

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

**ÉTUDE COMPARATIVE DU
PROFIL MEDICO-SOCIAL DES
PATIENTES AYANT REALISÉ UNE
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE (IVG) EN 2021 AU
CHU D'ANGERS SELON LEUR(S)
ANTECEDENT(S) D'IVG**

PORTÈRES Clara

Née le 7 mai 1996 à Levallois Perret (92)

Sous la direction des Docteurs
LAVIGNE Emmanuelle et MERCIER Marie-Bénédicte

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume | Président

Monsieur le Docteur DAVID Philippe | Membre

Madame le Professeur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
21 juillet 2023



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Clara Portères,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire cette thèse.

signé par l'étudiante le **16/02/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BEOLONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine

FORTRET Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEME Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie

TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle VIAULT Guillaume	Médecine Générale Chimie organique	Médecine Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine

ATER

Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
-------------------------	-------------	-----------

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Guillaume Legendre, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez tout mon respect et ma plus sincère reconnaissance.

Au Professeur Christine TESSIER-CAZENEUVE, vous avez accepté de juger ce travail. Accueillez l'expression de mes francs remerciements.

Au Docteur Philippe David, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Malgré la distance, vous avez pu vous joindre à nous pour évaluer ce travail et je vous en suis extrêmement reconnaissante. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Aux Docteurs Emmanuelle Lavigne et Marie-Bénédicte Mercier, je vous témoigne toute mon estime et mes plus honnêtes remerciements pour avoir co-dirigé cette thèse. Vos lumières ont su me conduire vers l'accomplissement d'un travail ayant satisfait mes attentes. Merci de m'avoir fait découvrir cette branche si particulière de la médecine générale que vous exercez et qui m'a énormément plu. J'espère un jour pouvoir acquérir vos qualités humaines et professionnelles.

REMERCIEMENTS

A mes parents, qui m'ont soutenue et supportée durant ces longues années d'étude et même antérieurement. Je ne vous remercierai jamais assez de votre patience et de votre bienveillance à mon égard. Vous n'avez jamais faibli malgré les obstacles de la vie. Vous avez été et serez toujours mon moteur. Je suis fière d'être votre fille et de la solidité de notre famille.

A Agathe, cette petite sœur inégalable avec qui j'ai partagé tant de belles choses. Tu es l'oreille à qui je pourrai toujours parler, l'épaule sur laquelle je pourrai toujours m'appuyer, la confidente qui saura toujours me réconforter. Merci d'avoir corrigé mon anglais si maladroit. J'admire tes qualités.

A Nicolas, tu illumines mon quotidien et ne cesses de me surprendre. Merci pour ta joie de vivre, ton humour et tes conseils avisés qui ont su guider ma route. J'ai hâte de la poursuivre à tes cotés. J'aime ce que nous construisons ensemble. Je t'aime.

A ma famille, de près comme de loin. Une attention toute particulière à ma marraine Véronique. Merci pour la richesse de nos échanges.

A mes amis, de près comme de loin, Fiona, Laura, Lucille, Maëlle, Mathilde, des personnes formidables. On se voit trop peu.

Aux soignants tapis dans l'ombre, Docteur Elisabeth Brothier, Docteur Emmanuelle Goichon, Docteur Stéphanie Bioulac, Madame Dorothée Boudgourd, Madame Catherine Fragonas. Merci d'avoir empêché la noyade.

REMERCIEMENTS

A mes maitres de stage universitaires depuis le début de mon internat, Docteur Frédérique Algoët-Coulange, Docteur Cécile Angoulvant, Docteur Éric Boishardy, Docteur Laëtitia Ravé, Docteur Jonathan Saysana. Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale telle que vous l'exercez.

A ma tutrice Docteur Florence Moreau-Cordier, merci pour tes précieux conseils tout au long de ce parcours. Ton dynamisme et ton écoute ont été précieux.

A tout le personnel du centre d'orthogénie Flora Tristan du CHU d'Angers, vous avez tous participé à la réalisation de ce travail de thèse. Merci pour votre constante bienveillance.

Au Dr Marc Fadel, biostatisticien au CHU d'Angers, clef de voute de cette étude. C'est grâce à vous que les chiffres parlent.

A Magalie Boguenet, merci de m'avoir prêté main forte quand les statistiques ne voulaient pas de moi.

A tous les soignants et patients rencontrés depuis le début de mon parcours. Merci pour nos échanges, vous m'avez permis de savoir quel médecin je voulais être.

Liste des abréviations

CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRCI	Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HAS	Haute Autorité de Santé
FCS	Fausse Couche Spontanée
IC	Intervalle de Confiance
IEP	Identification Externe du Patient
INED	Institut National d'Études Démographiques
IPP	Identifiant Permanent du Patient
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OR	Odds Ratio
LARC	Long-Acting Reversible Contraception (contraception réversible de longue durée d'action)
SA	Semaines d'Aménorrhée
SD	Standard Deviation (écart-type)

PLAN

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Schéma d'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Recueil des données**
- 4. Variables d'intérêt**
- 5. Analyse des données**
- 6. Autorisations**

RÉSULTATS

- 1. Répartition de la population analysée**
- 2. Description de l'échantillon**
- 3. Facteurs exposant à la répétition des IVG**
 - 3.1. Comparaison des femmes ayant au moins un antécédent d'IVG à celles n'ayant jamais réalisé d'IVG
 - 3.2. Comparaison des femmes ayant au moins deux antécédents d'IVG à celles n'en ayant qu'un
 - 3.3. Comparaison en sous-groupes au sein du groupe B
 - 3.4. Détermination d'un ratio de prévalence de l'association
 - 3.5. A propos de l'âge
 - 3.6. Comparaison du profil contraceptif

DISCUSSION

- 1. Biais**
 - 1.1. Biais de recueil des données
 - 1.2. Biais de mesure
- 2. Faiblesses de l'étude**
- 3. Forces de l'étude**
 - 3.1. Effectif

3.2. Élimination du facteur de confusion qu'est l'âge

3.3. Analyse de variables peu étudiées

4. Comparaison avec les données de la littérature

4.1. Un profil médico-social à risque ?

4.2. Importance de la contraception

4.3. Les facteurs prédisposants à la répétition des IVG sont-ils plus fréquents avec l'augmentation du nombre d'antécédents ?

5. Perspectives

5.1. Repérer les situations à risque

5.2. Améliorer le repérage des facteurs de vulnérabilité exposant à la répétition des IVG

6. En conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

SEREMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

Depuis la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975, le nombre d'IVG en France a d'abord augmenté puis s'est stabilisé et reste relativement constant depuis les années 2000(1), à raison d'environ 220 000 IVG par an en France métropolitaine. Néanmoins, derrière la stabilité de ce chiffre se cache une variabilité de ses paramètres : moins de femmes ont recours à l'IVG, mais plus souvent de manière répétée(1).

On estime que 27% des grossesses en France seraient des grossesses non programmées(2). Parmi elles, un tiers serait dû à une absence de contraception et une sur trois aboutirait à une IVG(2). Au total, un tiers des femmes seront confrontées au moins une fois à l'IVG dans leur vie(3).

L'une des principales réponses au contrôle de la fécondité est la contraception.

Les progrès de la médecine des dernières années ont permis un élargissement du panel des méthodes contraceptives. Les années 2000 ont notamment amené sur le marché le patch, l'anneau vaginal et l'implant(4). En 2010, ces trois nouvelles méthodes hormonales concerneraient 4% des femmes utilisant une contraception.

Bien que la pilule soit toujours la méthode contraceptive la plus utilisée en France depuis des dizaines d'années(4-6), sa fréquence d'utilisation diminue au profit des méthodes de longue durée d'action tels que le dispositif intra-utérin (DIU) ou l'implant, dont l'indice de Pearl est sensiblement meilleur. Cette tendance a nettement été observée après la « crise de la pilule » de 2013 en raison des accidents thrombo-emboliques veineux en lien avec l'utilisation des pilules de troisième et de quatrième génération(5).

Par ailleurs, depuis le premier janvier 2022, les contraceptions remboursées peuvent être accessibles gratuitement sans avance de frais pour les femmes de moins de 26 ans(7).

Concernant le taux de couverture contraceptive, ce dernier augmente depuis l'autorisation de mise sur le marché de la contraception en 1967. Une étude réalisée par l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en 2018(8) a permis de comparer l'évolution du profil contraceptif des femmes entre 1968 et 2013. Ont été étudiées les femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.

En 1968, soit un an après l'autorisation de mise sur le marché de la contraception, elles étaient 15,8% à utiliser une méthode de contraception efficace (stérilisation, pilule et DIU), 25,4% étaient sans aucune contraception et 58,7% utilisaient une contraception ayant un indice de Pearl supérieur ou égal à 15 (préservatif, retrait, abstinence périodique, méthodes locales et autres) (annexe 1).

En 1978, soit 3 ans après la légalisation de l'IVG, elles étaient déjà 54,3% à avoir une contraception efficace. L'absence de contraception ne concernait plus que 7,1% des femmes de cette étude et 38,7% d'entre elles avaient un mode de contraception avec un indice de Pearl supérieur ou égale à 15.

Dans les années 2000, 3 nouveaux produits contraceptifs efficaces arrivent sur le marché : le patch, l'anneau vaginal et l'implant(4). En ajoutant ces 3 nouvelles méthodes contraceptives au panel contraceptif déjà commercialisé, on atteint un taux de couverture contraceptive efficace de 72,7% en 2013. A cette date, seulement 2,6% des femmes n'avaient pas de moyen contraceptif et 21,2% utilisaient une contraception ayant un indice de Pearl supérieur ou égal à 15.

Cette étude met en évidence qu'en l'espace de 45 ans et grâce à l'arrivée sur le marché de nouveaux moyens de contraception efficace, le taux de couverture contraceptive a été multiplié par 4,6.

Il a aussi été démontré que cette augmentation progressive de couverture contraceptive avait permis de diminuer la fréquence des grossesses non programmées(9). Un nombre d'IVG stable avec un taux élevé de couverture contraceptive a été ainsi qualifié de « paradoxe français ».

Filet de sécurité supplémentaire, la contraception d'urgence commercialisée en 1999 est de plus en plus connue et utilisée. En 2001, l'enquête Cocoon(9) a pu dénombrer que 11% des femmes exposées à des grossesses non désirées avaient utilisé une contraception d'urgence. En 2012, une enquête européenne déclarative révélait qu'elles étaient 20% parmi les françaises(10).

Information et éducation ont là aussi un rôle majeur à jouer en prévention primaire des grossesses non désirées. Depuis 2011, le programme scolaire doit intégrer dès l'école primaire des temps d'éducation à la sexualité(11,12). Au collège et au lycée, au moins 3 séances doivent être mises en place de manière annuelle(11,12). Dans cette même dynamique, une circulaire publiée en 2006, demande aux lycées de disposer de distributeurs automatiques de préservatifs(13).

Tous ces éléments favorisent un meilleur contrôle de la fécondité en France.

Moins de femmes ont recours aux IVG(1). Cependant, on constate une augmentation des IVG répétées avec un taux global des IVG restant stable(1).

Dans leur étude de 2013 basée sur l'analyse des bulletins statistiques d'IVG de 1990 à 2007 et sur les données de l'enquête nationale sur le recours à l'IVG en France collectées par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) auprès d'un échantillon aléatoire de 7067 femmes en France métropolitaine, Bajos et al.(14) ont pu mettre

en évidence que ce n'est pas tant les difficultés d'accès à la contraception qui sont responsables d'IVG multiples, mais plutôt l'allongement sociétal de la durée entre le premier rapport et le début de la parentalité. Le taux de couverture contraceptive était d'ailleurs plus important dans le groupe des patientes ayant déjà un antécédent d'IVG que celui des patientes n'en ayant pas.

Dans cette étude, il a été constaté que la proportion de femmes vivant en couple était moins importante chez les patientes ayant recours à des IVG itératives et que ces dernières avaient plus souvent des enfants que celles qui se présentaient pour une première demande d'IVG. D'autres facteurs de vulnérabilité tels que de moindres ressources économiques et sociales, un faible niveau d'étude, l'absence de couverture médicale complémentaire et l'origine étrangère étaient associés de manière significative à la répétition des IVG.

En Aquitaine en 2014, Haddad et al.(15) a aussi réalisé une étude à la recherche de facteurs de vulnérabilité associés à la répétition des IVG. Il a pu démontrer qu'un âge jeune, l'absence de suivi gynécologique, des antécédents de violences, des conflits avec le partenaire et les comportements à risque (consommation de toxiques) étaient des facteurs prédisposant à la répétition des IVG.

Qu'en est-il à Angers en 2021 ? Combien de femmes ont eu recours à une IVG répétée ? Ces femmes ont-elles un profil médico-social différent de celles y ayant recours pour la première fois ? Peut-on mettre en évidence des facteurs prédisposant à la répétition d'IVG ?

Ce travail vise à étudier le profil médico-social des patientes ayant recours à des IVG itératives en les comparant aux patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG.

MÉTHODES

1. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique quantitative, comparative, rétrospective sur l'ensemble des IVG réalisées du premier janvier 2021 au 31 décembre 2021 au centre d'IVG Flora Tristan du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Angers.

2. Population étudiée

Population cible : patientes se présentant en consultation de demande d'IVG au centre d'orthogénie Flora Tristan du CHU d'Angers.

Population source : patientes majeures ayant réalisé une IVG en 2021 au centre d'orthogénie Flora Tristan du CHU d'Angers.

Ont été retenus comme critères d'exclusion :

- Patientes mineures ;
- Patientes n'ayant pas réalisé l'IVG dans les suites de la consultation de demande pour diverses raisons : patientes finalement non enceintes, décidant de garder leur grossesse ou ne s'étant pas présentées le jour de l'intervention, fausse couche spontanée (FCS), œuf clair, terme dépassé, grossesse extra-utérine (GEU), grossesse arrêtée, IVG réalisée dans un autre centre d'orthogénie, ou raison inconnue.

L'analyse des dossiers a révélé que 31 patientes s'étaient présentées deux fois en consultation de demande d'IVG en 2021. Ces demandes d'IVG concernaient bien deux grossesses distinctes.

Afin de conserver l'effectif, ces patientes n'ont pas été exclues.

Cependant, lorsque les deux consultations de demande avaient chacune abouti à la réalisation d'une IVG sans présenter aucun des critères d'exclusion énumérés précédemment, la patiente a été incluse au titre de la seconde IVG réalisée en 2021. Ceci a permis de l'inclure dans le groupe des patientes aux IVG répétées.

3. Recueil des données

Les données ont été collectées a posteriori à partir des dossiers d'IVG informatisés créés entre le premier janvier 2021 et le 31 décembre 2021. Il s'agit de dossiers standardisés, tous identiques, dont les champs à compléter se présentent sous forme de texte libre ou de cases à cocher, certaines d'entre elles étant déjà préremplies (annexe 2).

Les données issues de chacun des champs d'intérêt pour cette étude ont été extraites sous forme de tableau Excel avec pour seuls marqueurs d'identification l'Identifiant Permanent du Patient (IPP) et l'Identification Externe du Patient (IEP).

Les données identifiantes ont ensuite été gommées par la mise en place d'un tableau de correspondance affiliant à chacune des patientes un numéro arbitraire d'ordre croissant.

La quasi-totalité des dossiers a été reprise de manière individuelle afin de vérifier les données et lever certaines imprécisions.

Le nombre d'antécédent d'IVG à la consultation de demande constitue la variable clé de cette étude. Lors de la reprise des dossiers, j'ai pu constater que cette donnée était consignée sous la forme d'un champ avec une valeur par défaut à « 0 » (annexe 2).

Lorsque ce champ contenait la valeur « 0 », je ne pouvais donc pas faire la différence entre :

- une donnée manquante : valeur « 0 » non modifiée par le praticien ayant rempli le dossier ;
- une réelle absence d'antécédent d'IVG : valeur « 0 » non modifiée par le praticien ayant rempli le dossier car correcte.

Ce même principe de pré-remplissage était appliqué à la parité.

Un champ de texte libre adjacent (annexe 2) a permis de lever certaines imprécisions mais lorsqu'il n'était pas rempli, il ne résolvait pas la question de la valeur « 0 » par défaut.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de nous calquer sur la méthode du « pire scénario » ou « hypothèse du biais maximum ». Dans les études de cohorte, il s'agit d'une stratégie de gestion des données manquantes peu utilisée car stricte consistant à supposer le pire résultat pour un patient perdu de vue. Une différence statistiquement significative observée avec cette méthode rend les résultats d'autant plus robustes.

Dans le cas présent, la valeur « 0 » inscrite dans les champs « antécédent d'IVG » et « nombre d'enfants » sans que ce résultat ne soit corroboré par des informations écrites en texte libre dans le champ adjacent a respectivement fait classer la patiente dans les groupes « aucun antécédent d'IVG » et « nullipare ». On considère donc qu'il n'y a pas de données manquantes pour ces variables.

4. Variables d'intérêt

L'analyse a porté sur le nombre d'antécédents d'IVG par femme au moment de leur venue pour une nouvelle demande d'IVG au centre Flora Tristan en 2021.

Pour répondre à l'objectif principal de cette étude, nous avons dans un premier temps comparé les patientes n'ayant aucun antécédent d'IVG à celles en ayant au moins un.

Partant du principe qu'un seul antécédent d'IVG n'était pas annonciateur d'IVG en série mais relevant plutôt du simple accident, nous avons dans un deuxième temps comparé les patientes n'ayant qu'un seul antécédent d'IVG à celles en ayant au moins deux.

Des sous-groupes en fonction du nombre d'antécédents d'IVG ont ensuite été réalisés. En raison des faibles effectifs au-delà de 4 antécédents d'IVG, un seul et même sous-groupe a rassemblé ces patientes.

Les variables médico-sociales d'intérêt pour cette étude comprennent l'âge, la situation familiale (seule ou en couple), la catégorie socio-professionnelle (faible à intermédiaire, haute, sans activité), la consommation de tabac, la consommation d'alcool, les antécédents de violences (physiques ou psychologiques, actuelles ou anciennes), la parité, le terme estimé par l'échographie lors de la consultation, le profil contraceptif avant et après l'IVG, la prise de contraception d'urgence avant l'IVG et la présence de la patiente à la consultation de surveillance post-IVG.

Le profil contraceptif a été scindé en 3 catégories : LARC (Long-Acting Reversible Contraception ou contraception réversible de longue durée d'action), contraception non LARC ou avec indice de Pearl supérieur ou égal à 15 (annexe 1), aucune contraception. Une patiente désireuse d'une contraception LARC en post-IVG mais souhaitant que celle-ci soit posée par un autre professionnel de santé ou à une date ultérieure a été comptabilisée dans la catégorie « aucune contraception » en post-IVG. Si elle souhaitait une méthode intermédiaire de type pilule dans l'intervalle, elle a été comptabilisée dans la catégorie « contraception non LARC ou avec indice de Pearl supérieur ou égal à 15 ».

5. Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée par le Docteur Marc Fadel, biostatisticien à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du CHU d'Angers, à partir de tests paramétriques χ^2 , T de Student et loi de Poisson univariée et multivariée dont le seuil de significativité a été fixé à 5%. La modélisation en tableaux et diagrammes a été réalisée à partir des logiciels Word et Excel.

Le modèle de Poisson permet de déterminer un ratio de prévalence d'association. Celui-ci vise à rechercher si une variable (âge, situation familiale, catégorie socioprofessionnelle...) est associée au risque de survenue d'un évènement (répétition des IVG). Elle fonctionne de la même manière qu'un odds ratio avec un intervalle de confiance et une p value.

Dans l'analyse multivariée, l'ajustement a porté sur l'ensemble des paramètres testés les uns vis-à-vis des autres. Ces paramètres sont l'âge, la situation familiale, la consommation de tabac, les antécédents de violences, la parité, le profil contraceptif avant l'IVG et la prise de contraception d'urgence. Les variables non significatives en analyse univariée ou comportant trop de données manquantes n'ont pas été intégrées à l'analyse multivariée.

A noter que le profil contraceptif après l'IVG et la présence de la patiente à la consultation post-IVG n'ont pas fait l'objet d'une analyse ni univariée ni multivariée par loi de Poisson car ce modèle vise à « prédire » le nombre d'IVG moyen en fonction des caractéristiques médico-sociales observées lors de la consultation de demande d'IVG. Il n'est donc pas pertinent de s'appuyer sur des éléments qui arrivent a posteriori de l'IVG (tels que le choix contraceptif après l'IVG et la présence de la patiente à la consultation post-IVG).

6. Autorisations

Projet soumis à la DRCI du CHU d'Angers, accepté et enregistré au numéro ar23-0026v0 par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RÉSULTATS

1. Répartition de la population analysée

En 2021, 1357 patientes sont venues au centre Flora Tristan pour une demande d'IVG. Parmi elles, 31 sont venues à deux reprises en 2021 pour deux grossesses non désirées distinctes. Ceci représente donc 1388 consultations de demande d'IVG réalisées en 2021.

Après exclusion de 55 patientes mineures et de 185 patientes n'ayant finalement pas réalisé leur IVG pour les différentes raisons détaillées dans le flowchart (figure 1), l'analyse a porté sur 82,3% de la population initiale soit 1117 patientes.

Ces 1117 patientes ont été réparties en deux groupes selon leur nombre d'antécédent d'IVG :

- groupe A « première IVG » (n = 719) : patientes sans antécédent d'IVG. La patiente réalise sa première IVG en 2021 à Flora Tristan ;
- groupe B « IVG répétées » (n = 398) : patientes ayant au moins un antécédent d'IVG dans leur vie, quels qu'en soient la date et le rang. La patiente réalise donc au moins sa deuxième IVG en 2021 à Flora Tristan.

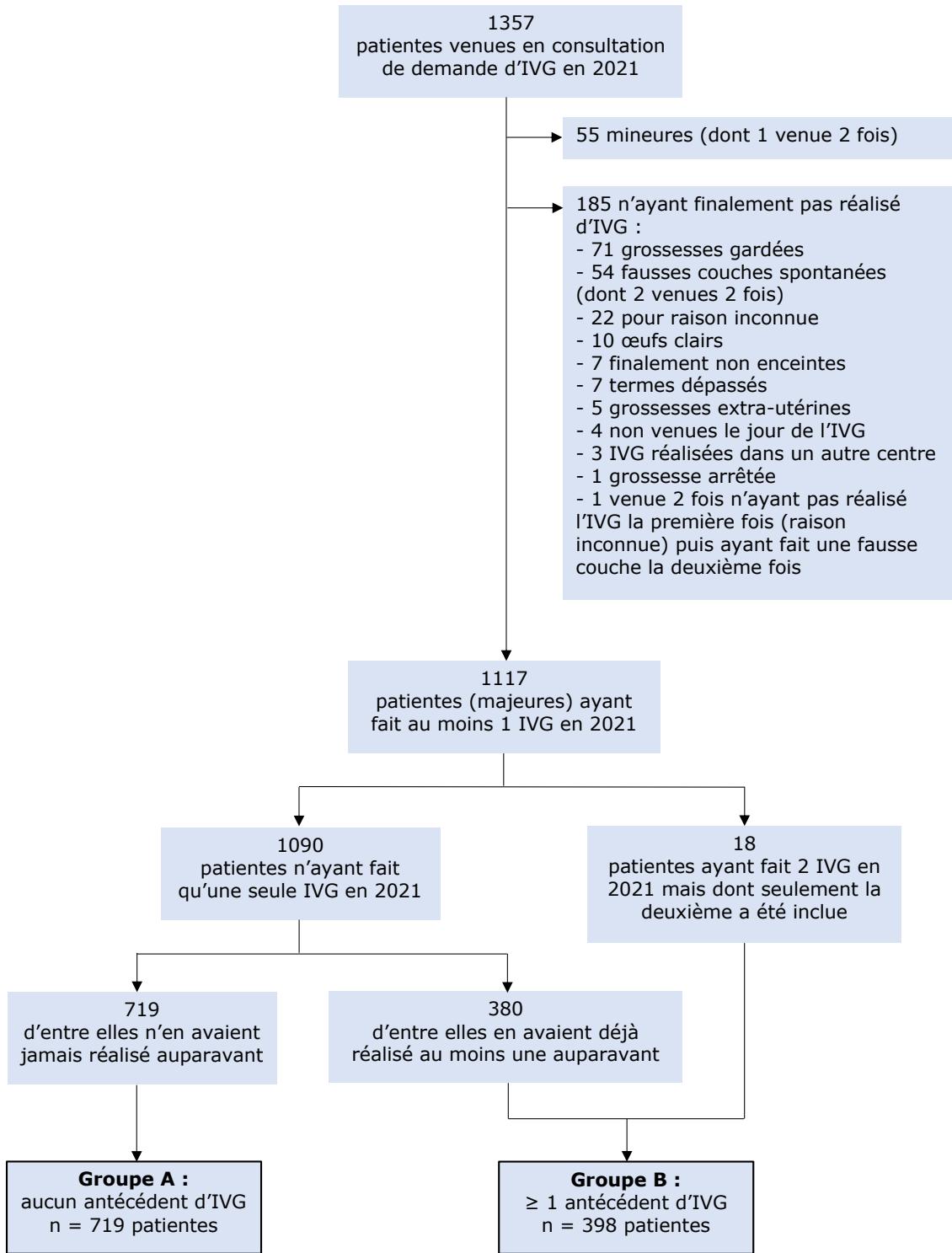


Figure 1 : flowchart

2. Description de l'échantillon

Les caractéristiques médico-sociales de l'ensemble de la population étudiée figurent dans le tableau I.

Tableau I : caractéristiques médico-sociales

Variable	Effectif	n*
Âge		1117
18 à 25	397 (35.5%)	
26 à 30	248 (22.2%)	
31 à 35	235 (21.0%)	
36 à 40	181 (16.2%)	
≥ 41	56 (5.01%)	
Situation familiale		1092
Couple	558 (51.1%)	
Seule	534 (48.9%)	
Catégorie socioprofessionnelle		1059
Haute	66 (6.23%)	
Faible à intermédiaire	609 (57.5%)	
Sans activité	384 (36.3%)	
Tabac		1053
Non	604 (57.4%)	
Oui	449 (42.6%)	
Alcool		1117
Non	413 (37.0%)	
Oui	385 (34.5%)	
Non renseigné	319 (28.6%)	
Violences		1117
Non	451 (40.4%)	
Oui	182 (16.3%)	
Non renseigné	484 (43.3%)	
Parité ^a		1117
0	460 (41.2%)	
1 à 2	461 (41.3%)	
≥ 3	196 (17.5%)	
Contraception pré-IVG		1112
Aucune	825 (74.2%)	
LARC	51 (4.59%)	
Non LARC	236 (21.2%)	
Prise de contraception d'urgence		1117
Non	782 (70.0%)	
Oui	101 (9.04%)	
Non renseigné	234 (20.9%)	
Terme ^b		1115
< 7	728 (65.3%)	
7 à 9	334 (30.0%)	
≥ 10	53 (4.75%)	
Contraception post-IVG		1017
Aucune	155 (15.2%)	
LARC	571 (56.1%)	
Non LARC	291 (28.6%)	
Consultation post IVG		1117
Venue	959 (85.9%)	
Non venue	158 (14.1%)	

* Si n différent de 1117, les données manquantes n'ont pas été prises en compte. Les données manquantes ont été affichées lorsqu'importantes et pertinentes dans l'analyse, soit lorsque > 20%

^a en nombre d'enfant(s) par femme

^b en SA



Dans le tableau I et pour le reste de l'analyse, les données manquantes n'ont pas été prises en compte sauf lorsqu'elles étaient importantes et pertinentes pour la réflexion, c'est-à-dire lorsqu'elles étaient supérieures à 20%.

La population étudiée était âgée de 18 à 47 ans, avec une moyenne d'âge à 29 ans (SD 6.85).

Le nombre moyen d'antécédent d'IVG était de 0.57 par femme (SD 0.97). Parmi les 1117 patientes étudiées, 398 (soit 35.6%) avaient déjà au moins un antécédent d'IVG. La répartition du nombre d'antécédent d'IVG par femme est représentée dans la figure 2.

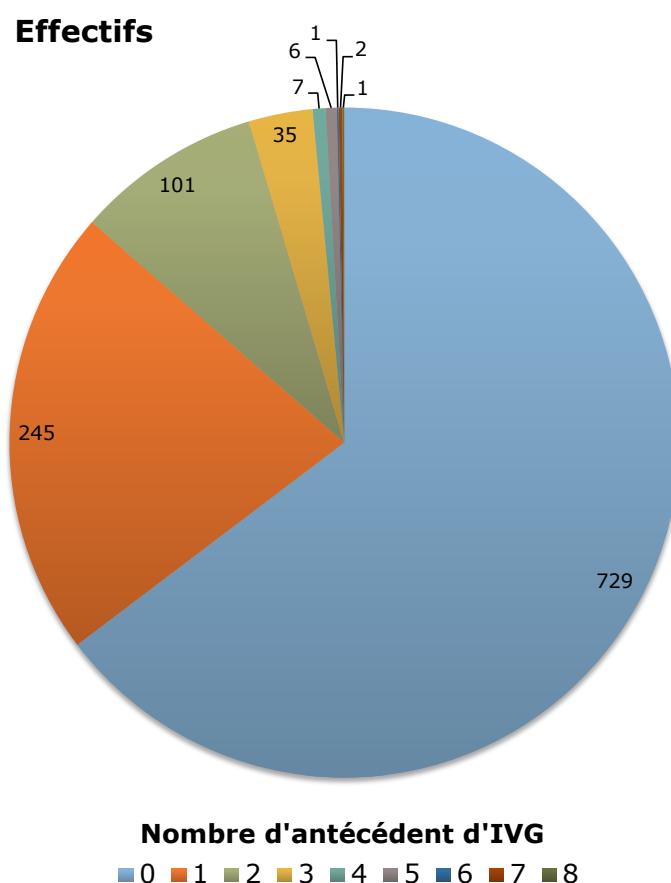


Figure 2 : répartition des effectifs en fonction du nombre d'antécédent d'IVG par femme à la consultation de demande

La parité s'étendait de 0 à 8 enfants, pour une moyenne de 1.3 enfant par femme (SD 1.35).

Le terme moyen estimé par l'échographie réalisée lors de la consultation de demande était de 47 jours (SD 11.7) soit 6 SA et 5 jours.

3. Facteurs exposant à la répétition des IVG

3.1. Comparaison des femmes ayant au moins un antécédent d'IVG à celles n'ayant jamais réalisé d'IVG

En comparant le groupe B au groupe A, le tableau II nous montre les facteurs prédisposant à la répétition des IVG.

L'analyse statistique a mis en évidence que l'âge, l'absence de conjoint, le tabagisme actif, l'absence de consommation d'alcool, les antécédents de violences, la parentalité et la prise contraception d'urgence étaient significativement associés à la répétition des IVG. Les patientes ayant recours de manière itérative aux IVG étaient aussi moins nombreuses à venir à la consultation post-IVG.

Tableau II : caractéristiques médico-sociales des patientes ayant au moins un antécédent d'IVG (groupe B) comparées à celles des patientes n'ayant jamais réalisé d'IVG (groupe A)

Variable	Groupe A n = 719*	Groupe B n = 398*	p value
Âge			<0.001
18 à 25	314 (43.7%)	83 (20.9%)	
26 à 30	147 (20.4%)	101 (25.4%)	
31 à 35	127 (17.7%)	108 (27.1%)	
36 à 40	104 (14.5%)	77 (19.3%)	
≥ 41	27 (3.76%)	29 (7.29%)	
Situation familiale			0.029
Couple	375 (53.6%)	183 (46.6%)	
Seule	324 (46.4%)	210 (53.4%)	
Catégorie socioprofessionnelle			0.096
Haute	50 (7.43%)	16 (4.15%)	
Faible à intermédiaire	385 (57.2%)	224 (58.0%)	
Sans activité	238 (35.4%)	146 (37.8%)	
Tabac			<0.001
Non	415 (61.7%)	189 (49.7%)	
Oui	258 (38.3%)	191 (50.3%)	
Alcool			<0.001
Non	230 (32.0%)	183 (46.0%)	
Oui	258 (35.9%)	127 (31.9%)	
Non renseigné	231 (32.1%)	88 (22.1%)	
Violences			<0.001
Non	286 (39.8%)	165 (41.5%)	
Oui	92 (12.8%)	90 (22.6%)	
Non renseigné	341 (47.4%)	143 (35.9%)	
Parité ^a			<0.001
0	363 (50.5%)	97 (24.4%)	
1 à 2	258 (35.9%)	203 (51.0%)	
≥ 3	98 (13.6%)	98 (24.6%)	
Contraception pré-IVG			<0.001
Aucune	556 (77.8%)	269 (67.8%)	
LARC	40 (5.59%)	11 (2.77%)	
Non LARC	119 (16.6%)	117 (29.5%)	
Prise de contraception d'urgence			0.009
Non	515 (71.6%)	267 (67.1%)	
Oui	51 (7.09%)	50 (12.6%)	
Non renseigné	153 (21.3%)	81 (20.4%)	
Terme ^b			0.617
< 7	476 (66.3%)	252 (63.5%)	
7 à 9	208 (29.0%)	126 (31.7%)	
≥ 10	34 (4.74%)	19 (4.79%)	
Contraception post-IVG			0.356
Aucune	109 (16.3%)	46 (13.2%)	
LARC	374 (56.0%)	197 (56.4%)	
Non LARC	185 (27.7%)	106 (30.4%)	
Consultation post-IVG			<0.001
Venue	638 (88.7%)	321 (80.7%)	
Non venue	81 (11.3%)	77 (19.3%)	

* Si n différent de 719 dans le groupe A et différent de 398 dans le groupe B, les données manquantes n'ont pas été prises en compte. Les données manquantes ont été affichées lorsqu'importantes et pertinentes dans l'analyse, soit lorsque > 20%

^a en nombre d'enfant(s) par femme

^b en SA

3.2. Comparaison des femmes ayant au moins deux antécédents d'IVG à celles n'en ayant qu'un

Partant du principe qu'un seul antécédent d'IVG n'était pas annonciateur d'IVG en série mais relevant plutôt du simple accident, nous avons comparé entre elles dans le tableau III les caractéristiques médico-sociales des patientes du groupe B (n = 398). Pour plus de fluidité, les sous-groupes de patientes en fonction de leur nombre d'antécédents d'IVG ont été nommés par la lettre « B » suivie du nombre d'antécédent d'IVG :

- groupe B1 (n = 245) : patientes n'ayant qu'un seul antécédent d'IVG ;
- groupe B \geq 2 (n = 153) : patientes en ayant au moins deux.

Les patientes du groupe B1 représentaient 21.9% de l'ensemble de la population étudiée et 61.6% des patientes du groupe B.

Les patientes du groupe B \geq 2 représentaient respectivement 13.7% de l'ensemble de la population étudiée et 38.4% des patientes du groupe B.

Tableau III : caractéristiques médico-sociales des patientes ayant au moins deux antécédents d'IVG (groupe B \geq 2) comparées à celles des patientes n'en ayant qu'un (groupe B1)

Variable	Groupe B1 : n = 245*	Groupe B \geq 2 : n = 153*	p value
Âge			0.612
18 à 25	56 (22.9%)	27 (17.6%)	
26 à 30	60 (24.5%)	41 (26.8%)	
31 à 35	62 (25.3%)	46 (30.1%)	
36 à 40	50 (20.4%)	27 (17.6%)	
\geq 41	17 (6.94%)	12 (7.84%)	
Situation familiale			0.234
Couple	118 (49.2%)	65 (42.5%)	
Seule	122 (50.8%)	88 (57.5%)	
Catégorie socioprofessionnelle			0.159
Haute	10 (4.26%)	6 (3.97%)	
Faible à intermédiaire	145 (61.7%)	79 (52.3%)	
Sans activité	80 (34.0%)	66 (43.7%)	
Tabac			0.898
Non	116 (50.2%)	73 (49.0%)	
Oui	115 (49.8%)	76 (51.0%)	
Alcool			0.391
Non	107 (43.7%)	76 (49.7%)	
Oui	79 (32.2%)	48 (31.4%)	
Non renseigné	59 (24.1%)	29 (19.0%)	
Violences			0.042
Non	100 (40.8%)	65 (42.5%)	
Oui	47 (19.2%)	43 (28.1%)	
Non renseigné	98 (40.0%)	45 (29.4%)	
Parité ^a			0.178
0	66 (26.9%)	31 (20.3%)	
1 à 2	125 (51.0%)	78 (51.0%)	
\geq 3	54 (22.0%)	44 (28.8%)	
Contraception pré-IVG			0.447
Aucune	170 (69.4%)	99 (65.1%)	
LARC	8 (3.27%)	3 (1.97%)	
Non LARC	67 (27.3%)	50 (32.9%)	
Prise de contraception d'urgence			0.422
Non	165 (67.3%)	102 (66.7%)	
Oui	27 (11.0%)	23 (15.0%)	
Non renseigné	53 (21.6%)	28 (18.3%)	
Terme ^b			0.062
< 7	161 (66.0%)	91 (59.5%)	
7 à 9	76 (31.1%)	50 (32.7%)	
\geq 10	7 (2.87%)	12 (7.84%)	
Contraception post-IVG			0.060
Aucune	34 (15.5%)	12 (9.23%)	
LARC	127 (58.0%)	70 (53.8%)	
Non LARC	58 (26.5%)	48 (36.9%)	
Consultation post-IVG			0.124
Venue	204 (83.3%)	117 (76.5%)	
Non venue	41 (16.7%)	36 (23.5%)	

* Si n différent de 245 dans le groupe B1 et différent de 153 dans le groupe B \geq 2, les données manquantes n'ont pas été prises en compte. Les données manquantes ont été affichées lorsqu'importantes et pertinentes dans l'analyse, soit lorsque > 20%

^a en nombre d'enfant(s) par femme

^b en SA

3.3. Comparaison en sous-groupes au sein du groupe B

Le tableau IV reprend en sous-groupes les variables préalablement étudiées en comparant entre elles les patientes du groupe B (n = 398). Pour plus de fluidité, les sous-groupes de patientes en fonction de leur nombre d'antécédents d'IVG ont été nommés par la lettre « B » suivie du nombre d'antécédent d'IVG :

- groupe B1 (n = 245) : patientes n'ayant qu'un seul antécédent d'IVG ;
- groupe B2 (n = 101) : patientes ayant 2 antécédents d'IVG ;
- groupe B3 (n = 35) : patientes ayant 3 antécédents d'IVG ;
- groupe B \geq 4 (n = 17) : patientes ayant au moins 4 antécédents d'IVG.

Tableau IV : caractéristiques médico-sociales en fonction du nombre d'antécédent d'IVG

Variable	Groupe B1 n = 245*	Groupe B2 n = 101*	Groupe B3 n = 35*	Groupe B≥4 n = 17*	p value
Âge					0.415
18 à 25	56 (22.9%)	19 (18.8%)	6 (17.1%)	2 (11.8%)	
26 à 30	60 (24.5%)	25 (24.8%)	11 (31.4%)	5 (29.4%)	
31 à 35	62 (25.3%)	31 (30.7%)	12 (34.3%)	3 (17.6%)	
36 à 40	50 (20.4%)	18 (17.8%)	5 (14.3%)	4 (23.5%)	
≥ 41	17 (6.94%)	8 (7.92%)	1 (2.86%)	3 (17.6%)	
Situation familiale					0.135
Couple	118 (49.2%)	48 (47.5%)	13 (37.1%)	4 (23.5%)	
Seule	122 (50.8%)	53 (52.5%)	22 (62.9%)	13 (76.5%)	
Catégorie socioprofessionnelle					0.018
Haute	10 (4.26%)	2 (1.98%)	4 (12.1%)	0 (0.00%)	
Faible à intermédiaire	145 (61.7%)	54 (53.5%)	12 (36.4%)	13 (76.5%)	
Sans activité	80 (34.0%)	45 (44.6%)	17 (51.5%)	4 (23.5%)	
Tabac					0.982
Non	116 (50.2%)	48 (48.5%)	16 (48.5%)	9 (52.9%)	
Oui	115 (49.8%)	51 (51.5%)	17 (51.5%)	8 (47.1%)	
Alcool					0.183
Non	107 (43.7%)	48 (47.5%)	22 (62.9%)	6 (35.3%)	
Oui	79 (32.2%)	33 (32.7%)	6 (17.1%)	9 (52.9%)	
Non renseigné	59 (24.1%)	20 (19.8%)	7 (20.0%)	2 (11.8%)	
Violences					0.069
Non	100 (40.8%)	41 (40.6%)	19 (54.3%)	5 (29.4%)	
Oui	47 (19.2%)	27 (26.7%)	8 (22.9%)	8 (47.1%)	
Non renseigné	98 (40.0%)	33 (32.7%)	8 (22.9%)	4 (23.5%)	
Parité ^a					0.229
0	66 (26.9%)	22 (21.8%)	8 (22.9%)	1 (5.88%)	
1 à 2	125 (51.0%)	53 (52.5%)	14 (40.0%)	11 (64.7%)	
≥ 3	54 (22.0%)	26 (25.7%)	13 (37.1%)	5 (29.4%)	
Contraception pré-IVG					0.579
Aucune	170 (69.4%)	68 (67.3%)	21 (60.0%)	10 (62.5%)	
LARC	8 (3.27%)	2 (1.98%)	0 (0.00%)	1 (6.25%)	
Non LARC	67 (27.3%)	31 (30.7%)	14 (40.0%)	5 (31.2%)	
Prise de contraception d'urgence					0.475
Non	165 (67.3%)	65 (64.4%)	27 (77.1%)	10 (58.8%)	
Oui	27 (11.0%)	15 (14.9%)	5 (14.3%)	3 (17.6%)	
Non renseigné	53 (21.6%)	21 (20.8%)	3 (8.57%)	4 (23.5%)	
Terme ^b					0.069
< 7	161 (66.0%)	58 (57.4%)	25 (71.4%)	8 (47.1%)	
7 à 9	76 (31.1%)	36 (35.6%)	7 (20.0%)	7 (41.2%)	
≥ 10	7 (2.87%)	7 (6.93%)	3 (8.57%)	2 (11.8%)	
Contraception post-IVG					0.016
Aucune	34 (15.5%)	8 (8.99%)	4 (15.4%)	0 (0.00%)	
LARC	127 (58.0%)	50 (56.2%)	8 (30.8%)	12 (80.0%)	
Non LARC	58 (26.5%)	31 (34.8%)	14 (53.8%)	3 (20.0%)	
Consultation post-IVG					0.066
Venue	204 (83.3%)	82 (81.2%)	24 (68.6%)	11 (64.7%)	
Non venue	41 (16.7%)	19 (18.8%)	11 (31.4%)	6 (35.3%)	

* Si n différent de 245 dans le groupe B1, différent de 101 dans le groupe B2, différent de 35 dans le groupe B3 et différent de 17 dans le groupe B≥4, les données manquantes n'ont pas été prises en compte. Les données manquantes ont été affichées lorsqu'importantes et pertinentes dans l'analyse, soit lorsque > 20%

^a en nombre d'enfant(s) par femme

^b en SA

Note au sujet de la p value de ce tableau IV : la p value nous permet de dire qu'il existe ou non une différence significative entre les 4 sous-groupes (B1, B2, B3 et B \geq 4), mais pas déterminer dans quel sens. Il ne s'agit pas d'une comparaison du groupe B2 au groupe B1, ni même du groupe B3 au groupe B2. Il revient au lecteur d'observer ou non une augmentation des facteurs prédisposants à la répétition des IVG avec l'avancée du nombre d'antécédents en fonction des pourcentages affichés dans ce tableau.

Par exemple, pour la situation familiale, on observe une proportion plus importante de femmes seules avec l'augmentation du nombre d'antécédents d'IVG (50.8% pour le groupe B1, 52.5% pour le groupe B2, 62.9% pour le groupe B3 et 76.5% pour le groupe B \geq 4) mais la p value est supérieure à 0.05. La différence entre les groupes n'est donc pas significative mais on observe une tendance. Deux hypothèses peuvent expliquer ce type de résultats : soit cette différence est négligeable, soit notre effectif (notamment dans les groupes B3 et B \geq 4) n'est pas assez important pour prouver une différence significative.

Lorsque l'on compare en sous-groupes dans le tableau IV les caractéristiques médico-sociales des patientes faisant partie du groupe B, les associations significatives préalablement mises en évidence dans le tableau II ne sont plus retrouvées mais on observe cependant une tendance : avec l'augmentation du nombre d'antécédents d'IVG, on note une proportion plus importante de femmes seules, ayant été victimes de violences, ayant déjà des enfants, ayant pris la contraception d'urgence et ne s'étant pas présentées à la consultation de suivi post-IVG.

A propos de la contraception post-IVG, même si l'on observe une différence significative car la p value est inférieure à 0.05, cela signifie que le profil contraceptif est significativement

différent entre les 4 groupes mais ne statue pas franchement en faveur d'une contraception plus qu'une autre. On a tendance, par exemple, à constater moins de contraception de type LARC avec l'avancée du nombre d'antécédent d'IVG mais ce n'est pas vrai pour le groupe $B \geq 4$.

Il faudra garder à l'esprit que les faibles effectifs des groupes $B3$ et $B \geq 4$ et la répétition des analyses doivent faire remettre en question la significativité des résultats (notamment en raison de l'inflation du risque alpha).

3.4. Détermination d'un ratio de prévalence de l'association

L'analyse figurant dans le tableau V permet de déterminer un ratio de prévalence d'association. Cette valeur, obtenue après analyse des données par une loi de Poisson, permet de déterminer si une variable (âge, situation familiale, catégorie socioprofessionnelle...) est associée au risque de survenue d'un évènement (répétition des IVG). Elle fonctionne de la même manière qu'un odds ratio avec un intervalle de confiance (IC) et une p value.

Deux analyses ont été réalisées : l'une, univariée, ne prenant pas en compte les potentiels facteurs de confusion, et l'autre, multivariée, permettant de s'affranchir de ceux-ci. L'ajustement a été réalisé sur chacune des variables du tableau entre elles. Pour exemple, la consommation de tabac est analysée indépendamment de l'âge, de la situation familiale, de la catégorie socio-professionnelle et de l'ensemble des autres variables de ce tableau.

Tableau V : modèles de Poisson univarié et multivarié recherchant des variables associées à une augmentation du nombre moyen d'IVG

Variable	Modèle de Poisson univarié		Modèle de Poisson multivarié*	
	Ratio de prévalence de l'association (IC 95%)	p value	Ratio de prévalence de l'association (IC 95%)	p value
Age				
n	1		1	
n+1	1.05 (1.04-1.06)	<0.001	1.03 (1.01-1.05)	<0.001
Situation familiale				
En couple	1		1	
Seule	1.40 (1.14-1.70)	<0.001	1.80 (1.45-2.23)	<0.001
Catégorie socioprofessionnelle				
Haute	1		Non testé\$	
Faible à intermédiaire	1.48 (0.88-2.48)	0.137		
Sans activité	1.59 (0.94-2.69)	0.080		
Tabac				
Non	1		1	
Oui	1.37 (1.12-1.68)	<0.01	1.29 (1.05-1.58)	<0.05
Alcool				
Non	1		Non testé#	
Oui	0.77 (0.61-0.98)	0.031		
Violences				
Non	1		1	
Oui	1.62 (1.25-2.10)	<0.001	1.47 (1.12-1.91)	<0.01
Parité ^a				
0	1		1	
1 à 2	2.41 (1.88-3.08)	<0.001	2.27 (1.67-3.10)	<0.001
≥ 3	2.84 (2.17-3.72)	<0.001	2.68 (1.88-3.82)	<0.001
Contraception pré-IVG				
Aucune	1		1	
LARC	0.69 (0.33-1.47)	0.339	0.74 (0.38-1.46)	0.389
Non LARC	1.64 (1.33-2.03)	<0.001	1.71 (1.37-2.12)	<0.001
Prise de contraception d'urgence				
Non	1		1	
Oui	1.58 (1.18-2.12)	<0.01	1.46 (1.07-1.98)	0,017
Terme ^b				
< 7	1		Non testé\$	
7 à 9	1.15 (0.92-1.44)	0.205		
≥ 10	1.37 (0.87-2.15)	0.171		

* l'ajustement est effectué sur chacune des variables de ce tableau entre elles

\$ analyse multivariée non réalisée car analyse univariée non significative

analyse multivariée non réalisée car données manquantes trop importantes

^a en nombre d'enfant(s)

^b en SA

1 est la référence

Conseil de lecture : le nombre moyen d'IVG est 1.40 (IC 1.14-1.70) fois plus élevé chez une femme seule que chez une femme en couple ($p < 0.001$).

Ici, ce ne sont pas les groupes A et B qui sont comparés. Sont comparées entre elles les réponses à une même variable afin de déterminer si l'une d'elle est associée à un nombre moyen d'IVG plus important.

Ainsi, pour la variable « situation familiale », on compare la réponse « en couple » à la réponse « seule ». La réponse « en couple » est la référence (1 dans ce tableau).

En analyse univariée, la réponse « seule » dispose d'un ratio de prévalence de l'association à 1.40 (IC 1.14-1.70). Cela signifie que le nombre moyen d'IVG est 1.40 fois plus élevé chez une femme seule que chez une femme en couple, et ce de manière significative ($p < 0.001$).

En analyse multivariée, lorsque l'on s'affranchit de l'ensemble des autres variables du tableau (âge, tabac, violences...), le nombre moyen d'IVG chez les femmes seules reste toujours significativement plus élevé que chez les femmes en couple, avec cette fois-ci un ratio de prévalence de l'association encore plus important, s'élevant à 1.80 (IC 1.45-2.23, $p < 0.001$).

En d'autres termes, indépendamment de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, de la consommation de tabac et d'alcool, des antécédents de violences, de la parité, du profil contraceptif pré-IVG, de la prise de la contraception d'urgence et du terme, les femmes seules ont un nombre moyen d'IVG 1.80 fois plus élevé que les femmes en couple.

Si l'on s'intéresse aux résultats significatifs de l'analyse multivariée, qui sont les plus pertinents, on notera que le nombre moyen d'IVG est :

- 1.80 fois plus élevé chez les femmes seules (IC 1.45-2.23, $p < 0.001$) que chez les femmes en couple ;
- 1.29 fois plus élevé chez les femmes tabagiques (IC 1.05-1.58, $p < 0.05$) que chez les femmes non tabagiques ;
- 1.47 fois plus élevé chez les femmes ayant été victimes de violences (IC 1.12-1.91, $p < 0.01$) que chez les femmes n'en ayant pas subi ;
- 2.27 fois plus élevé chez les femmes ayant 1 ou 2 enfants (IC 1.67-3.10, $p < 0.001$) que chez les femmes n'en ayant pas ;
- 2.68 fois plus élevé chez les femmes ayant 3 enfants ou davantage (IC 1.88-3.82, $p < 0.001$) que chez les femmes n'en ayant pas ;

- 1.71 fois plus élevé chez les femmes ayant une contraception non LARC ou avec un indice de Pearl supérieur ou égal à 15 (IC 1.37-2.12) que chez les femmes n'ayant pas de contraception ;
- 1.46 fois plus élevé chez les femmes ayant pris la contraception d'urgence (IC 1.07-1.98, $p = 0.017$) que chez les femmes ne l'ayant pas prise.

La catégorie socio-professionnelle et le terme ne sont pas des variables associées à un nombre moyen d'IVG plus important.

Concernant l'alcool, en analyse univariée, le nombre moyen d'IVG est significativement plus faible chez les femmes consommatrices que chez les femmes non-consommatrices (ratio de prévalence de l'association = 0.77, IC 0.61-0.98, $p = 0.031$). En d'autres termes, les femmes ne consommant pas d'alcool ont un nombre moyen d'IVG 1.23 fois plus élevé que les femmes en consommant (IC 1.02-1.39).

L'analyse multivariée n'a pas été réalisée concernant cette variable en raison de la forte proportion de données manquantes et des autres biais affectant cette variable, qui seront discutés dans la dernière partie de ce travail.

3.5. A propos de l'âge

La moyenne d'âge dans le groupe A était de 27.9 ans (SD 6.80) contre 31.2 ans (SD 6.42) dans le groupe B ($p < 0.001$). Cette différence reste significative lorsqu'on analyse cette variable en tranche d'âge ($p < 0.001$). La figure 3 reprend la distribution des catégories d'âge en fonction du nombre d'antécédent d'IVG.

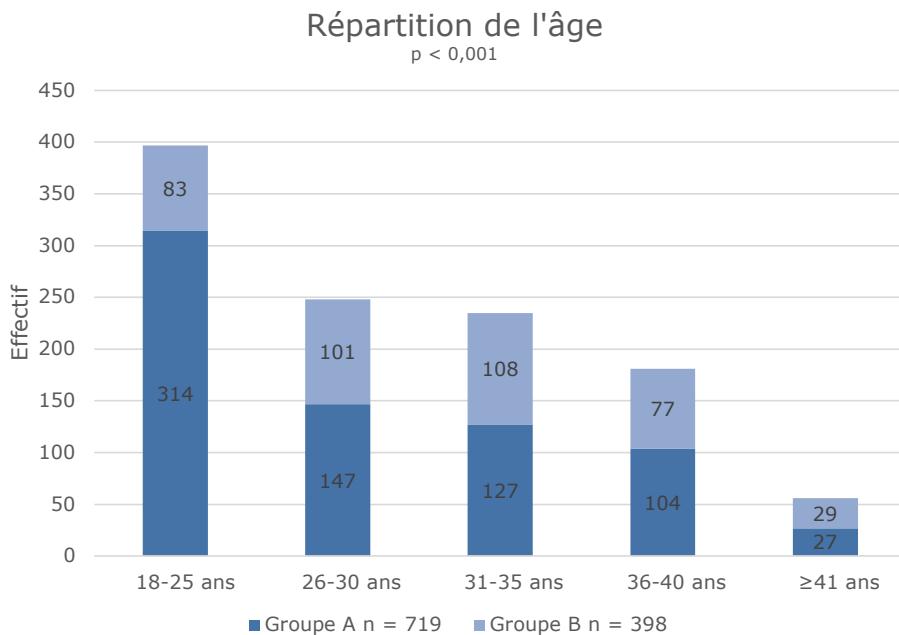


Figure 3 : distribution des catégories d'âges dans les groupes A et B

Le modèle de Poisson multivarié vient corroborer ce résultat : indépendamment des autres variables du tableau V, les femmes de $n+1$ ans ont un nombre d'IVG moyen 1.03 fois plus élevé que les femmes de n ans (IC 1.01-1.05, $p < 0.001$). De la même façon, les femmes de $n+10$ ans ont un nombre d'IVG moyen 10.3 fois plus élevé que les femmes de n ans (par exemple une femme de 30 ans comparée à une femme de 20 ans).

3.6. Comparaison du profil contraceptif

Nous avons réparti en 3 catégories le mode de contraception pré-IVG et post-IVG :

- absence de contraception ;
- contraception de type non LARC ou avec indice de Pearl supérieur ou égal à 15 (comprenant notamment la pilule, l'anneau, le préservatif et les méthodes naturelles) (annexe 1) ;
- contraception de type LARC.

Bien que nous n'ayons pas réalisé d'analyse statistique à la recherche d'une différence significative entre le profil contraceptif pré-IVG et post-IVG au sein même du groupe A et du groupe B, leur modélisation via les figures 4 et 5 montre tout de même une nette tendance à une modification du mode contraceptif après une IVG.

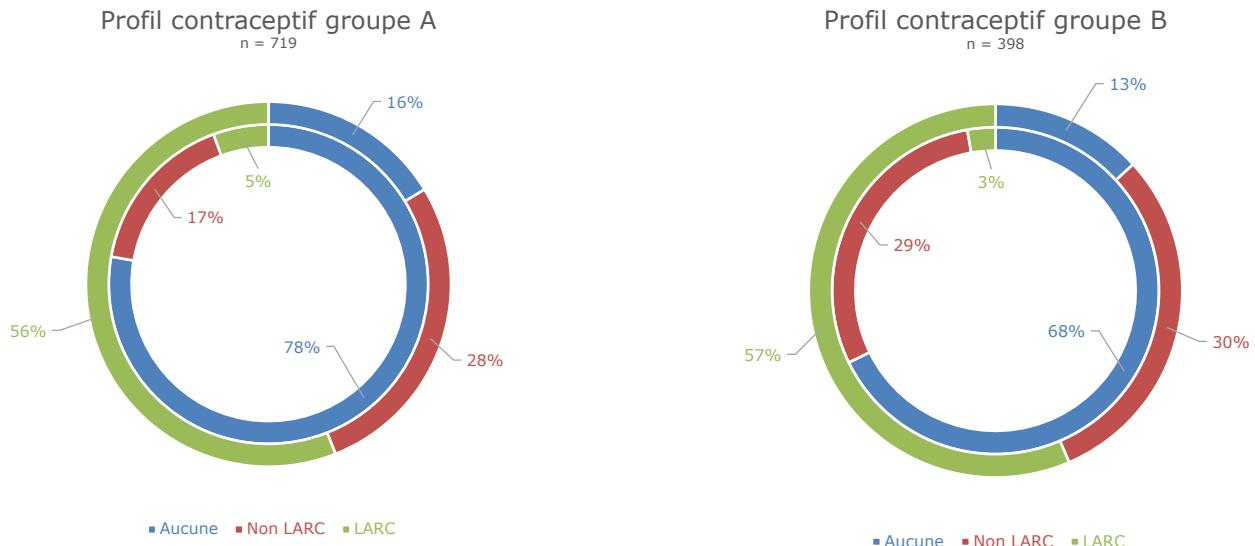


Figure 4 : profil contraceptif du groupe A (anneau intérieur contraception pré-IVG ; anneau extérieur contraception post-IVG)

Figure 5 : profil contraceptif du groupe B (anneau intérieur contraception pré-IVG ; anneau extérieur contraception post-IVG)

Le tableau II a montré que le profil contraceptif pré-IVG était significativement différent entre le groupe A et le groupe B ($p < 0.001$). Cette information se visualise sur l'anneau intérieur des figures 4 et 5 : parmi les femmes n'ayant aucun antécédent d'IVG, 78% d'entre elles n'avaient aucune contraception et 17% en avaient une non LARC contre respectivement 68% et 29% chez les femmes ayant déjà au moins un antécédent d'IVG. La proportion de LARC était similaire dans les deux groupes (5% chez les femmes sans antécédent contre 3% chez les femmes avec antécédent d'IVG).

En revanche, le tableau II a montré que le profil contraceptif post-IVG ne différait pas de manière significative entre le groupe A et le groupe B ($p = 0.356$). On notera justement que les proportions des anneaux extérieurs des figures 4 et 5 sont superposables.

DISCUSSION

1. Biais

1.1. Biais de recueil des données

Biais de déclaration

Dans cette étude, on peut supposer l'omission volontaire de données. Par exemple, l'omission volontaire d'une notion de violences conjugales en raison de la présence du conjoint à la consultation.

Il peut aussi y avoir des omissions involontaires liées au contexte complexe de ce type de consultations.

On peut par ailleurs imaginer le déni voire un changement de la version des faits de la part des patientes lors de l'interrogatoire. Le médecin effectuant la consultation sélectionne les questions qu'il pose à sa patiente et oriente indirectement ses réponses. On parle de réponses suggérées. Par exemple, la patiente peut minimiser sa consommation d'alcool ou une mauvaise gestion de sa contraception du fait de la culpabilité et/ou de la peur du jugement.

Biais d'interprétation

Les réponses fournies par la patiente peuvent être soumises à interprétation : deux enquêteurs n'interpréteront pas de la même manière une seule et même réponse.

Au sujet de la consommation d'alcool, les femmes se déclarant non-consommatrices peuvent être strictement abstinences ou simplement consommatrices occasionnelles. La question de la consommation d'alcool peut être interprétée soit sur le versant de l'usage simple, soit sur le versant de la dépendance.

Il en va de même pour la contraception. Une patiente déclarant pratiquer le retrait peut être considérée comme adoptant un mode de contraception non LARC ou bien sans contraception.

Biais de qualité des données disponibles

Le recueil des données de cette étude reste imparfait. Il a été effectué à partir de dossiers de consultation standardisés, tous identiques lors de la consultation de demande d'IVG. Les champs à remplir se présentaient sous forme de texte libre ou de cases à cocher, certaines d'entre elles étant déjà préremplies (annexe 2).

Dans les deux cas, les informations y figurant ne sont pas toujours renseignées de manière exhaustive, expliquant un certain nombre de données manquantes.

La présente thèse s'est focalisée sur le nombre d'antécédent d'IVG d'une patiente à un instant précis de sa vie et on gardera à l'esprit que la répétition des IVG sur une courte période n'a pas la même valeur que sur l'ensemble de la vie génitale d'une femme. Malheureusement, la structure du dossier (annexe 2) n'était pas tellement adaptée au renseignement de la date des IVG précédentes. C'est pourquoi nous n'avons pas pu intégrer à notre analyse le caractère rapproché ou non des antécédents d'IVG.

1.2. Biais de mesure

Échographie

Le calcul du terme théorique en semaines d'aménorrhée s'effectue par mesure échographique. Cet examen est imparfait, soumis à la subjectivité de celui qui le réalise et a une précision de plus ou moins 5 jours. Si bien que la classification en sous-groupes selon le terme théorique le jour de la consultation de demande d'IVG est soumise à un biais de mesure.

2. Faiblesses de l'étude

Malgré tout le soin apporté à en limiter la quantité, les données manquantes sont le principal point faible de cette étude, notamment vis-à-vis d'informations sensibles telles que la consommation de d'alcool et les antécédents de violences. Cette dernière question est d'autant plus délicate à poser quand la patiente est accompagnée.

3. Forces de l'étude

3.1. Effectif

Ce travail a inclus un grand nombre de patientes ayant des antécédents d'IVG au cours d'une année complète récente. Cet effectif a rendu possible l'utilisation d'un modèle de Poisson permettant de déterminer un ratio de prévalence de l'association. Le screening de la littérature nécessaire à la rédaction de ce travail n'a pas retrouvé ce mode d'analyse statistique dans d'autres études, ce type de données se prêtant pourtant bien à l'utilisation de ce modèle.

3.2. Élimination du facteur de confusion qu'est l'âge

L'âge médian du premier rapport sexuel des jeunes filles françaises dans les années 2010 était de 17,6 ans(16). L'âge moyen au premier enfant en France en 2015 était de 28,5 ans(17).

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 27,9 ans dans le groupe A et de 31,2 ans dans le groupe B ($p < 0.001$). La durée de l'exposition au risque de grossesse non désirée était donc plus importante dans le groupe B, ce qui fait de l'âge un potentiel facteur de confusion, pouvant lui-même entraîner un biais de confusion.

C'est pourquoi un ajustement sur l'âge s'avérait nécessaire et on a justement pu noter que même après ajustement sur l'âge, les autres variables médicosociales identifiées comme facteurs prédisposant significativement à la répétition des IVG le restaient.

3.3. Analyse de variables peu étudiées

Les données disponibles dans les dossiers du centre Flora Tristan ont permis l'analyse des habitudes des patientes vis-à-vis de l'utilisation de la contraception d'urgence et de leur venue à la consultation post-IVG selon si elles avaient ou non des antécédents d'IVG. Ces variables sont peu explorées dans les travaux similaires.

4. Comparaison avec les données de la littérature

Sur les 1117 patientes étudiées, 398 (soit 35.6%) ont eu recours plusieurs fois à l'IVG dans leur vie. Cette proportion d'IVG répétées est superposable aux chiffres déjà connus en France(14) et aussi dans d'autres pays d'Europe(18,19).

4.1. Un profil médico-social à risque ?

L'âge et la parité étaient deux variables significativement associées à la répétition des IVG dans notre étude. En France ou ailleurs en Europe, ces deux variables sont aussi très largement retrouvées dans la littérature comme facteurs prédisposant à des IVG itératives(14,18–23).

L'âge

Bien que l'âge soit une variable significativement associée à la répétition des IVG, toutes les études ne s'accordent pas à dire que ce sont les femmes plus âgées (ou plus jeunes) qui sont plus à même de répéter les IVG.

Notre travail a pu mettre en évidence que les patientes répétant les IVG étaient significativement plus âgées que celles n'ayant aucun antécédent d'IVG (31.2 ± 6.42 ans versus 27.9 ± 6.80 ans, $p < 0.001$).

Dans une étude Nantaise multicentrique réalisée en 2014(22) incluant 350 participantes, la moyenne d'âge des femmes n'ayant pas d'antécédent d'IVG était de 30 ± 7 ans contre 31.3 ± 6.7 ans chez les femmes ayant un seul antécédent d'IVG et de 32.4 ± 6.2 ans chez celles ayant au moins 2 antécédents ($p = 0.05$). Ceci est qualifié par les auteurs de « durée d'exposition plus longue » au risque de grossesse non désirée.

Il existe cependant des divergences : dans cette étude de cohorte Finlandaise plus ancienne(21) visant à rechercher des facteurs de risque à la répétition des IVG, 1269 femmes ont été incluses entre 2000 et 2002, quel que soit leur nombre d'antécédent d'IVG. Le suivi s'est étendu jusqu'en 2005. Parmi elles, 179 (soit 14%) ont réalisé une seconde IVG sur l'ensemble de la période d'étude. La comparaison des deux groupes au terme du suivi a permis de mettre en évidence que les patientes ayant fait une nouvelle IVG dans la période de suivi étaient significativement plus jeunes que celles n'ayant pas fait de nouvelle IVG dans le même laps de temps (25.8 ± 6.3 ans versus 28.6 ± 7.1 ans, $p < 0.001$).

Les auteurs constatent bien qu'il s'agit d'un résultat contradictoire avec la plupart des études publiées à ce sujet. Ils avancent le fait que ce facteur, associé à une parité plus élevée et à une fréquence plus importante d'antécédents d'IVG chez les femmes ayant répété les IVG au cours du suivi est expliqué par le fait que les femmes réitérant les IVG sont probablement sexuellement plus actives et plus fertiles du fait de leur jeune âge.

On notera tout de même que la durée maximale de suivi permise par cette étude n'est que de 5 ans et n'est donc pas représentative de l'ensemble de la vie génitale d'une femme

La parité

Age et parité sont intimement liés. Plus les femmes avancent en âge, plus elles sont susceptibles d'avoir déjà des enfants et plus elles sont à risque de grossesse non programmée en raison de leur durée d'exposition depuis l'âge du premier rapport sexuel.

Il est intéressant de noter que même après ajustement sur l'âge, notre analyse montre que la parité reste une variable significativement associée aux IVG répétées : le modèle de Poisson utilisé dans notre analyse multivariée nous permet d'ailleurs de dire que parmi les patientes venues consulter pour une demande d'IVG, celles ayant un ou plusieurs enfants ont un nombre d'IVG moyen plus de deux fois supérieur aux femmes n'ayant pas d'enfants. Plusieurs travaux abondent en ce sens.

Une étude suédoise multicentrique(18) confirme les résultats de notre étude concernant la parité : ce travail réalisé en 2009 incluant 798 patientes a cherché à identifier les facteurs associés à la répétition des IVG. Sur l'ensemble de l'échantillon, 35% des patientes avaient déjà réalisé au moins une IVG par le passé. Cette proportion s'élevait à 41% à partir de l'âge de 20 ans. Afin de s'affranchir du potentiel facteur de confusion que pouvait représenter l'âge, les auteurs ont décidé d'exclure de l'analyse les patientes les plus jeunes (entre 14 et 19 ans). L'analyse a donc porté sur 618 patientes âgées de 20 à 49 ans. Au sein de cet échantillon, les auteurs ont pu constater que les patientes ayant réalisé au moins une IVG par le passé avaient 2.57 fois plus de chance d'avoir déjà des enfants que celle n'ayant pas d'antécédent d'IVG (OR 2.57, IC 1.66-3.99, $p < 0.001$).

Un âge et une parité plus élevés chez les patientes ayant un ou plusieurs antécédents d'IVG paraît cohérent : chez la plupart des femmes, l'activité sexuelle débute avant le désir de

parentalité, d'autant plus avec le recul de l'âge au premier enfant ces dernières années(14,17).

L'exposition au risque de grossesse non désirée est donc plus importante avec l'avancée en âge. Puis une fois la parentalité acquise, le risque de grossesse non désirée se poursuit jusqu'à la ménopause. On peut aussi supposer qu'à l'approche de la ménopause, les femmes se pensent moins fertiles et ont donc davantage tendance à mettre de côté l'importance d'une contraception efficace.

Au sujet de la fertilité, on peut aussi avancer l'hypothèse que les femmes les plus fertiles, étant donc plus facilement tombées enceintes lorsqu'elles le désiraient, s'exposent à un risque de grossesse non programmée plus important que les femmes ayant des difficultés à concevoir. Par ailleurs, au vu des enjeux environnementaux actuels et des dictats sociétaux sur le nombre d'enfants au sein d'un même foyer, les femmes concernées par les grossesses non programmées ayant déjà atteint la parité admise comme la « norme sociétale » auront plus facilement recours à l'IVG.

La situation familiale et l'isolement

Notre étude a permis de démontrer que les patientes ayant un ou plusieurs antécédents d'IVG étaient plus souvent seules (sans conjoint) que les patientes n'ayant jamais réalisé d'IVG par le passé. L'isolement est une variable régulièrement observée dans les études portant sur les IVG itératives.

L'étude de Bajos et al.(14) portant sur les bulletins statistiques d'IVG entre 1990 et 2007 a permis d'évaluer un échantillon de 7067 françaises. Sur l'année 2007, l'analyse des caractéristiques sociales des patientes ayant déjà au moins un antécédent d'IVG a révélé qu'elles ont 1.8 fois plus de chance de vivre seules que les patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG (OR 1.8, IC 1.4-2.3, p < 0.0001).

Ce lien n'est pas retrouvé dans l'étude suédoise précédemment citée(18) où 78% des patientes déclaraient avoir une relation stable avec un partenaire, que ce soit dans le groupe des patientes sans antécédent d'IVG ou dans le groupe de patientes avec antécédent d'IVG ($p = 0.609$).

Au-delà du fait d'être en couple ou non, l'isolement social peut aussi se mesurer en interrogeant les patientes sur leur sentiment d'être psychologiquement soutenues. Cela fait référence à la qualité de l'entourage. Bien que cette dernière étude(18) ne retrouve pas de lien significatif entre le statut conjugal et le risque d'IVG répétées, elle met cependant en évidence que les patientes de 20 à 49 ans ayant au moins un antécédent d'IVG se déclarent plus souvent en manque de soutien psychologique que celles n'ayant jamais réalisé d'IVG (26% versus 19%, $p = 0.014$).

La qualité de l'entourage familial a aussi été évaluée en France dans une étude Nantaise multicentrique(22) et retrouve des résultats similaires. Cette analyse menée en 2014 portant sur 450 patientes constate que l'augmentation du nombre d'antécédent d'IVG est proportionnelle au pourcentage de patientes déclarant un entourage peu ou pas présent : elles sont 4.7% à le déclarer parmi les patientes sans antécédent d'IVG contre 14.3% chez les patientes ayant un seul antécédent d'IVG et contre 20.0% chez les patientes ayant au moins deux antécédents d'IVG ($p < 0.001$).

On imagine que les femmes n'ayant pas de conjoint et/ou socialement isolées se sentent plus facilement démunies à l'idée d'élever seules un enfant, les amenant plus facilement à avoir recours à l'IVG. Rentre aussi en ligne de compte l'aspect économique : l'arrivée d'un enfant n'est pas sans conséquence financière, ce qui peut s'avérer plus difficile à assumer

matériellement avec un seul salaire au lieu de deux. Ceci peut alors expliquer la proportion plus importante de femmes seules dans le groupe de patientes ayant déjà réalisé une ou plusieurs IVG.

Le tabagisme

L'analyse de notre échantillon a pu montrer que la consommation de tabac était plus importante chez les femmes ayant des antécédents IVG itératives que celles n'ayant pas d'antécédent (50.3% versus 38.3%, $p < 0.001$).

Les études examinant la consommation de tabac chez les patientes ayant recours aux IVG répétées ont des résultats équivalents.

Cette étude française multicentrique déjà citée(22) retrouve des proportions similaires : on dénombre respectivement 53.2% et 45.7% de fumeuses chez les patientes ayant un antécédent et au moins deux antécédents d'IVG contre 38.7% chez les patientes n'ayant jamais réalisé d'IVG ($p = 0.001$).

En Finlande(21), le tabagisme actif concerne 57.5% des patientes ayant déjà réalisé au moins une IVG antérieurement contre 42.3% des patientes dépourvues d'antécédent d'IVG ($p < 0.001$).

La consommation de tabac et d'autres toxiques s'inclue dans la définition des comportements « à risque ». Nos résultats peuvent faire supposer que les femmes ayant recours à l'IVG de manière itérative seraient moins attentives à leur santé.

A ce sujet, le baromètre santé 2005(24) a justement mis en évidence que les jeunes fumeuses de 12 ans à 25 ans étaient en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives que les non fumeuses du même âge. Ces statistiques ont été réalisées sur la base de scores de santé

physique et de santé mentale. Cette analyse note aussi que près d'un quart des fumeurs allument une cigarette face à une situation stressante. Le tabac vient apaiser les souffrances psychiques. Cela nous amène à nous poser la question d'un lien entre IVG répétées et fragilité psychique, qui n'a pas été exploré dans notre étude.

Il a aussi été démontré que le tabagisme augmentait chez les femmes et était plus importante dans les milieux socio-économiques défavorisés(25,26). Ceci permet de faire le lien avec la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'étude, ce dernier se révélant dans certaines études être moins élevé chez les patientes aux multiples recours à l'IVG.

La consommation d'alcool

On notera que contrairement aux hypothèses formulées au début de cette étude, les patientes réalisant des IVG répétées consomment moins d'alcool que celles n'ayant pas d'antécédent d'IVG. Les biais affectant cette variable sont nombreux (biais de qualité des données disponibles, biais de déclaration et biais d'interprétation) et doivent amener à questionner nos résultats, d'autant plus connaissant la colinéarité entre la consommation de tabac et la consommation d'alcool.

Les études évaluant la consommation de tabac chez les patientes ayant des IVG itératives sont plus nombreuses que celles évaluant la consommation d'alcool. Cette dernière variable est souvent évaluée couplée à la consommation d'autres toxiques, comme dans cette étude américaine réalisée par Prager et al.(27) entre septembre 2001 et mars 2002. Parmi les 398 patientes incluses, 67.1% des patientes ayant déjà réalisé une ou plusieurs IVG déclaraient consommer de l'alcool et/ou des drogues contre 32.9% des patientes n'ayant jamais eu recours à l'IVG ($p = 0.087$), ce qui représentait un odds ratio de 2.6 (IC 1.28-5.28, $p < 0.001$).

Il faudra noter que la proportion de patientes ayant déjà eu une IVG antérieure était nettement supérieure à celle de notre étude (59% versus 35.6%) et qu'il existe un biais non négligeable du fait du caractère déclaratif du recueil des données.

Les antécédents de violences

Nos résultats associant IVG itératives et antécédents de violences (qu'elles soient physiques ou verbales, venant du conjoint ou de toute autre personne) sont à prendre avec du recul en raison de la proportion de données manquantes affectant cette variable (43.3% sur l'ensemble de l'échantillon). Il est tout de même intéressant de noter que la quantité de données manquantes est moins importante dans le groupe de patientes ayant au moins un antécédent d'IVG que dans le groupe de patientes se présentant pour une première IVG (35.9% versus 47.4%). Cela peut laisser supposer que les praticiens sont davantage vigilants à poser la question des antécédents de violences lorsqu'il s'agit de patientes leur paraissant peut-être plus vulnérables si elles présentent plusieurs antécédents d'IVG.

Malgré ces données manquantes, on ne dénombre pas moins de 22.6% d'antécédents de violences chez les patientes ayant eu recours à l'IVG à plusieurs reprises contre 12.8% chez les patientes y ayant recours pour la première fois. Pour appuyer ce résultat, l'analyse de Poisson multivariée nous permet d'affirmer que le nombre moyen d'IVG est 1.47 fois plus élevé chez les patientes ayant déjà subi des violences que chez les patientes n'en ayant jamais subi (IC 1.12-1.91, $p < 0.01$).

A travers une étude réalisée en Aquitaine en 2009 s'intéressant aux IVG répétées(28), Haddad et al. a pu mettre en évidence un fort lien entre les antécédents d'expériences négatives dans l'enfance et la fréquence des IVG répétées. En listant 9 items témoignant d'expériences

négatives dans l'enfance (entre autres dysfonctions familiales, humiliations, violences physiques, agressions sexuelles), un score allant de 0 à 9 a été calculé à partir des réponses des patientes à un questionnaire. Il a été mis en évidence que plus leur score était élevé, plus les patientes avaient de risque de répéter les IVG.

Ce lien a aussi été retrouvé outre-Atlantique dans une étude réalisée entre 2007 et 2008 par Bleil et al.(29). Incluant 259 patientes âgées de 25 à 45 ans, l'analyse a pu démontrer que les patientes ayant au moins deux antécédents d'IVG avaient 1.59 (IC 1.21-2.09, $p = 0.001$) fois plus de risque d'avoir subi des évènements de vie générateurs d'anxiété que les patientes sans antécédent d'IVG. En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les patientes n'ayant qu'un seul antécédent d'IVG et les patientes sans antécédent d'IVG (OR 1.17, IC 0.96-1.44, $p = 0.127$).

Concernant les violences conjugales, une étude multicentrique réalisée en Alsace entre 2013 et 2014 par Pinton et al.(30) a pu mettre en évidence un lien significatif entre IVG itératives et antécédents de violences conjugales. L'analyse de questionnaires remplis par 480 femmes prenant en compte les violences actuelles ou passées a rapporté que 33% des femmes n'ayant pas d'antécédent d'IVG en étaient victimes contre 53% des femmes ayant au moins antécédent d'IVG, soit un odds ratio de 2.1 (IC 1.4-3.1, $p < 0.001$).

Cependant, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre les violences subies pendant l'enfance et la répétition des IVG contrairement aux deux précédentes(28,29).

Les antécédents de tous types de violences, facteurs de fragilité psychologique, peuvent entraîner des comportements à risque(28-30) et favoriser la répétition des IVG.

La catégorie socio-professionnelle

Notre analyse n'a pas retrouvé de lien significatif entre catégorie socio-professionnelle et répétition des IVG. Nous avons tout de même pu remarquer une proportion légèrement plus importante de femmes faisant partie d'une haute catégorie socioprofessionnelle dans le groupe des patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG (7.43% versus 4.15%, $p = 0.096$) ainsi qu'une proportion légèrement plus importante de femmes sans activité dans le groupe de patientes ayant déjà subi au moins une IVG par le passé (37.8% versus 35.4%, $p = 0.096$).

Parmi l'ensemble des articles consultés pour construire cette thèse, la plupart évaluant le niveau socio-économique des patientes se basait davantage sur le niveau d'étude. Nous n'avions pas accès à cette variable dans notre base de données mais il paraît effectivement plus cohérent de se baser sur un niveau éducationnel plutôt que sur la catégorie socio-professionnelle de la patiente à l'instant précis où elle était incluse dans l'étude. On peut effectivement imaginer qu'une patiente ayant les diplômes adéquats pour prétendre à un poste s'intégrant dans la catégorie socioprofessionnelle dite « faible à intermédiaire » ou « haute » soit, au moment précis où elle se présente pour une demande d'IVG, sans activité pour une raison indépendante de sa volonté (arrêt de travail pour une quelconque pathologie, chômage technique, en cours de reconversion professionnelle).

Il existe aussi un biais lié à l'âge relativement jeune des patientes faisant partie de notre étude : 35.5% des patientes avaient moins de 26 ans. Dans cet échantillon, on peut imaginer un certain nombre d'étudiantes. N'ayant pas d'emploi au moment de la consultation, elles étaient classées dans la catégorie « sans activité » qui ne reflétait potentiellement pas leur niveau éducationnel.

D'autres travaux évaluaient le niveau socio-économique des patientes par rapport au montant des revenus du ménage mais cette dernière variable comporte aussi les biais précédemment évoqués.

Si l'on s'attarde sur le niveau d'éducation, Opatowski et al.(22) a pu noter dans son étude française multicentrique réalisée en 2014 qu'un faible niveau d'étude prédisposait significativement à la répétition des IVG. Dans cet article, quatre niveaux d'éducation ont été analysés : « inférieur au niveau lycée », « niveau lycée », « baccalauréat +1 ou +2 » et « supérieur ou égal à baccalauréat +3 ». Dans les deux catégories extrêmes, c'est-à-dire « inférieur au niveau lycée » et « supérieur ou égal à baccalauréat +3 », leurs résultats retrouvaient un plus grand nombre de patientes avec un faible niveau d'étude chez les patientes ayant déjà réalisé une ou plusieurs IVG et un plus grand nombre de patientes avec un haut niveau d'étude chez les patientes sans antécédent d'IVG ($p = 0.006$). En revanche, les deux catégories intermédiaires, c'est-à-dire « niveau lycée » et « baccalauréat +1 ou +2 » n'étaient pas discriminantes.

Ces résultats peuvent laisser penser que les patientes les plus éduquées s'exposent moins au risque de grossesse non désirée. Ces résultats sont encourageants sur les impacts positifs de la prévention réalisée dans les établissements scolaires du second degré.

Le terme

Le nombre d'antécédents d'IVG ne semble pas affecter le terme auquel la patiente vient consulter pour une demande d'IVG. Quel que soit le nombre d'antécédents d'IVG, le terme moyen au moment de la consultation était de 47 ± 11.7 jours soit 6 SA et 5 jours dans notre étude. Ce résultat est similaire aux quelques travaux l'ayant aussi investigué.

L'étude finlandaise précédemment citée(21) a pu calculer un terme moyen au moment de l'IVG à 48.6 ± 6.8 jours chez les patientes s'intégrant dans le groupe « IVG répétées » contre 47.9 ± 6.9 jours chez les patientes du groupe « première IVG » (soit en moyenne $7 \text{ SA} \pm 1 \text{ SA}$ pour les deux groupes).

Il semble donc que répéter les IVG n'est pas un facteur amenant les patientes à consulter plus tôt ou bien plus tardivement suite à la découverte de la grossesse.

Une analyse des bulletins statistiques remplis en France à l'occasion des IVG réalisées entre 1975 et 2011 a été conduite en 2016(3). Parmi les caractéristiques épidémiologiques examinées, les auteurs ont pu constater une modification de la répartition des IVG selon la durée de grossesse. Entre 1975 et 2001, le délai légal maximal pour pratiquer l'IVG était de 12 SA. Avant 2001, le pic de recours à l'IVG se situait aux alentours de 8 SA. L'allongement du délai légal passant à 14 SA en 2001 a fait remarquer en 2002 un étalement du recours à l'IVG vers des durées un peu plus longues. Puis en 2011, avec le recours de plus en plus important aux méthodes médicamenteuses au détriment de l'IVG chirurgicale, le pic de recours à l'IVG recule à nouveau, se situant aux alentours de 6 SA.

Il serait intéressant de voir si ce profil tend à se modifier avec l'allongement récent du délai de recours à l'IVG car depuis mars 2022, le terme maximal pour pratiquer l'IVG n'est plus de 14 SA mais de 16 SA(31).

La présence à la consultation post-IVG

Notre travail a permis de démontrer que les patientes ayant déjà des antécédents d'IVG sont moins nombreuses à venir en consultation post-IVG que celles venant pour leur première IVG (80.7% versus 88.7% $p < 0.001$).

Il est actuellement difficile de trouver des données dans la littérature à ce sujet mais une étude réalisée au début des années 2000 en Finlande corrobore ce résultat(21). Il s'agit d'une étude de cohorte prospective incluant 1259 femmes ayant subi une IVG médicamenteuse entre 2000 et 2002. Le suivi jusqu'en 2005 a permis de mettre en évidence que 14.1% d'entre elles ont réalisé au moins une nouvelle IVG dans ce laps de temps. Seulement 2.1% des patientes n'ayant pas réalisé de nouvelle IVG au cours de la période de suivi ne sont pas venues à la consultation post-IVG contre 4.5% des patientes ayant répété les IVG au cours du suivi ($p < 0.05$).

Est-ce par négligence ? Par connaissance de la procédure ? Les auteurs ne discutent pas ce résultat. On peut supposer que les patientes répétant les IVG connaissent la marche à suivre et ne trouvent pas nécessaire de retourner en consultation suite à l'IVG. On peut aussi supposer qu'il est difficile de revenir sur le lieu où s'est déroulé un moment potentiellement douloureux, d'autant plus lorsqu'il ne s'agit pas de la première fois.

4.2. Importance de la contraception

La contraception avant l'IVG

Notre travail a pu révéler que les femmes ayant recours à des IVG répétées avaient un profil contraceptif avant l'IVG significativement différent des femmes n'ayant jamais réalisé d'IVG :

ces dernières se déclaraient plus nombreuses à ne pas avoir de contraception au moment de l'IVG que les patientes y ayant déjà eu recours (77.8% versus 67.8%, $p < 0.001$).

Les contraceptions de type non LARC ou avec un indice de Pearl supérieur ou égal à 15 étaient davantage utilisées par les patientes ayant déjà réalisé au moins une IVG par le passé (29.5% versus 16.6% $p < 0.001$) tandis que les LARC, peu représentées dans les deux groupes, étaient un peu plus utilisées par les patientes venant pour une première IVG (5.59% contre 2.77%, $p < 0.001$).

Cette même tendance est retrouvée par Keene et al.(32) dans une étude réalisée aux États-Unis entre 2009 et 2011 comparant le choix contraceptif des patientes ayant au moins un antécédent d'IVG à celles n'en ayant pas. Le profil contraceptif de ces deux groupes de patientes avant leur IVG était similaire à notre étude : les patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG étaient plus nombreuses sans contraception ou avec un profil contraceptif inconnu (87.7% versus 84.0%, $p < 0.01$) et la proportion de LARC n'était pas significativement différente entre les deux groupes (0.5% versus 0.6%, $p = 0.73$). Notre catégorie intermédiaire (contraception non LARC ou indice de Pearl supérieur ou égal à 15) était elle-même divisée en 3 sous-catégories dans l'étude de Keene et al., rendant les comparaisons moins aisées. Cependant, à l'instar de notre travail, les utilisatrices de pilule, patch, anneau, injections d'acétylate de médroxyprogesterone, préservatifs et diaphragmes étaient significativement plus nombreuses dans le groupe de patientes ayant au moins un antécédent d'IVG.

On peut supposer que les patientes ayant déjà eu recours à l'IVG par le passé se sont vu proposer une contraception dans les suites de leur précédente intervention, ce qui peut expliquer la meilleure couverture contraceptive dans ce groupe de patientes. A l'inverse, les patientes n'ayant jamais été en contact avec un centre d'orthogénie n'ont peut-être jamais eu

l'occasion de consulter un professionnel de santé pour discuter de la mise en place d'une contraception.

Comme vu précédemment, on peut aussi imaginer un biais de déclaration : par culpabilité ou peur du jugement, les patientes ayant déjà réalisé une ou plusieurs IVG par le passé peuvent déclarer utiliser une méthode contraceptive sans pour autant l'appliquer.

L'IVG est l'occasion de rediscuter de la tolérance de cette contraception. Une contraception mal adaptée sera source d'échec et la répétition des IVG doit d'autant plus amener à le questionner. En ce sens, la faible proportion de la LARC constatée dans les différentes études doit interroger leur tolérance et les réticences à leur utilisation, tout en gardant à l'esprit que du fait de leur faible indice de Pearl, le taux de grossesses non programmées et donc d'IVG avec ces contraceptions est par définition plus faible.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi en 2013 un rapport recensant les freins à l'utilisation des contraceptifs(33). Les LARC, notamment les DIU, sont sources d'appréhension et victimes de beaucoup de fausses croyances : contre-indication chez les nullipares, douleurs et complications liées à la pose, risque de grossesse extra-utérine ou d'infertilité, prise de poids, présence d'un corps étranger.

La tolérance de l'implant est aussi à prendre en compte. Une étude australienne réalisée par Harvey et al.(34) a examiné le taux de continuation et les motifs de retrait prématuré de l'implant sur une période de suivi s'étalant de mai 2001 à mai 2004 chez des patientes porteuses de l'implant contraceptif Implanon®. Parmi les 767 patientes incluses, 597 d'entre elles (soit 78%) l'on fait retirer au cours des 3 ans de suivi, quel que soit le motif (intolérance ou dispositif arrivant au terme de son efficacité). La durée de vie de l'Implanon® étant de 3 ans, son retrait était qualifié de « prématuré » lorsqu'il était enlevé avant d'atteindre 2 ans et

demi après la pose. A cette date, 345 patientes l'avaient retiré, soit un taux de continuation à 2 ans et demi de 42% d'après l'analyse de Kaplan-Meyer. Et si l'on observe le taux de continuation à 1 an de la pose, on constate que déjà plus d'un quart des patientes l'avaient fait retirer. Le motif de retrait prématué le plus souvent avancé était sans équivoque le profil de saignement, avec des saignements qualifiés de trop importants par 50% des patientes. Pour 13.9% des patientes, les raisons étaient multiples (incluant les métrorragies). Les autres motifs de retrait prématué étaient le désir de grossesse à la hauteur de 7.8% des patientes, suivi par les sautes d'humeur, concernant 5.7% de l'échantillon. On soulignera que 3.9% des patientes retiraient l'implant uniquement à cause de la prise de poids (les autres motifs de retrait n'étant pas mis en cause). A noter qu'aucune grossesse n'est survenue sous implant dans cette étude. Pour conclure, les auteurs insistent sur la nécessité absolue d'informer la patiente sur le risque de saignements continus sous implant.

La contraception après l'IVG

Notre étude n'a cependant pas mis en évidence de différence entre les deux groupes dans le choix contraceptif post-IVG. Le profil contraceptif post-IVG des femmes ayant déjà au moins un antécédent d'IVG semble superposable à celui des femmes n'ayant jamais fait d'IVG.

L'étude de Keene et al.(32) a par contre retrouvé un lien entre ces deux variables : dans les suites immédiates d'une IVG, les patientes ayant déjà des antécédents d'IVG étaient plus nombreuses à choisir une méthode de type LARC que celles n'ayant aucun antécédent d'IVG (29.7% versus 22.0% $p < 0.01$).

En revanche, une étude américaine réalisée par Nancy Z. Fang et al.(35) entre 2009 et 2013 visant à identifier les facteurs prédictifs à la mise en place d'une contraception de type LARC

en post-IVG immédiat retrouve des résultats contraires. Elle a révélé que les femmes ayant choisi une méthode de longue durée d'action en post-IVG immédiat étaient plus souvent sans antécédent d'IVG : 29.9% des patientes ayant choisi une méthode de type LARC en post-IVG immédiat avaient déjà un antécédent d'IVG contre 36.1% patientes ayant choisi un autre mode de contraception. Les auteurs ne discutent pas ces résultats et ne les comparent pas à d'autres travaux sur le sujet.

Les résultats contradictoires de ces deux études peuvent être expliqués par leur design respectif, la première(32) étant rétrospective incluant 3625 patientes sans antécédent d'IVG et 3841 patientes en ayant au moins un, et la seconde(35) étant prospective et ne dénombrant que 32% de patientes ayant déjà réalisé au moins une IVG dans un échantillon de 1662 patientes.

Au vu de ces résultats, on peut avancer l'hypothèse que le profil de tolérance des LARC discuté précédemment peut amener les femmes à abandonner ce mode de contraception qu'elles avaient alors choisi dans les suites de leur première IVG.

La contraception d'urgence

Les résultats obtenus au sujet de l'utilisation de la contraception d'urgence sont intéressants : notre analyse a pu révéler que les patientes ayant déjà fait plusieurs IVG sont plus nombreuses à avoir pris la contraception d'urgence au moment de la conception que celles n'ayant jamais réalisé d'IVG (12.6% versus 7.09% $p = 0.009$). On notera tout de même un pourcentage non négligeable de données manquantes pour cette variable mais équitable dans chacun des deux groupes, de l'ordre de 20%.

Les données de la littérature à ce sujet sont peu nombreuses et difficilement comparables à notre travail.

Une étude écossaise réalisée en 2000 par Hanny St John et al.(20) visant à identifier les facteurs de risques à la répétition des IVG a inclus 358 femmes dont 96 (soit 26%) ayant au moins un antécédent d'IVG. Elle retrouve que seulement 5% d'entre elles avaient eu recours à la contraception d'urgence avant l'IVG contre 6% des patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG ($p = 0.89$).

Il faut tout de même noter que 20 ans séparent nos deux études. La contraception d'urgence est mieux connue et plus variée depuis 2000 et est à présent totalement gratuite.

Dans une étude de plus grande ampleur réalisée en Suède en 2009 incluant 798 patientes(18), elles sont 22% à l'avoir prise lorsqu'elles avaient déjà eu recours à l'IVG contre 29% lorsqu'elles n'avaient pas d'antécédent ($p = 0.71$) parmi les 20-49 ans. Ces résultats sont donc contraires aux nôtres.

Au vu des résultats plus récents que nous avons obtenus, on peut supposer qu'en répétant les IVG, les femmes sont davantage sensibilisées à la contraception d'urgence.

4.3. Les facteurs prédisposants à la répétition des IVG sont-ils plus fréquents avec l'augmentation du nombre d'antécédents ?

Peu d'études comparent entre elles les patientes réalisant des IVG à répétition selon le rang de l'IVG. Assez logiquement, notre travail retrouve des effectifs inversement proportionnels au nombre d'antécédents d'IVG. Parmi les 398 femmes ayant déjà eu recours à l'IVG par le passé,

près de deux tiers d'entre elles n'avaient qu'un antécédent, un quart en avaient deux, 8.8% avaient trois antécédents et seulement 4.3% en avaient quatre ou davantage.

Une autre étude française(22) incluant 133 femmes ayant eu recours à des IVG répétées retrouve des pourcentages un peu différents, respectivement pour ce même nombre d'antécédents d'IVG 73.7%, 16.5%, 6.8% et 3.0%.

Nos proportions sont davantage superposables à une étude réalisée en Norvège(19) recensant 80 346 demandes d'IVG entre 2007 et 2011. Dans cet échantillon, 36.7% des patientes avaient déjà au moins un antécédent d'IVG. Parmi elles, 68.0% n'avaient qu'un seul antécédent d'IVG et 32.0% en avaient deux ou plus (contre respectivement 61.6% et 38.4% dans notre étude).

Notre analyse secondaire visant à comparer entre elles les patientes ayant un ou plusieurs antécédents d'IVG n'a pas mis en évidence de différence significative quant à leur profil médicosocial. Les extrêmes sont très peu représentés et ce manque de puissance peut peut-être expliquer l'absence de significativité.

On peut cependant observer des tendances : avec l'augmentation du nombre d'antécédents d'IVG, on note une proportion plus importante de femmes seules, ayant été victimes de violences, ayant déjà des enfants, ayant pris la contraception d'urgence et ne s'étant pas présentées à la consultation de suivi post-IVG.

Ces chiffres sont particulièrement parlants chez les femmes seules, qui représentaient 50.8% des patientes n'ayant qu'un antécédent d'IVG, contre respectivement 52.5%, 62.9% et 76.5% des trois autres groupes (respectivement deux antécédents d'IVG, trois antécédents et quatre ou plus).

Les violences concerneraient 19.2% des 245 patientes n'ayant qu'un antécédent d'IVG contre presque la moitié (47.1%) des 17 patientes ayant au moins quatre antécédents d'IVG, sachant qu'elles sont probablement sous-estimées au vu de la quantité de données manquantes affectant cette variable.

La proportion de patientes ayant pris la contraception d'urgence passe de 11% chez les femmes n'ayant qu'un antécédent d'IVG, à 14% chez les femmes ayant deux ou trois antécédents et atteint 17.6% chez les patientes ayant au moins quatre antécédent d'IVG. Ces valeurs plaident à nouveau en faveur d'une meilleure sensibilisation à la contraception d'urgence avec la répétition des IVG.

La présence à la consultation post-IVG chute de manière indéniable avec le nombre d'antécédents : parmi les patientes n'ayant qu'un antécédent d'IVG, 83.3% honorent le rendez-vous, contre respectivement 81.2%, 68.6% et 64.7% dans chacun des trois autres groupes, ce qui peut faire évoquer une sorte de lassitude face à une procédure déjà connue.

La patiente de notre échantillon ayant le plus d'antécédents d'IVG en comptabilisait 8, elle venait donc au centre Flora Tristan en 2021 pour sa neuvième IVG.

Si l'on se focalise sur son profil, on notera qu'elle était âgée de 30 ans, vivait seule, avait 2 enfants, était sans activité professionnelle, tabagique, déclarait consommer de l'alcool (quantité non précisée), avait été victime de violences, n'avait pas de contraception au moment de la conception, a consulté à un terme estimé par l'échographie de 9 SA, a choisi une contraception post-IVG de type LARC et n'est pas venue à consultation post-IVG. Son statut concernant la prise de contraception d'urgence n'a pas été renseigné.

Avec une donnée manquante, elle comptabilise donc cinq des huit facteurs associés à la répétition d'IVG mis en évidence dans cette étude.

Il faut garder à l'esprit que la répétition des IVG sur une courte période n'a pas la même valeur que sur l'ensemble de la vie génitale d'une femme. La mention de cette donnée au travers de l'ensemble de la littérature balayée au fil de ce travail n'a que très peu été renseignée et nous ne l'avions pas non plus concernant cette dernière patiente évoquée.

L'étude épidémiologique de Mazuy et al.(1) publiée en 2014 a repris les données des bulletins d'IVG français remplis entre 1975 et 2011. L'analyse a démontré que la durée moyenne entre deux IVG était de 5 ans entre la première et la deuxième IVG. Avec la répétition des IVG, ce délai se raccourcissait à 4.6 ans entre la deuxième et la troisième puis à 3.8 ans entre la troisième et la quatrième IVG.

Dans l'étude finlandaise précédemment exposée(21), les 179 femmes ayant eu recours à une nouvelle IVG au cours du suivi présentaient une durée moyenne entre les deux épisodes de 26.4 ± 14.9 mois. Il faut tout de même noter que le suivi ne s'étalait que sur 5 ans, ce qui sélectionne donc une faible proportion de patientes réitérant les IVG sur une courte période.

Recenser la date des dernières IVG et donc observer le caractère rapproché ou non des potentielles IVG itératives d'une patiente est difficile à renseigner dans le dossier d'IVG de Flora Tristan tel qu'il est constitué actuellement. Cette donnée n'était renseignée que pour un très faible nombre de patientes et nous n'avons pas pu l'intégrer à notre analyse mais si de futures études venaient à être réalisées à partir des dossiers du CHU d'Angers, il pourrait être intéressant que cette variable soit renseignée.

5. Perspectives

5.1. Repérer les situations à risque

Ce travail a permis de repérer que l'âge, l'absence de conjoint, le tabagisme, les antécédents de violences et la parité exposaient à un risque plus important d'IVG répétées. Peut-être que les femmes concernées par ces facteurs de vulnérabilité ont des préoccupations autres que la gestion de leur fécondité.

Face à ces facteurs de risque, quelles réponses peut-on apporter ? C'est toute l'importance de l'entretien psychosocial proposé à l'ensemble des patientes consultant pour une demande d'IVG au CHU d'Angers. Savoir informer, repérer et orienter les patientes en difficulté s'avère être un premier pas pour les aider.

5.2. Améliorer le repérage des facteurs de vulnérabilité exposant à la répétition des IVG

A la lecture de la bibliographie, d'autres facteurs de vulnérabilité semblent prédisposer à la répétition des IVG, tels que le niveau d'étude et l'environnement affectif.

Par ailleurs, il serait intéressant de rechercher d'autres facteurs pouvant prédisposer aux IVG itératives, tels que la tolérance contraceptive (en particulier des LARC), le suivi gynécologique régulier et la consommation d'autres toxiques.

Les dossiers médicaux de demande d'IVG de Flora Tristan pourraient être complétés de ces paramètres afin de mieux connaître le profil de ces femmes et mieux les accompagner en leur permettant l'accès à un entretien psychosocial notamment.

6. En conclusion

L'IVG est souvent un moment douloureux pour les femmes. Un tiers y seront confrontées au moins une fois dans leur vie, et en moyenne un tiers d'entre elles de manière répétée.

La tendance actuelle montre qu'une proportion moins importante de femmes a recours à l'IVG mais plus souvent de manière répétée.

Prévention primaire et amélioration de l'information autour de la contraception sont des facteurs qui tendent à favoriser un meilleur contrôle de la fécondité en France et qui peuvent en partie expliquer que moins de femmes aient recours à l'IVG. Les professionnels de santé sont de mieux en mieux sensibilisés à l'importance que la patiente choisisse elle-même sa contraception et qu'elle en connaisse les effets indésirables pour permettre une meilleure adhésion au mode contraceptif choisi.

Néanmoins, force est de constater que ces paramètres ne sont pas les seuls acteurs prévenant la survenue des grossesses non programmées. Notre travail a pu mettre en lumière le fait que la contraception n'était pas à elle seule un facteur limitant les IVG répétées puisque justement le taux de couverture contraceptive était plus important chez les patientes réitérant les IVG.

On a pu mettre en évidence une proportion plus importante de facteurs de vulnérabilité tels que l'âge, la parité, l'isolement (absence de conjoint), le tabagisme et les antécédents de violences chez les patientes ayant eu recours plusieurs fois à l'IVG. Le défi actuel est de mieux prévenir, cibler et prendre en charge ces facteurs de vulnérabilité.

Mieux repérer les femmes à risque de recourir de manière itérative à l'IVG dans le but de mieux les accompagner de façon globale se révèle être un enjeu de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365-98.
2. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répétée. *Popul Sociétés*. 1 janv 2015;N° 518(1):1-4.
4. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés*. 2012;492(8):1-4.
5. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. 25 sept 2017;8.
6. Vigourex S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):777-85.
7. Décret n° 2022-258 du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé [Internet]. Légifrance. 2022 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245276>
8. Contraception - Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2018 [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
9. Vigourex S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1462-76.
10. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R, Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: a survey of women in five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. avr 2014;19(2):93-101.
11. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. Education.gouv.fr. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur:

12. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
13. Bulletin officiel n°46 du 14 décembre 2006 [Internet]. Education.gouv.fr. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2006/46/MENE0603070C.htm>
14. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 août 2013;61(4):291-8.
15. Haddad S, Arnaud A, Maurice S, Pueyo S. Healthcare itinerary of women undergoing an abortion according to their vulnerability. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 1 oct 2018;47(8):371-7.
16. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2014 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
17. Sabrina Volant. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. Insee. 2017 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
18. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion - a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. oct 2011;16(5):369-77.
19. Justad-Berg RT, Eskild A, Strøm-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(11):1175-80.
20. St. John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception*. 1 janv 2005;71(1):31-4.
21. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 1 août 2008;78(2):149-54.
22. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles MJ. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 janv

23. Picavet C, Goenée M, Wijsen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 oct 2013;18(5):327-34.
24. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éd. INPES; 2007. (Baromètres santé).
25. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: Analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health*. 1 juin 2005;15(3):262-9.
26. Guignard R, François B, Richard JB, P. PW. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. [Internet]. 2013 [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabc/le-tabagisme-en-france.-analyse-de-l-enquete-barometre-sante-2010>
27. Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA. Risk factors for repeat elective abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1 déc 2007;197(6):575.e1-575.e6.
28. Haddad S, Martin-Marchand L, Lafayesse M, Saurel-Cubizolles MJ. Repeat induced abortion and adverse childhood experiences in Aquitaine, France: a cross-sectional survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. févr 2021;26(1):29-35.
29. Bleil ME, Adler NE, Pasch LA, Sternfeld B, Reijo-Pera RA, Cedars MI. Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1 févr 2011;204(2):122.e1-122.e6.
30. Pinton A, Hanser AC, Metten MA, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2017;45(7):416-20.
31. Légifrance. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. 2022-295 mars 2, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
32. Keene M, Roston A, Keith L, Patel A. Effect of previous induced abortions on postabortion contraception selection. *Contraception*. 1 mai 2015;91(5):398-402.
33. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

34. Harvey C, Seib C, Lucke J. Continuation rates and reasons for removal among Implanon® users accessing two family planning clinics in Queensland, Australia. *Contraception*. 1 déc 2009;80(6):527-32.
35. Fang NZ, Sheeder J, Teal SB. Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception*. 1 oct 2018;98(4):292-5.
36. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : flowchart	12
Figure 2 : répartition des effectifs en fonction du nombre d'antécédent d'IVG par femme à la consultation de demande	14
Figure 3 : distribution des catégories d'âges dans les groupes A et B	26
Figure 4 : profil contraceptif du groupe A (anneau intérieur contraception pré-IVG ; anneau extérieur contraception post-IVG)	27
Figure 5 : profil contraceptif du groupe B (anneau intérieur contraception pré-IVG ; anneau extérieur contraception post-IVG)	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : caractéristiques médico-sociales	13
Tableau II : caractéristiques médico-sociales des patientes ayant au moins un antécédent d'IVG (groupe B) comparées à celles des patientes n'ayant jamais réalisé d'IVG (groupe A)	16
Tableau III : caractéristiques médico-sociales des patientes ayant au moins deux antécédents d'IVG (groupe B \geqslant 2) comparées à celles des patientes n'en ayant qu'un (groupe B1)	18
Tableau IV : caractéristiques médico-sociales en fonction du nombre d'antécédent d'IVG ...	20
Tableau V : modèles de Poisson univarié et multivarié recherchant des variables associées à une augmentation du nombre moyen d'IVG.....	23

ANNEXES

Annexe 1 : Indice de Pearl(36).

Mesure de l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive par estimation du pourcentage

de grossesses non désirées sur un an d'utilisation.

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace



Annexe 2 : dossier standardisé vierge créé lors de la consultation de demande d'IVG.

Prise en charge par le Dr Date de dernière mise à jour Titre

1. Antécédents médicaux

3. Allergies Cliquer sur l'icône Dossier jaune dans le coin en haut à gauche puis sélectionner Antécédents pour consulter et saisir les allergies

5. Traitement

6. Groupe sanguin Rhésus Carte de groupe sanguin vue
 Oui Non

9. Violences subies
 Oui Non

10. Antécédents obstétricaux (dates, précisions, ...)

Naissance vivante :
Mort-né :
Fausse couche spontanée :
Fausse couche avec curetage :
TG :
IVG :
GEU :

2. Antécédents chirurgicaux

4. Antécédents familiaux

7. Tabac
 Oui Non

Note tabac

8. Alcool Combien ?
 Oui Non
Poids kg Taille cm IMC kg/m²

FDR cardio-vasculaires

Risque thromboembolique
 Oui Non

Nb enfants (*) 0

Nb ATCD IVG (*) 0

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	5
1. Schéma d'étude	5
2. Population étudiée.....	5
3. Recueil des données	6
4. Variables d'intérêt.....	7
5. Analyse des données	9
6. Autorisations	10
RÉSULTATS.....	11
1. Répartition de la population analysée.....	11
2. Description de l'échantillon	13
3. Facteurs exposant à la répétition des IVG	15
3.1. Comparaison des femmes ayant au moins un antécédent d'IVG à celles n'ayant jamais réalisé d'IVG.....	15
3.2. Comparaison des femmes ayant au moins deux antécédents d'IVG à celles n'en ayant qu'un.....	17
3.3. Comparaison en sous-groupes au sein du groupe B	19
3.4. Détermination d'un ratio de prévalence de l'association	22
3.5. A propos de l'âge.....	25
3.6. Comparaison du profil contraceptif.....	26
DISCUSSION	28
1. Biais	28
1.1. Biais de recueil des données	28
1.2. Biais de mesure	29

2. Faiblesses de l'étude	30
3. Forces de l'étude	30
3.1. Effectif	30
3.2. Élimination du facteur de confusion qu'est l'âge	30
3.3. Analyse de variables peu étudiées	31
4. Comparaison avec les données de la littérature.....	31
4.1. Un profil médico-social à risque ?.....	31
4.2. Importance de la contraception	43
4.3. Les facteurs prédisposants à la répétition des IVG sont-ils plus fréquents avec l'augmentation du nombre d'antécédents ?	48
5. Perspectives	52
5.1. Repérer les situations à risque.....	52
5.2. Améliorer le repérage des facteurs de vulnérabilité exposant à la répétition des IVG	52
6. En conclusion.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
LISTE DES FIGURES.....	59
LISTE DES TABLEAUX	60
ANNEXES	61
TABLE DES MATIERES.....	63
SEREMENT D'HIPPOCRATE	65

SEREMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Étude comparative du profil médico-social des patientes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG) en 2021 au CHU d'Angers selon leur(s) antécédent(s) d'IVG

RÉSUMÉ

Contexte : Depuis la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975, le nombre d'IVG en France a d'abord augmenté puis s'est stabilisé et reste relativement constant depuis les années 2000, à raison d'environ 220 000 IVG par an en France métropolitaine. Néanmoins, derrière la stabilité de ce chiffre se cache une variabilité de ses paramètres : moins de femmes ont recours à l'IVG, mais plus souvent de manière répétée.

Objectif : Déterminer le profil médico-social des patientes ayant recours à des IVG de manière répétée. Rechercher des facteurs de vulnérabilité exposant à la répétition des IVG.

Matériel et méthodes : Étude épidémiologique quantitative, comparative, rétrospective sur l'ensemble des IVG réalisées en 2021 au centre d'orthogénie Flora Tristan du CHU d'Angers. Recueil des données à partir de dossiers standardisés remplis par les médecins réalisant la consultation de demande d'IVG.

Résultats : Sur les 1388 consultations de demande d'IVG réalisées en 2021, 1117 patientes ont été analysées. Parmi elles, 398 (soit 35.6%) avaient au moins un antécédent d'IVG. En les comparant aux patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG, les patientes ayant déjà réalisé au moins une IVG par le passé étaient plus âgées, plus souvent seules (sans conjoint), tabagiques, ne consommant pas d'alcool, avaient déjà subi des violences, avaient déjà un ou des enfants, prenaient plus souvent la contraception d'urgence, avaient plus souvent une contraception au moment de la conception et venaient moins souvent à la consultation post-IVG. L'analyse en sous-groupes comparant entre elles les patientes ayant au moins un antécédent d'IVG n'a pas montré de différence significative selon le nombre d'IVG passées mais a mis en évidence une tendance au cumul de ces facteurs prédisposants avec le nombre d'antécédent d'IVG.

Conclusion : A l'instar des études publiées sur le sujet, l'âge, la parité, l'isolement, le tabagisme, les antécédents de violences et le type de contraception sont des variables déterminantes dans la répétition des IVG.

Mots-clés : interruptions volontaires de grossesses (IVG) répétées ; facteurs de vulnérabilité ; facteurs de risque ; contraception ; profil médico-social.

Comparative study of the medico-social profile of patients who underwent an abortion in 2021 at the University Hospital of Angers based on their history of previous abortion(s)

ABSTRACT

Background : Since legal validation of abortion in 1975, the number of abortions initially increased, then stabilized, and has remained at around 220,000 abortions per year since the 2000s in metropolitan France. However, behind the stability of this figure, there is hidden a variability of its parameters : fewer women resort to abortion, but they do so more frequently.

Aim : To determine a typical medico-social profile of patients having repetitive abortions. To identify vulnerability factors that predict repetitive abortions.

Material and methods : A quantitative, comparative, retrospective epidemiological study was conducted on all abortions performed in 2021 at the Flora Tristan family planning of the University Hospital of Angers. Data recording was based on standardized medical files filled in by the doctors carrying out the consultation for abortion request.

Results : Out of the 1388 consultations for abortion requests conducted in 2021, 1117 patients were analyzed. Among them, 398 (35.6%) had at least one previous abortion. Compared to the patients who have no underwent previous abortion, patients who have ever underwent abortion were older, more frequently alone (without partner), smokers, non-alcohol consumers, victims of violence, parous, took emergency contraception, used contraception at the time of conception, and did not attend the follow-up visit. Subgroup analysis comparing patients with at least one previous abortion did not reveal significant differences but showed a trend in adding risk factors with the number of abortions.

Conclusion : Like the other studies on this subject, age, parity, social isolation, smoking, violence, and contraception are determining variables in iterative abortions.

Keywords : repetitive abortion ; vulnerability factors ; risk factors ; contraception ; medico-social profile.