



HAL
open science

**Analyse des pratiques concernant la contraception
post-IVG médicamenteuse. Enquête auprès des
professionnels de santé réalisant des IVG
médicamenteuses en ville dans le cadre du réseau
ville-hôpital du CHU de Bordeaux**

Angèle Verdon

► **To cite this version:**

Angèle Verdon. Analyse des pratiques concernant la contraception post-IVG médicamenteuse. Enquête auprès des professionnels de santé réalisant des IVG médicamenteuses en ville dans le cadre du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970271

HAL Id: dumas-01970271

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970271>

Submitted on 4 Jan 2019

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 Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°187

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

VERDON Angèle
Née le 8 Juin 1990 à Libourne (33)

Le mardi 4 décembre 2018 à 18h00

**ANALYSE DES PRATIQUES CONCERNANT LA CONTRACEPTION POST-
IVG MEDICAMENTEUSE**

**ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE REALISANT DES
IVG MEDICAMENTEUSES EN VILLE DANS LE CADRE DU RESEAU
VILLE-HOPITAL DU CHU DE BORDEAUX**

Directeur de thèse

Madame le Docteur RAE Nathalie

Rapporteur de Thèse

Madame le Docteur DUHAMEL Sylvie

Jury

Monsieur le Professeur Claude HOCKE	Président
Monsieur le Professeur Dominique DALLAY	Juge
Madame le Docteur Nathalie RAE	Juge
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Juge
Madame le Docteur Sandrine FRANTZ	Juge

REMERCIEMENTS

A notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Claude HOCKE

*Professeur des Universités et Praticien hospitalier en gynécologie obstétrique,
Responsable du service de chirurgie gynécologique et médecine de la reproduction au CHU
de Bordeaux*

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

*Professeur des Universités et Praticien hospitalier en gynécologie obstétrique au CHU de
Bordeaux*

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Maître de conférences associée à l'Université de Bordeaux, Docteur en médecine générale

Vous me faites l'honneur d'être le rapporteur de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité. Recevez ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur FRANTZ Sandrine

*Praticien Hospitalier en gynécologie médicale, endocrinologie et médecine de la
reproduction au CHU de Bordeaux*

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur RAE Nathalie

Docteur en gynécologie

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre disponibilité et votre patience. Je suis honorée d'avoir mené ce projet ensemble. Veuillez recevoir ici l'expression de ma sincère gratitude et de toute ma reconnaissance.

A mes parents et mon frère, merci pour votre soutien et votre patience tout au long de ces années d'études, je vous en serai éternellement reconnaissante. Et merci pour tout l'amour que vous m'apportez chaque jour.

A mon Bastou, mon amour, merci d'avoir été auprès de moi et de m'avoir apporté autant d'amour et de gentillesse tout au long de ce travail. J'ai beaucoup de chance de partager ta vie, je t'aime très fort.

A ma belle-sœur et aussi mon amie, Marion, merci de m'avoir supporté pendant tant d'années et d'être encore là à me soutenir et prendre soin de moi. Ce parcours, notre parcours, fut riche en rebondissements mais nous pouvons en être fières.

A ma belle-famille, merci pour votre soutien et votre gentillesse.

A mes amies de longue date, ma Mock, Marie-Chacha, Juju, Marine, Laeti, Audrey, Maro, Aurélie, Laure qui comblent ma vie de bonheur et qui ont toujours cru en moi.

A mes amis, Mathieu, Antho, Marvin, Yanni, Et au reste de ma famille pour leur soutien.

A mes co-internes, Zaloa et Laetitia, sans qui ces trois années d'internat n'auraient pas été aussi enrichissantes. Merci pour ce superbe trio devenu maintenant inséparable.

A mes co-externes, Anaïs et Leslie, qui ont réussi à me supporter jusqu'à l'internat et qui sont devenues de véritables amies.

A mes anciens maîtres de stage qui m'ont beaucoup apporté durant ces études.

ABREVIATIONS

AGREGA : Association Girondine pour la Recherche et l'Enseignement de la Gynécologie en Aquitaine

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de la Santé

CACIS : Centre Accueil Consultation Information Sexualité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

COP : Contraception OestroProgestative

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPC : Développement Professionnel Continu

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

DU : Diplôme Universitaire

GNP : Grossesse Non Prévue

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

NP : Niveau de Preuve

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POP : Pilule OestroProgestative

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIU : Système Intra-Utérin

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION	7
II – GENERALITES	9
A. Contraception	9
1. Histoire de la contraception et évolution en France	9
2. Rappel des différents moyens contraceptifs	10
3. Efficacité.....	11
4. Répartition des méthodes contraceptives en France en 2016	12
B. Interruption volontaire de grossesse.....	13
1. Définition.....	13
2. Histoire de l’IVG en France	14
3. IVG médicamenteuse en ville.....	15
a) Cadre juridique	15
b) Etapes de l’IVG médicamenteuse en ville.....	16
c) Réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux	18
4. Epidémiologie.....	18
C. Trajectoire contraceptive dans le parcours IVG.....	19
1. Conséquence des comportements contraceptifs sur le recours à l’IVG.....	19
2. L’expérience de l’IVG sur la situation contraceptive des femmes en post-IVG	21
D. Pratiques contraceptives en post-IVG médicamenteuse.....	22
1. Recommandations actuelles françaises et internationales	22
2. Intérêt des LARC en post-IVG : DIU et implant.....	23
III – MATERIEL ET METHODES	24
A. Objectifs de l’étude	24
B. Type d’étude.....	25
C. Population étudiée	25
D. Recueil de données.....	26
E. Analyse statistique.....	26
F. Etapes intermédiaires	27
IV- RESULTATS.....	28
A. Analyse descriptive du profil des praticiens et activité IVG	28
B. Analyse descriptive du profil des femmes	30
C. Répartition des méthodes contraceptives prescrites en pré-IVG pour le post-IVG.....	33
1. Synthèse.....	33

2.	Consultation de contrôle post-IVG: évaluation de l'utilisation de la contraception prescrite	35
D.	Répartition selon l'âge des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG.....	36
1.	Synthèse.....	36
2.	Pilules oestroprogestatives et microprogestatives	37
3.	Patch/ Anneau.....	38
4.	Macroprogestatifs	38
5.	LARC	39
6.	Préservatif.....	40
7.	Autres méthodes : barrières et naturelles.....	41
8.	Méthode définitive.....	41
9.	Aucune contraception.....	41
E.	Particularité des LARC	42
F.	Réunion AGREGA 2018.....	45
V-	DISCUSSION	46
A.	Limites de l'étude.....	46
B.	Forces de l'étude	49
C.	Discussion des résultats.....	50
1.	Analyse du profil des praticiens du réseau et de leur activité IVG.....	50
2.	Analyse du profil des femmes	53
3.	Analyse des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG.....	56
4.	Particularité des LARC prescrites pour le post-IVG	61
5.	Evaluation de l'outil de recueil de données.....	67
VI-	CONCLUSION.....	69
VII-	BIBLIOGRAPHIE.....	71
VIII-	ANNEXES	77
IX-	RESUME	83
X-	SERMENT MEDICAL.....	85

I - INTRODUCTION

D'après les données récentes de la DREES (1), 216 700 IVG (interruptions volontaires de grossesse) ont été réalisées en France en 2017, dont 202 900 en Métropole. Environ 22% des IVG ont été pratiquées hors établissement hospitalier. L'augmentation progressive du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en ville (ainsi que dans les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale) s'accompagne de la baisse continue du nombre d'IVG instrumentales réalisées en milieu hospitalier. En Nouvelle-Aquitaine, 15 977 IVG¹ ont été réalisées en 2017, soit environ 7,4% de l'ensemble des IVG réalisées en France, et parmi lesquelles 20,3% représentent des IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral ou dans les centres de santé.

La loi du 4 Juillet 2001 autorisant la pratique des IVG médicamenteuses en ville (2), le service d'orthogénie du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Bordeaux a donc établi des conventions à partir de 2005 avec des médecins de ville dans le cadre d'un réseau ville-hôpital. En 2017, 53 conventions étaient actives avec des professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) et des centres de santé hors établissement hospitalier. Chaque professionnel s'engage à remplir une fiche de liaison pour chaque patiente réalisant une IVG médicamenteuse. L'âge, les antécédents gynéco-obstétriques, le protocole médicamenteux réalisé, la contraception pré et post-IVG ainsi que le succès de la méthode sont renseignés sur cette fiche. Ces données sont ainsi récupérées et analysées par le service d'orthogénie. Elles servaient aux analyses statistiques et étaient utilisées pour mettre en place de nouveaux projets chaque année en lien avec l'actualité ou les difficultés rencontrées par les professionnels du réseau.

La contraception dans le parcours IVG de la femme a suscité de nombreuses recherches pour établir des recommandations. D'après la HAS (Haute Autorité de Santé) (3), une contraception est indispensable dès la réalisation d'une IVG du fait de la reprise précoce de la fertilité. Des informations claires sur la contraception doivent donc être délivrées systématiquement en consultation pré-IVG. Le travail de Moreau et al. sur une enquête menée en 2007 (4) a montré que près d'une femme sur cinq déclarait ne pas avoir reçu d'informations concernant la contraception et environ une femme sur quatre ressortait sans contraception après l'intervention (toutes IVG confondues). Pourtant, l'IVG semble être l'occasion de « remédicaliser » la contraception et il existe des recommandations sur lesquelles peuvent s'appuyer les praticiens concernant la prescription de la

¹ Données issues de l'Agence Régionale de la Santé (ARS)

contraception après une IVG médicamenteuse. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) (5) soutient l'intérêt des LARC (Long-Acting Reversible Contraceptions : contraceptions réversibles de longue durée d'action) : DIU (Dispositif Intra-Utérin) et implant au décours d'une IVG afin de prévenir plus efficacement les grossesses non désirées et donc le recours répété aux IVG qui semble s'accroître depuis plusieurs années en France selon Bajos et al. (6). Cependant, certaines études montrent que près de la moitié des patientes reçoivent encore une prescription de pilules pour le post-IVG, les LARC restant en deuxième position.

Dans le souci de vouloir améliorer la qualité de ce réseau grandissant, nous avons souhaité analyser toutes les fiches de liaison de 2017 afin d'évaluer la pratique des praticiens de ville conventionnés. La question de recherche de cette étude était la suivante : quelle est la pratique des professionnels de santé issus du réseau ville-hôpital concernant la prescription de la contraception après une IVG médicamenteuse en ville?

Concernant la fiche de liaison, notre hypothèse était que cette fiche était perfectible sur l'item de la contraception prescrite en post-IVG.

Ce travail permettra de faire un état des lieux de la prescription de la contraception chez les femmes après une IVG médicamenteuse et de voir où se situe cette pratique par rapport aux données de la littérature afin de mettre en évidence d'éventuelles pistes d'amélioration pour la pratique clinique. Dans un second temps, cette étude nous sera également utile pour réévaluer le contenu et la pertinence de ces fiches de liaison afin de garantir par la suite un partage de données de qualité au sein de ce réseau.

II – GENERALITES

A. Contraception

1. Histoire de la contraception et évolution en France

« Les pratiques visant à maîtriser la fécondité sont anciennes » (7). Dès l'Antiquité, les femmes de catégories sociales aisées ont eu recours à des techniques telles que les pessaires ou encore l'utilisation de spermicides afin de limiter les naissances. Au cours du XVIIIème siècle, les couples ont eu plus souvent recours au retrait. Puis, après la seconde guerre mondiale, les discours natalistes ont préconisé de « repeupler » la France. Le Parlement a alors adopté une loi interdisant la propagande et la vente de produits « anticonceptionnels ».

La pilule a été élaborée aux Etats-Unis dans les années 1950 et est arrivée sur le marché européen en 1961. Elle était initialement prescrite dans le but de réguler le cycle menstruel ou d'éviter une grossesse qui pourrait mettre en jeu le pronostic vital de la femme. Puis, certains médecins ont rejoint le Mouvement français pour le planning familial afin de légaliser la contraception. C'est le 19 décembre 1967 que l'Assemblée Nationale a adopté le projet de loi de Lucien Neuwirth légalisant la contraception. Cependant, il a fallu attendre 1974 pour que l'ensemble des décrets d'application soit voté et qu'une seconde loi sur la contraception (Loi Veil de 1974) permette le remboursement des méthodes soumises à prescription par la sécurité sociale.

La pilule a donné ainsi aux femmes la possibilité de gérer leur fécondité, ce qui devient le symbole de leur émancipation et liberté sexuelle. Puis, le paysage contraceptif français change petit à petit. Les femmes plus âgées continuent la méthode du retrait alors que la nouvelle génération se tourne plus volontiers vers la pilule et le DIU. Ces deux moyens contraceptifs deviennent les plus utilisés en France dans les années 1980 avec une nette prédominance pour la pilule. L'utilisation du préservatif devient également plus importante face à l'épidémie du VIH survenue dans les années 1980 (annexe 1).

Dans les années 2000 apparaissent la commercialisation de plusieurs méthodes hormonales : patch, anneau et implant. Ces méthodes considérées comme une alternative à la pilule représentent seulement 5% du recours contraceptif. La contraception définitive est également autorisée à partir de 2001. Ainsi, 82% de la pratique contraceptive était médicalisée en 2000 contre 52% en 1978 (8).

Depuis, l'appartenance sociale n'est plus un déterminant marquant de la pratique contraceptive (8). « L'usage de la contraception est aujourd'hui marqué par le recours au préservatif en début de vie sexuelle, puis à la pilule dès que les individus entrent dans une relation stable, et enfin par l'usage du DIU une fois que le nombre d'enfants souhaités est atteint : c'est la norme contraceptive française » (7).

Les pilules combinées de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont fait l'objet d'un débat médiatique en France en décembre 2012 sur leurs risques d'accidents cardiovasculaires. Entre 2010 et 2013, on observe ainsi une baisse du recours à la pilule (9). Cette tendance semble avoir perduré entre 2013 et 2016 d'après le baromètre santé (10). Les femmes les plus favorisées se sont ainsi reportées sur le DIU alors que les femmes de catégories plus populaires se sont tournées vers le préservatif ou les méthodes naturelles (7).

Le modèle contraceptif français pourrait évoluer vers une contraception mieux partagée entre femmes et hommes, bien qu'il existe peu de méthodes pour ces derniers (préservatif et vasectomie).

2. Rappel des différents moyens contraceptifs

Voici les différentes méthodes contraceptives (11):

- Contraception hormonale :
 - Contraception oestroprogestative : elle comprend la pilule, le patch transdermique et l'anneau vaginal.
 - Contraception progestative : elle comprend la pilule microprogestative, les dispositifs contenant un progestatif (implant et DIU) et les macroprogestatifs injectables. La pilule macroprogestative n'a pas d'AMM dans cette indication.
- Dispositif intra utérin au cuivre ou au progestatif
- Méthodes barrières :
 - Préservatifs masculins
 - Préservatifs féminins
 - Capes et diaphragmes
 - Spermicides
- Méthodes naturelles :

- Abstinence périodique (Méthode Ogino-Knauss)
 - Méthode des températures
 - Méthode de la glaire cervicale (Méthode Billings)
 - Retrait ou coït interrompu
 - Test d'ovulation par bandelettes
 - Méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)
- Méthodes définitives :
- Stérilisation féminine
 - Stérilisation masculine
- Contraception d'urgence :
- Contraception orale hormonale de rattrapage (NORLEVO®, ELLAONE ®)
 - DIU au cuivre

3. Efficacité

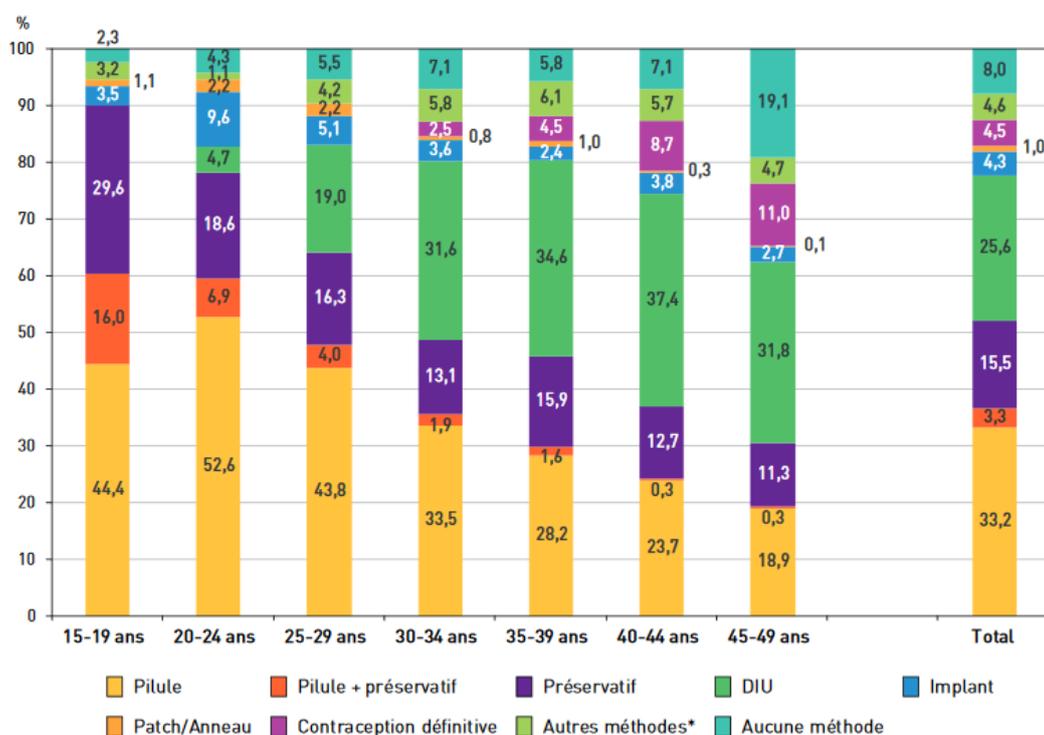
Aucune contraception n'est efficace à 100% (12). L'efficacité théorique d'une contraception, c'est-à-dire l'usage correct de la méthode, est mesurée par l'indice de Pearl qui est un indice théorique égal au pourcentage de grossesses accidentelles sur un an d'utilisation optimale de la méthode. En d'autres termes, il correspond au nombre total de grossesses non désirées survenant chez 100 femmes durant 12 mois d'utilisation optimale de la méthode.

En revanche, l'efficacité pratique est calculée sur l'ensemble de l'échantillon y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli, usage incorrect...). Ceci permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même ainsi qu'à son utilisation dans la vie courante.

Selon le tableau de la HAS (annexe 2) (13), l'indice de Pearl est meilleur pour l'utilisation des LARC (DIU et implants), ainsi que pour la stérilisation féminine. La contraception combinée oestroprogestative et progestative seules ont un taux de grossesses au cours de la première année d'utilisation égale à 0.3% lors d'une utilisation correcte et régulière, et passe à 9% lors d'une utilisation courante. Cet écart témoigne probablement d'un usage complexe ou contraignant du moyen contraceptif.

4. Répartition des méthodes contraceptives en France en 2016

Rahib et al. avaient réalisé l'enquête « baromètre santé » en 2016 afin d'évaluer la pratique contraceptive des femmes âgées de 15 à 49 ans à distance du débat médiatique de 2012 sur la pilule (figure 1) (10). D'après cette enquête, 71.9% des femmes en France étaient concernées par la contraception et 8% déclarent ne pas utiliser de moyen contraceptif. La pilule est la méthode la plus utilisée, 36.5%, surtout pour les femmes âgées de 15 à 24 ans. Le DIU devient le premier contraceptif utilisé chez les femmes à partir de 35 ans (34.6%) et pour celles ayant déjà eu des enfants. Parmi les 25-29 ans, seules 7.6% des femmes nullipares utilisent un DIU. Le préservatif arrive en troisième position avec une utilisation plus importante par les 15-19 ans (45.6%), parfois en association avec la pilule. Seulement 4.3% des femmes utilisent l'implant, plus souvent employé chez les patientes âgées de 20 à 24 ans (9.6%). La contraception définitive augmente avec l'âge et concerne principalement les femmes de 40 ans et plus. Les autres méthodes (naturelles/barrières) sont utilisées par 4,6% des femmes.



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 1 : Méthodes contraceptives utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

En France, l'utilisation de la pilule reste le premier moyen de contraception utilisé alors qu'elle n'est qu'en troisième position à l'échelle mondiale derrière la stérilisation (méthode la plus courante) et le DIU (figure 2) (7).

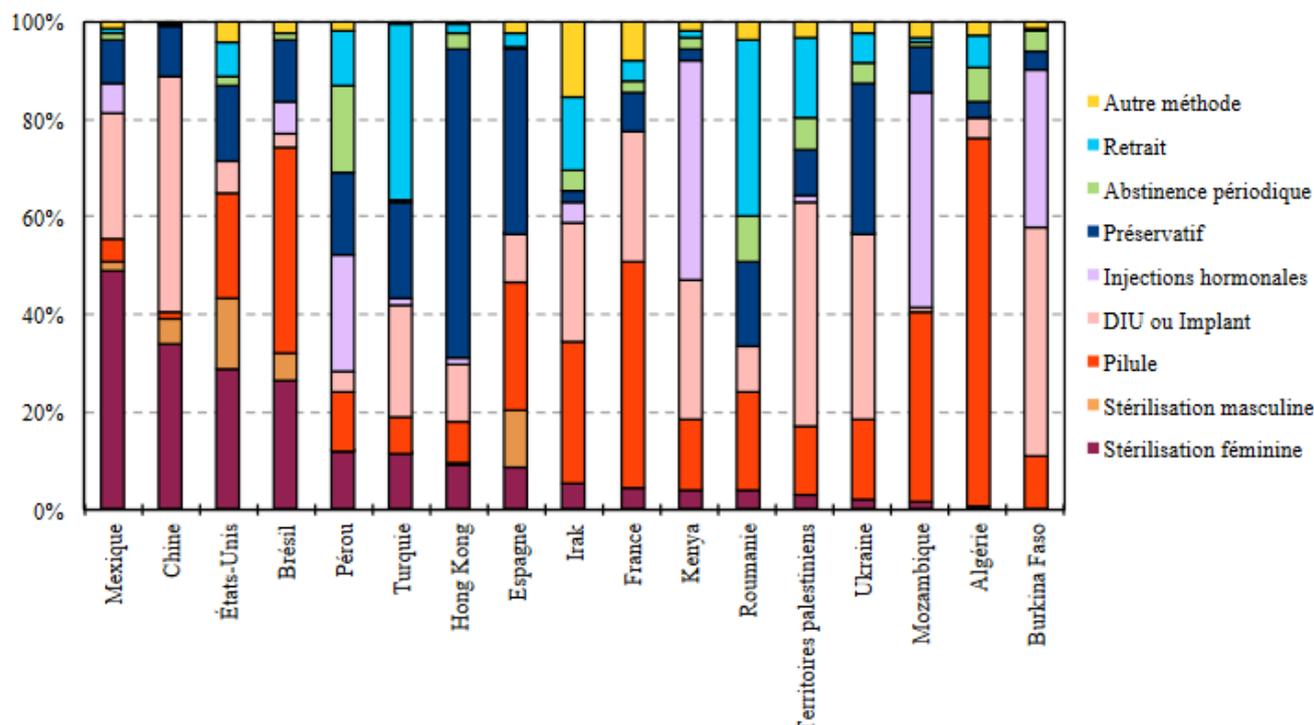


Figure 2 : Usages contraceptifs dans différents pays du monde (vers 2010)

B. Interruption volontaire de grossesse

1. Définition

D'après le CNGOF (5) : « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale. Les grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse ou suite à un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes. »

2. Histoire de l'IVG en France

La dépénalisation de l'IVG pour toutes les femmes en France a subi de nombreuses modifications législatives et réglementaires depuis la promulgation de la Loi Veil le 17 janvier 1975. Malgré cela, le cadre juridique français est encore mal connu des professionnels de santé et l'exercice de cette activité ainsi que son accessibilité restent encore souvent problématiques (2) (14).

- **17 janvier 1975** : Loi Veil, dépénalisation de l'IVG pour certaines femmes sous certaines conditions, à titre expérimental, pendant 5 ans.
- **31 décembre 1982** : Loi Roudy, remboursement partiel de l'IVG par la sécurité sociale.
- **28 décembre 1988** : AMM de la Mifégyne 200mg pour la réalisation de l'IVG.
- **27 janvier 1993** : Loi Neiertz, punie l'entrave physique à l'IVG en réaction aux commandos anti-IVG (dont celui du 29 mai 1992 mené par 18 militants à l'hôpital Saint André de Bordeaux (15)).
- **4 juillet 2001** : Loi Aubry, report à 12 semaines de grossesse le délai légal maximum pour avoir recours à l'IVG, instauration de l'IVG par voie médicamenteuse en ville dans le cadre d'une convention passée entre médecin de ville et établissement de santé et accès à l'IVG pour les mineures sans autorisation parentale mais accompagnées d'une personne majeure de leur choix.
- **3 mai 2002** : Décret fixant les conditions de réalisation des IVG hors établissement de santé.
- **26 novembre 2004** : Publication de la circulaire ministérielle précisant les modalités de réalisation et de prise en charge des IVG médicamenteuses hors établissement de santé.
- **19 décembre 2007** : Les centres de planification et les centres de santé sont autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses.
- **25 mars 2013** : Remboursement à 100% des frais liés à l'IVG par la sécurité sociale.

- **4 août 2014** : Elargissement de la loi Neiertz qui punit également l'entrave au numérique, empêchant la femme de s'informer sur l'IVG.
- **26 janvier 2016** : Suppression du délai obligatoire de réflexion de 7 jours entre la demande initiale et la confirmation de la demande d'IVG.
- **8 août 2016** : Autorisation des sages-femmes à la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse.

3. IVG médicamenteuse en ville

a) Cadre juridique (2) (16)

Le décret du 3 mai 2002 a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. La circulaire ministérielle qui a précisé ainsi les modalités de réalisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé n'aura été publiée que le 26 novembre 2004.

La pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé concerne les médecins généralistes, gynécologues ou sages-femmes travaillant seuls ou dans un centre de planification et d'éducation familiale. Le praticien de ville doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétricale, soit par une pratique régulière des IVG dans un établissement de santé qui est attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Une ou plusieurs formations doivent être organisées par l'établissement ayant signé une convention avec le praticien de ville dans le but d'actualiser l'ensemble des connaissances requises pour la pratique de l'IVG médicamenteuse.

Les IVG médicamenteuses en ville peuvent être réalisées jusqu'à la fin de la 7^{ème} semaine d'aménorrhée, dans le cadre d'une convention établie entre le médecin de ville et l'établissement de santé publique ou privé.

D'après l'article R.2212-12, le médecin doit informer la femme des différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse et leurs éventuelles complications, ainsi que de la possibilité de rencontrer une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement ou organisme agréé (article L.2212-4).

Le médecin doit préciser à la femme par écrit le protocole à respecter et l'invite à se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments (article R.2212-13). Le médecin informe également la femme sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires. Il doit s'assurer qu'elle dispose d'un traitement antalgique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement signataire de la convention dans un délai de l'ordre d'une heure (article R.2212-14).

L'article R2212-15 stipule que le médecin doit remettre un document écrit à la femme dans lequel sont indiqués l'adresse et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention. Il lui remet également une fiche de liaison contenant des éléments utiles de son dossier médical qu'elle pourra remettre au médecin de l'établissement de santé dès son admission. Une copie de la fiche est également transmise à l'établissement de santé par le médecin.

Les professionnels de santé doivent passer commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à l'IVG (article R2212-16).

La visite de contrôle (article R2212-18 modifié) est prévue au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant l'IVG (prise de mifépristone).

Le médecin qui a pratiqué l'IVG doit conserver dans le dossier médical les attestations de consultations préalables, ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

b) Étapes de l'IVG médicamenteuse en ville

D'après le livret d'information du Ministère des affaires sociales et de la santé sur l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé (17) :

La première consultation préalable à l'IVG (non comprise dans le tarif forfaitaire IVG hors établissement de santé) permet à la patiente de faire sa demande d'IVG auprès d'un médecin ou

d'une sage-femme et reçoit des informations orales et écrites (dossier-guide) sur les différentes méthodes d'IVG. Un entretien psychosocial est proposé, celui-ci étant obligatoire pour les mineurs. Après cet entretien psychosocial, un délai de réflexion de 48h est imposé avant de remettre le consentement écrit. Le délai de réflexion de 7 jours entre la 1^{ère} et la 2^{ème} consultation préalable à l'IVG est supprimé depuis le 26 janvier 2016.

Lors de la 2^{ème} consultation préalable à l'IVG (comprise dans le forfait), la femme confirme sa demande d'IVG par écrit et remet son consentement au médecin ou à la sage-femme. Le professionnel de santé vérifie ainsi l'âge gestationnel, l'état médical et psychosocial de la patiente permettant la réalisation d'une IVG par voie médicamenteuse. Cette procédure est expliquée à la patiente avec remise d'un document explicatif du protocole. Le médecin ou la sage-femme profite également de ce moment pour aborder et éventuellement prescrire la contraception ultérieure ainsi qu'un dépistage des infections sexuellement transmissibles si besoin.

Lors de la 3^{ème} consultation pour la prise de mifépristone (comprise dans le forfait) : la patiente prend 1 ou 3 comprimés de 200mg de Mifégyne devant le médecin ou la sage-femme (18). Le praticien lui délivre les informations sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires, lui indique les coordonnées de l'établissement de santé où elle peut se rendre et lui remet la fiche de liaison avec les informations utiles de son dossier médical (une copie est adressée au service de l'établissement de santé). Il lui prescrit également un traitement antalgique et assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus.

La 4^{ème} consultation pour la prise de 400µg de misoprostol (comprise dans le forfait), survient 36 à 48h après la prise de mifépristone. La prise de ce 2^{ème} médicament peut être réalisée à domicile ou en présence du médecin ou de la sage-femme et peut être renouvelée 3h après.

La dernière consultation (comprise dans le forfait) correspond à la consultation de suivi post-IVG qui est effectuée entre le 15^{ème} et le 21^{ème} jour suivant la prise de mifépristone, parfois plus tôt selon le contexte clinique. Le contrôle de l'efficacité de la méthode est obligatoire. Il doit être fait par l'examen clinique, le dosage de βhCG plasmatiques ou la pratique d'une échographie pelvienne. Le médecin doit également vérifier l'adéquation de la méthode contraceptive par rapport aux besoins de la patiente, sa compréhension et sa bonne utilisation.

c) Réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux

Le réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville a débuté en 2005. Les praticiens intéressés par cette prise en charge sont des gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes travaillant seuls ou dans les centres de santé. Ces professionnels s'engagent à suivre une formation théorique (DU ou DPC de gynécologie) ainsi qu'une formation pratique en milieu hospitalier avant de signer une convention avec le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux. Cette convention est établie pour une durée d'un an et est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date d'anniversaire. En 2017, 53 conventions étaient actives (40 gynécologues, 8 médecins généralistes, 2 sages-femmes et 3 centres de santé) contre 17 lors de la création de ce réseau. D'après l'article 3 de cette convention (annexe 3), les praticiens se doivent de transmettre au service d'orthogénie une copie de la fiche de liaison remplie anonymement pour chaque patiente réalisant une IVG médicamenteuse en ville, il en existe actuellement deux versions (annexe 4 et 5). Chaque année une synthèse qualitative et quantitative de l'activité des IVG par voie médicamenteuse est présentée dans le but d'améliorer la qualité du réseau et d'accomplir de nouveaux projets.

4. Epidémiologie

En 2017, 216 700 interruptions de grossesse ont été réalisées en France, dont 202 900 en Métropole, d'après les données de la DREES (1). Environ 22% des IVG étaient réalisées hors établissement hospitalier en Métropole: 19,2% en cabinet libéral (33,1% dans les DROM) et 2,2% dans les centres de santé ou centres de planification et d'éducation familiale (0,1% dans les DROM). On comptait 14,4 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. Depuis 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse et évolue en fonction de l'âge: il est plus important pour les 25-39 ans et baisse parmi les moins de 20 ans depuis 2010.

Selon la DREES (1), il existe également une importante disparité inter régionale concernant le nombre d'IVG réalisé hors établissement hospitalier.

Concernant la région Nouvelle Aquitaine, le nombre total d'IVG a très légèrement baissé en 2017 d'après les données de l'ARS: 15 627 contre 15 711 en 2016 ; ce résultat étant probablement corrélé à la baisse de la natalité. En revanche, le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en ville a

augmenté, passant de 2693 en 2016 à 3249 en 2017. Le département de la Gironde comptabilisait le plus d'IVG médicamenteuses par rapport aux autres départements de la région.

L'augmentation progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi que dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009 s'accompagne d'une baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en milieu hospitalier (1).

C. Trajectoire contraceptive dans le parcours IVG

1. Conséquence des comportements contraceptifs sur le recours à l'IVG

Depuis les années 70, la médicalisation de la contraception a permis de diminuer le nombre de grossesses non désirées mais parallèlement à cela la norme procréative s'est également modifiée. L'attitude des femmes a changé face à la survenue d'une grossesse non désirée et s'est traduite par un recours plus fréquent à l'IVG. Cela explique donc la relative stabilité du nombre d'IVG en France malgré une forte diffusion de la contraception médicale (19).

Malgré cette médicalisation de la contraception et son impact sur le nombre de grossesses non désirées, le chiffre reste tout de même élevé. En 2000, une grossesse sur 3 était qualifiée de non prévue dont 60% se sont terminées par une IVG. Ces grossesses non prévues sont en majorité dues à un échec de contraception (8). D'après l'enquête COCON de 2000, 30% des femmes utilisaient une contraception médicalisée (pilule et DIU) lors de la survenue d'une GNP (20). Ces données reflètent les difficultés que rencontrent les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception. Ces difficultés se rencontrent d'autant plus en début d'utilisation ou lorsque la méthode contraceptive nécessite une importante vigilance. La fréquence des arrêts ou changement de contraception apporte une complexité supplémentaire, d'autant plus lorsque la patiente adopte une méthode moins efficace. Toutes ces observations traduisent des situations à risque d'échec, ce qui correspond à une fragilité dans le parcours contraceptif de la femme. Le travail de Moreau et al. soulève l'importance de l'adaptation des méthodes contraceptives en fonction du contexte de vie de la patiente et de l'accompagnement de ces femmes dans la gestion de leur contraception au quotidien (8).

L'étude de Moreau et al. de 2011 (4) est venue confirmer ces résultats en s'appuyant sur les données issues de l'enquête nationale menée par la DREES sur les femmes ayant recours à l'IVG en France en 2007 (21), qui correspondait à un échantillon plus représentatif que celui de l'étude COCON de 2000. Cette étude a montré que près de deux tiers des IVG étaient dues à un échec de contraception et seulement une femme sur 3 n'avait pas de contraception lors de la survenue de la grossesse.

Opatowski et al. (22) ont conclu que la contraception en soit n'était pas le seul problème de ces femmes qui ont eu plusieurs IVG dans le passé mais qu'il était également important de prendre en compte leur contexte social, culturel et psychologique pour une meilleure prise en charge. En effet, l'étude menée en 2014 par Haddad et al. (23) portant sur 874 femmes ayant recours à une IVG dans les centres de santé ou auprès de médecins libéraux conventionnés en Aquitaine a permis d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques et les différentes étapes du parcours de soins menant à la contraception et à l'IVG en fonction du niveau de vulnérabilité sociale de ces femmes. Au sein de cet échantillon, 49 % des femmes étaient considérées comme vulnérables. Elles étaient globalement plus jeunes que les autres avec un suivi gynécologique moins régulier, une fréquence plus élevée du recours à l'IVG et elles étaient plus souvent victimes de violences. Ces femmes vulnérables avec de multiples recours à l'IVG avaient pourtant un comportement contraceptif similaire à celui des femmes qui venaient pour une première IVG. Les auteurs ont donc conclu que ce recours plus fréquent aux IVG n'était pas dû à un manque de contraception mais plutôt à une mauvaise utilisation de la méthode ou à l'utilisation d'une méthode peu fiable ou d'une mauvaise adéquation entre la méthode utilisée et les conditions de vie sociale, affective et sexuelle de la femme. En effet, ces femmes étaient plus souvent victimes de violences conjugales ce qui a probablement entraîné, selon Haddad et al., des répercussions sur leur comportement sexuel et la manipulation de leur contraception.

Pour finir, Bajos et al. (6) ont également montré que le recours multiple à l'IVG pouvait être lié au report de l'âge à la parentalité. En effet, la difficulté de suivre un parcours contraceptif sans faille pendant toute cette période jusqu'à l'entrée en parentalité est sûrement accentuée par le fait que la norme contraceptive française reste figée alors que les modèles familiaux et les trajectoires sexuelles se sont modifiés au cours de ces dernières années.

2. L'expérience de l'IVG sur la situation contraceptive des femmes en post-IVG

D'après l'étude de Moreau et al. de 2011 (4), l'IVG correspondait à une opportunité d'aborder la contraception. Il a été observé un changement notable dans la répartition des moyens contraceptifs utilisés avant et après l'IVG (toutes IVG confondues) avec un effondrement de l'utilisation du préservatif au profit de la prescription de pilule suivi du DIU (tableau 1). Plus de la moitié des femmes passaient d'une contraception non médicale ou d'une absence de contraception à une méthode médicale après l'IVG (54,5%). Cela a donc permis une « remédicalisation » de la contraception. Pourtant, des difficultés dans la communication entre le praticien et la femme ont été observées car 18,7% des femmes indiquaient ne pas avoir reçu d'informations sur la contraception après l'IVG. Parmi les médecins et sages-femmes ayant pris en charge ces femmes, 95% ont pourtant indiqué avoir fourni une information sur la contraception. Il semblerait également que certains médecins avaient informé les femmes sans prescrire, sans doute en attendant la visite de contrôle ou en déléguant cette tâche au médecin traitant.

Tableau 1 : Prescription de la contraception après l'IVG, extrait de l'étude Moreau et al. de 2011 (4)

Contraception prescrite après l'IVG	(En %)
Pas de contraception	22,9
DIU	16,5
Implant/injections	7,2
Patch/anneau vaginal	2,5
Pilule	50,4
Méthodes non médicales (préservatif inclus) ou contraception d'urgence	0,5

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

Cependant, l'acceptabilité et l'utilisation ultérieure des moyens contraceptifs sous le contrôle des utilisatrices (pilules, patches, anneaux vaginaux, préservatifs) n'ont pas été modifiées par l'expérience de l'IVG mais celle-ci a permis souvent un changement de type de contraception en faveur des contraceptions réversibles de longue durée d'action (DIU ou implant) (24) .

D. Pratiques contraceptives en post-IVG médicamenteuse

1. Recommandations actuelles françaises et internationales

La HAS, le CNGOF et l'OMS ont établi des recommandations concernant la contraception après une IVG, et plus particulièrement après une IVG médicamenteuse (3) (5) (25) (26) (27).

D'après la HAS (3), « une information sur la contraception doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG » en exposant toutes les méthodes contraceptives possibles et en évaluant le parcours contraceptif de la femme. « La consultation en post-IVG permet de vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme ».

D'après l'étude de Schreiber et al. (28), le retour de l'ovulation après l'IVG survenait en moyenne vers le 20^{ème} jour. Cependant, la reprise de l'ovulation pouvait être plus rapide et se produire dès le 8^{ème} jour (25) (28). Une contraception était donc à initier rapidement après une IVG médicamenteuse afin d'éviter la répétition d'une GNP.

Les recommandations actuelles ont précisé quand et comment initier la contraception après une IVG médicamenteuse pour aider les professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge afin d'assurer la mise en place rapide et efficace d'une contraception adaptée. Globalement, en dehors de toutes contre-indications médicales (11) (29) et en accord avec le choix et le mode de vie de la patiente, toutes les méthodes contraceptives pouvaient être initiées en post-IVG médicamenteuse.

Actuellement : **la contraception oestroprogestative** (pilule, patch et anneau) ainsi que **les progestatifs** (pilule, implant ou injectable) peuvent être initiés immédiatement après une IVG médicamenteuse, le jour même ou le lendemain de la prise de prostaglandines. Le CNGOF précise que l'anneau vaginal peut être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone (grade C) et l'implant à partir du jour de la prise de mifépristone (NP3). Pour éviter l'utilisation d'une contraception d'appoint, l'OMS précise que ces méthodes doivent être débutées au plus tard dans les 5 jours suivant l'IVG.

D'après la HAS et l'OMS, **les DIU** peuvent être utilisés après une IVG médicamenteuse en l'absence de contre indication, notamment infectieuse, ou de grossesse évolutive. Le DIU peut alors

être inséré lors de la consultation de contrôle si la vacuité utérine est constatée à l'échographie ou si le dosage des β hCG plasmatiques est négatif. En cas de doute, la HAS recommande d'attendre les règles suivantes pour la pose du DIU. Le CNGOF précise qu'il 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 (grade C).

Il n'existe pas d'études spécifiques sur l'utilisation des **méthodes barrières ou naturelles** en post-IVG, cependant il convient d'informer les patientes souhaitant recourir à ces méthodes qu'elles sont moins efficaces et que seul le préservatif protège des IST (accord professionnel). La HAS précise que les méthodes barrières doivent être utilisées lors de tous rapports sexuels quelle que soit la date du cycle. Concernant la méthode par le calcul, l'OMS recommande d'avoir eu au moins un cycle après l'IVG avant d'utiliser cette méthode.

Selon l'OMS, **la contraception définitive féminine** peut être réalisée en post-IVG en l'absence de complications (hémorragie, infection, perforation...). Selon le CNGOF, la contraception définitive féminine ou masculine peut apporter une réponse contraceptive adaptée dans certaines situations mais elle ne peut répondre à une demande de contraception efficace immédiate en post-IVG (accord professionnel). Un délai de réflexion légal de 4 mois est nécessaire, de plus, le contexte de l'IVG pourrait avoir une influence sur le choix de cette méthode irréversible.

Concernant **la contraception d'urgence**, il n'existe pas d'étude spécifique sur les possibles interactions entre les molécules utilisées pour l'IVG et celles utilisées pour la contraception d'urgence. Cependant, une contraception d'urgence devrait être proposée après une IVG (quel que soit le délai post-IVG) en cas de situation à risque (accord professionnel).

2. Intérêt des LARC en post-IVG : DIU et implant

Toutes les méthodes contraceptives doivent être proposées à une patiente en demande d'IVG sans lui être imposées. Cependant, le médecin doit informer des méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action qui les protégeront plus efficacement contre une grossesse non prévue.

Comme le précise Faucher et Serfaty (24), les LARC ont plusieurs avantages : leur longue durée d'action ne nécessitant pas un approvisionnement régulier chez le pharmacien et leur efficacité

indépendante de l'utilisatrice. Elles ont un faible taux d'échec et un taux de continuation plus élevé. En effet, d'après l'enquête COCON de 2000 (30), 15% des utilisatrices de DIU (ne cherchant pas de grossesse, non stériles et ayant un partenaire) arrêtaient leur méthode au cours de la première année d'utilisation et ce pourcentage doublait pour les utilisatrices de la pilule (31%) et variait de 44,8% à 62,1% pour les méthodes barrières ou naturelles. L'étude de Gallet-Chanu (31) allait également dans ce sens, montrant des taux de poursuite des méthodes LARC plus importants en post-IVG que les autres méthodes. Pour finir, l'acceptabilité et l'utilisation des contraceptifs dépendants de l'utilisatrice ne semblent pas modifiées par l'expérience de l'IVG même lorsqu'un counseling intensif et spécifique sur la contraception a été réalisé en pré-IVG, d'où l'intérêt des méthodes LARC qui sont indépendantes de l'utilisatrice (24).

D'après les sociétés savantes, les LARC sont plus efficaces pour éviter les grossesses non désirées et donc la répétition des IVG, notamment si elles sont débutées précocement après l'IVG (NP3) (3) (5) (25). Plusieurs études ont démontré qu'il n'y avait pas plus de complications après l'insertion précoce des LARC en post-IVG médicamenteuse par rapport à une insertion retardée, et les femmes semblaient plus motivées si elles initiaient une contraception efficace immédiatement à la suite d'une IVG (25).

Ces méthodes semblent particulièrement bénéfiques chez les adolescentes car elles sont souvent moins observantes pour les contraceptions qui nécessitent une adhérence quotidienne. De plus, la plupart des femmes réalisant une IVG sont jeunes et ont donc besoin d'une contraception efficace sur le long terme pour prévenir une grossesse non désirée à une période de leur vie où la fertilité est élevée (32). D'après Haddad et al. (23), l'utilisation des LARC est aussi fortement recommandée en post-IVG chez les femmes dites vulnérables afin de limiter les problèmes de compliance, de mauvaise utilisation et même de difficultés pour renouveler une ordonnance.

III – MATERIEL ET METHODES

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la pratique des professionnels de santé du réseau concernant leurs prescriptions contraceptives pour le post-IVG médicamenteux via l'analyse des fiches de liaison.

Les objectifs secondaires étaient de comparer cette pratique aux données de la littérature, puis d'évaluer et améliorer, si nécessaire, les items de la fiche de liaison sur la contraception afin d'en obtenir une meilleure utilisation pour le praticien et une meilleure interprétation dans le cadre du réseau ville-hôpital.

B. Type d'étude

Une étude observationnelle, descriptive et quantitative avec recueil rétrospectif des données a été réalisée pour répondre aux objectifs de ce travail.

C. Population étudiée

Il s'agit de médecins (généralistes et gynécologues), sages-femmes et centres de santé ayant signé une convention avec le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville sur l'année 2017 et travaillant dans la communauté urbaine de Bordeaux, parmi lesquels :

- 40 gynécologues
- 8 médecins généralistes
- 2 sages-femmes
- 3 centres de santé (la CASE, le CACIS, et le CPEF Bastide)

La CASE est un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues à Bordeaux et propose également un accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Le CACIS et le CPEF Bastide sont des centres de planification et d'éducation familiale.

Au sein de ces centres de santé, plusieurs intervenants étaient susceptibles de réaliser les IVG (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) mais nous n'avons pas pu les différencier car leur identité et spécialité n'étaient pas renseignées sur les fiches de liaison, seul le tampon du centre de santé y figurait. Pour nos statistiques, nous avons donc considéré qu'un centre de santé correspondait à un professionnel de santé.

D. Recueil de données

Les praticiens conventionnés s'engageaient à remplir une fiche de liaison papier pour chaque femme en demande d'IVG médicamenteuse en ville, puis la renvoyaient au service d'orthogénie par courrier, fax ou mail. Deux versions des fiches de liaison ont été utilisées (annexe 4 et 5) : une plus ancienne datant de 2005 et une autre plus récente, datant de 2013, qui a été légèrement modifiée. Ces fiches étaient anonymes et contenaient entre autre les informations suivantes : l'âge de la femme, les antécédents gynéco-obstétriques, le protocole médicamenteux réalisé, la contraception pré et post-IVG ainsi que le résultat de la méthode (succès/complications).

Nous avons utilisé comme outil de recueil de données toutes les fiches de liaison datant de 2017 qui ont été renvoyées au service d'orthogénie. Ces fiches ont été classées depuis janvier 2017 puis exploitées de novembre 2017 à mars 2018.

Une déclaration CNIL a été faite pour la réalisation de ce travail.

E. Analyse statistique

Les données issues des fiches de liaison ont été transformées en variables numériques puis reportées dans un tableau Excel.

Concernant les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage, et les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, de moyenne, d'écart-type, de minimum et de maximum. Concernant les statistiques comparatives, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes par le test du Chi 2, du Chi 2 corrigé ou de Fisher exact, selon les valeurs des effectifs attendus sous l'hypothèse d'indépendance ($p < 0.05$) et les variables quantitatives ont été comparées entre les groupes par le test de Student. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R (version 3.5.0) et l'aide d'un interne de santé publique, et le site biostatTGV.

Certaines données incomplètes ont été modifiées pour pouvoir les inclure dans notre recueil. Lorsqu'il était simplement mentionné « *pilule* » ou « *DIU* » sur les fiches, nous avons considéré qu'il s'agissait respectivement de pilule oestroprogestative et DIU au cuivre. De plus, nous avons eu

des difficultés à interpréter l’item « *contraception désirée* » de la nouvelle fiche de liaison. Compte tenu de la plupart des réponses des praticiens à cet item, nous avons pris le parti de l’interpréter comme celui de l’ancienne fiche de liaison, à savoir « *contraception prévue à distance* », plus adapté selon nous.

L’item « *contraception prescrite* » figurant sur les deux versions de fiches de liaison correspondait à la contraception prescrite pour le post-IVG immédiat. Pour répondre à l’objectif principal de cette étude nous avons principalement étudié les données issues de cet item.

Concernant l’item « *contraception prévue à distance* » de l’ancienne fiche de liaison ou l’item « *contraception désirée* » de la nouvelle fiche, il s’agissait de la contraception prévue à distance de l’IVG en relai ou non d’une autre contraception. Nous avons surtout utilisé cet item pour analyser la prescription des LARC et le choix de la contraception définitive prévues à distance de l’IVG.

F. Etapas intermédiaires

Lors de la réunion de l’Association Girondine pour la Recherche et l’Enseignement de la Gynécologie en Aquitaine (AGREGA) qui s’est tenue fin avril 2018 avec la plupart des membres du service d’orthogénie du CHU de Bordeaux et les professionnels de santé issus du réseau, nous avons présenté nos principaux résultats. Cette réunion annuelle a habituellement pour but de faire un état des lieux de l’année passée sur la pratique des IVG médicamenteuses en ville et permet également de revoir les protocoles et les nouvelles recommandations à mettre en place.

Nous avons trouvé judicieux de présenter nos principaux résultats à cette occasion afin de sensibiliser les praticiens conventionnés sur la contraception post-IVG et de recueillir leurs impressions puisque ce travail les concernait directement. Les résultats ont été présentés à l’aide d’un Power Point, puis en fin de réunion, nous avons échangé avec quelques uns d’entre eux sur le contenu de cet exposé et leur ressenti quant à leur propre expérience professionnelle sur la question de la contraception. Il s’agissait d’une étape intermédiaire dans la réalisation de ce travail que nous avons jugé intéressante pour enrichir les résultats de notre étude.

Nous avons également souhaité contacter par téléphone les praticiens conventionnés pour qui nous n’avons pas recensé de fiches de liaison sur l’année 2017 afin de leur soumettre un

questionnaire simple (annexe 6) dans le but de connaître leur activité IVG au cours de cette année là et d'obtenir des informations sur le non remplissage ou le non renvoi des fiches au service d'orthogénie.

IV- RESULTATS

Notre étude a permis d'analyser 1356 fiches, et donc de répondre à notre question de recherche.

A. Analyse descriptive du profil des praticiens et activité IVG

35 professionnels de santé sur les 53 conventionnés en 2017, soit 66% des praticiens, ont renvoyé leurs fiches de liaison au service d'orthogénie (figure 3):

- 28 gynécologues
- 4 médecins généralistes
- 1 sage-femme
- 2 centres de santé (CACIS et CPEF Bastide)

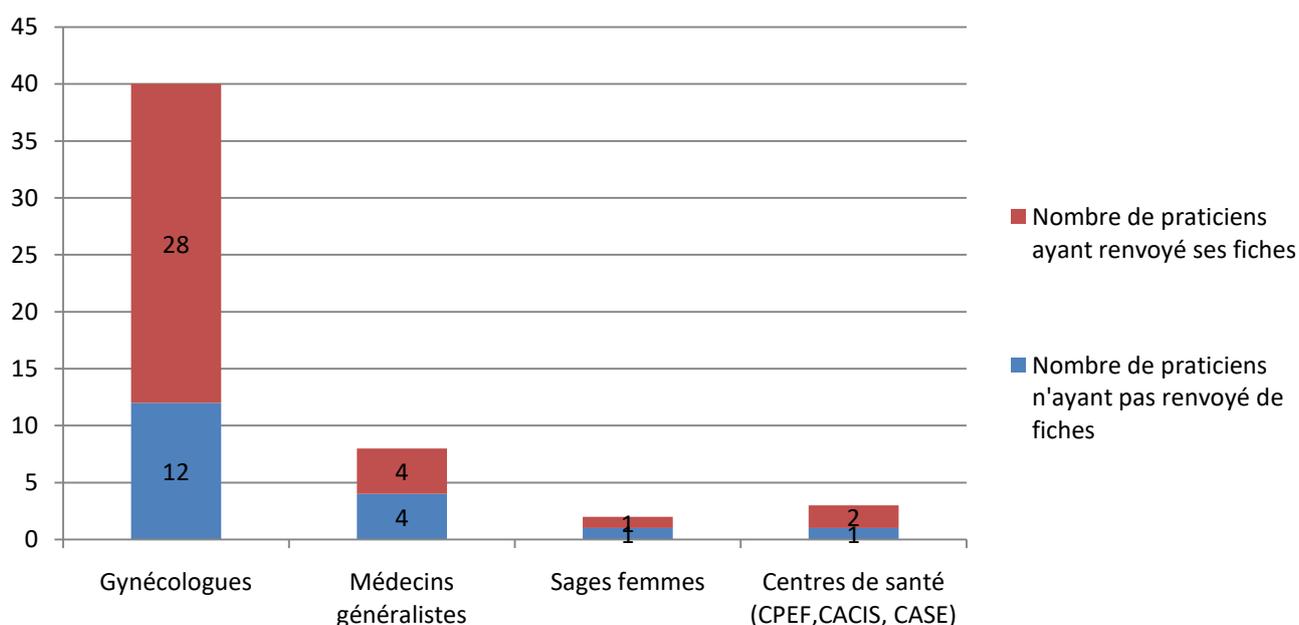


Figure 3: Praticiens conventionnés en 2017 pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville dans le cadre du réseau

Parmi les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes conventionnés (hors praticiens des centres de santé dont on ne connaissait pas l'identité) on comptait 46 femmes pour seulement 4 hommes.

Nous avons contacté par téléphone les 18 praticiens conventionnés en 2017 pour qui nous n'avons pas recensé de fiches de liaison (y compris le centre de santé la CASE) (figure 4). Plus de la moitié d'entre eux (n=12/18) avaient bien réalisé des IVG médicamenteuses sur l'année 2017 mais certains n'avaient pas rempli ou renvoyé les fiches au service par oubli, manque de temps ou de motivation. Le remplissage et le renvoi de ces fiches étaient parfois jugés trop chronophages. Le centre de santé la CASE avait réalisé une seule IVG en 2017, la fiche a été remplie et renvoyée au service d'orthogénie mais elle n'a pas été retrouvée lors de notre recueil de données, de même pour trois autres praticiens du réseau.

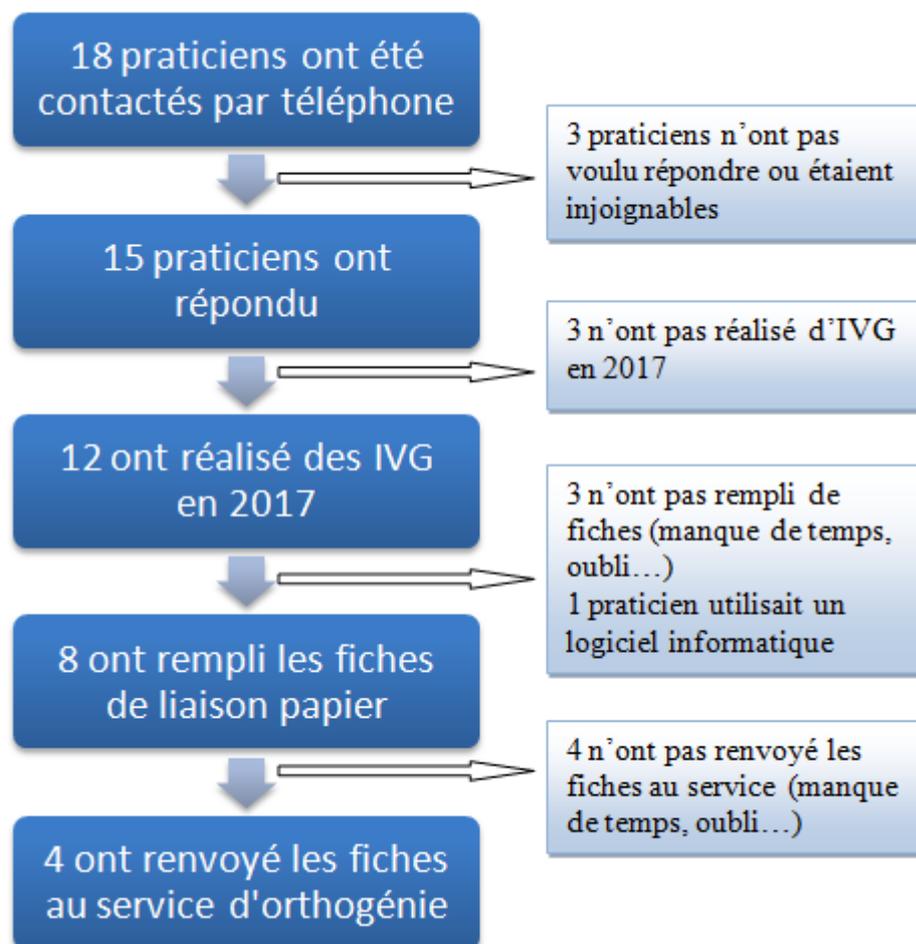


Figure 4 : Diagramme de flux

Au sein des 35 praticiens conventionnés qui ont renvoyé leurs fiches de liaison au service d'orthogénie, 6 travaillent en liste fermée (ils reçoivent seulement les femmes issues de leur propre patientèle).

Nous avons recensé 1356 IVG médicamenteuses réalisées par les praticiens conventionnés en ville sur l'année 2017 d'après le nombre de fiches de liaison reçu au service d'orthogénie. Plus de la moitié des praticiens utilisait la nouvelle version de la fiche de liaison (annexe 5).

Au total, 76,2% (n=1033/1356) des IVG ont été réalisées par des gynécologues, 11,8% (160/1356) par des médecins généralistes, 0,7% (n=9/1356) par une sage-femme et 11,3% (n=154/1356) par des centres de santé.

Le nombre d'IVG médicamenteuses par praticien sur l'année 2017 était très variable. Un quart d'entre eux avait réalisé 50 IVG médicamenteuses ou plus. Un maximum de 337 IVG a été réalisé pour un praticien contre seulement une IVG réalisée pour deux praticiens sur l'année 2017.

B. Analyse descriptive du profil des femmes (tableau 2)

La plupart des femmes qui ont consulté pour une IVG médicamenteuse en ville en 2017 avaient entre 20 et 29 ans. La moyenne d'âge était de 28,2 ans avec un écart-type égal à 6,8. La plus jeune femme avait 14 ans et la plus âgée 48 ans.

Parmi ces femmes, 39,2% étaient fumeuses. Plus de la moitié d'entre elles étaient nullipares, soit 56,3 %, et 42,5% avaient déjà eu un enfant avant l'IVG. Près d'une femme sur 3, soit 30,4%, a déjà eu au moins un antécédent d'IVG chirurgicale ou médicamenteuse. Ces femmes ayant un antécédent d'IVG étaient significativement plus âgées que celles sans antécédent avec respectivement une moyenne d'âge de 30 ans (écart type à 5,9) versus 27,4 ans (écart type à 6,9) avec $p < 0,001$.

Les deux moyens contraceptifs les plus utilisés avant l'IVG étaient la pilule (17,5%) et le préservatif (13,6%). Les autres moyens de contraception étaient faiblement utilisés. Plus de la moitié des femmes, soit 57%, étaient sans contraception lors de la survenue de la grossesse, et parmi celles-

ci, 1,4% (n=11/773) ont eu recours à la contraception d'urgence (CU). D'après les données issues des fiches, nous n'avons pas observé d'utilisation conjointe de plusieurs méthodes contraceptives.

Il n'y avait pas de différence concernant l'utilisation d'une contraception lors de la demande d'IVG entre les femmes avec ou sans antécédent d'IVG (p= 0,526).

Au total, 180 femmes ont été perdues de vue, soit 13,3% au total. Nous avons considéré comme perdues de vue les femmes qui ne s'étaient pas présentées à la consultation de contrôle post-IVG et qui n'avaient pas réalisé leur dosage de β hCG plasmatiques.

Tableau 2 : Caractéristiques des femmes en demande d'IVG médicamenteuse en ville sur l'année 2017 (effectif total n=1356)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age (en années)		
14-19 (dont <18 ans)	102 (29)	7,52 (2,1)
20-24	324	23,89
25-29	316	23,3
30-34	238	17,55
35-39	173	12,76
40-44	73	5,38
45-48	8	0,59
Donnée non renseignée	122	9
Tabac		
Non	710	52,36
Oui	531	39,16
Donnée non renseignée	115	8,48
Nullipare		
Non	576	42,48
Oui	764	56,34
Donnée non renseignée	16	1,18
Antécédent d'IVG		
Non	928	68,44
Oui	412	30,38
Donnée non renseignée	16	1,18
Contraception pré-IVG		
Pilule oestroprogestative	205	15,12
Pilule microprogestative	32	2,36
Patch	3	0,22
Anneau	4	0,29
Macroprogestatif	1	0,07
Implant	2	0,15
Dispositif intra-utérin	37	2,73
Préservatif	185	13,64
Méthodes naturelles	20	1,47
Méthodes barrières (autre que préservatif)	8	0,59
Aucune contraception (avec recours CU)	773 (11)	57 (0,8)
Donnée non renseignée	86	6,34
Perdus de vue		
Non	1154	85,10
Oui	180	13,27
Donnée non renseignée	22	1,62

C. Répartition des méthodes contraceptives prescrites en pré-IVG pour le post-IVG

1. Synthèse (figure 5)

Au total, 22,4% des fiches de liaison (n=304/1356) ne contenaient pas d'informations sur la contraception prescrite pour le post-IVG immédiat. Parmi celles-ci, 52 comportaient seulement des données sur la contraception désirée à distance de l'IVG.

Plus de la moitié des femmes (55,5%, n=752/1356) ont été mises sous pilule pour le post-IVG: 43,3% (n=587/1356) de pilules combinées oestroprogestatives et 12,2% (n=165/1356) de pilules microprogestatives ont été prescrites. Environ 2,9% (n=39/1356) de pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération ont été prescrites pour le post-IVG, dont 20,5% (n=8/39) correspondaient au renouvellement de cette même contraception prise en pré-IVG.

La prescription de LARC (DIU et implant) pour le post-abortum immédiat représentait 12,2% (n=165/1356) et 17,8% (n=242/1356) pour celles prévues à distance de l'IVG.

La prescription de préservatif représentait 4,5% (n=61/1356). Le taux de prescription de patchs, anneaux, macroprogestatifs, contraception barrière (autre que préservatif) et contraception naturelle représentait moins de 2% des contraceptions prescrites pour le post-IVG.

Seulement 3,8% (n=52/1356) des femmes sont ressorties sans contraception en post-IVG.

Concernant la contraception définitive, 21 femmes ont choisi la ligature et 1 seule a envisagé la vasectomie pour son conjoint comme moyen contraceptif à distance de l'IVG, soit 1,6% des femmes. Parmi elles, 59% ont bénéficié de la prescription d'une contraception (pilule, DIU ou préservatif) pour le post-abortum immédiat, dans l'attente de la méthode définitive, et 41% n'ont pas souhaité de contraception.

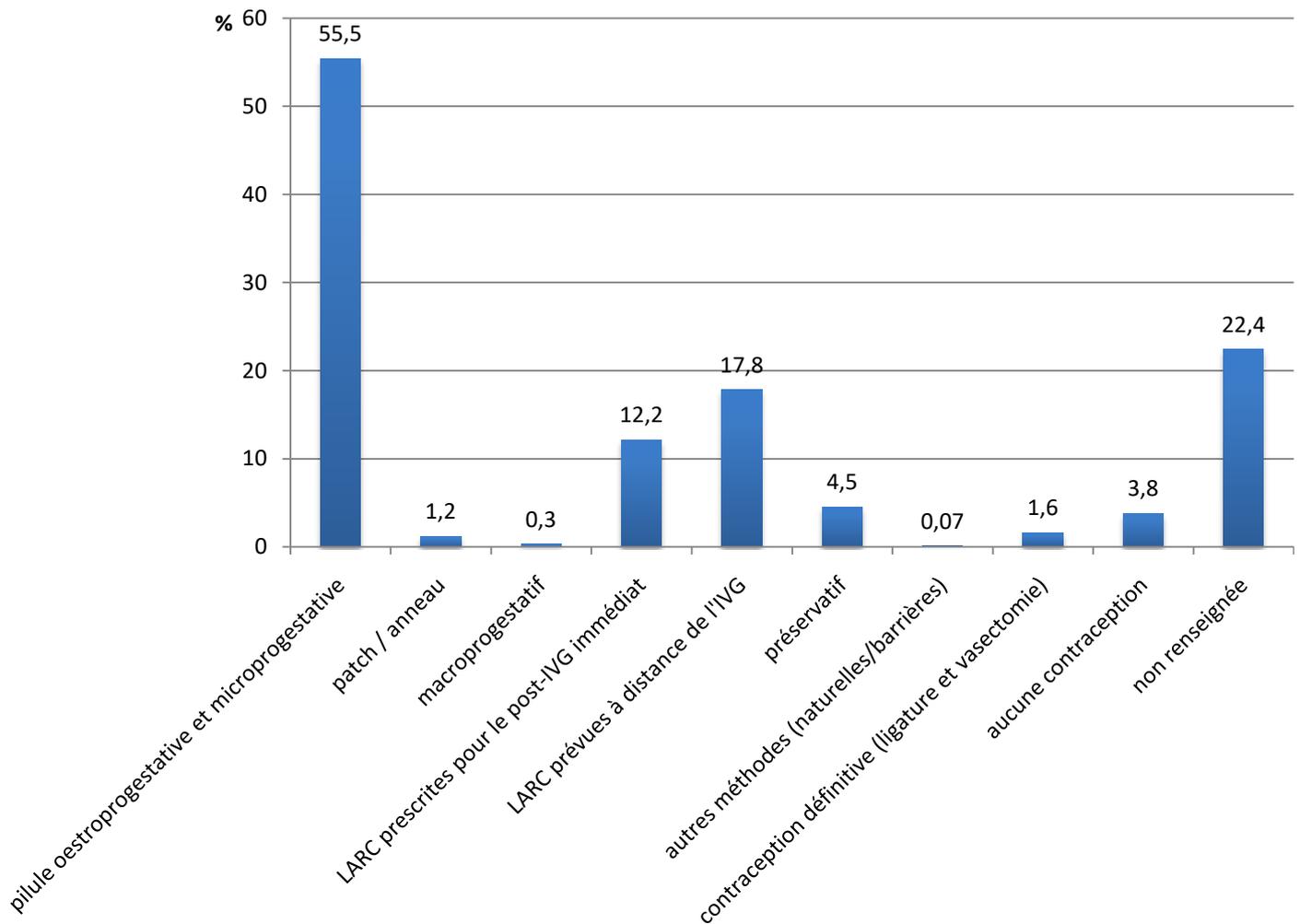


Figure 5: Répartition des méthodes contraceptives prescrites en pré-IVG pour le post-IVG

Parmi les femmes sans contraception en pré-IVG :

- 73,5% (n=568/773) ont bénéficié de la prescription d'une contraception pour le post-IVG.
- 3,7% (n=29/773) sont restées sans contraception.
- pour 22,8% (n=176/773) d'entre elles, les données sur la contraception post-IVG n'étaient pas renseignées sur les fiches.

Au final, lorsque les données sur la contraception pré et post-IVG étaient conjointement remplies sur les fiches, nous avons pu constater que 17% (n=172/1009) des patientes avaient tout de même gardé le même moyen contraceptif. Parmi les 237 femmes sous contraception orale en pré-IVG (pilule oestroprogestative ou microprogestative), 59,1% (n=140/237) ont bénéficié de la prescription de cette même contraception pour le post-IVG.

2. Consultation de contrôle post-IVG : évaluation de l'utilisation de la contraception prescrite

Nous avons souhaité évaluer l'utilisation de la contraception prescrite par le praticien grâce aux données rapportées lors de la consultation de contrôle post-IVG (figure 6). Pour cela, nous avons réparti en 3 catégories les méthodes contraceptives prescrites: pilules (oestroprogestatives et microprogestatives), LARC (qu'elles soient prévues en post-abortum immédiat ou à distance de l'IVG) et autres (patchs, anneaux, macroprogestatifs, préservatifs et autres méthodes naturelles ou barrières). Nous avons exclu des résultats les femmes perdues de vue, celles ne désirant pas de contraception pour le post-IVG et les fiches ne contenant pas de données sur la contraception prescrite.

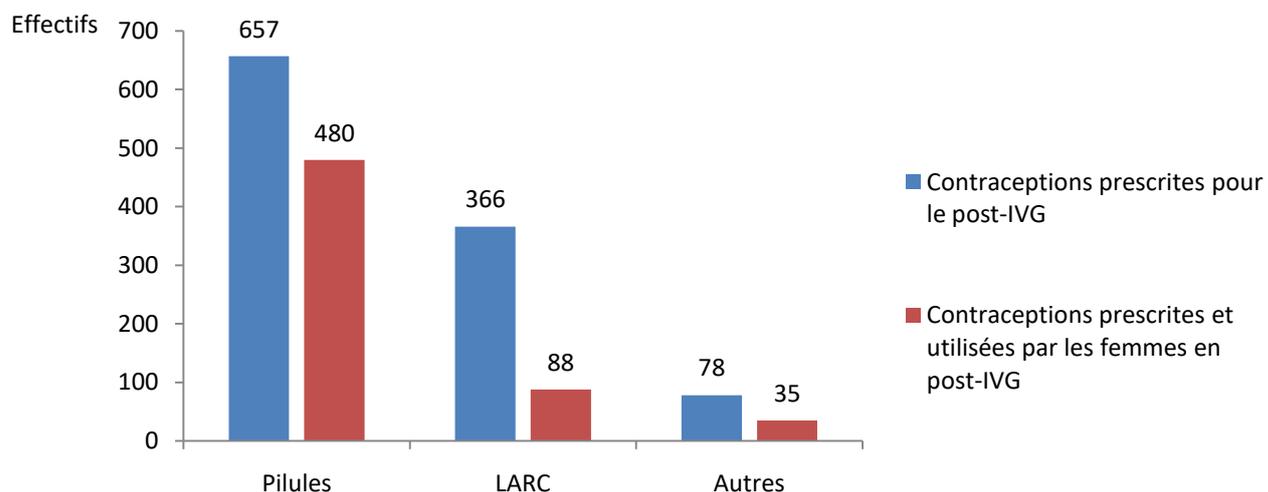


Figure 6: Utilisation de la contraception prescrite pour le post-IVG

Nous avons pu observer par ce graphique que l'utilisation de la contraception prescrite pour le post-IVG était plus importante lorsqu'il s'agissait d'une prescription de pilules.

En revanche, nous avons constaté parmi les femmes non perdues de vue après l'IVG que 13,8% (n=159/1154) d'entre elles, soit environ 1 femme sur 7, étaient sans contraception au moins jusqu'à la date de contrôle post-IVG. Ce résultat tenait compte du nombre de femmes ayant déclaré ne pas prendre la contraception prescrite lors de la visite de contrôle (9,7% n= 112/1154) et celles qui n'en avaient pas souhaité lors de la consultation pré-IVG (4,1% n=47/1154).

D. Répartition selon l'âge des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG

1. Synthèse

La prescription de la contraception pour le post-IVG variait selon l'âge des femmes (figure 7). La pilule était la contraception la plus prescrite notamment chez les femmes de 14-19 ans (66,7%, n=68/102) et les 20-24 ans (61,7%, n=200/324) puis diminuait chez les femmes plus âgées.

Les résultats obtenus pour les femmes de 45-48 ans étaient peu représentatifs car l'effectif était très faible. En effet, elles étaient 8 à avoir réalisé une IVG médicamenteuse en 2017 sur 1356 femmes au total.

Le pourcentage de données non renseignées sur la contraception pour chaque tranche d'âge était non négligeable et variait de 18,6% à 37,5%.

Le graphique ci-dessous représente la répartition par tranches d'âge des différents moyens de contraception prescrits pour le post-IVG chez les femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en 2017 auprès des praticiens du réseau. L'idée était de reproduire approximativement le graphique du baromètre santé 2016 afin de visualiser dans son ensemble la répartition des méthodes contraceptives prescrites selon l'âge des femmes. Les tranches d'âge ont été maintenues identiques, à part pour les âges extrêmes où nous avons adapté à nos données, afin de pouvoir comparer au mieux nos résultats avec la littérature. Les méthodes LARC et la contraception définitive prévues à distance de l'IVG sont détaillées après.

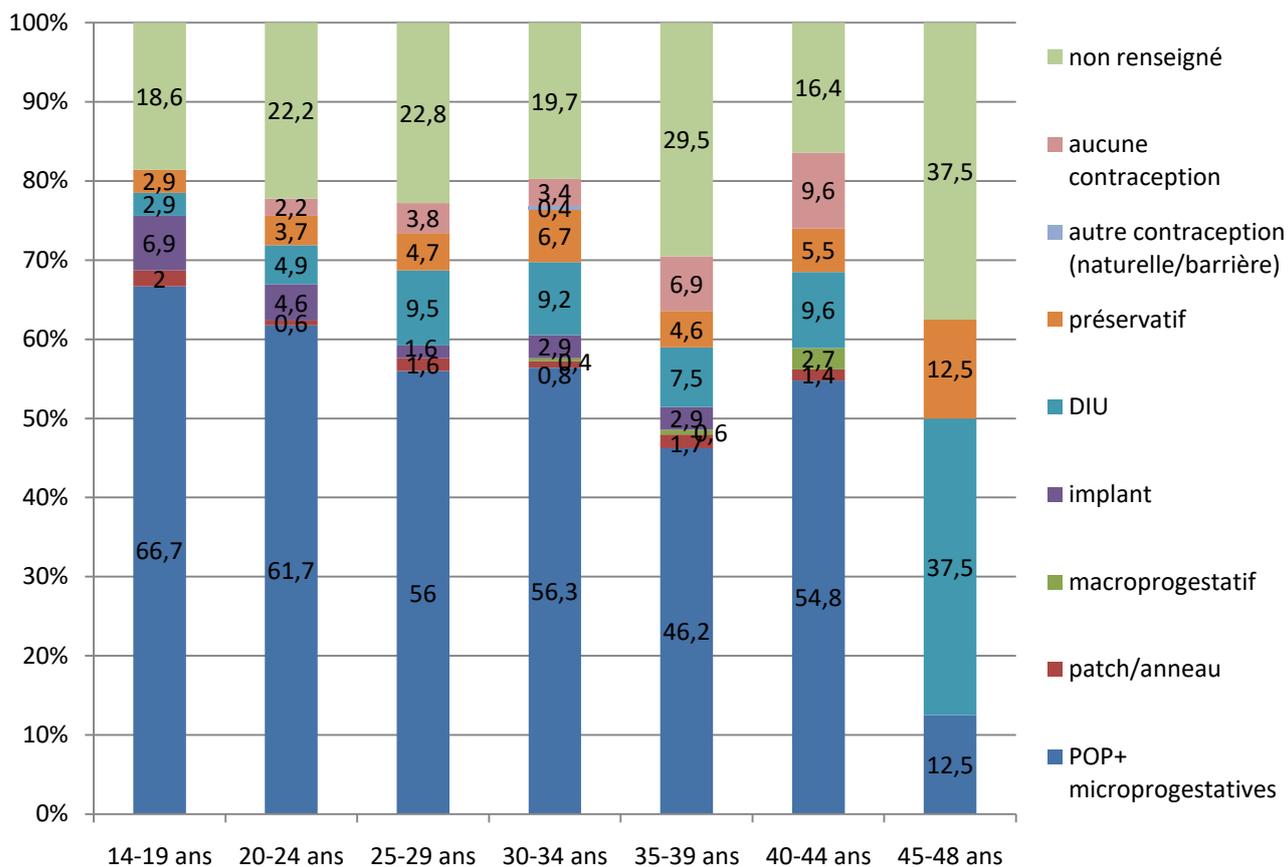


Figure 7: Répartition selon l'âge des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG immédiat

2. Pilules oestroprogestatives et microprogestatives

Nous avons constaté un taux décroissant de prescription de pilule oestroprogestative (POP) des femmes plus jeunes aux femmes plus âgées et à l'inverse, un taux croissant de prescription de pilule microprogestative (figure 8). En effet, les femmes recevant une prescription de pilule oestroprogestative étaient significativement plus jeunes avec une moyenne d'âge de 26,4 ans que celles recevant une prescription de pilule microprogestative avec une moyenne d'âge de 31,9 ans ($p < 0.001$).

La prescription de POP était surtout représentée chez les femmes de 14-19 ans, notamment parmi les moins de 18 ans où 62% ($n=18/29$) ont bénéficié de cette contraception. A l'inverse, la prescription de POP n'était plus représentée pour les femmes de 45-48 ans.

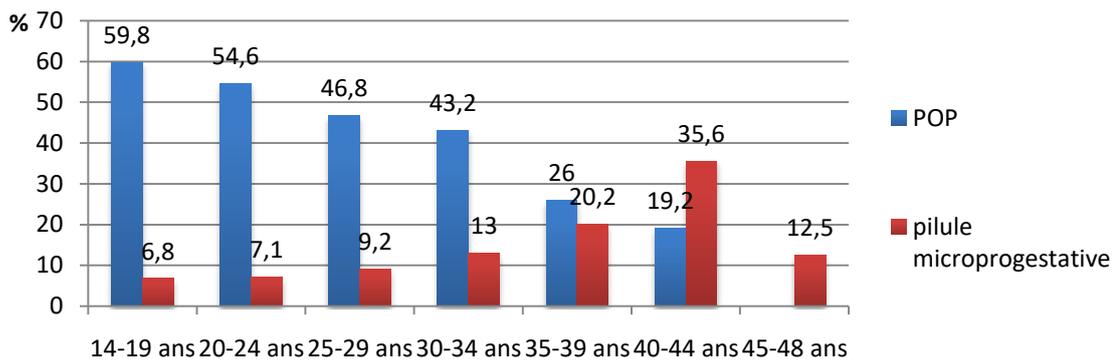


Figure 8: Répartition de la prescription de pilules par âge

3. Patch/ Anneau

Le taux de prescription de contraception oestroprogestative sous forme de patch ou anneau vaginal était très faible (figure 9) : moins de 2% de prescription pour chaque tranche d'âge et aucune prescription pour les femmes de 45-48 ans.

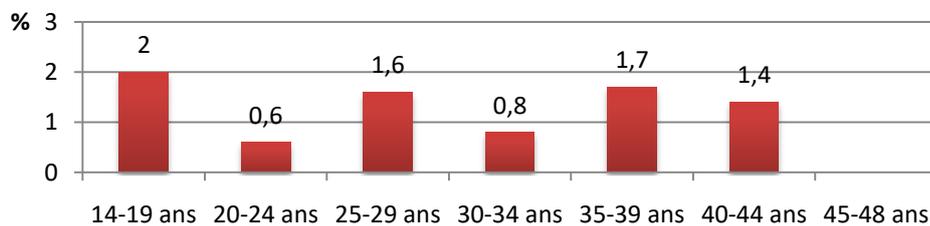


Figure 9: Répartition de la prescription de patch/anneau par âge

4. Macroprogestatifs

La prescription de macroprogestatif était également très faible (figure 10). Elle était retrouvée seulement pour les femmes âgées de 30 à 44 ans.

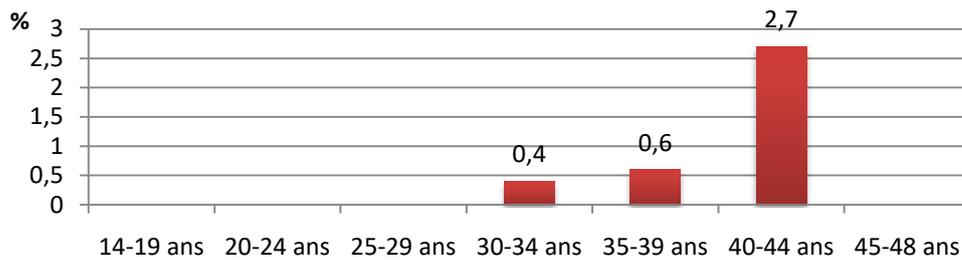


Figure 10: Répartition de la prescription de macroprogestatifs par âge

5. LARC

La prescription de LARC était significativement différente selon l'âge de la femme ($p < 0.001$) (figure 11). Les femmes recevant une prescription de DIU étaient plus âgées que celles recevant une prescription d'implant : la moyenne d'âge était respectivement de 29,6 ans avec un écart type à 6,3 et 25,7 ans avec un écart type à 6.

Concernant les femmes âgées de 14 à 19 ans, la répartition des méthodes LARC était quasiment similaire, respectivement 10,7% pour le DIU et 11,8% pour l'implant, avec une tendance à la prescription d'implant pour le post-abortum immédiat et de DIU plutôt à distance de l'IVG. Pour les patientes de moins de 18 ans, seulement 2 implants ont été prescrits et aucun DIU n'a été mentionné.

A partir de la tranche d'âge 20-24 ans, la prescription de DIU était majoritairement représentée par rapport à celle de l'implant. En effet, la prescription d'implant diminuait avec l'âge de la femme et n'était plus représentée à partir de 40 ans.

Le DIU était plus souvent prévu à distance de l'IVG plutôt que pour le post-abortum immédiat. Mais cette tendance s'inversait nettement pour les femmes plus âgées de 45-48 ans qui bénéficiaient plutôt de cette contraception en post-abortum immédiat.

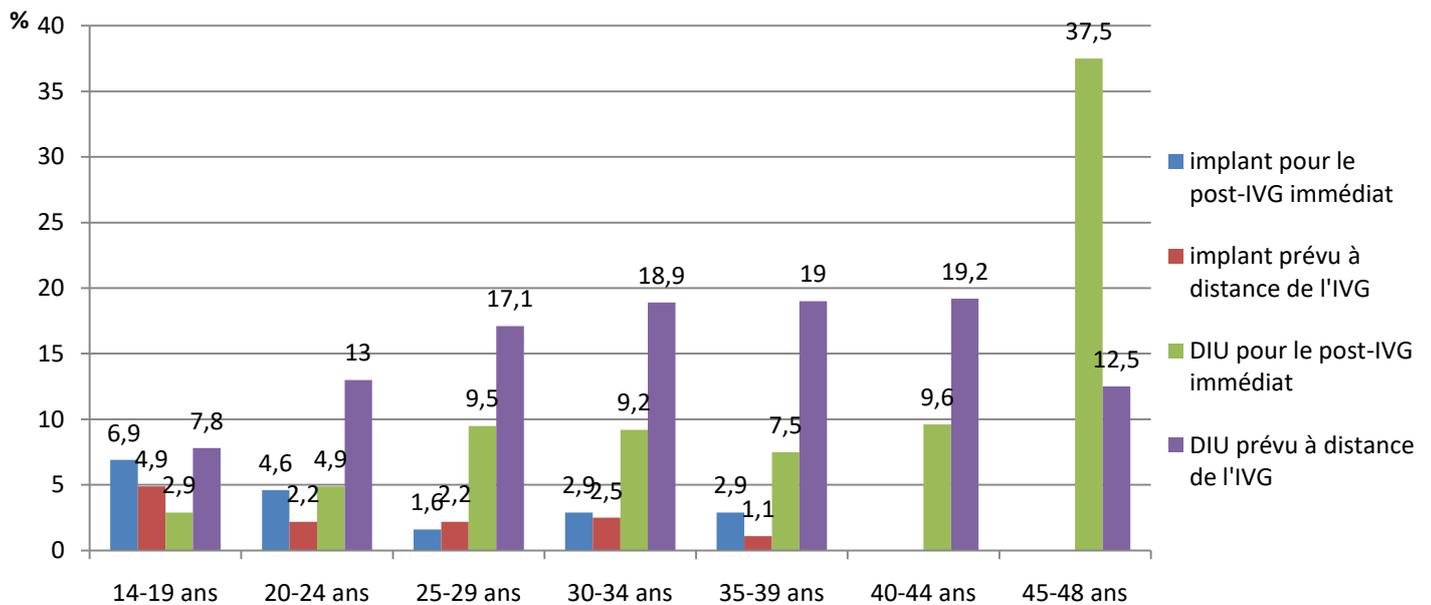


Figure 11: Répartition de la prescription de LARC selon l'âge

6. Préservatif

La prescription du préservatif variait selon l'âge des femmes avec un taux plus important pour les femmes de 45 à 48 ans (12,5%, n=1/8) et un taux plus faible pour celles de 14-19 ans (3%, n= 3/102) (figure 12).

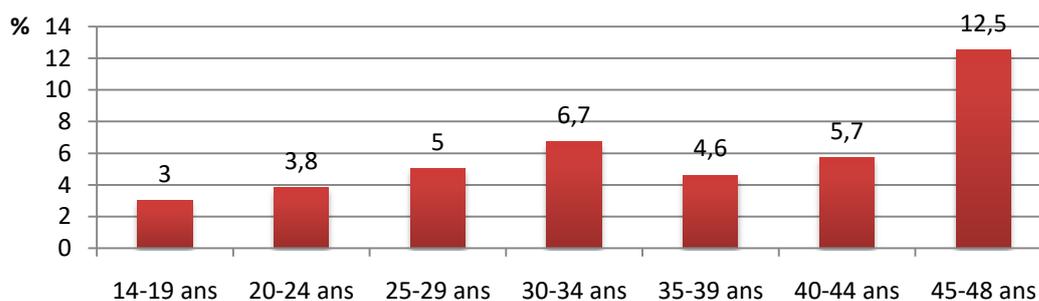


Figure 12: Répartition de la prescription de préservatif par âge

7. Autres méthodes : barrières et naturelles

On comptait seulement une prescription de contraception locale (autre que le préservatif) pour une patiente âgée de 30 ans.

8. Méthode définitive

Dans cette étude, le choix de la contraception définitive (ligature ou vasectomie) intervenait chez les femmes à partir de 32 ans, avec des taux plus importants pour les femmes de 40-44 ans (12,3%, n= 9/73) et 45-48 ans (12,5%, n=1/8) (figure 13).

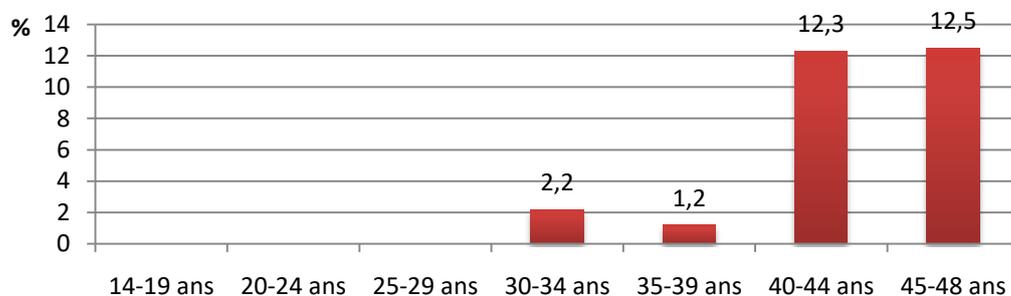


Figure 13: Répartition du choix de la méthode définitive selon l'âge

9. Aucune contraception

L'absence de contraception pour le post-IVG augmentait avec l'âge de la femme (figure 14). Aux âges extrêmes (14-19 ans et 45-48 ans), aucune femme n'était sans prescription d'une contraception pour le post-IVG.

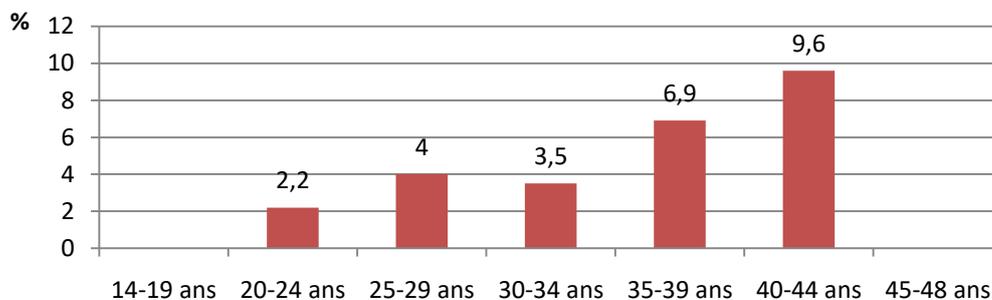


Figure 14 : Répartition de l'absence de contraception selon l'âge

E. Particularité des LARC

- Dispositif intra-utérin :

Au total, 8,6% (n=117/1356) des femmes ont reçu une prescription de DIU pour le post-IVG immédiat et 15,7% (n=213/1356) une prescription pour une pose de DIU à distance de l'IVG.

La pose du DIU était réalisée pendant ou après la consultation de contrôle post-IVG. Cependant, les données sur l'insertion, notamment la date de pose, n'étaient pas toujours renseignées sur les fiches de liaison ce qui rend les résultats peu représentatifs et difficilement analysables. Au final, environ un DIU prescrit sur six était posé en post-IVG, soit 16,4% (n=54/330). Cela concernait surtout ceux prescrits pour le post-abortum immédiat: 22,2% (n=26/117) insérés contre 13,1% (n=28/213) pour ceux prévus à distance de l'IVG (figure 15).

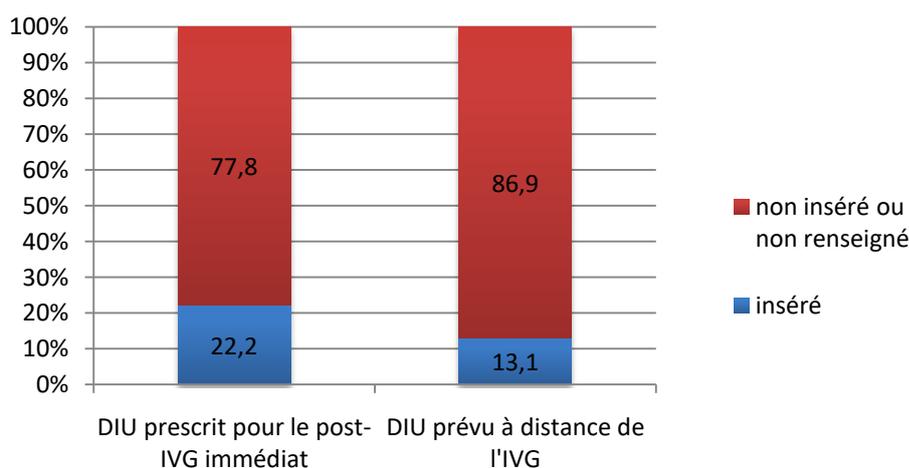


Figure 15: Répartition de l'insertion des DIU en post-IVG

Le délai moyen d'insertion était de 26,6 jours avec un écart type égal à 8,5. Le délai d'insertion le plus court était de 15 jours et le délai d'insertion le plus long était de 55 jours après l'IVG.

Parmi les DIU posés par le praticien réalisant l'IVG :

- 61,1% (n=33/54) ont été insérés pendant la consultation de contrôle post-IVG
- 5,6% (n= 3/54) ont été insérés après la consultation de contrôle

- 33,3% (n=18/54) ont été insérés mais le jour de pose n'a pas été renseigné sur la fiche

- Implant :

Au total, 3,5% (n=48/1356) des implants ont été prescrits pour le post-IVG immédiat et 2,1% (n=29/1356) étaient prévus à distance de l'IVG.

L'insertion de l'implant était réalisée soit avant, pendant ou après la consultation de contrôle post-IVG. De la même façon que pour les DIU, les données sur l'insertion n'étaient pas toujours renseignées sur les fiches de liaison. Au final, presque la moitié des implants prescrits ont été insérés lors de la consultation de contrôle, soit 45,5% (n=35/77). Cela concernait principalement les implants prescrits pour le post-IVG immédiat : 50% (n=24/48) versus 37,9% (n=11/29) pour ceux prévus à distance de l'IVG (figure 16).

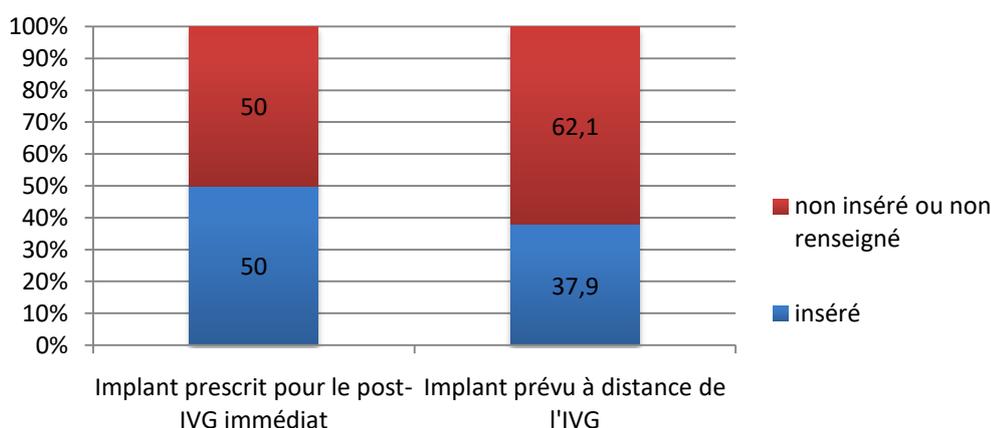


Figure 16: Répartition de l'insertion des implants en post-IVG

Le délai moyen d'insertion était de 12,9 jours avec un écart-type égal à 11,33. Le délai le plus court correspondait au premier jour de prise de mifégyne, soit le premier jour de l'IVG, et le délai le plus long était de 30 jours après l'IVG.

Parmi les implants insérés :

- 17,1% (n=6/35) ont été insérés le jour de la prise de mifégyne
- 28,6% (n=10/35) ont été insérés pendant la consultation de contrôle

- 5,7% (n=2/35) ont été insérés après la consultation de contrôle
- 48,6% (n=17/35) ont été insérés mais le jour de pose n'a pas été renseigné sur la fiche

- Synthèse de ces deux méthodes :

Au total, la proportion des méthodes LARC prescrites pour le post-abortum immédiat était de 12,2% (n=165/1356) et celle pour les LARC prévues à distance de l'IVG était de 17,8% (n=242/1356). De façon générale, les praticiens prescrivaient plus souvent un DIU qu'un implant, et il était plus souvent prévu à distance de l'IVG qu'en post-abortum immédiat (figure 17).

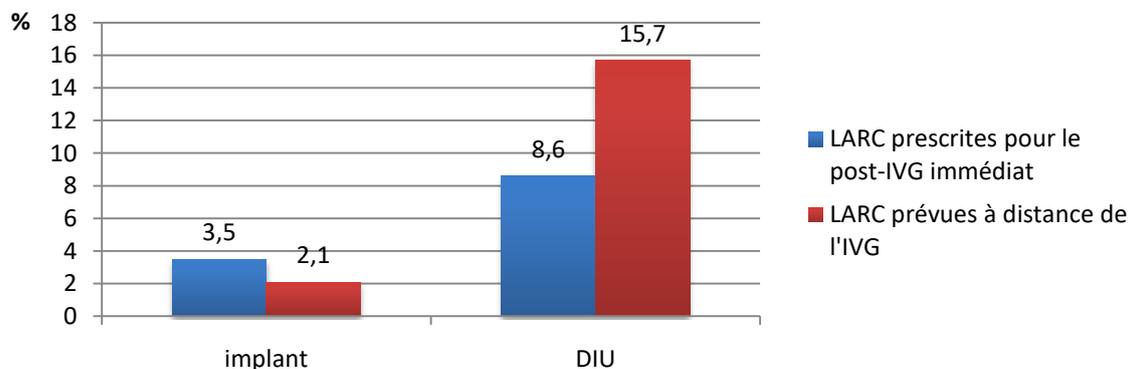


Figure 17: Répartition de la prescription des LARC pour le post-IVG

Le taux d'insertion de ces deux méthodes était de 21,9% (n=89/407). Concernant les LARC prescrites pour le post-abortum immédiat, le taux d'insertion était de 30,3% (n=50/615), alors que pour celles prévues à distance, il était de 16,1% (n=39/242).

L'implant était plus souvent inséré en post-IVG que le DIU, avec un délai d'insertion significativement plus court ($p < 0,001$).

Comme décrit précédemment, les femmes recevant une prescription de DIU étaient plus âgées que celles recevant un implant. Aucune prescription de DIU n'a été mentionnée pour les femmes de moins de 18 ans, de même pour la prescription d'implant chez les femmes de plus de 40 ans.

La prescription du DIU variait en fonction de la parité, ce qui n'était pas le cas pour l'implant. Les femmes ayant déjà eu un enfant avant l'IVG recevaient plus fréquemment une prescription de DIU, surtout à distance de l'IVG, par rapport aux femmes nullipares ($p < 0.05$).

La prescription de LARC pour le post-abortum immédiat n'était pas significativement différente entre les femmes avec ou sans antécédent d'IVG, respectivement 17,3% et 15% ($p = 0.358$). En revanche, le pourcentage de LARC prévues à distance de l'IVG était plus important pour les femmes avec un antécédent d'IVG (36%) que pour celles sans antécédent d'IVG (27,9%) ($p < 0.05$). Parmi les femmes de moins de 18 ans avec un antécédent d'IVG, aucune n'a bénéficié de la prescription de LARC.

En revanche, l'antécédent d'IVG n'influaient pas sur l'insertion de ces méthodes ($p = 0.307$): 7,5% ($n = 31/412$) des femmes avec antécédent d'IVG ont bénéficié de l'insertion d'une méthode LARC contre 6% ($n = 56/928$) pour celles sans antécédent d'IVG.

Dans 73,1% ($n = 177/242$) des cas, les femmes recevaient une pilule pour le post-IVG immédiat avant le relai par un DIU ou un implant prévu à distance de l'IVG. Seulement 6,6% ($n = 16/242$) des femmes protégeaient leurs rapports sexuels avec un préservatif et 3,3% ($n = 8/242$) d'entre elles ne souhaitaient pas de contraception avant la pose du DIU ou de l'implant. Pour 16,9% ($n = 41/242$) des fiches, il n'y avait pas d'informations sur la contraception prescrite pour le post-IVG immédiat avant le relai contraceptif par une méthode LARC.

F. Réunion AGREGA 2018

Au cours de la réunion AGREGA qui s'est tenue le 26 avril 2018, 64 professionnels de santé étaient présents dont 21 praticiens du réseau parmi les 53 conventionnés en 2017 d'après la liste d'émargements. Les professionnels issus des trois centres de santé étaient également présents.

Nous avons pu recueillir différentes réactions à la suite de la diffusion des principaux résultats de cette étude. Ces réactions portaient essentiellement sur la pose du DIU en post-IVG.

Certains praticiens ont évoqué des réticences à la pose précoce du DIU selon les recommandations actuelles. Les inquiétudes reposaient entre autres sur le risque infectieux ou le risque d'expulsion en cas de rétention partielle en post-IVG immédiat.

Pour d'autres, la pose du DIU révélait plutôt des réticences d'ordre éthique. Certains de ces praticiens conventionnés ont reçu des patientes d'autres confrères pour la réalisation de l'IVG et ils ne leur semblaient pas « éthiquement » correct de prendre la décision de poser un DIU au décours de l'IVG chez une femme qu'ils ne suivront pas par la suite. Ils souhaitaient laisser ce choix à leur confrère.

V- DISCUSSION

A. Limites de l'étude

- Biais de participation :

Seulement deux tiers des praticiens conventionnés avec le service d'orthogénie ont renvoyé leurs fiches de liaison pour chaque IVG réalisée. Pour limiter ce biais de participation, nous avons réalisé plusieurs relances par mail, notamment à l'approche de la réunion AGREGA, en informant les praticiens de l'importance d'envoyer toutes leurs fiches de liaison de 2017 pour nous permettre de réaliser le bilan d'activité annuel. Nous avons donc cessé le recueil de données après cette réunion qui s'est tenue fin avril 2018.

- Biais d'investigation :

Pour réaliser ce travail nous avons choisi d'utiliser un outil de recueil de données déjà mis en place par le service depuis plusieurs années mais il n'était peut être pas adapté à notre objectif de recherche sur la question de la contraception en post-IVG. Cependant, 4 items des fiches de liaison étaient néanmoins consacrés à la contraception pré et post-IVG ce qui nous a tout de même permis d'en tirer nos principaux résultats. Ce biais a été amplifié par le fait qu'il existait deux versions de fiches de liaison où les items concernant la contraception variaient selon l'une ou l'autre fiche et cela nous a conduit aux biais d'interprétation décrits ci-dessous.

De plus, nous n'avons pas informé les praticiens de l'utilisation de ces fiches sur la question de la contraception du fait d'un recueil rétrospectif des données. L'absence d'information à ce sujet pouvait donc apporter un biais dans le recueil de données par manque d'exhaustivité. En effet, après analyse des fiches, nous avons constaté un nombre non négligeable de données manquantes concernant la contraception prescrite pour le post-IVG. L'information des praticiens aurait certainement pu enrichir nos résultats et obtenir des statistiques plus représentatives de la pratique réelle.

Nous avons aussi constaté que l'envoi des fiches par courrier, fax ou mail pouvait compromettre le transfert des données en cas d'échec d'une de ces méthodes de renvoi.

- Biais d'interprétation :

Certains items différaient entre l'ancienne et la nouvelle version de fiche de liaison. Sur la nouvelle fiche de liaison figurait l'item « *contraception désirée* » que nous avons eu du mal à interpréter. En effet, l'analyse de la plupart des réponses à cet item nous laissait penser que la « *contraception désirée* » était la contraception suggérée par le praticien à distance de l'IVG, c'est-à-dire celle qui serait prescrite à la femme en relai éventuel d'une contraception initiale. Mais d'autres réponses nous laissaient penser qu'il s'agissait de la contraception vraiment désirée par la femme et qui pouvait être différente de celle réellement prescrite par le praticien. Ce constat a été établi en analysant la façon dont ont été remplis ces items. Nous avons donc pris le parti, avec la directrice de cette thèse, de considérer l'item « *contraception désirée* » comme la « *contraception prévue à distance* » par le praticien, item figurant également sur l'ancienne fiche de liaison. Cependant, nous n'étions pas sûres de la réelle prescription de cette contraception prévue à distance en raison de ce problème d'interprétation, c'est pourquoi nos principaux résultats se sont essentiellement basés sur l'item « *contraception prescrite* » qui ne différait pas entre l'ancienne et la nouvelle fiche, donc beaucoup plus fiable pour les analyses de notre objectif principal. Il était quand même essentiel de prendre en considération l'item « *contraception désiré* » ou « *contraception prévue à distance* » pour l'analyse des DIU et implants qui étaient souvent prévus à distance de l'IVG, en relai de la contraception prescrite initialement.

Nous avons également peut être mal interprété certaines données incomplètes, notamment lorsque le praticien mentionnait seulement « *pilule* » ou « *DIU* » sur les fiches de liaison. En effet, afin de pouvoir compléter au mieux notre recueil de données, nous avons redéfini la donnée « *pilule* » comme pilule oestroprogestative, par argument de fréquence, et « *DIU* » comme DIU au cuivre, également par argument de fréquence puisque le DIU hormonal est théoriquement nommé SIU (Système Intra-Utérin). Cependant, nous avons eu une grande majorité de données comportant seulement l'acronyme « *DIU* » et celui-ci reste quand même largement utilisé par le corps médical pour définir à la fois le DIU au cuivre et le DIU hormonal. C'est pourquoi nous avons finalement décidé de ne pas analyser séparément la prescription de ces deux dispositifs intra-utérins afin de limiter au maximum ce biais d'interprétation.

- Biais de déclaration / d'information:

Les biais de déclaration sont inévitables dans ce type d'étude puisque nous ne pouvons pas vérifier l'exactitude des données transmises, que ce soit les données issues du praticien ou celles issues de la déclaration des femmes (notamment sur leurs antécédents, le type de contraception prise en pré-IVG ou encore l'observance de la contraception prescrite pour le post-IVG). Les termes incomplets « *pilule* » et « *DIU* » comme cités ci-dessus peuvent également être la source de biais d'information. Nous avons également souhaité exploiter les données concernant l'insertion des méthodes LARC en post-IVG, cependant cette information était peu renseignée sur les fiches de liaison ou difficile à interpréter d'où les résultats peut être peu représentatifs de la pratique réelle.

Pour finir, nous avons eu 22,4% (n=304/1356) des fiches qui ne comportaient pas de données concernant la contraception prescrite pour le post-IVG immédiat. Ce taux n'était pas négligeable mais nous avons tout de même un nombre conséquent de fiches exploitables pour répondre à notre objectif principal.

B. Forces de l'étude

- Originalité du sujet :

Les fiches de liaison comportent plusieurs items dont les données sont nécessaires au service d'orthogénie pour effectuer chaque année des analyses statistiques sur l'activité des IVG réalisées en ville au sein du réseau. Le nombre d'IVG réalisées, les différents protocoles établis, le taux de réussite ou d'échec et les complications post-IVG étaient les principales données qui intéressaient jusqu'à maintenant le service d'orthogénie pour leurs analyses. En revanche, aucun travail ne s'est penché sur la pratique de ces professionnels concernant la prescription de la contraception après une IVG médicamenteuse, pourtant, une partie des items issus des fiches est bien consacrée à cette question. Nous avons donc jugé intéressant d'exploiter ces données puisqu'il s'agit d'un sujet incontournable dans le parcours IVG de la femme. Ce travail a permis d'enrichir les résultats du service et pourra éventuellement servir à améliorer les pratiques.

- Réseau / Fiches de liaison :

Le réseau ville-hôpital a débuté en 2005 et il était donc intéressant d'évaluer la pratique des praticiens conventionnés via un outil de recueil de données déjà mis en place depuis plus de 10 ans.

Par l'interprétation de l'ensemble des fiches de liaison de 2017 renvoyées au service d'orthogénie, nous avons pu réaliser un recueil exhaustif de toutes les données transmises.

Le fait de ne pas avoir informé les praticiens sur l'utilisation des fiches de liaison concernant la question sur la contraception pour le post-IVG pouvait également être un point positif pour évaluer la pratique réelle des professionnels de ce réseau sans influence de notre part sur le sujet de la contraception.

Pour finir, l'interprétation de toutes ces fiches de liaison ainsi que l'appel téléphonique donné aux praticiens pour qui nous n'avions pas recensé de fiches nous a permis d'étudier secondairement la qualité du partage de données au sein de ce réseau afin d'améliorer, si nécessaire, le dispositif de recueil de données.

- Réunion AGREGA 2018 :

Cette réunion fut pour nous l'occasion d'aborder des sujets intéressants concernant la contraception post-IVG qui ont enrichi les résultats de notre étude et ouvert des pistes de discussion à ce sujet.

C. Discussion des résultats

1. Analyse du profil des praticiens du réseau et de leur activité IVG

La population étudiée concernait des professionnels de santé conventionnés en 2017 dans le cadre du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux pour la réalisation d'IVG médicamenteuse. Le but était d'analyser un nombre conséquent de praticiens conventionnés sur leur pratique concernant la prescription de la contraception après l'IVG afin d'obtenir un échantillon représentatif de la pratique en ville des professionnels issus de ce réseau. Nous avons pu analyser les fiches issues de 35 professionnels de santé, soit 66% de la totalité des praticiens conventionnés sur l'année 2017, ce qui représentait un taux de participation globalement satisfaisant.

La majorité des praticiens de ce réseau était des gynécologues (75,5%, n=40/53). D'après une étude de la DREES datant de 2009 (33), 77% des praticiens qui réalisaient des IVG en ville étaient des gynécologues, ce qui est superposable aux données de notre étude. En revanche, selon le rapport d'activité 2017 du REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie à Paris et sa périphérie) (34), les médecins généralistes étaient plus nombreux à réaliser des IVG médicamenteuses en ville. En effet, sur 315 professionnels libéraux conventionnés, 165 étaient des médecins généralistes, 138 des gynécologues et 12 des sages-femmes. Il en était de même dans les centres de santé où la majorité des praticiens était des généralistes.

La faible part des sages-femmes ayant signé la convention avec le service d'orthogénie (3,8%, n=2/53) peut s'expliquer par l'autorisation très récente, en août 2016, de la pratique des IVG médicamenteuse par les sages-femmes (2).

Nous avons constaté un faible taux de médecins généralistes conventionnés au sein de ce réseau (15,1%, n=8/53). La thèse du Docteur Denry sur « La place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris », menée en 2014, a révélé quelques obstacles à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes: le manque de formation et de temps, la lourdeur de la procédure et pour certains, le manque de conviction personnelle (35). La méconnaissance du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux par les médecins généralistes peut également expliquer ce faible taux de participation. Ceux qui ont souhaité signer une convention avec le service d'orthogénie sont probablement pour la plupart très impliqués dans la pratique de la gynécologie et ont été intéressés par une formation universitaire en gynécologie au CHU où sont dispensés des cours théoriques et pratiques sur la réalisation des IVG. De plus, certains médecins généralistes se retrouvent peut être moins souvent confrontés dans leur exercice libéral à des demandes d'IVG et donc ne ressentent pas le besoin de s'engager dans cette pratique. En effet, d'après la thèse du Docteur Ora (36), les femmes ont tendance à s'orienter vers le gynécologue en première intention lorsqu'elles évoquent un problème d'ordre gynécologique.

Au total, 76,2% (n=1033/1356) des IVG ont été réalisées par des gynécologues, 11,8% (160/1356) par des médecins généralistes, 0,7% (n=9/1356) par une sage-femme et 11,3% (n=154/1356) par des centres de santé. L'activité des IVG en ville était donc fortement portée par les gynécologues de ce réseau. Cependant, les derniers résultats de la DREES ont montré que la réalisation des IVG en ville entre les gynécologues et les médecins généralistes était mieux répartie en 2017, respectivement 42% et 43% (1).

Il existe actuellement 18 centres de planification en Gironde dont 10 dépendent de la Communauté Urbaine de Bordeaux (37). Le réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux a signé 2 conventions avec le CPEF de Bordeaux Bastide et le CACIS. Une autre convention a été établie avec la CASE qui est un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues à Bordeaux où sont également réalisées des IVG médicamenteuses. Nous avons recensé 154 IVG pratiquées par les centres de santé (CPEF et CACIS), soit 11,3% de l'ensemble des IVG médicamenteuses réalisées par le réseau sur l'année 2017. Ce chiffre est très satisfaisant sachant que l'activité des IVG dans les centres de santé tend à se développer d'après le rapport de la DREES de 2016 (38): 2304 IVG ont été réalisées par les centres de santé en 2016, représentant 6,7% de l'ensemble des IVG médicamenteuses en Métropole contre seulement 1466 IVG en 2010, soit 5,2% de l'ensemble des IVG médicamenteuses en Métropole.

Notre population de praticiens du réseau comportait 92% de femmes: 46 femmes pour 4 hommes, sans prendre en compte les professionnels exerçant dans les centres de santé. Ce résultat s'explique en partie par le profil démographique de la population des médecins en constante évolution depuis 1990 avec une féminisation de la profession médicale de plus en plus présente. Les femmes médecins représentent désormais 43% de l'ensemble des médecins contre 30% en 1990. L'exercice libéral des sages-femmes est également en progrès et cette profession est presque exclusivement féminine (97% de femmes en 2015) (39). Cette proportion de femmes impliquées dans la réalisation des IVG peut s'expliquer en partie par le caractère féministe et militant de cette pratique.

Nous avons comptabilisé 1356 IVG médicamenteuses réalisées en ville sur l'année 2017 dans le cadre du réseau compte tenu du nombre de fiches de liaison recensé. Ce chiffre était légèrement en baisse par rapport au bilan d'activité du réseau en 2016 qui recensait 1470 IVG. Pourtant, d'après l'ARS, le nombre d'IVG médicamenteuse réalisée en ville dans la région Nouvelle-Aquitaine en 2017 était de 3249 contre 2693 en 2016, soit une augmentation d'environ 21% en un an. Notre résultat était donc en contradiction avec ces données. Par conséquent, nous avons émis deux hypothèses : soit il nous manquait des fiches de liaison qui n'ont pas été renvoyées malgré des IVG pourtant réalisées par les praticiens du réseau, soit l'activité des autres réseaux de la région s'était largement développée. Il s'est avéré que certains praticiens contactés par téléphone avaient bien réalisé des IVG sur l'année 2017 mais les fiches n'ont pas été remplies ou renvoyées au service d'orthogénie le plus souvent par oubli, manque de temps ou de motivation. Pour d'autres, les fiches ont bien été renvoyées au service mais elles n'ont pas été retrouvées lors de notre recueil de données. Tout cela suggère qu'un nombre non négligeable d'IVG médicamenteuses en ville ont été réalisées en 2017 au sein du réseau, pour lesquelles nous n'avons pas reçu de données permettant de les exploiter.

Le nombre d'IVG effectué par praticien était différent, environ un quart d'entre eux avaient réalisé au moins 50 IVG ou plus sur l'année 2017. Nous avons pu recenser un maximum de 337 IVG réalisées par un praticien contre seulement une IVG réalisée par deux praticiens du réseau sur l'ensemble de l'année 2017. L'inégalité du nombre d'IVG par praticien peut s'expliquer par plusieurs raisons. Chaque professionnel est impliqué différemment dans la prise en charge de l'IVG, les temps de consultation consacrés aux IVG sont différents selon l'exercice de chacun et le manque

d'informations mises à disposition des femmes pour les orienter vers les professionnels conventionnés pour la réalisation des IVG peut également influencer sur leur taux d'activité. Six praticiens travaillaient en liste fermée ce qui pouvait aussi restreindre leur pratique aux seules femmes issues de leur patientèle.

2. Analyse du profil des femmes

Nos résultats ont montré que les femmes de 20-24 ans suivies de près par les 25-29 ans étaient les plus concernées par le recours à l'IVG, résultats superposables aux données de la DREES de 2017 (toutes IVG confondues, en Métropole) (1). La moyenne d'âge était de 28,2 ans (écart type à 6,8) avec un minimum de 14 ans et un maximum de 48 ans.

Parmi les antécédents gynéco-obstétriques des femmes issues de notre étude, 56,3% étaient nullipares et 42,5% avaient déjà eu au moins un enfant avant cette IVG. Les femmes nullipares étaient significativement plus jeunes que les femmes multipares avec une moyenne d'âge respective de 25 ans et 32,7 ans ($p < 0.001$). Concernant les antécédents d'IVG, 68,4% n'avaient jamais eu d'IVG auparavant contre 30,4% qui en avaient déjà eu au moins une. Ces femmes avec un antécédent d'IVG étaient plus âgées que celles sans antécédent d'IVG avec une moyenne d'âge respective de 30 ans et 27,4 ans ($p < 0.001$).

Nous avons confronté ces principaux résultats avec ceux des études citées ci-dessous afin de nous situer par rapport aux données de la littérature.

L'enquête nationale française menée par la DREES en 2007 portait sur un échantillon large et représentatif de 7802 femmes ayant eu recours à une IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) (40). Les données issues de cette enquête ont montré que la moyenne d'âge était de 27,2 ans, donc proche de notre résultat. De plus, 53% des femmes avaient déjà eu au moins un enfant avant l'IVG et 34% avaient déjà eu au moins un antécédent d'IVG. La proportion de patientes nullipares était plus importante dans notre étude.

La thèse menée en 2014 par le Docteur Gallet-Chanu sur « Le devenir de la contraception après l'IVG » (31) a étudié 1485 femmes ayant eu une IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) au CHRU de Lille. Cette étude comportait approximativement le même effectif que le notre et a analysé

les caractéristiques de ces femmes. La moyenne d'âge était de 26,6 ans. Parmi elles, 30,7 % avaient un antécédent d'IVG et 46,6% avaient déjà eu au moins un enfant avant cette IVG. Les résultats de notre étude semblaient davantage se rapprocher de ces données.

Le travail d'Opatowski et al. mené entre 2013 et 2014 dans 11 centres français réalisant des IVG médicamenteuses a analysé les caractéristiques de 453 femmes majeures ayant eu recours à l'IVG (22) : 29,6% des femmes participant à l'étude avaient au moins un antécédent d'IVG. Elles étaient légèrement plus âgées que les autres femmes sans antécédent d'IVG avec une moyenne d'âge de 32,4 ans pour celles avec 2 IVG antérieures ou plus ; 31,3 ans pour celles avec une seule IVG antérieure et 30 ans pour celles sans antécédent d'IVG. Ces moyennes d'âge étaient donc légèrement plus élevées que dans notre étude.

A l'inverse des résultats cités précédemment, une étude menée en Finlande entre 2000 et 2002 portant sur 1269 femmes en demande d'IVG médicamenteuse a montré que celles avec des antécédents d'IVG répétées étaient plus jeunes que celles sans antécédent d'IVG (25,8 ans contre 28,6 ans, $p < 0.001$) (41).

Dans notre étude, 39.2% des femmes en demande d'IVG étaient fumeuses. Ce résultat était plus faible que celui retrouvé dans le travail du Docteur Gallet-Chanu où 48,7% des femmes étaient fumeuses.

Nous avons étudié la répartition des méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant l'IVG. D'après l'intitulé des items concernant la contraception pré-IVG de l'ancienne ou de la nouvelle de fiche de liaison, nous avons supposé qu'il s'agissait de la contraception utilisée lors de la survenue de la grossesse, soit dans le mois précédent l'IVG. Les deux moyens contraceptifs les plus utilisés étaient la pilule (17,5%, $n=237/1356$) et le préservatif (13,6%, $n=185/1356$). Ces résultats semblaient légèrement différents de ceux retrouvés dans la littérature. Dans l'enquête de la DREES en 2007, la pilule représentait 26,7% de la contraception utilisée par les femmes dans le mois où la grossesse a débuté, les méthodes barrières ou naturelles représentaient 18% et le préservatif 15,9%. Ces proportions étaient légèrement plus élevées dans l'étude du Docteur Gallet-Chanu pour les utilisatrices de pilule 30% et de préservatif 22,9% lors de la survenue de la grossesse.

La proportion de femmes sans contraception en pré-IVG était de 57% dont 1,4% ont eu recours à la CU. Ce résultat était beaucoup moins élevé dans l'étude du Docteur Gallet-Chanu,

environ 35%. De même dans l'étude de la DREES où 36% des femmes ayant recours à l'IVG en 2007 n'utilisaient pas de méthode contraceptive, avec seulement 2% d'utilisation de la CU. Notre résultat était donc largement plus élevé que ceux de la littérature. Il semblerait alors que le recours à l'IVG, pour les femmes issues de notre étude, était plutôt lié à l'absence de contraception qu'à des échecs contraceptifs à la différence de ce que soulignent plusieurs auteurs dont Moreau et al. (4). Parmi ces femmes, certaines avaient récemment arrêté leur contraception pour intolérances/effets secondaires ou souhaitaient changer de contraception. Ce constat, retrouvé dans la littérature (4) (30), explique que la plupart des femmes sans contraception au moment de la survenue de la grossesse non désirée étaient dans une situation jugée « à risque » puisqu'elles utilisaient une contraception dans un passé proche. La moitié des femmes ayant eu une grossesse non désirée avaient changé de méthode contraceptive au cours des 6 mois précédant l'IVG, le plus souvent pour une méthode moins efficace ou pour aucune méthode (30). D'autre part, l'étude de Bajos et al. menée en 2002 a montré que certaines femmes sans plan contraceptif n'avaient pas nécessairement une attitude négligente. Leurs problèmes sociaux, familiaux, professionnels et affectifs pouvaient parfois reléguer la question de la contraception, voire l'occulter si ces problèmes étaient plus graves (42).

Les autres moyens de contraception (implant, DIU, patch, anneau, macroprogestatif, méthodes naturelles et barrières autres que préservatif) étaient faiblement représentés dans notre population. Ces résultats peuvent s'expliquer indirectement soit par la faible utilisation de la méthode comme nous pouvons l'observer dans la population générale (10), soit par l'efficacité de celle-ci (notamment concernant le DIU et l'implant), amenant donc moins souvent à la survenue d'une grossesse non désirée et donc à l'IVG (13).

Nous n'avons pas retrouvé d'utilisation conjointe de plusieurs méthodes contraceptives (par exemple pilule et préservatif), ce qui peut expliquer la moindre efficacité des méthodes contraceptives utilisées et donc la survenue plus fréquente de GNP menant à l'IVG. Selon les statistiques de 2016, 3,3% des femmes de 15 à 49 ans issues de la population générale utilisaient conjointement la pilule et le préservatif (10).

Dans notre étude, il n'y avait pas de différence entre les femmes avec ou sans antécédent d'IVG concernant la prise d'une contraception lors de la demande d'IVG ($p=0,526$). D'après l'étude de Haddad et al (23), les femmes dites vulnérables avec un recours plus fréquent à l'IVG avaient le même profil contraceptif en pré-IVG que les autres. Cependant, d'autres études ont plutôt montré

que les femmes avec un antécédent d'IVG utilisaient plus souvent une méthode de contraception médicale que celles sans antécédent d'IVG (4) (6) (22).

3. Analyse des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG

- **Changement de moyen contraceptif à l'occasion de l'IVG:**

Nous avons pu observer un changement du profil contraceptif des femmes après l'IVG, comme le montre plusieurs travaux (4) (31):

- **Augmentation des méthodes les plus efficaces** : plus de la moitié des femmes (55,5%) ont reçu la prescription d'une pilule pour le post-IVG contre 17,4% qui l'utilisaient en pré-IVG : 43,3% de pilules combinées oestroprogestatives et 12,2% de pilules microprogestatives ont été prescrites. La prescription de LARC était également plus importante en post-IVG : 12,2% de LARC prescrites pour le post-abortum immédiat et 17,8% prévues à distance de l'IVG, contre 2,9% des femmes qui les utilisaient avant l'IVG.
- **Diminution des méthodes les moins efficaces** : seulement 4,5% des femmes ont reçu la prescription de préservatif pour le post-IVG contre 13,6% qui l'utilisaient en pré-IVG.
- **Nette amélioration de la proportion de femmes sans méthode contraceptive**: parmi les femmes sans contraception en pré-IVG, 568 d'entre elles, soit 73,5%, ont bénéficié de la prescription d'une contraception pour le post-IVG. Au final, seulement 3,8% (n=52/1356) des femmes sont ressorties sans contraception après l'IVG. Nos résultats sont très satisfaisants sachant que dans l'étude de Moreau et al. près d'une femme sur quatre (22,9%) ressortait sans prescription contraceptive après l'IVG (4).

Les praticiens du réseau semblaient donc avoir prescrit des méthodes contraceptives plus efficaces au décours de l'IVG par rapport à celles utilisées par les femmes juste avant l'IVG.

La pilule restait le moyen contraceptif le plus prescrit, comme l'attestent aussi les résultats du baromètre santé 2016 en population générale (10), bien que ce ne soit pas la méthode la plus efficace pour prévenir les GNP. Lorsqu'elle était prescrite, plus de la moitié des femmes recevant cette

contraception déclaraient l'utiliser lors de la consultation de contrôle post-IVG, à l'inverse des autres méthodes. Cependant, les données sur l'utilisation des méthodes contraceptives prescrites ne nécessitant pas l'intervention du praticien (comme les méthodes LARC) reposaient seulement sur la déclaration des femmes et ne pouvaient donc pas être vérifiées. Les femmes pouvaient donc déclarer plus souvent qu'elles prenaient leur contraception peut être pour ne pas contrarier le praticien ou pour éviter de parler de ce sujet.

Seulement 2,9% de pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération ont été prescrites pour le post-IVG dont à peu près une prescription sur cinq correspondait au renouvellement de cette même contraception prise avant l'IVG. Ce faible taux de prescription de pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération semble cohérent avec la HAS qui préconise de ne pas les prescrire en première intention en raison de leur risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux autres pilules contenant du lévonorgestrel (3).

La prescription de LARC arrivait ensuite en deuxième position, ce qui est également superposable à la littérature (4) (31). Il est en revanche difficile de comparer nos résultats à ceux de la littérature car nous avons fait le choix de différencier les LARC prescrites pour le post-IVG immédiat et celles prévues à distance. Cela apportait probablement un biais dans l'interprétation de nos résultats car la plupart des LARC souhaitées à distance de l'IVG n'étaient peut être pas réellement prescrites par les praticiens. Cependant, en tenant compte de ce possible biais, il semblerait que la prescription de LARC pour le post-IVG soit nettement supérieure dans certaines études : 23,7% pour l'enquête nationale de 2007, 27,6% pour l'étude du Docteur Kourio portant sur l'analyse de la pratique de la consultation de suivi post-IVG médicamenteuse auprès des médecins du réseau REIV en région Midi-Pyrénées et 45,39% pour l'étude du Docteur Gallet-Chanu (4) (31) (43) .

Les autres méthodes contraceptives, globalement peu efficaces pour prévenir une GNP, étaient moins prescrites par les professionnels de santé. Concernant le patch et l'anneau contraceptif, l'absence de remboursement de ces méthodes par la sécurité sociale pouvait représenter un frein à la prescription malgré une efficacité théorique et pratique équivalente à la pilule oestroprogestative (13). Parmi les macroprogestatifs, seule la forme orale était prescrite (acétate de nomégestrol, LUTENYL® et acétate de chlormadinone, LUTERAN®) malgré l'absence d'AMM dans cette indication. Aucune forme injectable n'a été mentionnée. Cette méthode semble très peu utilisée en France par rapport aux autres pays (7) et elle n'a d'ailleurs même pas été représentée dans les

résultats du baromètre santé 2016 (10). De plus, son efficacité est moindre en pratique courante par rapport aux LARC et elle est responsable d'effets indésirables non négligeables (13) (44).

La prescription du préservatif pour le post-IVG était peu représentée. En effet, cette « prescription » représentait finalement le souhait des couples d'utiliser cette méthode qui en soit n'était pas réellement « prescrite » par le praticien. Ce résultat était peut être biaisé par la sous déclaration des femmes souhaitant utiliser cette méthode seule ou associée à une autre contraception. Cependant, cette faible proportion d'utilisation du préservatif pour le post-IVG semblait se retrouver dans la littérature : 0.5% d'utilisation des méthodes non médicales (dont préservatif) dans les résultats de l'enquête de la DREES (4) et 0.74% d'utilisation dans l'étude du Docteur Gallet-Chanu (31).

Aucune fiche de liaison ne mentionnait la prescription de la contraception d'urgence (CU), associée ou non à une autre méthode contraceptive prescrite. Pourtant, les recommandations du CNGOF préconisent l'utilisation de la CU en post-IVG afin de palier toutes situations à risque (5). Nous avons supposé que les praticiens se contentaient sans doute d'inscrire seulement sur la fiche de liaison la contraception principale prescrite pour le post-IVG sans mentionner la CU alors qu'elle était peut être réellement prescrite conjointement à la contraception principale. Cette hypothèse représentait également un biais d'information dans le recueil de nos données.

Concernant la contraception définitive, seulement 1,6% des femmes ont souhaité cette méthode de contraception à distance de l'IVG. Parmi les études citées ci-dessus, aucune n'a discuté ce type de contraception pour les femmes en post-IVG. La contraception définitive est une méthode très efficace et la plus répandue dans le monde (7) (13). Cependant, dans le contexte de l'IVG, cette méthode semble discutable et ne peut répondre à une demande de contraception efficace immédiate en post-IVG (accord professionnel) (25). Une seule étude menée à Singapour entre 1974 et 1977 a étudié 406 femmes ayant recours à une IVG chirurgicale et désirant une contraception définitive : les enquêteurs ont estimé que 2 à 10% des femmes qui subissent une stérilisation après l'IVG peuvent s'attendre à regretter leur décision (45).

Lorsque les données sur la contraception pré et post-IVG étaient conjointement remplies sur les fiches, nous avons pu constater que 17% (n=172/1009) des femmes ont souhaité garder le même moyen contraceptif pour le post-IVG. D'après Moreau et al., près de la moitié des femmes (soit 46%) qui ont rapporté un échec de pilule se sont vues prescrire une pilule pour le post-IVG. Dans

notre étude, parmi les 237 femmes sous contraception orale oestroprogestative ou microprogestative en pré-IVG, 59,1% (n=140/237) ont tout de même reçu la prescription de ce même type de contraception pour le post-IVG.

Malgré cette « remédicalisation » de la contraception au décours de l'IVG et la nette amélioration du nombre de femmes sans contraception en post-IVG (3,8%), on estimait finalement qu'environ 1 femme sur 7 était sans contraception au moins jusqu'à la date de contrôle post-IVG. Nous avons émis plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat : le changement d'avis de la femme au décours de l'IVG sur la méthode choisie initialement, la conséquence d'effets indésirables ne permettant pas la poursuite de la méthode prescrite ou la mauvaise observance. Sur un faible nombre de fiches de liaison, certains praticiens mentionnaient que les femmes attendaient leurs prochaines règles pour débiter leur contraception. Dans l'étude du Docteur Gallet-Chanu (31), 12% des femmes avaient changé d'avis sur le choix de leur contraception entre la consultation pré-IVG et le jour de l'IVG, mais au final, seulement 2,15% n'avaient pas de contraception en post-IVG immédiat. Nous pouvons également supposer que la consultation pré-IVG n'est peut être pas le meilleur moment pour aborder sérieusement la question de la contraception, comme le préconise la HAS (3), car beaucoup d'autres informations sont transmises à ce moment là. De plus, d'après l'étude de Matulich et al. (46), parmi 199 femmes réalisant une IVG chirurgicale, 64% ont déclaré ne pas vouloir parler de contraception à un médecin le jour de la procédure.

- **Contraception prescrite selon l'âge :**

La prescription de la contraception pour le post-IVG était différente selon l'âge. Les femmes plus jeunes bénéficiaient principalement de la prescription d'une pilule oestroprogestative ou d'un implant, à l'inverse, les femmes plus âgées recevaient plutôt une pilule microprogestative ou un DIU ($p < 0.05$). Cette tendance était également retrouvée dans le travail du Docteur Gallet-Chanu (31).

La pilule oestroprogestative était principalement représentée chez les femmes de 14-19 ans et 20-24 ans puis diminuait légèrement pour les femmes plus âgées, comme le montre la littérature (10) (31). La prescription de la pilule oestroprogestative était faiblement représentée pour les femmes de 35-39 ans et 40-44 ans (moins de 30%) et aucune prescription n'a été retrouvée pour celles de 45-48 ans, de même pour la prescription de patch et anneau. Ce résultat peut s'expliquer en partie par les nombreuses contre-indications ou précautions d'emploi de la COP, notamment chez les femmes à partir de 35-40 ans. D'après les recommandations ANAES de 2004 sur la contraception chez la

femme au-delà de 35-40 ans (47), il est possible de poursuivre toute forme de contraception débutée avant cet âge si celle-ci est bien tolérée, cependant, afin d'éviter les sur risques cancéreux et cardiovasculaires, le groupe de travail recommande la substitution entre 35 et 40 ans de la méthode contraceptive oestroprogestative par une contraception type DIU, progestatif seul ou la stérilisation. Ce constat semble cohérent avec nos résultats. En effet, dans notre étude, nous avons observé que les femmes à partir de 40 ans se voyaient principalement prescrire le DIU, la pilule microprogestative, le préservatif et la contraception définitive.

Le DIU était surtout prescrit chez les femmes plus âgées. Nous avons constaté une faible prescription de DIU chez les plus jeunes de 18-19ans (10,7%, n=11/102). D'après la littérature (10), hors situation post-IVG, il semblerait que le recours au DIU ait légèrement progressé depuis 2010 chez les femmes de 20-29 ans parallèlement à une baisse de l'utilisation de la pilule. Son utilisation semble augmenter avec l'âge pour devenir le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans. Cependant, aucune évolution n'a été observée sur son utilisation chez les moins de 20 ans (9). La HAS recommande pourtant l'utilisation du DIU chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (48). Ce point sera développé dans la partie « Particularité des LARC ».

A l'inverse du DIU, l'implant était surtout prescrit chez les femmes plus jeunes, notamment celles de 14-19 ans. D'après le baromètre santé 2016 (10), l'implant était davantage utilisé chez les femmes de 20-24 ans après la pilule et le préservatif.

La contraception par macroprogestatif semblait concerner les femmes plus âgées tout comme la pilule microprogestative et le DIU. La prescription des autres contraceptions oestroprogestatives type patch ou anneau variait selon l'âge mais restait globalement très faible, comme le montre également les données en population générale (10).

L'utilisation du préservatif pour le post-IVG semblait légèrement plus importante pour les femmes plus âgées que pour les plus jeunes. Ce résultat suppose peut être que chez les femmes plus jeunes, le préservatif était parfois associé à la prescription d'une autre contraception mais n'était pas renseigné sur la fiche de liaison d'où peut être la sous-déclaration de sa prescription. En revanche, chez les femmes plus âgées, il était plus souvent prescrit comme seule contraception en supposant que ces femmes étaient moins à risque de grossesse dû à la baisse de la fertilité liée à l'âge.

Nous avons retrouvé des résultats identiques à ceux du baromètre santé concernant le choix des femmes de recourir à la contraception définitive à distance de l'IVG (10). Dans notre étude, ce choix intervenait à partir de 32 ans. Une étude de cohorte multicentrique américaine appelée CREST a été menée de 1978 à 1987 sur des femmes de 18 à 44 ans ayant subi une stérilisation. Cette étude a montré que les femmes jeunes de moins de 30 ans ayant bénéficié d'une contraception définitive étaient plus susceptibles d'avoir des regrets et de demander des informations sur la réversibilité de la méthode comparé aux femmes plus âgées, de même pour les femmes avec un antécédent d'IVG (RR 1,4 ; IC 95% [1,2-1,7]) (49) . Il est donc nécessaire d'informer les jeunes femmes sur le caractère définitif de la méthode et de les orienter plutôt sur les méthodes réversibles de longue durée d'action.

Le choix des femmes de ne pas recevoir de contraception pour le post-IVG était faible mais représentait tout de même 6,9% (n=12/173) des 35-39 ans et 9,6% (n=7/73) des 40-44 ans. Bien que ces catégories d'âge ne concernaient pas la majorité des femmes en demande d'IVG dans notre étude, le CNGOF précise que les grossesses restent encore nombreuses au-delà de 35 ans et sont en majorité non désirées après 40 ans, menant facilement à la réalisation d'une IVG (47). Une contraception efficace est donc également à recommander pour ces femmes, notamment dans le contexte de l'IVG. Dans notre étude, les femmes les plus jeunes et donc celles étant les plus concernées par le recours à l'IVG semblaient moins opter pour l'absence de contraception en post-IVG. D'après Moreau et al. les femmes les plus jeunes et celles réalisant une IVG en ville sont deux fois plus nombreuses à recevoir une contraception médicale que les autres (4).

4. Particularité des LARC prescrites pour le post-IVG

- **Répartition des LARC prescrites selon les autres méthodes contraceptives :**

Dans notre étude, les LARC représentaient la deuxième méthode contraceptive la plus prescrite après la pilule, ce qui était superposable à d'autres travaux sur le sujet (4) (31). Au total, la proportion de LARC prescrites pour le post-abortum immédiat était de 12,2% (n=165/1356) et celle pour les LARC prévues à distance de l'IVG était de 17,8% (n=242/1356). L'ensemble de ces deux résultats était à peu près deux fois moins élevé que celui de la prescription de pilule. La prescription des méthodes LARC pour le post-IVG était donc relativement faible. Pourtant, d'après la littérature, ces méthodes devraient occuper une place conséquente en post-IVG. Les sociétés savantes, le

CNGOF et la HAS, ainsi que d'autres études insistent sur l'intérêt des LARC pour prévenir la répétition des IVG (3) (5) (41) (50) (51) (52). Dans une étude canadienne rétrospective menée de 2003 à 2008, l'insertion immédiate d'un DIU après une IVG était associée à un taux beaucoup moins élevé d'IVG répétées sur 5 ans que l'utilisation de contraceptifs oraux ou d'injection de macroprogestatif (53). Cependant, cette étude était de faible puissance et les femmes choisissant un DIU étaient légèrement plus âgées donc plus susceptibles d'avoir un taux d'avortement légèrement inférieur.

De façon générale, lorsque les praticiens prescrivaient une méthode LARC pour le post-IVG, ils prescrivaient plus souvent un DIU qu'un implant (<0.001), ce qui n'a pas été retrouvé dans le travail du Docteur Gallet-Chanu. En effet, l'implant était à priori la méthode la plus choisie par les femmes lors d'une IVG médicamenteuse par rapport au DIU qui lui était plutôt choisi lors d'une IVG chirurgicale ($p<0.001$).

- **Répartition des LARC prescrites selon l'âge des femmes :**

L'implant était fréquemment prescrit chez les femmes plus jeunes à l'inverse du DIU ($p<0.001$), comme le montre la littérature (31), mais son taux de prescription dans cette population de femmes jeunes demeurait quand même bas, moins de 10%. Le DIU était également très peu représenté chez ces femmes jeunes, notamment pour les moins de 18 ans dont aucune n'a bénéficié de la prescription d'un DIU même pour celles avec un antécédent d'IVG. Pourtant, une attention toute particulière devrait se porter sur ces jeunes femmes pour plusieurs raisons (5). Elles sont à un moment de leur vie où leur fertilité est élevée, elles semblent moins compliantes pour des contraceptions qui nécessitent une adhérence quotidienne et elles ont plus souvent recours à une IVG que les femmes plus âgées (32). Il paraît donc évident qu'elles doivent recourir à une contraception efficace à long terme s'il n'existe pas de désir de grossesse. Le CNGOF précise que les LARC sont à positionner en première ligne pour l'adolescente du fait de son efficacité (grade C) (5). De plus, hors contexte d'IVG, l'efficacité des LARC ne semble pas être modifiée chez les adolescentes et les jeunes femmes, et le taux de satisfaction de ces méthodes est similaire par rapport à celui observé chez les femmes plus âgées utilisant ces méthodes (54). L'acceptabilité et la poursuite de la méthode, notamment avec le DIU, semblent s'améliorer avec une bonne information préalable des possibles effets indésirables (31) (55) (56). De plus, concernant la prescription du DIU chez l'adolescente, la littérature semble rassurante à ce sujet. La HAS et l'OMS rappellent qu'il peut être utilisé chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications médicales (27) (48). Des dispositifs de petite

taille existent sur le marché et semblent mieux adaptés. D'autres études ont montré que le DIU était un contraceptif approprié pour les femmes plus jeunes et qu'il n'était pas susceptible de provoquer d'effets secondaires graves chez l'adolescente (57) (58).

A l'inverse, les femmes plus âgées semblent plus facilement accepter le DIU pour le post-IVG car elles ont peut être déjà eu l'occasion d'en avoir un ou sont tout simplement moins réticentes à le poser immédiatement après l'IVG.

- **Répartition des LARC prescrites selon la parité des femmes :**

Dans notre étude, la prescription du DIU était significativement plus importante pour les femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants avant l'IVG par rapport aux femmes nullipares ($p < 0.05$). Ce constat a également été retrouvé dans d'autres travaux (4) (31). Malgré certaines idées reçues, le DIU peut être prescrit chez la femme quelles que soient la parité et la gestité (27) (48). D'après l'enquête FECOND de 2010 (59), 54% des femmes interrogées pensaient qu'elles ne pouvaient pas recevoir de DIU sans avoir eu d'enfants avant et parmi les médecins, ce pourcentage s'élevait à 69% pour les gynécologues et 84% pour les médecins généralistes. D'autres études montrent que l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares est sûre, exposant parfois à un risque d'expulsion un peu plus important par rapport aux femmes multipares et à des douleurs liées à la pose mais compte tenu de la bonne tolérance et des bénéfices apportés par cette contraception ces inconvénients restent acceptables (58) (60).

- **Répartition des LARC prescrites selon l'antécédent d'IVG :**

Le CNGOF demande aux praticiens d'être plus vigilants vis-à-vis des femmes avec antécédent d'IVG car elles sont plus à risque de GNP et donc d'IVG répétées (5). Une méthode de contraception efficace telle que les LARC est donc à privilégier chez ces femmes. D'après l'étude de Bajos et al. portant sur les résultats de l'enquête menée par la DREES en 2007 (6), les femmes qui avaient déjà eu une IVG dans le passé s'étaient vues prescrire plus souvent que les femmes sans antécédent d'IVG une méthode médicale ne nécessitant pas une prise quotidienne. Les résultats d'une étude américaine portant sur plus de 5000 femmes ont également montré un choix plus fréquent de méthodes LARC en post-IVG immédiat chez les femmes avec antécédent d'IVG (52).

Dans notre étude, la prescription de LARC pour le post-abortum immédiat n'était pas influencée par l'antécédent d'IVG ($p=0.368$), de même que l'insertion de ces méthodes ($p=0.307$). En revanche, la prescription de LARC prévues à distance était plus fréquente pour les femmes avec antécédent d'IVG que celles sans antécédent, respectivement 36% versus 27,9% ($p<0.05$). Ces résultats supposaient donc que ces femmes plus à risque de GNP bénéficiaient d'une méthode de contraception moins efficace en post-IVG immédiat en attendant le relai par le DIU ou l'implant, si toutefois ce dernier était vraiment prescrit. L'indication des LARC est pourtant une priorité chez ces femmes et elles doivent être instaurées rapidement après l'IVG pour limiter au maximum ce risque de GNP.

- **Insertion des LARC prescrites :**

Les données sur la date d'insertion par rapport à la prise de mifégyne étaient peu renseignées sur les fiches de liaison donnant des résultats peut être moins représentatifs de la pratique réelle. Cependant, nous avons tout de même constaté qu'environ une méthode LARC prescrite sur cinq était finalement insérée en post-IVG, soit 21,9% ($n= 89/407$), et cela correspondait surtout aux méthodes prescrites pour le post-IVG immédiat. Ce résultat suggérait que l'insertion des LARC était en général peu réalisée par les praticiens ayant prescrit ces méthodes, surtout si elles étaient prévues à distance de l'IVG. Cependant, ces résultats étaient difficilement interprétables car ils pouvaient être liés à l'éventuelle sous déclaration des praticiens à ce sujet. En effet, il n'y avait pas d'item spécifique sur l'insertion ou non des méthodes prescrites. De plus, nous pouvions également supposer que les fiches de liaison étaient peut être remplies et renvoyées au service d'orthogénie avant la pose. La supériorité observée du taux d'insertion des LARC prescrites pour le post-IVG immédiat par rapport à celles prévues à distance de l'IVG pouvait donc s'expliquer en partie par ce biais d'information. Mais également, cette différence pouvait se justifier par le fait que les LARC prévues à distance n'étaient peut être pas réellement prescrites par le praticien réalisant l'IVG, laissant le choix à la femme de réfléchir et de revoir cela avec son praticien habituel.

L'implant était plus souvent inséré que le DIU avec un délai moyen d'insertion significativement plus court, respectivement 12,9 jours versus 26,6 jours ($p<0.001$). Dans le travail du Docteur Kourio (43), le délai moyen d'insertion de l'implant était quasiment identique à notre étude: 14,3 jours, et le délai moyen d'insertion du DIU était plus court à 15,2 jours. Les délais moyens d'insertion dans notre étude étaient plus longs par rapport à ceux préconisés par les sociétés

savantes. Comme le souligne Gemzell-Danielsson et Kopp Kallner (61), l'inconvénient possible de l'IVG médicamenteuse par rapport à l'IVG chirurgicale est le retard à l'insertion des LARC avec un délai, en pratique courante, de 2 à 4 semaines ou même jusqu'aux menstruations suivantes. Certains praticiens de notre étude mentionnaient sur la fiche de liaison « DIU aux prochaines règles ». Cette insertion retardée expose donc aux risques de répétition de GNP et décourage les femmes à choisir cette méthode car cela impose de nombreuses consultations de suivi après l'IVG. En revanche, il a été démontré que les femmes revenaient plus souvent en consultation de contrôle et respectaient l'abstinence sexuelle lorsque la pose des méthodes LARC était prévue précocement après l'IVG (NP3) (25) (56).

Tous ces résultats concernant l'insertion des LARC reflètent sans doute les difficultés ou les réticences qu'ont les praticiens à poser précocement ces contraceptions au décours d'une IVG, surtout concernant le DIU.

- **Réticences à la pose des LARC :**

D'après la littérature et les résultats de ce travail, les réticences observées concernant la pose des LARC en post-IVG semblaient surtout concerner le DIU.

D'après les recommandations, le DIU peut être utilisé après une IVG médicamenteuse en l'absence de contre-indications, notamment infectieuse ou de grossesse évolutive. Pour cela, il faut vérifier la vacuité utérine par échographie ou obtenir un taux de β hCG plasmatiques négatif. En cas de doute, l'HAS recommande d'attendre les règles suivantes pour la pose du DIU. Le CNGOF précise qu'il 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 (grade C). Concernant l'implant, celui-ci peut être inséré dès le jour de l'IVG, en même temps que la prise de mifépristone (NP3), sans contrôle préalable (3) (5) (27). Une étude observationnelle menée au Portugal a comparé l'insertion précoce de l'implant le jour de la prise de mifépristone à une insertion retardée à 4 semaines après une IVG médicamenteuse. L'insertion précoce n'était pas associée à une augmentation du risque d'échec de l'IVG (NP3) (62). Les précautions à prendre avant la pose du DIU dont la nécessité d'un contrôle échographique ou l'obtention d'un taux de β hCG plasmatiques négatif peuvent expliquer en partie le recours plus facile à l'insertion précoce de l'implant en post-IVG par rapport au DIU.

D'autres arguments peuvent expliquer les difficultés à l'insertion du DIU en post-IVG. Certains praticiens du réseau évoquent une certaine réticence d'ordre éthique à insérer une méthode LARC, notamment le DIU, à la patiente d'un confrère. Cependant, le praticien est libre de ses choix comme le confirme l'article 64 du code de déontologie médicale « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. » (63). De plus, certaines femmes souhaitaient peut être attendre l'avis de leur praticien habituel et réaliser cette prise en charge avec lui.

Certains professionnels rapportaient également une certaine réticence à la pose du DIU précoce craignant le risque d'infection ou d'expulsion surtout en présence d'une rétention trophoblastique partielle. D'après plusieurs études, il n'a pas été observé plus d'expulsions, d'infections, de perforations, de saignements ou de douleurs lors d'une insertion précoce par comparaison à une insertion différée en post-IVG médicamenteuse (NP3) (25) (56). Une étude prospective multicentrique réalisée aux Etats-Unis portait sur 118 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse au premier trimestre et qui avaient bénéficié de l'insertion d'un DIU 7 à 10 jours après l'IVG, après vérification de la vacuité utérine. Cette insertion rapide n'était pas associée à la survenue de complications (NP4) (64). Une autre étude américaine portant sur 156 femmes réalisant une IVG médicamenteuse en 2008 a comparé l'insertion précoce du DIU une semaine après la prise de mifépristone à l'insertion retardée, 4 à 6 semaines après. L'insertion rapide du DIU dans la semaine suivant l'IVG médicamenteuse complète n'était pas associée à une augmentation du risque de complications ou d'effets indésirables (NP3) (65). D'après une autre étude menée aux Etats-Unis sur 134 femmes, il n'y avait pas de critères échographiques limitant la pose d'un DIU au cuivre après une IVG médicamenteuse avant 9 semaines d'aménorrhée (66). Ces études sont donc rassurantes sur la pratique de l'insertion précoce du DIU en post-IVG médicamenteuse par rapport à l'insertion retardée, cependant, il s'agit d'études de faible niveau de preuve scientifique. Parmi elles, certaines excluaient ou retardaient l'insertion du DIU pour les femmes avec grossesse évolutive ou rétention complète (56) (64) (65). Une autre excluait les femmes présentant une rétention partielle avec saignements abondants (66). Il semblerait donc que les études actuelles et les recommandations des sociétés savantes soient peu explicites face à cette situation de pose précoce sur rétention partielle. Il est donc légitime pour les praticiens du réseau d'avoir des réticences à la pose précoce du DIU, d'autant plus que la réalisation d'une échographie lors du contrôle en post-IVG retrouve

fréquemment des épaissements cavitaires ou des images hyperéchogènes résiduelles souvent banales mais source d'erreurs d'interprétation (67).

Une autre réticence à l'insertion du DIU, non décelée dans notre étude, pouvait être la peur de la douleur lors de la pose, qu'elle soit appréhendée par la patiente ou même parfois par le praticien. Mais d'après la thèse du Docteur Rocchi sur le vécu de la pose du DIU en post-IVG immédiat : « la douleur de la pose du DIU apparaît comme minimale après celle ressentie lors de l'expulsion de l'œuf » (68).

Hors contexte d'IVG, d'autres freins à l'insertion des LARC par les professionnels de santé ont été décrits: les croyances erronées sur la contre-indication du DIU chez les nullipares ou les adolescentes (comme décrit précédemment), le manque de formation technique sur l'insertion, les contraintes matérielles ou encore le manque de temps pour la pose (43) (69).

5. Evaluation de l'outil de recueil de données

Le réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux pour la réalisation d'IVG médicamenteuse en ville est un réseau grandissant, comptabilisant 53 professionnels de santé conventionnés avec le service d'orthogénie en 2017 contre seulement 17 professionnels en 2005 lors de sa création. Un bon partage de données via l'exploitation des fiches de liaison est important pour permettre au service d'orthogénie de réaliser une évaluation annuelle de l'activité IVG de ce réseau et d'améliorer les pratiques si nécessaire.

Après analyse de toutes les fiches de liaison de 2017 dans le cadre de ce travail, nous avons remarqué qu'il y avait beaucoup de données manquantes et cela concernait davantage l'item sur la contraception (pour rappel, 22,4% des fiches ne comportaient pas de données sur la contraception prescrite en post-IVG immédiat), alors qu'il s'agit pourtant d'un sujet important dans le parcours IVG de la femme. Ce manque de données pouvait laisser penser que les praticiens ne prescrivaient pas de contraception ou omettaient de répondre à cet item. De plus, l'existence de deux fiches de liaison avec des items parfois différents, comme exposée dans la partie « limites de l'étude », concourait à des erreurs d'interprétation. Par l'existence de ces biais et de ce manque d'exhaustivité, les résultats étaient sûrement peu représentatifs de la pratique réelle.

L'item sur la contraception post-IVG est placé à la toute fin de la fiche de liaison alors que d'après la HAS, la question sur la contraception devrait être abordée dès la consultation pré-IVG (3). Nous avons donc conçu un nouveau modèle de fiche de liaison pour les praticiens de ce réseau (annexe 7) sur lequel la partie sur la contraception a été enrichie afin d'obtenir un recueil de données plus exhaustif par la suite.

Après avoir contacté par téléphone les praticiens pour qui nous n'avions pas recensé de fiches de liaison en 2017, nous avons été surprises de constater que la plupart d'entre eux avaient pourtant réalisé des IVG au cours de cette année là mais certains n'avaient pas rempli ou renvoyé les fiches au service d'orthogénie par oubli, manque de temps ou de motivation. Le remplissage ou le renvoi des fiches est souvent jugé chronophage par ces praticiens qui consacraient déjà beaucoup de temps pour ces femmes en demande d'IVG, notamment par les nombreuses consultations que cela impose. Pourtant, l'envoi des fiches de liaison était bien stipulé dans la convention signée par les praticiens du réseau. De plus, certaines fiches ont a priori été renvoyées au service mais n'ont pas été retrouvées lors du recueil de données. La difficulté de remplissage et de collecte a donc remis en question la fiabilité des données recueillies par manque d'exhaustivité et soulevé peut être la question du changement de cet outil. Plusieurs réseaux de soins : le reIV-MP (Midi-Pyrénées) décrits dans la thèse du Docteur Kourio (43) et le REVHO à Paris et sa périphérie (34) utilisaient un logiciel MedIVG destiné aux praticiens et aux établissements du réseau qui permettait la saisie des fiches de liaison, le suivi des traitements, les échanges médecin/établissement et la collecte annuelle de statistiques anonymes. Il pourrait être intéressant pour le réseau du CHU de Bordeaux d'utiliser ce type outil à l'avenir pour palier les difficultés de recueil de données actuelles.

VI- CONCLUSION

L'augmentation progressive du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé est associée parallèlement à une augmentation du nombre de praticiens conventionnés en ville comme nous l'avons constatée au sein du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux. L'analyse des fiches de liaison remplies par les praticiens du réseau nous a permis d'évaluer leur pratique sur la prescription de la contraception après une IVG médicamenteuse puis de la comparer aux données de la littérature.

La plupart des femmes qui avaient recours aux professionnels du réseau sur l'année 2017 avaient entre 20 et 29 ans et à la différence des autres études, ce recours à l'IVG était surtout lié à l'absence de contraception plutôt qu'à des échecs contraceptifs.

La pratique contraceptive des praticiens de ce réseau a semblé se rapprocher des données de la littérature. Nous avons constaté une importante réactivité de leur part avec plus de 70% de contraceptions prescrites au décours de l'IVG. Comme le soulignait Moreau et al. (4), le moment de l'IVG était l'occasion de « remédicaliser » la contraception. La répartition des moyens contraceptifs prescrits pour le post-IVG semblait similaire aux statistiques actuelles en population générale (10): les femmes plus jeunes bénéficiaient surtout de la prescription d'une pilule oestroprogestative ou d'un implant et à l'inverse, les femmes plus âgées recevaient plutôt une pilule microprogestative ou un DIU. D'après les recommandations, les LARC sont plus efficaces pour prévenir la survenue d'une GNP, surtout si elles sont insérées précocement après l'IVG. Dans notre étude, ces méthodes étaient faiblement prescrites. Le DIU était plus souvent prescrit que l'implant, surtout chez les femmes multipares ou avec un antécédent d'IVG. L'insertion des LARC était également peu réalisée par les praticiens en post-IVG, avec un délai d'insertion parfois long. L'écart à ces recommandations peut s'expliquer en partie par certaines réticences. Une enquête qualitative basée sur des entretiens avec les praticiens du réseau pour évaluer les facteurs déterminant de leur pratique contraceptive en post-IVG pourrait enrichir ce travail et apporter d'autres explications à nos résultats afin de mettre en place d'éventuelles pistes d'amélioration pour la pratique clinique. Il serait également intéressant de connaître leur position sur le choix de la contraception définitive au décours de l'IVG car il s'agit d'une méthode efficace et fortement représentée dans le monde mais elle était peu envisagée par les femmes de notre étude. Des recommandations plus précises sur l'utilisation des LARC en post-IVG médicamenteuse sont nécessaires. La formation théorique et pratique des professionnels du réseau

doit être poursuivie, en insistant sur la contraception et l'intérêt des méthodes LARC. Cependant, la prescription de la contraception ne relève pas seulement du choix du praticien mais surtout de celui des femmes dont il est fondamental de prendre en compte le contexte social et psychologique, notamment lors du recours à l'IVG. Pour finir, un nouvel outil sous forme de logiciel informatique serait intéressant pour faciliter le partage de données au sein du réseau et leur exploitation.

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. Vilain A. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes et Résultats, DREES. 2018 Septembre;(1081):1-6 [Internet]. [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
2. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2016;45(10):1577-95.
3. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Juillet 2013 [Internet]. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf
4. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):148-61.
5. CNGOF. L'interruption volontaire de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. 2016 [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
6. 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. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 août 2013;61(4):291-8.
7. Guen ML, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. Population et société. 2017;(549):1-4.
8. Moreau C, Spira A, Bajos N. Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie. 2009;11(5-6):338-44.
9. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? 2014;4.
10. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre santé 2016. 2017;8p.
11. CNGOF. Contraception [Internet]. 2010 [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf
12. Ameli.fr. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
13. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. 2013 [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
14. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire no DGOS/R3/DGS/SPI/2016-243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et

à l'élaboration de plans régionaux [Internet]. [cité 17 juill 2018]. Disponible sur:
http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-10/ste_20160010_0000_0025.pdf

15. Commandos anti-IVG en France [Internet]. Wikipédia. 2018 [cité 2 sept 2018]. Disponible sur:
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Commandos_anti-IVG_en_France&oldid=151077059
16. Legifrance.gouv.fr. Conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé [Internet]. Code de la santé publique. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190414&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
17. Ministère des affaires sociales et de la santé. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé. Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur:
https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf
18. Haute Autorité de Santé. Bon usage des médicaments. IVG médicamenteuse: les protocoles à respecter. [Internet]. 2015 [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf
19. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine de la reproduction, gynécologie endocrinologie*. 2012;14(1):3-10.
20. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*. 1 mai 2003;18(5):994-9.
21. Vilain A, Collet M, Moisy M. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2011;(1):69-85.
22. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 janv 2017;45(1):22-7.
23. Haddad S, Arnaud A, Maurice S, Pueyo S. Healthcare itinerary of women undergoing an abortion according to their vulnerability. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 26 juin 2018 [cité 10 août 2018]; Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784718302290>
24. Faucher P, Serfaty D. La contraception après une interruption volontaire de grossesse. *Médecine de la reproduction, gynécologie endocrinologie*. 2012;14(1):36-40.
25. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1568-76.
26. World Health Organization. Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. Fifth edition 2015. World Health Organization 2015;

27. Curtis KM. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016 [Internet]. MMWR. Recommendations and Reports. 2016 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6504a1.htm>
28. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 1 sept 2011;84(3):230-3.
29. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. [Internet]. 2013 [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/10e_version_contraception_cardiop2-2207.pdf
30. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Human Reproduction*. 1 juin 2009;24(6):1387-92.
31. Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse de médecine]. Université du droit et de la santé-Lille 2; 2014.
32. Gemzell-Danielsson K, Kopp HK. Post abortion contraception. *Womens Health (Lond)*. nov 2015;11(6):779-84.
33. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. *Etudes et résultats, DREES*. 2009;(712):1-6.
34. Agence Régionale de Santé Ile-de-France. REVHO, Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. Rapport d'activité 2017.
35. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris [Thèse de médecine]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2014.
36. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention [Thèse de médecine]. Université Paris Val-de-Marne; 2007.
37. Les centres de planification | Le Planning Familial 33 - GIRONDE [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <http://gironde.planning-familial.org/articles/les-centres-de-planification-0038>
38. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Etudes et Résultats, DRESS*. 2017 Juin;(1013):1-6.
39. Ministère des Solidarités et de la Santé. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
40. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. 22 juin 2011;(1):116-47.

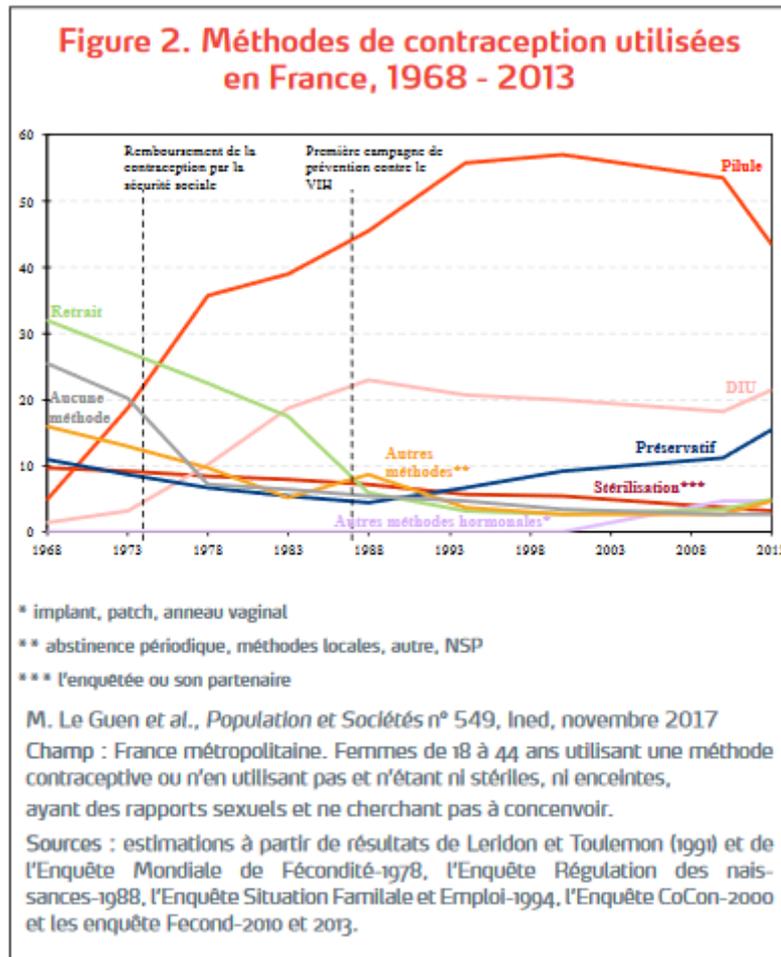
41. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 1 août 2008;78(2):149-54.
42. Bajos et al. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM. Paris; 2002.
43. Kourio A. Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseau REIV en région Midi-Pyrénées [Thèse de médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatié; 2016.
44. Gronier H, Robin G, Dewailly D. *Contraception. Revue du praticien*. 2011;61:849-57.
45. Cheng MC, Chew SC, Cheong J, Choo HT, Ratnam SS, Belsey MA, et al. Safety of postabortion sterilisation compared with interval sterilisation. A controlled study. *Lancet*. 29 sept 1979;2(8144):682-5.
46. Matulich M, Cansino C, Culwell KR, Creinin MD. Understanding women's desires for contraceptive counseling at the time of first-trimester surgical abortion. *Contraception*. 1 janv 2014;89(1):36-41.
47. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception des femmes de plus de 35 ans. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513.
48. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2013 [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf
49. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. collaborative review of sterilization. *Fertility and Sterility*. 1 nov 2000;74(5):892-8.
50. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*. 1 août 2008;78(2):143-8.
51. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 janv 2012;206(1):37.e1-37.e6.
52. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception*. 1 déc 2011;84(6):571-7.
53. Ames CM, Norman WV. Preventing repeat abortion in Canada: is the immediate insertion of intrauterine devices postabortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions? *Contraception*. 1 janv 2012;85(1):51-5.
54. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine*. 24 mai 2012;366(21):1998-2007.

55. Adams Hillard PJ. Intrauterine Device Use in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1 oct 2015;57(4):359-60.
56. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion - a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48948.
57. Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and Continuation of Intrauterine Device Use Among Commercially Insured Teenagers. *Obstetrics and gynecology*. mai 2013;121(5):951-8.
58. Alton TM, Brock GN, Yang D, Wilking DA, Hertweck SP, Loveless MB. Retrospective Review of Intrauterine Device in Adolescent and Young Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1 juin 2012;25(3):195-200.
59. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et société*. sept 2012;(492).
60. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 1 juin 2017;95(6):529-37.
61. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. juill 2014;126 Suppl 1:S52-55.
62. Barros Pereira I, Carvalho RM, Graça LM. Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 févr 2015;185:33-5.
63. Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre. Code de déontologie médicale [Internet]. 2017 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
64. Betstadt SJ, Turok DK, Kapp N, Feng K-T, Borgatta L. Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*. 1 juin 2011;83(6):517-21.
65. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of Copper Intrauterine Device Insertion After Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. sept 2011;118(3):623.
66. Shimoni N, Davis A, Westhoff C. Can ultrasound predict IUD expulsion after medical abortion? *Contraception*. mai 2014;89(5):434-9.
67. Ardaens Y. Repères Pratiques Echographie. Suivi échographique des IVG médicamenteuses. *Réalités en gynécologie-obstétrique*. nov 2010;(149):1-3.
68. Rocchi D. Vécu de la pose d'un dispositif intra-utérin en post-IVG immédiat: Analyse qualitative des représentations, freins et expériences des femmes au centre d'orthogénie du Kremlin-Bicêtre [Thèse de médecine]. Université d'Angers; 2014.
69. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 [cité 28 févr 2018].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

VIII- ANNEXES

Annexe 1 - Méthodes contraceptives utilisées en France entre 1968 et 2013 (7)



Annexe 2 – Tableau récapitulatif de l'efficacité des méthodes contraceptives, extrait de la HAS 2013 (13)

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b). Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		6 ²		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁶	18	58	62 ⁶
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9.

Annexe 3 – Article 3 extrait de la convention relative à la réalisation hors établissement de santé d'IVG par voie médicamenteuse réalisée par le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux

Article 3 :

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet au CHU de Bordeaux, service d'orthogénie situé sur le site du groupe hospitalier Pellegrin, une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Annexe 4 - Première version de la fiche de liaison du réseau ville-hôpital (2005)

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE - RESEAU VILLE-HOPITAL

TAMPON DU MEDECIN	NOM	PRENOM	AGE
	DPT NAISS		DPT DOM
	Vivant en couple + / -		PROFESSION

Date demande de l'IVG

(1 ^{er} médecin vu)	Délai de réflexion en j:	Entretien Cons. Conj : Proposé + / - Effectué + / -
Taux β HCG : (maxi 48h avant)	Echo: Jours d'aménorrhée Sac LCC	Gpe/Rh:

ATCD Obstétricaux

G	P	Nombre de césarienne:	Tabac: / jour
Nombre d'IVG (dates): Med: Chir:		Nombre de FCS:	Nombre de GEU:
Contraception : (1 mois précédent)		Contraception d'urgence: + / -	Raison γ :

Protocole

Date mifépristone (J1):	À : (nb de jours d'aménorrhée)
Prise de Misoprostol (Intervalle en heure) : Dose Misoprostol : en CS / domicile voie: Jug / PO / autre	2 ^{ème} dose misoprostol: à H en CS / Domicile voie jug / PO / autre

Evénements

Douleur: à H EVA / 10	Antalgie + /
Saignements: à H	Ains / paracétamol / Spasfon / anxiolytique / autre

Contrôle

À J	Venue + / -	Echo + / -
Date du Dosage β HCG:	Taux :	Réussite méthode méd + / -

Complications

Hémorragie	Ret.partielle	Ret.complète	Infection	Autre
------------	---------------	--------------	-----------	-------

Ttt en consultation Misoprostol / antibiotiques / autres:	Ttt en hospitalier Médicamenteux / transfusion / aspiration
--	--

Contraception post

Type prescrit (post abortum immédiat):	Type prévu (à distance):	Contraception prise au contrôle + / -
--	--------------------------	--

Annexe 5 – Deuxième version de la fiche de liaison du réseau ville-hôpital (2013)

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

Tampon du médecin :	A adresser à <i>Dr N. Rae</i> <i>Service d'Orthogénie – Hôpital de Jour</i> <i>Centre Aliénor d'Aquitaine</i> <i>Groupe Hospitalier Pellegrin</i> <i>Place Amélie Raba-Léon</i> <i>33075 BORDEAUX</i> <i>Tél : 05 56 79 57 34</i> <i>Secrétariat: 05 56 79 58 88</i>
----------------------------	--

NOM :	PRENOM :	Groupe Rh	<input type="text"/>
AGE :			
Echographie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	:		
βhCG : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			

ATCD :			
Gynéco-obstétricaux :		Contraception :	
Nb d'accouchement(s):		Raisons d'échec :	
Nb de FCS :			
IVG Chir : RU :	Tabac :	cig/j :	
Nbre de GEU :			
Nb de Césariennes :			

PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :		Injection Ig anti D faite <input type="checkbox"/>
AU TERME DE (en SA) :	<input type="text"/>	Complications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Prise de la Mifépristone le :	<input type="text"/>	Grossesse évolutive <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/>
Prise du Misoprostol le :		Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/>
		Hémorragie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/>
		Autres :
Au cabinet oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Traitement des complications :
Voie jugale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/>
2 ^{ème} prise oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Antibiotiques <input type="checkbox"/>
		Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/>
		Autres :
Contrôle de l'efficacité :		Contraception post-IVG
Venue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Contraception prescrite :
Relance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Contraception désirée :
		Contraception prise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Dosage βHCG <input type="checkbox"/>		
Echographie <input type="checkbox"/>		
Clinique <input type="checkbox"/>		
Succès oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Entretien avec une conseillère :
		Proposé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Réalisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Fiche de statistiques DDASS envoyée

Réseau IVG médicamenteuse en ville

Annexe 6 - Questionnaire

Questionnaire adressé par téléphone aux 18 praticiens conventionnés pour qui nous n'avons pas recensé de fiches de liaison en 2017:

- 1- Avez-vous réalisé des IVG médicamenteuses en 2017 ?
- 2- Si oui, avez-vous rempli les fiches de liaison papier prévues à cet effet ?
Si oui à la question 2, les avez-vous renvoyées au service d'orthogénie? Si non, pour quelles raisons ?

Si non à la question 2, pour quelles raisons ne les avez-vous pas remplies ?

Annexe 7 – Nouveau modèle de fiche de liaison du réseau ville-hôpital (2018)

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE 2018

Tampon du médecin :	A adresser à <i>Dr N. Rac</i> <i>Service d'Orthogénie – Hôpital de Jour</i> <i>Centre Aliénor d'Aquitaine</i> <i>Groupe Hospitalier Pellegrin</i> <i>Place Amélie Raba-Léon</i> <i>33075 BORDEAUX</i> <i>Tél : 05 56 79 57 34</i> <i>Secrétariat: 05 56 79 58 88</i>
----------------------------	--

NOM :	PRENOM :	Groupe Rh	<input type="text"/>
AGE :			
Echographie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
βhCG : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Taux βhCG :		

ATCD :		Contraception pré-IVG :	
Gynéco-obstétricaux :		Raisons d'échec :	
Nb d'accouchement(s) :		Contraception d'urgence prise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nb de FCS :			
IVG Chir : RU :			
Nbre de GEU :			
Nb de Césariennes :	Tabac :	cig/j :	

Entretien avec une conseillère :	
Proposé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réalisé oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Contraception pour le post-IVG :	
Contraception(s) prescrite(s) en post-IVG immédiat:	
Contraception prescrite prévue en relai : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :

PROTOCOLE MEDICAMENTEUX	Complications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
AU TERME DE (en SA) : <input type="text"/>	Grossesse évolutive <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/>
Prise de la Miféprostone le :	Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/>
Prise du Misoprostol le :	Hémorragie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/>
Au cabinet oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Traitement des complications :
Voie jugale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/>
2 ^{ème} prise oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Antibiotiques <input type="checkbox"/>
Injection Ig anti D faite : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/>
Contrôle de l'efficacité le :	Autres <input type="checkbox"/>
Venue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Succès oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Relance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Contrôle contraception post-IVG:
Dosage βHCG <input type="checkbox"/>	Contraception prise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Echographie <input type="checkbox"/>	Changement de contraception: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Clinique <input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
	DIU ou implant inséré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Si oui, date d'insertion :

Réseau IVG médicamenteuse en ville

IX- RESUME

Titre : Analyse des pratiques concernant la contraception post-IVG médicamenteuse. Enquête auprès de professionnels de santé réalisant des IVG médicamenteuses en ville dans le cadre du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux.

Introduction : Le nombre d'IVG médicamenteuses en ville augmente depuis ces dernières années. En 2017, 53 conventions ont été signées entre les praticiens de ville et le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux et s'engagent à remplir une fiche de liaison pour chaque patiente réalisant une IVG. La contraception en post-IVG médicamenteuse est un sujet important. Des recommandations ont été établies et les contraceptions réversibles de longue durée d'action (LARC) semblent plus efficaces pour prévenir les grossesses non prévues. D'après la littérature, elles représentent seulement le deuxième moyen contraceptif prescrit après la pilule et certaines femmes restent encore sans contraception après l'IVG. L'objectif de cette étude était d'analyser la pratique des praticiens du réseau concernant leurs prescriptions contraceptives en post-IVG médicamenteuse puis de comparer cette pratique aux données de la littérature et améliorer si nécessaire le contenu des fiches de liaison sur la contraception.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive quantitative basée sur l'analyse des fiches de liaison de 2017. Le recueil s'est déroulé de janvier 2017 à mars 2018. Nous avons exposé nos premiers résultats lors d'une réunion AGREGA en avril 2018.

Résultats : 1356 fiches de liaisons, issues de 35 praticiens, ont été exploitées. Certains praticiens n'ayant pas renvoyé de fiches ont évoqué le caractère chronophage de cet outil. On comptait 22,4% des fiches sans informations sur la contraception prescrite. La pilule était la méthode la plus prescrite en post-IVG (55,5%) suivi par les LARC. Seulement 3,8% des femmes sont ressorties sans contraception. Les femmes jeunes recevaient plus souvent une pilule oestroprogestative ou un implant et les femmes plus âgées un DIU ou une pilule microprogestative. Les LARC étaient peu insérées en post-IVG. Certains praticiens du réseau ont exprimés des réticences à l'insertion de ces méthodes.

Conclusion : La pratique contraceptive des praticiens de ce réseau semble se rapprocher des autres études. Les écarts aux recommandations concernant la prescription ou l'insertion des LARC peuvent s'expliquer en partie par les réticences qu'éprouvent les praticiens à ce sujet. Une étude qualitative évaluant les facteurs déterminant de la pratique contraceptive des praticiens du réseau pourrait être intéressante. Pour finir, un nouvel outil sous forme de logiciel informatique pourrait faciliter le recueil de données.

Title : Analysis of post-abortion contraceptive practices. Survey of health professionals performing post-abortion in the city as part of the city-hospital network in the Bordeaux University Hospital.

Introduction : The number of medical abortion in the city has been increasing in recent years. In 2017, 53 conventions were signed between city practitioners and the orthogénie department of the Bordeaux University Hospital and undertake to fill out a liaison sheets for each patient applying for abortion. Post-abortion contraception is an important topic. Recommendations have been made and the long-acting reversible contraception (LARC) appear to be more effective in preventing unplanned pregnancies. According to the literature, they are only the second most prescribed means of contraception after the post-abortion pill, and some women are still without contraception. The goal of this study was to analyze the practice of health professionals of this network regarding their contraceptive prescriptions in post-medical abortion in order to compare this practice with the data of the literature and if necessary, improve the content of liaison sheets.

Method : We conducted a quantitative descriptive study based on the analysis of the 2017 liaison sheets, The data collection took place from January 2017 to March 2018. We presented our first results at the AGREGA meeting in April 2018.

Results : 1356 liaison sheets, from 35 health professionals, were exploited. Some practitioners did not return them mentioned the time-consuming nature of this tool. There were 22,4% of liaison sheets without information on prescribed contraception. The pill was the most prescribed method of contraception in after abortion (55,5%) followed by LARC. Only 3,8% of women went out without contraception. Young women were more likely to receive an oestroprogestative pill or implant and older women an intrauterine device or a microprogestative pill. LARC were poorly inserted after medical abortion. Some practitioners of the network expressed reservations to the insertion of these methods.

Conclusion : The contraceptive practice of health professionals in this network seems to be similar to other studies. The discrepancies of recommendations regarding the prescription or insertion of LARC can be explained by the reservations of practitioners about this subject. A qualitative study assessing the determinants of contraceptive practice of network practitioners could be interesting. Finally, a new tool in the form of computer software is to consider in order to facilitate the collection of data.

X- SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.