



**HAL**  
open science

# Parcours contraceptif autour des interruptions volontaires de grossesse : réévaluation de la contraception à la consultation pré-IVG

Camille Gissinger

► **To cite this version:**

Camille Gissinger. Parcours contraceptif autour des interruptions volontaires de grossesse : réévaluation de la contraception à la consultation pré-IVG. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03048092

**HAL Id: dumas-03048092**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03048092>**

Submitted on 9 Dec 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**PARCOURS CONTRACEPTIF AUTOUR DES  
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE :  
REEVALUATION DE LA CONTRACEPTION A LA  
CONSULTATION PRE-IVG**

Par GISSINGER Camille

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2020

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

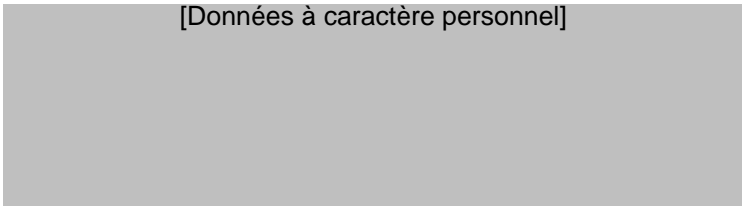
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**PARCOURS CONTRACEPTIF AUTOUR DES  
INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE :  
REEVALUATION DE LA CONTRACEPTION A LA  
CONSULTATION PRE-IVG**

Par GISSINGER Camille

[Données à caractère personnel]



Mémoire soutenu le : 15 juin 2020

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2020

## RESUME

**Objectifs** : L'objectif principal est de décrire le parcours contraceptif autour des IVG. Les objectifs secondaires sont de décrire les causes d'échec ou d'abandon de la contraception ; et déterminer si le choix de méthode contraceptive fait en consultation pré-IVG est maintenu en consultation post-IVG.

**Méthodes** : Cette étude est rétrospective descriptive monocentrique réalisée au centre d'orthogénie de l'HCE entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 juin 2019. Les données sont issues des dossiers papiers des patientes.

**Résultats** : Lors de la grossesse 44,6% des patientes n'utilisaient pas de contraception ; 22,6% prenaient la pilule, 19,5% utilisaient des préservatifs. En post-IVG, 55% des contraceptions prescrites étaient des méthodes à longue durée d'action et 36% des patientes ont choisi la pilule. Les causes les plus fréquentes d'échec de contraception étaient la mauvaise utilisation ou la non réussite de la méthode (23%). 49% des patientes étaient présentes à la consultation post-IVG et parmi elles 89% avaient maintenu leur choix contraceptif.

**Conclusion** : En post-IVG on note une augmentation nette de l'efficacité des méthodes contraceptives prescrites. Il y a un bon maintien du choix contraceptif malgré le fort taux d'absentéisme.

**Mots-clés** : *interruption volontaire de grossesse, échec de contraception, contraception, méthodes à longue durée d'action*

## ABSTRACT

**Objectives :** The main objective is to describe the contraceptive path around abortions. The secondary objectives are to describe the causes of failure or discontinuation of contraception; and determine whether the choice of contraceptive method made in the pre-abortion consultation is maintained in the post-abortion consultation or not.

**Methods :** This is a retrospective descriptive monocentric study carried out at the birth control center of the HCE between May 1 and June 30, 2019. The data are taken from the patients' paper files.

**Results :** During pregnancy 44.6% of patients did not use contraception; 22.6% took the pill, 19.5% used condoms. In post-abortion, 55% of the contraceptives prescribed were long-acting methods and 36% of the patients chose the pill. The most common causes of contraceptive failure were misuse and unsuccessful use of the method (23%). 49% of the patients were present at the post-abortion consultation and among them 89% had maintained their contraceptive choice.

**Conclusion :** In post-abortion there is a marked increase in the effectiveness of prescribed contraceptive methods. Contraceptive choice remains well maintained despite the high rate of absenteeism.

***Keywords :*** *abortion, contraceptive methods, contraceptive failures, long acting reversible contraception*

Je remercie tous les membres du Jury :

- Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Président du jury ;
- Dr Anne BRUNET-HUMBERT, Médecin généraliste, Praticien attaché de l'Hôpital Couple Enfant, CHUGA, Co-Présidente du jury ;
- Mme Claire SALOMON, Sage-femme au CHU Dijon et Hôpital privé Dijon Bourgogne, Sage-Femme invitée ;
- Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Sage-femme co-directrice de ce mémoire.



Je remercie plus particulièrement :

- Dr Marie SICOT, PH et médecin référent CIVG, Centre Médical de la Femme à l'Hôpital Couple Enfant, Directrice de ce mémoire ;  
*pour son accompagnement précieux, le partage de ses connaissances et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche ;*
  
- Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA, Co-Directrice de ce mémoire ;  
*pour tous ses conseils et son accompagnement à mes deux travaux de fin d'étude ;*
  
- Mme Claudine MARTIN et Mme Chrystèle CHAVATTE, Sages-Femmes Enseignantes au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble – UGA ;  
*pour leur accompagnement, leur disponibilité et leur écoute tout au long de ces quatre années d'étude ;*
  
- L'ensemble des secrétaires du service d'orthogénie de l'HCE ;  
*pour leur disponibilité et leur aide lors du recueil des données.*

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	<b>- 1 -</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>- 3 -</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>- 6 -</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>- 8 -</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>- 9 -</b>
1. État des lieux sur la contraception	- 9 -
2. État des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse	- 10 -
3. Contraception post-IVG	- 11 -
<b>II. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>- 13 -</b>
1. Description de l'étude	- 13 -
2. Définition de la population	- 13 -
3. Critères de jugement	- 13 -
4. Législation	- 13 -
5. Recueil des données	- 14 -
6. Définition des données	- 15 -
7. Analyse des données	- 18 -
<b>III.RESULTATS</b>	<b>- 19 -</b>
1. Inclusion des patientes	- 19 -
2. Description de la population	- 19 -
3. Méthodes contraceptives utilisées	- 22 -
4. Cause d'échec ou d'abandon de la méthode contraceptive	- 26 -
5. Présence à la consultation post-IVG	- 27 -

6. Maintien du choix contraceptif	- 28 -
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>- 29 -</b>
1. Limites et biais de l'étude	- 29 -
2. La population	- 31 -
3. Le parcours contraceptif	- 34 -
4. Échec ou abandon de la méthode contraceptive	- 36 -
5. Maintien du choix contraceptif à la consultation post-IVG	- 39 -
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>- 41 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>- 43 -</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>- 45 -</b>

## **ABREVIATIONS**

AME : Aide médicale d'état

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CHUGA : Centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes

CMU : Couverture maladie universelle

CNGOF : Conseil national des gynécologues obstétriciens français

COCON : Cohorte contraception

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

DRCI : Direction de la recherche clinique et de l'innovation

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

GNP : Grossesse non prévue

HAS : Haute autorité de santé

IMG : Interruption médicale de grossesse

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

# I. INTRODUCTION

## 1. État des lieux sur la contraception

La contraception a été légalisée par la loi Neuwirth en 1967 et depuis, il y a eu une évolution importante du paysage contraceptif. Tout d'abord il y a eu une diversification des méthodes contraceptives : l'apparition de nouvelles méthodes hormonales telles que l'implant, l'anneau et le patch transdermique dans les années 2000 et la légalisation de la contraception définitive en 2001. L'émission de nouvelles recommandations concernant la contraception a également permis de faire évoluer les pratiques professionnelles ; on peut citer la pose de dispositif intra-utérin (DIU) à une femme nullipare depuis les recommandations de l'ANAES en 2004 [1].

La crise de la pilule en 2013 suite à la médiatisation sur le risque de thrombose veineuse profonde associé à la prise d'une pilule œstroprogestative a provoqué un débat médiatique sur la sécurité des contraceptifs et entraîné une crainte à l'égard des pilules ainsi que le déremboursement des pilules de troisièmes et quatrièmes générations. Ainsi entre 2010 et 2013 une femme sur cinq déclarait avoir changé de méthode contraceptive, et le recours à la pilule est passé de 50 % à 41 % [2]. D'après l'étude Baromètre Santé 2016 [3], la contraception en France est majoritairement médicalisée avec la pilule (œstroprogestative et microprogestative confondues) en première position (33,2 %), et suivent le dispositif intra-utérin (25,6 %) et le préservatif (15,5 %) ; avec une représentation très différente en fonction de la tranche d'âge. Ainsi c'est parmi les femmes entre 20 et 29 ans que les principaux changements de méthode ont été observés entre 2010 et 2016 avec une baisse d'utilisation de la pilule et un report vers des méthodes à longue durée d'action (DIU, implant). Ce changement devrait permettre de réduire le risque de grossesse non prévue (GNP) dans cette tranche d'âge où le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est le plus élevé. L'étude relève également un report vers le préservatif comme remplacement de la pilule, qui est une méthode barrière

nécessitant la coopération des deux partenaires avec un taux d'échec élevé. Nous pouvons donc nous demander si ces modifications de pratiques contraceptives ont une incidence sur le nombre de grossesse non prévues et le recours à l'IVG.

## **2. État des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse**

L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué, décidé par la femme pour des raisons non médicales. En France, il a été temporairement autorisé par la loi du 17 janvier 1975 dite « loi Veil » puis définitivement légalisé le 31 décembre 1979 par la loi Pelletier. Aujourd'hui, l'IVG médicamenteuse est autorisée jusqu'à sept semaines de grossesse et l'IVG chirurgicale jusqu'à 12 semaines de grossesse [4]. Les deux méthodes sont prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Depuis juin 2016, les sages-femmes peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses. En 2018, 224 300 IVG ont été réalisées en France [5]. Le nombre de naissances et d'IVG évoluent de façon similaire depuis 1990, avec entre 200 000 et 220 000 interruptions volontaires de grossesse par an et un taux de recours de 15,4 IVG sur 1000 femmes, le plus élevé depuis 1990.

Selon l'enquête IVG réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2007, deux tiers des femmes ayant recours à l'IVG utilisaient une méthode de contraception [6] : 26 % prenaient la pilule, 17,8 % utilisaient des méthodes barrières (spermicides, diaphragme), le retrait ou des méthodes naturelles, 15,9 % des préservatifs. Il y a une minorité de méthodes à longue durée d'action telles que le DIU ou l'implant (1,7 %) et de patch transdermique ou anneau vaginal (0,8 %). Un tiers des femmes ayant recours à l'IVG n'utilisaient pas de méthode contraceptive et parmi elles, on note que seulement 6 % n'avaient jamais utilisé de contraception. L'IVG a donc lieu dans une période particulière du parcours contraceptif des femmes, relevant d'une situation à risque de grossesse

non prévue. Il y a de façon stable depuis trente ans une problématique entre la contraception et les IVG malgré un meilleur accès aux méthodes contraceptives habituelles ainsi qu'aux contraceptifs d'urgence, il s'agit du « paradoxe français » [7]. Concernant les contraceptions d'urgence, la France a été le premier pays à autoriser leur accès sans prescription dès mai 1999, et depuis 2005 on ne dénombre pas moins d'un million de « pilules du lendemain » (Norlevo®, Ellaone®) vendues chaque année [8].

### **3. Contraception post-IVG**

Une contraception efficace doit être installée au plus tôt après l'interruption volontaire de grossesse car le retour de l'ovulation est très rapide : il est possible dès le huitième jour après l'IVG et est présent chez plus de 90 % des femmes dans le mois suivant l'IVG [9]. Le choix de la méthode contraceptive doit être fait en accord avec les attentes de la femme et son mode de vie, et en tenant compte des contre-indications. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), il est nécessaire dès la consultation pré-IVG de réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode précédant la grossesse, lorsqu'il y en a une. Le professionnel doit donner une information sur les méthodes contraceptives disponibles ainsi que sur la contraception d'urgence et informer sur les infections sexuellement transmissibles [10]. Puis, la consultation post-IVG permet de vérifier si la méthode prescrite en pré-IVG est bien adaptée à la femme, et de s'assurer de l'observance. Attendre la visite de contrôle pour aborder la contraception serait un retard de prise en charge du fait de la reprise de l'ovulation ; de plus le risque de perdre de vue de la patiente est important puisqu'elles sont nombreuses à ne pas revenir en consultation post-IVG : en effet on compte 73,7 % de présence dans l'étude COCON [11], et 62,5 % dans une enquête menée en 2013 à Nice [12].

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a donc établi des recommandations [9] à propos des méthodes contraceptives utilisables après une interruption volontaire de grossesse. Les contraceptions orales ainsi que le patch transdermique peuvent être initiés le jour de l'intervention en cas d'IVG instrumentale et le jour ou le lendemain de la prise de prostaglandines en cas d'IVG médicamenteuse. L'anneau vaginal peut être inséré dans la semaine suivant l'IVG. L'implant devrait être inséré le jour de l'IVG instrumentale ou le jour de la prise de mifépristone. Pour les DIU, le CNGOF recommande qu'ils soient insérés le jour de l'IVG instrumentale, et en cas d'IVG médicamenteuse à la consultation de contrôle en s'assurant échographiquement de la vacuité utérine.

Afin de ne pas risquer une nouvelle grossesse non désirée par la patiente, il est nécessaire de prescrire à ces femmes une contraception efficace. L'efficacité théorique d'une contraception se mesure par l'indice de Pearl (Annexe 1), correspondant au taux de grossesses survenant sur la première année d'utilisation de la méthode. Il faut distinguer l'indice de Pearl théorique, c'est-à-dire avec une utilisation correcte et régulière de la méthode, à l'indice de Pearl pratique, c'est-à-dire l'utilisation dans la vie courante.

Cette étude a pour objectif principal de décrire le parcours contraceptif des femmes autour de l'interruption volontaire de grossesse, en lien avec l'efficacité contraceptive des méthodes proposées. L'étude a plusieurs objectifs secondaires : premièrement décrire les circonstances ayant mené à un échec ou un abandon de la contraception ; deuxièmement déterminer si le choix de méthode contraceptive fait en consultation pré-IVG est maintenu à la consultation de contrôle.



## **II.MATERIEL ET METHODES**

### **1. Description de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique, se déroulant au service d'orthogénie de l'Hôpital Couple Enfant à La Tronche entre le 1<sup>er</sup> mai 2019 et le 30 juin 2019 ; la période d'étude est donc de deux mois.

### **2. Définition de la population**

La population étudiée est constituée des femmes qui ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse, quelle que soit la méthode d'IVG utilisée, dans le service d'orthogénie de l'Hôpital Couple Enfant à La Tronche durant la période d'étude. Les femmes mineures sont exclues de l'étude.

### **3. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal de cette étude est la méthode contraceptive précédant l'IVG ainsi que celle prescrite pour la période post-IVG.

Il y a deux critères de jugements secondaires : le premier est la cause d'échec ou d'abandon de la méthode contraceptive exprimée à la consultation pré-IVG ; le deuxième est le maintien du choix contraceptif prescrit en consultation pré-IVG évalué lors de la consultation de contrôle.

### **4. Législation**

Il s'agit d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, qui est donc hors loi Jardé. Elle a été autorisée par la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) du CHUGA après l'envoi d'un protocole standardisé de recherche, ainsi que l'affichage d'une note

d'information dans le service d'orthogénie du recueil rétrospectif de données avec la possibilité de faire opposition au traitement de données personnelles.

## **5. Recueil des données**

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers papiers d'interruption volontaire de grossesse se trouvant aux archives de l'Hôpital Couple Enfant.

Les données recueillies sont :

- Age de la patiente : l'âge a été recueilli de façon brute puis classé en tranches d'âge en utilisant le référentiel de la DREES dans les enquêtes IVG ; 18-19 ans, 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans et 40 ans ou plus ;
- Situation professionnelle : ces données sont classées selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE en 2003. La catégorie « autres personnes sans activité professionnelle » a été divisée en « femmes au foyer ou au chômage » et « étudiantes », afin de donner une meilleure représentation de notre population. Nous avons exclu la catégorie « retraité » ;
- Situation sociale : comprenant les items « couverture sociale », « mutuelle », « CMU (couverture maladie universelle) ou AME (aide médicale d'état) » à cocher par le praticien réalisant la consultation dans le dossier ;
- Situation maritale : afin de distinguer les femmes vivant en couple (couples mariés et couples vivant en concubinage confondus) et les femmes vivant seules ;
- Nombre d'enfants vivants ;
- Nombre d'interruptions volontaires de grossesses antérieures : cette donnée est issue des antécédents obstétricaux des patientes ;
- Méthode contraceptive précédant la grossesse : on note que l'étude prend également en compte l'absence de méthode ;

- Méthode contraceptive choisie par la patiente à la consultation pré-IVG ;
- Cause de l'échec ou de l'abandon de la méthode contraceptive ;
- Type d'interruption volontaire de grossesse : chirurgicale ou médicamenteuse ;
- Présence à la consultation post-IVG : cette donnée permet de créer une nouvelle population et de recueillir ensuite si la patiente a maintenu son choix de méthode contraceptive.

Ces données sont recueillies sur le logiciel Microsoft Excel 2018. Afin de respecter l'anonymat des patientes incluses dans l'étude, aucune information permettant leur identification (nom, numéro de dossier) n'est inscrite dans la base de données. Un fichier indépendant faisant correspondre le nom des patientes et leur numérotation sur la base de données est stocké sur la session sécurisée de ma directrice de mémoire au sein du CHUGA.

## **6. Définition des données**

Les méthodes contraceptives ont été classifiées dans la base de données de façon non exhaustive, telles qu'elles sont inscrites dans les dossiers des interruptions volontaires de grossesse. En effet, le praticien doit lors de la consultation pré-IVG cocher si la patiente utilisait une méthode contraceptive, puis de laquelle il s'agissait parmi les suivantes :

- Pilule : comprend la pilule œstroprogestative et la pilule microprogestative. Il n'était pas spécifié dans le dossier le type de pilule ainsi que la spécialité ; de plus elles ont la même efficacité pratique, elles ne sont donc pas différenciées dans cette étude ;
- Contraception locale : comprend le diaphragme et les spermicides ;
- Préservatif masculin ;
- Méthode Ogino : méthode consistant à éviter les rapports sexuels pendant la période de fécondabilité ;

- Méthode du retrait ;
- Dispositif intra-utérin : comprend le DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel. Contrairement aux pilules, les différents types de DIU n'ont pas la même efficacité pratique. Dans cette étude seront donc différenciés les DIU hormonaux (Mirena®, Kyleena®, Jaydess®) et les DIU au cuivre (nombreuses spécialités selon leur forme et leur durée d'action) ;
- Implant contraceptif ;
- Autres méthodes hormonales : comprend le patch transdermique et l'anneau vaginal, qui sont des méthodes œstroprogestatives ;
- Pilule du lendemain : il s'agit des deux spécialités Norlevo® et Ellaone®. Ce type de méthode n'est pas dans le référentiel des méthodes contraceptives de la HAS et n'est pas défini par un indice de Pearl puisque ce n'est pas une méthode pouvant être étudiée au long cours mais seulement de façon isolée.

Il est possible que certaines méthodes contraceptives soient utilisées simultanément. Par exemple la méthode Ogino peut être associée à une contraception locale, et la pilule du lendemain au préservatif masculin lorsque la première méthode a échoué. Les données recueillies étant celles disponibles dans le dossier, lorsque plusieurs méthodes ont été utilisées elles ont été référencées dans deux catégories.

La contraception prescrite lors de la consultation pré-IVG est notée dans le dossier de façon libre par le praticien mais pour plus de clarté nous classerons les méthodes contraceptives dans notre étude de la même façon que lors de la consultation pré-IVG. Ainsi, on recueille également s'il y a eu un changement de contraception « avant » et « après » l'IVG, et si pour les femmes

n'utilisant aucune contraception avant la grossesse la mise en place d'une méthode contraceptive a eu lieu.

Ces méthodes contraceptives prescrites sont ensuite associées à leur indice de Pearl, définissant leur efficacité. Ces données sont issues de la fiche de la Haute Autorité de Santé « Efficacité des méthodes contraceptives » (Annexe I). Nous utiliserons les indices de Pearl pratiques, c'est à dire correspondant à l'utilisation courante de la méthode. En fonction du taux de grossesses durant la première année de leur utilisation, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a classifié les méthodes selon leur efficacité :

- Indice de Pearl inférieur à 1 : méthode très efficace ;
- Indice de Pearl compris entre 1 et 9 : méthode efficace ;
- Indice de Pearl compris entre 10 et 25 : méthode modérément efficace ;
- Indice de Pearl compris entre 26 et 32 : méthode moins efficace.

Les causes d'échec ou d'abandon de la méthode contraceptive avant la grossesse sont notées par le praticien de façon libre dans les dossiers. Elles sont donc classifiées dans cette étude sans s'appuyer sur un référentiel ; et lorsque cette partie n'était pas remplie par le praticien on estime qu'il n'a pas reçu de réponse, on inclut alors la patiente dans « aucun motif donné ». Voici les différentes catégories :

- Erreur d'utilisation de la méthode : ceci comprend les oublis de pilule ou de patch, les mauvaises utilisations de préservatif (exemple : utilisation une fois sur deux) ;
- Échec du contraceptif : on définit un échec lorsqu'une grossesse survient alors qu'il y a une bonne utilisation de la méthode contraceptive (exemples : pas d'oubli de pilule, déchirement ou glissement du préservatif, DIU en place) ;

- Transition entre deux méthodes contraceptives : il s'agit d'une erreur dans le chevauchement entre deux méthodes contraceptives ;
- Échec ou abandon de la méthode lié au contexte psycho-social : on retrouve dans ce cas-là des désirs de grossesse suivis d'une séparation du couple, des contextes de violence, etc... ;
- Abandon de la méthode suite à une mauvaise tolérance de la méthode contraceptive ;
- La patiente ne sait pas ce qui a entraîné l'échec de sa contraception ;
- Aucun motif donné.

Concernant la consultation post-IVG, elle se déroule entre 14 et 21 jours après l'intervention. Les données recueillies portaient uniquement sur la présence ou non de la patiente à cette consultation ; ainsi que la contraception utilisée en post-IVG. Ainsi, il est possible de savoir si le choix de méthode contraceptive fait avant l'IVG a été maintenu.

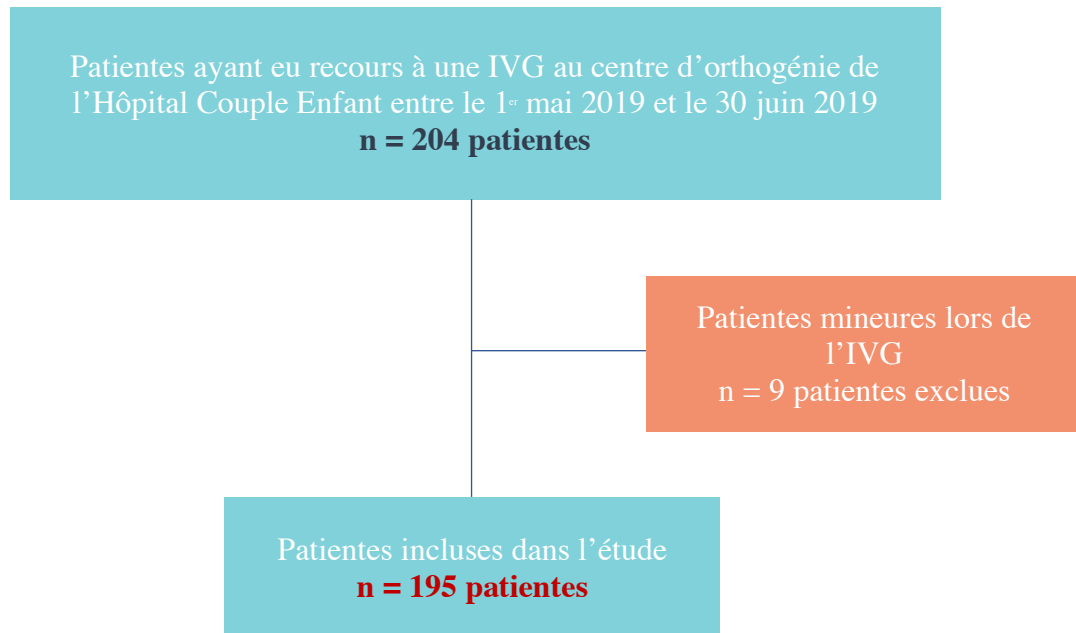
## **7. Analyse des données**

La base de données créée sur Microsoft Excel 2018 a été transférée sur le site R4web de l'Université Grenoble Alpes, permettant l'analyse statistique. Ainsi la population étudiée a pu être décrite grâce à des paramètres de position et de dispersion, et l'analyse descriptive répondant à mes différents objectifs a été faite. Les variables quantitatives permettant de décrire la population suivaient une répartition non gaussienne, les paramètres utilisés ont donc été la médiane et l'écart interquartile. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

### III. RESULTATS

#### 1. Inclusion des patientes

Figure 1 : diagramme de flux décrivant l'inclusion des patientes dans l'étude



Entre le 1<sup>er</sup> mars 2019 et le 30 juin 2019, 204 patientes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple Enfant à la Tronche. Parmi elles, neuf étaient mineures lors de l'intervention, elles ont donc été exclues de l'étude. Au total, 195 patientes ont été incluses dans cette étude.

#### 2. Description de la population

Le Tableau I permet de décrire la population étudiée à l'aide des caractéristiques recueillies dans les dossiers. Les patientes avaient un âge compris entre 18 ans et 44 ans et ont été réparties en plusieurs tranches d'âge conformément au référentiel des études de la DREES [7]. Ainsi, 21 patientes avaient moins de vingt ans (10,8 %) ; 55 patientes avaient entre 20 et 24 ans (28,2 %), on note qu'il s'agit de la tranche d'âge la plus représentée dans cette population ; 44 patientes avaient entre 25 et 29 ans (22,6 %) ; 32 patientes avaient entre 30 et 34 ans (16,4%) ; 28

patientes avaient entre 35 et 39 ans (14,3 %) ; et enfin 15 patientes avaient 40 ans ou plus (7,7 %). La médiane a été calculée à 27 ans, et l'écart-interquartile à 11 ans.

Concernant les catégories socioprofessionnelles, les plus représentées dans l'étude sont les « femmes au foyer ou au chômage » avec 48 patientes (24,7 %) ; puis les « employées » avec 46 patientes (23,7 %). De façon égale on retrouve les catégories « professions intermédiaires » et « étudiantes » représentant toutes deux 37 patientes de l'étude (19,1 %).

Les données relatives à la situation sociale étaient manquantes pour 40 % de la population de l'étude, puisqu'elles n'ont pas été notées dans les dossiers par le praticien réalisant la consultation. Parmi les 117 patientes pour qui les données sont exploitables, 85 bénéficiaient d'une complémentaire santé (72,7 %) ; 21 patientes avaient recours à la CMU ou à l'AME (17,9 %) ; six patientes avaient une couverture sociale sans complémentaire santé (5,1 %) ; et cinq patientes n'avaient aucune couverture sociale (4,3 %).

Cent patientes, c'est-à-dire 51,5 % de la population de l'étude ont déclaré vivre en couple. La plus grande partie des femmes interrogées n'avaient pas d'enfants au moment de l'étude : 96 patientes, c'est-à-dire 49,2 % des patientes. Trente-deux femmes avaient un enfant (16,4 %) ; 41 avaient deux enfants (21,1 %) ; et 26 patientes avaient trois enfants ou plus (13,3 %). L'étendue du nombre d'enfant était d'un à sept enfants vivants.

L'étendue du nombre antérieur d'IVG était d'aucune à sept IVG. Cent-vingt patientes (61,5 % de la population) n'avaient jamais eu recours à l'IVG ; 50 patientes (25,7 %) avaient déjà subi une IVG ; 17 patientes (8,7 %) avaient eu recours deux fois à une IVG. Huit patientes (4,1 %) ont eu recours au moins trois fois à l'IVG.



Concernant le mode d'interruption volontaire de grossesse des patientes étudiées, 140 patientes ont eu recours à une IVG chirurgicale (72 %) et 55 patientes ont eu recours à la méthode médicamenteuse (28 %).

**Tableau I : Caractéristiques des patientes de l'étude (n=195)**

Caractéristiques*	Valeurs	
Age, med(EIQ), e=26(44-18)	27	(11)
18-19 ans, n(%)	21	(10,8)
20-24 ans, n(%)	55	(28,2)
25-29 ans, n(%)	44	(22,6)
30-34 ans, n(%)	32	(16,4)
35-39 ans, n(%)	28	(14,3)
≥ 40 ans, n(%)	15	(7,7)
Catégorie socio-professionnelle*, n(%)		
Agriculteur exploitant	1	(0,5)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6	(3,1)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15	(7,7)
Professions intermédiaires	37	(19,1)
Employés	46	(23,7)
Ouvriers	4	(2,1)
Femme au foyer, au chômage	48	(24,7)
Étudiante	37	(19,1)
Situation sociale*, n(%)		
Couverture sociale seule	6	(5,1)
Complémentaire santé	85	(72,7)
CMU ou AME	21	(17,9)
Aucune couverture sociale	5	(4,3)
Vit en couple, n(%)	100	(51,5)
Nombres d'enfants vivants, med (EIQ), e=7(7-0)		
Aucun, n(%)	96	(49,2)

1, n(%)	32	(16,4)
2, n(%)	41	(21,1)
≥ 3, n(%)	26	(13,3)
Interruption volontaire de grossesse antérieure, med(EIQ), e=7(7-0)	0	(1)
Aucune, n(%)	120	(61,5)
1, n(%)	50	(25,7)
2, n(%)	17	(8,7)
≥ 3, n(%)	8	(4,1)
Mode d'interruption volontaire de grossesse, n(%)		
IVG chirurgicale	140	(72)
IVG médicamenteuse	55	(28)

\* Les données sur la catégorie socioprofessionnelle étaient manquantes pour un cas, et sur la couverture sociale pour 78 cas.

### 3. Méthodes contraceptives utilisées

Le Tableau II présente la situation contraceptive des patientes de l'étude avant l'interruption volontaire de grossesse ; ainsi que la méthode prescrite à la consultation pré-IVG. Les méthodes contraceptives sont classées par ordre décroissant de fréquence d'utilisation avant l'IVG, montrant les méthodes les plus utilisées au moment de la grossesse ; en prenant en compte l'absence de méthode. On retrouve 205 moyens de contraceptions avant l'IVG puisque certaines méthodes peuvent être utilisées de façon simultanée.

**Tableau II : Situation contraceptive des patientes ayant recours à l'IVG et choix contraceptif lors de la consultation pré-IVG**

Situation contraceptive	Avant l'IVG n = 205		Choix à la consultation pré-IVG n = 195	
	n	%	n	%
Nom de la méthode				
Aucune méthode	89	(45,6)	6	(3)
Pilule	45	(23)	71	(36,4)
Préservatif masculin	38	(19,5)	8	(4,1)
Dispositifs intra-utérins	8	(4,1)	81	(41,5)
DIU au cuivre	7	(3,6)	39	(20)
DIU hormonal	1	(0,5)	42	(21,5)
Méthode Ogino	7	(3,6)	0	(0)
Contraception d'urgence	7	(3,6)		
Retrait	4	(2)	0	(0)
Contraception locale	4	(2)	1	(0,5)
Autres méthodes hormonales (patch, anneau)	2	(1)	2	(1)
Implant	1	(0,5)	23	(11,8)
Contraception définitive			3	(1,5)

Avant l'interruption volontaire de grossesse, on note que 89 patientes – c'est-à-dire 45,6 % de la population étudiée – n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Les autres méthodes très représentées avant l'IVG sont : la pilule pour 45 patientes (23 %) et le préservatif masculin utilisé par 38 patientes (19,5 %). On note également que sept patientes (3,6 %) ont utilisé une contraception d'urgence, plus ou moins associée à une autre méthode contraceptive.

Concernant les contraceptions prescrites lors de la consultation pré-IVG, il y a davantage de méthodes à longue durée d'action. En effet, bien que la méthode contraceptive la plus prescrite en post-IVG soit la pilule pour 71 patientes, c'est-à-dire 36,4 % de la population ; 42 patientes ont choisi de se faire poser un DIU hormonal (21,5 %) ; 39 patientes ont choisi le DIU au cuivre

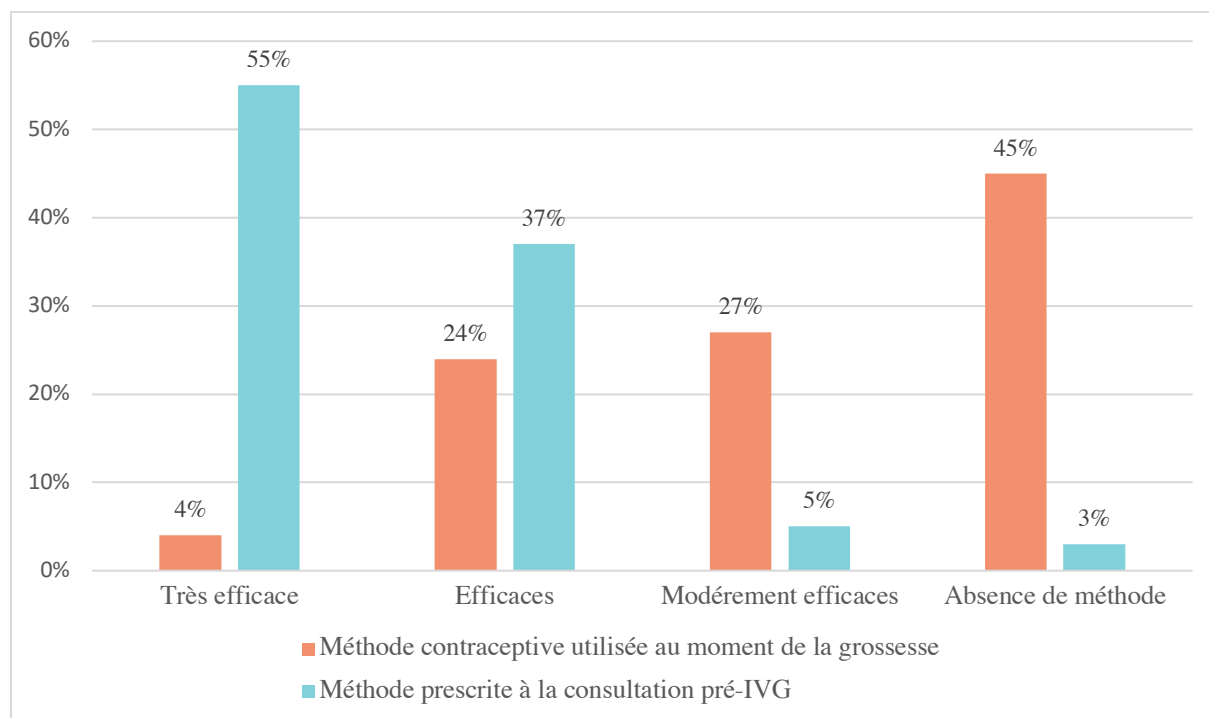
(20 %) ; et 23 patientes ont choisi la pose d'un implant contraceptif (11,8 %). On note que trois patientes (1,5 %) avaient comme projet la contraception définitive. Six patientes ne souhaitaient pas de contraception après l'interruption volontaire de grossesse, représentant 3 % de la population étudiée.

D'après la classification des méthodes contraceptives de l'OMS et les indices de Pearl pratiques présents dans l'Annexe I, nous pouvons répartir les contraceptions dans différents sous-groupes :

- Contraceptions très efficaces : comprend l'implant, le DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel. Il s'agit des méthodes réversibles à longue durée d'action ;
- Contraceptions efficaces : les différents types de pilule, le patch transdermique, l'anneau vaginal ;
- Contraceptions modérément efficaces : préservatif masculin, diaphragme associé aux spermicides (contraception locale), le retrait, la méthode Ogino.

Sur la Figure 2 sont représentés les différents sous-groupes de méthodes contraceptives classées selon leur efficacité pratique, en ajoutant à l'histogramme l'utilisation d'aucune contraception. La première colonne concerne la méthode contraceptive utilisée au moment de la grossesse ; la deuxième colonne la méthode contraceptive prescrite lors de la consultation pré-IVG.

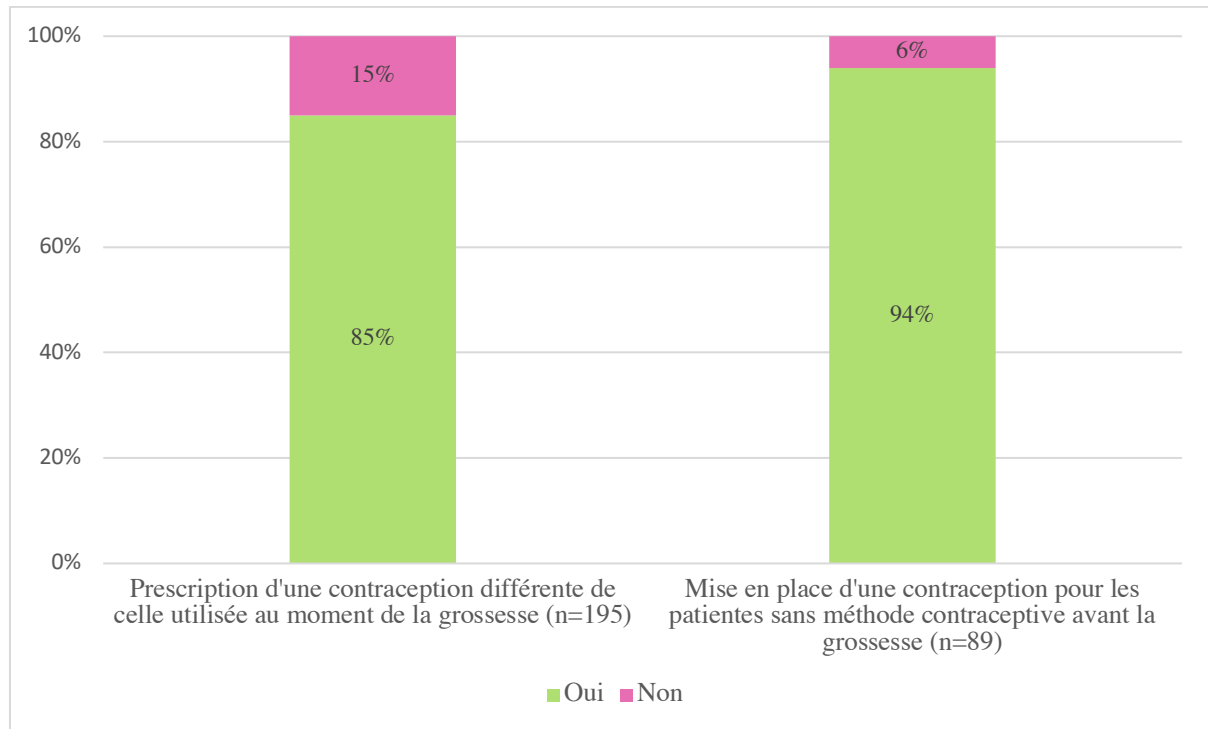
**Figure 2 : Comparaison de l'utilisation des méthodes contraceptives utilisées avant l'IVG et prescrites en consultation pré-IVG selon leur efficacité (en %)**



Au moment de la grossesse, il y a donc 45 % des patientes qui n'utilisaient aucune contraception ; 27 % qui utilisaient une méthode modérément efficace ; 24 % une méthode efficace et 4 % une méthode très efficace, c'est-à-dire une méthode à longue durée d'action. Concernant les méthodes contraceptives prescrites lors de la consultation pré-IVG, on relève 55 % de méthodes très efficaces, 37 % de méthodes efficaces, 5 % de méthodes modérément efficaces et 3 % d'absence de méthode contraceptive prescrite.

De plus, comme illustré sur la [Figure 3](#) on observe un changement de méthode contraceptive pour 166 patientes, représentant 85 % de la population étudiée ; seulement 15 % ont poursuivi la contraception qu'elles utilisaient avant la grossesse. Concernant les 89 femmes n'utilisant pas de méthode contraceptive, 84 d'entre elles ont accepté la prescription d'une contraception à la consultation pré-IVG (94 %).

**Figure 3 : Prescription contraceptive à la consultation pré-IVG : changement de contraception et mise en place d'une méthode contraceptive**



#### 4. Cause d'échec ou d'abandon de la méthode contraceptive

Concernant les causes d'échec ou d'abandon de la méthode contraceptive avant la grossesse, elles sont classées dans le Tableau III par ordre décroissant de fréquence. On note tout d'abord que 54 patientes n'ont donné aucun motif à l'échec d'une contraception ou à leur abandon lorsqu'elles n'en utilisaient pas, ce qui représente 28 % de la population étudiée. Ensuite, 44 patientes (23 %) ont déclaré une erreur d'utilisation de la méthode contraceptive : il pouvait s'agir d'oublis de pilule, d'horaires décalés dans la prise, d'oublis de patch ou de préservatif mis non régulièrement. De même, 44 patientes affirmaient qu'il s'agissait d'un échec de la méthode contraceptive (23 %) : on retrouve notamment des ruptures de préservatifs masculins, des pilules prises de façon correcte et régulière, des DIU au cuivre en place ainsi que des prises de contraception d'urgence. Vingt-quatre femmes ont déclaré être en période de transition entre deux méthodes contraceptives (12 %), il pouvait s'agir d'attente de renouvellement de

contraceptif, de méthode à longue durée d'action en attente de pose ou bien posée en début de grossesse, ou encore de pilule non commencée en post-partum immédiat. Seize grossesses ont été expliquées par un contexte psychosocial difficile (8 %) avec majoritairement des problèmes conjugaux et de désaccords concernant le désir de grossesse. Neuf patientes déclaraient avoir arrêté leur méthode contraceptive à cause d'une mauvaise tolérance (5 %), et quatre patientes (2 %) ne savaient pas ce qui était à l'origine de l'échec de contraception.

**Tableau III : Cause de l'échec ou de l'abandon de la méthode contraceptive utilisée avant l'interruption volontaire de grossesse (n=195)**

Causes possibles d'échec ou d'abandon de la méthode	n	%
Aucun motif	54	(28)
Erreur d'utilisation de la méthode	44	(23)
Échec du contraceptif	44	(23)
Transition entre deux méthodes contraceptives	24	(12)
Contexte psychosocial	16	(8)
Mauvaise tolérance	9	(5)
Ne sait pas	4	(2)

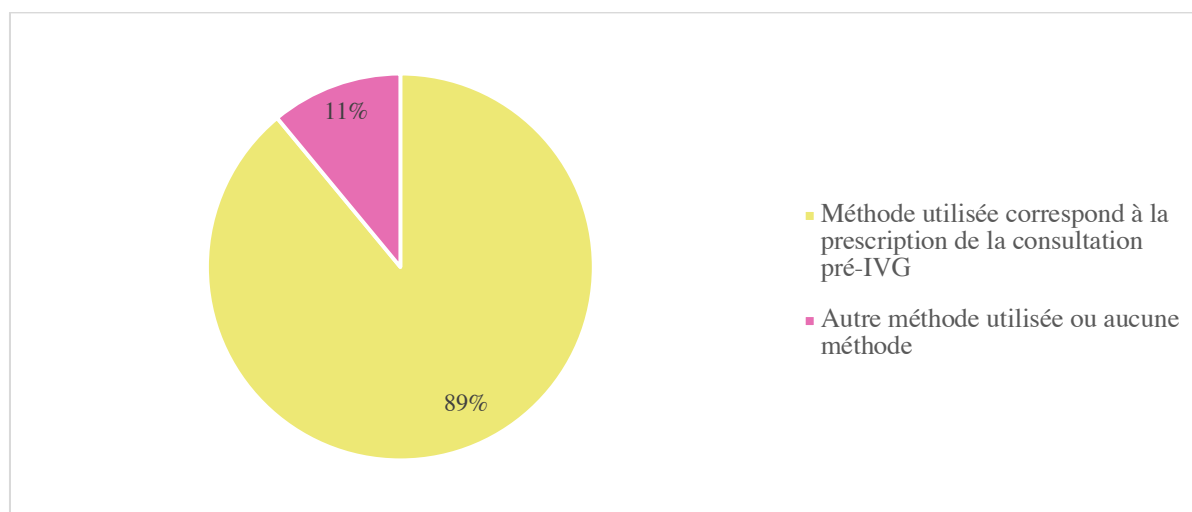
### 5. Présence à la consultation post-IVG

La consultation de contrôle post-IVG a lieu entre 14 et 21 jours après l'interruption volontaire de grossesse. Seulement 96 patientes étaient présentes à cette consultation représentant 49 % de la population étudiée. Ensuite, chaque mode d'IVG a été isolé et on retrouve parmi les 140 femmes qui ont eu recours à la méthode chirurgicale, 58 patientes présentes au contrôle (41 %) ; et parmi les 55 femmes ayant choisi la voie médicamenteuse, 38 étaient présentes lors de la consultation (69 %).

## 6. Maintien du choix contraceptif

Lors de la consultation de contrôle où 96 patientes étaient présentes (49 % de la population étudiée), le praticien a relevé la méthode contraceptive utilisée par la femme. Comme illustré sur la Figure 4, dans cet échantillon de 96 patientes, 85 d'entre-elles avaient maintenu le choix de méthode contraceptive fait à la consultation pré-IVG c'est-à-dire 89 % des femmes présentes.

**Figure 4 : Maintien du choix contraceptif à la consultation post-IVG (en %)**





## IV. DISCUSSION

### 1. Limites et biais de l'étude

Il y a tout d'abord un **biais de sélection** lié au lieu de réalisation de l'étude : en effet, le fait qu'elle ait été réalisée dans un centre hospitalier induit une sous-représentation des IVG médicamenteuses. D'après la DREES, en France 69 % des interruptions volontaires de grossesse sont faites par voie médicamenteuse alors que dans notre étude on en compte seulement 28 %. Cette sous-représentation est liée au fait qu'on ne retrouve donc que les patientes hospitalisées pour l'IVG : il peut s'agir d'IVG médicamenteuses ou chirurgicales, en tenant compte qu'une grande part des femmes ayant recours à la méthode médicamenteuse le font en ambulatoire en ville, possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Selon la DREES dans son rapport paru en 2019 « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 » [5], 24 % des IVG en métropole ont eu lieu dans des cabinets libéraux, des centres de santé et des centres d'éducation et de planification familiale (CPEF). Ce biais entraîne une mauvaise représentation de la population cible et ne permet pas d'extrapoler les résultats de l'étude à l'ensemble des femmes ayant recours à l'IVG.

Le **faible taux de consultation post-IVG** (49 %) est également une limite de l'étude car avec la majorité de la population étudiée perdue de vue, on ne peut pas extrapoler les résultats sur le maintien du choix de la méthode contraceptive ; ces résultats sont donc uniquement à titre informatif. Par ailleurs, parmi les patientes revenant en consultation post-IVG on observe une surreprésentation des femmes ayant eu recours à la méthode médicamenteuse (69 %) ; cette population étant déjà sous-représentée dans l'étude, cela accentue le biais de représentativité de la population.

Dans la population étudiée on relève 78 **données manquantes** concernant la couverture sociale : il s'agit de 40 % des patientes de l'étude ; qui sont secondaires à l'absence de remplissage de cette donnée par le praticien réalisant la consultation. Puisqu'il s'agit d'une valeur qualitative, ces données n'ont pas été substituées. C'est une part importante de la population, mais qui n'est pas utilisée dans l'étude pour classer les patientes et qui n'est pas un élément de réponse aux objectifs, même si la couverture sociale peut influencer le choix de contraception. Ceci pourrait être expliqué par le fait que quel que soit le statut social de la patiente, le « forfait IVG » est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale depuis le 31 mars 2013 et comprend toutes les consultations, examens biologiques et paracliniques liés à l'IVG [13] ; c'est une donnée que les praticiens hospitaliers n'ont donc pas besoin de prendre en compte dans leur choix thérapeutique. Les patientes sans couverture sociale se voient également délivrer de façon gratuite leur méthode de contraception par le centre de planification du CHUGA.

Lors du recueil de données, les antécédents obstétricaux ont été relevés afin de déterminer le **nombre de recours à l'IVG** pour chaque patiente. Cependant, les dates d'interruptions volontaires de grossesse étaient disponibles dans les dossiers mais n'ont pas été recueillies ; ainsi il n'est pas possible de parler d'IVG itératives dans cette étude. En effet, selon l'INED il s'agit d'une patiente ayant eu recours trois fois ou plus à une interruption volontaire de grossesse ou bien deux fois dans une période de trois ans [14]. Les patientes n'ont donc pas pu être classées selon leur parcours d'IVG, ne permettant pas de comparer cette donnée avec d'autres études.

Concernant la **méthode d'étude**, il aurait pu être intéressant de faire une étude comparative afin de voir l'évolution de la méthode contraceptive pour chaque patiente, de façon individuelle.

Cependant, nous pouvons admettre que les interruptions volontaires de grossesse, bien que reliées étroitement à la contraception, ne résultent pas seulement d'un échec contraceptif. Comme nous pouvons le voir dans nos résultats il y a d'autres facteurs à prendre en compte notamment le contexte psychosocial. Nous ne pouvions donc pas réduire l'étude à une comparaison des méthodes contraceptives avant et après l'IVG, mais plutôt décrire ce parcours contraceptif et analyser les circonstances d'échec ayant mené à la grossesse. Il aurait par contre été intéressant d'avoir un suivi plus à distance de l'IVG afin d'avoir plus d'informations sur l'observance de la méthode contraceptive.

## **2. La population**

Les études nous permettant de comparer notre population à la littérature sont majoritairement issues des **enquêtes IVG** puisque leur évolution est suivie chaque année et donne lieu à des résultats d'enquête. Ici, nous prendrons comme référence l'enquête IVG de la DREES réalisée en 2007 et analysée par Annick Vilain dans l'article « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge » [7], puisqu'aucune autre enquête de ce type n'a depuis été réitérée. Les statistiques annuelles des IVG ont pour source les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et celles de l'assurance maladie concernant les IVG pratiquées hors centre hospitalier. Les bulletins d'interruptions volontaires de grossesses étaient utilisés de 1975 à 2014 afin de dénombrer les IVG, dont on retrouve les données dans une étude de Population et Sociétés en 2014 [15] ; elles n'étaient pas entièrement représentatives de la population ayant recours à l'IVG puisque ces bulletins étaient également remplis pour les interruptions médicales de grossesse (IMG).

Dans notre étude, la médiane de l'âge des femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse était de 27 ans, ce qui est identique aux résultats publiés par la DREES dans

l'enquête IVG [7]. La répartition d'âge était similaire : la tranche la plus représentée était celle des patientes entre 20 et 24 ans où l'on retrouve 55 patientes de l'étude, c'est-à-dire 28,2 % de la population. Et en effet, il s'agit de la tranche d'âge parmi laquelle le taux de recours à l'IVG est le plus important (27,3 pour 1000 femmes), de façon stable alors qu'il est en baisse chez les plus jeunes et en hausse chez les plus âgées. De façon générale, les taux de recours à l'IVG de la DREES de l'année 2018 [5] suivent la même distribution que les proportions des patientes de notre étude dans chaque tranche d'âge.

Concernant l'analyse socioprofessionnelle des femmes, les méthodes de classification entre notre étude et l'enquête IVG sont différentes : l'enquête IVG [7] se base sur l'enquête Emploi 2007 et classifie les patientes telles que : « exerce un emploi », « au chômage », « étudiante », « autre » ; dans notre étude la classification utilisée est celle des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE. Cependant, le taux de femmes ayant un emploi est comparable, avec 56,2 % dans notre étude et 54,9 % dans l'enquête IVG ; il en est de même pour les étudiantes : 19,1 % dans notre étude et 15,5 % dans l'enquête nationale. Dans les deux études, on peut donc voir que les femmes ayant eu recours à l'IVG sont globalement moins souvent en situation d'emploi (62,6 % dans l'enquête Emploi 2007) et plus souvent au chômage (7,7 % dans l'enquête Emploi 2007) que l'ensemble des femmes de la population française entre 15 et 49 ans.

Le nombre important de données manquantes concernant la couverture sociale des femmes de notre étude ne nous permet pas de comparer la population. Cependant il est important de noter que dans l'article « Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France » [16] publié en 2016, les auteurs relevaient que les femmes ayant recours à l'IVG bénéficient globalement d'une moins bonne couverture sociale que la population générale : 23 % des

femmes n'avaient pas de complémentaire santé alors qu'il ne s'agit que de 5 % dans l'ensemble des femmes de la classe d'âge 15-49 ans en 2008 ; et la part de bénéficiaires de la CMU était également plus importante.

Dans notre étude, les patientes vivaient davantage en couple (51,5 %) que dans l'enquête IVG de la DREES (45 %) [7]. Il s'agit d'un taux inférieur à celui de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans selon l'enquête Emploi, où elles étaient 59 % à vivre en couple. Concernant les antécédents obstétricaux et le nombre d'enfants, les résultats de notre étude sont similaires à ceux de l'enquête IVG. En effet, on retrouve ici 51,8 % des femmes ayant au moins un enfant contre 53 % des femmes de l'enquête IVG. On remarque que les IVG concernent donc de façon quasiment égale les femmes n'ayant pas d'enfant (49,2 %) et celles en ayant au moins un : il s'agit donc d'une situation retrouvée chez des profils de femmes avec des situations familiales différentes. Bien que le terme d'IVG itératives ne puisse être utilisé, dans notre étude 4,1 % des patientes ont déjà réalisé au moins trois IVG ; la répétition concerne donc une faible proportion de cette population. Dans l'article de Population et Sociétés publié en 2014 « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours » [15], les résultats statistiques de l'année 2011 sont sensiblement similaires à ceux de notre étude en termes d'antécédents d'IVG, avec une classification identique à la nôtre. On retrouve 66,7 % des patientes pour lesquelles il s'agit de la première IVG contre 61,5 % dans notre étude ; 19,7 % qui ont déjà eu recours à une IVG, un résultat plus bas que celui de notre étude qui s'élève à 25,6 % des patientes ; 9,5 % qui ont comme antécédents deux IVG contre 8,7 % dans notre population ; et enfin un nombre égal de patientes ayant subi au moins trois IVG qui est de 4,1 %.

De façon globale, la population est donc similaire entre cette étude et les études nationales sur les paramètres étudiés.

### 3. Le parcours contraceptif

Les **méthodes contraceptives utilisées en France** pour les femmes entre 15 et 49 ans sont décrites dans l'enquête Baromètre Santé 2016 menée par Santé Publique France [3]. En faisant abstraction des tranches d'âge, la méthode la plus utilisée est la pilule contraceptive (œstroprogestative et microprogestative confondues) pour 33,2 % des femmes. Suivent ensuite les dispositifs intra-utérins (25,6 %) et le préservatif (15,6 %). Les méthodes à longue durée d'action telles que les DIU (au cuivre et hormonaux confondus) et l'implant concernent 29,9 % des femmes. Les autres méthodes contraceptives sont bien moins représentées dans la population générale. On note que 8 % des femmes déclarent ne pas utiliser de méthode contraceptive. La population de notre étude en termes de méthodes de contraception avant l'interruption volontaire de grossesse n'est donc pas comparable à la population générale, avec une surreprésentation de patientes n'ayant pas recours à la contraception (45,6 %) et une moindre utilisation des méthodes à longue durée d'action (5 %). Il aurait été intéressant dans notre étude de classer les méthodes contraceptives utilisées (avant et après l'IVG) en fonction des tranches d'âges ; en effet dans la population générale un schéma persiste avec la prédominance de la pilule et du préservatif dans les tranches d'âges les plus jeunes (respectivement 52,6 % et 18,6 % chez les 20-24 ans), puis le recours au DIU chez les femmes plus âgées, devenant la méthode la plus utilisée à partir de 35 ans (34,6 % chez les 35-39 ans).

Les pratiques contraceptives observées dans l'enquête IVG de la DREES de 2007 sont analysées dans l'article « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG » publié dans la Revue française des affaires sociales [6]. Concernant les **méthodes contraceptives utilisées avant l'IVG**, cette enquête concordait avec les résultats de l'enquête COCON (cohorte contraception) menée entre septembre 2000 et janvier 2001 par l'INED et l'INSERM [11] et concluait que deux tiers des

IVG résultaient d'un échec de contraception, et qu'une femme sur trois (35,9 % dans l'enquête de 2007) n'avait pas de méthode de contraception au moment de la grossesse. Dans notre étude, 45,6 % des femmes interrogées n'utilisaient pas de méthode contraceptive, ce qui est un taux nettement supérieur. Pour les autres méthodes contraceptives utilisées lorsque la grossesse a débuté, la distribution est relativement similaire à celle de l'enquête menée en 2007 : prédominance de la pilule (œstroprogestative ou microprogestative) avec 22,6 % contre 26,7 % dans l'enquête IVG, et du préservatif avec une utilisation de 19,5 % contre 15,9 % dans l'enquête IVG. Cette légère évolution avec baisse de l'utilisation de la pilule et augmentation de l'usage du préservatif peut faire suite à la crise de la pilule. On note que dans l'étude nationale, l'utilisation d'autres méthodes barrières ou naturelles est très développée avec 17,8 % des patientes contre seulement 7,6 % des patientes de notre étude. Dans notre étude comme dans l'enquête IVG, peu de femmes ont utilisé la contraception d'urgence (1,2 % en 2007 contre 3,6 % dans cette étude) alors que son accès a été nettement développé, avec la délivrance sans ordonnance de Norlevo®, et sa gratuité pour les mineures.

Pour la **contraception prescrite pour la période post-IVG**, on retrouve là aussi des disparités entre les résultats de notre étude et l'enquête nationale de 2007 [6]. En effet, de façon majoritaire en 2007 les femmes avaient après l'IVG une prescription de pilule, représentant 50,4 % de la population étudiée, contre 36,4 % dans cette étude. Les méthodes à longue durée d'action telles que l'implant et les DIU étaient moins prescrites : 7,2 % de prescription d'implant contraceptif contre 11,8 % dans notre étude ; 16,5 % de DIU (au cuivre et hormonaux confondus) alors qu'on en compte ici 41,5 % (20 % de DIU au cuivre et 21,5 % de DIU hormonaux), soit plus que la pilule. On compte donc davantage de méthodes plus efficaces dans notre étude. Ces différences sont à remettre dans leur contexte : en effet entre 2007 et 2019 il y a eu une évolution importante du paysage contraceptif français et donc des pratiques de

prescription par les professionnels de santé. Les études nous permettant de visualiser les évolutions contraceptives sont notamment l'enquête FECOND (Fécondité, contraception, dysfonctions sexuelles) menée en 2010 ainsi que Baromètre santé 2016 sur les pratiques contraceptives [3]. La « crise de la pilule » de 2012 a ainsi fait baisser de 18 % le taux de recours à la pilule sans baisse de la couverture contraceptive générale, avec un repli des femmes soit vers les méthodes à longue durée d'action – et majoritairement les DIU – soit vers le préservatif ou les méthodes naturelles. On note donc dans notre étude une tendance importante à la médicalisation de la contraception en post-IVG, déjà observée dans l'enquête COCON et l'enquête IVG de 2007, mais avec davantage de méthodes à longue durée d'action. On note ici au total 55 % de méthodes très efficaces prescrites (Figure 2), ce qui est bien supérieur à leur utilisation dans la population générale (29,9 % toutes tranches d'âges confondues). Ces méthodes possèdent de nombreux avantages : en effet, ce sont des méthodes plus efficaces – comme l'indique leur indice de Pearl – où ne se pose pas le problème de l'observance, et leur utilisation est associée à une moindre répétition des IVG en comparaison avec la pilule d'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF [9]. En effet, selon plusieurs études présentées dans leurs recommandations, le taux de recours à une nouvelle IVG était inférieur pour les femmes ayant un DIU ou un implant, et ceci notamment si ces méthodes sont débutées de façon précoce après l'IVG. Dans notre étude, on observe donc qu'on gagne à la fois sur la couverture contraceptive de la population ainsi que sur l'efficacité des contraceptifs prescrits, permettant d'améliorer les problèmes d'observance que l'on peut noter dans le phénomène des IVG à répétition.

#### **4. Échec ou abandon de la méthode contraceptive**

Dans notre étude, 28 % des patientes ne donnaient pas de motif à l'échec ou à l'abandon d'une méthode contraceptive – ou le motif n'était pas indiqué dans le dossier – et il s'agissait



majoritairement des patientes sans couverture contraceptive (87 % d'entre elles). Dans l'enquête IVG de 2007, les auteurs relevaient que la non-utilisation d'une méthode de contraception était due au fait que les patientes ne s'étaient pas senties « à risque » d'être enceinte [6], et que ces femmes avaient majoritairement utilisé une contraception dans un passé proche ; il s'agirait donc d'une phase transitoire sans contraception entraînant la situation à risque et la grossesse non prévue. D'après l'article « Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence » [17], l'arrêt temporaire de la contraception concernait 30 % des femmes ayant des pratiques contraceptives à risque et cet arrêt était motivé par l'irrégularité des rapports sexuels, le rejet de la méthode contraceptive utilisée ou l'absence d'une prescription valide. Pour 5 % des patientes de notre étude, l'abandon de la méthode était lié à une mauvaise tolérance de la contraception.

Dans notre enquête 23 % des femmes déclaraient une erreur d'utilisation de la méthode contraceptive : oublis de pilule, oublis de patch transdermique, utilisation non régulière du préservatif. Ce sont des motifs fréquents, décrits dans l'enquête IVG de 2007 où 92 % des utilisatrices de pilule déclaraient avoir oublié au moins une fois leur comprimé dans le mois précédant la grossesse [6]. De même, dans l'article « Observance des méthodes contraceptives pré-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG » [18] on note que 86,2 % des patientes sous pilule contraceptive déclaraient des erreurs de prise telles que des oublis ou des prises à horaires décalés. Dans cette même étude, 88 % des patientes utilisant le préservatif affirmaient une erreur d'utilisation dont 35,3 % de non-utilisation au cours d'un rapport sexuel dans les trois mois précédant la grossesse ; il prenait également en compte les déchirures de préservatifs qu'on attribue dans notre étude à un échec de la contraception concernant 23 % des patientes. Dans l'enquête IVG, 84 % des utilisatrices de préservatif attribuaient leur grossesse

à un glissement ou déchirement de préservatif [6]. De plus dans notre étude, 12 % des patientes déclaraient être en transition entre deux méthodes contraceptives, entraînant une situation à risque de grossesse. Toutes ces situations à risque auraient nécessité la prise de la contraception d'urgence pour éviter la grossesse, cependant dans notre étude elle est sous-utilisée puisque seulement 3,6 % des patientes déclarent l'avoir prise. L'étude de Jamin et Lachowsky [17] montre que la non-utilisation de la contraception d'urgence est principalement liée à la méconnaissance du risque de grossesse ainsi qu'à un manque d'informations sur la contraception d'urgence en elle-même et ses modalités de prise. Il s'agit de facteurs sur lesquels nous pouvons jouer en tant que professionnels de santé, en donnant davantage d'informations sur la prise des contraceptifs ainsi que sur les modalités de rattrapage en cas de mauvaise utilisation ou d'échec de la contraception. Ce sont des sujets devant être abordés à la consultation pré-IVG. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) recommande également que la prescription des méthodes contraceptives régulières soit accompagnée de la prescription de la contraception d'urgence que la femme pourrait utiliser en cas de situation à risque [19]. Et enfin dans notre étude, lors de la prescription de méthode contraceptive à la consultation pré-IVG, 85 % des femmes choisissent de changer de contraception et ainsi se tourner vers une méthode présentant moins de risques liés à l'observance (implants, DIU) et de ne pas reproduire la situation à risque de grossesse.

Enfin pour 8 % des patientes de notre étude, la grossesse était attribuée au contexte psychosocial : une ambivalence sur le désir de grossesse, des problèmes conjugaux, des situations de violence. Ce sont des facteurs que nous ne pouvons pas influencer en tant que professionnels de santé, mais dans ces cas-là il est pertinent de proposer à la femme davantage d'accompagnement autour de l'IVG avec notamment un entretien avec une conseillère du centre d'orthogénie et une assistance sociale, ainsi que la mise en lien avec des structures

adaptées ; d'autant plus que dans ces cas-là on pourrait penser qu'il y a un risque plus grand de récurrence.

### **5. Maintien du choix contraceptif à la consultation post-IVG**

Les données concernant le maintien du choix contraceptif à la consultation post-IVG sont à prendre avec du recul, puisque seulement 49 % des patientes de notre étude sont présentes, ne permettant pas d'extrapoler nos résultats. Ce taux de présence est inférieur à celui de la DREES lors de l'enquête IVG où il s'élevait à 77 % [6] ; et de 62,5 % dans une enquête menée en 2013 dans la région PACA concernant uniquement les IVG médicamenteuses [12]. Parmi ces patientes il y a une surreprésentation des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse pouvant s'expliquer par la nécessité de se rassurer sur la réussite de l'intervention via la vacuité utérine. En effet, d'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF sur l'IVG médicamenteuse, le taux de succès est d'environ 95 % versus 99 % pour la méthode chirurgicale [20].

De plus, on compte 55 % des patientes de l'étude qui ont choisi une méthode contraceptive à longue durée d'action telle qu'un implant ou un DIU ; dans le service d'orthogénie du CHUGA ces dispositifs sont majoritairement posés le jour de l'intervention, conformément aux recommandations. Les patientes peuvent donc trouver moins d'intérêt pour cette consultation, qui pour autant n'a pas pour seul objectif la mise en place d'une méthode de contraception. Celle-ci permet de s'assurer de la réussite de l'intervention, de l'absence de complications, de l'aspect psychologique et de l'impact sur le couple. Il s'agit d'une hypothèse parmi d'autres, puisque selon le CNGOF les patientes ayant bénéficié d'une pose précoce de DIU venaient davantage en consultation post-IVG notamment pour vérifier que le dispositif soit bien en place [9]. Une étude qualitative a porté sur les raisons de l'absentéisme à cette consultation

[21], dont les raisons étaient psychologiques (traumatisme de l'IVG, volonté de « tourner la page »), organisationnelles ou un manque d'intérêt envers cette consultation.

Parmi ces femmes présentes lors de la consultation post-IVG, 89 % d'entre elles avaient maintenu le choix contraceptif fait avant l'interruption volontaire de grossesse. Cependant notre enquête est seulement déclarative – basée sur les prescriptions médicales – et non observationnelle. De plus, cette consultation a lieu entre 14 et 21 jours après l'IVG, ce qui est trop tôt pour avoir un suivi du parcours contraceptif. Hormis les patientes ayant choisi une méthode à longue durée d'action, il nous est impossible de savoir si la patiente a une bonne adhésion à la méthode contraceptive, c'est-à-dire si elle a une bonne observance et que la méthode sera prise sur la durée, influençant directement l'efficacité de la contraception. Il est donc utile de redonner des informations concernant la prise du contraceptif et de s'assurer que la patiente ait en sa possession une prescription de contraception d'urgence.

## V. CONCLUSION

Les résultats de notre étude diffèrent de ceux observés dans l'enquête IVG en 2007 avec davantage de grossesses non désirées aboutissant à l'interruption volontaire de grossesse pouvant être attribuées à un défaut de couverture contraceptive (45,9 % des patientes sans contraception), plutôt qu'à une erreur d'utilisation (23 %) telle qu'un oubli de pilule, ou un échec de la méthode (23 %) tel qu'un déchirement ou glissement de préservatif.

A la consultation pré-IVG, il y a un passage marqué vers des méthodes plus efficaces – comme l'indique leur indice de Pearl – avec notamment 55 % de prescription de méthodes à longue durée d'action telles que les DIU et l'implant. Il s'agit donc d'un moment favorable pour aborder la contraception et prescrire à la femme une méthode efficace en adéquation avec ses attentes et son mode de vie, afin que cette méthode lui apporte le plus de satisfaction possible.

Concernant la consultation post-IVG, il y a 51 % d'absentéisme parmi les femmes étudiées pouvant s'expliquer par de nombreux facteurs tels que des problèmes organisationnels, l'envie de tourner la page ou encore l'absence d'intérêt envers cette consultation. Ceci ne nous permet pas de connaître la continuité de la méthode contraceptive prescrite, excepté pour les DIU et implants déjà mis en place lors de l'IVG pour lesquels ne se pose pas de problème d'observance. De plus, les données recueillies sont issues des déclarations des patientes et ne nous informent pas avec certitude de la mise en place correcte d'une méthode adaptée à la femme.

Suite à cette étude, il paraîtrait pertinent de s'intéresser au suivi à plus long terme du parcours contraceptif des patientes suivant l'interruption volontaire de grossesse ; ainsi que de mettre l'accent sur la contraception d'urgence qui est sous-utilisée parmi les femmes de cette étude. Bien que la mise en place d'une contraception choisie par la femme et adaptée à son mode de

vie associée à une prescription de contraception d'urgence dans le cas où elle se retrouverait dans une situation à risque tendrait à diminuer la répétition des interruptions volontaires de grossesse, on observe une stabilité du taux de recours à l'IVG depuis trente ans. Il ne s'agit donc pas seulement d'une problématique autour de la contraception mais d'un phénomène bien plus complexe.

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Rapport d'élaboration - Contraception chez l'homme et la femme. 2013;247.
2. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & Sociétés*. 2014;N° 511(5):1.
3. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. *Baromètre santé 2016 Contraception*. 2017;8.
4. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1577-95.
5. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019;
6. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*. 2011;1(1):148.
7. 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*. 2011;1(1):116.
8. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. déc 2018;46(12):777-85.
9. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1568-76.
10. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. *Recommandations de bonnes pratiques*. 2019;
11. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. févr 2005;34(1):53-61.

12. Auvara C. Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes. :91.
13. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1577-95.
14. Garel M, Kaminski M, Crost M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français. *Contraception Fertilité Sexualité*. 1996;72-7.
15. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365.
16. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1462-76.
17. Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. oct 2015;44(8):706-14.
18. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *La Revue Sage-Femme*. avr 2018;17(2):49-53.
19. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales. RM2009-104A éd. 2009;
20. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1490-514.
21. Alesi M. Comprendre l'absence à la consultation post-IVG instrumentale: une étude qualitative auprès de femmes concernées en Aquitaine. :98.



# ANNEXES

## Annexe I : Efficacité des méthodes contraceptives



## Efficacité des méthodes contraceptives

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

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

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

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

### Références

Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. *Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey*. *Hum Reprod* 2007;22(9):2422-7.

Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. *Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort*. *Hum Reprod* 2009;24(6):1387-92.

Organisation mondiale de la santé, École de santé publique Bloomberg, Agence des États-Unis pour le développement international. *Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*. Genève: OMS; 2011.

Trussel J. *Summary table of contraceptive efficacy*. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media; 2011. p. <http://www.contraceptivetechnology.com/>

## RESUME

**Objectifs** : L'objectif principal est de décrire le parcours contraceptif autour des IVG. Les objectifs secondaires sont de décrire les causes d'échec ou d'abandon de la contraception ; et déterminer si le choix de méthode contraceptive fait en consultation pré-IVG est maintenu en consultation post-IVG.

**Méthodes** : Cette étude est rétrospective descriptive monocentrique réalisée au centre d'orthogénie de l'HCE entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 juin 2019. Les données sont issues des dossiers papiers des patientes.

**Résultats** : Lors de la grossesse 44,6% des patientes n'utilisaient pas de contraception ; 22,6% prenaient la pilule, 19,5% utilisaient des préservatifs. En post-IVG, 55% des contraceptions prescrites étaient des méthodes à longue durée d'action et 36% des patientes ont choisi la pilule. Les causes les plus fréquentes d'échec de contraception étaient la mauvaise utilisation ou la non réussite de la méthode (23%). 49% des patientes étaient présentes à la consultation post-IVG et parmi elles 89% avaient maintenu leur choix contraceptif.

**Conclusion** : En post-IVG on note une augmentation nette de l'efficacité des méthodes contraceptives prescrites. Il y a un bon maintien du choix contraceptif malgré le fort taux d'absentéisme.

**Mots-clés** : *interruption volontaire de grossesse, échec de contraception, contraception, méthodes à longue durée d'action*