100 %)	133 (100 %)

Dans le PA secondaire, la pilule en dépit des autres méthodes et notamment du stérilet est plus souvent choisie chez les femmes âgées de 40-41 ans. Ce moyen contraceptif est stable pour les autres tranches d'âge. On retrouve une augmentation de la pose d'un DIU chez les 42-43 ans par rapport aux autres femmes. Le taux de contraception locale est constant selon l'âge des femmes.

- Les complications :

Parmi les complications de l'IVG, on retrouve dans notre population 3 femmes (1.7 %) qui ont fait une hémorragie et 2 femmes une rétention partielle (1.1 %). Cependant, cela n'a pas nécessité d'hospitalisation prolongée.

La perforation utérine, l'aspiration blanche et la dilatation impossible sont des complications qui n'ont pas été identifiées dans notre étude.

## 2.2. Comparaison entre le centre 1 et le centre 2

Tableau VIII : Comparaison des variables entre le centre 1 et le centre 2 (n=100%)

Variabiles	Centre 1	Centre 2	p
-Age (moyenne en années)	38.5±2.2	39.6±2.9	0.09
-Statut marital			
Célibataire	26 (22 %)	12 (20 %)	0.52
Union libre	37 (31%)	13 (22 %)	
Mariée	46 (38 %)	29 (48 %)	
Divorcée, séparée	11 (9%)	6 (10 %)	
-Adresse			
Nantes	44 (37 %)	18 (30 %)	0.41
Agglomération de Nantes	31 (26 %)	21 (35 %)	
A distance de Nantes	45 (37 %)	21 (35 %)	
-Antécédent(s) d'IVG			
Absence d'IVG	67 (56 %)	44 (73 %)	0.03
1 IVG et + (moyenne)	1.40	1.30	0.94
-AG lors de la demande			
< = 7 SA	77 (64 %)	22 (37 %)	0.08
7-12 SA	36 (30%)	35 (58%)	
>12 SA	7 (6 %)	3 (5 %)	
-AG IVG			
< = 7 SA	58 (48 %)	6 (10 %)	0.0007
7-12 SA	51 (43 %)	46 (77 %)	
>12 SA	11 (9 %)	8 (13 %)	
-Type d'IVG			
Médicamenteuse	55 (46 %)	5 (8 %)	<10 <sup>-4</sup>
Chir sous AL	61 (51 %)	37 (62 %)	
Chir sous AG	4 (3 %)	18 (30 %)	

Variables	Centre 1	Centre 2	p
<b>-Contra PA immédiat</b>			
Aucune	4 (3 %)	2 (3 %)	
Pilule	84 (70 %)	36 (60 %)	
DIU	9 (8 %)	7 (12 %)	
Locale	19 (15.8 %)	10 (17 %)	>10 <sup>-4</sup>
Implant	1 (0.8 %)	5 (8 %)	
Patch	1 (0.8 %)	0 (0 %)	
Anneau vaginal	1 (0.8 %)	0 (0 %)	
NR	1 (0.8 %)	0 (0 %)	
<b>-Visite de contrôle</b>			
Non	30 (25 %)	17 (28 %)	
Oui. Même contraception	55 (46 %)	29 (48 %)	0.69
Oui. Contraception changée	35 (29 %)	14 (24 %)	
<b>-Contra PA secondaire</b>			
Aucune	2 (2 %)	0 (0 %)	
Pilule	37 (41 %)	21 (49 %)	
DIU	37 (41 %)	14 (32 %)	
Implant	3 (3 %)	2 (5 %)	>10 <sup>-4</sup>
Anneau vaginal	1 (1 %)	0 (0 %)	
Locale	11 (12 %)	6 (14 %)	

Ce tableau nous permet de mettre en évidence :

-L'âge moyen des patientes réalisant une IVG, les femmes sont un peu plus jeunes dans le centre 1 (38.5 ans) que dans le centre 2 (39.6 ans).

-L'étude du statut marital montre que nous avons plus de couples mariés dans le centre 2 (48 %) que dans le centre 1 (38 %). A l'inverse, il y a plus de couples en union libre dans le centre 1 (31 %) que dans le centre 2 (22 %). Le nombre de femmes célibataires ou divorcées est à peu près le même dans les deux centres.

-Il y a plus de femmes dans le centre 2 (73 %) qui n'ont pas d'IVG dans leurs antécédents que dans le centre 1 (56 %).

-L'âge gestationnel au moment de la demande d'IVG est plus précoce dans le centre 1. En effet, 64 % des demandes a lieu avant 7 SA dans le centre 1 contre 37 % dans le centre 2. A contrario, les demandes d'IVG au-delà de 12 SA sont plus souvent réalisées dans le centre 2 (17 %) que dans le centre 1 (6 %). Les demandes entre 7 et 12 SA concernent 58 % des femmes dans le centre 2 et 30 % dans le centre 1.

-La réalisation de l'IVG a lieu pour 48 % des femmes du centre 1 et 10 % des femmes du centre 2 à un terme  $\leq$  à 7 SA. 43 % des femmes du centre 1 et 77 % des femmes du centre 2 ont leur IVG entre 7 et 12 SA. Les IVG tardives ( $>12$  SA) sont majoritaires dans le centre 2 (13 %) par rapport au centre 1 (9 %).

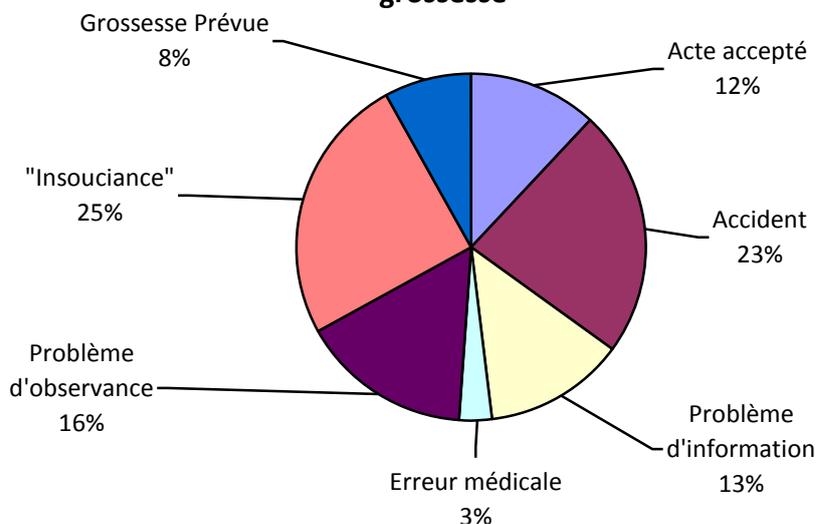
-L'IVG médicamenteuse a été choisie par 46 % des femmes du centre 1 et 5 % du centre 2. L'IVG chirurgicale sous anesthésie locale concerne 51 % des femmes du centre 1 et 62 % du centre 2. L'anesthésie générale intéresse 3 % des femmes du centre 1 et 10 fois plus dans le centre 2, soit 30 % des femmes.

-La contraception prescrite en post abortum immédiat reste majoritairement la pilule, 70 % dans le centre 1 et 60 % dans le centre 2. Le DIU a été posé au moment de l'intervention pour 8 % des femmes dans le centre 1 et 12 % des femmes dans le centre 2. L'implant concerne 8 % des femmes dans le centre 2 et 0.8 % dans le centre 1.

- Pour 25 % des femmes du centre 1 et 28 % des femmes du centre 2, il n'y a pas eu de visite de contrôle dans l'établissement où a eu lieu l'IVG. Parmi celles qui ont réalisées leur visite de contrôle, 46 % des femmes du centre 1 et 48 % de femmes du centre 2 ont fait le choix de garder la même contraception. 29 % des patientes du centre 1 et 24 % du centre 2 ont choisi une contraception différente. La pilule reste le moyen contraceptif le plus prescrit (41 % dans le centre 1 et 49 % dans le centre 2). Le DIU concerne 41 % des femmes du centre 1 et 32 % du centre 2. L'implant et la contraception locale sont un plus prescrit dans le centre 2.

### 2.3. Typologie des IVG dans notre population

**Figure 15 : Typologie des femmes vis à vis du désir de grossesse**



Pour 12 % des femmes, par choix, il n'y a pas de contraception utilisée par le couple au moment du rapport sexuel fécondant.

Dans 39 % des cas, il y a une contraception au moment de l'acte sexuel. Cette dernière est considérée par les femmes comme efficace. Parmi ces femmes, 23 % seront confrontées à une grossesse suite à un échec de la contraception : rupture de préservatifs, échec de stérilet. Pour 13 %, il s'agit d'un mauvais accès à l'information. Cela se traduit par l'utilisation d'une méthode contraceptive non adaptée au mode de vie de la femme ou par l'utilisation d'une méthode peu fiable comme les méthodes naturelles qui nécessitent une bonne connaissance du cycle et de l'ovulation. Pour les 3 % restant, les femmes adhèrent à la norme contraceptive mais se sentent non concernées par le risque de grossesse à un moment donné de leur vie. En effet, la grossesse survient suite à une infertilité supposée par la femme ou affirmée par le corps médical.

Pour 16 % des femmes, il y a une ambivalence vis-à-vis de la contraception. Les femmes sont conscientes de la responsabilité qu'entraîne une nouvelle grossesse mais ont des difficultés à appliquer la contraception de façon rigoureuse. Elles font preuve d'une diminution de leur vigilance contraceptive en espérant qu'elles ne devront pas faire face à une grossesse et que « cela » n'arrive qu'aux autres.

Dans 33 % des cas, il n'y a pas de normes contraceptives. Dans cette catégorie, se trouvent les femmes non préoccupées par le risque de grossesse. Parmi celles-ci, 25 % ne se sentent pas concernées par le risque potentiel de grossesse dès lors qu'il y a un rapport sexuel sans contraception. On parle ici « d'insouciance ». Les autres, soit 8 %, auront un rapport sexuel non protégé mais de façon volontaire. Il y a un désir de grossesse sous-jacent.

## **Troisième partie : Discussion**

### **1. Rappel des principaux résultats**

La moyenne d'âge de recours à l'IVG dans notre étude se situe à 39 ans. Au-delà de 41 ans, le nombre de femmes ayant recours à l'IVG diminue nettement.

La plupart des femmes ayant recours à l'IVG sont de nationalité française (91%). Le plus souvent elles travaillent (73 %).

La situation conjugale est à priori stable (couple mariée ou couple union libre) pour la majorité d'entre elles (70 %). Parmi leurs antécédents, on retrouve 89 % des femmes qui sont mère d'au moins un enfant. Le plus souvent (45 %), elles ont déjà 2 enfants à charge. 38 % des femmes ont au moins une IVG dans leurs antécédents.

Le suivi gynécologique est régulier pour 69 % des femmes, la date de leur dernier FCV datant de moins de 2 ans.

Concernant l'IVG, les demandes ont le plus souvent lieu à un terme inférieur ou égal à 7 SA (55 %) alors que l'IVG elle-même est en majorité réalisée entre 7 et 12 SA (54 %). L'IVG sous anesthésie locale est la méthode la plus employée (55 %). L'anesthésie générale est peu utilisée dans le centre 1 (3 %) comparativement au centre 2 (30 %) et à l'inverse la méthode médicamenteuse est beaucoup plus utilisée au centre 1 (46 %) qu'au centre 2 (8 %).

Même si la contraception est largement répandue, 40 % des femmes déclarent ne pas employer de moyen contraceptif au moment du rapport fécondant. Pour les autres, la pilule (20 %) et la contraception locale (23 %) semblent être les méthodes les plus utilisées au-delà de 35 ans.

En post abortum immédiat, la pilule est le moyen contraceptif le plus prescrit (67 %). Notons que 3 % des femmes rentrent à domicile sans contraception. Lors de la visite de contrôle (post abortum secondaire) qui est réalisée par seulement 74 % des femmes, le choix de la pilule comme contraception reste majoritaire (44 %). Il diminue par rapport au post abortum immédiat contrairement au stérilet qui passe de 6 à 9 %.

La survenue d'une grossesse non prévue traduit la difficulté des femmes à adhérer à la «norme contraceptive » qui suppose des contraintes.

### **2. Limites de l'étude**

L'étude est réalisée à partir de 120 dossiers du CHU et 60 de la Clinique Jules Verne de femmes de plus de 35 ans ayant réalisées une IVG en 2009.

Elle s'étend sur 6 mois de l'année 2009.

Un dossier relatif à une IVG réalisée chez une femme de plus de 35 ans n'a pas été retrouvé.

Les données inscrites dans les dossiers d'IVG à partir desquelles l'étude s'est faite ne sont pas toujours exploitables. En effet, de nombreux dossiers contiennent les informations minimum relatives à la réalisation de l'IVG.

Nous n'avons pas comparé notre étude aux femmes des autres tranches d'âge (< ou = à 35 ans) ayant réalisé une IVG en 2009.

Dans le même ordre d'idée, nous n'avons pas comparé nos résultats à ceux des femmes âgées de plus de 35 ans qui gardent leur grossesse.

Pour réaliser la typologie des femmes vis-à-vis du désir de grossesse, nous nous sommes basés uniquement sur les éléments recueillis dans le dossier. Il est difficile de répartir les femmes selon des catégories et d'évaluer ce qui entraîne les femmes à faire face à une grossesse non prévue : est-ce le désir de grossesse? Le désir d'enfant ? Dans la plupart des cas, on peut penser que l'inconscient joue un grand rôle.

Nous n'avons pas retrouvé d'études concernant le recours à l'IVG chez les femmes de plus de 35 ans. Nos résultats sont donc comparés aux études menées sur l'ensemble des femmes qui réalisent des IVG.

### **3. Comparaison avec la littérature**

#### **3.1. Caractéristiques des femmes :**

- Age

L'étude COCON [18] a été réalisée entre septembre 2000 et janvier 2001 sur une cohorte de 2863 femmes âgées de 18 à 44 ans résidant en France. Parmi ces femmes, 677 ont dit avoir eu recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. Parmi elles, 19.1 % avaient plus de 35 ans.

En 2006, la DREES montre que sur le nombre d'IVG totales, 21 % concernent les femmes de plus de 35 ans en 2006. Le nombre d'IVG pour 1000 femmes décroît avec l'âge : chez les 35-39 ans (10.2), chez les 40-44 ans (4.5), chez les 45-49 ans, (2.2) [17]. Cela s'explique entre autre par la diminution physiologique de la fécondité des femmes avec l'âge, elles ont donc moins de risque d'être confrontées à une grossesse non prévue.

- Nationalité :

L'étude COCON réalisée en 2000 [18], montre que les femmes, tout âge confondu, ayant recours à l'IVG sont de nationalité étrangère dans 11,1 % des cas.

Dans notre étude, 91,2 % des patientes sont de nationalité française, ce qui correspond aux résultats ci-dessus. Les croyances et la culture d'autres populations rendraient inenvisageables le recours à l'IVG.

- Parité :

En 2006, dans les Pays de la Loire le taux moyen d'enfants par femme est de 2.03 alors que la moyenne nationale est de 1,94 (INSEE). En 2008, le nombre d'enfants par femme en France a augmenté avec une moyenne de 2,02 enfants par femme (INSEE). La France et l'Irlande sont les deux pays de l'Union Européenne ayant le taux de fécondité le plus élevé.

Notre étude montre que 45 % des femmes de plus de 35 ans ayant recours à l'IVG ont déjà deux enfants à charge ce qui correspond à la « norme sociale ».

Nous avons supposé que le post partum était une période à risque de grossesses rapprochées. On estime que 5 % des IVG surviendraient dans les 6 mois suivant une grossesse menée à terme et cela concernerait 11 000 femmes chaque année [25].

D'après les résultats de notre étude, seulement 12 % des femmes ont mené une grossesse à terme dans l'année précédent l'IVG. Les résultats ne sont pas significatifs, notre hypothèse est infirmée pour la classe d'âge observée dans cette étude.

- Antécédent d'IVG :

Dans la population générale, on estime que 40 % des femmes auront recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie [5].

L'étude COCON montre que 25 % des femmes ont dans leurs antécédents au moins une IVG.

Dans notre étude, 69 femmes soit 38 % ont dans leurs antécédents une IVG. La différence entre les résultats de l'étude COCON et notre étude s'explique probablement par le fait que nous nous intéressons uniquement aux femmes âgées de plus de 35 ans. En effet, plus les femmes avancent en âge et plus elles ont de risque d'avoir déjà eu une IVG.

Pour la grande majorité des femmes (5/6), le recours à l'avortement est unique et accidentel [27].

- Suivi gynécologique :

Les recommandations préconisent que les femmes doivent avoir un suivi gynécologique annuel. D'après le consensus de Lille de 1992, deux frottis cervico-vaginal doivent être réalisés à un an d'intervalle à partir de 25 ans puis tous les deux à trois ans jusqu'à 65 ans. D'après l'OMS, le premier FCV doit avoir lieu 7 ans après le premier rapport sexuel puis refait tous les 2 à 3 ans si les deux premiers sont normaux. La consultation de suivi gynécologique permet également de réévaluer la contraception avec la femme selon ses besoins, ses attentes, son mode de vie et au besoin de la réadapter.

D'après l'interrogatoire, 69 % des femmes ont un suivi gynécologique régulier, la date de leur dernier FCV étant inférieur ou égal à 2 ans. Nous noterons que certaines femmes ne font pas toujours la différence entre la réalisation d'un prélèvement vaginal et d'un FCV. Notre hypothèse qui consistait à expliquer une partie du taux d'IVG chez les femmes âgées de plus de 35 ans par un suivi gynécologique insuffisant est infirmée.

Du fait d'une diminution du nombre de gynécologues ( moins 5 % entre 2004 et 2005 ) [42], de plus en plus de femmes se font suivre sur le plan gynécologique par leur médecin traitant. Ces derniers n'ont cependant pas toujours une formation suffisante en matière de contraception et ne peuvent donc pas la prescrire de façon optimale aux femmes [29].

### 3.2. L'IVG :

- Type d'IVG

L'étude COCON réalisée en 2000 [18] met en évidence un taux d'IVG médicamenteuse de 21,5 % et d'IVG chirurgicale de 78.5 %. Parmi ces dernières, 74.6 % ont lieu sous anesthésie générale.

Depuis 2004, l'IVG médicamenteuse est autorisée en ville ce qui explique sa nette progression. En effet, en 2007, elle représente 47 % des IVG totales. Cette technique est plus répandue dans les établissements de santé publique (46 %) que privés (38%) [44].

Notre étude montre que 33 % des IVG sont faites par voie médicamenteuse. De plus, cette méthode est plus utilisée dans le centre 1 (établissement public) que dans le centre 2 (établissement privé). La technique chirurgicale sous anesthésie locale est réalisée dans 55 % des cas et l'anesthésie générale seulement dans 12 % des cas. L'anesthésie générale est majoritairement réalisée dans le centre 2.

- Fréquence et type de l'accompagnement des femmes lors de la première visite:

L'ouvrage de Nathalie Bajos « De la contraception à l'avortement. Sociologies des grossesses non prévues » [32] montre que le choix de poursuivre ou non la grossesse est toujours prise « en fonction du » partenaire mais pas toujours « avec » lui. En effet, selon la relation entretenue avec son partenaire, la femme peut être amenée à prendre sa décision seule sans l'avertir ou bien l'informer pour qu'il puisse s'impliquer. L'information du conjoint peut donner lieu à des avis divergents au sein du couple concernant la poursuite ou non de la grossesse et donc entraîner des tensions. Lorsque les deux partenaires sont d'accord, l'IVG peut s'imposer pour des raisons d'ordre conjugal, économique, social ou religieux. Mais ils peuvent aussi décider de ne pas interrompre la grossesse, cette décision s'inscrivant alors dans un projet commun d'enfant, conceptualisé ou non.

La thèse de médecine générale de Fanny Lemerrier réalisée à Nantes en 2009 auprès de 61 femmes sur 5 établissements réalisant des IVG dans les Pays de Loire et s'intitulant « Echechs de contraception après 40 ans. Etude auprès de femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse » [35] montre que dans 96.1 % des cas, la personne à l'origine de la grossesse est le partenaire habituel. Elle permet également d'indiquer que dans 67.8 % des cas, la femme est en accord avec son partenaire face au désir d'enfant et pour 32.2 % des femmes interrogées, il y a un désaccord au sein du couple. Concernant la décision de l'interruption de grossesse, dans 71.2 % des cas, il s'agit d'un choix commun, pour 26.4 % d'une décision émanant uniquement de la femme et dans 3.4 % des cas d'un choix du conjoint.

L'étude « vie sexuelle, devenir du couple et contraception après l'IVG » [28] réalisée à Genève en 2001 sur une population de 103 femmes âgées de 15 à 44 ans, montre que 90 femmes avaient un partenaire fixe avant l'IVG contre 78 après l'IVG. Les principales raisons évoquées par rapport au souhait d'IVG sont liées au partenaire qui ne veut pas ou plus d'enfant ou bien alors qui a rompu. Seulement 3 femmes sur 10 parlent avec leur mari ou leur partenaire de l'IVG.

D'après notre étude, 53 % des femmes se présentent seules lors de la première consultation. On peut donc penser que le partenaire n'est pas forcément au courant de la grossesse ou du moins ne participe pas de façon active à la décision de l'IVG.

De même, la conception peut être issue d'une relation éphémère ou extra conjugale pouvant expliquer la non contribution du partenaire à la prise de décision. En effet, ce dernier est présent pour seulement 15% des femmes de notre population. Cela est plutôt paradoxal puisque dans notre étude les femmes sont en majorité dans une relation conjugale à priori stable : 42 % des femmes sont mariées et 28 % des femmes vivent en couple une union libre.

- Visite de contrôle:

Elle permet de s'assurer qu'aucune complication n'est survenue. C'est le moment opportun pour informer à nouveau la patiente sur sa contraception. Selon les recommandations de l'ANAES « la compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement prescrite au décours même de l'IVG, doit être vérifiée » [1].

Rappelons que dans notre étude, 26 % des femmes ne se sont pas présentées à la visite de contrôle ce qui fait que nous n'avons pas d'informations concernant la contraception du post abortum secondaire pour elles.

### 3.3. Contraception

- Lors du rapport fécondant

L'enquête BVA INPES réalisée en Mars 2007 [14] indique que 76.5 % des personnes âgées de 20 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive. Parmi les femmes qui utilisent un moyen de contraception afin d'éviter une grossesse, la pilule est la plus prescrite en France et concerne 58 % des femmes [36]. Les préservatifs masculins sont utilisés par 28 % des françaises et le dispositif intra utérin par 21 %. Cette dernière méthode est la plus souvent prescrite chez les femmes ayant plus de 35 ans et déjà des enfants. Les autres méthodes (implant, retrait, patch transdermique, anneau vaginal) concernent 8 % des françaises [19].

80 % des femmes françaises qui utilisent une contraception ont recours à la pilule ou au DIU plaçant la France en tête par rapport au classement mondial [2].

Cette enquête [14] montre également que la plupart des Français connaissent différents moyens de contraception. La pilule et le préservatif masculin sont connus par 97 % des Français, le stérilet par 93 %. Le préservatif féminin et le diaphragme sont connus par les trois quart des Français. Les autres méthodes (spermicides, implant anneau vaginal et patch) sont connues pour seulement 1 Français sur 2. Néanmoins de nombreuses idées erronées persistent comme le fait que les femmes ne soient fécondes que le 14<sup>ème</sup> jour ou que la pilule rend stérile (22 %).

L'IGAS [36] déclare dans son rapport d'octobre 2009 que moins de 5 % des femmes françaises ne souhaitant pas de grossesse et étant sexuellement actives déclarent ne pas utiliser de contraception. Il s'avère que dans 72 % des grossesses interrompues, la femme était sous contraception et que 42 % d'entre elles bénéficiaient d'une contraception théoriquement efficace (pilule ou stérilet) [9]. De plus le mode de vie des français a changé : la plupart des français et françaises auront plusieurs partenaires sexuels avec des périodes en couple entrecoupées de périodes de célibat, de rupture, d'incertitude affective [3]. La majorité des femmes ont maintenant une activité professionnelle qui peut être source d'horaires irréguliers, de déplacements à l'étranger... Le mode de vie actuel des femmes peut expliquer, pour certaines d'entre elles, la difficulté à prendre la pilule régulièrement [36].

L'étude COCON retrouvait un tiers des femmes âgées de 18 à 44 ans sans contraception. Un quart des grossesses ayant entraîné une IVG est survenu alors que la femme prenait une pilule (19 %) ou utilisait un préservatif (19 %) ou une méthode naturelle contraceptive (19%) [18].

Nous pouvons penser que les femmes âgées de plus de 35 ans connaissent le fonctionnement de leur corps. Elles ont eu à priori des informations sur la contraception ou du moins savent à qui s'adresser pour pouvoir se la procurer. Dans le même ordre d'idée, elles ont aussi la maturité nécessaire pour prendre conscience qu'une nouvelle grossesse entraîne des responsabilités.

D'après notre étude, on s'aperçoit pourtant que nombre d'entre elles n'utilisent pas ou mal les moyens de contraception. Rappelons que 40 % de nos patientes n'avaient pas de contraception au moment du rapport fécondant.

Pourquoi un taux si élevé ? L'un des principaux problèmes est l'accès des femmes à une contraception qui leur est adaptée et qu'elles ont choisie. C'est là tout le rôle des professionnels de santé qui interviennent dans la prescription et la délivrance des moyens contraceptifs. Ils doivent pouvoir bénéficier d'une formation initiale suffisante ainsi que d'une formation continue pour renforcer leurs compétences à la fois médicales mais aussi relationnelles [36]. Ils doivent entre autre respecter les recommandations professionnelles publiées par l'ANAES et reprises depuis la loi du 13 Août 2004 par l'HAS (« stratégies de choix de méthodes contraceptives chez la femme ») [30] (annexe 5) et respecter le choix de la femme ou du couple. L'information délivrée par les professionnels de santé est essentielle pour que la femme ou le couple puisse faire son choix.

Une grossesse peut également survenir à la suite d'une utilisation irrégulière ou inefficace d'un moyen contraceptif.

L'étude GRECO réalisée en 2002 sur 551 femmes enceintes de moins de 12 SA alors qu'elles prenaient une contraception orale, montre que les oublis représentent la majeure partie des échecs (60.8%). Parmi ces femmes, 81,5 % ont fait le choix d'interrompre leur grossesse. Sur l'ensemble des femmes de l'étude, 77 avaient plus de 35 ans (14 %) [6].

Dans notre population, les grossesses sous pilule représentent 20 % des recours à l'IVG et pour la plupart il s'agit d'un oubli de pilule (78 %). Nos hypothèses concernant la baisse de vigilance des femmes avançant en âge par rapport à l'utilisation de la contraception ainsi que la difficulté à appliquer la contraception au quotidien sont vérifiées. Dans 78 % des cas, les femmes sont sous oestro-progestatifs bien que ces pilules ne soient plus recommandées par l'ANAES à partir de 35 ans du fait des sur-risques cancéreux et cardio-vasculaires [30]. Les pilules progestatives sont prescrites chez seulement 13% de nos patientes.

Le DIU est utilisé par 21 % des françaises [36]. Il semble majoritairement choisi par les femmes ayant déjà plusieurs enfants et donc le plus souvent âgées de plus de 35 ans. Dans notre étude, les grossesses sous DIU représentent 6 % des recours à l'IVG. Le plus souvent, il s'agit d'un DIU au cuivre (63 %) et la grossesse survient suite à une expulsion du stérilet ou à une modification de sa place au sein de la cavité utérine.

Les échecs de méthodes locales concernent 23 % des grossesses non prévues de notre étude. Les préservatifs masculins notamment par leur rupture en sont le plus souvent responsables (96 %). Ces derniers nécessitent une bonne maîtrise de la part du partenaire.

Les méthodes dites naturelles sont toujours utilisées (8 %) malgré une large diffusion de la contraception permettant de proposer aux femmes des méthodes contraceptives plus fiables [12].

L'implant, l'anneau vaginal et le patch transcutané sont des méthodes qui ont une efficacité comparable à celle des pilules oestro-progestatives et ne nécessitent pas de prise quotidienne. L'anneau vaginal et le patch transcutané sont commercialisés en France depuis 2004 mais ne bénéficient pas de remboursement par l'assurance maladie. D'après une enquête de l'INPES « les français et la contraception » réalisée en 2007, plus de 50 % des femmes ne connaissent pas ces 2 moyens contraceptifs [14]. En effet, nous ne retrouvons aucune femme dans notre étude qui utilise une de ces deux méthodes.

- Le post abortum:

D'après les recommandations de l'ANAES (annexe 5), « tous les moyens contraceptifs sont autorisés hormis ceux nécessitant des manipulations vaginales ».

Cependant, dans notre étude 3.25 % des femmes n'ont pas de contraception prescrite en post abortum (PA) immédiat.

La pilule est le moyen contraceptif le plus utilisée en PA immédiat (67%). Sa prescription diminue lors de la visite de contrôle (44 %). Le plus souvent, il s'agit d'une pilule oestro-progestative, 73 % dans le PA immédiat et 69 % dans le PA secondaire.

Le DIU a été choisi par 38 % des femmes dans le PA secondaire. Majoritairement, il s'agit d'un DIU au cuivre (72 %). En France le DIU est utilisé plutôt comme « dernière » contraception c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désiré est atteint.

Le Baromètre santé 2005 de l'INPES montre que plus d'une femme sur 10 a déjà eu recours à la contraception d'urgence. Ce sont les jeunes femmes qui sont le plus concernées avec 30 % chez les 15-19 ans, 32 % chez les 20-24 ans et 9.7 % chez les 35-44 ans. Le plus souvent, elle était utilisée suite à un problème de préservatifs (32.5 %), un oubli de pilule (24.9 %) ou un rapport sexuel non protégé (21.8 %) [12].

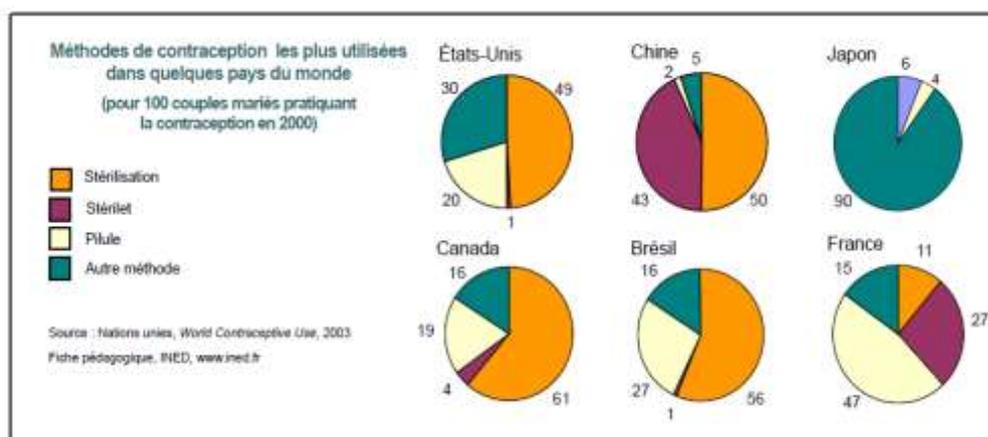
L'enquête BVA INPES de mars 2007 met en évidence que seulement 3 Français sur 10 connaissent la contraception d'urgence. 81 % des Français savent que l'ordonnance n'est pas obligatoire pour pouvoir se la procurer. Un Français sur 4 n'a pas notion que la pilule est efficace dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé [14].

Le rapport de l'IGAS d'octobre 2009 indique que le recours à la pilule du lendemain en cas de rapport non protégé a augmenté de 72 % entre 2000 et 2005. Grâce à son développement, on aurait pu penser que la contraception d'urgence se serait substituée à une méthode contraceptive régulière. Au contraire le recours à la contraception médicale a progressé notamment chez les femmes de 18-19 ans et chez les 35-44 ans [36].

Dans notre étude, seulement 5 % des femmes ont eu une prescription de la contraception d'urgence malgré un fort taux de prescription de pilule en post abortum. Cette contraception d'urgence reste encore trop peu connue et utilisée bien qu'elle soit efficace. Les professionnels doivent connaître les modalités de recours à cette méthode dite de « rattrapage » pour pouvoir informer au mieux leurs patientes.

La France est un des pays où la stérilisation (féminine ou masculine) est la moins pratiquée. En 2008, seulement 5 % des couples choisissent ce moyen de contraception et dans la majorité des cas ce sont les femmes qui se font stériliser (INED). Ces dernières ont souvent plus de 40 ans : 16.3 % des femmes de 40 à 44 ans utilisent la stérilisation comme contraception [4]. Dans le monde, cette méthode est choisie par 39 % des couples (INED 2008). Du fait de son efficacité permanente et irréversible, cette méthode devrait être proposée de façon plus systématique lorsque le couple arrive à un certain âge et qu'il ne souhaite pas d'autres enfants.

**Figure 16 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde**



Source :

[www.ined.fr/fr/tout\\_savoir\\_population/fiches\\_pedagogiques/population\\_du\\_monde/avortement\\_monde/](http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/population_du_monde/avortement_monde/)

Dans notre étude, 26 femmes soit 14.4 % ont émis le désir d'une ligature de trompes en post abortum après avoir reçu une information claire et complète.

La réalisation de ce mémoire nous a amené à émettre d'autres hypothèses concernant le recours à l'IVG chez les femmes de plus de 35 ans telles que :

- La femme a besoin d'être rassurée quant à sa capacité à être encore fertile malgré le fait qu'elle prend de l'âge.
- Une remise en cause de la période de « liberté » acquise une fois que les enfants ont grandi. La femme ou le couple n'a pas envie d'être entravé par une nouvelle naissance.

- L'impact socio-culturel sur les femmes : des inégalités persistent pour certaines femmes par rapport à l'accès à la contraception et au recours à l'IVG.
- La femme ou le couple souhaite réellement un enfant mais il y a des problèmes de couple, de travail, d'argent... Il y a une ambivalence du désir d'enfant.

Ces hypothèses n'ont pas pu être vérifiées par la réalisation de notre étude. En effet, les données ont été recueillies uniquement sur dossiers. Il serait intéressant de compléter ce mémoire par des entretiens auprès de femmes âgées de plus de 35 ans et ayant recours à l'IVG. Ils nous permettraient peut-être de comprendre pourquoi autant de femmes n'ont pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent à priori pas d'enfants et comment au XXIème siècle le taux d'IVG n'a pas diminué depuis plus de trente ans.

## **4. La sage-femme au service de situations difficiles**

### 4.1. Les compétences de la sage-femme

Sage-femme est une profession médicale à responsabilités définies. L'ensemble des règles auxquelles la sage femme doit se conformer est issu du code de la santé publique ainsi que du code de déontologie des sages-femmes [37].

La sage-femme a pour rôle d'accompagner toutes les femmes enceintes quelque soit l'issue de la grossesse.

La prévention, l'information et l'éducation dans les domaines de la sexualité, de la fécondité, de l'infertilité, de la gynécologie et de la pédiatrie font partie de ses compétences. Elle est également à même de participer aux consultations de planification familiale.

### 4.2. La sage-femme en centre d'orthogénie

- Pourquoi si peu de sages-femmes?

Le nombre de sages-femmes exerçant en centre d'orthogénie est très faible. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 17 998 sages-femmes exercent en France sur l'ensemble des secteurs d'activité. Parmi elles, seulement 402 sages-femmes (2.20 %) travaillent soit en PMI soit dans les centres de planification et d'éducation familiale (DRESS, répertoire ADELI).

Les sages-femmes représentent près du tiers des professionnels intervenant dans la prise en charge de l'IVG. Elles sont beaucoup plus présentes dans le secteur public (39 %) que privé (4%). Les petits établissements réalisant moins de 250 IVG par an emploient davantage de sages-femmes que les établissements plus importants. Dans

les petites structures, elles représentent 42 % des professionnels concernés par l'IVG et seulement 10 % dans celles réalisant plus de 1000 IVG par an [43].

En effet, certaines sages-femmes n'hésitent pas à utiliser la clause de conscience [15] et ce d'autant plus depuis que le délai légal de l'IVG a été allongé à 14 SA [36] afin d'éviter la confrontation avec des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. De plus, le travail en centre d'orthogénie peut paraître ingrat pour certaines d'entre elles qui ont choisi la profession de sage-femme uniquement pour aider à donner la vie. Enfin, il faut souligner que le personnel de santé travaillant dans les centres d'orthogénie souffre d'un manque de reconnaissance professionnelle.

- L'activité des sages-femmes en centre d'orthogénie

La sage-femme a sa place auprès de toutes les femmes enceintes. L'issue d'une grossesse est très variable. Elle peut s'arrêter au premier ou au deuxième trimestre de grossesse lorsqu'il y a une fausse couche spontanée. La femme peut faire le choix d'une interruption volontaire de grossesse au premier trimestre ou d'une interruption médicale de grossesse pour cause fœtale ou maternelle. Le plus souvent, la grossesse va à son terme.

Parmi cette diversité, la sage-femme doit s'impliquer auprès de chacune de ses patientes en lui apportant ses compétences médicales mais aussi une écoute qui peut l'aider à faire des choix parfois difficiles. La sage-femme est ainsi confrontée à la mort et doit savoir y faire face.

La sage-femme en centre d'orthogénie travaille sur deux aspects en parallèles : l'aspect médical dans lequel elle applique son savoir gynécologique et l'aspect psychologique de la femme enceinte en prenant en compte la singularité de chacune de ses patientes. Elle s'occupe de la personne dans sa globalité.

D'un point de vue médical, elle peut faire, tout comme les médecins, les consultations de grossesse normales (diagnostic, situation et datation de grossesse), prescrire et réaliser les bilans pré-IVG. Elle peut également mettre à jour le suivi gynécologique (frottis cervico-vaginal) ainsi que dépister d'éventuelles infections sexuellement transmissibles ou gynécologiques [11].

Du fait de sa formation, elle est à même d'expliquer les différentes techniques d'IVG ainsi que leurs éventuelles complications.

Elle a aussi un rôle très important dans l'information des différents moyens contraceptifs ainsi que dans leur prescription [16].

La sage-femme a une grande responsabilité dans l'adaptation d'une méthode contraceptive qui convienne aux femmes [10] [19]. Elle doit prendre en compte leurs désirs, leurs besoins, leur vie familiale, conjugale, professionnelle et le contexte socio économique afin d'éviter d'éventuelles récidives.

Pour que la contraception soit bien utilisée et efficace, il est important que le choix de la méthode revienne au couple ou à la femme. Cette décision ne peut être prise

qu'après une information complète. La sage-femme doit s'assurer de la bonne compréhension des explications qu'elle a donnée. Cela nécessite du temps car il faut répondre aux questions, expliquer l'utilisation de la méthode, des mécanismes d'action et de la conduite à tenir notamment en cas d'oublis de la pilule.

En ce qui concerne cette dernière méthode, aborder la contraception d'urgence est essentiel car elle est malheureusement trop peu connue et utilisée aujourd'hui.

D'un point de vue psychologique, la sage femme a un rôle d'écoute, d'accompagnement de la femme enceinte afin de la soutenir dans ses choix [8].

Une grossesse non prévue chez une femme de plus de trente-cinq ans peut arriver dans des circonstances très diverses :

Cela peut être lié au besoin de se rassurer quant à la possibilité d'avoir encore un enfant ce qui est associé à l'image qu'elle se fait de la féminité.

Elle peut penser que la diminution physiologique de la fertilité due à son âge la dispense de contraception.

La crainte d'être stérile suite à un avis médical ou à une intervention chirurgicale peut l'amener à prouver qu'elle peut encore concevoir.

La grossesse peut survenir suite à des violences sexuelles ou après une rupture sentimentale qui a entraîné un arrêt de la contraception.

Cela peut être aussi tout simplement lié à un échec ou à un oubli de contraception.

Il est important pour la femme d'identifier si sa grossesse émane d'un désir de grossesse ou bien d'un désir d'enfant. Le désir de grossesse équivaut au souhait d'être enceinte, de porter un enfant. Ce désir inconscient d'être enceinte sans vouloir mettre au monde un enfant peut entraîner une diminution de la vigilance par rapport à la contraception. Le désir d'enfant est assimilé à un projet, celui d'accueillir un enfant et de l'élever [23] [32]. La grossesse peut parfois survenir comme pour signifier quelque chose « du rapport complexe entre la féminité et la maternité, entre le corps sexué et le corps procréateur » [31].

L'enfant conçu dans des conditions semblables peut bousculer des projets importants concernant le couple ou la vie professionnelle et mettre en cause la poursuite de la grossesse.

Si la femme fait le choix d'une IVG, c'est qu'elle ne se sent pas capable de mener à bien cette grossesse et peu importe la raison. Ce qui prime, c'est de déterminer si c'est bien un choix personnel et non un choix fait par pression de la famille ou du conjoint. La sage-femme accompagne ces femmes afin qu'elles vivent cette épreuve le moins douloureusement possible et que l'IVG prenne une place et un sens dans leur histoire [8]. Cependant, le chagrin, la douleur ou la tristesse sont le plus souvent nécessaires pour faire le deuil de cette grossesse.

Lorsque les femmes font part d'un désir d'interrompre la grossesse, la sage-femme ou le médecin a le devoir de les informer sur les différentes possibilités qui s'offrent à elles. La femme peut choisir le mode d'IVG et le professionnel de santé doit l'orienter de son mieux en tenant compte du contexte de la grossesse, du terme, de son état psychologique ainsi que de l'aspect médical proprement dit.

Pour la femme enceinte, le fait de se savoir entendue, écoutée et comprise lui permet d'accéder plus facilement à la possibilité de prendre sa décision. Elle peut ainsi faire le meilleur choix pour elle-même. Une IVG n'est pas banale dans la vie d'une femme.

La consultation, peut être l'occasion de diagnostiquer une éventuelle maltraitance physique ou psychologique. Ce constat peut se faire grâce à une attitude ouverte et une écoute attentive. La femme peut être amenée à parler des difficultés qu'elle rencontre sur le plan conjugal, familial, personnel ou socio-économique. Le professionnel de santé doit pouvoir l'écouter, éventuellement la conseiller. Si les problèmes dépassent ses compétences, il doit l'orienter vers un psychologue, une conseillère conjugale et familiale, ou une assistante sociale.

Toutes les femmes ou presque rencontreront une sage-femme au moins une fois dans leur vie. Elle est le plus souvent assimilée à la naissance, à la vie et à l'enfant. Le fait qu'elle soit présente en centre d'orthogénie permet de déculpabiliser les femmes par rapport à leur choix et de les rassurer [34]. La sage-femme, comme tous les professionnels qui travaillent en centre d'orthogénie n'émet pas de jugement par rapport à la décision prise par la femme et doit rester neutre.

Ce nom de sage-femme qui nous est donné nous invite à avoir une attitude bienveillante envers ces femmes fragilisées par l'arrivée d'une grossesse imprévue. Il nous demande de mettre nos compétences médicales au service de celles qui sont en détresse tout en les écoutant et en leur prodiguant des conseils pour éviter que cela ne se reproduise.

Quelques formations sont ouvertes aux sages-femmes qui le souhaitent afin de leur permettre d'améliorer leurs connaissances dans le cadre de la prévention, de l'éducation et de la planification familiale ainsi que de l'IVG (annexe 6).

## **Conclusion**

L'interruption volontaire de grossesse reste un sujet d'actualité. Plus de 40 % des femmes y sont confrontées à un moment donné de leur vie et les femmes âgées de plus de 35 ans représentent environ 20 % des IVG.

Dans notre pays, demeurent des disparités au niveau de la prise en charge et du nombre d'IVG qui sont variables selon les régions.

L'étude porte sur les Centres de planification et d'éducation familiale du CHU et de la Clinique Jules Verne de Nantes. Elle est donc représentative des Pays de la Loire. Cette région est la moins touchée de France par les interruptions volontaires de grossesse.

Nous avons constaté dans notre étude que la plupart des femmes ont un suivi gynécologique régulier. Cependant, 40% des femmes ayant réalisé une IVG ont déclaré une absence de contraception au moment du rapport fécondant. D'autres ont reconnu des erreurs d'utilisation notamment concernant la contraception orale (oublis) et pour quelques cas, il s'agit d'un échec de contraception.

La littérature met en évidence d'autres facteurs pouvant amener une femme à être enceinte puis à faire le choix d'interrompre sa grossesse. Elle peut souhaiter prouver qu'elle peut encore concevoir malgré le fait qu'elle prenne de l'âge ou qu'elle craigne une infertilité. Elle peut aussi désirer un enfant alors qu'elle sait que ce n'est pas raisonnable pour des raisons professionnelles, conjugales ou des problèmes financiers. Enfin, la grossesse peut survenir suite à un accident extra conjugal ou à un viol.

Les professionnels de santé ont un rôle primordial dans l'information et la prescription des moyens contraceptifs adaptés au mode de vie de chaque personne. Ils doivent aussi accompagner la femme dans ses choix, faire en sorte que l'intervention se passe au mieux pour elle en mettant à son service leurs compétences médicales et relationnelles. Une formation continue leur est nécessaire pour échanger, s'adapter aux différentes psychologies et suivre l'évolution de la contraception qu'ils ont à proposer.

Il serait intéressant d'avoir des entretiens avec les femmes ayant recours à l'IVG afin de voir l'impact des campagnes d'information sur l'utilisation de la contraception. Cela nous permettrait de mieux nous adapter à leur demande et peut-être de diminuer ce taux d'IVG même si de nombreux paramètres relèvent de désirs plus ou moins conscients chez les femmes.

## Bibliographie

### Périodiques :

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation sanitaire. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Service des recommandations et références professionnelles. Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; 2001 : 738-A-41.
- [2] BAJOS N. "*sexualité, contraception, prévention et rapports de genre*", in "La santé des femmes en France", DREES, coll Etudes et Statistiques, La Documentation française ; 2009
- [3] BAJOS Nathalie et BOZON Michel, (sous la direction de) «Enquête sur la sexualité en France », INSERM- INED-ANRS, La Découverte ; 2008.
- [4] BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H *et al.* Contraception: from accessibility to efficiency. Human reproduction ; 2003 : 18, 994-9.
- [5] BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M. Pourquoi le nombre le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30ans ? Bulletin mensuel d'information de l'Institut National d'études démographiques, Population et Sociétés ; Décembre 2004 : n° 407.
- [6] BARJOT. P, GRAESSLIN. O, COHEN. D *et al.* Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 34 ; 2006 : 120-126.
- [7] BRUNERIE-KAUFFMANN J. Interruption volontaire de grossesse. Encyclopédie médico-chirurgicale ; 2005 : 3-1370.
- [8] DUPONT S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 125-130
- [9] Equipe COCON « contraception : from accessibility to efficiency », Human Reproduction ; 2003 : Vol. 18, n°5.
- [10] GOMEZ C. La contraception : quel rôle pour la sage – femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. La revue Sage- femme 2007 ; 6 : 74-89.
- [11] GOUALARD F. Que fais la sage-femme au centre d'orthogénie de la maternité des Lilas ? Les dossiers de l'obstétrique, juin 2008 ; n°372 : 7-14.
- [12] Guilbert P et .Gautier A (sous la direction), *Baromètre Santé 2005, Premiers résultats* : Paris, INPES ; 2007.
- [13] HALLAIS C, MARINI H. Contraception et IVG en France. Des contraceptions adaptées à chacune ? Pourquoi autant d'IVG ? Séminaires DES, Mars 2006 ; 36pages.

- [14] INPES. Contraception : que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse 5 Juin 2007.
- [15] JALOUX S. Clause de conscience et accompagnement. Les dossiers de l'obstétrique, juin 2008 ; n° 372 : 15-18.
- [16] La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. La revue sage-femme, 2007 ; volume 6, n°2 : page 81.
- [17] LEBOUTEUX G. Les interruptions volontaires de grossesses dans les Pays de la Loire. Echo des Stat. Pays de la Loire. Dossier- supplément au n°42, avril 2008.
- [18] LELONG N, MOREAU C, KAMINSKI M, ET L'EQUIPE COCON. Prise en charge de l'IVG : résultats de l'étude COCON. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (cahier1) : 53-61.
- [19] MATET N, BASSET B, DAB W. Sages – femmes et contraception : une opportunité à saisir. La revue Sage- femme 2005 ; 4 : 53-56.
- [20] MESLE B. La planification familiale. Cours PCEM1, module sciences humaines et sociales ; 2005-2006.
- [21] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse: pratique des IVG en ville et en établissements de santé.
- [22] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Interruption volontaire de grossesse en médecine de ville. Livret d'information à l'intention des médecins.
- [23] MORIER C. Patientes et soignants face à l'interruption volontaire de grossesse. Inter bloc ; mars 2006 : Tome XXV, n°1.
- [24] MOULLIER R, MESLE B. Interruption volontaire de grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; 2006 : 738-A-40.
- [25] MULET.F, DESCAMPS.PH, LANSAC.J. Après une grossesse interrompue ou non, prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. Concours médical, septembre 2006 : n° 25-26, 5.
- [26] NISAND I, MERG-ESSADI D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. Encyclopédie médico-Chirurgicale ; 2009 : 738-B-80.
- [27] NISAND I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? Editorial / Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2003 ; 31 : 499-503.
- [28] PERRIN E, BIANCHI-DEMECHELI F. Vie sexuelle, devenir du couple et contraception après IVG. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; n°302 : 30-34.

[29] POLETTI B. Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesses et à la contraception. 22 Octobre 2008.

[30] Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Service des recommandations professionnelles de l'Anaes ; Décembre 2004 : 234 pages.

[31] SEGUEILLA M. Echecs de contraception, IVG, quelles ambivalences, quelles séquelles ? Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; n°306 : 30-33.

### Ouvrages

[32] BAJOS I, FERRAND M, EQUIPE GINE. De la contraception à l'avortement - Sociologie des grossesses non prévues. Paris ; 2002 : 348 pages.

[33] PONS J-C, VENDITELLI F, LACHCAR P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Collection pratique en gynécologie-obstétrique, éditions MASSON ; 2004 : 335 pages.

### Mémoire et thèses

[34] BLOCH D. Mémoire de sage-femme, 2002, Ecole de Suresnes. Sage-femme face à l'IVG.

[35] LEMERCIER F. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, 2009, Université de Nantes. Echecs de contraception après 40 ans. Etude auprès des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse.

### Internet

[36] AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 Juillet 2001. Octobre 2009 ; 93 pages.

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_IGAS.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_IGAS.pdf)

[37] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Rubrique compétences.

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/compet/procompetintro.htm>

[38] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Rubrique communiqués de presse ; le 06 Novembre 2009.

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/communique09/commui09-25.html>

[39] Direction générale de la Santé. IVG-Dossier guide. 2007 ; 25 pages.

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception\\_ivg/guide\\_ivg.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/guide_ivg.pdf)

[40] HASSOUN D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France : 10 pages.

<http://www.ancic.asso.fr>

[41] MATET N. Contraception de nouveaux enjeux. Collège national des sages-femmes. 5 Février 2008.

[http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/6eme/Contraceptionlesnouveauxenjeux\\_Nicole\\_MATET.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/6eme/Contraceptionlesnouveauxenjeux_Nicole_MATET.pdf)

[42] Ordre national des médecins. Conseil National de l'ordre : Démographie médicale française. Situation au 1<sup>er</sup> Juin 2005. Etude n°38 ; page 31.

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux35.pdf>

[43] VILAIN A. Les établissements et les professionnels réalisant des interruptions volontaires de grossesse. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Décembre 2009 ; 712.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultats/er-pdf/er712.pdf>

[44] VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Décembre 2009 ; 713.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultats/er-pdf/er713.pdf>

Articles de loi : <http://www.legifrance.gouv.fr>

-Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

-Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

-Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

-Décret n°2009-516 du 6 Mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 86.

-Arrêté du 04/08/2009 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

## ANNEXES

### Annexe n°1 : Recueil de données

IPP : -----

**-Année de naissance :** -----

**-Nationalité :** 1- France       2-Afrique du Nord       3-Afrique       4- Asie   
5-Europe du Nord       6- Europe du Sud       7-DOM/TOM       8- autre ----

**-Adresse :** 1- nantes       2-agglomération de nantes       3- à distance de nantes

**-Statut marital :** 1-célibataire       2-union libre       3-mariée       4-divorcée

**-Profession de la femme :**

1- agriculteurs exploitants       2- artisans, commerçants, chef d'entreprise   
3- cadres, professions intellectuelles supérieures       4- professions intermédiaires   
5- employé       6- ouvriers y compris agricole   
7- autre, sans activité professionnelle

**-Activité :** 1- Salariée       2- chômage       3- formation       4- non actif   
5- à son compte       6- étudiant

**-Profession du mari :**

1- agriculteurs exploitants       2-artisans, commerçants, chef d'entreprise   
3- cadres, professions intellectuelles supérieures       4- professions intermédiaires   
5- employé       6-ouvriers y compris agricole   
7-autre, sans activité professionnelle

**- Activité du mari :** 1- salarié       2- chômage       3- formation       4- non actif   
5- à son compte       6- étudiant

**-Grossesses antérieures :**

\*nombre d'IVG : -----      Date dernière IVG :-----

\*nombre de FCS : -----

\*nombre de morts-nés :

\*Nombre de N vivante : -----      Date de la dernière N:-----



**- complications immédiates :**

hémorragie  rétention  perforation  aspiration blanche   
dilatation impossible  autre  -----

\*durée d'hospitalisation (en jours) :-----

**-complications différées :**

Hémorragie  rétention  perforation  aspiration blanche   
autre -----

\*délai apparition (en heures):-----

\*durée d'hospitalisation(en jours) : -----

**Consultation de contrôle :**

- 0- non

- 1- oui :

méthode de contraception :

➤ A- identique au post-abortum

➤ B- différente :

-pilule  type-----stérilet  type----- -implant

-patch transdermique  -anneau vaginal

-contraception locale :  préservatifs masculins  préservatifs  
féminins

spermicides

-méthodes naturelles :  retrait  calcul du cycle

-non renseigné

## Annexe n°2 : Classification INSEE des professions

1 : agriculteurs exploitants

2 : artisans, commerçants, chefs d'entreprise

3 : cadres et professions intellectuelles supérieures

- Professions libérales
- Cadres de la fonction publique
- Professeurs et professeurs scientifiques
- Professionnels de l'information, des arts et du spectacle
- Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
- Ingénieurs, cadres techniciens d'entreprise

4 : professions intermédiaires

- Instituteurs et assimilés
- Professions intermédiaires de l'administration et de la fonction publique
- Professions intermédiaires administration et commercial des entreprises
- Techniciens
- Contremaîtres et agents de maîtrise

5 : employés

- Employés civils, agents de service de la fonction publique
- Policiers et militaires
- Employés administratifs de l'état
- Employés de commerce
- Personnes faisant des services directs aux particuliers

6 : ouvriers

- Qualifiés de type industriel et artisanal
- Chauffeurs
- Ouvriers de manutention, magasinage et transport
- Non qualifiés de type industriel et artisanal
- Ouvrier agricole

7 : retraités

8 : autres, sans activité professionnelle :

- Chômeurs
- Militaires du contingent
- Elèves ou étudiants
- Inactifs < ou > à 60ans
- Femmes au foyer

### Annexe n°3 : Adresse des patientes

Classification des villes de l'agglomération de Nantes

- Carquefou
- Sainte Luce sur Loire
- Basse Goulaine
- Saint Sébastien sur Loire
- Vertou
- Rezé
- Bouguenais
- Saint herblain
- Orvault
- La Chapelle sur Erdre
- Sautron
- Les Sorinières
- Couëron
- Indre
- La Montagne

## Annexe n° 4 : Typologie des IVG

### **Modèle 1 (page 49)**

10- Pas de contraception (au moment acte) en excluant le 23

- 11- Acte accepté
- 12- Acte forcé

20- Contraception (assumée) au moment acte

- 21- Accident de méthode (échec pilule, stérilet, préservatif)
- 22- Mauvais accès à l'information : erreur de méthode, ou mauvaise méthode
- 23- Erreur médicale ou infertilité supposée

30- Ambivalence vis-à-vis de la contraception

- 31- Echec comme « Acte manqué »
- 32- Echec lié aux conditions de vie
- 33- Difficultés d'appliquer la contraception au quotidien

40- Absence de normes contraceptives

- 41- Insouciance
- 42- La galère
- 43- Grossesse accidentelle prévue

### **Références :**

Bajos N, Ferrand M, GINE équipe. De la contraception à l'avortement - Sociologies des grossesses non prévues. Paris; 2002. 348 pages

## Annexe n°5: Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

### **Femmes de plus de 35 ans**

L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la préménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans (niveau de preuve 2, grade B).

Aucun âge seuil n'est cependant précisément définissable, dans la mesure où :

- les risques cancéreux et cardio-vasculaires augmentent progressivement, sans cassure, avec l'âge ;
- le risque cardio-vasculaire dépend d'autres facteurs de risque que l'âge (le facteur âge n'est pas suffisant en soi) ;
- l'âge de la ménopause et donc l'âge de survenue des troubles qui lui sont associés varient énormément d'une femme à l'autre.

De manière générale, le groupe de travail considère qu'il est possible de poursuivre toute forme de contraception débutée avant cet âge dans la mesure où la méthode est bien supportée par la consultante. Compte tenu de ses bénéfices non contraceptifs, cela concerne également une éventuelle contraception oestroprogestative.

Cependant, la transition vers la ménopause peut s'opérer différemment selon la méthode utilisée. En effet si la contraception par progestatif seul et le DIU ne posent aucun problème potentiel dans leur poursuite, la situation est légèrement différente en cas de contraception oestroprogestative. En effet, par prudence et afin d'éviter les surrisques cancéreux et cardio-vasculaires, le groupe de travail recommande la substitution, entre 35 et 40 ans, de la méthode contraceptive oestroprogestative utilisée par une contraception par DIU ou par progestatif seul. Cela s'entend si l'on souhaite poursuivre avec une méthode continue efficace et, pour la contraception progestative, hors cas d'affection mammaire et/ou utérine ou de dysfonctionnement ovarien (dystrophie ovarienne). La stérilisation est également une option qui peut être envisagée.

En cas de poursuite de la méthode oestroprogestative, la consultante doit bien être informée, non seulement des bénéfices mais également, compte tenu de son profil de risque, des surrisques, cancéreux et cardio-vasculaires, auxquels elle s'expose.

Dans tous les cas, il est recommandé de prêter attention à la survenue de signes inhabituels (troubles climatériques tels que bouffées de chaleur, sudations nocturnes, sécheresse et atrophie vaginales et dysurie) et de n'envisager l'interruption de la contraception que lorsque ces signes sont installés et non dès la suspension des règles.

Cette suspension peut en effet être temporaire or tant que la ménopause n'est pas établie, il existe un risque de grossesse. Il est recommandé de poursuivre la contraception jusqu'à 1 an après l'arrêt des dernières règles.

L'utilisation d'un freinage-substitution n'est possible et l'adoption d'un éventuel traitement hormonal substitutif n'est recommandée qu'en cas de survenues respectives de troubles préménopausiques et ménopausiques sévères, et après information et acceptation de la consultante des risques auxquels elle s'expose. L'utilisation du freinage-substitution n'a cependant pas été évaluée dans la littérature, ni en termes d'efficacité ni en termes de tolérance.

L'âge de la ménopause ne pouvant être précisément déterminé au niveau individuel (même en présence des premiers troubles climatériques), il est recommandé, lorsqu'un DIU est utilisé, de réévaluer régulièrement l'intérêt de la contraception

(par ex. 1 fois/an) et d'assurer son renouvellement en respectant la périodicité maximale habituelle, c'est-à-dire tous les 5 ans.

### ***Post-abortionum***

Toutes les méthodes, hormis les méthodes nécessitant des manipulations vaginales, sont utilisables suite à une interruption volontaire ou médicale de grossesse. Le taux d'expulsions des DIU est cependant plus élevé au 2<sup>e</sup> trimestre qu'au 1<sup>er</sup>. Aucune méthode n'est contre-indiquée hormis les DIU et la stérilisation, en cas d'avortement septique.

La loi autorise la prescription hormonale par les sages-femmes suite à une IVG. Le groupe de travail recommande donc qu'une information sur les différentes méthodes utilisables en *post-abortionum*, y compris le DIU, soit réalisée avant l'intervention et que l'éventuelle contraception qui suivra l'intervention soit discutée (consultations pré- et post-IVG).

Référence :

Anaes - Afssaps - Inpes / Service des recommandations professionnelles de l'Anaes /  
Décembre 2004

[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_contraception\\_vvd-2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf)

Annexe n°6 : Formations ouvertes aux sages-femmes concernant la prévention, l'éducation et la planification familiale et l' IVG

1-DIU Régulation des naissances (socio-épidémiologique, contraception, IVG, prévention des risques liés à la sexualité). Faculté de Médecine de Paris-Descartes en collaboration avec l'université de Paris-11.

2-DU de Régulation des naissances et suivi de la femme à l'UFR de Bordeaux-1.

3- Formation au conseil conjugal et familial dans un organisme agréé par l'Etat.

## **Résumé**

La qualité de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse s'est beaucoup améliorée. Cette intervention qui a été tant décriée se déroule maintenant dans des conditions d'hygiène rigoureuses et dans un climat de confiance. L'IVG reste cependant une épreuve dans la vie d'une femme.

Bien que les études menées en France montrent une augmentation des techniques et de l'utilisation des moyens contraceptifs, le taux d'IVG ne diminue pas.

Une étude descriptive a été réalisée à partir de 180 dossiers de femmes âgées de plus de 35 ans afin d'évaluer si l'échec de contraception est la principale raison de ce taux d'IVG élevé. Il en ressort que de nombreuses femmes sont suivies régulièrement sur le plan gynécologique mais rencontrent des problèmes par rapport à l'usage de la contraception. En effet, nombreuses d'entre elles n'avaient pas de moyen contraceptif au moment du rapport fécondant. D'autres utilisent mal la contraception ou doivent faire face à un échec de contraception. Ainsi, on peut penser que la contraception n'est pas adaptée aux femmes lors de sa prescription. Il semble indispensable que les professionnels de santé soient sensibilisés à ce problème afin d'améliorer la prise en charge des femmes et surtout d'éviter les récidives.

Cependant, les problèmes liés à la contraception ne semblent pas être les seules raisons du recours à l'IVG. Le désir d'enfant n'est pas toujours rationnel, il peut dépasser l'entendement et donc conduire à une demande d'IVG comme dernier recours.

## **Mots-clés**

Interruption volontaire de grossesse

Contraception

Information, prévention, formation