

Impact de l'Interruption Volontaire de Grossesse sur les trajectoires contraceptives

Contexte

En France, malgré une prévalence contraceptive qui avoisine les 100%, et qui de surcroît est fortement médicalisée (84% des femmes sous contraception utilisent la pilule ou le stérilet) [1], l'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste un événement reproductif fréquent, qui concerne près de 15‰ femmes par an. Cette situation invite à s'interroger sur les circonstances de survenue des IVG et à envisager plusieurs hypothèses. On peut d'une part se demander si les femmes qui ont une IVG gèrent moins bien la pratique de leur contraception au quotidien, ce qui pourrait conduire à des taux d'efficacité des méthodes inférieurs à ceux observés en population générale. On peut également évoquer l'hypothèse, pour ces femmes, d'un profil contraceptif particulier, moins médicalisé, qui traduirait des choix différents en matière de contraception. Plusieurs études antérieures soutiennent cette deuxième hypothèse, en montrant que les IVG surviennent chez des femmes souvent sans contraception ou pratiquant une méthode non médicalisée [2] [3] [4] [5]. Cette moindre prévalence contraceptive en général et des méthodes médicalisées en particulier ne doit cependant pas être interprétée sans la resituer dans une perspective biographique. Celle-ci peut en effet tout aussi bien traduire un écart permanent à la norme contraceptive, (médicalisée en France) qui renvoie à l'idée d'un rapport particulier de ces femmes à la contraception, qu'exprimer un accident dans un parcours qui rejoint par ailleurs le profil contraceptif de la population générale.

Ces différentes hypothèses n'ont jusqu'à présent pas été testées car elles exigent que cette lecture biographique des pratiques contraceptives soit effectuée avant et après l'IVG, données dont ne disposaient pas les enquêtes antérieures. Le premier objectif de cette étude sera d'aborder cette question en décrivant l'évolution des pratiques contraceptives dans l'année qui entoure l'IVG (6 mois avant, au cours du mois précédent, au cours du mois suivant, 6 mois après). Nous nous intéresserons ainsi à la spécificité du profil contraceptif des femmes juste avant une IVG, par rapport à la population générale et par rapport à leur propre trajectoire contraceptive.

La prise en charge médicale de l'IVG est l'occasion d'un contrôle social et médical qui s'exerce dans le sens d'une forte remédicalisation de la contraception après une IVG [6]. Le deuxième objectif de cette étude sera de décrire les modifications de pratiques contraceptives juste après l'IVG, en analysant tout particulièrement les facteurs qui sont associés à la médicalisation qui s'opère à cette occasion.

Population et méthodes

Les données sont issues de l'enquête Cocon, enquête socioépidémiologique de cohorte sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France. L'enquête réunit un échantillon représentatif de 2863 femmes âgées de 18 à 44 ans, interrogées une première fois par téléphone entre septembre 2000 et janvier 2001 et suivie ensuite tous les ans pendant 5 ans. La présente étude porte sur les 163

femmes dont l'IVG a eu lieu au cours des 5 dernières années et correspond à la dernière grossesse non prévue.

Le questionnaire dont sont issues les données a été réalisé en 2000, durait en moyenne 40 minutes et recueillait, entre autre, des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes, sur leur biographie contraceptive et génésique passée, ainsi que sur les circonstances de survenue de la dernière grossesse non prévue. Les femmes répondaient également à un module spécifique sur la prise en charge de leur dernière IVG.

Dans un premier temps, nous étudierons l'évolution du profil contraceptif des femmes autour de l'IVG (6 mois avant, juste avant, juste après et 6 mois après) en comparant ces différents profils à celui de la population générale, standardisée pour la rendre comparable (du point de vue de l'âge, de la situation de vie en couple et du nombre d'enfants) aux femmes qui ont eu une IVG récemment.

Nous nous intéresserons ensuite aux facteurs qui distinguent les femmes qui ont une contraception médicalisée (pilule ou stérilet) après l'IVG. Cette seconde analyse sera réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique classique.

Principaux résultats.

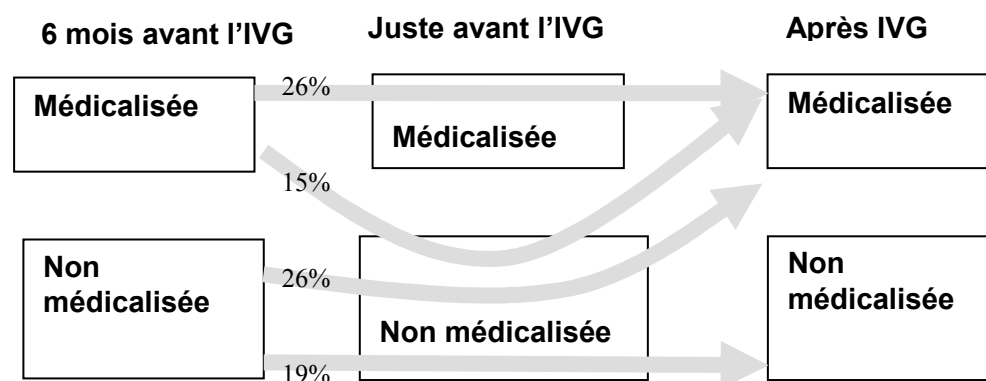
1 Evolution de la trajectoire contraceptive des femmes autour de l'IVG

Le profil contraceptif des femmes qui recourent à une IVG s'écarte sensiblement de celui de la population générale. Ces femmes ont en général une couverture contraceptive moins étendue et utilisent plus souvent des méthodes non médicalisées : au total 32,6% d'entre elles utilisent une contraception médicalisée (essentiellement la pilule) juste avant une IVG contre 77,2% en population générale. Cette situation contraceptive particulière des femmes qui recourent à une IVG apparaît comme un moment particulier de leur trajectoire contraceptive : dans 50% des cas elles ont changé de contraception dans les 6 mois qui précèdent l'IVG, tandis qu'en population générale on ne compte que 16% de changements sur la même période. Ces changements de contraception s'observent plus souvent dans le sens d'une démedicalisation de la contraception. Six mois avant l'IVG 50,9% des femmes utilisaient une méthode médicalisée, tandis qu'elles ne sont plus que 32,6% au cours du mois qui précède l'IVG. Cette utilisation plus fréquente des méthodes contraceptives médicales 6 mois avant l'IVG reste néanmoins en deçà du niveau de médicalisation de la population générale.

L'IVG est l'occasion d'une très forte médicalisation de la contraception, puisque le profil contraceptif des femmes après l'IVG rejoint le niveau de médicalisation de la population générale (71,3% contre 77,2 %, $p=0,20$). Ce niveau de médicalisation après l'IVG se maintient ensuite dans le temps, sans retour au schéma faiblement médicalisé du moins à un horizon de 6 mois.

Ces différentes mesures de la contraception dans l'année qui entoure l'IVG permettent d'identifier quatre types de trajectoires contraceptives (fig 1), qui décrivent à elles seules 86% des parcours : jamais médicalisé, démedicalisé juste avant l'IVG, médicalisé à la suite de l'IVG, toujours médicalisé.

Fig. 1 : Principales trajectoires contraceptives dans l'année qui entoure l'IVG



2 Facteurs liés à la médicalisation de la contraception après l'IVG

Près de 2/3 des femmes ont adopté une contraception médicalisée après l'IVG : 54,9% la pilule et 12,4% le stérilet. Cette médicalisation des pratiques contraceptives dépend des caractéristiques socio démographiques des femmes : elle est plus importante chez les femmes jeunes, chez les plus diplômées, ainsi que chez celles qui bénéficient d'une assurance de santé complémentaire. Elle dépend également de la pratique contraceptive des femmes avant l'IVG : le choix d'une contraception médicalisée après l'IVG est en particulier plus fréquent chez les femmes qui utilisaient une contraception médicale 6 mois avant cet événement. Enfin, la médicalisation était plus souvent observée parmi les femmes qui avaient eu un entretien social avant l'IVG.

Conclusion

Cette étude montre que les périodes de transition de contraception sont des phases où les femmes sont beaucoup plus exposées au risque de grossesse non prévue et donc au risque d'avortement. Cela devrait inciter les professionnels de santé prescripteurs de contraception à prévenir les femmes pour mieux les préparer à traverser ces phases de transition sans prendre de risque de grossesse. Par ailleurs, cette étude montre qu'il existe des disparités sociales dans le fait d'avoir une contraception médicalisée après l'IVG : les femmes moins favorisées en ont moins souvent, et devraient, à ce titre, pouvoir bénéficier d'une attention toute particulière lors des consultations de planification familiale autour de l'IVG.

Bibliographie

1. Leridon, H., et al., *La médicalisation croissante de la contraception en France*. Population et Société, 2002(381): p. 1-4.
2. Sparrow, M.J., *The use of behavioral methods of contraception in women seeking abortion*. N Z Med J, 1997. **110**(1054): p. 393-5.
3. Jones, R.K., J.E. Darroch, and S.K. Henshaw, *Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001*. Perspect Sex Reprod Health, 2002. **34**(6): p. 294-303.

4. Larsson, M., et al., *Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2002. **81**(1): p. 64-71.
5. Price, S.J., et al., *Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London*. Public Health, 1997. **111**(6): p. 377-82.
6. Bajos, N., M. Ferrand, and e.l.é. Giné, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM ed, ed. INSERM. 2002: INSERM. 345.