

Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes-Maritimes et du Var Est: réalités et perspectives

Amélie L'Heudé

▶ To cite this version:

Amélie L'Heudé. Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes-Maritimes et du Var Est: réalités et perspectives. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01936914

HAL Id: dumas-01936914 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936914

Submitted on 27 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes Maritimes et du Var Est : réalités et perspectives

Présentée et soutenue publiquement à LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE le 20 Avril 2018

par Madame Amélie L'HEUDÉ

née le 19 septembre 1989 à Pithiviers (45)

Jury de la Thèse

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE Président du Jury

Monsieur le professeur Gilles GARDON Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON Assesseur

Madame le Docteur Anne-Sophie GOBENCEAUX Directrice de thèse

Page | 1

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS





Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

 Doyen
 M. BAQUÉ Patrick

 Vice-Doyen
 M. BOILEAU Pascal

Assesseurs M. ESNAULT Vincent

M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel M. HARTER Michel

M. BATT Michel M. HARTER Michel M. BLAIVE Bruno M. INGLESAKIS Jean-André M. BOQUET Patrice M. JOURDAN Jacques M. BOURGEON André M. LALANNE Claude-Michel M. BOUTTÉ Patrick M. LAMBERT Jean-Claude M. BRUNETON Jean-Noël M. LAZDUNSKI Michel Mme BUSSIERE Françoise M. LEFEBVRE Jean-Claude M. CAMOUS Jean-Pierre M. LE FICHOUX Yves M. CANIVET Bertrand Mme LEBRETON Elisabeth M. CASSUTO Jill-patrice M. LOUBIERE Robert M. CHATEL Marcel M. MARIANI Roger M. COUSSEMENT Alain M. MASSEYEFF René Mme CRENESSE Dominique M. MATTEI Mathieu M. DARCOURT Guy M. MOUIEL Jean

M. MATTEI Mathieu

M. DARCOURT Guy

M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. ORTONNE Jean-Paul

M. DEMARD François

M. PRINGUEY Dominique

M. DESNUELLE Claude

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. TOUBOL Jacques

M. FREYCHET Pierre M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. GILLET Jean-Yves M. ZIEGLER Gérard





Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard

MIle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle M. EMILIOZZI Roméo M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques **Mme MEMRAN Nadine** M. MENGUAL Raymond M. PHILIP Patrick M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire







Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

rologie (52.04)
J

M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)

M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
 M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)

M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)

M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)
 M. GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)
 M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)
 M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)

M. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)

M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
 Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. LACOUR Jean-Philippe
 M. LEFTHERIOTIS Geogres
 Dermato-Vénéréologie (50.03)
 Physiologie- médecine vasculaire

M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)

M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)

M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
 M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)

M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
 M. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)

M. SANTINI Joseph O.R.L. (55.01)

M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
 M. TRAN Albert Hépato Gastro-entérologie (52.01)





Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pedopsychiatrie (49.04)		
	DAOUÉ DA LL	4		

M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
 M. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)

M. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)

MmeBLANC-PEDEUTOUR FlorenceCancérologie – Génétique (47.02)M.BONGAIN AndréGynécologie-Obstétrique (54.03)

MmeBREUIL VéroniqueRhumatologie (50.01)M.CASTILLO LaurentO.R.L. (55.01)

M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)

M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)

M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)

M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)
 M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)

M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)

M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
 M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)

M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)

MmeRAYNAUD DominiqueHématologie (47.01)M.ROSENTHAL ÉricMédecine Interne (53.01)M.SCHNEIDER StéphaneNutrition (44.04)

M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)

M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)



Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Membre de UNIVERSITÉ **CÔTE D'AZUR**





Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

MmeHINAULT CharlotteBiochimie et biologie moléculaire (44.01)M.HUMBERT OlivierBiophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

MmeLAMY BrigitteBactérilogie-virologie (45.01)MmeLEGROS LaurenceHématologie et Transfusion (47.01)MmeLONG-MIRA ElodieCytologie et Histologie (42.02)

MmeMAGNIÉ Marie-NoëllePhysiologie (44.02)MmeMOCERI PamelaCardiologie (51.02)

MmeMUSSO-LASSALLE SandraAnatomie et Cytologie pathologiques (42.03)M.NAÏMI MouradBiochimie et Biologie moléculaire (44.01)MmePOMARES ChristelleParasitologie et mycologie (45.02)

Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)

M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)





Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

DURAND Matthieu Urologie (52.04) M.

Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) M. **ILIE Marius**

PROFESSEURS ASSOCIÉS

GARDON Gilles Médecine Générale (53.03) M. Mme **HURST Samia** Thérapeutique (48.04) PAPA Michel Médecine Générale (53.03) M.

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03) M Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03) M. **HOGU Nicolas** Médecine Générale (53.03) Mme **MONNIER Brigitte** Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

BERTRAND François M. Médecine Interne

BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie M.

CHEVALLIER Daniel Urologie M.

FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation Mme JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes M.

ODIN Guillaume M. Chirurgie maxilo-faciale PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie M. M. **PICCARD Bertrand Psychiatrie** M. QUARANTA Jean-François Santé Publique





<u>REMERCIEMENTS</u>

Je tiens à remercier le Professeur Jérôme Delotte pour sa disponibilité, son accessibilité et sa bienveillance à mon égard. Cher Professeur, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter le poste de Président du jury car cela me tenait particulièrement à cœur. Lors de notre première rencontre, vous avez su immédiatement m'écouter, faire preuve de compréhension et de compassion à mon égard et je vous en suis très reconnaissante. Merci de m'avoir soutenue dans tous mes projets et de me laisser l'opportunité d'en créer de nouveaux à vos côtés. La gynécologie-obstétrique est ma spécialité de cœur et vous en êtes le digne représentant.

Je tiens à remercier le Professeur Gilles Gardon de m'avoir fait l'honneur d'accepter de venir siéger dans ce jury alors que nous ne nous connaissions pas. Professeur, votre excellente réputation a orienté mon choix. Vous êtes très apprécié au sein de mes confrères. J'espère que ce sujet de thèse va vous intéresser.

Je tiens à remercier le Professeur Jean-Basptiste Sautron de m'avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury. Professeur, vous savez tout l'intérêt que je vous porte et c'est avec une grande joie que j'ai reçu votre réponse. Ces six mois passés à vos côtés dans votre cabinet auprès de votre patientèle m'ont été très agréables. J'y ai acquis entre autres, confiance en moi et maturité nécessaire pour pouvoir envisager sereinement l'avenir. Votre soutien m'a permis d'avancer et de repartir du bon pied suite à la situation particulière à laquelle j'ai dû faire face durant le stage. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre gentillesse à mon égard. Je vous remercie également de m'avoir éclairée et guidée sur ce sujet de thèse, lorsque mes idées étaient encore obscures.

Je tiens à remercier le Docteur Anne-Sophie Gobenceaux, pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, m'avoir soutenue et épaulée durant ce long travail avec patience et bienveillance. Anne-Sophie, tout d'abord merci d'avoir été présente dans un des moments les plus difficiles de mon internat. Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans cette spécialité que tu aimes tant. Mon seul regret reste de ne jamais avoir pu exercer à tes côtés dans le service de gynécologie-obstétrique de Fréjus. Je sais qu'auprès de toi, j'aurais appris énormément. Cette thèse nous a permis d'entretenir les liens qui nous unissaient et je vais essayer de tout faire pour qu'ils soient pérennes par la suite. Encore merci pour tout, je n'oublierai jamais ce que tu as fait pour moi. J'ai hâte que nous puissions retravailler ensemble à l'avenir.

Je tiens à remercier mon conjoint pour sa patience, son soutien et son amour tout au long de ces cinq dernières années. Fabien, je sais que cette traversée universitaire a été très longue et très mouvementée et je te remercie d'avoir toujours été à mes côtés même dans les moments les plus difficiles bien qu'ils aient été nombreux. Tu as été ma lanterne lorsque je n'arrivais plus à y voir clair, et mon moteur pour me surpasser. Ton amour me rend heureuse chaque jour un peu plus. Tu m'as fait le plus beau des cadeaux en acceptant que l'on monte ce projet professionnel à deux et je sais que malgré toutes les difficultés rencontrées, nous allons y arriver. Notre rêve va enfin pouvoir se réaliser. Je crois en toi, je crois en nous. Je t'aime de tout mon cœur.

Je tiens à remercier toute ma famille pour avoir toujours été à mes côtés depuis le début de ces études malgré vents et marées.

Merci maman et papa d'être toujours présents y compris lors des multiples épreuves qu'il a fallu surmonter. Merci d'avoir tout fait pour me permettre de réaliser mon rêve depuis toute petite : mes études de médecine. Merci pour votre amour et votre soutien sans lequel je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir appris comment être forte, combative mais aussi empathique et à l'écoute des autres. Il n'y a pas assez de mots pour vous déclarer toute ma reconnaissance et mon amour, mais ce qui compte c'est avant tout tous ces instants que l'on partage ensemble jour après jour. Merci d'être des parents extraordinaires.

Valérian, mon frère merci d'être toujours là pour les meilleurs comme les moins bons moments. Ton soutien me porte chaque jour et je sais que notre lien fraternel est inébranlable. Gabrielle, merci de le rendre heureux chaque jour et d'être une belle-sœur extraordinaire.

Papé et Mamette, merci pour tout votre soutien. Vous m'avez choyée et offert la meilleure des bibliothèques de médecine. C'est en partie grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Vous avez toute ma gratitude et mon affection.

Papi et mamie, merci pour votre affection et votre joie de vivre. J'ai toujours pu compter sur vous et je vous en remercie. Je vous transmets toute mon affection.

Tous mes oncles, tantes et cousines, merci d'avoir toujours été présents à mes côtés et pour toute votre affection.

Michel et Isabelle, merci de nous épauler avec Fabien dans ce projet professionnel délicat. Votre aide nous est très précieuse. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Famille Parry et Famille Roux, merci pour votre soutien et votre bienveillance depuis cinq ans. Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans vos familles car je suis très fière d'en faire partie.

Serge et Valérie, je vous inclus dans le paragraphe famille car vous faites partie de ma famille de cœur depuis mon enfance. J'ai grandi à vos côtés et encore ce jour vous me permettez de

m'épanouir avec vos réflexions toujours très justes et pertinentes. Merci pour tout votre soutien, votre bienveillance et cette bonne humeur inébranlable qui fait de chaque jour une fête. A très vite pour de nouvelles aventures.

Je tiens également à remercier tous mes amis sans exception, pour leur soutien, leur joie de vivre et leur patience tout au long de ces dix années de médecine. Mentions spéciales à :

Mathilde B. tu es la meilleure des amies que je pouvais espérer. Tu es ma sœur de cœur et je n'aurais jamais réussi sans toi. Merci pour tous ces bons moments et tous ces fous rires qui nous sont propres. Merci d'avoir toujours été là au long de ces dix dernières années. Seules toi et moi savons par où nous sommes passées toutes les deux et en particulier au cours de cette fameuse D4! Cependant nous en sommes sorties ensembles et plus fortes que jamais. Tu es la meilleure et je t'aime très fort.

Anthony et Loyaa, ma famille de cœur depuis toujours. Anthony tu m'as aidée à grandir depuis l'enfance et tu as toujours été là pour moi sans aucune exception. Je sais que je peux toujours compter sur toi tant dans les fous rires et la fête que dans les moments difficiles. Je te suis très reconnaissante de tout ce que tu as toujours fait pour moi. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude et mes sentiments les plus sincères.

Mathilde D. merci pour ton soutien qui a été capital et décisif. Merci d'avoir su répondre à mes demandes dans l'urgence, avec beaucoup de pertinence. Je n'y serais jamais arrivée sans toi. Tu seras la meilleure des professeurs je n'ai aucun doute là-dessus. Merci également pour tous ces bons moments passés ensembles, cela me manque. Une fois tous ces évènements passés je vais tout faire pour venir te voir à Limoges et profiter à nouveau de cette belle complicité.

Marion et DE, merci pour tout. Cela ne fait pas très longtemps que l'on se connaît mais pourtant j'ai l'impression de vous connaître depuis toujours. Merci pour votre soutien inébranlable et pour tous ces bons moments passés ensembles. Marion, merci d'être une amie extraordinaire toujours disponible et à l'écoute malgré un bébé tout neuf et une carrière complexe. Je suis très heureuse d'avoir pu vous rencontrer tous les deux et d'avoir fait partie du début de votre histoire. Merci pour la confiance que vous avez mise en moi, j'espère en avoir été digne. Vous faites partie de mes amis de cœur et j'ai hâte qu'on puisse à nouveau profiter de la vie ensemble.

Tiphanie, ma belle, merci pour ta bienveillance et ton amitié sans faille. On se connaît depuis peu mais j'ai tout de suite su que tu étais une femme extraordinaire. Nos nuits de discussions sans fin en DIU étaient mémorables et ont scellé cette belle amitié. Malgré les kilomètres qui nous séparent, je sais que tu es toujours à mes côtés. J'ai hâte de te revoir et de poursuive cette belle histoire d'amitié qui débute.

Caro et Benoit, merci pour tout votre soutien et votre joie de vivre quotidienne. Vous avez

toujours été présents pour moi et je vous en suis très reconnaissante. C'est toujours un grand bonheur de vous voir et je sais que dans 30 ans nous ne pourrons plus compter les bons moments passés ensemble.

Audrey, ma poulette merci d'avoir partagé tous ces bons moments et ces coups de folies avec moi alors que nous vivions un enfer. Je suis très heureuse de t'avoir rencontrée car tu es une belle personne et un excellent médecin. Je souhaite qu'on poursuive cette amitié sincère.

Estelle, cela ne fait pas longtemps que l'on se connaît mais ta joie de vivre et ta personnalité m'ont déjà conquise. Merci pour tout ton soutien. J'ai hâte que l'on continue cette belle histoire d'amitié.

Cora, ta bonne humeur et ton enthousiasme font de tous ces moments passés ensemble un véritable bonheur. Merci pour ton soutien. A bientôt pour de nouvelles aventures.

Anissa ma belle, tant de choses à dire. Merci pour ta joie de vivre et ton esprit toujours pétillant que j'adore par-dessus tout. Merci de m'avoir soutenue dans des moments houleux et d'être une amie fidèle. J'espère pouvoir te revoir rapidement.

Charlotte, merci pour ton soutien dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu as été une coloc extraordinaire. Tu es une personne que j'apprécie énormément et j'ai hâte qu'on se revoit à tête reposée pour pouvoir profiter de la vie ensemble.

Ghyslaine et Marjorie, vous êtes des filles en or. Je vous décerne le titre de meilleure secrétaire et meilleure juriste de tous les temps. Merci pour votre soutien et ces supers moments passés ensemble. Ne vous inquiétez pas, il en arrivera encore plein d'autres.

François, merci pour tous ces fous rires et ces heures de bavardage à n'en plus finir. Merci pour ton soutien et ta bienveillance à mon égard. Tu es un ami et un co-interne extraordinaire. Dalila, tu es une personne toujours pleine de vie et de ressources. Je te remercie d'avoir toujours été présente à mes côtés. Ton soutien a été d'une grande qualité. Je vais tout faire pour qu'on se revoie très vite.

L'équipe des internes SSR de Cimiez, merci à tous pour votre soutien et ces nombreux fous rires. Je me rappellerai toute ma vie de ce dernier jour de stage d'internat!

Bruno, Nathalie, Betty, Léo, merci de m'accueillir chez vous comme si je faisais partie de la famille. J'adore passer tous ces bons moments avec vous et j'ai toujours hâte de revenir. Merci de m'avoir soutenue et écoutée avec bienveillance et intérêt. Mon périple parisien va bientôt se terminer donc je compte bien vous accueillir prochainement chez moi à Beaulieu sur Mer. Je vous apprécie énormément et vous témoigne toute mon affection.

Florian et Laurène, tant de choses à dire. Merci de m'avoir toujours soutenue et d'être toujours présents pour Fabien comme pour moi. Vous êtes des amis en or. J'ai hâte d'être au mariage et de passer encore une multitude de moments avec vous! A très vite!

Nicolas et Delphine, je suis très heureuse d'avoir pu vous rencontrer grâce à Fabien car vous êtes des personnes que j'apprécie énormément. Merci pour tous ces bons moments passés

ensemble et pour votre soutien. On se revoit très vite.

Je tiens à remercier toutes les personnes bienveillantes avec qui j'ai apprécié de travailler tout au long de mon cursus, tant poitevin que niçois. Merci tout particulièrement à Jacky Liaigre, Jean-Sébastien Aucouturier, Anne-Sophie Gobenceaux, Christine Abad, Jean-Baptiste Sautron, Véronique Mailland, Guillaume Sacco et Cyprien Arlaud; car vous avez tous marqué un bout de mon histoire, chacun à votre manière. Je n'oublierai jamais ce que vous m'avez apporté et je vais tout faire pour entretenir les liens qui nous unissent.

Je tiens à remercier également toutes les personnes qui travaillent dans les services d'orthogénie des hôpitaux de Nice, Fréjus, Grasse et Cannes et qui m'ont permis de mener à bien cette étude. Merci pour votre aide, votre réactivité, votre professionnalisme et votre patience.

Je tiens particulièrement à remercier François Machuron pour le travail exemplaire qu'il a réalisé. François, mille fois merci pour ta patience, ton professionnalisme, ton travail, ta gentillesse et ta bienveillance à mon égard. Sans toi ce travail n'aurait jamais pu se faire. Tu m'as aidé, écouté et soutenu d'une façon extraordinaire. Je tenais à te témoigner toute ma reconnaissance et mes sentiments les plus sincères. Encore merci.

TABLE DES MATIÈRES

<u>RÉSUMÉ</u>	15
INTRODUCTION	16
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
Patientes	18
Recueil de données	18
Consentement	21
Statistiques	22
Ethique	22
Critères de jugement principal et secondaires	22
RÉSULTATS	23
Population	25
Axes majeurs des pratiques professionnelles contraceptives	25
Mise en place des dispositifs LARC et facteurs pouvant l'influencer	29
DISCUSSION	31
Population	32
Axes majeurs des pratiques professionnelles contraceptives	34
Mise en place des dispositifs LARC et facteurs pouvant l'influencer	40
Limites	42
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
<u>ANNEXES</u>	47
SERMENT D'HIPPOCRATE	51

<u>RÉSUMÉ</u>

Introduction Parmi les femmes françaises réalisant un avortement, la part de celles y ayant recours de façon répétée a triplé en 40 ans. L'augmentation du nombre d'avortements itératifs pourrait être le témoin d'un défaut d'adaptation des pratiques professionnelles contraceptives à cette population singulière de patientes. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la modification de la méthode contraceptive prescrite en post abortum par rapport à celle utilisée lors de la conception (qu'elle soit présente ou non), chez des patientes ayant recours à un avortement itératif.

Matériel et Méthode II s'agit d'une étude rétrospective descriptive par analyse des dossiers médicaux de toutes les patientes ayant eu recours à un avortement répété entre le premier septembre et le 31 décembre 2017 au sein de quatre centres d'orthogénie publics hospitaliers des Alpes Maritimes et du Var Est. Nous avons cherché à déterminer le taux de patientes chez qui on observait une différence entre la méthode contraceptive prescrite en post abortum et celle utilisée au moment de la conception (qu'elle soit présente ou non). Nous avons dans un second temps cherché à définir les méthodes prescrites, le contexte et la mise en place des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC) prescrites, dont l'efficacité concernant la répétition des avortements dépend de la précocité de la pose.

Résultats Concernant la totalité des 217 patientes incluses dans l'étude, la méthode contraceptive prescrite en post abortum était différente de la méthode utilisée lors de la conception chez 78,80 % (IC95% [73,4-84,2]) des patientes contre uniquement 53.3% (IC95% [42.0-64.6]) des patientes qui utilisaient un moyen de contraception efficace lors de la conception. Les méthodes de contraception prescrites en post abortum étaient orales seules chez 41% des patientes, LARC seules chez 37,8%, LARC combinées avec une autre méthode chez 12,9%, mécaniques chez 1,4%, vaginale chez 0,5% et aucune méthode chez 6,4%. Seulement 51,8% des méthodes LARC prescrites ont été posées lors de la prise en charge globale de l'IVG, dont 77,2 % au moment de l'IVG et 22,8% lors de la consultation post IVG; 85% des implants prescrits ont été posés pour seulement 12 % des stérilets.

Conclusion Dans les Alpes Maritimes et le Var Est, la contraception utilisée lors de la conception est majoritairement réévaluée et modifiée en post abortum chez les patientes ayant eu recours à un avortement itératif. Bien que les pratiques contraceptives semblent s'adapter au statut répété de l'avortement lors de la prescription, le recours répété à l'avortement persiste. Il pourrait en partie s'expliquer par certaines pratiques professionnelles ne favorisant pas la mise en place précoce des dispositifs LARC prescrits au moment de la prise en charge globale de l'IVG, contrairement aux nouvelles recommandations.

Mots-clés IVG répétée; Contraception; Post abortum; Contraception réversible à longue durée d'action

INTRODUCTION

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) s'élève à 220 000 par an en France. Ce chiffre est relativement stable depuis les années 80 malgré une prévalence contraceptive médicalisée élevée avec 91% des patientes de 15 à 49 ans sous contraceptif [1]. Ce constat bien connu a été qualifié de « paradoxe français » [2-3].

Depuis la légalisation de l'avortement en 1975, le profil des femmes ayant recours à l'IVG a nettement évolué. En effet, la stabilité du nombre global d'IVG résulte de deux mouvements opposés : la proportion de femmes ne réalisant qu'une seule IVG décroit progressivement depuis 1981; à contrario, la part de celles ayant pratiqué plus d'une IVG augmente considérablement à l'instar de nombreux pays industrialisés [4-6]. En France, le taux de recours répété à l'avortement a triplé en 40 ans passant de 10,8% en 1976 à 33% en 2016 représentant ainsi environ 65000 femmes [4-7]. Diminuer le nombre global d'IVG constitue un objectif majeur des politiques de santé publique. Dans cette optique, il nous parait essentiel de focaliser les recherches sur cette population croissante de patientes ayant recours à l'IVG de façon itérative.

La majorité des études concernant ce sujet souligne l'existence de singularités sociodémographiques chez les femmes ayant réalisé plus d'un avortement. Comparé à une population témoin de patientes réalisant leur première IVG, on remarque qu'elles ont généralement eu plus d'enfants, sont plus âgées, habitent plus souvent seules et sont plus fréquemment dans des situations d'instabilité sociale, économique et/ou affective qui tendent à se répéter au moment où a lieu l'IVG la plus récente [7-8]. Sur le plan contraceptif elles sont plus nombreuses à déclarer que la méthode qu'elles utilisaient ne leur convenait pas malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive médicale prescrite de manière plus fréquente que les femmes témoin réalisant leur première IVG et une part plus importante de contraceptifs oraux [7-8]. Cependant elles déclaraient utiliser ces méthodes orales de manière plus aléatoire que les femmes témoin [7-8]. Il est établi qu'une proportion importante de grossesses non prévues (GNP) fait suite à une erreur, un échec ou une absence de contraception [9-10]. Or, face à des situations où le risque de GNP est important, les professionnels de santé continueraient à prescrire à un tiers des femmes en post abortum une méthode contraceptive identique à celle utilisée avant l'IVG [11]. Quant à la prescription des contraceptions réversibles à longue durée d'action (LARC) représentées par les stérilets (DIU) et implants, elle reste réservée aux femmes plus âgées ou ayant déjà eu des enfants [8,12]. A l'occasion de ce moment singulier qu'est l'IVG, les logiques de prescription médicale ne s'assouplissent pas réellement et restent figées dans la norme contraceptive française (préservatif en début de vie sexuelle, contraception orale une fois la vie sexuelle régularisée, puis DIU dès le 2e enfant) [8,12]. Or le recours répété à l'IVG est une preuve certaine du manque d'efficacité de la méthode utilisée [8,11-12]. Il est ainsi légitime de penser qu'une prise en charge contraceptive optimisée de

cette population au moment propice de l'IVG permettrait d'amoindrir la survenue d'avortements itératifs [7].

Actuellement, les LARC sont privilégiées. Sûres et efficaces, elles permettent de s'amender des contraintes d'observance quotidiennes ou coïtales inhérentes aux autres méthodes disponibles et d'éviter les risques corrélés à l'utilisation des œstrogènes tout en assurant un retour à la fertilité à l'arrêt du traitement [10,13-14]. De plus, de nombreuses études comme celle de Kilander et al. [9], mettent en évidence que le choix de LARC au moment de l'avortement engendrerait une diminution significative du risque de GNP et du nombre d'avortements répétés par rapport aux autres méthodes efficaces telles que les contraceptifs oraux [3,9-10,13-14]. Elles devraient donc être discutées avec chaque femme lors de l'IVG sans écarter les adolescentes ou les nullipares pour qui ces méthodes constituent un choix approprié [3,13]. Cependant, seule une minorité de femmes les adopte [10]. Ceci peut en partie être expliqué par le retard des croyances et des attitudes quant à l'utilisation des DIU par rapport aux preuves scientifiques établies [13,15-17]. Chez les femmes jeunes et/ou nullipares, nombreuses sont les fausses croyances sur les critères d'éligibilité à l'utilisation du DIU (facilite les IST ou diminue la fertilité chez les femmes non à risque d'IST, statut paritaire antérieur indispensable) ce qui peut expliquer la réticence de certains professionnels à promulguer ce choix [15-17]. Le contexte particulier de l'IVG nécessite également une formation spécifique des praticiens concernés sur les modalités de mise en place comme d'arrêt des différentes méthodes contraceptives [10,13]. En France, ce n'est qu'en Décembre 2016 après une revue systématique de la littérature que le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a rédigé les recommandations pour la pratique clinique permettant de clarifier le cadre particulier de la contraception en post-IVG y compris pour les méthodes LARC [18]. Puis, une mise à jour des recommandations de l'HAS est parue en Octobre 2017 [19]. L'augmentation du nombre d'avortements itératifs pourrait donc être le témoin d'un défaut d'adaptation des pratiques professionnelles contraceptives à cette population singulière de patientes. La responsabilité pourrait être imputée à un manque de connaissances et ou d'application des nouvelles données acquises de la science assortie d'une information peu probante délivrée par les professionnels concernés sur le choix contraceptif au moment de l'IVG [9,10-13].

Sur le territoire Français, les données relatives à la prescription des méthodes contraceptives en post abortum manquent au niveau infranational et en particulier chez la population de patientes pratiquant des IVG à répétition. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) où l'on observe un des plus forts taux régional Français de recours à l'IVG avec 20,1 IVG pour 1 000 femmes, nous avons tenté de déterminer si le caractère répété de l'avortement avait un impact sur les prescriptions contraceptives en post abortum et si l'évolution des pratiques professionnelles pourrait permettre de diminuer le recours aux IVG itératifs [6].

L'Objectif principal de cette étude est d'évaluer la modification des méthodes contraceptives en post abortum par rapport à la méthode de contraception utilisée lors de la conception (qu'elle soit présente ou non), chez des patientes ayant eu recours à une IVG itérative, afin d'en prévenir la récidive. Nous avons dans un second temps cherché à déterminer quels sont les facteurs pouvant influencer le choix de la méthode contraceptive, ainsi que le contexte présent lors de la mise en place des méthodes LARC prescrites chez cette population singulière de patientes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive multicentrique réalisée sur une période de trois mois au sein de quatre centres d'orthogénie publics hospitaliers des Alpes Maritimes et du Var Est.

Patientes

Les critères d'inclusion étaient : toutes les femmes en âge de procréer ayant déjà réalisé au minimum deux IVG, dont une entre le premier septembre 2017 et le 31 décembre 2017, quelle que soit la technique utilisée (médicamenteuse ou instrumentale). La sélection des patientes à inclure s'est faite par analyse de l'ensemble des dossiers (papiers et informatisés) des femmes ayant réalisé une IVG entre le premier septembre 2017 et le 31 décembre 2017 dans les services de gynécologie-obstétrique des centres hospitaliers de Cannes (06), Fréjus-Saint Raphaël (83), Grasse (06) et du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (06).

Les critères d'exclusion étaient : l'absence de dossier médical, un dossier médical illisible, l'absence de données concernant le nombre antérieur d'IVG, l'absence de données concernant la méthode de contraception lors de la conception et/ou prescrite lors de l'IVG, et l'absence de réalisation de l'IVG (grossesse arrêtée spontanément ou grossesse ininterrompue).

La Figure 1 détaille le diagramme de flux de l'étude.

La date de réalisation de l'IVG était déterminée grâce au compte rendu opératoire pour les IVG chirurgicales (instrumentales) et à la date de délivrance de la mifépristone sur le formulaire de consentement écrit et signé pour les IVG médicamenteuses.

Recueil de données

La totalité du recueil de données a été effectuée sur place par l'investigateur principal et auteur de l'étude afin de limiter les biais de l'enquête. Après analyse de la littérature, un hétéroquestionnaire a été établi par l'investigateur principal avant le recueil des données [7-9,11,13,18-19].

Ce questionnaire, présenté en annexe 1, comprenait les items suivants :

- Caractéristiques du centre d'orthogénie et du médecin concerné : nom du centre, nom et grade du médecin ayant réalisé la consultation et la prescription contraceptive
- Caractéristiques de la patiente : date de naissance, numéro de téléphone, situation conjugale, profession, catégorie socio professionnelle, tabac, prise de toxiques, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), gestité, parité, antécédents médicaux et chirurgicaux, allergie, traitement habituel, niveau de maitrise de la langue Française si insuffisant, réalisation d'un frottis inférieur à trois ans
- Caractéristiques du ou des IVG antérieures : nombre d'IVG antérieures, lieu, date et technique utilisée (chirurgicale, médicamenteuse en hospitalisation ambulatoire lors de la prise de prostaglandines ou médicamenteuse à domicile) pour chacune d'entre elles
- Méthodes de contraception : utilisées par le passé (antérieures), utilisée au moment de la conception de la grossesse motivant l'IVG et prescrite en post abortum
- Modalités de la prescription contraceptive : contres indications relatives et absolues, temps où a été réalisé la prescription (consultation pré IVG, IVG, consultation post IVG), patiente ouverte à une méthode LARC
- Comportements antérieurs contraceptifs: motif de l'arrêt ou de l'échec des contraceptions utilisées par le passé ou au moment de la conception, utilisation de la contraception d'urgence
- Mise en place des dispositifs LARC prescrits : nombre de dispositifs prescrits et posés, temps utilisé pour la pose du dispositif (IVG, consultation post IVG)
- Caractéristiques de l'IVG actuelle : date de réalisation et terme en semaines d'aménorrhée (SA), échographie de datation et terme en SA si réalisée, technique de l'IVG réalisée, anesthésie associée, réalisation d'un entretien psychosocial, présence à la consultation post abortum au 14^{ème} jour (J14) et caractéristique si réalisée (échographie / symptômes)

La totalité des données recueillies provenait des dossiers médicaux des patientes (papiers et/ou informatiques). Le recueil s'est déroulé en deux temps. Les données étaient récoltées par l'investigateur principal de l'étude à partir des dossiers médicaux localisés pour certains, sur le logiciel médical du centre hospitalier ou dans les secrétariats des services d'orthogénie, mais pour la plupart au sein des archives médicales.

Une deuxième phase était programmée avec appel des patientes sur leur numéro de téléphone portable personnel recueilli lors de la création du dossier médical de l'épisode d'orthogénie étudié, selon un protocole préétabli afin de respecter le secret médical et l'intimité de chaque patiente. L'objectif de cette phase était d'obtenir leur consentement oral sur la

participation à l'étude et de récolter les données manquantes. Suite aux questions éthiques complexes que soulevait cette phase, le centre d'orthogénie où l'échantillon de patientes incluses était le plus important a refusé la réalisation de cette étape. Nous avons donc décidé de ne pas réaliser cette phase car le bais de sélection imputé était trop important.

Toutes les méthodes contraceptives étaient recueillies de façon distincte puis rangées en sous catégories selon les recommandations de la HAS et de l'OMS sur l'efficacité de ces méthodes [20-21] :

- Méthodes contraceptives efficaces : orale ou pilule (œstroprogestatives 1^{ère} 2^{ème} ou 3^{ème} génération et microprogestatives), vaginale (anneau contraceptif), transdermique (patch contraceptif), LARC (intra-utérines : DIU au cuivre ou au levonorgestrel et sous cutanée : implant contraceptif au levonorgestrel) et injectable (progestatif)
- Méthodes contraceptives modérément efficaces : mécanique (préservatif masculin ou féminin, diaphragme avec spermicide)
- Méthodes contraceptives moins efficaces: méthode du retrait, connaissance de l'ovulation, spermicides, capes cervicales

Les méthodes contraceptives médicales correspondaient aux méthodes efficaces. Les méthodes contraceptives non médicales englobaient les méthodes modérément et moins efficaces et l'absence de méthode.

La méthode contraceptive d'urgence orale pouvait être de deux types : à base d'ulipristal ou à base de levonorgestrel.

Les contres indications absolues et relatives de chaque méthode contraceptive étaient déterminées selon les recommandations de la HAS Juillet 2013 [22] :

Méthodes œstroprogestatives (OP) : orales, vaginales ou transdermiques

- La contre-indication absolue était retenue suite à la présence dans le dossier médical d'au moins un élément suivant : cardiopathie ischémique, thrombose veineuse ou artérielle (TVP, EP, IDM, AIT), AVC, immobilisation prolongée, thrombophilie (mutation facteur V de Leiden, déficit en protéine C, S ou antithrombine, résistance à la proteine C activée), valvulopathie avec complications, migraines avec aura, lupus erythémateux disséminé (LED) avec anticorps anti phospholipides, HTA élevée (> 160 mmHG systolique et ou >100 mmHg diastolique) ou pathologie vasculaire, tabagisme associé à un âge supérieur à 35 ans, hépatopathies sévères, tumeur hépatique, tumeur maligne hormono-dépendante connue ou suspectée, allergie à la substance ou à l'un des excipients, prise de millepertuis.
- La contre-indication relative était déterminée par la présence d'au moins un facteur suivant : âge supérieur à 35 ans, obésité avec un IMC>30, valvulopathie sans

complication, céphalée sévère ou migraine sans aura, hypertension artérielle non élevée ou sans pathologie vasculaire, tabagisme, dyslipidémie, chirurgie majeure sans immobilisation prolongée, thrombose veineuse superficielle sur veine saine, thrombocytopénie, LED sans anticorps anti phospholipides, diabète, antécédents familiaux thromboemboliques artériels ou veineux, utilisation de traitements inducteurs enzymatiques ou inhibiteurs de protéases.

Méthodes progestatives : orales ou intra-utérines

- La contre-indication absolue à l'emploi des méthodes progestatives était les accidents thromboemboliques veineux évolutifs, la présence ou un antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique sont anormaux, les tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées et l'association avec le millepertuis.
- Les contres indications relatives retenues étaient l'utilisation concomitante de traitements inducteurs enzymatiques ou inhibiteurs de protéases

DIU : cuivre ou Levonorgestrel

- Les contres indications absolues retenues à la pose d'un stérilet étaient les infections génitales en cours non traitées, les malformations utérines, l'allergie au cuivre (pour ceux au cuivre), l'utilisation d'AINS au long cours, la contre-indication aux progestatifs (pour ceux au Levonorgestrel)
- Les contres indications relatives étaient la présence de partenaires sexuels multiples et/ou d'IST.

Consentement

La population de l'étude concernait des femmes ayant réalisé une IVG, sujet encore sensible aux yeux du grand public. Afin de respecter l'intimité et le secret médical, il n'était pas envisageable d'envoyer un courrier au domicile des patientes pour les prévenir de leur inclusion dans l'étude. La probabilité qu'une tierce personne non informée de cette pratique ouvre la lettre était trop importante. Les proches de la patiente n'étant souvent pas au courant de la réalisation de cet acte et en vertu du secret médical il n'était pas éthique d'informer la patiente par ce biais. L'étude étant rétrospective afin de limiter les biais de mesure, il n'était pas non plus réalisable d'informer les patientes par voie orale ou écrite au sein de l'hôpital car elles ne revenaient plus en consultation dans le centre d'orthogénie concerné. Une demande de dérogation énonçant les raisons précédentes a donc été rédigée et jointe au dossier de déclaration à l'INDS et au CNIL.

Statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement ainsi que par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes de patientes grâce à des tests de Khi-Deux. En cas de non validité de ces tests (effectifs théoriques < 5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

La comparaison entre les méthodes de contraception utilisée lors de la conception et prescrite en post abortum a été effectuée par l'intermédiaire d'un test de Bhapkar.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC, USA).

Compte-tenu de l'analyse statistique, aucun calcul d'effectif préalable n'a été nécessaire.

Ethique

Dans le respect de l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque praticien puis à chaque patiente de façon aléatoire lors du recueil des données, précédé de la première lettre du centre auquel ils appartenaient. Un avis auprès de l'INDS et du CNIL a été sollicité afin d'obtenir l'autorisation d'exploitation des données médicales en respectant la méthodologie de référence. Un enregistrement auprès de l'ANSM a été réalisé sous le N° RCB 2018-A00843-52. Un consentement écrit par mail, présenté en annexe 2, a également été demandé au préalable auprès du chef de service de chaque centre d'orthogénie concerné afin de pouvoir exploiter les données des dossiers médicaux nécessaires à l'étude. Un avis favorable auprès du CNIL avait été recueilli à l'oral afin d'évaluer la légitimité de la phase deux. Le consentement étant recueilli par oral, après vérification de l'identité de la patiente et préalablement au questionnement, la collecte de ces données avait été accordée.

Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal de cette étude était le taux des patientes pour lesquelles on observait une différence entre la méthode contraceptive prescrite en post abortum et celle utilisée au moment de la conception (qu'elle soit présente ou non), pour la population totale et par sous-groupes en fonction de l'efficacité de la méthode contraceptive utilisée lors de la conception (aucune contraception, contraception moins efficace, moyennement efficace, efficace).

Les critères de jugements secondaires étaient :

 déterminer les axes majeurs des pratiques professionnelles contraceptives (définir les méthodes de contraception prescrites en post abortum, analyser les prescriptions contraceptives en fonction de la contraception utilisée lors de la conception et par le passé, en fonction de l'âge de la patiente, puis en fonction de l'observance et de la compliance de la contraception utilisée lors de la conception)

 déterminer le taux de dispositifs LARC mis en place lors de la prise en charge globale de l'IVG et certains facteurs pouvant l'influencer (technique d'IVG, centre d'orthogénie, consultation post IVG à J14)

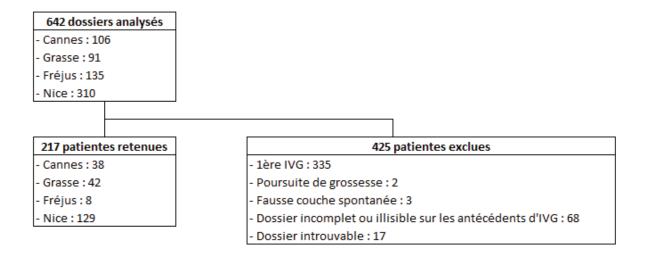


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

RÉSULTATS

Paramètre	N=217
Âge (en années) - N(%)	
< 20 ans	14 (6,5)
[20-24 ans]	56 (25,8)
[25-29 ans]	63 (29,0)
[30-34 ans]	44 (20,3)
[35-39 ans]	30 (13,8)
>= 40 ans	10 (4,6)
Situation conjugale - N(%)	
Célibataire	36 (22,1)
En couple	127 (77,9)
Données manquantes	54
Catégorie socio-professionnelle - N(%)	
Occupe un emploi	106 (58,9)
Sans activité professionnelle	47 (26,1)
Mère au foyer	9 (5,0)
Etudiante	18 (10,0)
Données manquantes	37
Maîtrise insuffisante de la langue française - N(%)	4 (1,8)

Paramètre	N=217		
Tabac - N(%)	143 (66,5)		
Données manquantes	2		
Indice de masse corporelle - N(%)			
IMC < 18.5	10 (7,3)		
18.5 <= IMC < 25	91 (66,4)		
25 <= IMC < 30	25 (18,2)		
IMC >= 30	11 (8,0)		
Données manquantes	80		
Moyenne +/- Ecart type	23,1 +/- 4,1		
Contres indications relatives : OP - N(%)	175 (80,6)		
Contres indications absolues : OP - N(%)	29 (13,4)		
Gestité –			
Médiane (Q1;Q3)	4,0 (2,0 ; 5,0)		
Moyenne +/- Ecart-type	4,2 +/- 2,2		
Parité - N(%)			
0	85 (39,2)		
1	62 (28,6)		
2	40 (18,4)		
3	23 (10,6)		
>= 4	7 (3,2)		
Moyenne +/- Ecart-type	1,1 +/- 1,2		
Antécédent(s) d'IVG - N(%)			
1	125 (57,6)		
2	52 (24,0)		
3	22 (10,1)		
4	8 (3,7)		
>= 5	10 (4,6)		
Moyenne +/- Ecart-type	1,8 +/- 1,3		
Contraception antérieure - N(%)	N=166		
Orale	137 (82,5)		
LARC DIU	25 (15,1)		
LARC implant	19 (11,4)		
Mécanique	12 (7,2)		
Transdermique	2 (1,2)		
Vaginale	3 (1,8)		
Contraception lors de la conception - N(%)			
Pas de contraception	117 (53,9)		
Contraception moins efficace	9 (4,1)		
Contraception modérément efficace	16 (7,4)		
Contraception efficace	75 (34,6)		

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Population

Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées dans le tableau 1. La majorité des patientes au sein de notre population étaient âgées de 25 à 29 ans. Plus le nombre d'IVG antérieures était croissant et moins le nombre de patientes incluses était important avec une majorité de patientes (57,6%) ayant un seul antécédent d'IVG. Au moment de la conception, environ la moitié des patientes (53,9%) n'avait pas de contraception, 34,6% une méthode de contraception efficace et 11,5% une méthode de contraception modérément ou moins efficace. La majorité des patientes incluses (76,5%) déclaraient avoir déjà employé une méthode efficace par le passé (64,5% une seule méthode; 23,5% deux méthodes; 2,4% trois méthodes ou plus; 9,6% jamais aucune méthode).

Axes majeurs des pratiques professionnelles contraceptives

Critère de jugement principal : modification de la méthode contraceptive prescrite en post abortum

Concernant l'ensemble des patientes incluses, qu'elles prennent ou non une contraception lors de la conception, la méthode contraceptive prescrite en post abortum était différente de celle utilisée au moment de la conception chez 78,8% (IC95% [73,4-84,2]) de patientes.

Concernant les patientes n'ayant pas de contraception lors de la conception, la méthode prescrite en post abortum était différente de la méthode utilisée au moment de la conception pour 93.2% (IC95% [88,6-97,7]) d'entre elles. Chez les patientes utilisant une contraception moins efficace, la méthode prescrite était différente pour 100% d'entre elles et pour les patientes utilisant une contraception modérément efficace elle était différente pour 81.2% (IC95% [62.1-100.0]) d'entre elles. Cependant, chez les patientes utilisant une contraception efficace lors de la conception elle était différente pour 53.3% d'entre elles (IC95% [42.0-64.6]). Sur la totalité de la population étudiée, la majorité des prescriptions contraceptives (92,6%) ont été réalisées lors de la consultation pré IVG.

Le tableau 2 présente l'analyse des méthodes contraceptives utilisées au moment de la conception par rapport aux méthodes contraceptives prescrites en post abortum.

On observe que la prescription d'une méthode contraceptive efficace a été réalisée en post abortum chez la grande majorité des patientes (92.2%). Chez seulement 6.4% des patientes incluses, aucune méthode de contraception n'a été prescrite en post abortum et une méthode modérément efficace (préservatif) a été prescrite uniquement chez 3 patientes (1.4%). Les méthodes de contraception moins efficaces ne sont pas retrouvées en post abortum.

La comparaison pré-post abortum des méthodes de contraception est significative (pvalue du test de *Bhapkar*: < 0.001). Il y a donc un changement significatif de la méthode de contraception entre le moment de la conception et le post abortum. La part des patientes incluses à qui la prescription d'une méthode de contraception efficace a été établie, était de

92.2% en post abortum alors que la part de celles utilisant une contraception efficace était de 34.6% au moment de la conception et 53.9% des patientes n'avaient pas de contraception au moment de la conception contre 6.4% en post abortum.

Concernant les patientes qui utilisaient déjà une contraception efficace au moment de la conception et dont la prescription de la méthode contraceptive en post abortum n'a pas été modifiée (46,7%), les méthodes contraceptives orales représentaient 93.3% des méthodes à nouveau prescrites.

Méthodes contraceptives utilisées au moment de la conception	Méthodes contraceptives prescrites en post abortum				
Lecture des cellules Fréquence Pourcentage global Pourcentage en ligne Pourcentage en colonne	Pas de contraception	Contraception moins efficace	Contraception modérément efficace	Contraception efficace	Total
Pas de contraception	8 3,69 6,84 57,14	0,00 0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	109 50,23 93,16 54,50	117 53,9
Contraception moins efficace	0 0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	1 0,46 11,11 33,33	8 3,69 88,89 4,00	9 4,1
Contraception modérément efficace	1 0,46 6,25 7,14	0,00 0,00 0,00 0,00	2 0,92 12,50 66,67	13 5,99 81,25 6,50	16 7,4
Contraception efficace	5 2,30 6,67 35,71	0,00 0,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00 0,00	70 32,26 93,33 35,00	75 34,6
Total	14 6,4	0,0	3 1,4	200 92,2	217 100,0

Tableau 2 : Analyse des méthodes contraceptives utilisées au moment de la conception par rapport aux méthodes contraceptives prescrites en post abortum

Exemple de lecture : Chez 50.23% des patientes incluses (n=109), la prescription d'une méthode de contraception efficace a été réalisée en post abortum alors que ces patientes n'utilisaient pas de contraception lors de la conception. La prescription d'une méthode contraceptive efficace a été réalisée chez 93.16% des patientes n'utilisant pas de contraception au moment de la conception. La part des patientes incluses pour lesquelles aucune prescription de contraception n'a été faite était de 6.4% (n=14) en post abortum alors que la part de celles n'utilisant pas de contraception était de 53.9 % au moment de la conception.

Méthodes de contraception prescrites en post abortum

Les méthodes contraceptives les plus prescrites en post abortum étaient les méthodes orales seules (41%) dont les trois quarts étaient œstroprogestatives, suivies avec une proportion légèrement inférieure par les méthodes LARC seules (37,8%), avec un peu plus d'implants prescrits (69,5%) que de stérilets (30,5%). Les prescriptions de méthodes LARC combinées avec une autre méthode représentaient 12,9% divisées en pilule-LARC combinée (12,4%) et patch-stérilet (0,5%). Parmi les méthodes LARC, les DIU étaient ceux les plus fréquemment prescrits de façon combinée (89,3%). La prescription d'une méthode mécanique (préservatifs) a été réalisée chez seulement trois patientes (1,4%). Quant aux méthodes vaginales par anneau contraceptif elles ont été prescrites uniquement chez une patiente (0,5%). La figure 2 présente la contraception prescrite en post abortum en fonction du type de contraception utilisée lors de la conception.

La contraception d'urgence a été prescrite en post abortum chez 14,4% des patientes ce qui correspond à 15,3% des femmes chez qui une méthode contraceptive efficace a été prescrite en post abortum. La prescription de la contraception d'urgence a été faite chez une seule patiente n'ayant pas d'autre moyen contraceptif prescrit.

La stérilisation a été proposée et relatée dans le dossier médical de quatre patientes (1,8%) ce qui correspond à 5,5 % de la population des patientes ayant 30 ans ou plus et un enfant ou plus.

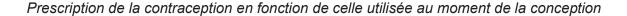
Seulement 13,8% des femmes (n=30) présentaient des antécédents contre-indiquant de façon absolue la prescription d'une méthode particulière (soit 96,7% de méthodes). La prescription de la méthode responsable a été faite chez seulement 13,8% (n=4) des patientes contre-indiquées. Chez ces quatre patientes, le motif de la contre-indication était le tabagisme actif associé à un âge de 35 ans ou plus.

Enfin, une minorité de patientes étaient reparties sans contraception prescrite (6,4%).

Prescription de la contraception chez les patientes qui avaient une contraception efficace lors de la conception

Sur la population de patientes déclarant utiliser une contraception efficace au moment de la conception, la prescription en post partum d'une méthode LARC seule a été réalisée chez 40% d'entre elles et une méthode orale seule chez 38,7%. La part des méthodes orales a nettement diminué car elle représentait environ 1/3 des prescriptions en post partum, alors qu'elles étaient utilisées par 93,3% des patientes lors de la conception. Les méthodes LARC combinées représentaient 13,3% divisé en pilule-LARC (12%) et patch-stérilet (1,3%). Parmi les méthodes LARC c'était les DIU qui étaient le plus fréquemment prescrits de façon combinée (90%). La prescription d'une contraception œstroprogestative non orale seule a été

faite chez une seule patiente alors qu'elle l'utilisait déjà au moment de la conception et aucune patiente n'a choisi l'utilisation du préservatif seul.



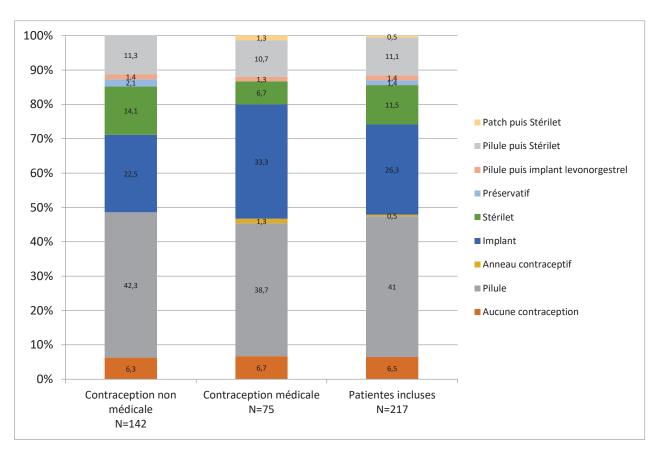


Figure 2 : Contraception prescrite post abortum en fonction du type de contraception utilisée lors de la conception

La figure 2 décrit la méthode de contraception prescrite en post abortum en fonction du type de contraception utilisée lors de la conception en sous-groupes et pour la population totale de l'étude. Le groupe 1 représentait les contraceptions médicales (contraceptions efficaces) et le groupe 2 les contraceptions non médicales (pas de contraception, contraceptions moins efficaces et modérément efficaces). Si l'on compare le groupe 1 au groupe 2, on observe que les méthodes contraceptives utilisées lors de la conception étaient significativement différentes entre les deux groupes (p<0.001). En revanche, les méthodes contraceptives prescrites en post abortum n'étaient pas significativement différentes (p=0,25).

Prescription d'une méthode contraceptive déjà expérimentée par la patiente dans le passé Parmi la totalité des patientes pour lesquelles un moyen de contraception efficace a été prescrit en post abortum (n=200), la méthode prescrite avait déjà été utilisée par le passé pour 50,5% (n= 101) d'entre elles.

Prescription de la contraception en fonction de l'âge

Lorsque l'on comparait chacune des méthodes contraceptives les plus prescrites (orales, LARC totale, LARC DIU, LARC implant) aux tranches d'âges des patientes (<20ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39ans et 40 ans ou plus), aucune différence significative n'était observée pour chacune des méthodes séparément et entre elles (p>0,05).

Prescription de la contraception en fonction de l'observance et de la compliance de la méthode utilisée lors de la conception

Parmi les patientes pour lesquelles le motif de l'échec ou de l'arrêt de la dernière contraception était relaté dans le dossier médical (n= 57, 26,3%), 73,7% déclaraient avoir un problème d'observance ou de tolérance. La prescription de la méthode responsable a été renouvelée en post abortum chez 54.3% de ces patientes. Enfin, peu de dossiers médicaux (n=15, 6,9%) faisaient état d'un refus de la patiente à utiliser une méthode LARC.

Mise en place des dispositifs LARC et facteurs pouvant l'influencer

Les techniques d'IVG utilisées au sein de la population totale étudiée étaient pour 40,1% des patientes, sous forme médicamenteuse et pour 59,9%, chirurgicale. Au sein de la population des patientes pour lesquelles une méthode LARC a été prescrite elles étaient pour 34,3 % sous forme médicamenteuse (35,1% au domicile et 64,9% en hospitalisation ambulatoire) et pour 65,7% chirurgicale.

Pose des méthodes LARC en fonction de la technique d'IVG réalisée

Au total 51,8% des méthodes LARC prescrites ont été posées lors de la prise en charge globale de l'IVG, reparties en 77,2 % au moment de l'IVG et 22,8% lors de la consultation post IVG. Parmi les implants prescrits, 85% ont été posés dont 78,3% lors de l'IVG et 21,7% à la consultation post IVG à J14. En revanche, seulement 12 % des DIU prescrits ont été posés dont 100% lors de l'IVG (aucun lors de la consultation post IVG à J14).

La comparaison des temps de pose des méthodes LARC prescrites, en fonction de la technique d'IVG employée (chirurgical, médical en hospitalisation et médical à domicile) est décrite par le tableau 3. On observe qu'au cours de la prise en charge globale de l'IVG (IVG médicamenteuse ou chirurgicale et consultation post IVG) environ la moitié des méthodes LARC prescrites a été posée lorsque la technique d'IVG employée était chirurgicale ou

médicamenteuse en hospitalisation alors que, lorsque la technique était médicamenteuse à domicile, une faible proportion était mise en place (15,4%). Aucun des DIU prescrits n'a été posé au cours des prises en charge médicamenteuses (en hospitalisation et à domicile) contre un faible pourcentage lors des prises en charge chirurgicales (20,7%). La majorité des implants ont été posés si la prise en charge de l'avortement était hospitalière (médicamenteuse 92,3%, chirurgicale 88,1%). Toutes les différences observées étaient significatives (p=0,011).

En différenciant les deux moments propices à la mise en place des méthodes LARC (IVG ou consultation post IVG), on remarque qu'au cours des prises en charge chirurgicales, environ la moitié des méthodes LARC prescrites était posée au bloc opératoire avec 78,6% d'implants prescrits posés contre seulement 20,7% des DIU. Lors de la consultation post IVG à J14, seulement 1/3 des méthodes LARC non posées lors du bloc opératoire a été mis en place avec 100% d'implants prescrits posés.

Au cours des prises en charge médicamenteuses à domicile, aucune méthode LARC prescrite n'a été mise en place le jour de la prise de la Mifépristone et seulement 20% ont été posées au moment de la consultation post IVG à J14 avec 66,7% d'implants prescrits posés.

Au cours des prises en charge médicamenteuses en hospitalisation, presque 2/3 des implants prescrits ont été posés après la prise de prostaglandines lors de l'hôpital de jour. Au moment de la consultation post IVG à J14 la moitié des méthodes LARC non posées lors de l'hôpital de jour a été mise en place avec 100% des implants prescrits posés.

Paramètre	Technique chirurgicale N=71	Technique médicamenteuse à domicile N=13	Technique médicamenteuse en hospitalisation ambulatoire N=24	pvalue
Prise en charge globale de l'IVG (IVG et consultation post-IVG J14)				
Mise en place de la méthode LARC prescrite	43 (60,6)	2 (15,4)	12 (50,0)	0.011
Mise en place du DIU prescrit - Oui / Non - N(%)	6 (20,7) / 23 (79,3)	0 (0,0) / 9 (100,0)	0 (0,0) / 11 (100,0)	NE
Mise en place de l'implant prescrit - Oui / Non - N(%)	37 (88,1) / 5 (11,9)	2 (50,0) / 2 (50,0)	12 (92,3) / 1 (7,7)	NE
IVG				
Mise en place de la méthode LARC prescrite - N(%)	39 (54,9)	0 (0,0)	5 (20,8)	<0.001
Mise en place du DIU - Oui / Non - N(%)	6 (20,7) / 23 (79,3)	0 (0,0) / 9 (100,0)	0 (0,0) / 11 (100,0)	NE
Mise en place de l'implant - Oui / Non - N(%)	33 (78,6) / 9 (21,4)	0 (0,0) / 4 (100,0)	5 (38,5) / 8 (61,5)	NE
Consultation post-IVG J14				
Mise en place de la méthode LARC prescrite - Oui / Non - N(%)	4 (33,3) / 8 (66,7)	2 (20,0) / 8 (80,0)	7 (53,8) / 6 (46,2)	0.28
Mise en place du DIU - Oui / Non - N(%)	0 (0,0) / 8 (100,0)	0 (0,0) / 7 (100,0)	0 (0,0) / 6 (100,0)	NE
Mise en place de l'implant - Oui / Non - N(%)	4 (100,0) / 0 (0,0)	2 (66,7) / 1 (33,3)	7 (100,0) / 0 (0,0)	NE

NE : test non réalisation à cause d'effectifs insuffisants.

Tableau 3 : Comparaison des temps de pose des méthodes LARC prescrites en fonction de la technique d'IVG employée

Pose des méthodes LARC en fonction du centre d'orthogénie

En créant des sous-groupes de patientes par centre d'orthogénie on observe que la totalité des implants prescrits ont été posés lors de l'IVG médicamenteuse en hôpital de jour à Grasse (n=5) alors qu'aucun n'a été mis en place dans les mêmes conditions à Nice (n=8). En poursuivant l'analyse en sous-groupes on remarque que 2/3 des DIU prescrits ont été posés au bloc opératoire de Cannes (62,5%, n=5) lors de l'IVG chirurgicale contre la moitié à grasse (50%, n=1) et aucun à Nice (n=19). Quant à la pose des implants au bloc opératoire lors de l'IVG chirurgicale, le taux de mise en place du dispositif tendait à être équivalent entre les différents centres d'orthogénie (75% d'implants posés à Cannes (n=3) , 100% à Grasse (n=2), 77,8% posés à Nice (n=28)). Certains centres n'étaient pas représentés dans les analyses car ils n'avaient aucune patiente incluse répondant aux critères.

Pose des méthodes LARC et consultation post-IVG

Parmi la totalité des patientes pour lesquelles la méthode LARC prescrite n'a pas été posée le jour de l'IVG, plus de la moitié (59,1%) se sont présentées le jour de la consultation post IVG à CJ14. Parmi celles-ci seulement 37,1% ont bénéficié de la pose de la méthode LARC prescrite lors de cette consultation. Aucun DIU n'a été posé alors que presque la totalité des implants l'ont été (92,90%).

Les patientes ayant eu recours à une IVG chirurgicale participaient significativement moins à la consultation post IVG à J14 (43,8%) que celles ayant eu recours à une méthode médicamenteuse (58,6%). La participation à la consultation post IVG à J14 était significativement plus importante chez les patientes pour qui la méthode LARC prescrite n'avait pas été posée au cours de l'IVG avec 59,1% contre 38,6% chez les femmes pour qui la méthode avait été posée.

DISCUSSION

Cette étude a été réalisée auprès d'une population exclusive de patientes ayant eu recours à une IVG itérative, ce qui fait sa singularité. A ce jour, parmi les études préalables sur l'évaluation des méthodes contraceptives en pré et post abortum en France, seule l'étude de Bajos et al. [8] a fait un travail sur cette même population.

Dans notre étude, nous avons inclus toutes les patientes présentant une IVG itérative sans préjuger de la technique d'IVG réalisée (médicale et ou chirurgicale). Les deux principales études françaises se rapprochant de la nôtre sont celle de Bajos et al. [8] qui répertoriait également les deux techniques contrairement à celle d'Opatowski et al. [7] qui était focalisée sur les IVG médicamenteuses. Nos résultats s'approcheraient donc plus de la population cible.

Population

La population de notre étude était majoritairement âgée de 25 à 29 ans, ce qui coïncide avec les résultats de l'étude Française 2007 de Bajos et al. [8]. En revanche, les résultats de l'étude d'Opatowski et al. [7] en 2014 diffèrent des nôtres avec des femmes majoritairement âgées de 30 à 34 ans. Ces différences pourraient s'expliquer par l'écart méthodologique entre nos deux études car l'étude d'Opatowski et al. incluait exclusivement les femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse.

Les patientes incluses dans notre étude avaient majoritairement un enfant ou plus ce qui correspond aux résultats des études de Bajos et al. [8] et Opatowski et al. [7]. En revanche, les trois quarts des patientes étaient en couple, contrairement aux études de 2014 et 2007 [7-8] où elles vivaient seules dans respectivement 51,8% et 57,2% des cas. On ne peut cependant pas comparer avec aisance nos données avec celles des deux études françaises, car le terme « être en couple » n'inclut pas forcément la notion de « vivre » en couple et cette distinction n'était pas précisée dans les dossiers analysés.

En comparaison aux résultats de 2014 [7] et 2007 [8], ceux de notre étude révèlent un taux inférieur de femmes ayant eu recours une seule fois à l'avortement en amont de cette IVG : 57,6% contre 73,7% (2014) et 66,8% (2007). A contrario, le taux était plus élevé pour les femmes ayant déjà eu recours deux fois ou plus à l'avortement : 42,4% contre 26,3%, (2014) et 33,2% (2007). Le taux de recours à l'IVG en région PACA étant l'un des plus élevés de France, il se peut que la proportion des femmes ayant plusieurs antécédents d'IVG soit de ce fait plus importante que dans le reste de la France [6].

Concernant le critère de l'emploi, notre taux de 58,9% de femmes occupant un emploi se situe entre ceux de 2007 (64.6%) et de 2014 (47,8%) [7-8]. En comparant nos résultats à ceux de l'étude de Bajos et al. [8], nous notons un taux plus élevé de femmes sans activité professionnelle (26,1% contre 9,1 %), une chute importante du nombre de femmes au foyer (5% contre 12,9%) et une baisse de moitié pour les étudiantes (9,1% contre 18,8%).

Pour expliquer l'ensemble de ces résultats divergents, plusieurs hypothèses sont envisageables. D'un point de vue méthodologique, des différences sont à noter tant sur la source des données de l'étude (dossiers médicaux pour notre étude, enquête de patientes pour celle de 2014 [7] et bulletins statistiques d'IVG et de la DRESS pour celle de 2007 [8]) que sur la population étudiée (restriction sur les femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse pour l'étude de 2014 [7]) ce qui introduit un biais de mesure. D'un point de vue épidémiologique, il se peut que les caractéristiques sociodémographiques des patientes fluctuent en fonction de la région étudiée, de la même manière que varient le taux de recours global à l'IVG (plus élevé en région PACA). On peut aussi supposer que les caractéristiques sociodémographiques des femmes réalisant des avortements multiples ont évolué depuis 4 à 10 ans.

Une étude réalisée avec une méthodologie similaire à l'échelle nationale et/ou une étude épidémiologique à échelle régionale pourrait permettre de mieux comprendre ces différences.

Contraception au moment de la conception

Dans notre étude, 34,6% des patientes avaient une contraception médicale lors de la conception et 11,5% une contraception non médicale contre 30% et 34% dans l'étude de 2007 [8]. La différence majeure entre les taux de patientes ayant une contraception non médicale (« aucune contraception » exclue) pourrait s'expliquer par la différence méthodologique entre nos deux études, introduisant un biais de mesure et/ou de mémorisation. En effet, il est possible que certaines patientes aient omis de déclarer qu'elles utilisaient une contraception non médicale. La variabilité des réponses pourrait être le fait d'une méconnaissance des patientes sur l'éventail des moyens disponibles considérés comme « une contraception » ou en fonction de la précision de la question posée par le praticien. Il est également envisageable que certains médecins considèrent que ces méthodes ne nécessitent pas d'être notifiées dans le dossier médical ou qu'elles dépendent de l'item « aucune contraception ». Une étude prospective serait plus à même de répondre à ces hypothèses.

Un peu plus de la moitié (53,9%) des patientes n'avaient pas de contraception lors de la conception. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de 36,1% dans l'étude de Bajos et al. [8], de 34% retrouvé par Moreau et al. [11] et de 21,5% décrit dans l'étude de Schoub-Thieblemont et al. [25] chez une population globale de patientes ayant recours à l'IVG. Cela réfute au sein de notre population, le constat de « paradoxe français » énoncé entre autres par Bajos et al. [2-3]. Ces résultats confirment que la population de patientes ayant recours à une IVG itérative est effectivement singulière par rapport à la population générale des femmes ayant recours à l'avortement. Chez ces patientes, l'origine de la GNP semblerait alors d'avantage être le fait d'une absence transitoire ou prolongée de la contraception plutôt que d'un échec contraceptif comme le font remarquer Jamin C. et Lachowski M. [26] dans leur étude. Bajos et al. ajoutent que le recours répété à l'IVG « semble renvoyer avant tout à l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité créant une difficulté à suivre un parcours contraceptif sans faille tout au long de cette période » [8]. Ces résultats nous laissent présumer de l'avantage des méthodes LARC par rapport aux autres méthodes pour maintenir une contraception au long cours chez ces patientes. Ils suggèrent également la nécessité d'apporter une attention particulière à l'histoire contraceptive de chaque patiente, d'autant plus que selon l'étude de Schoub-Thieblemont et al., les femmes sont nombreuses à arrêter ou permuter leur contraception sans l'avis d'un professionnel de santé [25,27].

Le rôle du médecin réalisant l'IVG est indiscutable dans l'élaboration de la démarche contraceptive en post abortum, notamment dans la promotion des méthodes LARC mais le

suivi de ces patientes est réservé au médecin généraliste et au gynécologue-obstétricien habituels de la patiente. Notre hypothèse est que le rôle de ces médecins est central et primordial pour prévenir tout arrêt prolongé ou transitoire de la contraception choisie au cours du suivi médical de leurs patientes. Un interrogatoire systématique des femmes sur leur méthode de contraception favoriserait le dépistage des ruptures de l'histoire contraceptive de façon à pouvoir y remédier. Dépister les arrêts transitoires ou prolongés de la contraception utilisée pourrait ainsi concourir à diminuer le recours répété à l'avortement.

Axes majeurs des pratiques professionnelles contraceptives

Critère de jugement principal et analyse en fonction de la contraception utilisée lors de la conception

Au sein de la population des patientes ayant eu recours à une IVG itérative dans les quatre centres d'orthogénie des Alpes Maritimes et du Var Est, les pratiques professionnelles contraceptives tendent pour la majorité à prévenir la récidive d'un nouvel épisode d'IVG par la prescription en post abortum d'une méthode contraceptive significativement différente de celle utilisée le mois de la conception (78,80 % IC95% [73,4-84,2]). Ceci concorde avec les résultats de l'étude de Moreau et al. sur une population globale de patientes ayant recours à l'IVG (73%), de Bianchi Demicheli et al. en Suisse (80%) et dans une moindre mesure avec ceux de Schoub-Thieblemont et al. (60%) [11,24-25]. Dans l'ensemble, les pratiques contraceptives en post IVG tendent à être adaptées au contexte particulier de l'IVG répété confirmant ainsi un engagement réel de la part des professionnels de santé et des patientes pour prévenir la récidive de ces épisodes.

La même analyse en fonction des sous-groupes de population constitués selon l'efficacité de la contraception utilisée lors de la conception (« contraception efficace », « contraception moyennement efficace », « contraception moins efficace » et « pas de contraception ») nuance ces résultats [20-21]. En effet, chez les patientes utilisant déjà une contraception efficace lors de la conception, la méthode contraceptive prescrite en post abortum n'était pas différente de celle qui était déjà utilisée dans presque la moitié des cas (46,7%) avec une majorité de méthodes orales à nouveau prescrites (88,1%). Ces résultats diffèrent sur ce point de l'étude Suisse de Bianchi Demicheli et al. [24] où ce taux était nettement inférieur (28%) mais avoisinent ceux de l'étude française sur toutes les femmes ayant eu recours à l'IVG de Moreau et al. [11] dans laquelle il était de 58%. Moreau et al. constataient d'ailleurs que « face à des situations où le risque de GNP est important, les professionnels de santé continuent à prescrire une méthode contraceptive orale aux femmes en post-abortum alors qu'il s'agissait déjà de leur contraception antérieure » [11]. Pour expliquer ces résultats, dans le cadre des patientes ayant recours à une IVG itérative, deux hypothèses non forcement exclusives se profilent. La première hypothèse se fonde sur la volonté de certaines patientes à ne pas

changer de méthode de contraception, en particulier lorsque celle-ci était orale, bien que l'IVG témoigne de la faible efficacité de la méthode utilisée lors de la conception [11-12]. Ce qui pourrait en partie expliquer la persistance de la proportion importante (38,7%) de méthodes contraceptives orales seules prescrites en post abortum. La seconde hypothèse porte sur le discours des praticiens concernés, qui délivreraient à ces femmes une information peu probante sur le choix contraceptif, en particulier sur les bénéfices supérieurs des méthodes LARC [910,13,25]. Or, les données actuelles confirment que ces méthodes sûres et efficaces permettent de diminuer de façon significative le risque de GNP et le nombre d'avortements répétés par rapport aux autres méthodes efficaces telles que les contraceptifs oraux [9-10,13-15,18,28-29]. Elles permettent de s'amender des contraintes d'observance quotidiennes ou coïtales inhérentes aux autres méthodes disponibles et d'éviter les risques corrélés à l'utilisation des œstrogènes tout en assurant un retour à la fertilité à l'arrêt du traitement [10,13-14,25]. Bajos et al. [8] rajoutent qu'elles pourraient permettre « une meilleure adéquation entre la méthode contraceptive, le mode de vie de la patiente et ses attentes ». Les méthodes LARC doivent donc être discutées avec chaque femme et plus précisément chez cette population de patientes utilisant déjà une méthode contraceptive efficace lors de la conception [10,13]. Une étude qualitative sur les motivations du choix contraceptif chez les médecins et chez cette population de patientes pourrait aider à mieux comprendre les facteurs influençant ce choix. En revanche, pour la grande majorité des patientes utilisant une contraception modérément efficace, moins efficace ou aucune méthode lors de la conception, la contraception prescrite en post abortum était majoritairement différente de celle utilisée lors de la conception (81.2% (IC95% [62.1-100.0]), 100% et 93.2% (IC95% [88,6-97,7]). Ce constat suggère qu'il est plus complexe de prescrire une méthode contraceptive différente à une patiente qui utilisait déjà une méthode efficace, que d'en introduire une chez une patiente qui n'en possédait pas ou employait une méthode locale au moment de la conception.

Par conséquent, il est judicieux de bien différencier ces deux sous populations de patientes afin de pouvoir délivrer une information orientée sur un choix contraceptif différent, en privilégiant toujours les méthodes LARC.

Chez les patientes utilisant déjà une méthode de contraception efficace lors de la conception, la proportion de méthodes LARC seules prescrites en post abortum est légèrement supérieure à celle des méthodes orales seules, contrairement à ce qui est observé pour les patientes utilisant une méthode non médicale lors de la conception. Ces résultats pourraient suggérer que les médecins tentent d'adapter la prescription réalisée en post abortum en fonction de la contraception utilisée lors de la conception. Or, la comparaison entre le groupe 1 (contraception médicale lors de la conception) et le groupe 2 (pas de contraception médicale lors de la conception), ne conclut pas à une différence significative sur les prescriptions contraceptives réalisées en post abortum (p=0.25). Pourtant, les méthodes contraceptives

utilisées lors de la conception étaient significativement différentes entre les deux groupes (p<0.001). Tous ces résultats nous laissent supposer que, malgré une adaptation certaine des pratiques contraceptives face au contexte répété de l'IVG, la prise en compte de la méthode utilisée lors de la conception n'influence pas encore significativement les praticiens dans le choix de la méthode prescrite. Des efforts sont donc nécessaires auprès des patientes utilisant déjà une méthode de contraception lors de la conception pour prévenir plus efficacement la survenue d'une nouvelle IVG. Une marge de progression paraît envisageable.

Contraception prescrite en post abortum

La prescription d'une méthode contraceptive efficace (ou médicale) a été réalisée chez la quasi-totalité des patientes (92,2%) en post abortum et la majorité des prescriptions ont été faites lors de la consultation pré IVG (92,6%). Les méthodes non médicales (absence de contraception exclue) étaient très faibles (1,4%) et la part de patientes qui ne souhaitaient pas utiliser de contraception en post abortum était nettement inférieure (6,4%) à la part de celles qui n'en utilisaient pas au moment de la conception (53,9%). Plus aucune patiente ne souhaitait utiliser de contraception moins efficace. Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'étude française de 2007 [8] pour les méthodes médicales dont le taux était de 78,3% et environ similaire pour les méthodes non médicales (absence de contraception exclue) dont le taux était de 0,6%. Ils appuient l'hypothèse exposée dans le chapitre précédent. Les professionnels de santé concernés par la prise en charge de l'IVG, dans les centres d'orthogénie des Alpes Maritimes et du Var Est, sont sensibilisés aux problématiques contraceptives dans le cadre singulier des IVG répétées et réévaluent la méthode contraceptive utilisée. Cela témoigne également d'un désir commun avec la plupart des patientes concernées d'adapter la prescription contraceptive en post-abortum aux événements conduisant à l'avortement, comme l'avait fait remarquer Moreau et al. au sein de la population générale des patientes ayant recours à l'IVG [11].

L'utilisation du temps de la consultation pré IVG par la majorité des praticiens pour réaliser les prescriptions contraceptives présume d'une volonté de leur part à prendre en charge l'IVG dans sa globalité, en se projetant dans « l'après IVG ». Cela évoque une bonne connaissance du rôle attribué à chaque temps de l'IVG (consultation pré IVG, IVG et consultation post IVG) dans la démarche contraceptive spécifique de l'avortement. En effet, la prescription initiale d'une méthode contraceptive efficace dès la consultation pré IVG permet à la patiente de la débuter immédiatement après la réalisation de l'IVG [1,3,13-14,18-19]. La conscience des praticiens sur la reprise immédiate de la fertilité après la réalisation de l'IVG permet de prévenir les récidives chez la part non négligeable de patientes ayant des rapports sexuels non protégés avant la consultation post IVG [14]. Comme en témoignent les recommandations pour la pratique clinique par le CNGOF et la HAS [14,18-19], cela permet également de laisser

le temps à la patiente d'employer le moyen contraceptif choisi avant de réévaluer cette méthode lors de la consultation post IVG de J14. Le praticien peut ainsi vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme notamment au regard de l'observance et des problèmes d'intolérance afin de l'ajuster en fonction des caractéristiques individuelles, des désirs et des difficultés rencontrées [1,11].

Par ailleurs, le pourcentage important de méthodes LARC prescrites en post abortum (37,78% seule, 12,9% combinée) suppose que les médecins concernés ont conscience de l'efficacité plus importante des méthodes LARC à prévenir la survenue d'une GNP ainsi que le nombre d'avortements répétés par rapport aux autres méthodes efficaces telles que les contraceptifs oraux [9,13-15,18-19,26-28]. Ce résultat est d'ailleurs supérieur à celui retrouvé dans l'étude de Moreau et al. où il était de 23,8% au sein de toutes les femmes ayant recours à l'IVG [11]. Les méthodes LARC sont donc bien considérées comme un des choix contraceptifs à privilégier. Dans notre étude les implants étaient plus prescrits que les stérilets (27,7% versus 23%) ce qui diffère de l'étude de Moreau et al. sur la population totale des patientes ayant recours à l'IVG (7,1% versus 16,7%). Inversement le taux de pilule seule prescrite en post abortum (41%), bien que toujours majoritaire, est inférieur (50,3%). En comparaison avec les patientes ayant recours à une IVG itérative de l'étude de Bajos et al., les méthodes prescrites en post abortum dans notre étude étaient semblables pour la contraception orale seule (41% versus 44%) et les stérilets (23% versus 23%) mais supérieure pour les implants (27,7% versus 9%) [8]. Les autres méthodes médicales étaient peu représentées (anneau vaginal et patch contraceptif) ce qui est comparable aux résultats de Moreau et al. [11]. L'ensemble de ces résultats suggèrent que les pratiques professionnelles s'adaptent effectivement au contexte particulier des IVG répétées en favorisant la prescription des méthodes LARC dont principalement les implants et en diminuant les prescriptions des méthodes orales. En revanche, le pourcentage de prescriptions des méthodes orales seules semble traduire que les patientes et/ou les praticiens ne sont pas encore prêts à abandonner ces méthodes dans le cadre particulier des IVG répétés. Néanmoins, la diversité des méthodes prescrites en post abortum témoigne d'une considération par les professionnels de santé des attentes et des désirs des patientes en matière de contraception.

La prescription d'une méthode LARC combinée à une autre méthode (pilule le plus souvent) dont une majorité de DIU (89,3%) témoigne un engagement de la part de certains professionnels à maintenir une contraception efficace dans les conditions où la pose immédiate de la méthode LARC n'est pas réalisable comme c'est le cas pour les DIU lors des IVG médicamenteuses [14,18-19]. Mais si l'on considère conjointement cette proportion avec les 40,7% de méthodes LARC prescrites et posées lors de l'IVG, on peut supposer que ce taux est encore insuffisant. Le retour à la fertilité étant immédiat après une IVG, le risque de survenue d'une GNP chez ces patientes sans contraception efficace est plus que présent [13-

14,18-19].

Bien que faible (1,8%), le taux de stérilisation programmée proposé montre la volonté de certains professionnels à explorer toutes les possibilités contraceptives disponibles.

La contraception d'urgence est peu prescrite en post abortum au sein de notre population comme chez celle de Schoub-Thieblemont et al. [25] ou de Jamin et al. [26]. Les pratiques n'ont donc pas évolué sur cet aspect malgré le contexte répété de l'IVG.

La prescription d'une méthode contre indiquée a été réalisée chez 4 patientes dont le motif de contre-indication était classique (âge > 35 ans + tabac), suggérant un respect global des règles de prescription, mais aussi un manque de mise à jour de quelques professionnels quant aux recommandations [22].

Peu de données ont été collectées concernant les critères d'échec ou les motifs d'arrêt des méthodes contraceptives antérieures, ces notions étant relatées dans seulement 57 dossiers (26,3%). La méthode responsable a été renouvelée en post abortum chez la moitié (54,3%) de ces patientes, alors que 73,7% déclaraient un problème d'observance ou de tolérance ce qui laisse supposer que les causes de survenue de la GNP ne sont pas toujours considérées. La récidive d'une GNP aboutissant à une nouvelle demande d'IVG est alors plus que probable. Nos résultats tendent à se rapprocher de ceux de l'étude de Bajos et al. [8] où les patientes, ayant recours de façon multiple à l'IVG, étaient plus nombreuses à déclarer que la méthode qu'elles utilisaient ne leur convenait pas, malgré une utilisation plus fréquente d'une méthode contraceptive médicale, que les femmes témoin réalisant leur première IVG. Mais le peu de données disponibles dans notre étude assorti d'un biais d'informations probables ne nous permet pas de conclure sur ces résultats. Une étude qualitative serait plus à même d'éclaircir ce point avec pertinence.

Si l'on examine tous ces résultats, le bilan est majoritairement positif et vient appuyer le résultat de notre critère de jugement principal. Les praticiens prennent en considération le caractère répété de l'IVG lors du choix de la méthode contraceptive prescrite. Ils orientent plus fréquemment leurs prescriptions vers les méthodes LARC, plus sûres et plus efficaces avec notamment une prescription supérieure d'implants que dans la population totale des patientes ayant eu recours à une IVG. Néanmoins, les efforts sont à poursuivre. La prescription des méthodes contraceptives d'urgence permettant de réduire le risque d'une GNP devrait être systématique dès lors qu'une méthode contraceptive reposant sur l'observance est prescrite (hors LARC). La prise en compte des problèmes d'observance et/ou de tolérance de la méthode utilisée lors de la conception doit plus fréquemment guider le choix contraceptif en post abortum. La proposition d'une stérilisation programmée devrait être suggérée plus souvent chez les patientes pour qui elle est indiquée.

Prescription d'une méthode déjà expérimentée par la patiente dans le passé

Parmi la totalité des patientes pour lesquelles a été prescrit une méthode contraceptive efficace en post IVG, la moitié (50,5%) avait déjà utilisé cette méthode par le passé. Or, le taux de patientes incluses (76,5%) déclarant avoir déjà employé au moins une méthode par le passé est inférieur à celui retrouvé dans l'étude Suisse de Bianchi Demicheli et al. [24] sur la population totale de patientes ayant recours à l'IVG (98%). Ces résultats peuvent être le fait d'un biais de mesure. En effet, les données manquent pour 23,6% des patientes et l'emploi d'une méthodologie rétrospective lors du recueil des données ne permet pas de garantir la recherche ou la notification des notions recherchées dans les dossiers médicaux. Il est possible que le taux des patientes ayant déjà utilisé par le passé la méthode contraceptive prescrite en post abortum soit supérieur si le recueil de données avait été exhaustif. Nous ne pouvons donc pas émettre de conclusion sur ces résultats. Une autre méthodologie telle qu'une étude prospective et/ou un auto-questionnaire renseigné par les patientes pourrait répondre de façon plus pertinente à cette question même si elle ne permettrait pas de s'amender en totalité du biais de mémorisation.

LARC et pilule selon la classe d'âge des patientes

Les résultats de notre étude montrent qu'en fonction de la tranche d'âge des patientes il n'y avait pas de différence significative entre les taux de prescription de chaque méthode contraceptive majoritaire (LARC seule, LARC DIU, LARC implant, orale seule). Ces méthodes ne présentaient pas non plus de différence significative entre elles par tranche d'âge. Au sein de notre population de patientes, l'orientation du choix contraceptif ne se fait donc plus selon la norme contraceptive française [2,8,12], et infirme l'hypothèse de Bajos et al. [8] selon laquelle les logiques de prescription médicale restent figées dans la norme contraceptive française (préservatif en début de vie sexuelle, contraception orale une fois la vie sexuelle régularisée, puis DIU dès le 2º enfant). La prescription des contraceptions réversibles à longue durée d'action (LARC) représentées par les stérilets et implants n'est plus réservée aux femmes les plus âgées contrairement à l'étude de Roberts et al. [13]. Ces résultats suggèrent que les praticiens et les patientes, sur ce point encore, s'adaptent au contexte singulier qu'est l'IVG répétée. Ils supposent une évolution novatrice, favorable et encourageante des pratiques professionnelles sur ce critère.

Mise en place des dispositifs LARC et facteurs pouvant l'influencer

La répartition des IVG en fonction de la technique employée au sein de notre population n'était pas comparable à celle observée dans la littérature Française. En effet, les IVG étaient réparties en 40,1% de techniques médicamenteuses et 59,9% de techniques chirurgicales dans notre étude contre respectivement 56% et 44% dans l'étude de Vilain A. en 2016 [6] et de 53,1% et 46,9% dans l'étude de Moreau et al. [11]. Les données recueillies ne nous ont pas permis de mettre en évidence de facteurs pouvant expliquer cette différence. Une enquête épidémiologique régionale sur ce point pourrait permettre de mieux appréhender cette différence.

Les données concernant la pose des dispositifs LARC suggèrent que, dans l'ensemble des centres étudiés, la mise en place des méthodes LARC est dépendante du dispositif prescrit (implant/DIU) et de la technique d'IVG employée (p<0,05). Les DIU sont très peu posés et exclusivement au bloc opératoire. Les implants sont majoritairement mis en place et préférentiellement au cours des prises en charge hospitalières (bloc opératoire et hôpital de jour lors de la prise des prostaglandines). A contrario, ils sont très peu posés au cours des prises en charge médicamenteuses à domicile car, dans ces cas-là, seule la consultation post IVG de J14 est employée pour leur mise en place. Aucun implant n'a été mis en place lors de la prise de la mifépristone en consultation. Il parait également nécessaire de souligner que la moitié des patientes pour qui la méthode LARC prescrite n'a pas été posée le jour de l'IVG, ne reviennent pas à la consultation post IVG. Cela confirme l'importance de mettre en place le dispositif LARC, tant que faire se peut, au moment de l'IVG afin de pouvoir assurer à un maximum de patientes le démarrage précoce d'une contraception efficace.

En poussant l'analyse par centre d'orthogénie, on se rend compte qu'il existe des disparités majeures entre les pratiques professionnelles des différents centres à l'exception de la mise en place des implants au bloc opératoire qui tend à être comparable. Compte tenu de la taille de l'échantillon, aucun test statistique n'a pu être réalisé mais des tendances ressortent. A Nice, seuls les implants sont posés et exclusivement au bloc opératoire. A Grasse et à Cannes la majorité des DIU sont posés au bloc opératoire. A Grasse uniquement, les implants ont été posés au moment de l'IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour. A Fréjus, aucune patiente incluse n'avait les critères nécessaires pour participer à cette analyse.

L'ensemble de ces résultats suggèrent que la démarche engagée par la prescription d'une méthode LARC n'aboutit que dans la moitié des cas à une contraception opérante et effective. Pourtant l'efficacité des méthodes LARC est inhérente au temps de la mise en place du dispositif par un professionnel de santé formé, contrairement aux autres méthodes contraceptives efficaces. Les patientes pour qui une méthode LARC seule a été prescrite et non posée se retrouvent très probablement sans contraception et donc avec un risque majeur de survenue d'une GNP et d'une nouvelle IVG. Or, les nouvelles recommandations pour la

pratique clinique basées sur une revue exhaustive de la littérature et rédigées par le CNGOF et la HAS évoquent les points suivants [14,18-19]: « Les méthodes contraceptives LARC (DIU et implants) semblent plus efficaces pour éviter la répétition des IVG, notamment si elles sont débutées précocement après l'IVG. Les implants doivent être insérés le jour de l'IVG en cas d'IVG instrumentale. En cas d'IVG médicamenteuse, l'implant peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone » [18], « car la contraception progestative n'influe pas sur l'efficacité abortive de la mifépristone » [14]. « Cette insertion précoce n'est pas associée à une augmentation du risque d'échec de l'IVG médicamenteuse en cours. En cas d'IVG instrumentale, l'insertion immédiate du DIU est une procédure peu risquée, les complications infectieuses et les perforations étant rares dans ce contexte. Le taux d'expulsion de DIU est dans ce cas plus élevé, mais le taux d'utilisation à 6 mois est supérieur. Ainsi, les DIU au cuivre et au levonorgestrel doivent être insérés préférentiellement le jour de l'IVG instrumentale. En cas d'IVG médicamenteuse, un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra utérine, car il n'est pas observé plus d'expulsions, d'infections, de perforations ni de saignements par rapport à une insertion différée. Le taux de poursuite de la méthode est similaire à 6 mois suivant le moment de l'insertion mais plus de femmes se présentent à la visite post-IVG lorsque la pose a lieu précocement » [18].

Ces nouvelles recommandations sur les temps de pose des méthodes LARC sont donc peu ou pas appliquées pour les DIU en général comme pour les implants lors des prises en charge médicamenteuses. De plus, les protocoles appliqués sont très disparates entre les centres. Les données de notre étude ne nous permettent pas d'explorer les raisons pour lesquelles certains dispositifs LARC ne sont pas posés mais deux hypothèses non exclusives se profilent.

certains dispositifs LARC ne sont pas posés mais deux hypothèses non exclusives se profilent. La première est que le retard des croyances et des attitudes, quant à la mise en place des DIU par rapport aux preuves scientifiques établies, constitue un frein majeur à la pose des méthodes prescrites [12,14-19]. Pourtant nombreuses sont les preuves scientifiques qui montrent que l'insertion d'un DIU immédiatement après l'avortement est à la fois sûre et efficace. Les taux d'expulsion semblent certes plus élevés mais l'utilisation du DIU est supérieure à six mois. Les infections pelviennes et les perforations sont rares. Les femmes présentant une IST active et ayant un stérilet s'exposent effectivement à un risque plus élevé de salpingite que les femmes non infectées ayant un stérilet mais le risque semble similaire à celui des femmes infectées n'ayant pas de stérilet. Il n'y a pas d'augmentation significative du risque de complications ou d'excrétion virale chez les femmes séropositives. De même, les données de la littérature indiquent qu'il n'y a aucun effet majeur sur l'infertilité tubaire ou sur un risque accru de grossesse extra-utérine [15-17]. Ces preuves scientifiques devraient donc être connues et considérées de tous les praticiens pour que les protocoles puissent évoluer et de façon uniforme. Une étude qualitative semblerait plus à même d'évaluer les freins des

patientes et/ou des praticiens sur la mise en place immédiate des dispositifs LARC dans les conditions proposées par les recommandations. Cela pourrait ainsi permettre de proposer des solutions adéquates favorisant leur mise en place.

La seconde hypothèse est que les recommandations étant très récentes il est possible que les protocoles hospitaliers et/ou les praticiens n'aient pas encore eu le temps de se mettre à jour et/ou d'adapter leurs pratiques. Une nouvelle étude à distance et avec une méthodologie identique à la nôtre, pourrait jauger l'évolution de ces pratiques après avoir laissé le temps aux praticiens de se mettre à jour sur les recommandations.

Ces résultats nous permettent d'envisager une marge de progression sur la mise en place des dispositifs LARC et plus particulièrement pour les implants lors des IVG médicamenteuses à domicile et pour les DIU en général. L'adaptation des pratiques et des protocoles aux nouvelles recommandations pourrait engendrer un meilleur taux d'adhésion aux méthodes LARC et ainsi engager une diminution du recours répété à l'IVG.

Limites

Dans le but d'évaluer les pratiques médicales et afin de limiter les biais de mesure, il nous a paru légitime de faire une étude rétrospective plutôt que prospective car nous craignions que le renseignement du questionnaire par les praticiens lors d'une étude prospective modifie leurs pratiques suite à l'émergence d'un questionnement habituellement non évoqué. La majorité des données analysées émanaient donc des dossiers médicaux des patientes.

Comme toute étude rétrospective multicentrique, un biais de sélection est possible du fait des données manquantes dans les dossiers (nombre de patientes incluses différent selon les groupes) et un biais d'information (notes du praticien) du fait du manque d'uniformité pour le recueil des données et entre les différents dossiers utilisés et centres analysés. Les biais de renseignements se retrouvent principalement pour certaines données permettant l'analyse des caractéristiques de la population (catégorie socio professionnelle, indice de masse corporelle, situation conjugale, contraceptions antérieurement utilisées). Les dossiers ne comportant par les données nécessaires à l'analyse du critère de jugement principal ont été exclus de cette étude ce qui explique le faible nombre de patientes incluses à Fréjus.

La phase 2 de l'étude n'a pas été réalisée. Nous n'avons donc pas pu évaluer l'utilisation réelle de la contraception prescrite alors que ce critère fait partie intégrante des enjeux de la prise en charge contraceptive en post abortum. Il est probable qu'un certain nombre de patientes n'aient jamais utilisé la méthode prescrite ou se soient découragées rapidement. Une étude prospective qualitative ou une cohorte serait plus à même d'évaluer ce critère avec pertinence.

CONCLUSION

Dans les Alpes Maritimes et le Var Est, la contraception utilisée lors de la conception est majoritairement réévaluée et modifiée en post abortum chez les patientes ayant eu recours à un avortement itératif. Les pratiques professionnelles contraceptives observées tendent à s'aliéner de la norme contraceptive française au moment de la prescription en s'adaptant à la situation singulière des IVG répétées afin d'en prévenir la récidive. Cependant pour la part des patientes utilisant déjà une contraception efficace lors de la conception, la prescription d'une méthode différente en post abortum est présente mais dans une moindre mesure. La prise en compte de la méthode utilisée lors de la conception n'influence pas encore significativement les praticiens dans le choix de la méthode prescrite. Des efforts sont nécessaires afin d'envisager une meilleure efficacité contraceptive pour prévenir la survenue d'une nouvelle IVG.

Bien que les pratiques contraceptives semblent s'adapter au statut répété de l'IVG lors de la prescription, le recours multiple à l'avortement persiste. Il pourrait en partie s'expliquer par certaines pratiques professionnelles ne favorisant pas la mise en place précoce des dispositifs LARC prescrits au moment de la prise en charge globale de l'IVG, contrairement aux nouvelles recommandations. Une étude qualitative sur les obstacles relatifs à la pose des méthodes LARC au cours de la prise en charge de l'IVG en France pourrait nous permettre de mieux comprendre ce paradigme et de trouver des solutions dans le but de prévenir efficacement le recours multiple à l'IVG.

L'évolution des pratiques professionnelles paraît nécessaire dans ce contexte pour tenter de diminuer le recours répété à l'IVG.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Davitian C, Ceccaldi P.F, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Khater C, N et al. Interruption volontaire de grossesse. EMC Traité de Médecine AKOS 2016;11:1-6.
- [2] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Why has the number of abortions not declined in France over the past 30 years? Population Societies 2004;407:1-4.
- [3] Vigoureux S. Epidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynecol obstet Biol Reprod 2016;45:1462-76
- [4] Mazuy M, Toulemon I, Baril E. Le nombre d'IVG est stable mais moins de femmes y ont recours. Population 2014;69:365-98.
- [5] Blayo C. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. Population 1995;3:779-810.
- [6] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2016. DRESS Etudes Résultats 2017;1013:1-6.
- [7] Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles MJ. Repeat induced abortion: A multicenter study on medical abortions in France in 2014. Gynecol Obstet Fertil Senol 2017;45:22-7.
- [8] 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 Epidémiol Santé Publique 2013;61:291-8.
- [9] Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of Repeat Abortion in a Swedish Cohort according to the Choice of Post-Abortion Contraception: A Longitudinal Study. Obstet Gynecol Scand 2016;95:565-71.
- [10] Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to Prevent Unintended Pregnancy: Increasing Use of Long-Acting Reversible Contraception. Hum Reprod Update 2011;17:121-37.
- [11] Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Contraception 2010;82:337-44.
- [12] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Soc 2012;492:1-4
- [13] Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. Contraception 2010;82:260-5.
- [14] Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. Gynecol obstet Biol Reprod. 2016;45:1577-95.
- [15] Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD001777

- [16] Grimes DA. Intrauterine devices and upper-genital-tract infection. Lancet 2000;356:1013-9.
- [17] Espey E, Ogburn T. Perpetuating negative attitudes about the intrauterine device: textbooks lag behind the evidence. Contraception 2002;65:389-95.
- [18] Vayssière C, et al. L'interruption volontaire de grossesse: recommandation pour la pratique clinique – Texte des recommandations. Gynecol obstet Biol Reprod. 2016;45:1596-1603
- [19] Haute Autorité de Santé Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité octobre 2017]. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg.
- [20] Haute Autorité de Santé Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. [cité novembre 2017]. Disponible sur https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles.
- [21] Haute Autorité de Santé Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité avril 2013]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee.
- [22] Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [Internet]. [cité juillet 2013]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire.
- [23] Chalain S et al. Aborting women social characteristics: A study in Maine-et-Loire region in 2007. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;40:407-14
- [24] Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi PG, Dumont P, Ludicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. Contraception 2003;67:107-13
- [25] Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraaceptives pré-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. Rev sage-femme 2018, https://doi.org/10.1016/j.sagf.2017.08.001
- [26] Jamin C, Lachowski M. Place of persistence trouble during oral contraception and subsequent use of emergency contraception. Gynecol obstet Biol Reprod 2015;44:706-14.
- [27] Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. Contraception 2008;78:149-54
- [28] Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. Am J Obstet Gynecol 2012;206:37.e.1-6

[29] Langston AM, Joslin-Roher SL, Westhoff CL. Immediate postabortion acess to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. Contraception 2014;89:103-8

<u>ANNEXES</u>			
Annexe 1 : Questionnaire de l'étude à remplir par l'investigateur principal			
CENTRE D'ORTHOGÉNIE :		Date IVG :	
PATIENTE :			
Nom:	Date de naissance:		
Prénom :	Téléphone :		
MÉDECIN :			
Nom:	Prénom :	Statut :	
CARACTÉRISTIQUES DE LA PATIENTE :			
Situation conjugale :			
, J. J.	- En couple		
	- Non Précisé (NP)		
Catégorie socio profession	, ,	Travail :	
Agriculteurs exploitants			
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise			
Cadres et professions intellectuelles supérieures			
Professions Intermédiaires			
5. Employés			
6. Ouvriers			
7. Sans activité : - Etudi	ante		
	au foyer		
	activité professionnel	le	
8. NP	dolivite professionine		
Tabac: OUI/NON/NP		Toxiques: OUI / NON / NP	
Frottis < 3 ans : OUI / NON	/ NP	•	
Gestité / Parité : G F	P / NP		
Antécédents (ATCD) :		Allergie :	
Traitement habituel :		Poids / Taille / IMC :	
Niveau de maitrise de la langue Française insuffisant : OUI / NON			
CARACTÉRISTIQUES DU OU DES IVG ANTÉRIEURES :			

ATCD IVG: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 .../NP

Date / Lieu / technique des précédentes IVG :

Lieu de réalisation des précédents IVG : Même centre / Centre différent / Les deux / NP

CONTRACEPTION:

Contre-indication contraceptive : Œstroprogestatifs (OP) : OUI / NON / NP

Progestatifs (P): OUI / NON / NP

DIU: OUI / NON / NP

Utilisée antérieurement	Lors de la conception	Prescrite en post abortum
ORALE:		
- OP 1ère génération	- OP 1ère génération	- OP 1ère génération
- OP 2ème génération	- OP 2ème génération	- OP 2 ^{ème} génération
- OP 3 ^{ème} génération	- OP 3 ^{ème} génération	- OP 3 ^{ème} génération
- OP type NP	- OP type NP	- OP type NP
- pilule microprogestative	- pilule microprogestative	- pilule microprogestative
VAGINALE:		
- anneau contraceptif	- anneau contraceptif	- anneau contraceptif
TRANSDERMIQUE:		
- patch transdermique	- patch transdermique	- patch transdermique
LARC:		
SOUS-CUTANÉE :		
-implant contraceptif	-implant contraceptif	-implant contraceptif
INTRA-UTÉRINE :		
- stérilet NP	- stérilet NP	- stérilet NP
- stérilet Mirena	- stérilet Mirena	- stérilet Mirena
- stérilet Jaydess	- stérilet Jaydess	- stérilet Jaydess
- stérilet progestatif NP	- stérilet progestatif NP	- stérilet progestatif NP
- stérilet cuivre standard	- stérilet cuivre standard	- stérilet cuivre standard
- stérilet au cuivre short	- stérilet au cuivre short	- stérilet au cuivre short
- strilet cuivre NP	- sterilet cuivre NP	- sterilet cuivre NP
INJECTABLE:		
- progestatif	- progestatif	- progestatif
MECANIQUE / BARRIÈRE	:	
- préservatif masculin	- préservatif masculin	- préservatif masculin
- préservatif féminin	- préservatif féminin	- préservatif féminin
- mécanique type NP	- mécanique type NP	- mécanique type NP
- spermicide	- spermicide	- spermicide
- diaphragme	- diaphragme	-diaphragme
- cape cervicale	- cape cervicale	-cape cervicale

NATURELLE:

- méthode du retrait - méthode du retrait - méthode du retrait

- connaissance ovulation - connaissance ovulation - connaissance ovulation

STERILISATION:

- féminine- AUCUNE- AUCUNE- AUCUNE

- NP - NP - NP

Prescription d'une contraception d'urgence : OUI : Levonorgestrel - Ulipristal / NON / NP

Prescription réalisée lors : Consultation pré IVG / IVG / Consultation post IVG

La patiente était-elle ouverte à une méthode de contraception à long terme ?

OUI / NON / NP

Motif de l'arrêt ou de l'échec des contraceptions utilisées :

Par le passé : Observance / Mauvaise tolérance / Interaction médicamenteuse /
 Sous dosage / Désir de grossesse / Autre :

- **Au moment de la conception :** Observance / Mauvaise tolérance / Interaction médicamenteuse / Sous dosage / Désir de grossesse / Autre :

Utilisation de la Contraception d'urgence lors de la conception: OUI / NON / NP

MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS LARC :

Dispositif LARC prescrit et posé : OUI / NON

Temps utilisé pour la pose du dispositif LARC : IVG / consultation post IVG

CARACTÉRISTIQUES DE L'IVG ACTUELLE:

Terme en SA: SA + J / NP

Echographie de datation : OUI / NON : SA+ J

Technique de l'IVG réalisée :

Médicamenteuse à domicile / Médicamenteuse en hôpital de jour / Rattrapage chirurgical après échec technique médicamenteuse / Chirurgicale / Rattrapage chirurgical après échec technique chirurgicale / NP

Anesthésie: Locale / Générale / Aucune / NP

Réalisation d'un entretien psychosocial : OUI / NON / NP Consultation post-IVG à J14 réalisée : OUI / NON / NP

- Echographie réalisée : OUI / NON

Résultat : Vacuité utérine / Rétention / GIU AC+ / GIU AC- / Autre :

- Symptômes persistants : OUI / NON

Métrorragies / Douleurs abdominales / Fièvre / Autre :

Echographie de contrôle prescrite : OUI / NON

Annexe 2 : Mail de consentement envoyé au chef de service de chaque centre d'othogénie

Bonjour Professeur / Docteur,

Je m'appelle Amélie L'Heudé et je suis médecin généraliste remplaçante depuis novembre 2017. Je réalise actuellement le recueil de données sur mon sujet de thèse. Supervisée par le Dr Gobenceaux Anne-Sophie je fais une thèse observationnelle rétrospective sur la modification des moyens de contraception en pré et post IVG chez les patientes consultant pour un IVG récidivante dans les Alpes maritimes et le Var Est. Je compte effectuer cette étude dans les quatre centres d'orthogénie suivants : CHI de Fréjus, CH de Grasse, CH de Cannes et CHU de Nice.

Je vous sollicite ce jour afin de vous demander l'autorisation d'exploiter les données des dossiers médicaux du centre d'orthogénie dont vous êtes responsable.

Une demande auprès du CNIL et de l'INDS a été réalisée.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer Professeur / Docteur, l'expression de mes salutations les plus respectueuses.

Amélie L'Heudé

SERMENT 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'informerai 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.