

**Université de Bordeaux**  
**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

N° 115

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

Présentée et soutenue publiquement par

**ALEXIA VALTEAU**

Née le 5 Avril 1990 à Blois

Le 22 Octobre 2020

**ANALYSE DES PRATIQUES CONCERNANT LA CONTRACEPTION POST-IVG  
MEDICAMENTEUSE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DU RESEAU  
VILLE-HOPITAL DU CHU DE BORDEAUX**

**DE 2005 à 2018**

**Directeur de thèse**

MADAME le Docteur FRANTZ Sandrine

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Claude HOCHE	Juge
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Juge
Madame le Docteur Sandrine FRANTZ	Directeur
Madame le Docteur Dounia BAITA	Juge



**Université de Bordeaux**  
**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020

N° 115

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

Présentée et soutenue publiquement par

**ALEXIA VALTEAU**

Née le 5 Avril 1990 à Blois

Le 22 Octobre 2020

**ANALYSE DES PRATIQUES CONCERNANT LA CONTRACEPTION POST-IVG  
MEDICAMENTEUSE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DU RESEAU  
VILLE-HOPITAL DU CHU DE BORDEAUX  
DE 2005 à 2018**

**Directeur de thèse**

MADAME le Docteur FRANTZ Sandrine

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Claude HOCHE	Juge
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Juge
Madame le Docteur Sandrine FRANTZ	Directeur
Madame le Docteur Dounia BAITA	Juge

## REMERCIEMENTS

A notre Président du jury,

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**

*Directeur du Département de Médecine Générale du CHU de Bordeaux*

*Professeur d'université de Médecine Générale*

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

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Aux membres du jury,

**Monsieur le Professeur Claude HOCKE**

*Professeur des Universités*

*Praticien hospitalier en gynécologie au CHU de Bordeaux*

*Chef de Service de Gynécologie*

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de votre intérêt et vous témoigne ma reconnaissance.

**Monsieur le Professeur William DURIEUX**

*Directeur adjoint du Département de Médecine Générale du CHU de Bordeaux*

*Professeur d'Université de Médecine Générale*

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en jugeant mon travail. Veuillez trouver ici mon respect et ma considération.

**Madame le Docteur Sandrine FRANTZ**

*Praticien hospitalier en gynécologie médicale endocrinologie et médecine de la reproduction  
au CHU de BORDEAUX*

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien, votre disponibilité et la pertinence de vos conseils. Je suis honorée d'avoir mené ce travail avec vous. Je vous adresse ici le témoignage de ma gratitude et ma reconnaissance.

**Madame le Docteur Dounia BAITA**

*Praticien hospitalier en gynécologie médicale du CHU de Bordeaux*

*Responsable de l'unité d'orthogénie*

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

A mes parents,

Pour votre soutien, vos encouragements, et votre amour pendant ces longues études mais également le reste de ma vie. Vous avez contribué à ma réussite professionnelle, mais surtout à la construction de la personne que je suis devenue. J'espère mériter votre fierté. Vous êtes présents pour toutes les grandes étapes de ma vie, depuis mes premiers pas à mon mariage, et maintenant à la finalité de mes études. Je vous aime fort.

A Pierre,

Pour ta patience, ton soutien, ton humour et ta présence depuis 8 ans. J'ai hâte de poursuivre ma vie avec toi et concrétiser nos projets au Pays Basque. Je t'aime mon amour.

A mes beaux-parents Rémi et Claudine,

Pour m'avoir accueillie dans votre famille avec votre gentillesse et votre bienveillance. C'est toujours un plaisir de venir vous voir dans le Cotentin. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir les araignées de mer !

A Suzanne ma belle-sœur, Jonas et leur fille Rose,

Grace à toi je découvre ce qu'aurait pu être une sœur. Je vous remercie de votre investissement dans notre mariage et votre accueil chaleureux.

A ma cousine Axelle,

Je me souviens qu'en première année d'étude de médecine tu m'avais dit « tu y arrivera, tu y arrives toujours ». Ces mots m'ont accompagné à chaque échéance. Ils m'ont toujours aidée.

A Océane,

Pour ces 20 années d'amitié, ton sourire et ton enthousiasme. Merci pour ton soutien et ta générosité. Heureusement que tu es là. Nous pouvons être fières des femmes que nous sommes devenues.

A Céline,

Ma nouvelle amie bordelaise. Merci pour ta patience malgré mon manque de culture à propos du ballon ovale ! Ta présence, ton soutien et ta cave ont grandement aidé à embellir cette année.

Aux « marmandais »,

Merci à Camille G, Camille P, Elodie, Adeline, Carole, Charles et David pour cet esprit communautaire que nous avons créé lors d'un semestre. Ce fut l'un des meilleurs moments de l'internat.

A mes co-internes bayonnais,

Grâce à vous ce dernier semestre d'internat a été des plus agréable. J'en garde une certaine nostalgie.

A Philippe, Vincent et Abigael,

Merci pour m'avoir donné ma chance en tant que remplaçante dès la fin de mon internat dans votre cabinet. J'ai beaucoup appris et vraiment apprécié ces 18 mois passés à vos côtés.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés

COC : Contraception orale combinée

CPEF: Centre de planification et d'éducation familiale

CU : Contraception d'urgence

DGS : Direction générale de la santé

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DIU : Diplôme inter-universitaire

GNP : Grossesse non prévue

HAS : Haute autorité de santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LARC : Long-acting réversible contraception

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

POP : Pilule oestroprogestative

# I. Table des matières

II.	INTRODUCTION .....	8
III.	GENERALITES .....	10
A.	La Contraception .....	10
1.	L'évolution des méthodes contraceptives en France.....	10
2.	Récapitulatifs des moyens contraceptifs.....	12
3.	Efficacité .....	14
B.	Interruption volontaire de grossesse .....	14
1.	Définition.....	14
2.	Epidémiologie et sociologie de l'IVG en France .....	15
3.	Cadre législatif et accessibilité de l'information sur l'IVG en France.....	15
4.	Les étapes de l'IVG médicamenteuse en ville .....	18
C.	Place de la contraception dans le parcours d'IVG.....	19
1.	Analyse des habitudes contraceptives des femmes ayant recours à l'IVG .....	19
D.	Pratiques contraceptives en post-IVG médicamenteuse .....	20
1.	Recommandations actuelles françaises et internationales.....	20
2.	L'intérêt des LARC en post-IVG.....	22
IV.	MATERIEL ET METHODES .....	23
A.	Objectif de l'étude.....	23
1.	Réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux.....	23
2.	Critères d'inclusion.....	24
3.	Population étudiée .....	24
4.	Recueil de données .....	24
5.	Analyse statistique .....	25
V.	RESULTATS.....	26
A.	Caractéristiques de la population .....	27
1.	Age.....	27
2.	Consommation tabagique .....	28
3.	Antécédents d'IVG.....	29
4.	Contraception antérieure.....	30
B.	Contraceptions post-IVG prescrites .....	32
1.	Répartition des contraceptions prescrites en fonction de l'âge des patientes.....	35
2.	Comparaison des contraceptions avant et après l'IVG .....	44
VI.	DISCUSSION .....	50
A.	Limites de l'étude .....	50
B.	Forces de l'étude .....	51



C.	Discussion des résultats .....	52
1.	Analyse des praticiens du réseau .....	52
2.	Analyse du profil des patientes .....	53
3.	Analyse des méthodes contraceptives prescrites pour le post-IVG.....	55
4.	La place des LARC dans le post-IVG : .....	59
VII.	CONCLUSION, .....	62
VIII.	BIBLIOGRAPHIE.....	63
IX.	ANNEXES.....	67

## II. INTRODUCTION

Avec la parution le 4 juillet 2001 de la loi et en 2004 de ses textes d'application (1), les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées en ville, et en 2005 le service d'orthogénie du CHU de Bordeaux a créé un réseau ville-hôpital en établissant des conventions avec 21 professionnels de santé, qui s'est accru jusqu'à 53 conventions en 2018 avec des professionnels (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes depuis 2016) ainsi que des centres de santé hors établissements hospitaliers.

Selon le rapport de la DREES (2), paru en septembre 2019, 224 300 IVG (interruptions volontaires de grossesse) ont été réalisées en France en 2018, dont 209 500 en métropole. 55 800 IVG ont été réalisées hors établissement hospitalier, soit 25% du total des IVG. Ce chiffre est en légère augmentation (22% en 2017), tandis que celui des IVG instrumentales continue de décroître (30% en 2018 contre 32% en 2017). En Nouvelle-Aquitaine, 16 771 IVG ont eu lieu en 2018. 3 940 IVG ont été réalisées en ville soit à peu près 23 %, contre 20,3% en 2017. (ANNEXE 1)

En Nouvelle-Aquitaine, on dénombre 142 praticiens réalisant des IVG hors secteurs hospitalier (120 médecins et 22 sages-femmes).

La contraception post-IVG est l'objet de recommandations particulières qui ont été adaptées afin de limiter le recours multiple à ce type d'intervention. En 2013 la HAS (Haute Autorité de Santé) recommande une contraception comme un indispensable de la réalisation d'une IVG, du fait de la reprise immédiate de la fertilité (3). Cette prise en charge doit être initiée dès la consultation pré-IVG, en réévaluant le parcours contraceptif ainsi que son adéquation à la situation actuelle des femmes, et en distribuant une information claire sur les différents moyens contraceptifs. En 2007, une étude menée par Moreau C. et Trussel J. sur 7541 femmes, retrouvait une absence de contraception antérieure pour 34% d'entre elles. Un tiers gardait sa contraception antérieure, 54% choisissaient une contraception plus efficace, et 14% pour une contraception moins efficace (4).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a établi en 2016 des recommandations suivant les préconisations de la HAS, et insiste sur le fait que les contraceptions réversibles à longue durée d'action (LARC Long-Acting Reversible Contraception) pourraient être privilégiées, pour mieux prévenir la répétition des IVG (grade C) (5). Ainsi le DIU (dispositif intra-utérin) et l'implant seraient à privilégier plutôt que les

pilules contraceptives et contraceptions locales afin d'inverser la tendance du recours à l'IVG. Ces résultats ont été confirmés par une étude de cohorte réalisée en Finlande en 2007 au cours de laquelle les patientes suivies pendant 5 ans après leur IVG, étaient moins à risque de la répéter quand elles étaient sous DIU et implant et quand la contraception avait été initiée précocement (6).

A ce jour, il n'y a pas d'étude montrant l'évolution de la contraception post-IVG médicamenteuse. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant d'analyser toutes les fiches de liaison du réseau Ville- Hôpital des ICG médicamenteuses réalisées en ville de 2005 à 2018.

Ce travail permettra de faire un état des lieux des prescriptions contraceptives chez les femmes après une IVG médicamenteuse, de voir l'évolution des pratiques contraceptives sur les 13 ans, et de les comparer aux données de la littérature afin de mettre en évidence des pistes d'amélioration éventuelles pour la pratique clinique.

### III. GENERALITES

#### A. La Contraception

##### 1. L'évolution des méthodes contraceptives en France

La pilule contraceptive fait son apparition aux Etats-Unis dans les années 1950 par l'action conjointe du Dr Gregory Pincus qui met au point une combinaison de progestérone et œstrogène de synthèse, Katherine McCormick qui finance le projet et Margaret Sanger fondatrice du planning familial. Sur le sol européen la pilule fait son apparition en Allemagne Fédérale en 1956. Elle ne sera autorisée en France qu'en 1967, quand l'Assemblée Nationale adoptera le projet de loi de Lucien Neuwirth légalisant la contraception. Il faudra attendre 1974 pour que l'ensemble des décrets d'application soit voté et que la loi Veil permette le remboursement par la sécurité sociale des méthodes contraceptives soumises à la prescription.

La pilule donne aux femmes la possibilité de gérer leur fécondité, et devient le symbole de leur émancipation et leur liberté sexuelle. L'époque s'y prête volontiers : avec l'apparition du mouvement hippie débuté sur la côte ouest des Etats-Unis à la fin des années 60, et qui se répand ensuite en Europe, Mai 68 précipite la révolution sexuelle, et des communautés libertaires ventent l'amour libre en contestation de l'ordre bourgeois et patriarcal en place. Les pratiques sont plus libres et diversifiées et l'âge du premier rapport baisse de 5 ans, pour se stabiliser autour de 17,5 ans (7).

Alors que les femmes plus âgées ont recours au retrait, les nouvelles générations se tournent massivement vers la pilule et le DIU. Les arrangements contraceptifs sortent du cadre privé du couple pour être discutés dans le cadre d'une consultation gynécologique. Un décrochage s'opère entre les deux méthodes en faveur de la contraception orale, notamment dû à la réticence des médecins à prescrire de DIU aux femmes nullipares (8).

L'épidémie de VIH qui survient dans les années 1980 légitime le recours au préservatif masculin en début de vie sexuelle et au changement de partenaire. Bien qu'il soit plébiscité en majorité pour se prévenir des infections sexuellement transmissibles, il est aussi utilisé comme contraceptif. Surtout utilisé en début de la vie sexuelle il est souvent associé à une contraception orale en double protection.

Dans les années 2000 les moyens se diversifient avec l'apparition des patches, anneaux et implants, contraceptifs hormonaux considérés comme des alternatives à la pilule dont la prise quotidienne est considérée comme contraignante. Cependant en 2010 ils ne représentent que 5% du recours contraceptif. On retrouve un schéma contraceptif moyen français avec l'usage du préservatif en début de vie sexuelle, puis l'utilisation de la pilule à l'entrée d'une relation stable et l'usage du DIU quand le nombre d'enfants souhaité est atteint.

En 2012, la France connaît une « crise des pilules » après la médiatisation d'un accident vasculaire cérébral d'une jeune femme sous pilule oestroprogestative et le recours à cette contraception baisse de 18%, tendance toujours d'actualité car le recours à la contraception orale a encore diminué de 9% entre 2013 et 2016. On observe une disparité selon les milieux sociaux : les femmes favorisées se tournent vers le DIU et les femmes de milieux populaires se tournent vers le préservatif et le retrait, augmentant ainsi leur risque de recours à l'IVG (8).

En 2001 la contraception définitive est autorisée. En 2000, 82% de la pratique contraceptive est médicalisée contre 52% en 1978 (9). Malheureusement l'étude menée par Moreau en 2009 démontre également une absence d'efficacité optimale, une grossesse sur 3 restant encore non prévue en 2000. La cause principale retrouvée dans cette étude est une difficulté de gestion contraceptive au quotidien, visualisée à travers la fréquence des arrêts et changements contraceptifs ainsi qu'une mauvaise observance.

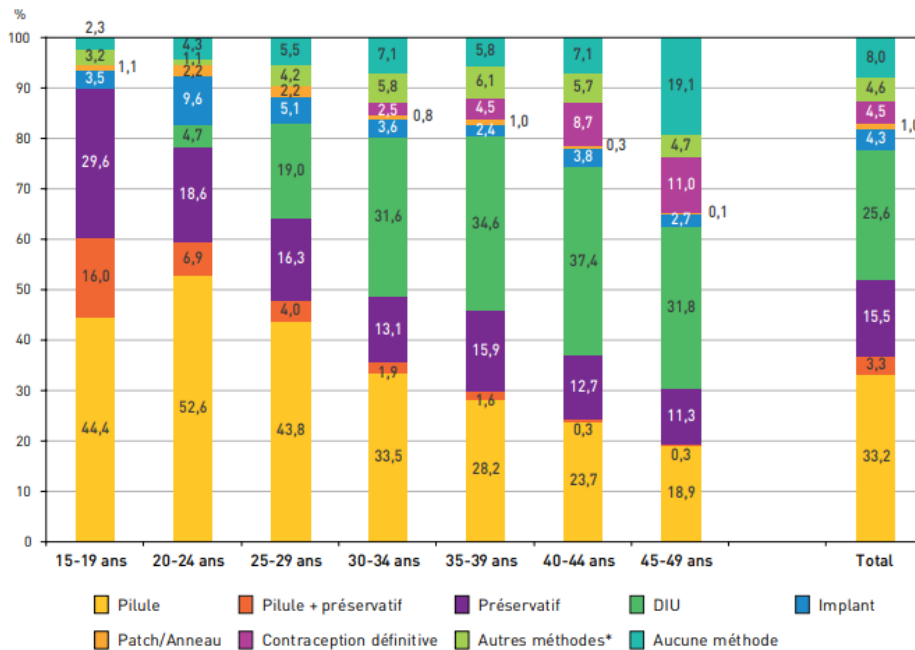
Une étude parue en 2006, réalisée afin de mettre en lumière les raisons d'une mauvaise observance de la contraception orale retrouvait l'absence de partenaire régulier, avoir des enfants en bas âge et l'absence de routine quotidienne dans la prise du contraceptif. De plus la probabilité d'avoir manqué une prise sans recours à un substitut contraceptif était plus élevée chez les femmes estimant ne pas avoir été impliquées dans le choix de la méthode contraceptive prescrite par leur médecin (10).

Cependant le paysage contraceptif continue d'évoluer, par la crise de la pilule et également des recommandations aux prescripteurs sur l'intérêt de l'information et de l'importance du choix de la patiente sur sa contraception.

Chez les femmes de 20-24 ans la pilule reste le premier moyen de contraception mais diminue (de 60,1 à 52,6%) au profit de l'utilisation du DIU qui a augmenté entre 2010 (1,6%) et 2013 (5,2%), et de l'implant dont le taux d'utilisation a doublé entre 2013 (4,1%) et 2016 (9,6%). Chez les femmes de 25-29 ans le report se fait principalement sur le DIU mais reste stable entre 2013 et 2016. Pour les femmes de 30 à 44 ans l'évolution se fait également en faveur du DIU

et a tendance à se poursuivre. En revanche pour les 15-19 ans et les 45-49 ans le schéma contraceptif ne change pas avec la prévalence de la pilule pour les plus jeunes et le DIU pour les plus âgées (11).

**FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge**



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

## 2. Récapitulatifs des moyens contraceptifs

Il existe différentes méthodes contraceptives (12) :

- Contraception hormonale
  - Contraception oestroprogestative : elle existe sous forme orale (pilule), patch transdermique et anneau vaginal.
  - Contraception progestative : elle prend la forme de pilule microprogestative, de dispositif contenant un progestatif (implant et DIU) et les macroprogestatifs injectables.
  - Les macro-progestatifs par voie orale : n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication.
- Dispositif intra-utérin au cuivre ou au progestatif
- Méthodes barrières : les préservatifs masculins/féminins, capes, diaphragmes et spermicides.

- Méthodes naturelles : abstinence périodique, courbes de températures, surveillance de la glaire cervical, retrait, méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
- Méthodes définitives : stérilisation féminine et masculine
- Contraception d'urgence : DIU au cuivre, contraception orale hormonale de rattrapage

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

Tableau 1 : récapitulatifs des moyens de contraception et leur efficacité

### 3. Efficacité

Aucune contraception n'est efficace à 100% (13). L'indice de Pearl mesure l'efficacité théorique selon le pourcentage de grossesse accidentelle sur un an d'utilisation optimale de la méthode contraceptive, ce qui correspond au nombre total de grossesses non désirées survenant chez 100 femmes pour 12 mois d'utilisation optimale de la méthode contraceptive. C'est sur cet indice que se basent les sociétés savantes dans leurs recommandations.

L'efficacité pratique quant à elle, est calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli, mauvais usage..), ce qui permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif ainsi qu'à son utilisation courante.

Selon le tableau de la HAS, (14), l'indice de Pearl des contraceptions réversibles à longue durée d'action (implant et DIU) ainsi que celui des contraceptions définitives est bien meilleur que pour les contraceptions orales et locales. En effet les contraceptions orales combinées et microprogestatives ont un indice de pearl de 0.3%, mais le taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation passe à 8% en utilisation courante alors que pour l'implant et le DIU à la progestérone, ces valeurs restent les mêmes, respectivement 0,05% et 0,2%.

## B. Interruption volontaire de grossesse

### 1. Définition

D'après le CNGOF, 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 semaines d'aménorrhée par voie médicamenteuse ou instrumentale. Les grossesses non prévues sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse ou à la suite d'un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes » (15).



## 2. Epidémiologie et sociologie de l'IVG en France

Le nombre d'IVG en France est relativement stable depuis plusieurs décennies. Il existe néanmoins un « paradoxe français », du fait d'un taux élevé d'utilisation de contraceptifs avec des taux stables d'avortement électifs et de grossesses non désirées (15). La fréquence des avortements électifs a diminué mais son recours lors de grossesses non désirées étant plus fréquent, cela explique que le nombre total d'avortement ne diminue pas depuis 40 ans.

D'après une étude se basant sur une revue de la littérature publiée en 2016, le taux de recours à l'IVG est de 14,4 pour 1000 femmes âgées entre 15 et 49 ans, les plus concernées étant les femmes de 20-24 ans (27 pour 1000). Ce taux est en décroissance chez les moins de 20 ans. Selon les âges, il est retrouvé différents déterminants sociaux :

- Chez les moins de 25 ans on retrouve le niveau d'étude.
- Chez les 25-34 ans le nombre d'enfants.
- Chez les plus de 35 ans la possibilité de conjuguer maternité et carrière professionnelle.

Le risque de survenue d'une IVG dans la vie d'une femme varie également selon son âge, son origine, sa situation conjugale, les violences passées ou présentes, et sa situation professionnelle. Facteurs retrouvés encore plus fréquemment pour les IVG répétées, qui touchent les femmes plus jeunes, dans une situation sociale précaire et une relation conjugale instable (16).

## 3. Cadre législatif et accessibilité de l'information sur l'IVG en France

La dépénalisation de l'IVG pour toutes les femmes en France a eu lieu le 17 janvier 1975 avec la promulgation de la loi Veil. Le cadre législatif a évolué avec le temps pour améliorer son accessibilité et sa réalisation (2).

- **31 décembre 1982** : loi Roudy pour le remboursement partiel de l'IVG par la Sécurité Sociale.
- **27 janvier 1993** : la loi Neirtz punie l'entrave physique à l'IVG en réactions aux commandos anti-IVG (pour rappel 18 militants ont mené une telle action le 29 mai 1992 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux) (17).

- **4 juillet 2001** : La loi Aubry reporte à 12 semaines de grossesse le délai légal maximum de recours à l'IVG, instaure l'IVG médicamenteuse en ville avec une convention passée entre médecin de ville et établissement de santé, accorde l'accès aux mineures sans autorisation parentale mais accompagnées d'une personne majeure de leur choix.
- **19 décembre 2007** : les centres de planification et centres de santé sont autorisés à pratiquer l'IVG médicamenteuse.
- **23 mars 2013** : remboursement à 100% des frais liés à l'IVG par la sécurité sociale.
- **4 août 2014** : élargissement des sanctions à l'entrave numérique empêchant les femmes 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 et prise en charges à 100% des actes nécessaires à la réalisation de l'IVG (échographie, analyses sanguines..).
- **2 juin 2016** : l'offre de proximité est renforcée avec l'autorisation aux sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses.

La réalisation d'interruptions volontaires de grossesse en ville est donc instaurée en France après un décret sur la loi Aubry paru en 2002, cependant la circulaire ministérielle qui en précise les modalités de réalisation n'est publiée que le 26 novembre 2004 (18).

La pratique des IVG médicamenteuses hors établissement de santé concerne les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes travaillant seuls ou dans un centre de planification et d'éducation familiale. Le praticien doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou 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 praticien. De plus une convention doit être établie entre le médecin de ville et un établissement de santé publique ou privé.

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

Cette prise en charge peut être réalisée en ville jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. Le praticien doit informer la patiente des différentes méthodes d'IVG ainsi que leurs éventuelles complications, et la possibilité de rencontrer un professionnel en conseil conjugal (article L.2212-4).

Il doit également préciser à la patiente le protocole à respecter par écrit, l'inviter à se faire accompagner par la personne de son choix (obligatoire pour les mineures), notamment lors des consultations au cours desquelles sont administrées les thérapeutiques (articles R.2212-13). Le praticien informe également sur la conduite à tenir en cas d'effets secondaires ou complications, et s'assure qu'elle dispose d'un traitement antalgique et de sa possibilité à se rendre dans l'établissement signataire de la convention dans un délai d'une heure (article R.2212-14).

Selon l'article R.2212-15 le praticien doit remettre un document écrit à la patiente dans lequel sont consignés l'adresse et le numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé référent. Il lui remet également une fiche de liaison contenant les informations médicales utiles à son admission dans l'établissement référent en cas de complication. Une copie de cette fiche est également transmise à l'établissement de santé par le praticien.

Les professionnels de santé doivent passer commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à l'IVG (article R.2212-16).

La visite de contrôle est prévue entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour suivant la prise de mifépristone.

Enfin le praticien qui a pratiqué l'IVG doit conserver dans le dossier médical les attestations de consultation préalables avec le consentement écrit de la patiente à son IVG.

En plus du cadre juridique, l'interruption volontaire de grossesse bénéficie d'appuis sur le plan social. Afin d'informer au mieux les femmes et faciliter l'accès à l'IVG, plusieurs dispositifs ont été mis en place :

Le numéro national d'information (0800 08 11 11) : lancé en 2015, anonyme gratuit et accessible 6 jours sur 7.

- La campagne d'information « IVG, mon corps, mon droit » de 2015 a été saluée par les françaises pour son « utilité, sa clarté et sa nécessité ».
- Le site [ivg.gouv.fr](http://ivg.gouv.fr) : est le premier résultat sur les principaux moteurs de recherche grâce à une politique active de référencement (19).

Ceci en réponse aux nouvelles méthodes des activistes anti-IVG qui après leur défaite sur le plan législatif et le recours aux violences par les commandos anti-IVG se lancent à présent dans la distillation de messages faux et culpabilisants par le biais de faux sites internet d'informations comme **ivg.net**. Actuellement ces sites ne peuvent être supprimés du fait de la liberté d'opinion. Malheureusement sur le plan légal il est impossible d'établir une barrière entre ce qui relève du délit d'entrave et du délit d'opinion, raison invoquée par le Sénat lorsqu'il rejette le 4 octobre 2016 l'amendement proposé par Laurence Rossignol, ministre du ministère des familles de l'enfance et du droit des femmes pour élargir le délit d'entrave à ses sites (20).

#### 4. Les étapes de l'IVG médicamenteuse en ville

Le Ministère des affaires sociales et de la santé a réalisé un livret d'information sur l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé stipulant les conditions de réalisation (21).

En premier lieu, 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, de recevoir des informations orales **et** écrites (dossier-guide) sur les différentes méthodes d'IVG. On lui propose également un entretien psycho-social facultatif pour les majeures mais obligatoires pour les mineures.

La deuxième consultation préalable permet à la patiente de confirmer sa demande d'IVG par écrit et remet son consentement signé au praticien. Le professionnel vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psycho-social de la patiente permettent la prise en charge médicamenteuse. Ce protocole lui est expliqué avec remise d'un document écrit. Il est également souhaitable de profiter de ce temps pour évoquer, voire prescrire dès à présent la contraception ultérieure ainsi qu'un dépistage d'infection sexuellement transmissible.

La prise de la première thérapeutique peut avoir lieu lors de cette deuxième consultation. La patiente prend 1 ou 3 comprimés de mifépristone 200 mg devant le médecin ou la sage-femme (15). Le praticien lui délivre les informations sur les mesures à prendre en cas d'effets

indésirables et lui indique les coordonnées du centre de santé conventionné, en lui remettant également la fiche de liaison. Il lui prescrit également des antalgiques et assure la prévention de l'incompatibilité du Rhésus.

La troisième consultation (ou quatrième si la patiente n'a pas pris de thérapeutique lors de la deuxième consultation) a lieu 36 à 48 h après la prise de mifépristone, pour prendre 400 microgrammes de misoprostol. Cette prise peut être réalisée au domicile ou en présence du professionnel de santé, et peut être renouvelée 3h après.

La consultation de contrôle correspond au suivi post-IVG qui est effectuée entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour suivant la prise de mifépristone, parfois plus tôt en fonction du contexte clinique. Ce contrôle est obligatoire pour juger de l'efficacité de la méthode, et s'effectue par le biais d'un examen clinique, un dosage plasmatique de bêta HCG, ou la réalisation d'une échographie pelvienne. Lors de cette consultation on s'assure aussi de l'adéquation de la méthode contraceptive par rapport aux besoins, à la compréhension et l'utilisation de la patiente.

### C. Place de la contraception dans le parcours d'IVG : Analyse des habitudes contraceptives des femmes ayant recours à l'IVG

La médicalisation de la contraception a fait reculer le nombre de grossesse non désirées mais pas celui des avortements. Malgré tout ce chiffre reste élevé. En 2000 une grossesse sur 3 était non prévue et 60% ont recouru à l'IVG. La majorité de ces grossesses étaient causées par un échec de contraception (8). D'après l'enquête COCON réalisée en France en 2000, 30% des femmes utilisaient une contraception médicalisée (DIU et contraception orale) lors de la survenue d'une grossesse non désirée. Cette étude met en lumière la difficulté des femmes à utiliser leur contraception de manière optimale, notamment dans sa gestion quotidienne. Ces difficultés se rencontrent le plus souvent au début de leur utilisation ou lorsque la méthode démontre une contrainte concernant sa prise (fréquence régulière, horaire de prise à respecter). Elles se majorent également en cas d'arrêt fréquent ou de changement de contraceptifs. C'est à la lumière de ces éléments que les recommandations ont évolué afin d'adapter les méthodes contraceptives en fonction du contexte de vie, de la compréhension et du désir des patientes (8).

Le contexte social, culturel et psychologique est également un élément majeur à prendre en considération pour optimiser la prise en charge. Une étude réalisée en 2014 en Aquitaine

rapporte ainsi que 49% des femmes ayant recours à l'IVG se trouvaient en situation de précarité du fait de leur jeune âge, de chômage, d'une absence de suivi gynécologique régulier et d'une mauvaise observance thérapeutique de leur contraception. Ces facteurs, ainsi qu'une insécurité dans leur relation de couple sont pourvoyeurs d'IVG répétés, et ce malgré une contraception médicalisée (22).

L'étude de Moreau en 2011, met en évidence une différence dans l'usage de contraceptif avant et après le recours à l'IVG. En effet 54,5% des femmes passaient d'une contraception non médicale ou une absence de contraception à une méthode médicale notamment au profit des LARC ; le DIU était prescrit dans 16,5% des cas et l'implant pour 7,2% dans cette étude. Cependant les difficultés de communication entre patiente et médecin persistaient, 18,7 % des femmes se plaignaient d'avoir reçu une information insuffisante (4).

## D. Pratiques contraceptives en post-IVG médicamenteuse

### 1. Recommandation actuelles françaises et internationales

Le CNGOF a établi des recommandations suivant les lignes directives de la HAS concernant la contraception après une IVG médicamenteuse (3) (5).

La HAS insiste sur l'importance de l'« information sur la contraception qui doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG » lors de laquelle toutes les méthodes contraceptives possibles sont proposées avec leur intérêt et leurs effets indésirables, tout en évaluant le parcours contraceptif des patientes, pour « vérifier que la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme » (23).

Les recommandations actuelles précisent quand et comment initier la contraception après une IVG médicamenteuse afin que les professionnels de santé assurent une mise en place rapide et efficace d'une contraception adaptée. Cependant le Collège Américain des obstétriciens et des gynécologues les a actualisés en 2019 (24).

Selon l'étude de Schreiber et al., le retour de l'ovulation après IVG se produit entre le 21 et le 29<sup>e</sup> jour après la procédure dans la majorité des cas, mais peut également réapparaître dès le 8<sup>e</sup> jour (25). C'est pourquoi la contraception doit être initiée le plus tôt possible et les nouvelles recommandations vont dans ce sens. Cette précocité n'a pas d'impact sur l'efficacité et

l'apparition de complications dans les suites de l'IVG. Il n'y a pas de différence sur le risque de survenue d'événements thrombo-emboliques, d'infection ou de douleur au cours du post-IVG immédiat (25). Et la contraception hormonale ne modifie pas la durée et la quantité des saignement suivant l'IVG (26).

Ainsi, en l'absence de complication, la contraception peut être initiée le jour de la prise de misoprostol. Cela implique l'implant, les injections d'acétate de progestérone, la contraception orale, les patchs transdermiques et les anneaux vaginaux. De plus la mise en place immédiate d'une contraception au moment de l'IVG permet d'éviter des consultations supplémentaires et est associée à une augmentation de la satisfaction des patientes de leur prise en charge (24). La mise en place immédiate d'une LARC est le facteur principal permettant la réduction de grossesses non prévues car leur utilisation est en général 6-12 mois plus longue que les contraceptions de courte durée d'action (27).

Selon les méthodes contraceptives :

- **Dispositif intra-utérin** : peut être mis en place le jour même d'une IVG chirurgicale quel que soit le terme. Concernant les IVG médicamenteuses, il peut être inséré lors de la visite de contrôle, à condition que la vacuité utérine soit constatée à l'échographie ou en cas de dosage de béta-HCG négatif. Son risque d'expulsion est un peu plus important lors d'une IVG tardive (10-15%) par rapport à une IVG précoce (5%) (28) et très légèrement augmenté lors d'une insertion immédiate, mais ce risque est en général limité en regard des avantages d'une mise en place immédiate notamment sur la douleur (29). Il ne doit pas être mis en place en cas d'avortement septique, d'hémorragie ou de perforation utérine. Si une infection survient après la pose, il n'est pas nécessaire de le retirer si l'infection est contrôlée par les antibiotiques (28).
- **L'implant progestatif** : il ne présente aucun risque lors de sa pose immédiate (le jour de la prise de mifepristone ou de prostaglandine ou le lendemain) quel que soit l'âge de la grossesse et la méthode d'IVG. Il ne crée pas d'interaction ni de diminution d'efficacité lors d'une IVG médicamenteuse, et la satisfaction des patientes pour qui il a été posé directement est plus importante que pour celles qui le reçoivent lors de la visite de contrôle (30).
- **Les contraceptions hormonales combinées** : (pilule, patch transdermiques, anneau vaginal) peuvent être initiés immédiatement soit le jour de la prise des prostaglandines

ou le lendemain. Il a été démontré que la mise en place de l'anneau vaginal dans les 7 jours suivant l'IVG n'augmentait pas le risque d'infection (31).

- **La pilule microprogestative** : elle peut être initiée également le jour de la prise de prostaglandine ou le lendemain. Si ce n'est pas le cas, une méthode locale doit être associée les 2 premiers jours de la prise de pilule (24).
- **Les contraceptions locales** : les préservatifs peuvent être initiés dès les jours suivants car ils ne nécessitent pas de manipulation vaginale. En revanche pour les diaphragmes, capes et préservatifs féminins il est nécessaire d'attendre le second cycle après l'IVG.
- **Pour la contraception d'urgence** : elle ne bénéficie pas de consensus mais il est possible de la prescrire à chaque femme notamment celles qui ne prennent pas de contraception à l'issue de leur IVG.
- **Contraception définitive (stérilisation par ligature de trompes)** : si elle peut être réalisée en toute sécurité immédiatement après une IVG médicamenteuse ou par aspiration, en France, il existe un délai de réflexion de 4 mois avant le geste. Si la décision n'avait pas été prise antérieurement, une méthode alternative doit être prescrite.

## 2. L'intérêt des LARC en post-IVG

Dans le cadre de la contraception post-IVG, celles à longue durée d'action sont plébiscitées par toutes les sociétés de gynécologie et obstétrique, du fait de leurs avantages sur les autres moyens contraceptifs (23) :

Leur longue durée d'action, 3 ans pour les implants, 5 ans pour les DIU évite leur recours fréquent au médecin et au pharmacien.

Leur pose par le professionnel, qui libère de la contrainte d'une prise quotidienne ou hebdomadaire rend leur efficacité indépendante de leur utilisatrice, ce qui diminue considérablement leur taux d'échec et augmente leur taux de continuation. Ceci est démontré dans l'enquête COCON de 2000, dans laquelle 15% des utilisatrices de DIU arrêtent leur contraception au cours de la première année. Ce chiffre passe à 31% pour les utilisatrices de contraception orale et varie de 44,8 à 62,1% pour les méthodes barrières et naturelles (32). De plus malgré les conseils et explications donnés lors de consultation pré-IVG, l'acceptabilité et l'utilisation des contraceptifs dépendants de l'utilisatrice ne semblent pas modifiées (23).



On observe également un bénéfice supérieur des LARC dans des populations plus fragiles, notamment chez les adolescentes du fait de leur difficultés d'observance au quotidien, ainsi que chez les femmes dites vulnérables (22).

## IV. MATERIEL ET METHODES

### A. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser la pratique des professionnels de santé du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux depuis son instauration en 2005 jusqu'en 2018, sur leur prescription de contraception post-IVG via l'analyse de fiches de liaison.

L'objectif secondaire est de comparer ces résultats aux données de la littérature, et évaluer ou améliorer si besoin la formation et les informations délivrées lors du DIU relatif à la pratique de l'IVG en ville.

Pour se faire nous avons récupéré les données des fiches de liaisons de toutes les patientes de 2005 jusqu'à 2018 pour lesquelles nous disposions des informations sur la prescription de contraception post-IVG, et comparé ces données d'une année à l'autre pour en étudier l'évolution avec une année charnière de 2016 moment où les recommandations françaises favorisant les LARC sont apparues.

#### 1. Réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux

Le réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux pour la réalisation d'IVG hors établissement de santé a été initié en 2005. Il concerne des gynécologues, des médecins généralistes puis des sages-femmes travaillant seul ou en centre de santé. Ces professionnels s'engagent à suivre une formation théorique (diplôme universitaire ou développement personnel continu 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 un an et renouvelable chaque année par tacite reconduction. En 2018, 53 conventions étaient actives (40 gynécologues, 8 médecins généralistes, 2 sages-femmes et 3 centres de santé) contre 17 en 2005. D'après la convention les praticiens doivent transmettre au service d'orthogénie une copie de la fiche de liaison remplie anonymement pour chaque patiente.

Chaque année une synthèse qualitative et quantitative de l'activité des IVG par voie médicamenteuse est présentée afin d'améliorer la qualité du réseau et adapter la formation aux éventuels problèmes rencontrés par les praticiens.

## 2. Critères d'inclusion

Chaque patiente ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ville dans le cadre du réseau ville-hôpital de Bordeaux, du premier janvier 2005 au 31 décembre 2018 a été incluse pour cette étude. Seuls quelques dossiers ne mentionnant pas la contraception post-IVG n'ont pu être inclus.

## 3. Population étudiée

La population étudiée se compose de patientes qui ont rencontrés les professionnels du réseau ville-hôpital de Bordeaux, médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, travaillant en cabinet de ville ou en centre de santé. Il existe 3 centres de santé à Bordeaux le CASE qui est un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues, et qui 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.

## 4. Recueil de données

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, quantitative, avec un recueil rétrospectif des données transcrites dans les fiches de liaison, de 2005 à 2018, sous forme de tableur Excel.

Ces fiches de liaison étaient remplies par les professionnels de santé pour chacune des patientes et envoyées au service d'orthogénie de l'hôpital par courrier, mail ou fax. Il en existe deux versions, une datant de 2005, et une plus récente datant de 2013. Ces fiches contiennent des renseignements socio-démographiques et médicaux exhaustifs, comme l'âge, les antécédents obstétricaux, et d'IVG, la contraception antérieure, la méthode, sa réussite, la contraception post-IVG. Jusqu'en 2008 l'antécédant tabagique n'était pas mentionné. Toutes ces données

permettent de justifier la comparabilité des patientes d'une année sur l'autre et justifier l'intérêt de ce travail.

Pour chaque année les données ont été mises sous formes de tableur Excel par un membre du service d'orthogénie.

Ce recueil nous a semblé le plus efficace afin d'éviter les biais qu'auraient occasionné le questionnement direct des professionnels, notamment d'éviter les approximations et la volonté de bien répondre aux questions. La force de ce recueil est son objectivité dans les réponses à analyser.

## 5. Analyse statistique

En suivant les recommandations du Pr Salomon, nous n'avons pas utilisé de test statistique spécifique du fait de l'utilisation de la totalité des données sur chaque année, ainsi que la comparabilité des populations incluses. L'ensemble des données a été exploité à l'aide du logiciel Excel. Cela nous permet d'obtenir des analyses fiables et représentatives.

Certaines données incomplètes ont été modifiées pour pouvoir les inclure dans ce recueil. Lorsqu'il était mentionné « pilule » ou « DIU » sans précision, nous avons considéré qu'il s'agissait de pilule oestro-progestative et de DIU au cuivre.

Pour que l'étude soit plus lisible, nous avons associé les 2 formes de DIU (hormonal et cuivre) qui correspondent tous deux à des LARC et dont l'efficacité contraceptive est similaire.

L'item « contraception désirée » de la fiche de liaison de 2013 a été interprété comme l'équivalent de l'item « contraception prévue à distance » de la fiche initiale. Si la méthode contraceptive différait de celle mentionnée dans l'item « contraception prescrite » et en l'absence de pose pour un implant ou un DIU, nous l'avons considérée comme une méthode prévue à distance et gardé la méthode prescrite pour réaliser les statistiques.

## V. RESULTATS

Cette étude a analysé 12 428 fiches, nous permettant de répondre à notre question de recherche. En 2005 92 fiches ont été analysées, 611 fiches en 2006, 80 en 2007, 707 en 2008, 891 en 2009, 990 en 2010, 922 en 2011, 1112 en 2012, 1087 en 2013, 1208 en 2014, 1052 en 2015, 1003 en 2016, 1326 en 2017 et 1347 en 2018.

Nous observons une croissance de la population au fur et à mesure des années du fait de l'augmentation de la taille du réseau. Bien que certaines années aient eu moins de données exploitables, nous avons choisi de les conserver dans les analyses car elles ne modifient pas le résultat de cette étude. Le nombre moins important de patientes pour l'année 2007 est dû principalement à des données incomplètes.

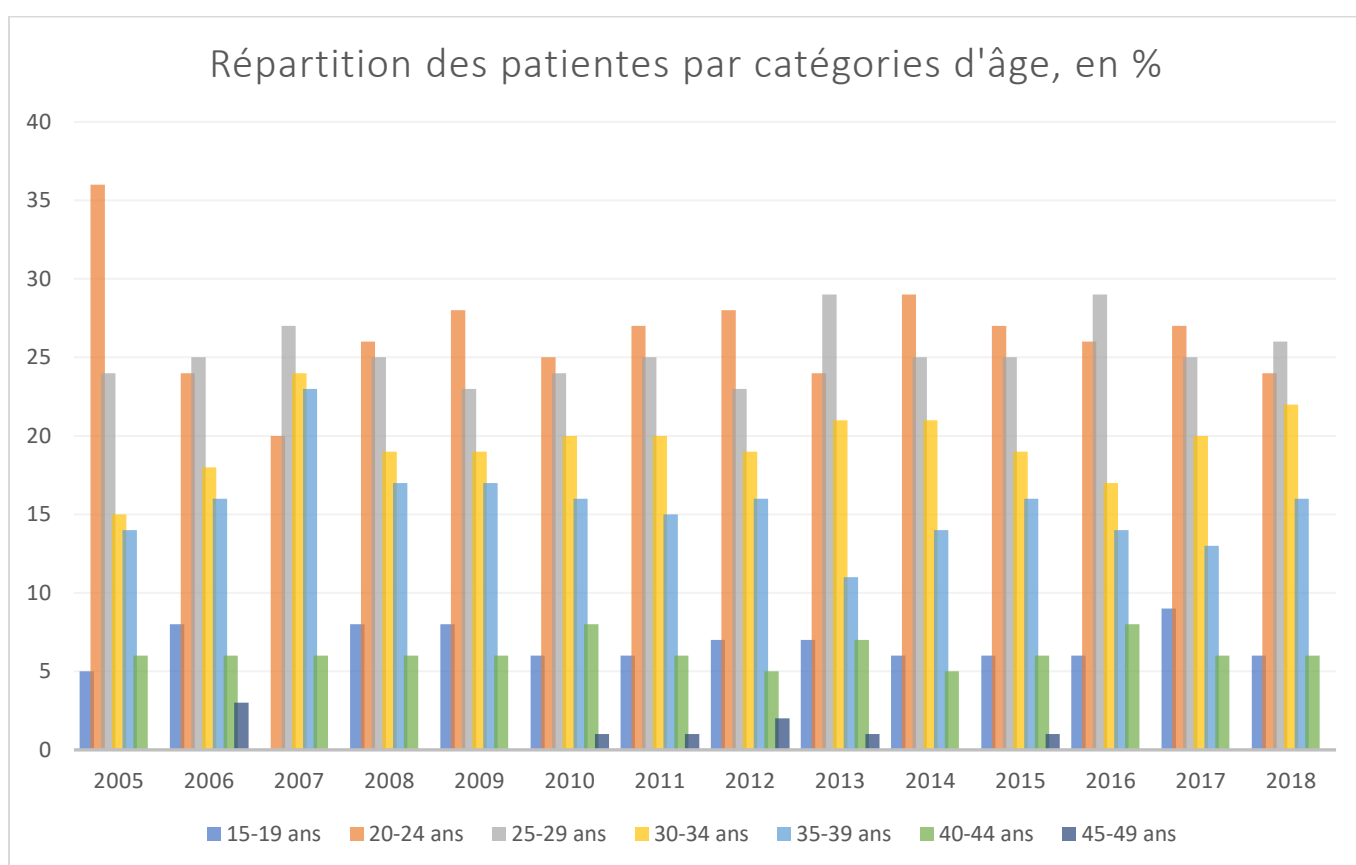
## A. Caractéristiques de la population

### 1. Age

Concernant la population totale de l'étude on observe que la majorité des IVG a lieu entre 20 et 29 ans. En effet 6 214 patientes soit 50% de la population totale étudiée se trouve dans cette tranche d'âge : 3 115 patientes ont entre 20 et 24 ans et 3099 patientes ont entre 25 et 29 ans. Cette majorité se retrouve d'année en année depuis le début du réseau en 2005.

Les patientes mineures sont au nombre de 460, soit 3,7%. Il n'y en avait aucune en 2007. Concernant les autres années elles constituent entre 3 et 4% des populations.

On peut observer le même profil de répartition de la population chaque année, la tranche d'âge la plus importante reste celle des 20-30 ans (les 20-24 ans étant de proportion égale aux 25-29 ans), suivie des 30-34 ans puis 35-39 ans qui représentent en les associant 87% de toute la population de l'étude. Seulement 8% des femmes de cette étude ont plus de 40 ans.



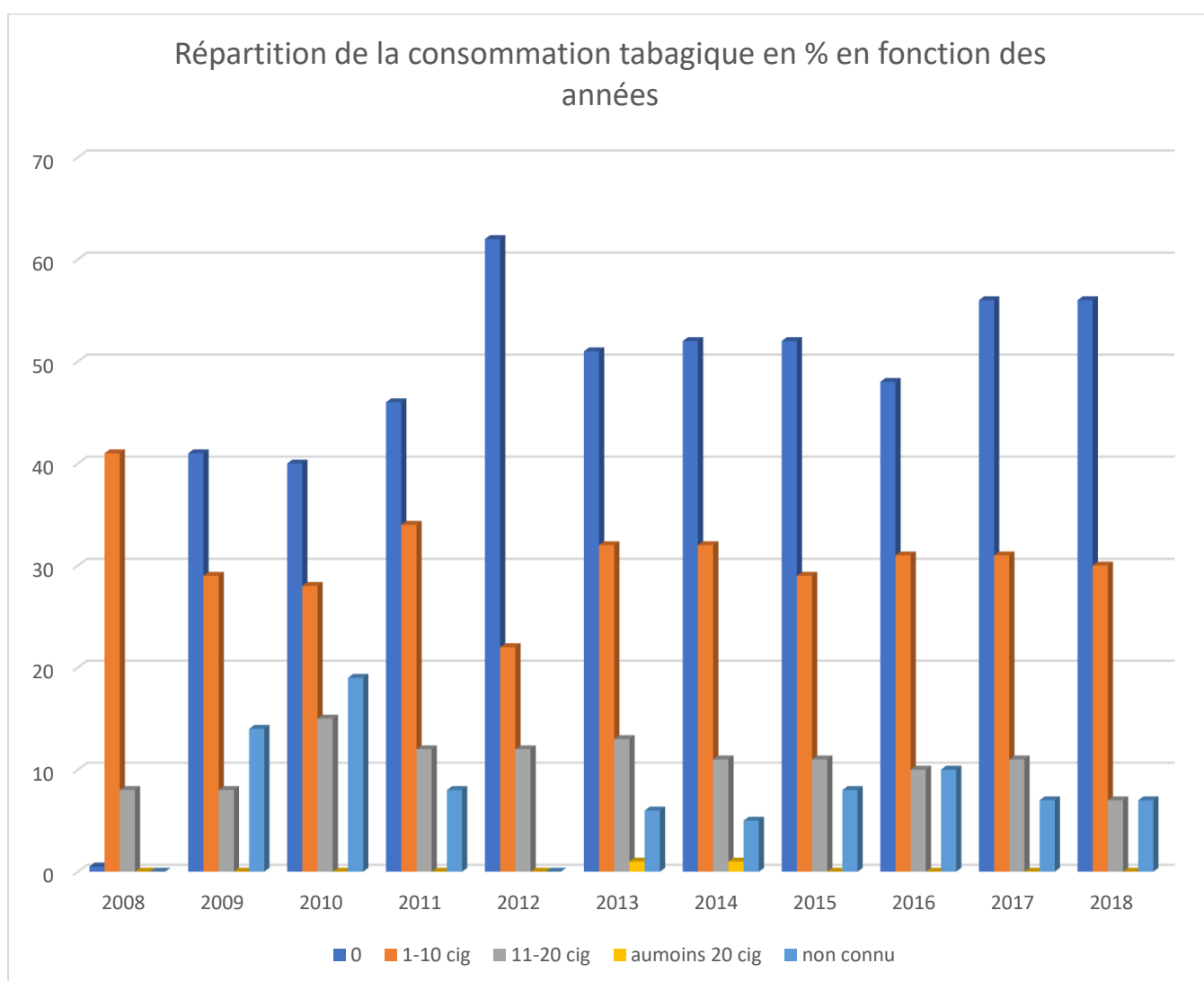
## 2. Consommation tabagique

Dans l'ensemble de la population étudiée comme dans chaque population d'année en année, la majorité des femmes (6521/11645 femmes, soit 56%) ne consomme pas de tabac. Il manquait cette information pour 8% d'entre elles. 35% d'entre elle fument entre 1 et 20 cigarettes par jour, et moins de 1% d'entre elles fume plus de 20 cigarettes par jour.

Ces chiffres sont retrouvés également d'année en année. On constate avec plaisir que le pourcentage de patientes non-consommatrices de tabac augmente légèrement en 2017 et 2018.

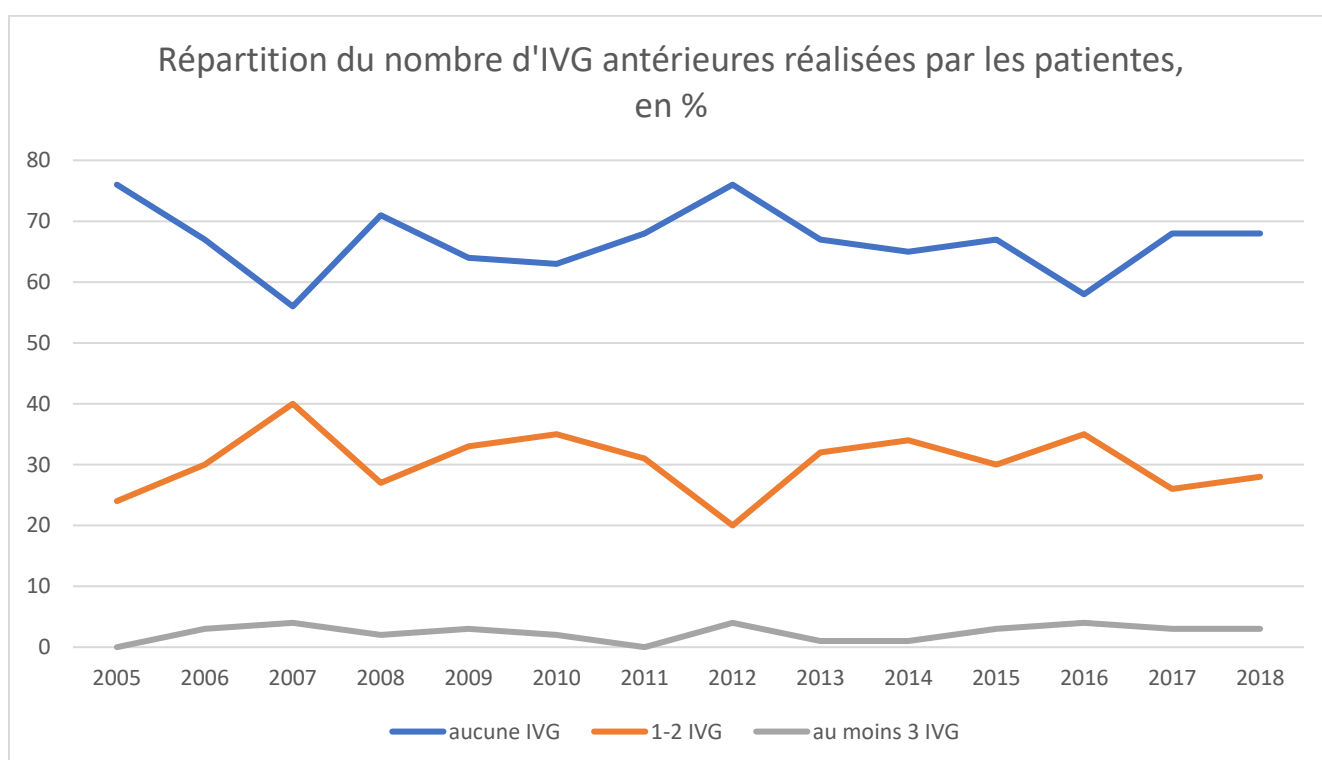
Pour rappel cet antécédent n'était notifié que pour les populations de 2008 à 2018.

Cet antécédent a son importance notamment dans la contre-indication de pilule oestroprogestative.



### 3. Antécédents d'IVG

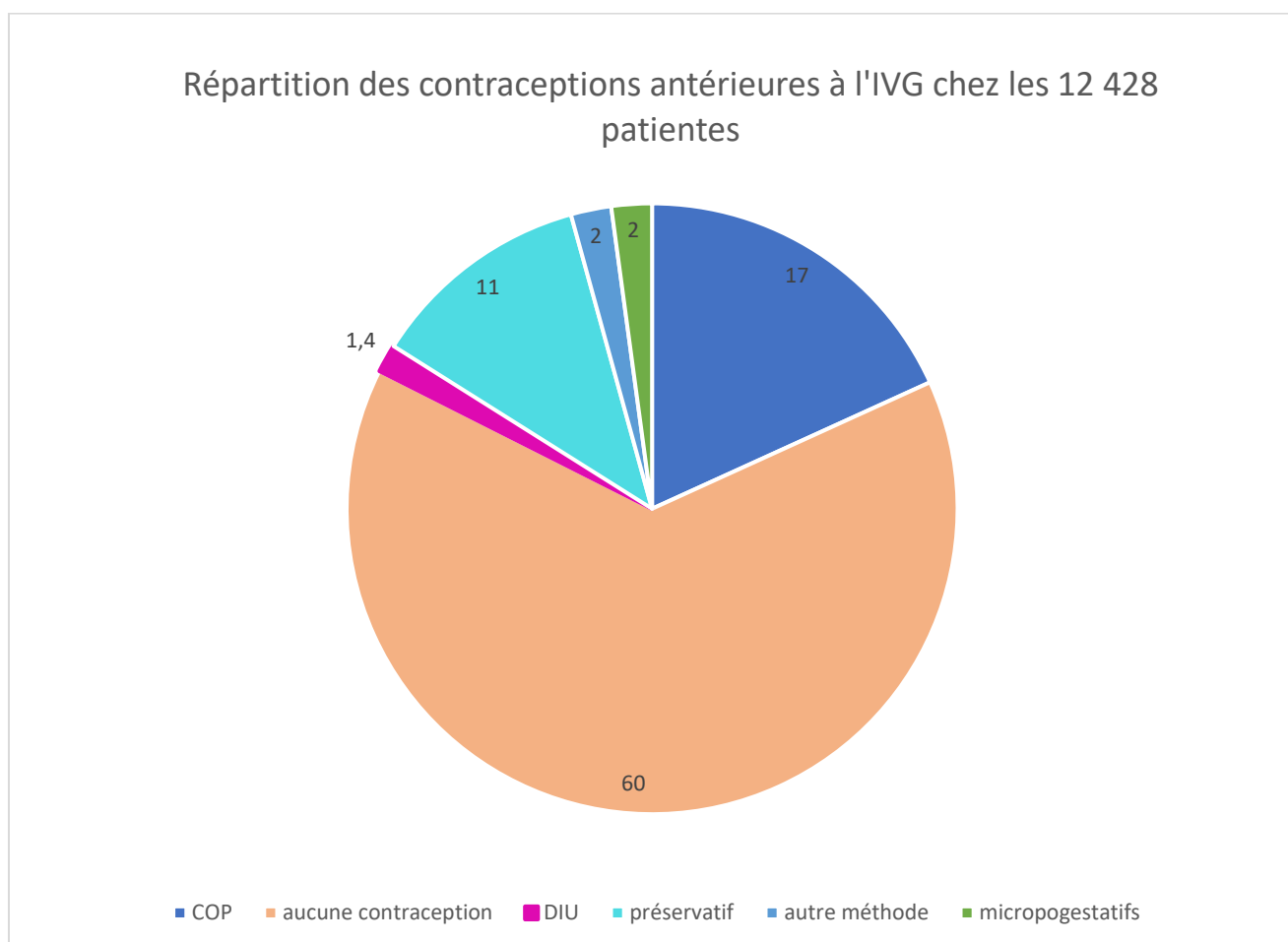
Une forte majorité des patientes n'a pas d'antécédent d'IVG, en effet 65% de la population totale n'y a jamais eu recours, soit 8078 patientes. 31% d'entre elles avaient déjà réalisé une à deux IVG soit 3 852 patientes, et moins de 3 % avaient réalisé au moins trois IVG antérieurement, soit 368 patientes. Ce profil de répartition se retrouve chaque année, comme l'indique le graphique suivant et le pourcentage de chaque catégorie reste globalement stable dans le temps.



#### 4. Contraception antérieure

Concernant la contraception antérieure des patientes on retrouve une forte majorité de patientes qui ne dispose pas de contraception au moment de la demande d'IVG. Sur la population entière de l'étude, 60% des patientes déclarent ne pas disposer de contraception, 17% sont sous pilule oestroprogestative, 11% utilisent des préservatifs et 4% utilisent des méthodes naturelles. Les patches, anneaux, microprogestatifs, DIU concernent moins de 5% d'entre elles, et la contraception d'urgence, l'implant et les macroprogestatifs concernent moins de 1% de la population totale de l'étude.

Nous observons que sur la totalité des patientes seulement 6 d'entre elles étaient sous implant.

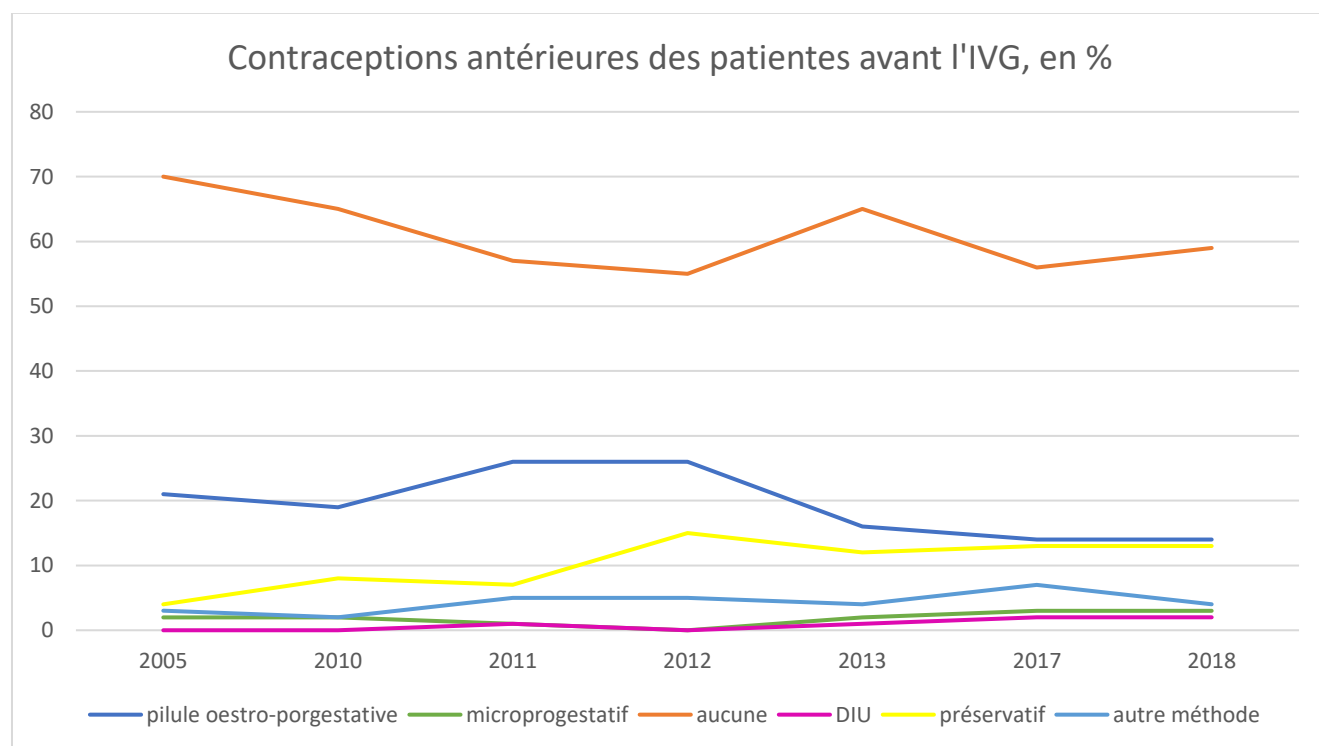




Lorsqu'on étudie les contraceptions antérieures des patientes année après année on observe un schéma similaire, avec une légère diminution des patientes sous pilule et une diminution un peu plus importante des patientes sans contraception au profit de contraception locale comme le préservatif.

La pilule microprogestative concerne moins de 5% des patientes chaque année, tout comme celles sous DIU.

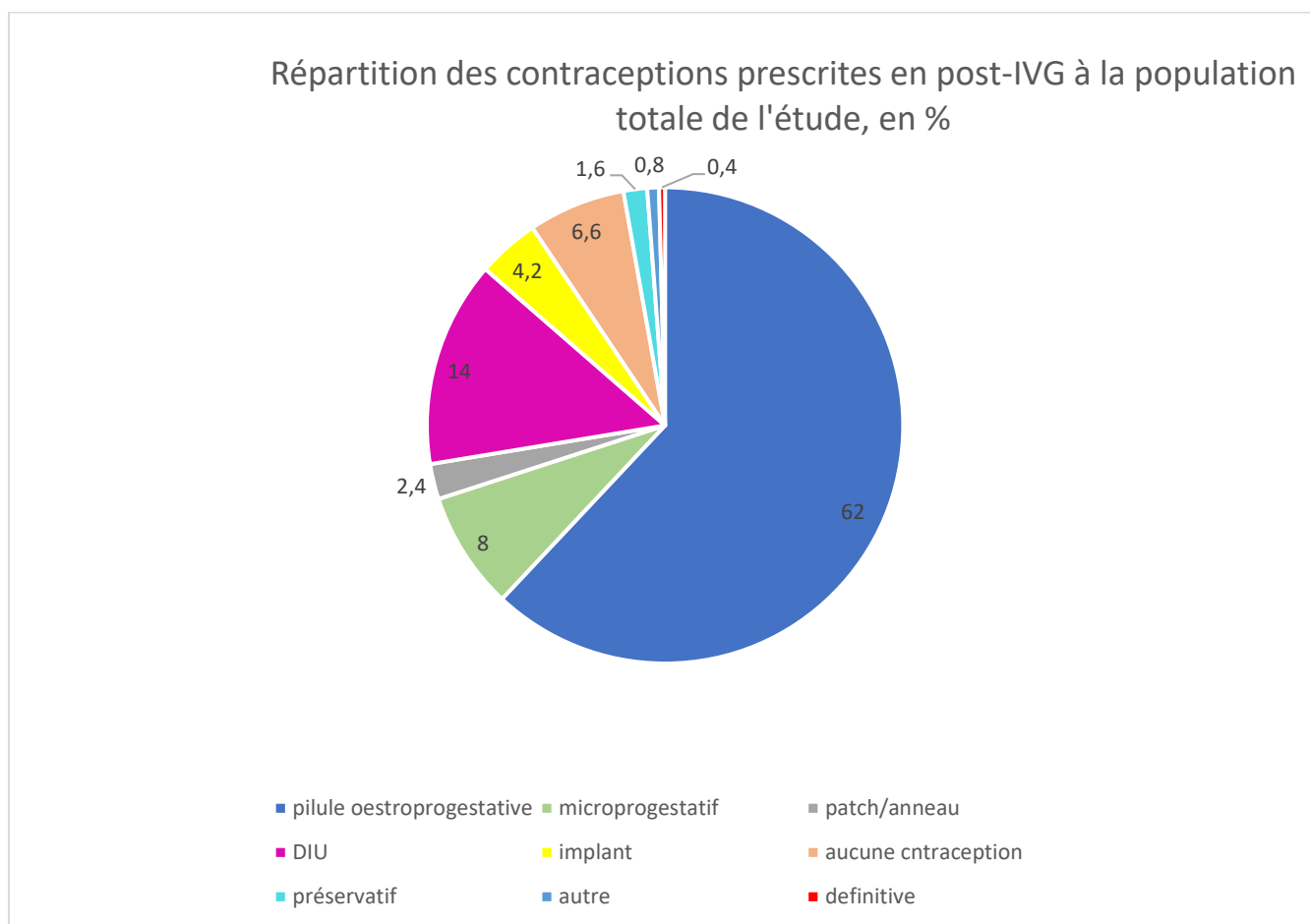
Les macroprogestatifs et contraception d'urgence concernent moins de 1% de la population quand ils ne sont pas totalement absents.



## B. Contraceptions post-IVG prescrites

La similarité du profil des populations de l'étude nous permet une comparaison afin de suivre l'évolution des méthodes de contraception prescrites.

Nous observons sur la population entière que la majorité des contraceptions prescrites restent des contraceptions de courte durée d'action, notamment des pilules oestroprogestatives, et en fonction de l'âge et d'autre contre-indication de pilules microprogestatives.



Lorsque nous étudions l'évolution des prescriptions de contraception post-IVG d'année en année depuis 2005, nous pouvons observer que le pourcentage de patientes à ne bénéficier d'aucune contraception à la suite de la prise en charge diminue de façon importante : elle passe d'un maximum de 25% en 2006 à 11% en 2009, et stagne autour de 4% de 2013 à 2018.

La contraception par pilule oestroprogestative est en constante diminution depuis 2005. En effet elle passe de 81% en 2005 à 74% en 2009 puis stagne à cette proportion jusqu'en 2015. En 2015 elle passe à 54% des prescriptions, puis à 50% en 2016, et diminue encore à 40% des prescriptions de l'année 2018.

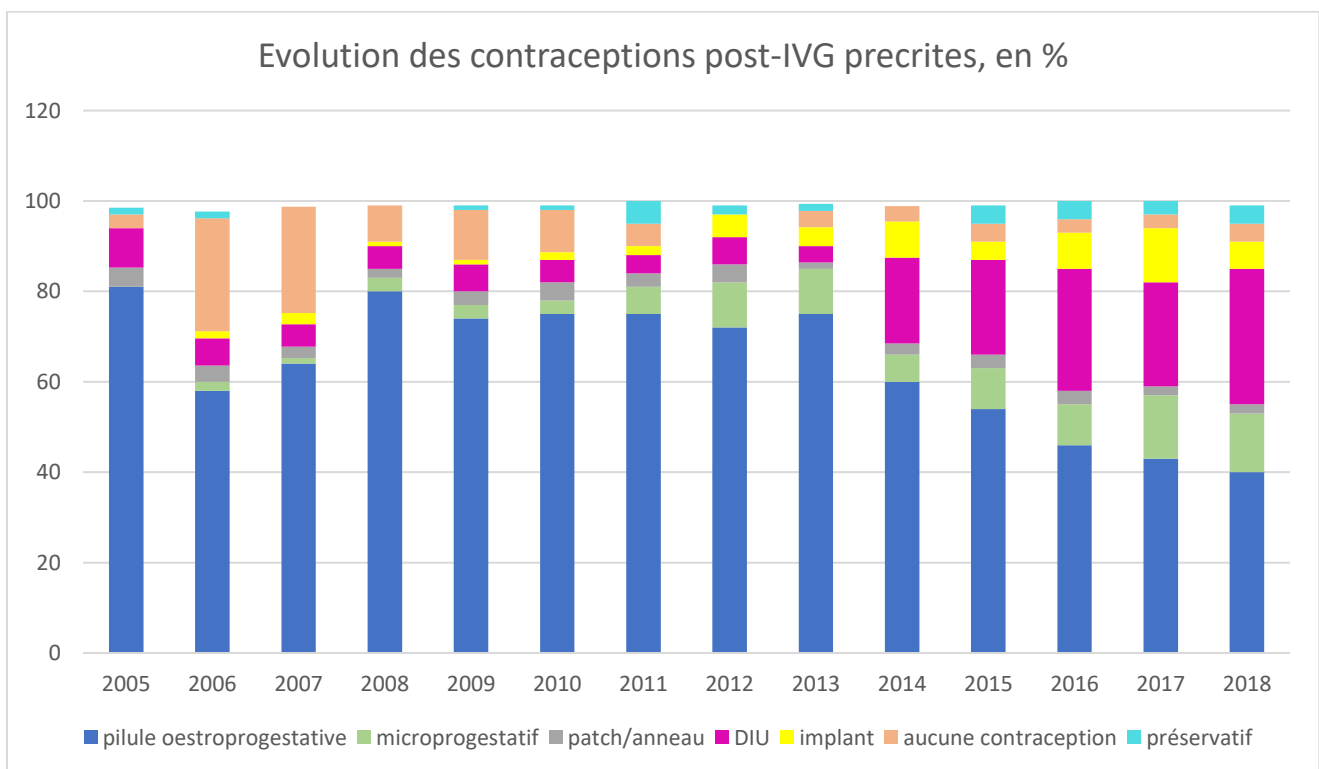
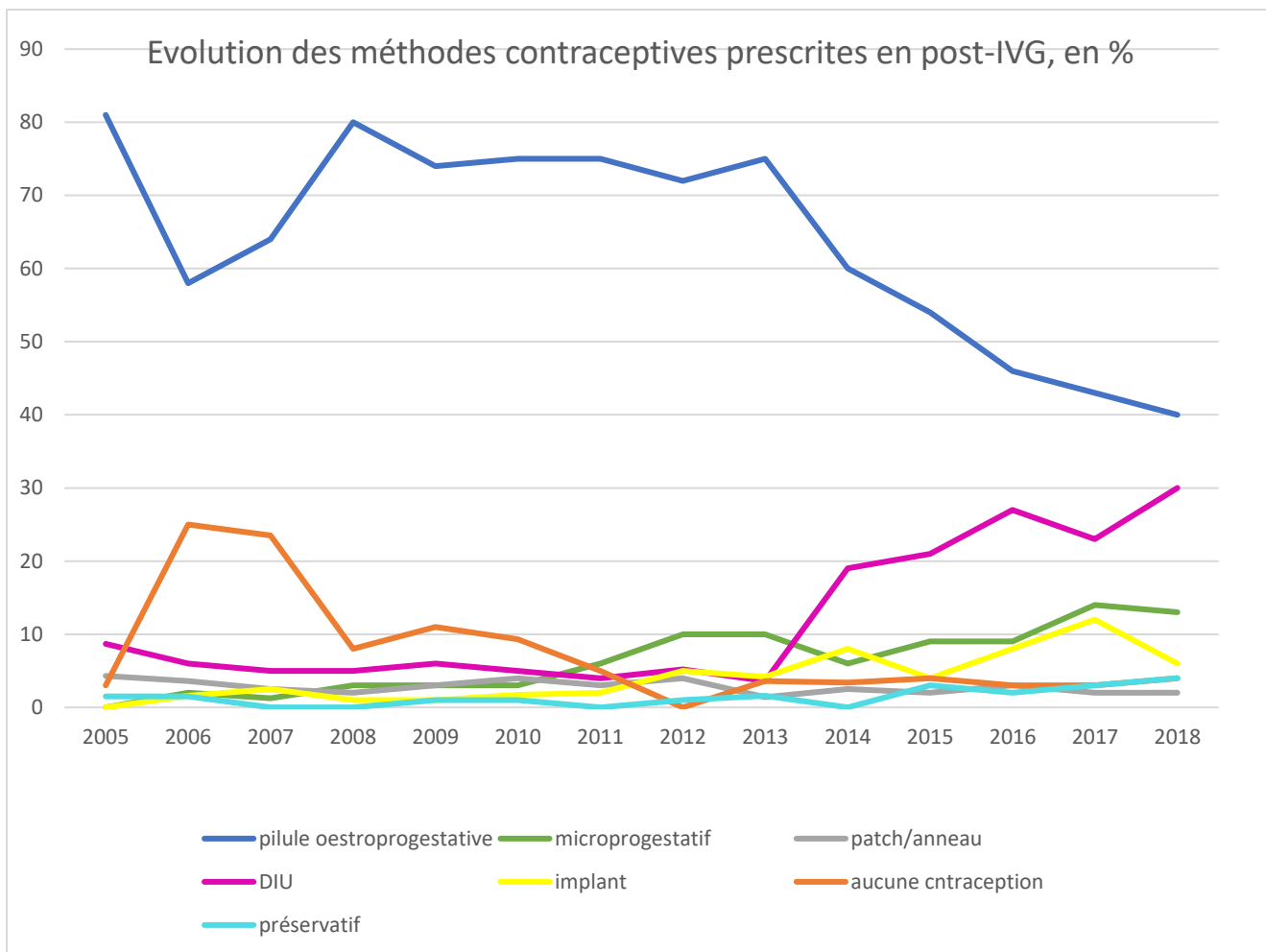
La prescription de pilule microprogestative est en augmentation, passant de moins de 5% entre 2005 et 2010, à une proportion de 6 à 10% entre 2011 et 2016, pour atteindre 15% en 2017 et 13% en 2018.

Les LARC quant à elles sont en constante augmentation, elles passent de 7,5% en 2005 à 36% en 2018.

Cette augmentation se fait principalement au profit des DIU hormonaux et non hormonaux : en effet on observe un accroissement des prescriptions avec une proportion variable de 4 à 6% entre 2005 à 2014, à une proportion située entre 21 et 30% de 2015 à 2018.

On retrouve également une augmentation constante mais moins importante pour la prescription de l'implant qui passe de 1 à 5% entre 2005 et 2015 puis de 8 à 15% en 2016 et 2017. L'année 2018 enregistre une baisse à 6% de la prescription d'implant.

Enfin nous observons une augmentation très minime de la prescription de préservatif qui passe de moins de 1% des prescriptions à 3% en 2018. Les méthodes naturelles et la contraception définitive représentent en général moins de 1% des prescriptions, et n'évoluent pas avec le temps, de même que la prescription de patchs et anneaux qui reste marginale avec une proportion de 2% des prescriptions.



## 1. Répartition des contraceptions prescrites en fonction de l'âge des patientes

### a) Contraception post- IVG des patientes de 15 à 19 ans

Les patientes de 15 à 19 sont 1241 soit 10% de la population totale de l'étude. Leur nombre varie entre aucune en 2007 et 83 en 2018, et représente entre 5 et 9% des patientes chaque année.

On observe que dans une très large majorité des cas on leur prescrit une pilule oestroprogestative : en 2005 toutes ces patientes ont bénéficié d'une pilule oestro-progestative. Ce chiffre diminue progressivement au cours des années, pour atteindre 67% des prescriptions en 2018.

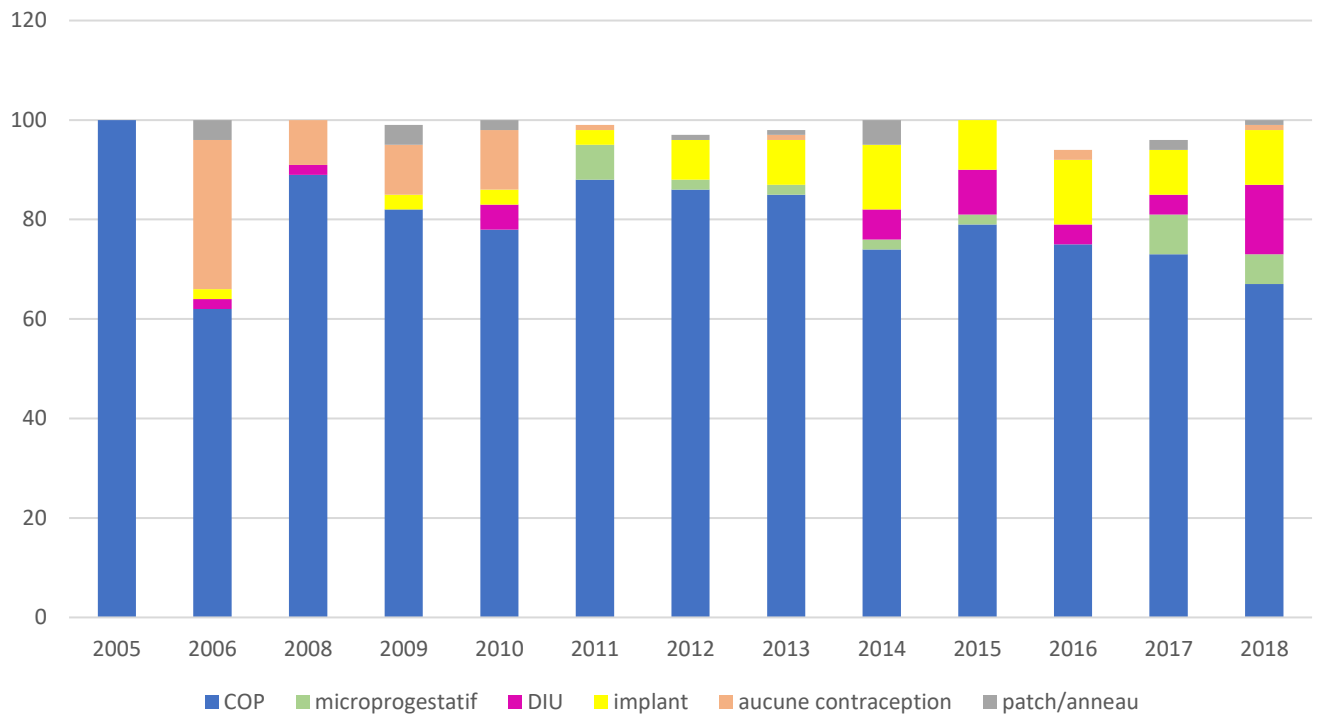
On peut voir une augmentation progressive du nombre de LARC, jusqu'à 25% en 2018 (14% de DIU et 11% d'implant).

Les microprogestatifs sont également en augmentation : jamais prescrits jusqu'en 2011, leur proportion augmente pour atteindre 8% en 2018.

Les patchs et anneaux en revanche voient leur prescription se réduire à 1% en 2018.

A partir de 2010, toutes ces patientes bénéficient d'une contraception, à l'exception de 2% d'entre elles en 2016.

### Répartition des contraceptions post-IVG prescrites chez les patientes de 15 à 19 ans en %



## b) Contraceptions prescrites chez les patientes entre 20 et 24 ans

Cette catégorie représente un quart de la population totale de l'étude, avec 3 115 patientes.

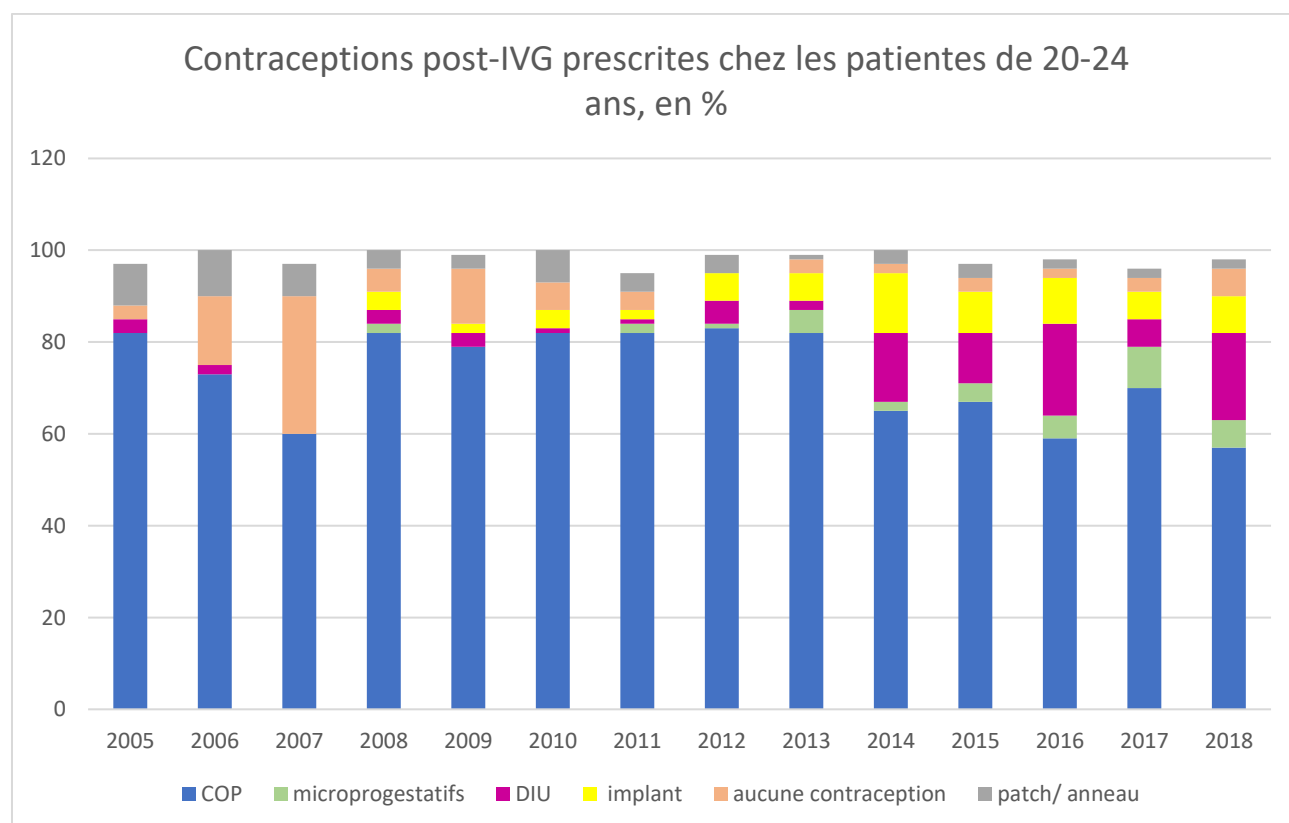
La pilule oestroprogestative reste prescrite en majorité dans cette population. De 2005 à 2013, elle se situe entre 67 et 83% des prescriptions. On observe une diminution depuis 2014, pour atteindre 57% en 2018, mais plus de la moitié des patientes entre 20 et 24 ans conservent cette contraception.

Les microprogestatifs sont prescrits plus fréquemment depuis 2011, avec une moyenne de 5%.

La prescription de DIU a augmenté depuis 2015 : elle est passée de moins de 5% des prescriptions à 11% en 2015 et continue d'augmenter pour atteindre 19% en 2018.

Les implants sont également plus prescrits que dans les premières années de réseau, pour atteindre 13% en 2014, et se stabilisent sur les quatre dernières années autour de 8%.

La prescription de patchs et anneaux a tendance à diminuer, passant de 12% en 2006 à moins de 1% des prescriptions en 2017 et 2018.



### c) Prescription de contraception chez les 25-29 ans

Cette catégorie compte 3099 patientes soit 25% de la population totale.

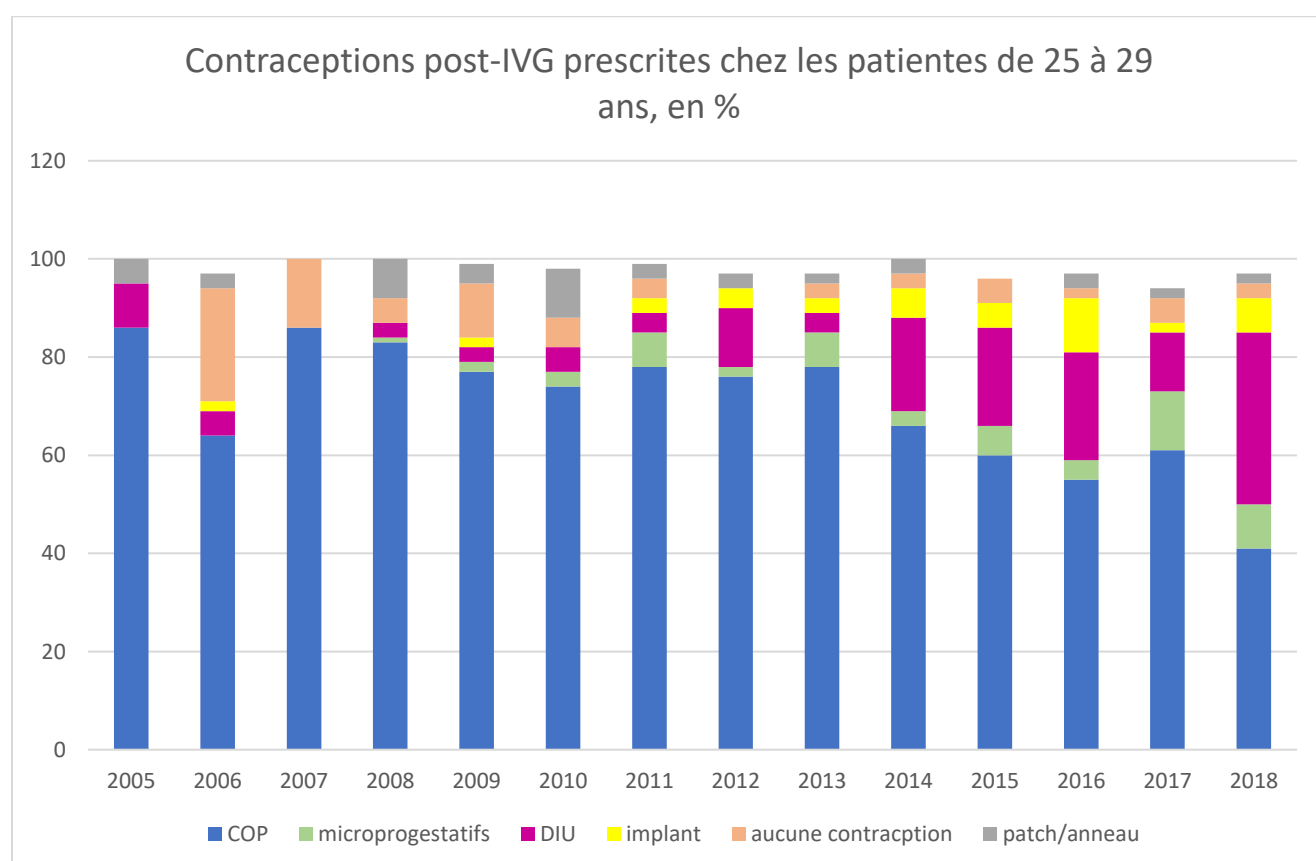
Jusqu'en 2013, la pilule oestroprogestative est prescrite en très grande majorité, en moyenne dans 80% des cas. On observe une décroissance à partir de 2014, avec moins de 70% des prescriptions, pour atteindre 41% en 2018.

La pilule microprogestative, prescrite à partir de 2008 dans cette population, augmente pour atteindre une moyenne de 10% des prescriptions en 2017 et 2018.

Les LARC sont elles aussi en augmentation. L'implant est peu prescrit jusqu'en 2014, année à partir de laquelle il augmente jusqu'à 7% en 2018. En revanche le DIU est en constante augmentation, passant de 5% de prescription en moyenne jusqu'en 2011 pour augmenter jusqu'à 35% 2018.

On observe une diminution nette des patientes sans contraception, passant de 23% en 2006 à 3% en 2018, chiffre globalement stable depuis 2011.

La prescription de patchs et anneaux est stable ces dernières années, représentant en moyenne 2% des prescriptions depuis 2011.





#### d) Prescription de contraception chez les 30-34 ans

On compte dans cette catégorie 2 237 patientes soit 18% de la population totale.

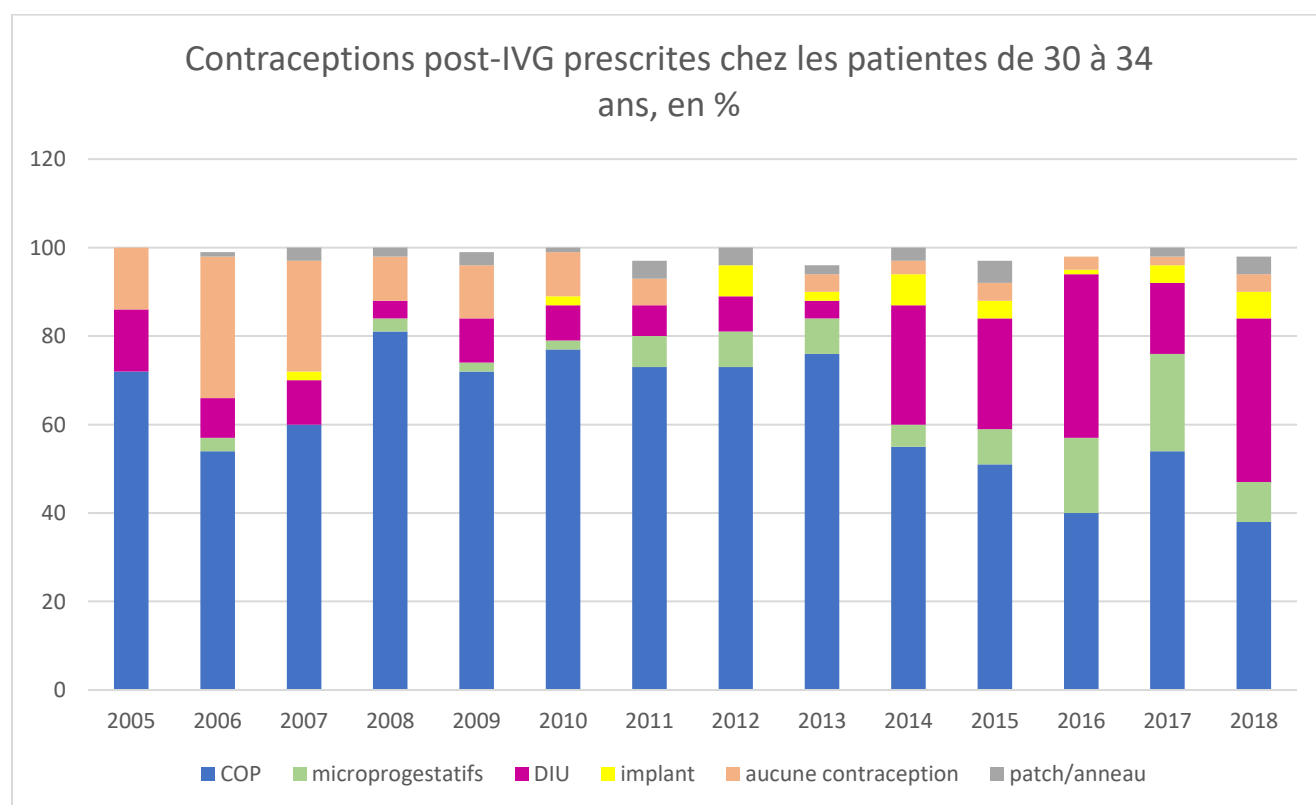
Concernant la pilule oestroprogestative on observe une décroissance importante à partir de 2014, passant d'une moyenne de 75% à moins de 40% pour les 3 dernières années, 37% en 2018.

L'absence de contraception au décours de l'IVG suit également une pente descendante, passant de 25% en 2006 à 2% en 2018.

En revanche on note à la fois une progression de prescription de microprogestatifs : 5% en moyenne jusqu'en 2011 à 10% en 2018.

Les LARC sont également en augmentation : 6% d'implants en moyenne prescrits depuis 2012, et une augmentation plus marquée de la prescription de DIU, qui passe de 10% en moyenne entre 2005 et 2013 à plus de 30% en moyenne depuis 2014, et 37% en 2018.

La prescription de patch et anneaux est peu évolutive, variant entre 1 et 5% des prescriptions sur toute la durée prise en compte dans cette étude.



e) Prescription de contraception post-IVG chez les patientes de 35 à 39 ans

La catégorie des femmes de 35 à 39 ans regroupe 1 864 patientes soit 14,6% de la population totale.

On retrouve la plus importante diminution de pilule oestroprogestative par rapport aux catégories précédentes : elle passe de 84% en 2005 à 48% en 2014. En 2018, elle ne représente plus que 19% des prescriptions de cette population.

Les patientes sans contraceptions diminuent également fortement, passant de 30% en 2006 avec un pic à 68% en 2007, à une moyenne de 5% depuis 2014.

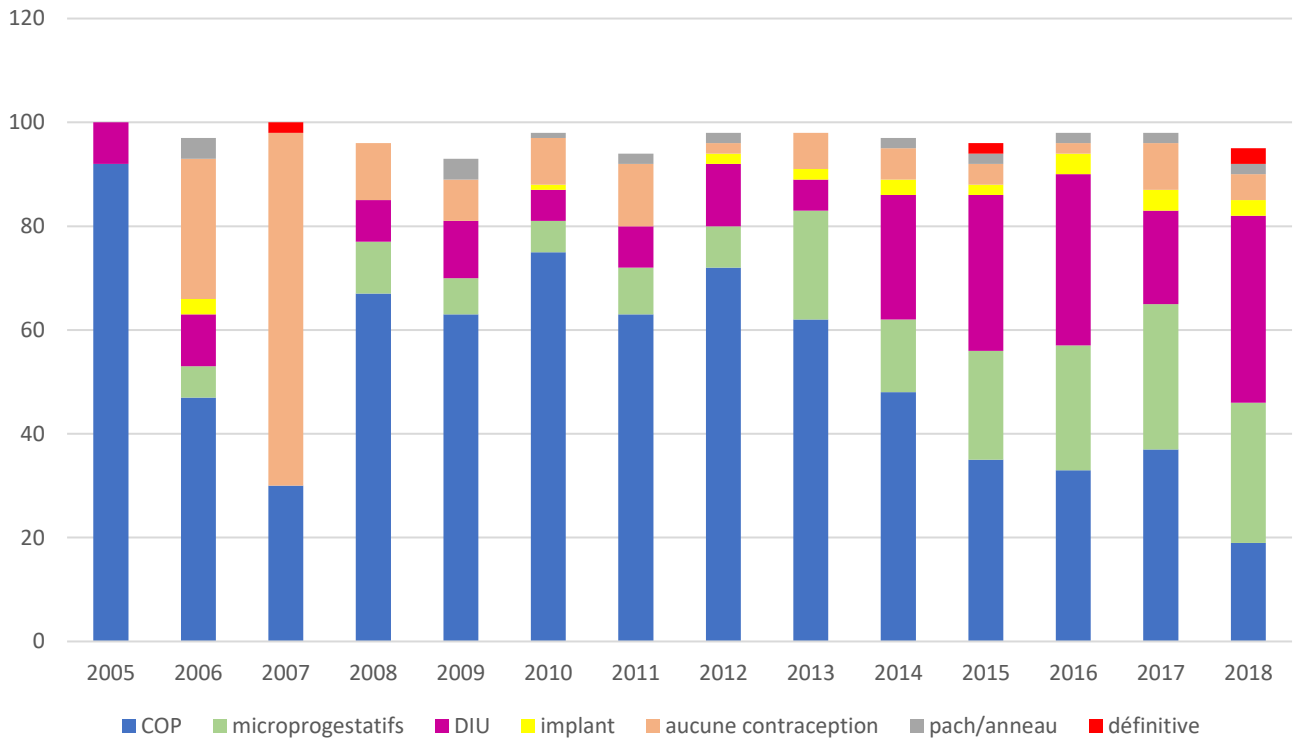
Ces changements s'opèrent au profit des microprogestatifs et des LARC.

Les pilules microprogestatives, prescrites en moyenne dans 10% des cas jusqu'en 2012, augmentent fortement pour atteindre 21% de prescription à partir en 2013. En 2018 elles représentent 27% des prescriptions.

La prescription de LARC est également en progression notamment pour les DIU. Avec 10% de prescription en moyenne de 2005 à 2013, les DIU prennent leur essor pour dépasser les 30% à partir de 2015, chiffre qui reste relativement stable les quatre dernières années de l'étude. En 2018 ils représentent 36% des prescriptions. L'implant évolue peu dans cette catégorie, ne dépasse jamais 2% de prescription depuis 2010.

La contraception définitive fait son apparition dans cette catégorie d'âge, mais reste sporadique, et concerne en moyenne 3% de cette population entre 2015 et 2018.

### Contraceptions post-IVG prescrites chez les patientes de 35 à 39 ans, en %



f) Prescription de contraception post-IVG chez les patientes de 40 à 44 ans

Cette catégorie représente 746 patientes soit 6% de la population totale.

On observe le même profil que les populations précédentes.

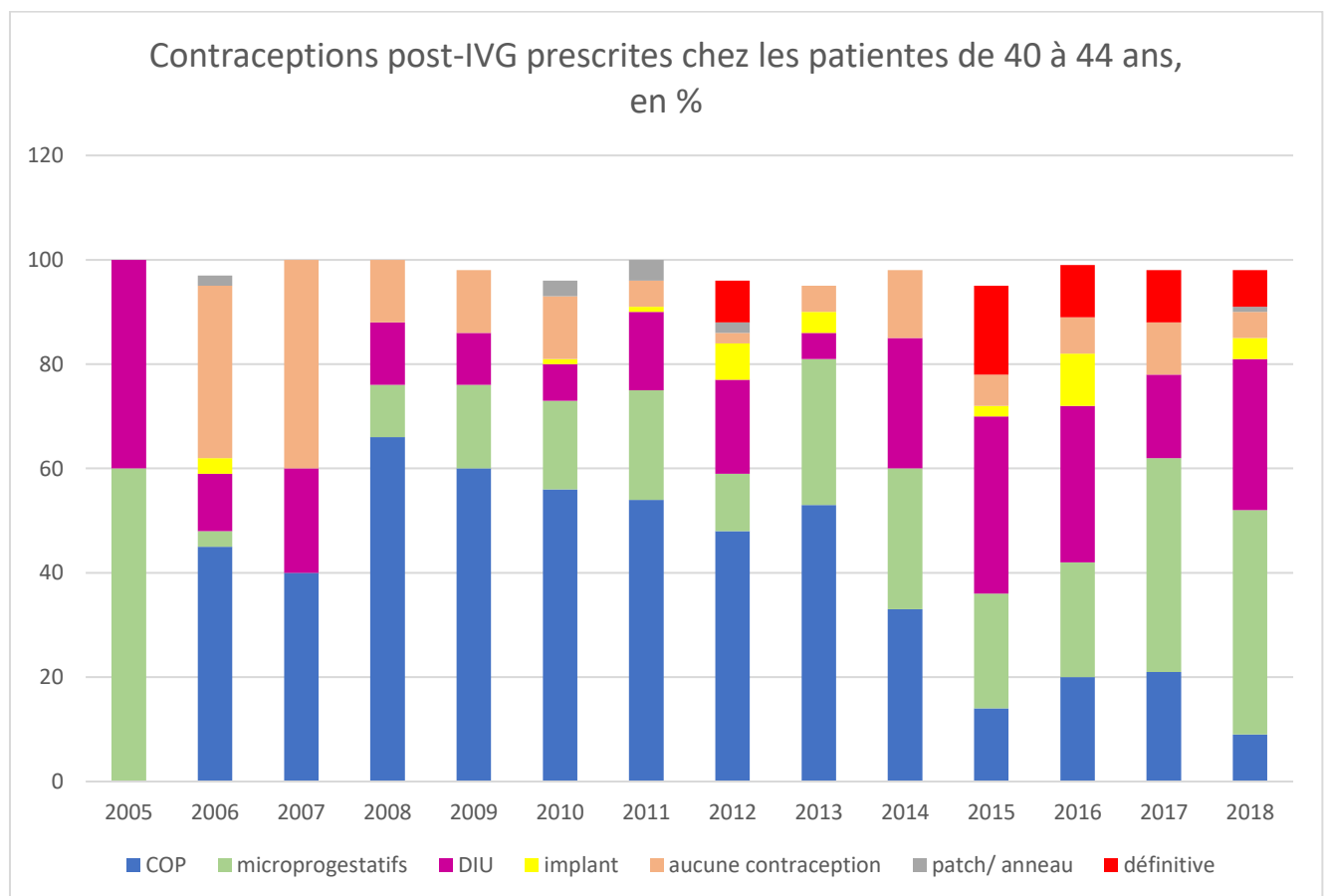
La prescription de pilule oestroprogestative s'effondre, passant de plus de 50% des prescriptions jusqu'en 2013, à une moyenne de 20% entre 2015 et 2017, et à moins de 10% en 2018.

Cette diminution s'effectue principalement au profit des microprogestatifs, qui passent de 10% en 2008 et augmentent progressivement jusqu'à atteindre 43% des prescriptions en 2018.

La prescription de LARC augmente principalement au bénéfice des DIU. Prescrits entre 10 et 15% des cas jusqu'en 2013, il tend à atteindre les 30% sur les quatre dernières années.

Le taux de patientes sans contraception évolue peu, se situant entre 5 et 10% depuis 2008.

Enfin la contraception définitive concerne une faible proportion de patientes, et tend à diminuer, passant sous les 10% en 2017 et 2018.



g) Contraception post-IVG des patientes de 45-49 ans

Cette catégorie représente 1%, soit 126 femmes.

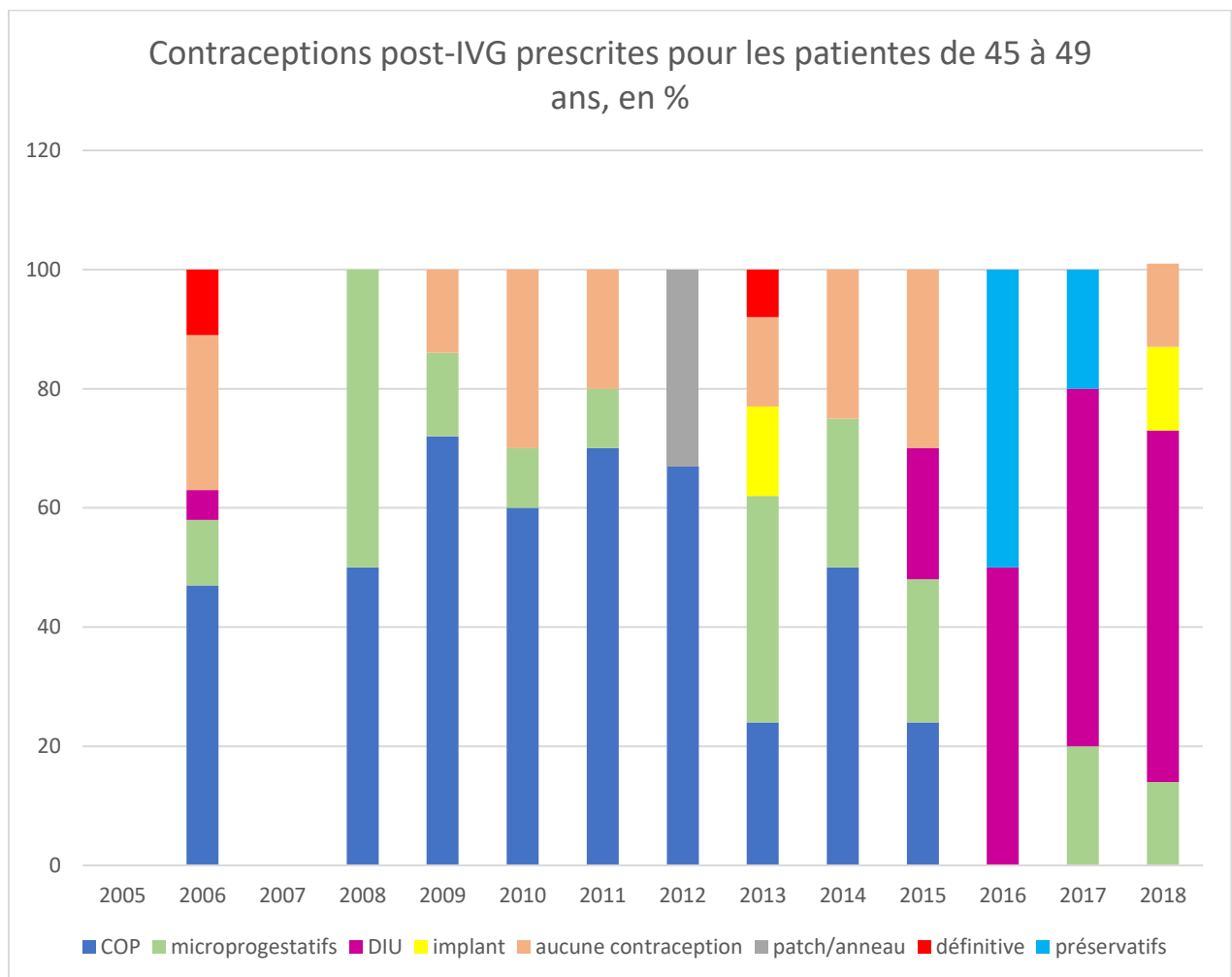
Concernant la contraception oestroprogestative, prescrite dans plus de 50% des cas jusqu'en 2014, disparaît totalement des prescriptions à partir de 2016.

Cela se fait au profit du DIU, prescrite dans plus de 50% des cas depuis 2016.

Les microprogestatifs, en augmentation jusqu'en 2013 avec 38% des prescriptions, diminuent progressivement jusqu'à 14% en 2018.

En revanche la proportion de patientes sans contraception ou uniquement sous préservatif est la plus importante par rapport aux autres catégories. Entre 15 et 30% de cette population n'a pas de contraception selon les années.

La contraception définitive est sporadique, touchant 11% des femmes en 2006 et 8 % en 2013 pour disparaître ces dernières années.



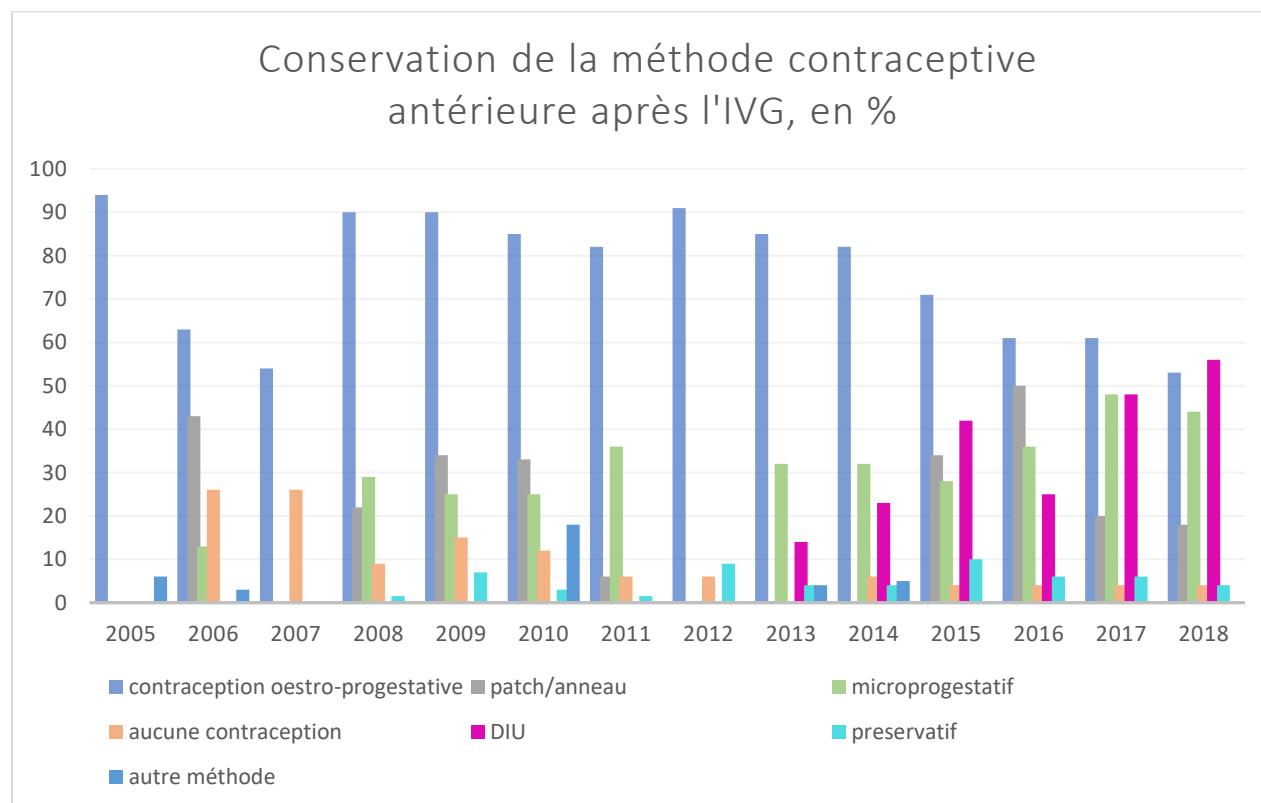
## 2. Comparaison des contraceptions avant et après l'IVG

Il est intéressant d'analyser comment ont évolué les méthodes contraceptives des patientes avant et après leur IVG. Il importe de voir ici si les prescripteurs ont pu réaliser des changements au profit de méthodes contraceptives plus efficaces.

Nous avons observé qu'au fil des années les pilules oestroprogestatives sont moins fréquemment prescrites, de même que les patchs et anneaux contraceptifs.

Les patientes sans contraceptions bénéficient de plus en plus d'une prescription de contraceptif. Elles ne sont plus que 5% à rester sans contraception, dans la majorité des cas par leur volonté (mentionné en note sur les fiches). Les patientes utilisant des méthodes naturelles bénéficient toutes de prescription à la suite de leur prise en charge, 100% d'entre elles ont choisi une contraception médicamenteuse à la suite de leur IVG entre 2016 et 2018.

On remarque que les patientes bénéficiant de LARC, exclusivement sous forme de DIU, décident de le conserver dans 56% des cas en 2018. Ce pourcentage tend à augmenter légèrement sur les dernières années de l'étude.

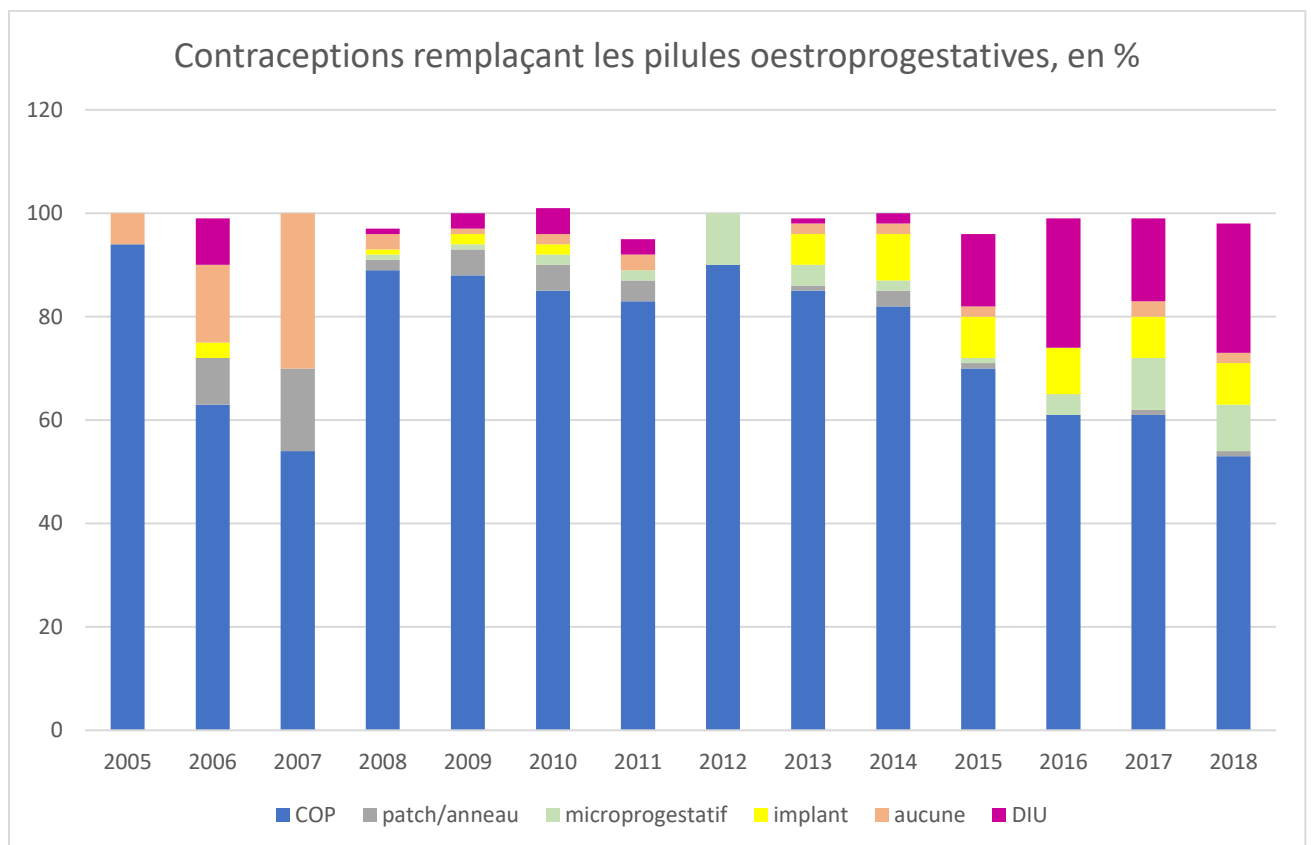


Il est intéressant d'analyser de façon plus complète comment ces contraceptions antérieures ont été modifiées.

a) Evolution des méthodes contraceptives des patientes antérieurement sous pilule oestroprogestative

La pilule oestroprogestative représente le mode contraceptif le plus utilisé avant IVG sur toute la population, soit 2 361 patientes (19%), et sur chaque année respective.

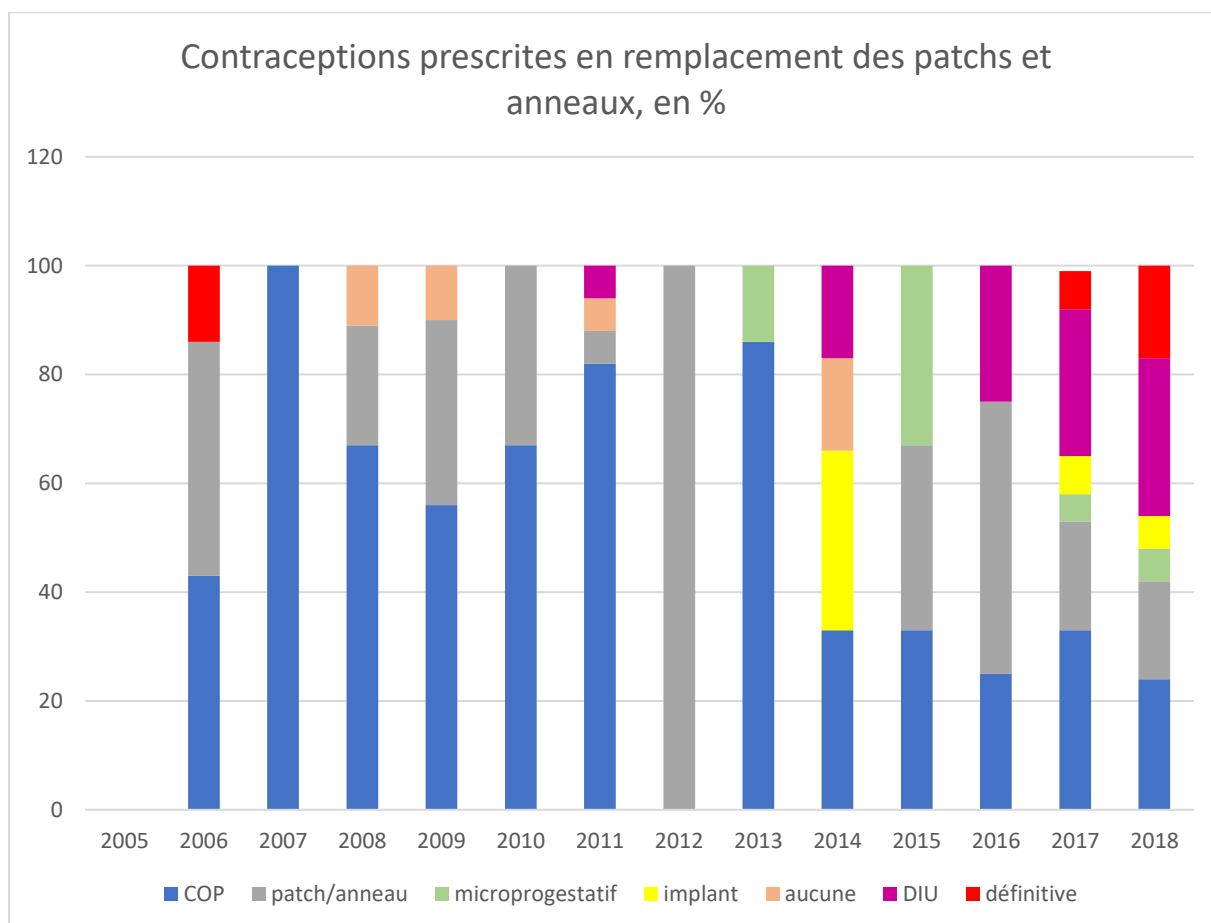
On constate que les pilules oestroprogestatives, conservées chez plus de 80% des patientes entre 2005 et 2014, sont peu à peu remplacées par une proportion plus grande de LARC, qui atteint 34% en 2018. Cette modification se fait principalement au profit des DIU, qui passe de moins de 5% des prescriptions entre 2005 et 2014, à une augmentation de 14 à 25% entre 2015 et 2018.



b) Evolutions des contraceptions post-IVG des patientes antérieurement sous patch ou anneau

Contrairement à la pilule, les patchs et les anneaux sont peu prescrits. Seulement 105 patientes utilisaient cette méthode avant leur prise en charge, soit moins de 1% de la population totale. On constate cependant une légère augmentation de ce groupe avec les années. Aucune ne s'en servait en 2005, alors qu'elles étaient 17 patientes avec cette contraception en 2018.

Sur le graphique suivant, nous constatons que de 2005 à 2013, ils étaient majoritairement remplacés par une pilule oestroprogestative, ou conservés. De 2014 à 2019 la substitution se fait avec une proportion augmentée en LARC (35% de LARC soit 29% de DIU et 6% d'implants pour l'année 2018).

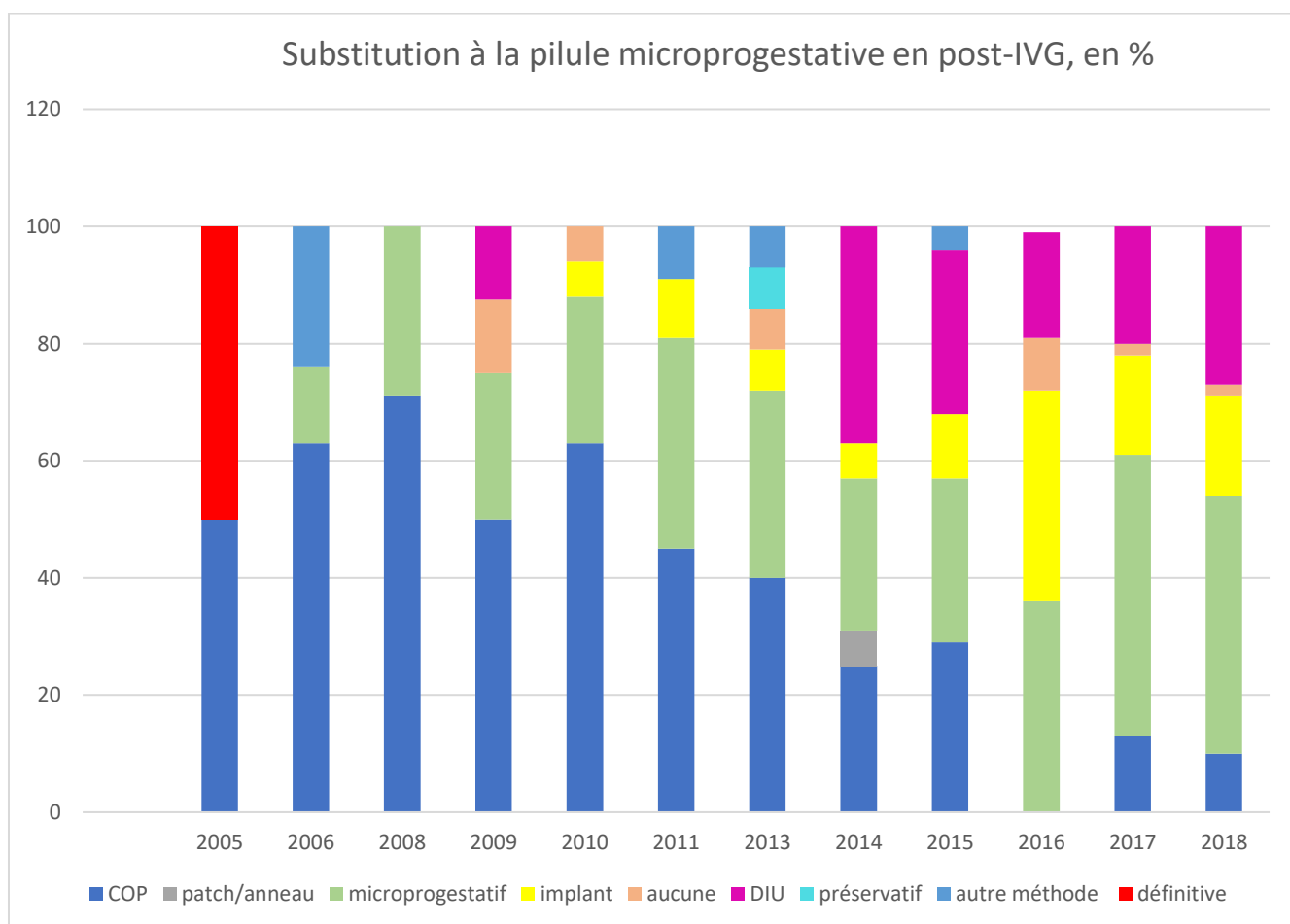




### c) Evolution des contraceptions substituant les pilules microprogestatives

Comme les patchs et anneaux, les microprogestatifs sont peu utilisés avant l'IVG, seulement 200 patientes sur toute la population en bénéficiaient avant l'IVG soit à peine 2% de la population. Là encore on voit que cette proportion augmente au fur et à mesure des années avec moins de 10 de 2005 à 2009, entre 10 et 20 de 2009 à 2017 et 41 patientes en 2017 et 2018. En 2007 et 2012, aucune n'en bénéficiait.

On retrouve le même schéma de répartition, avec une substitution en majorité par les pilules oestroprogestatives jusqu'en 2013. A partir de 2014, elles sont conservées dans plus de 30% à 50% des cas, ou substituées principalement par des LARC (44% de LARC en 2018 avec 27% de DIU et 17% d'implant).

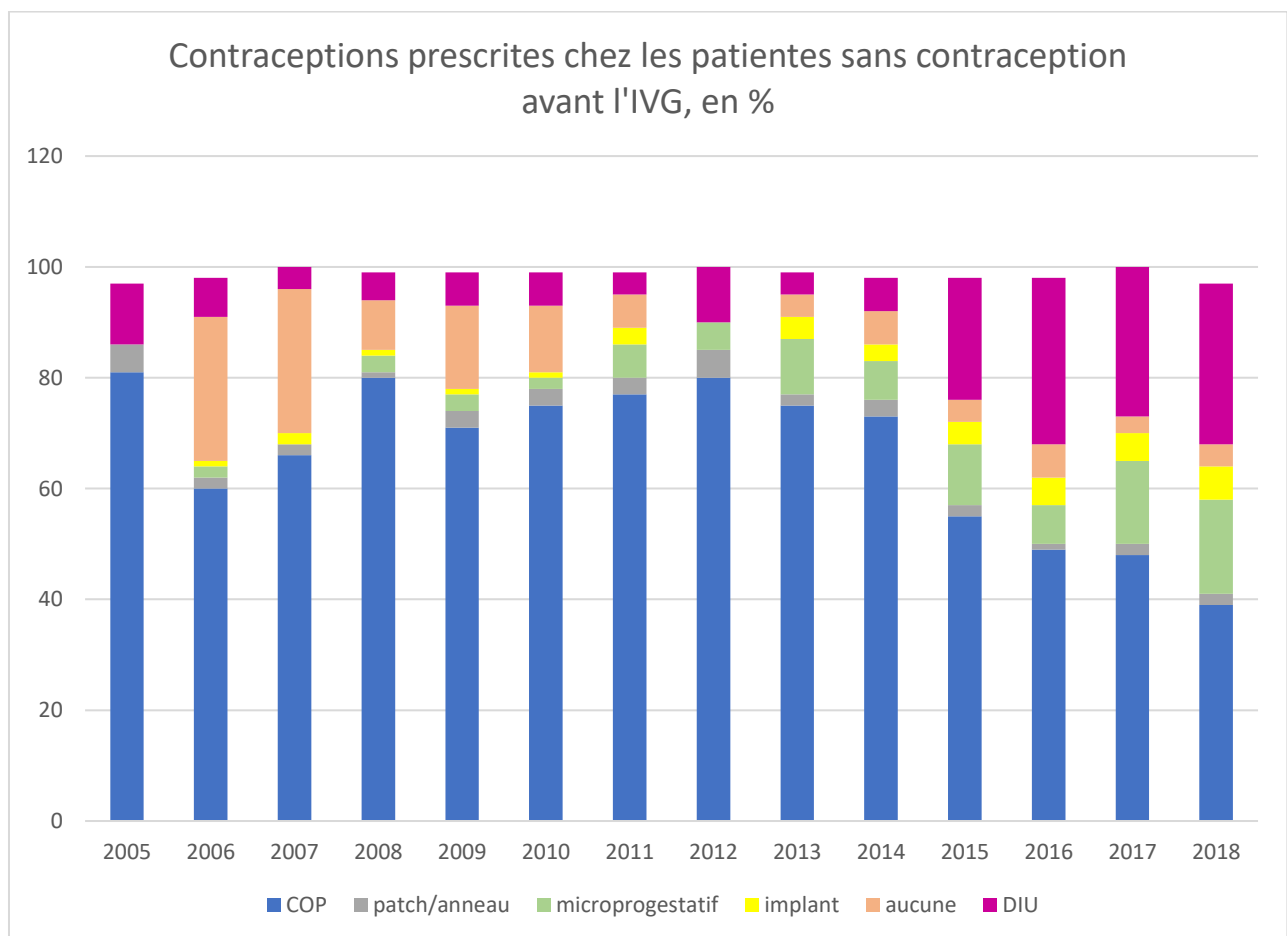


#### d) Contraception post-IVG chez les patientes sans contraception antérieure

Il s'agit de la partie la plus importante en nombre de patientes. On en décompte dans ce groupe 7581, soit 61% de la population totale. Cette proportion était de 68% en 2005 et a diminué à 60% à partir de 2013, chiffre resté stable jusqu'en 2018.

On observe que la proportion des patientes sans contraception ultérieure diminue au fur et à mesure des années, passant de 26% les premières années à 4% à partir de 2013.

Jusqu'en 2015, la pilule oestroprogestative était prescrite dans plus de 50% des cas, puis à partir de 2015 cette méthode laisse peu à peu la place aux microprogestatifs, qui progressent de 0% à 16% en 2017 et 2018. On observe également une plus grande proportion de prescription de LARC : les implants passent de 0% à 6% en 2018 et les DIU, prescrits dans 5% des cas jusqu'en 2013, passent à 28% des prescriptions en 2018.



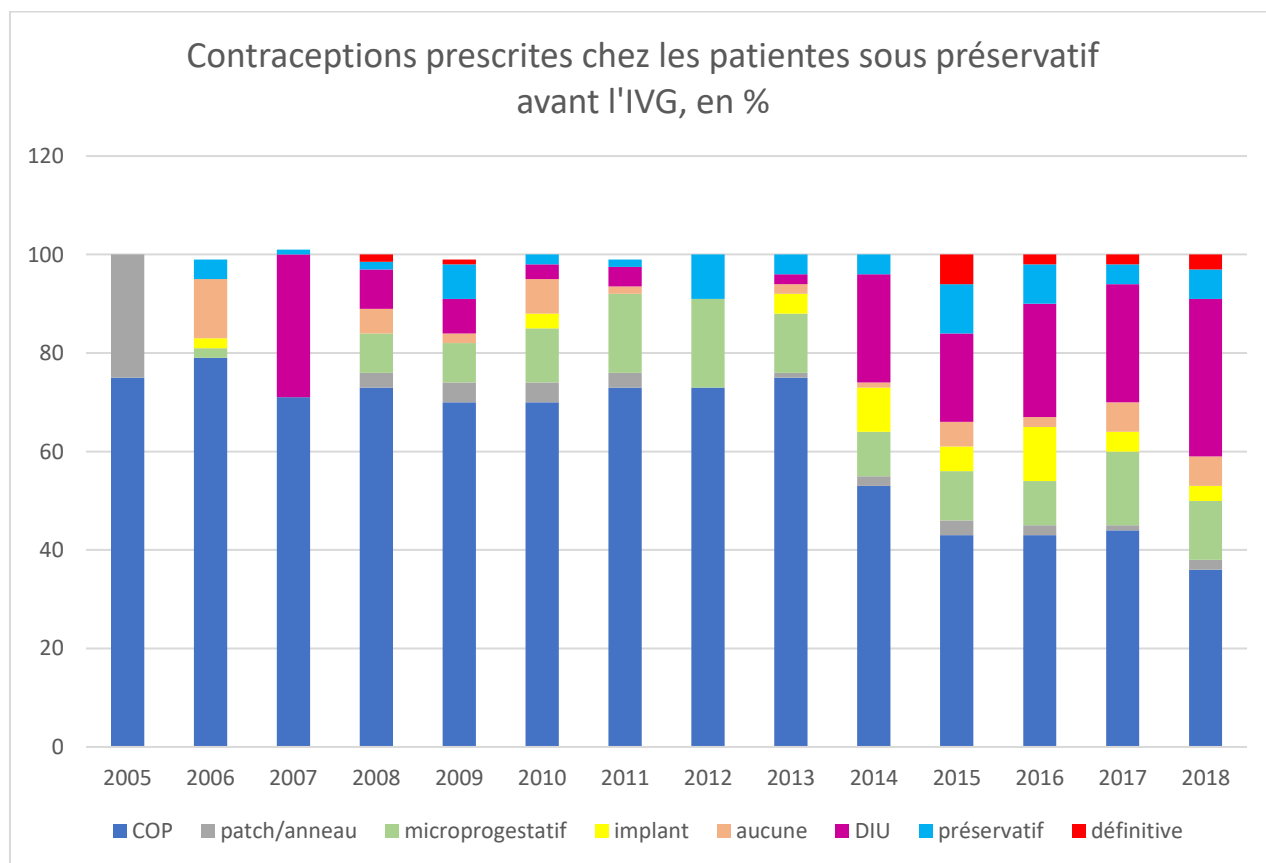
### e) Prescription de contraception post-IVG chez les patientes initialement sous préservatif

Après les patientes sans contraception et celles sous pilule oestroprogestative, les femmes sous préservatif sont la 3<sup>e</sup> catégorie la plus importante. Elles sont 1 368, soit 11% de la population totale.

Là encore on constate jusqu'en 2013 une majorité de substitution par pilule oestroprogestative, entre 70 et 75% des prescriptions de l'année 2005 à 2013. En 2014, ce chiffre tombe à 53% et passe sous la barre des 50% en 2015 pour atteindre 36% des prescriptions en 2018.

On observe une augmentation des prescriptions de DIU à partir de 2014. Celles-ci passent de moins de 10% jusqu'en 2013, à 32% en 2018. Il est notable que le faible nombre de patientes sous préservatif en 2007, (7 en tout) influe sur le diagramme car finalement seule 2 d'entre elles ont opté pour un DIU.

On observe également que c'est dans cette population que le choix d'une contraception définitive est le plus important et concerne jusqu'à 3% d'entre elles en 2018. Dans certaines fiches il était mentionné « échec ou intolérance des autres contraceptions ».



## VI. DISCUSSION

### A. Limites de l'étude

- **Biais d'investigation**

Ce travail a été réalisé à partir de données rétrospectives, déjà mises sous formes de Tableur Excel pour les années 2005 à 2017, nous avons analysé et retranscrits toutes les fiches de liaison de l'année 2018. Il existait des fiches avec des données manquantes sur la contraception post-IVG que nous n'avons pu inclure dans l'étude (notamment l'année 2012). La modification de la fiche de liaison notamment au niveau des items sur la contraception, a ainsi pu conduire aux biais d'interprétation. Le fait de ne pas prévenir les praticiens en amont de l'analyse de ces fiches a donc pu entraîner un biais d'exhaustivité.

- **Biais d'interprétation**

Certains items ont été modifiés entre l'ancienne et la nouvelle version des fiches de liaison. Sur la nouvelle, on retrouve la mention « contraception désirée » qui est sujette à interprétation. Selon l'analyse de cette donnée dans les fiches de 2018, elle semble correspondre à la contraception choisie par la patiente au décours de l'acte d'IVG. Lorsqu'il était mentionné DIU ou un implant, il était parfois noté « posé en consultation de contrôle post-IVG ». Nous avons donc pris ce type de contraception comme celle prescrite pour réaliser le recueil de l'étude, quand la patiente était venue à sa consultation de contrôle. S'il n'existait pas de consultation de contrôle, nous avons choisi de conserver la contraception nommée dans la rubrique « contraception prescrite ».

Il a également fallu faire face à des données incomplètes, notamment lorsqu'il n'était mentionné que « pilule » ou « DIU ». Afin de compléter au mieux le recueil de données, nous avons considéré « pilule » comme oestroprogestative, par argument de fréquence et après analyse du profil de la patiente. De même, « DIU » est considéré comme DIU au cuivre. Si cette dernière interprétation n'apporte aucune modification à l'étude, l'interprétation de « pilule » peut avoir plus de répercussion sur le différentiel pilule oestroprogestative versus pilule microprogestative, mais l'essentiel de ce travail est de voir l'évolution de prescription de LARC, cela n'aura que peu de conséquence ici.

- **Biais de déclaration**

Ils sont inévitables dans ce type d'étude rétrospective, car il est impossible de vérifier la véracité des données transmises, que ce soit par les patientes ou les praticiens eux-mêmes.

De plus, traiter objectivement des données sur un sujet où le subjectif a un rôle important (vécu des patientes, vécu des professionnels) peut également avoir entraîné un biais.

Mais ce biais se limite justement du fait d'une analyse de données objectives, ou il n'est pas question de faire sentir au praticien une impression de jugement de ses pratiques.

Pour finir il existait 3,8% de fiches qui ne mentionnaient pas de contraception post-IVG que nous n'avons donc pas pu étudier. Compte-tenu du nombre important de patientes dans cette étude, nous pouvons quand même répondre à notre objectif principal.

## B. Forces de l'étude

- **Originalité du sujet**

Notre étude est la seule qui analyse l'évolution des pratiques contraceptives sur 13 ans. Les données rapportées par ces fiches de liaison sont indispensables au service d'orthogénie, afin d'analyser le bon fonctionnement du réseau ville-hôpital et l'activité d'IVG en ville. Elles permettent de connaître le nombre d'IVG, le taux de réussite ou d'échec ainsi que les complications, informations rigoureusement analysées par le service. Mais finalement peu de travaux se sont penchés sur la pratique des professionnels sur la contraception post-IVG médicamenteuse. Une première analyse de pratique a été effectuée par le Docteur Verdon dans le cadre d'un travail de thèse, mais se limitait à l'année 2017 (33). Cela donnait une vision instantanée de ces pratiques. Nous avons voulu voir si elles avaient évolué dans le temps, et si les des praticiens réussissaient à s'adapter aux nouvelles recommandations.

- **Objectivité des données**

Ce mode de recueil d'informations, combiné au fait d'avoir analysé toutes les patientes dont les données étaient complètes (96,2%), nous permet d'avoir une évaluation la plus juste possible de la situation. Nous aurions pu traiter ce sujet en interrogeant directement des professionnels,

mais risquons de nous heurter à des biais de mémoire pour les plus anciennes années, ou des biais sur la justesse des informations données dans une volonté de bien faire. La grande majorité des fiches a été remplie consciencieusement, ce qui permet de pouvoir traiter ce sujet avec exhaustivité pour établir des statistiques fiables.

## C. Discussion des résultats

### 1. Analyse des praticiens du réseau

Au commencement du réseau celui-ci était uniquement composé de gynécologues. Au fur et à mesure il s'est étoffé de médecins généralistes et de sages-femmes. En 2018, 29 praticiens (57%) ayant rendus des fiches de liaison sont des gynécologues, 15 (29%) sont des médecins généralistes et 7 (14%) sont des sages-femmes. En 2009, une étude réalisée par la DREES retrouvait une distribution similaire, avec 77% de gynécologues (34).

Le faible taux de médecins généralistes présents dans ce réseau a déjà fait l'objet de travail de recherche. Selon la thèse du Docteur Denry sur la place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption de grossesse médicamenteuse, réalisée à Paris en 2014, a révélé plusieurs freins. Il y est mentionné le manque de formation, de temps, la lourdeur de la procédure voire le manque de conviction personnelle (35).

Les gynécologues sont à l'origine de 66% des dossiers, contre 26% pour les médecins généralistes, et 3% pour les sages-femmes. Il n'est pas possible de savoir par quel professionnel ont été traités les dossiers venant des centres de planifications. L'activité des IVG en ville est donc encore majoritairement soutenue par les gynécologues du réseau, alors que les derniers résultats de la DRESS montrent une répartition plus équitable entre gynécologues et médecins généralistes, respectivement 42 et 43% (2).

## 2. Analyse du profil des patientes

Nos résultats montrent, quelle que soit l'année, que les femmes de 20-24 ans sont les plus concernées par le recours à l'IVG, à part égale avec les 25-29 ans, résultats superposables à ceux de la DRESS de 2018 (toute IVG confondues en métropole) (2). L'âge minimum est de 14 ans et le maximum de 49 ans avec une moyenne d'âge de 28,5 ans.

Concernant leur consommation de tabac, 46% des femmes de la population totale étaient fumeuses. 56% des femmes étudiées ne fumaient pas en 2017 et 2018 contre moins de 50% jusqu'en 2012. Globalement les patientes modérément consommatrices (entre 1-10cig/jour) ont peu évolué restant autour de 30% de 2009 à 2018. Cela correspond à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, il est probable que les chiffres antérieurs à 2008 eussent été plus élevés. On observe une légère baisse du pourcentage de patientes les plus consommatrices qui chute d'un maximum de 13% en 2013 à 7% en 2018.

Parmi leurs antécédents gynéco-obstétriques, 33% des patientes avaient réalisé au moins une IVG. La moyenne d'âge est de 28,1 ans pour les patientes sans IVG contre 30,4 ans chez les patientes ayant réalisé au moins une IVG.

Nous avons comparé ces résultats aux données de la littérature.

Si on compare ces résultats au travail d'Opatowski et al. mené entre 2013 et 2014 dans plusieurs centres d'IVG français, on constate des chiffres similaires : dans son étude 29,6% des femmes avaient déjà réalisé au moins une IVG, avec une moyenne d'âge de 31,3 ans et 30 ans pour les patientes sans IVG (36).

De même nos résultats sont comparables avec l'enquête nationale réalisée par la DRESS en 2007 qui portait sur une population de 7802 patientes ayant eu recours à une IVG (médicamenteuse ou instrumentale). La moyenne d'âge de cette étude était de 27,2 ans, et 34% d'entre elles avaient réalisé au moins une IVG (37).

Nous avons étudié la répartition des contraceptions avant l'IVG. Sur l'ensemble des dossiers traités, 60% des patientes ne disposaient pas de contraception, tandis que 17% d'entre elles utilisaient une pilule oestroprogestative, moyen contraceptif le plus utilisé, suivi du préservatif (11%). Les LARC étaient utilisés par moins de 2% de la population. Cette tendance se retrouve chaque année. En 2017 et 2018, on constate un changement discret : elles ne sont plus que 14% à utiliser une pilule et 13% à utiliser des préservatifs. La proportion des autres contraceptifs

n'ayant pas évolué, il apparaît que la méthode barrière du préservatif semblait aux patientes le meilleur moyen de contraception, du moins pour celles qui en utilisaient une. On peut certainement voir ici une répercussion de ce que la « crise des pilules » a engendré.

Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux retrouvés dans la littérature. Bien que la tendance soit la même avec une supériorité des pilules suivies par les préservatifs, comme contraception initiale, l'enquête de la DRESS retrouve une proportion plus importante, 26,7% et 15,9% respectivement. L'étude menée par le Docteur Gallet-Chanu au CHRU de Lille en 2014 retrouve également 30% d'utilisatrices de pilule et 22,9% d'utilisatrice du préservatif. Nos données pour la même année sont également plus basses, avec 16% pour les pilules, 15% pour les préservatifs. A noter que nous avons décompté les patientes en rupture de contraceptif au moment de la grossesse comme « sans contraception antérieure ». Il est possible que ces différences soit le fait d'une autre interprétation.

La proportion des patientes sans contraception était moins importante dans les études suscitées que dans la nôtre : 36% pour la DRESS, 35% pour le Docteur Gallet-Chanu, avec 2% de patiente ayant utilisé une contraception d'urgence contre moins de 1% dans notre étude. Il semble que le recours à l'IVG soit plus lié à une absence de contraception qu'à un échec contraceptif. Ce constat a été retrouvé dans des travaux de Moreau et al (32). La moitié des femmes sans contraception avant leur IVG avaient changé de méthode contraceptive au cours des six mois antérieurs, le plus souvent pour une méthode moins efficace ou aucune (32). De plus une étude faite en 2002 par Bajos et al. a montré que l'absence de contraceptif n'était pas la conséquence d'une négligence mais relevait plutôt d'un fait non prioritaire, en comparaison avec leur difficultés sociales, professionnelles, familiales ou affectives (39).

La faible proportion des LARC ainsi que des autres contraceptifs (patches, anneaux macroprogestatifs, naturelles ou locales), peuvent s'expliquer par leur efficacité contraceptive pour les LARC, et par la faible utilisation des autres méthodes dans la population générale, amenant donc moins souvent à la survenue d'une grossesse non désirée (11).

Dans notre étude, il existe une différence modérée entre les femmes avec ou sans antécédent d'IVG concernant la prise de contraceptif lors de la demande d'IVG. Si dans les deux groupes on retrouve la même proportion de femmes sans contraception (60%), celles aux antécédents d'IVG utilisaient une pilule dans 20% des cas contre 15,5% des patientes sans IVG, et 8% utilisaient des préservatifs contre 13% pour les patientes sans antécédent.



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

Lorsque nous analysons la population totale de l'étude nous observons que les pilules sont le premier contraceptif prescrit, avec une majorité écrasante pour les pilules oestroprogestatives (62%) contre les pilules microprogestatives (8%). Les LARC arrivent en seconde place, avec une prédominance pour les DIU (14%) par rapport aux implants (4,2%). Seulement 6,6% des patientes ne se voient pas prescrire de contraception au décours de leur IVG, et 1,6% d'entre elles utilisent uniquement des préservatifs.

Par rapport aux profils des contraceptions antérieures à l'IVG, on note une importante augmentation de patientes sous contraception efficace.

Comme observé dans les résultats, lorsque nous étudions l'évolution des prescriptions de contraception post-IVG d'année en année depuis 2005, le pourcentage de patientes à ne bénéficier d'aucune contraception à la suite de la prise en charge diminue de façon importante : elle passe de 25% en 2006 autour de 4% de 2013 à 2018.

**La contraception par pilule (oestroprogestative et micro progestative) reste la majorité des prescriptions post-IVG, bien qu'elle soit en constante diminution depuis 2005.** En effet elle passe de 81% en 2005 à 52% des prescriptions en 2018 (38% pour les COC (contraceptions orales combinées) et 13% pour les pilules microprogestatives). L'augmentation de la pilule microprogestative au dépend des COC se justifie par les contre-indications de ces dernières (l'âge, le tabagisme, les antécédents de cancer).

**Les LARC quant à elles sont en constante augmentation. Elles passent de 7,5% en 2005 à 36% en 2018,** au profit des DIU (30% en 2018 contre 7% en 2014) par rapport aux implants (6% en 2018 contre 1% en 2005).

La prescription des autres moyens contraceptifs (macroprogestatifs, patch, anneaux) n'a pas évolué entre 2005 et 2018.

Si nous comparons nos données à la littérature on retrouve le même schéma dans le baromètre santé 2016 sur la population générale. Bien que leur pourcentage de patientes sous pilule soit inférieur au nôtre (36, 5%), elle reste en première position devant les LARC (29,9%). Leur proportion de patientes sous préservatif seul est beaucoup plus importante que la nôtre (15,5% contre 3% dans notre étude) ainsi que celles sans contraception qui est deux fois plus importante (8% contre 4%).

En comparant les contraceptions prescrites par tranche d'âge on observe ceci :

- **Pour les 15-19 ans** : peu nombreuses au début du réseau elles bénéficiaient toutes en 2005 d'une COC. Elles ne sont plus que **67% en 2018, au bénéfice des LARC (25%)**. Au baromètre santé 2016, 60% d'entre elles étaient sous pilule, 6% sous préservatif (3% en 2018 dans notre étude), et 3,5% sous LARC.

Contraception	Réseau 2005	Réseau 2018	Baromètre santé
COC	100%	67%	60%
LARC		25%	3,5%

- **Pour les 20-24 ans** : 78% étaient sous pilule en 2005 contre **63% en 2018**, au profit des LARC qui passent de moins de 1% à **27%** des prescriptions en 2018, et 4% sous préservatif quand le baromètre santé retrouve 59,5% de ces patientes sous pilule, 18,6% sous préservatif (contre 4% dans notre étude en 2018) et 14,3% sous LARC.

Contraception	Réseau 2005	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	78%	63%	59,5%
LARC	1%	27%	14,3%

- **Pour les 25-29 ans** : la proportion des femmes sous pilule passe de 80% en 2005 à **50% en 2018**, tandis que les LARC passent de 5% à **42%** des prescriptions en 2018, contre 47,3% sous pilule, 24,1 % sous LARC et 16,3% sous préservatif pour le baromètre santé.

Contraception	Réseau 2005	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	80%	50%	47,3%
LARC	5%	42%	24,1%

- **Pour les 30-34 ans** : on passe de 60% à **48%** de prescription de pilule en 2018, de 10% à **43%** de LARC contre 35,4% de pilule et 34,2% de LARC et 13,1% de préservatif dans le baromètre santé.

Contraception	Réseau 2005	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	60%	48%	35,2%
LARC	10%	43%	34,2%

- **Pour les 35-39 ans** : la pilule passe de 80% à **46%**, les LARC de 13% à **39%** les préservatifs et la contraception définitive à 5% chacun en 2018, et 4% sans contraception, contre 22% de pilule, 13% de préservatif, 37% de LARC, 10,7% sans contraception et 8% de contraception définitive dans la littérature.

contraception	réseau 2005	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	80%	46%	22%
LARC	13%	39%	37%

- **Pour les 40-44 ans** : on passe de 42% de pilule et 14% de LARC en 2006 à **52%** de pilule (dont 43% de microprogestatifs) et **33%** de LARC en 2018. Tandis qu'au baromètre santé on note 24% de pilule et 41% de LARC.

Contraception	Réseau 2006	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	42%	52%	24%
LARC	14%	33%	41%

- **Pour les 45- 49 ans** : en 2018, 14% sont sous pilule et 72% sont sous LARC, contre 56% de pilule et 4% de LARC en 2006. Au baromètre santé on retrouve 20% de pilule 34% de LARC.

Contraception	Réseau 2006	Réseau 2018	Baromètre santé
CO	56%	14%	20 %
LARC	4%	72%	34%

Face à ce constat, nous observons que la proportion de patientes sous LARC tend à augmenter dans toutes les tranches d'âge, principalement au profit du DIU. En comparaison à la population générale, on constate que la proportion de pilules prescrites est plus importante dans notre recueil. Les patientes sans contraception ou utilisant uniquement des préservatifs sont moins importantes dans notre étude que dans la population générale. Les pilules restent la contraception la plus utilisée en 2018 pour les patientes de 15 à 29 ans, quand bien même ces populations enregistrent la plus grande progression de prescription de LARC (après les 45-49 ans).

Nous constatons que pour la tranche d'âge des 40-44 ans la prescription de LARC du réseau en 2018 **est inférieure** à celle de la population générale.

Quand nous comparons les profils contraceptifs antérieurs à l'IVG par rapport aux contraceptions post-IVG, nous nous apercevons que cette majoration progressive de prescription de LARC se retrouve non seulement chez les patientes sans contraception mais également chez celles utilisant tous les autres types de contraception confondus.

En revanche en 2018, il existe une majorité de patientes, soit 53% qui se voient reconduire leur pilule oestroprogestative. Mais cette proportion tend à baisser : elle était en effet autour de 80% jusqu'en 2014. Elles sont 18% à conserver une pilule microprogestative et 6% à conserver le préservatif, chiffres qui sont globalement stables au fil des années.

La pilule reste encore le moyen de contraception le plus prescrit, comme le conclut également les résultats du baromètre santé 2016 en population générale, même si ce n'est pas la méthode la plus efficace pour prévenir des GNP. On sait que cette contraception est peu poursuivie par rapport à l'implant et au DIU comme l'a montré le travail du Dr Gallet-Chanu (38).

En seconde position, les LARC sont prescrites de plus en plus. On les retrouve au second rang dans diverses études (38) (41). En revanche l'étude du Docteur Gallet-Chanu offre une proportion bien supérieure à la nôtre, de 45,39%. Cela s'explique peut-être par le biais d'une analyse différente, notamment des contraceptions à distance. Une étude réalisée à Nancy sur une population de 70 patientes voyait les LARC passer en première position des contraceptions prescrites pour le post-IVG, suivi de près par la pilule (42). Cependant cette étude portait sur des IVG réalisées de façon médicamenteuse et chirurgicale, ce qui peut contribuer à un biais, le DIU pouvant se poser au bloc opératoire durant le temps chirurgical, ce qui rend son acceptation plus facile.

Les autres méthodes contraceptives, (anneaux, patchs, macroprogestatifs) sont peu prescrites par les professionnels du réseau. L'absence de remboursement du patch et de l'anneau contraceptif sont également un frein à leur prescription bien que l'efficacité théorique et pratique de l'anneau soit équivalente à celle de la pilule. Les macroprogestatifs, prescrits dans moins de 1% de la population totale, uniquement sous forme orale malgré l'absence d'AMM dans cette indication sont beaucoup moins utilisés en France qu'à l'étranger (8). Cette contraception n'est pas représentée dans le baromètre santé de 2016. Son efficacité moindre que celle des LARC et ses effets indésirables nous font préférer les autres méthodes contraceptives (13).

Dans notre étude les préservatifs sont peu prescrits en post-IVG. On peut traduire leur prescription seule comme une alternative pour proposer une contraception à une patiente qui

refuserait les autres méthodes ou se les verraient contre-indiquées sans pour autant être candidate à une contraception définitive. En 2018 ils représentent 3% des prescriptions. Dans la littérature on les retrouve également en faible proportion : 0,5% pour l'enquête faite en 2017 de la DRESS et 0,74% dans l'étude du Docteur Gallet-Chenu.

Nous avons assez peu de patientes sous contraception d'urgence, moins de 1% dans toute la population. Le fait que les fiches de liaison ne mentionnent pas d'item « contraception d'urgence » peut être considéré comme un biais, son utilisation faisant partie des recommandations. Les praticiens peuvent donc oublier de la mentionner, puisqu'elle n'est pas reconnue comme une méthode contraceptive au long cours.

La contraception définitive évolue peu, restant autour de 1% des prescriptions en 2018, on remarque cependant qu'elle concerne 5% des patientes de plus de 36 ans cette année-là. Il est difficile de savoir si ce manque d'intérêt français est dû à une volonté des patientes ou une réticence des professionnels, car dans le reste du monde il s'agit de la méthode la plus répandue (8) (13). Cependant le contexte de l'IVG ne semble pas être le plus adapté pour prendre cette décision qui mérite d'être réfléchi. Une étude sur le sujet menée à Singapour entre 1974 et 1977 a retrouvé que 2 à 10% des femmes ayant subi une stérilisation après une IVG peuvent s'attendre à regretter leur choix (43).

#### 4. La place des LARC dans le post-IVG :

Si on dresse un état des lieux de ce travail on peut remarquer que, suivant les recommandations, la prescription de LARC est de plus en plus importante au fil des années.

Même si la pilule reste majoritaire avec 51% de prescription en 2018, les LARC, encore deuxième type de contraception prescrite, augmentent surtout au profit des DIU (30%) plutôt qu'à celui des implants (6%). Ces résultats diffèrent de ceux du Dr Gallet-Chanu pour qui l'implant a la préférence sur le DIU après une IVG médicamenteuse, mais correspond à l'enquête 2007 de la DREES. Même si la proportion d'implants tend à augmenter depuis 2005, elle stagne depuis 2012. Or d'après la littérature et les sociétés savantes, les LARC sont la contraception de choix en post-IVG afin d'éviter les IVG à répétition.

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

Chez les moins de 18 ans : 20% d'entre elles avaient une prescription de LARC, l'implant et le DIU étant à égalité avec 10% de prescriptions chacun. Ce constat est le même dans la littérature. Cette proportion a augmenté depuis le travail réalisé sur l'année 2017 par le Dr Verdon, signe que les professionnels ont été sensibilisés aux problématiques spécifiques de cette tranche d'âge. En effet leur fertilité très élevée, leur manque de compliance à une prise quotidienne, et leur recours plus fréquent aux IVG en font la cible prioritaire des LARC (9). Le CNGOF précise que les LARC sont les contraceptions de première intention chez l'adolescente (grade C) (12). Le taux de satisfaction est le même que dans les populations plus âgées (44). L'acceptabilité et la poursuite de ces méthodes s'améliorent en fonction des informations délivrées au préalable sur les effets indésirables (45).

Chez les femmes plus âgées le DIU est la plus utilisée des LARC dont on constate l'augmentation de proportion avec l'âge des patientes : 25% pour les 15-19 ans, 27% pour les 19-24 ans, 42% pour les 25-29, 43% pour les 30-34 ans, 39% pour les 35-39 ans, 33% pour les 40-44 ans et 72% pour les plus de 45 ans.

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

En étudiant les résultats de l'année 2018, nous observons qu'il existe une différence de prescription des contraceptions en fonction de la parité des patientes. En effet 448/748 patientes sans enfant soit 60% de cette population ont bénéficié d'une prescription de pilule tandis que les implants concernaient 45/748 patientes soit 6% d'entre elles, et que 177/748 patientes soit 24% bénéficiaient de DIU. Soit une prescription de LARC de 30% pour les femmes sans enfant.

En revanche, chez les patientes ayant eu des enfants, la proportion de LARC est bien supérieure : 38% de DIU (229/604) et 6% d'implants (38/604), soit 44% de LARC pour cette population. Ce constat est retrouvé dans d'autres études (38) (41). Pourtant d'après les recommandations le DIU peut être prescrit quelles que soient la parité et la gestité des femmes, sans risque de stérilité future. D'après l'étude FECOND de 2010 (46) 54% des femmes pensaient ne pas pouvoir bénéficier d'un DIU sans avoir eu d'enfant, idée retrouvée chez 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes. Cependant la formation offerte par le CHU de Bordeaux pour les praticiens de ville désirant faire partie du réseau, donne des informations très claires sur ce point et aujourd'hui ce biais vis-à-vis des prescripteurs serait de moindre

importance. On peut légitimement penser que l'inquiétude vient plutôt des femmes et que les patientes multipares se laissent plus facilement convaincre. Ce point pourrait faire l'objet d'une nouvelle étude.

La sûreté de l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares a fait l'objet de plusieurs études, qui rapportent comme seul événement indésirable une expulsion un peu plus importante par rapport aux femmes multipares et des douleurs lors de la pose, avec néanmoins un bénéfice assez conséquent pour encourager la prescription de cette méthode (47).

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

La répartition des LARC est également différente selon l'antécédent ou non d'IVG pour l'année 2018 de notre étude.

Chez les patientes sans antécédent d'IVG les LARC sont prescrites dans 33% des cas : 5% bénéficient d'un implant et 28% d'un DIU. Alors que chez les patientes ayant déjà au moins un antécédent d'IVG, médicale ou chirurgicale, les LARC sont prescrites dans 44% des cas avec 9% d'implant et 35% de DIU.

La HAS rappelle aux praticiens une plus grande vigilance vis-à-vis des femmes aux antécédent d'IVG, car elles sont plus à risque d'IVG répétées (3). Les LARC sont donc à privilégier dans cette population. L'étude de Bajos et al (39), mettait déjà en avant un résultat similaire.

## VII. CONCLUSION,

Depuis son commencement en 2005, le réseau ville-hôpital s'est étoffé de praticiens, permettant ainsi un nombre de plus en plus important d'IVG en ville. Gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes qui se sont investis dans cette mission ont bénéficié d'une formation s'appuyant sans cesse sur les nouvelles recommandations des sociétés savantes afin de s'assurer de la meilleure prise en charge médicale et sociale pour les patientes.

Nous observons au sein de ce réseau une évolution des prescriptions de contraception post-IVG reflétant l'adaptation thérapeutique des praticiens, selon les recommandations.

L'originalité de cette étude se trouve dans le fait que c'est la seule qui décrit l'évolution de la prise en charge de la contraception post-IVG sur autant d'années dans un réseau.

Nous constatons une nette augmentation des patientes sous contraception après leur IVG et **la majoration de prescriptions de LARC ces dernières années toute population confondue concernant l'âge des patientes et leur contraception antérieure.** Les antécédents d'IVG ont été également pris en compte dans le choix des prescriptions démontrant là encore la capacité d'adaptation des professionnels aux nouvelles recommandations.

Il est mis en évidence que l'âge et la parité semblent être toujours un frein à la prescription de LARC. En effet, les patientes nullipares ont moins de prescription de LARC ainsi que dans la catégorie des 40-44 ans et de moins de 18 ans.

Comme le soulignent les sociétés savantes, l'IVG permet de « re médicaliser » la contraception, ainsi qu'une information des plus complètes pour obtenir l'acceptation des patientes à des méthodes d'une plus grande efficacité ainsi qu'une meilleure observance.

L'accent sur l'absence de risque de DIU en cas de nulliparité peut être majoré, et les changements en cours dans la pratique des professionnels du réseau poursuivis.

Il serait intéressant d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels pour prescrire et poser des LARC et de se pencher sur les freins à leur utilisation.



## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016 Dec;45
2. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. *Etudes et Résultats, DREES*. 2019 Septembre ; (1125) :1-7[ Internet]. [cité le 3 avr2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
3. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Juillet 2013 [Internet]. [cité le 3 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.has-santé.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/le-maj-contraception-post-ivg-060215.pdf>
4. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010 Oct;82(4):337–44.
5. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016 Jul;202:1–8.
6. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016 Dec;45(10):1568–76
7. Weinberg A, 2002. La Libération Sexuelle et ses Lendemain. *Sciences Humaine*, (130).
8. Le Guen M, Roux A, Rouzaud-Cornabas M, Fonquerne L, Thomé C, Ventola C. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Population & Sociétés*. 2017;(549):1-4.
9. Moreau C, Spira A, Bajos N. Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Médecine Reprod*. 2009 Sep 1;11(5):338–44.
10. Moreau C, Bouyer J, Gibert F, Bajos N. Social, Demographic and Situational Characteristics Associated With Inconsistent Use of Oral Contraceptives: Evidence From France [Internet]. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2006 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17162311/>
11. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule les évolutions se poursuivent. Mise à jour le 12 octobre 2019. *Baromètre santé 2016*. 2017;1-8.
12. CNGOF. Contraception [Internet]. 2010. [cité le 8 avr 2020]. Disponible sur [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27\\_1/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf)

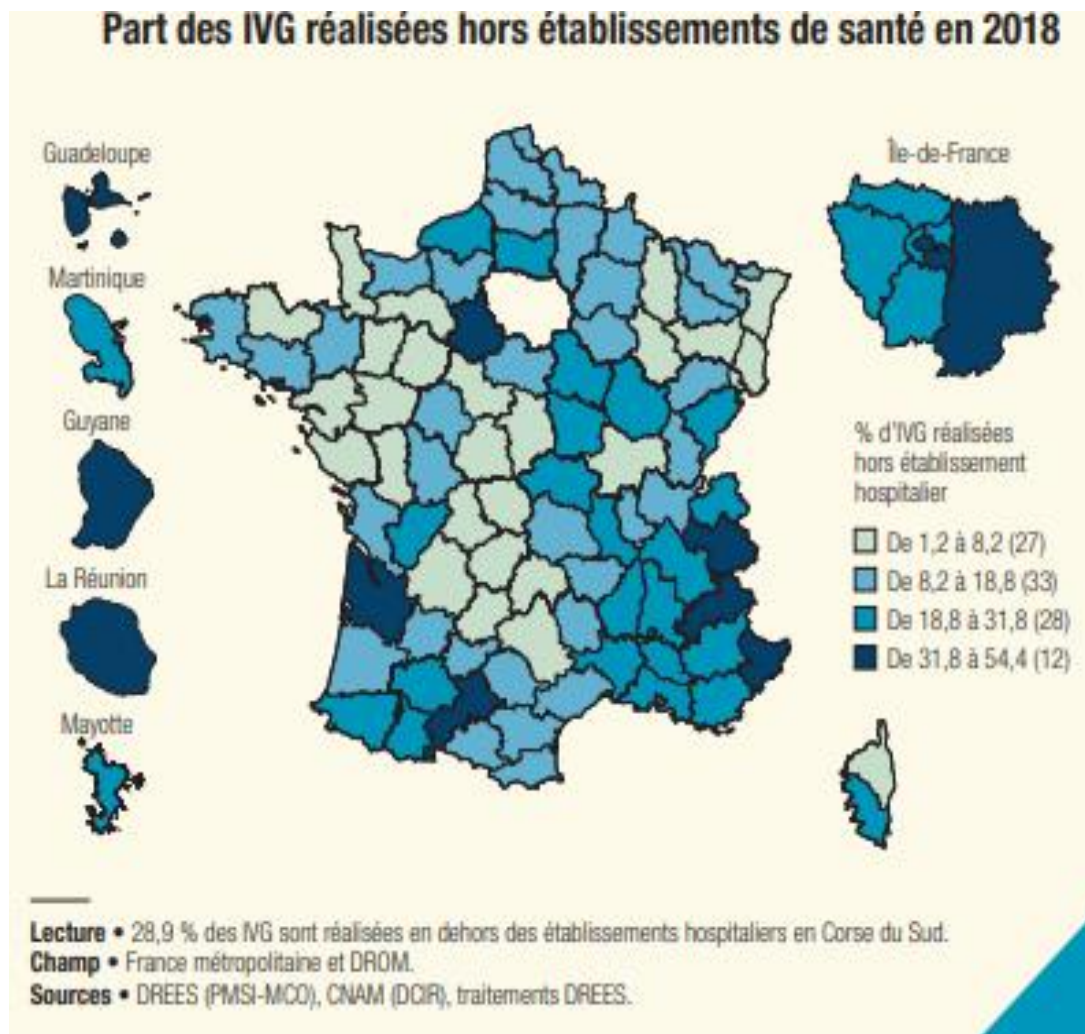
13. Ameli.fr. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité le 8 avr 2020]. Disponible sur; <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
14. Haute Autorité de santé. Méthodes contraceptives: focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité le 8 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
15. Vayssière C, Gaudineau A. Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 mars 2018;222:95-101.
16. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1462-76.
17. Commandos anti-IVG en France [Internet]. [ cité le 11 avr 2020] disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Commandos\\_anti-IVG\\_en\\_France](https://fr.wikipedia.org/wiki/Commandos_anti-IVG_en_France)
18. Legifrance.gouv.fr. Condition de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé [Internet]. Code de la santé publique. [ cité le 13 avr 2020] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190414&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
19. L'avortement en France: les dispositifs facilitants l'accès à l'IVG [Internet]. [ cité le 11 avr 2020] disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/l-avortement-en-france-les-dispositifs-facilitant-l-acces-a-l-ivg.html>
20. Benjamin A. Pourquoi les sites anti-IVG ne sont pas près d'être interdits. [Internet]. [cité le 13 avr 2020] disponible sur: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/pourquoi-les-sites-anti-ivg-ne-sont-pas-pres-d-etre-interdits\\_1835309.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/pourquoi-les-sites-anti-ivg-ne-sont-pas-pres-d-etre-interdits_1835309.html)
21. 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 le 13 avr 2020] disponible sur: [http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/guide\\_ivg\\_hors\\_etablissement\\_2017-2-2.pdf](http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2-2.pdf)
22. Haddad , Arnaud A, Maurice S. Healthcare itinerary of women undergoing an abortion according to their vulnerability. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 1 oct 2018;47(8):371-7.
23. Faucher P, Serfaty D. La contraception après une interruption volontaire de grossesse. *Médecine de la reproduction, gynécologie endocrinologie*. 2012; 14(1): 36-40.

24. Bednarek P, Schreiber CA, Eckler Kristen. Postabortion contraception. [Internet] [ cité le 13 mai 2020]. disponible sur; <https://www.uptodate.com/contents/postabortion-contraception>
25. Schreiber CA, Sober S, Ratcliff S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception* 2011; 84:230.
26. Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *J Am Med Women Assoc.* 2000; 55: 141.
27. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception of repeat abortion. *Contraception* 2008; 78:143.
28. Steenland MW, Tepper NK, Kapp N. Intrautérine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception* 2011; 84:447.
29. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptives Use, 2016. 65:1.
30. Raymond EG, Weaver MA, Tan YL, et al. Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implant on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2016; 127:306.
31. Fine PM, Trugstad J, Meyers N, Sangi-Haghpeykar H. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception* 2007; 75: 367.
32. Moreau , Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussel J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: result from a French population-based cohort. *Human Reproduction.* 1 juin 2009; 24(6): 1387-92.
33. Verdon A. 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 [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2018.
34. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisants des IVG. Etude et résultats, *DRESS.* 2009; (712):1-6.
35. Denry A. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption de grossesse médicamenteuse à Paris [Thèse de médecine]. Université de Pierre et Marie Curie; 2014.
36. 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 et Sénologie.* 1 janv 2017; 45(1):22-7.

37. 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.
38. Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse de médecine]. Université du droit et de la santé-Lille 2; 2014
39. Bajos et al. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM. Paris; 2002.
40. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France: des enjeux contraceptifs au report de l'âge de la maternité. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 1 août 2013;61(4): 291-8.
41. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstance des échecs et prescription contraceptive autour de l'IVG. *revue française des affaires sociale*. 22 juin 2011; ( 1): 148-61.
42. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pré-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *La Revue Sage-Femme*. Avril 2018;17: 49-53.
43. 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.
44. 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;
45. Adams Hillarrrd PJ. Intrauterine Device Use in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1 oct 2015;57(4): 359-60.
46. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et société*. sept 2012;(492).
47. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 1 juin 2017; 95(6):529-37.

## IX. ANNEXES

### ANNEXE 1



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

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

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

<p><b>PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :</b>  <b>AU TERME DE (en SA) :</b> <input type="text"/></p> <p><b><i>Prise de la Miféprostone le :</i></b>          1 cp <input type="checkbox"/> 3 cp <input type="checkbox"/></p> <p><b><i>Prise du Misoprostol le :</i></b>          400 mg <input type="checkbox"/> 800 mg <input type="checkbox"/></p> <p>Au cabinet                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Voie jugale                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          2<sup>ème</sup> prise                        oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><b><u>Contrôle de l'efficacité :</u></b></p> <p><b>Venue</b>                        oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  <b>Relance</b>                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dosage βHCG <input type="checkbox"/>          Echographie <input type="checkbox"/>          Clinique <input type="checkbox"/></p> <p><b>Succès</b>                        oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Injection Ig anti D faite</b> <input type="checkbox"/>  <b><u>Complications</u></b> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Grossesse évolutive <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/>          Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/>          Hémorragie <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> GEU <input type="checkbox"/>          Autres :</p> <p><b><u>Traitement des complications :</u></b>          Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/>          Antibiotiques <input type="checkbox"/>          Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/>          Autres :</p> <p><b><u>Contraception post-IVG</u></b></p> <p>Contraception prescrite :          Contraception désirée à distance :          Contraception prise : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><b><u>Entretien avec une conseillère :</u></b>  <b>Proposé</b>                      oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>  <b>Réalisé</b>                        oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
--	--

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

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





## RESUME

*Introduction* : Depuis 2005 le service d'orthogénie du CHU Pellegrin de Bordeaux a mis en place un réseau ville-hôpital afin de réaliser des IVG médicamenteuses en dehors de l'hôpital en collaborant avec des gynécologues, des médecins généralistes et des sages-femmes.

L'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution des prises en charge contraceptives au décours de l'IV, plus précisément la prescription des contraceptifs réversibles de longue durée d'action, plébiscités par les dernières recommandations des sociétés savantes.

*Matériel et méthodes* : Etude rétrospective unicentrique observationnelle, menée du premier janvier 2005 au 31 décembre 2018, chez les femmes ayant bénéficié d'un IVG médicamenteuse en ville. Les données ont été recueillies grâce aux fiches de liaison remplies par les professionnels de santé et inventoriées sous forme de tableau Excel.

*Résultats* : La contraception orale, prescrite dans plus de 80% des cas en 2005, est en constante diminution, bien qu'elle concerne encore 53% des femmes en 2018. Ce changement se fait au profit des LARC, prescrites dans 36% des cas en 2018. Les DIU sont plus prescrits que les implants, toute population confondue. 20% des patientes mineures, et 33% des patientes de 40 à 44 ans bénéficient d'une LARC en 2018. Ce sont les catégories chez lesquelles les LARC ont le moins progressé. Les patientes nullipares sont également 30% à bénéficier d'une LARC en 2018.

*Conclusion* : Les professionnels de santé ont fait évoluer leur pratique en l'adaptant aux nouvelles recommandations HAS, et prescrivent de plus en plus de LARC. Néanmoins la contraception orale reste encore le moyen contraceptif le plus prescrit surtout chez les patientes nullipares, les mineures et les patientes de 40 à 44 ans.

## RESUME EN ANGLAIS

*Introduction* : Since 2005, the orthogénics department of CHU de Bordeaux has set up a city-hospital network to perform medical abortions outside the hospital by collaborating with gynecologists, general practitioners and midwives. The objective of this study is to analyze the evolution of contraceptive care after abortum, more precisely the prescription of long-acting reversible contraceptives, acclaimed by the latest recommendation from learned societies.

*Material and methods* : Unicentric observational retrospective study, conducted from January 1, 2005 to December 31, 2018, in women who had a medical abortion outside the hospital. The data were collected using the liaison forms filled out by health professionals and inventoried in the form of an Excel spreadsheet.

*Results* : Pills, prescribed in more than 80% of cases in 2005 is constantly decreasing, even if it still concerns 53% of women in 2018. This change is in favor of LARCs, prescribed in 36% of cases in 2018. IUDs are more prescribed than implants, all populations combined. 20% of underage patients, and 33% of patients aged 40 to 44 received LARCs in 2018. These are the categories in which LARCs have made the least progress. 30% of women without child also benefited from LARC in 2018.

*Conclusion* : Healthcare professionals have evolved their practice by adapting it to new HAS recommendations, and are increasingly prescribing LARC. However, oral contraception is still the most prescribed contraceptive method, especially for women without child, minors and 40 to 44 years old women.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Contraception after medical abortum outside the hospital in Gironde : Evolution to 2005 at 2018.

---

## DISCIPLINE

Médecine générale

---

## MOTS-CLES

Contraception post-IVG, IVG médicamenteuse en ville, LARC, pilule, évolution des prescriptions

---

UNIVERSITE DE BORDEAUX : 146 rue Léo Saignat, 33000 BORDEAUX

