



HAL
open science

Étude observationnelle des circonstances entourant le recours à l'IVG et les failles de contraception chez les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de Caen en 2018

Maëlla Neilz

► To cite this version:

Maëlla Neilz. Étude observationnelle des circonstances entourant le recours à l'IVG et les failles de contraception chez les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de Caen en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03219591

HAL Id: dumas-03219591

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03219591v1>

Submitted on 6 May 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 16 décembre 2020

par

Mme Maëlla NEILZ

Née le 9 septembre 1993 à Lannion (*Côtes d'Armor*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Étude observationnelle des circonstances entourant le recours à l'IVG et les
failles de contraception chez les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de
Caen en 2018.**

Président : Monsieur le Professeur DREYFUS Michel
Membres : Madame le Docteur SALAÛN Françoise : Directrice de thèse
Monsieur le Docteur SOULIÉ Benoit

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUC Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile

M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie



Année Universitaire 2019/2020

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

À Monsieur le Professeur DREYFUS,

Vous m'avez accueillie dans votre service de gynécologie, au début en tant qu'externe, puis en tant qu'interne dans le service d'orthogénie. Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, j'espère être à la hauteur de vos attentes.

À Madame le Docteur Françoise SALAÛN,

Merci de m'avoir guidée dans ce travail, avec pertinence et rigueur. Tu m'as fait l'honneur de diriger ma thèse et je t'en remercie. Durant mon semestre en orthogénie, tu m'as transmis ta passion concernant la contraception, en particulier la pose des stérilets avec tes techniques testées et approuvées !

À Monsieur le Docteur Benoit SOULIÉ,

Merci de faire partie de mon jury de thèse, après avoir été mon tuteur pendant ces dernières années d'internat. Je sais que le domaine de la contraception te tient à cœur, c'est pourquoi je t'ai demandé de faire partie de mon jury.

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées au fur et à mesure de mes études, d'abord à Caen, puis à Bayeux et Cherbourg. Merci au Docteur Marion Rousseau d'avoir relu et corrigé ma thèse.

Merci à ma famille :

- À mon père : merci de m'avoir soutenue dès la PACES, tu m'as transmis une organisation carrée et un planning rigoureux qui m'ont permis de travailler en me laissant le temps de continuer le sport et les loisirs.

- À ma mère et Dom : merci de m'avoir encouragée pendant toutes ces longues années, parfois décourageantes. Merci de m'avoir constamment remonté le moral en plaisantant ou en m'amenant en mer... Merci maman pour toute cette nourriture à ramener tous les dimanches soir ! Et merci d'avoir relu si consciencieusement ma thèse !

- À ma sœur Lili : merci d'avoir été là tout le long, dès les débuts où je révisais l'anatomie en te dessinant les muscles dorsaux au marqueur, jusqu'à la fin où tu me loges avec chabrice pour que je puisse continuer de travailler malgré les circonstances.

- À mes faux demi-frères : Merci de me faire toujours rire, même si c'est souvent à mes dépends ;) Très heureuse de retourner vivre à Cherbourg pour se revoir plus souvent !

- À mes grands-parents : Merci d'avoir cru en moi dès le commencement. Mamie, merci de m'avoir accueillie pour des révisions au top, face à la mer. J'espère que d'où il est, Grand-Père serait fier.

- À mes oncles et tantes qui m'ont toujours portée dans cette profession. Merci Pierre-Yves et Marie-Laure de vos conseils très avisés sur les remplacements futurs !

Merci à mes amis :

-À Caro : amies depuis la primaire. Merci de m'avoir épaulée lors de ma PACES, où les moments difficiles et de remise en doute étaient nombreux. Te savoir à 100m me rassurait ☺

-À mes amies de primaire et collègue : Merci à Maëva, Maureen, Émeline, Marine, Joanna de m'avoir toujours encouragée et invitée à vos soirées même si je répondais rarement présente. Je suis super enthousiaste de retourner à Cherbourg pour se revoir beaucoup plus souvent !!

-À Jeanne, merci de m'avoir encadrée dès la PACES en me donnant tes cours et pleins de conseils très utiles...

-À Thomas, merci de toujours me soutenir et d'être fier de moi, je suis heureuse que tu te sois tourné dans le domaine de la santé à ton tour.

-À Camille, pour tes conseils avisés venant tout droit du Planning Familial.

-À mes amis d'externat (vous qui êtes tous partis de cette magnifique région...), avec qui je me suis construit une deuxième famille lors de nos longues études : Merci à Juliette pour nos fous-rire et voyages incroyables, à Clémence pour ton écoute attentive et nos si belles randonnées, David et Flo : une team de révision incroyable, Tiennou pour ton rire et ta bonne humeur, Julia pour nos délires et notre amour du triathlon ;)

Merci à tous les autres : Amandine, Gazoue, Marine, Popo, Marie, Margaux, Simon, Grégoire...

-À mes amis de Caen : Merci à Guigui et Mélanie de m'avoir accueillie si souvent chez vous (avec de délicieux repas qui plus est), merci à Jonathan et Marie de me soutenir en toute circonstance et de m'inviter dans votre palace, merci à Coraline de m'avoir relue, corrigée, re-relue, re-corrigée ! Tu étais au début ma chef pédiatre et maintenant tu es devenue une véritable amie, merci à toi et Samuel pour ces délicieuses soirées.

- Merci à mon petit loup d'avoir sauvé ma mise en page grâce à ta maîtrise de Word ;)

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (désormais HAS)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COP : Contraception Oestro-Progestative

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FDA : Food and Drugs Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception (contraception de longue durée d'action)

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PM : Préservatif Masculin

TABLEAUX :

TABLEAU 1 : EFFICACITE DES METHODES CONTRACEPTIVES EN PRATIQUE COURANTE ET EN UTILISATION OPTIMALE (29) ..	15
TABLEAU 2 : ABSENCE DE CONTRACEPTION EN FONCTION DE LA PRESENCE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE OU ETUDIANTE	27
TABLEAU 3 : CONTRACTIONS UTILISEES EN FONCTION DE L'ANTECEDENT D'IVG	28
TABLEAU 4 : CONTRACEPTION MEDICALISEE OU NON MEDICALISEE EN FONCTION DE L'ANTECEDENT D'IVG	28
TABLEAU 5 : ERREUR DE PRISE DE PILULE EN FONCTION DU CARACTERE MONOPHASIQUE OU NON DE LA PILULE	29
TABLEAU 6 : CAUSES D'ECHECS DU DIU AU CUIVRE	31
TABLEAU 7 : PRESENCE OU NON D'UNE CONTRACEPTION EN POST-IVG EN FONCTION DE SA PRESENCE OU NON EN CONSULTATION DE CONTROLE POST-IVG	33
TABLEAU 8 : PATIENTES ABSENTES A LA CONSULTATION DE CONTROLE POST-IVG EN FONCTION DES ANTECEDENTS D'IVG	34
TABLEAU 9 : PRESCRIPTION POST-IVG DE PILULE EN FONCTION DE L'UTILISATION DE PILULE EN PRE-IVG	34

FIGURES :

FIGURE 1 : METHODES DE CONTRACEPTION UTILISEES EN FRANCE EN 2016 PAR LES FEMMES CONCERNEES PAR LA CONTRACEPTION SELON LEUR AGE (BAROMETRE SANTE 2016) (26).....	13
FIGURE 2 : REPARTITION DES PATIENTES PAR TRANCHE D'AGE	19
FIGURE 3 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LEUR CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE.....	20
FIGURE 4 : ACTIVITE DES PATIENTES D'ORTHOGENIE.....	20
FIGURE 5 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LEUR ANTECEDENT D'IVG	21
FIGURE 6 : PARITE DES PATIENTES D'ORTHOGENIE	22
FIGURE 7 : CONTRACTIONS UTILISEES AVANT L'IVG	23
FIGURE 8 : ÂGE DES PATIENTES SOUS CONTRACEPTION ORALE	24
FIGURE 9 : CONTRACTIONS UTILISEES EN FONCTION DE L'AGE DES PATIENTES D'ORTHOGENIE.....	24
FIGURE 10 : ÂGES DES PATIENTES UTILISATRICES DES METHODES NATURELLES	25
FIGURE 11 : CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DES PATIENTES UTILISATRICES DE METHODES NATURELLES	26
FIGURE 12 : CATEGORIES D'AGE DES PATIENTES SANS CONTRACEPTION.....	26
FIGURE 13 : CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES PATIENTES SANS CONTRACEPTION.....	27
FIGURE 14 : MOTIFS D'ECHEC DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES SOUS CONTRACEPTION ORALE	30
FIGURE 15 : MOTIFS D'ECHEC DE CONTRACEPTION CHEZ LES UTILISATRICES DE PRESERVATIF.....	31
FIGURE 16 : COMPARAISON DE LA CONTRACEPTION UTILISEE AVANT ET APRES L'IVG	32

SOMMAIRE :

I.	INTRODUCTION.....	1
A.	ÉVOLUTION DE LA CONTRACEPTION	1
1.	<i>La contraception dans le monde.....</i>	<i>1</i>
2.	<i>Moyens contraceptifs actuels.....</i>	<i>3</i>
a)	Les pilules contraceptives	3
(1)	Les pilules oestroprogestatives	3
(2)	Les pilules progestatives seules.....	4
(3)	La contraception d'urgence	4
b)	Les préservatifs masculins et féminins.....	5
(1)	Le préservatif masculin.....	5
(2)	Le préservatif féminin.....	5
c)	L'implant sous-cutané progestatif	5
d)	Les dispositifs intra-utérins ou "stérilets"	6
(1)	Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel.....	6
(2)	Le dispositif intra-utérin au cuivre.....	6
e)	Contraception oestroprogestative transdermique : le patch	6
f)	L'anneau intra-vaginal	7
g)	Le diaphragme, la cape et les spermicides.....	7
h)	Les méthodes de stérilisation définitive	7
i)	Les méthodes dites "naturelles"	8
(1)	La méthode Ogino.....	8
(2)	Le retrait	8
(3)	La méthode des températures	8
(4)	L'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings.....	8
(5)	La méthode MAMA = méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	9
B.	HISTOIRE DE L'IVG EN FRANCE ET DANS LE MONDE	9
C.	PRATIQUES CONTRACEPTIVES EN FRANCE	12
D.	RECOMMANDATIONS HAS 2019 LORS DE LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION	13
E.	EFFICACITE COMPARATIVE DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	14
F.	L'IVG EN 2018	15
G.	JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
1.	<i>Justifications de l'étude.....</i>	<i>16</i>
2.	<i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>16</i>
II.	MATERIEL ET METHODE	17
A.	TYPE D'ETUDE	17
B.	CRITERES D'INCLUSION ET CRITERES D'EXCLUSION	17
1.	<i>Critères d'inclusion</i>	<i>17</i>
2.	<i>Critères d'exclusion.....</i>	<i>18</i>
C.	RECUEIL DES DONNEES	18

D.	ANALYSE DES DONNEES	18
III.	RESULTATS.....	18
A.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	19
1.	Âge.....	19
2.	Situation familiale	19
3.	Catégories socio-professionnelles.....	19
4.	Antécédents d'IVG	21
5.	Parité	21
B.	PRATIQUES CONTRACEPTIVES DE LA POPULATION ETUDIEE	22
1.	Situation contraceptive avant la demande d'IVG	22
2.	Âge des patientes sous contraception orale avant l'IVG.....	23
3.	Contraceptions utilisées en fonction de l'âge.....	24
4.	Âge et catégories socio-professionnelles des patientes utilisant des méthodes dites "naturelles"	25
5.	Âge et catégories socio-professionnelles des patientes n'utilisant aucune contraception.....	26
6.	Contraception des femmes en fonction des antécédents d'IVG	28
7.	Causes d'échec de la contraception médicale	29
a)	Pilules contraceptives	29
b)	Préservatifs masculins	30
c)	DIU	31
d)	Implant	32
e)	Changement de contraception dans les 6 derniers mois	32
8.	Contraception avant et après l'IVG.....	32
IV.	DISCUSSION	35
A.	RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	35
B.	DISCUSSION DE LA METHODE	36
1.	Limites de la méthode.....	36
2.	Biais	36
3.	Points forts de l'étude.....	37
C.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	37
1.	Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	37
a)	Age	37
b)	Catégories socio-professionnelles	38
c)	Parité.....	38
d)	Antécédent d'IVG	38
e)	Situation familiale	39
2.	Une contraception souvent inadaptée, propice aux oublis et aux erreurs d'utilisation	39
a)	La contraception orale.....	39
b)	Les LARC.....	39
c)	Manque d'information chez les plus jeunes.....	40
d)	L'absence de contraception	40

e)	L'importance de la consultation de contrôle post-IVG.....	42
3.	<i>Perspectives et voies d'amélioration</i>	42
a)	Améliorer l'observance des patientes sous contraception orale par la répétition des informations, la multiplicité des sources et des supports d'information	42
b)	Une consultation dédiée à la contraception et sexualité	43
c)	Informier et sensibiliser les prescripteurs et les patientes sur l'existence d'autres contraceptions, en particulier les LARC 44	
d)	Sensibiliser les prescripteurs de contraception aux répercussions d'une IVG	45
e)	Impliquer les hommes dans la contraception	45
V.	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE	47
	ANNEXES	52

I. Introduction

A. Évolution de la contraception

1. La contraception dans le monde

Le souci d'éviter les naissances non désirées semble exister de tout temps et dans toutes les populations – ou presque. C'est pourquoi des méthodes de contraception (plus ou moins efficaces) existent depuis des siècles.

La première preuve d'une contraception date de – 6000 avant Jésus-Christ, chez les Égyptiens. Il s'agit d'une statuette égyptienne munie d'un « étui » pénien. (1)

En Mésopotamie en -1600, les femmes pouvaient s'introduire des pierres dans le vagin à visée anticonceptionnelle. Cette technique était également utilisée par les Touaregs pour leurs chamelles. (1)(2)

En Égypte Antique, des méthodes locales pouvaient être utilisées comme la mise en place de tampons imbibés de diverses substances (fientes de crocodiles, acacia, caroube, miel, dattes, fumigation à base de céréales, mucilage de plantes fermentées) – dont l'efficacité n'a pas été démontrée.

Les premiers contraceptifs masculins y auraient été inventés également. Fabriqués à base d'intestins de chat ou de mouton, ils seraient les ancêtres du Préservatif Masculin (PM). (1)(2)(3)

Le coït interrompu est le moyen contraceptif le plus anciennement connu et sans doute le plus répandu dès que fut fait le lien entre l'acte sexuel et la conception. Il est mentionné dans la Bible, dans le Talmud, et dans la tradition musulmane. (4)

Au Xème siècle en Chine, le papier de soie huilé est utilisé comme un préservatif. Les Japonais optent pour des accessoires en écailles de tortue ou en cuir.(1)

En France aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle après Jésus-Christ, les méthodes retrouvées dans la littérature sont rares et rapportent surtout la méthode du retrait ou du « petit linge ». Le « petit linge » est mentionné pour la première fois en Angleterre en 1700. Fabriqué à base de boyaux de mouton ou de vessies de poisson, il coiffait le pénis lors de la pénétration afin de se protéger essentiellement de la syphilis. Son prix trop élevé a empêché sa démocratisation.(1)

Le latex est découvert en 1839 par Charles Goodyear ; il donna naissance au premier préservatif. Ce préservatif est lavé, séché, talqué après chaque utilisation. Mais ce n'est qu'en 1870 qu'apparaît le premier préservatif sur le marché français. Le succès fut tel que le gouvernement américain en interdit la commercialisation en 1873 car il « empêchait la reproduction », contraire aux principes religieux. (5)

En 1906, les premiers médicaments spermicides (à base de Chlorure de Benzalkonium) sont commercialisés, grâce aux travaux du Pr Gustave Gunther, pharmacologiste autrichien.

En 1912, une infirmière new yorkaise, Margaret Sanger assiste à la mort d'une mère de trois enfants au cours d'un avortement. Elle se mobilise et en 1923 fonde à New York le premier centre de planning familial. Trois ans plus tard, il en existe 250 aux États-Unis. (6)

Après la première guerre mondiale, les pertes en hommes sont nombreuses, le déficit des naissances dû à la guerre est de plus d'un million et demi en France.

En France, le 23 juillet 1920, une proposition de loi est déposée à l'Assemblée Nationale. Elle réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Le stérilet voit le jour dans les années 1960, avec le Dr Lazare Margulies qui lui donne sa forme définitive. Il se présente comme un petit objet en forme de « T », moulé dans un métal inerte, qui sera ensuite remplacé par du cuivre (aux propriétés contraceptives plus efficaces). Ce dispositif doit être inséré dans l'utérus par un médecin. (1)

Les recherches concernant la pilule ont débuté en Autriche dans les années 1920 avec le Dr Haberlandt qui est parvenu à bloquer l'ovulation chez l'animal en lui injectant des extraits ovariens.

En 1937, M. Makepeace démontre l'effet antiovulatoire de la progestérone administrée chez la lapine.(7)

Ce n'est qu'en 1950 aux États-Unis, que le biologiste de la reproduction, M. Pincus reprend l'effet antiovulatoire de la progestérone à visée contraceptive. En 1952, il s'associe avec le gynécologue Américain Dr Rock, impliqué dans le *Birth Control*. Ensemble, ils réalisent des essais cliniques à Porto Rico sur 20.000 femmes à qui ils administrent une pilule combinée (oestroprogestative). L'indice de Pearl alors retrouvé est de 1,7. (7)

En 1957, la *Food and Drug Administration* (FDA) délivre une autorisation de mise sur le marché dans le cadre de troubles menstruels ou de fausses couches spontanées. (7)

En 1960, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est étendue à l'usage contraceptif. (1)(7)

En 2020, il existe de nombreuses méthodes de contraception, chacune ayant ses particularités et indications, permettant de proposer aux femmes plusieurs possibilités de méthodes contraceptives.

2. Moyens contraceptifs actuels

a) Les pilules contraceptives

(1) Les pilules oestroprogestatives

L'effet principal des oestroprogestatifs est d'inhiber l'ovulation, mais le progestatif joue aussi un rôle important vis-à-vis de la glaire cervicale et de l'endomètre. La glaire cervicale va devenir imperméable aux spermatozoïdes, et l'endomètre va progressivement devenir inapte à la nidation.

Il existe plus d'une soixantaine de pilules oestroprogestatives différentes, avec des dosages d'oestrogène qui varient en fonction des pilules mini ou normo dosées, et différents progestatifs.(8)(9)

Les pilules oestroprogestatives les plus récentes, dites de 3^e ou 4^e génération ne sont plus recommandées en première intention du fait d'un risque accru de maladie thromboembolique veineuse (4/10000 vs 2/10000 avec les pilules de 2^e génération). Elles ne sont donc plus remboursées.(10)(11)(12)(13)(14)

On classe les pilules oestroprogestatives selon leur dosage d'éthinylestradiol, le type de progestatif et leur dosage.(14)

Cependant, l'utilisation des pilules est plus ou moins aisée en fonction de leur présentation. La facilité d'utilisation de la pilule est un élément indispensable à sa bonne observance. Pour repérer les comprimés, certaines pilules apposent les jours de la semaine, quand d'autres y ont de simples numéros (*Annexe IV*). Or il paraît plus difficile dans le cas du repérage numérique, de repérer un oubli, car il faut recompter les jours depuis le début de la plaquette, sujet à erreur.

(2) Les pilules progestatives seules

Elles agissent principalement au niveau utérin (glaires cervicales et endomètre).

Ces pilules présentent l'avantage d'avoir peu de contre-indications absolues : accident thromboembolique veineux évolutif de moins de 6 mois, pathologie hépatique sévère, cancer du sein ou de l'utérus, hémorragie génitale non expliquée. Elles peuvent être utilisées durant l'allaitement.(8)(9)

(3) La contraception d'urgence

La contraception d'urgence hormonale (mal surnommée "pilule du lendemain") est utile mais ne doit pas se substituer à une contraception au long cours.

Elle est utilisée en cas d'oubli de prise d'une pilule (>12h) et s'il y a eu un rapport sexuel non protégé dans les 5 jours avant l'oubli ou lorsque la patiente n'utilise aucune contraception.(9)
Elle est efficace à 98-99%.(15)

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) au cuivre est également une méthode de contraception d'urgence. Il peut être mis dans les 5 jours suivant le rapport à risque et a une efficacité de 99% dans la prévention des grossesses.(15)(16)

b) Les préservatifs masculins et féminins

Parmi toutes les méthodes de contraception, le préservatif est le seul à protéger des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). (17)

(1) Le préservatif masculin

Composé de latex ou polyuréthane, il doit être placé sur la verge en érection avant tout contact sexuel. (8)

Depuis décembre 2018, deux marques de préservatifs (EDEN® et SORTEZ COUVERTS !®) sont remboursées à 60% par la sécurité sociale sur prescription médicale.

(2) Le préservatif féminin

Minoritaire par rapport au préservatif masculin, il se place dans le vagin, il est dépourvu de latex et n'est pas réutilisable. (8)

Il n'est pas remboursé et coûte en général 3 euros pièce.

c) L'implant sous-cutané progestatif

L'implant fait partie des LARC = "*Long Acting Reversible Contraception*" (Contraception de longue durée d'action). Une fois posé, il a une durée d'efficacité de 3 ans.

La pose est aisée, en sous cutané à la face interne du bras, sous anesthésie locale.

Son effet contraceptif est double : effet barrière avec glaire inadéquate et effet anti-nidatoire avec atrophie de l'endomètre. Sa pose peut être suivie d'aménorrhée ou de spotting prolongés par atrophie endométriale. (18)

d) Les dispositifs intra-utérins ou “stérilets”

Depuis les recommandations parues dans les stratégies de choix des méthodes contraceptives de 2004, le Dispositif Intra-Utérin (DIU) peut être posé chez les nullipares. Il existe des modèles plus petits spécialement conçus pour celles-ci.(19)(17)

La pose est possible après avoir évalué et écarté les contre-indications (Infections Sexuellement Transmissibles (IST), malformation utérine, grossesse en cours).

(1) Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

Le DIU hormonal contient du lévonorgestrel, et a les mêmes effets que l'implant. Le lévonorgestrel est délivré quotidiennement avec une diffusion plus localisée. (8)

Une fois en place, il est efficace 5 ans.

(2) Le dispositif intra-utérin au cuivre

L'efficacité contraceptive du DIU au cuivre est liée à l'effet gamétotoxique local du cuivre (sur les spermatozoïdes, l'ovule et éventuellement l'embryon), et dans une moindre mesure à l'effet anti nidatoire par l'inflammation provoquée au niveau de l'endomètre.(8)

Son efficacité varie de 5 à 10 ans.

e) Contraception oestroprogestative transdermique : le patch

Il est composé de norelgestromine et d'éthinylestradiol. Le patch est apparenté aux contraceptions oestroprogestatives de troisième génération. Il peut avoir un intérêt pour les patientes qui ont des difficultés d'observance, qui n'ont qu'un patch par semaine à mettre. Il présente également un intérêt pour les femmes présentant des déficits d'absorption digestive.

Il a les mêmes contre-indications que les pilules oestroprogestatives.(8)

Il n'est pas remboursé.

f) L'anneau intra-vaginal

Il est composé d'étonogestrel et d'éthinylestradiol.

Il se place dans le vagin pour une durée de 3 semaines.

Il est apparenté aux Contraceptions Oestro-Progestatives (COP) de troisième génération. (8)

Comme le patch, il peut avoir un intérêt pour les patientes sujettes aux oublis, ou ayant des problèmes de malabsorption digestive.

Il n'est pas remboursé.

g) Le diaphragme, la cape et les spermicides

La cape et le diaphragme, considérés comme des méthodes peu fiables, nécessitent une patiente compliant et persévérante et chez qui une grossesse serait envisageable en cas d'échec (entre 15 et 30 % d'échec). Ils sont souvent utilisés en association avec des spermicides, permettant une meilleure efficacité.(8)

h) Les méthodes de stérilisation définitive

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure ».

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement. (17)

Concernant la stérilisation féminine, à l'heure actuelle il existe la section tubaire par voie coelioscopique.

Ces méthodes sont considérées comme efficaces, avec un indice de Pearl à 1,5.

A noter que la stérilisation définitive est la méthode contraceptive la plus répandue dans le monde (notamment dans les pays anglo-saxons et latino-américains). (20)

i) Les méthodes dites "naturelles"

Toutes les méthodes décrites ci-dessous sont d'une faible efficacité (25% d'échec). Elles sont souvent utilisées simultanément pour une meilleure efficacité.

(1) La méthode Ogino

La méthode Ogino ou l'abstinence périodique, consiste, pour une femme dont le cycle est régulier, à éviter d'avoir des rapports sexuels non protégés pendant les jours "fertiles" qui précèdent ou suivent l'ovulation.

Cette méthode, peu fiable (indice de Pearl à 9%) a donné naissance à des milliers de "bébé Ogino" dans les années suivant la Seconde Guerre Mondiale.

Beaucoup de femmes utilisent cette méthode avec l'aide d'une application sur smartphone de calcul des cycles. (2)

(2) Le retrait

L'homme se retire du vagin de sa partenaire avant d'avoir éjaculé. Si l'éjaculation n'a pas lieu dans le vagin (ni juste à l'entrée du vagin), cela réduit les risques de grossesse.

(3) La méthode des températures

Cette méthode consiste à repérer la période d'ovulation en fonction de la température du corps.

Pour mettre en œuvre cette méthode et déterminer la date de l'ovulation, il faut prendre sa température tous les matins à la même heure, au lit, avant de se lever. (2)

(4) L'observation de la glaire cervicale ou méthode Billings

A l'approche de l'ovulation, la glaire cervicale se modifie ; elle devient plus abondante, plus fluide et provoque un écoulement vaginal caractéristique. (2)

(5) La méthode MAMA = méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

L'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- allaitement exclusif
- allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour
- pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour
- aménorrhée persistante (absence totale de règles)

Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois car la fertilité remonte rapidement (2)(21)

B. Histoire de l'IVG en France et dans le monde

L'un des plus anciens textes sur le sujet de l'avortement, le Code de Hammurabi (texte babylonien), date d'environ de 1750 avant Jésus-Christ et interdit l'avortement. Depuis l'Antiquité, les politiques et les religieux ont tenté de contrôler la fécondité des femmes. Dans la Grèce classique et la Rome antique, l'avortement est une pratique réprouvée (car elle prive le père de son droit de disposer de sa progéniture comme il l'entend) mais aucun texte législatif ne l'interdit.(1)

En 1869, le Pape Pie IX déclare que l'âme est présente dès la conception et condamne l'avortement comme un homicide. De ce fait, les lois promulguées au XIX^{ème} siècle n'autorisent aucune IVG. Ces lois sont à l'origine de la législation restrictive qui est encore en vigueur dans certains pays en développement.

Bien qu'interdit, les femmes ont de tout temps toujours pratiqué l'avortement, dans des conditions souvent dangereuses et même mortelles. L'Histoire retient le terme de « faiseur-se-s d'anges » pour désigner les hommes et les femmes (le plus souvent non médecins) qui agissaient volontairement de façon à interrompre la grossesse non voulue d'une personne enceinte. Ces interventions se pratiquaient illégalement, dans la clandestinité, souvent par des méthodes dangereuses (injection d'eau savonneuse dans l'utérus, pose de sondes dans le col, aiguilles à tricoter, massages etc).(22)

Aujourd'hui, le droit à l'avortement est limité dans deux tiers des États du monde. Dans la majorité des États l'IVG est autorisée mais à certaines conditions : si la vie de la mère est menacée ou s'il existe un risque pour sa santé physique et/ou mentale, en cas de malformation du fœtus, de viol, d'inceste ou pour des raisons économiques et sociales. (23)

En 2018 seuls 55 pays permettent les IVG sans justification médicale, morale ou économique. En 2016, 68 pays interdisent encore totalement l'IVG. (22)

Selon les dernières estimations, près d'un avortement sur deux est un avortement à risque. La plupart ont lieu dans des pays en voie de développement, où les IVG sont presque toutes clandestines, et réalisées dans de mauvaises conditions sanitaires. Chaque année 4,7% à 13,2% des décès maternels peuvent être attribués à un avortement non sécurisé. (24)

L'IVG en France, quelques dates clés :

- **1810** : le Code Civil de Napoléon instaure le crime d'avortement (IVG). Les femmes ayant volontairement mis fin à leur grossesse risquent la prison, ainsi que ceux les ayant aidées dans la démarche. Les médecins et les pharmaciens qui ont participé à un avortement sont passibles de travaux forcés.
- **1920** : Interdiction de l'avortement et de la contraception par l'Assemblée Nationale, passibles de la Cour d'Assises (3 mois à 6 ans de prison)
- **1942** : L'avortement devient un crime d'État puni de mort
- **1955** : Autorisation de l'Avortement Thérapeutique
- **1960** : Fondation du Planning Familial
- **1967** : Loi Neuwirth : Légalisation de la pilule contraceptive (mais loi appliquée seulement en 1972)
- **1971** : Manifeste des 373 (signé par 373 femmes déclarant avoir avorté)
- **1973** : introduction de l'éducation sexuelle dans les collèges et lycées
- **1974** : Pilule remboursée par la Sécurité Sociale
- **1975** : Loi Veil : dépénalisation de l'avortement en France
- **1982** : Remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale
- **1993** : Création du délit d'entrave à l'IVG

- **2000** : Autorisation de délivrance sans ordonnance des contraceptifs d'urgence (à titre gratuit pour les mineures)
- **4 juillet 2001** : Allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. L'entretien social pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures. L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire (la présence d'un adulte référent reste obligatoire). Les médecins libéraux peuvent prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale. L'éducation sexuelle est devenue obligatoire à raison de 3 séances annuelles dans les écoles, collèges et lycées.
- **2004** : Autorisation de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville
- **2007** : Autorisation de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF
- **2013** : Remboursement à 100% de l'IVG par la Sécurité Sociale
- **2014** : Suppression de la condition de « détresse » avérée (Loi de Vallaud-Belkacem)
- **2016** : Suppression du délai de réflexion de 7 jours entre 2 consultations pré-IVG
Extension des missions des sages-femmes à la pratique de l'IVG médicamenteuse
- **2017** : Aucun médecin ou sage-femme n'est tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse (clause de conscience) ; Mais obligation d'informer l'intéressée de son refus et de lui communiquer le nom de praticiens ou sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention. (25)

En France en 1975, les opposants à l'IVG arguaient, entre autres, que la légalisation de l'IVG ferait baisser le taux de natalité. (26)

Simone Veil, en 1975 défend la légalisation de l'IVG en assurant que le taux d'IVG resterait stable après la légalisation. Les IVG clandestines considérées comme dangereuses ainsi que les IVG faites à l'étranger pourront désormais être réalisées en sécurité et en toute légalité en France. En pratique, le nombre d'IVG n'augmenterait pas, mais les IVG légales comptabilisées remplaceront les chiffres des IVG clandestines.

Le nombre de décès entourant les pratiques illégales d'IVG diminuerait. (27)(26)

La loi autorisant l'IVG a été promulguée le 17 janvier 1975, pour une durée expérimentale de 5 ans. Elle sera reconduite sans limite de temps en décembre 1979.

L'IVG a ensuite été en partie remboursée par la Sécurité Sociale en 1982, pour être ensuite remboursée à 100% en 2013.

Il s'ensuit alors un élargissement de la pratique avec de nouveaux acteurs pouvant réaliser les IVG : en 2004, l'IVG en médecine de ville est autorisée, puis en 2016, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer l'IVG en libéral.

De nos jours, l'avortement fait toujours l'objet d'un débat sociétal virulent.

Longtemps considéré comme un crime, il le reste dans certains États encore aujourd'hui.

L'IVG est illégale en Amérique Latine (Équateur, Salvador, Nicaragua, Surinam, République dominicaine et Haïti), dans les Philippines, en Afrique (Gabon, Congo, Djibouti, Mauritanie, Guinée-Bissau, Sénégal, Madagascar, Maroc), en Europe (Malte, Andorre, le Vatican, Pologne). (23)

L'Irlande a légalisé l'IVG en 2018. (28)

En octobre 2020 la Pologne, déjà très restrictive en matière d'accès à l'IVG, interdit désormais l'IVG en cas de malformation grave du fœtus, et limite l'accès à l'IVG aux seuls viols, incestes et risques pour la santé de la femme.

Dans certaines régions d'Asie ou d'Europe orientale, où il est très important d'avoir un garçon, il existe aussi des avortements sélectifs, selon le sexe de l'enfant à naître. Dans ces pays, comparés aux autres, il naît beaucoup plus de garçons que de filles.

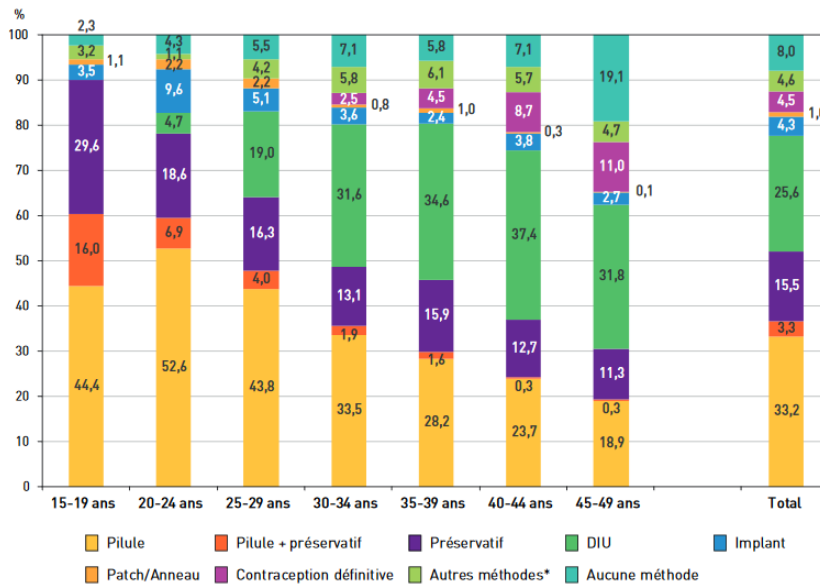
C. Pratiques contraceptives en France

Le schéma contraceptif Français est longtemps resté figé. Le préservatif est utilisé lors de l'entrée dans la sexualité, puis la pilule est adoptée lors de la mise en couple, qui sera ensuite remplacée par le DIU chez les femmes ayant eu des enfants.(29)

La « crise de la pilule » survient en 2012, lorsqu'une jeune femme sous pilule oestroprogestative de 3^{ème} génération subit un accident thromboembolique veineux. L'affaire est fortement médiatisée et, en mars 2013, les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération sont déremboursées. Cette « crise » amorce un changement dans le paysage contraceptif français.

On note par la suite une diminution globale de l'utilisation de la pilule avec un report vers le DIU et le préservatif. (11)

Selon l'étude réalisée par le *Baromètre Santé* sur la contraception en 2016, en France, 71,8% des femmes en âge de procréer sont sous contraception médicalisée. (30)



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

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge (Baromètre Santé 2016) (26)

La pilule reste la méthode la plus utilisée avec 36,5% d'utilisatrices, viennent ensuite les DIU avec 25,6%, puis le préservatif masculin avec 15,5%.

Concernant la pilule, sa fréquence maximale d'utilisation est retrouvée chez les femmes de 15-19 ans avec 60,4% d'utilisatrices, et chez les 20-24 ans avec 59,5% d'utilisatrices.

Le DIU, quant à lui, est utilisé chez 34,6% des 35-39 ans, 37,4% des 40-44 ans et chez 35,8% des 45-49 ans. Ce qui fait de lui, dans ces classes d'âges, la principale méthode de contraception.

D. Recommandations HAS 2019 lors de la prescription d'une contraception

Selon les recommandations nationales françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS), le choix d'une contraception doit être personnalisé et effectué après avoir reçu une information éclairée. Ce choix évolue en fonction du fil de la vie et des situations rencontrées par la femme

et/ou par le couple. L'implication des partenaires dans le choix de la contraception favorise l'acceptation de la méthode et son observance. (17)

Le choix d'une contraception doit faire l'objet d'une consultation dédiée quel que soit l'âge de la patiente. Le modèle BERCER, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) permet d'orienter le prescripteur lors de la consultation.(31) (*Annexe I*)

La réussite d'une méthode contraceptive dépend de l'efficacité de la méthode elle-même mais aussi et surtout d'une bonne observance. La méthode contraceptive sera prescrite en tenant compte des déterminants psychologiques, sociologiques et économiques, ainsi que des motivations et du choix de la femme et du couple.

Cette consultation est fondée sur un entretien à champ large, avec le recueil d'une multitude d'informations (âge, antécédents personnels et familiaux, traitements en cours, habitudes de vie...). Elle débouche sur un examen clinique (examen général, poids, taille, Indice de Masse Corporelle (IMC), Tension artérielle) et biologique (dosage du cholestérol total, glycémie à jeun), ainsi que sur un suivi médical régulier.(32)

E. Efficacité comparative des différentes méthodes contraceptives

L'efficacité théorique d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses non prévues sur un an d'utilisation optimale de la méthode.

Cette efficacité théorique est comparée à l'efficacité pratique, calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de prise de pilule, usage incorrect du préservatif, etc.) Ceci permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même (indice de Pearl) et le risque propre à son utilisation dans la vie courante.

Un écart important entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique est généralement dû à une utilisation complexe ou contraignante du moyen contraceptif. Cet écart est particulièrement important dans le cas de l'utilisation de la pilule (oublis, mauvaise prise...), des préservatifs (ruptures, mises en place incorrectes) et des méthodes naturelles (difficultés liées aux contraintes d'auto-observation).(2)

Tableau 1 : Efficacité des méthodes contraceptives en pratique courante et en utilisation optimale (29)

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

La pilule est, avec l'implant et le DIU progestatif, le moyen contraceptif qui bénéficie de la meilleure efficacité théorique avec un indice de Pearl à 99,7%. Néanmoins, l'efficacité en pratique de la pilule est faible : 92% alors que celle du DIU reste sensiblement la même qu'en théorie avec 99,8% pour le DIU hormonal et 99,2% pour le DIU au cuivre.

F. L'IVG en 2018

En France en 2018, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES), a recensé 224 338 IVG contre 216 700 en 2017, soit une augmentation de 3% (15,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans). (33)

Soixante-douze pour cent des grossesses non prévues aboutissent à une IVG. (33)

Les enquêtes COCON de 2000 et FECOND de 2012, relèvent que 2 grossesses non prévues sur 3 le sont chez des femmes qui déclarent être sous contraception au moment du rapport

fécondant.(34)(35) La majorité des femmes ayant recours à l'IVG utilisait une méthode de contraception lorsqu'elles sont tombées enceintes. Le plus souvent (26 % des situations), il s'agissait de la pilule, qui est la méthode la plus utilisée par les femmes en France. (36)

La couverture contraceptive repose dans près de la moitié des cas sur une contraception médicalisée avec une efficacité théorique élevée (pilule ou DIU).

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen dans le service d'orthogénie 872 IVG ont été réalisées en 2018.

G. Justification et objectifs de l'étude

1. Justifications de l'étude

Devant le développement de ces nombreuses méthodes contraceptives, améliorant le choix donné aux patientes, nous pourrions penser que le taux d'IVG diminuerait. Or depuis 2001 le nombre d'IVG annuel varie entre 215.000 et 230.000. Le taux d'IVG est stable depuis les années 1990 avec une légère hausse en 2018. Pourquoi une telle stagnation voire hausse, alors que les moyens contraceptifs sont nettement plus développés et plus nombreux qu'en 1990 ?

Cette étude permet de mieux cibler les échecs contraceptifs afin de lutter contre la survenue de grossesses non désirées, amenant chaque année des milliers de femmes à recourir à l'IVG. Elle permet d'améliorer la prévention secondaire de survenue de nouvelles grossesses non désirées face à des femmes ayant recours à une IVG.

Mieux comprendre les difficultés rencontrées en matière de contraception, nous permettra d'adapter nos pratiques pour répondre au plus près aux besoins contraceptifs des patientes.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire les circonstances entourant le recours à l'IVG et les failles de contraception chez les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de Caen en 2018.

Les objectifs secondaires sont :

- de comparer les méthodes contraceptives pré et post - IVG
- de dresser le profil des patientes réalisant une IVG
- de mesurer le taux de recours à la contraception

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur l'année 2018, monocentrique au CHU de Caen, réalisée à partir des dossiers médicaux des patientes d'orthogénie.

Dans les dossiers, ont été recueillis :

- L'âge,
- La catégorie socioprofessionnelle,
- L'antécédent d'IVG,
- La parité,
- La situation relationnelle,
- Si un changement de contraception a eu lieu dans les 6 mois précédant,
- La contraception utilisée en pré-IVG et l'erreur d'utilisation si retrouvée,
- La contraception mise en place en post-IVG,
- Si la consultation post-IVG a été honorée

(voir *Annexe III* « Dossier d'orthogénie »)

B. Critères d'inclusion et critères d'exclusion

1. Critères d'inclusion

Les femmes ayant eu recours à une IVG au CHU de Caen entre le 1er janvier et le 31 décembre 2018 ont été incluses dans l'étude. Les IVG étaient chirurgicales, médicamenteuses en hospitalisation de jour ou médicamenteuses à domicile.

2. Critères d'exclusion

Les IVG dans un contexte de grossesse issue de viol ont été exclues de l'étude.

Les patientes venant en consultation d'orthogénie et ne réalisant finalement pas l'IVG (ayant renoncé à l'IVG, fausse couche découverte lors de la consultation ou avant la réalisation de l'IVG) ont également été exclues car les données concernant une contraception post-IVG n'auraient pas pu être retrouvées, le dossier d'orthogénie n'existant plus.

C. Recueil des données

Les données ont été recueillies durant l'année 2019 à partir des dossiers d'orthogénie de l'année 2018. Le recueil étant rétrospectif, les patientes n'ont pas été sollicitées pour collecter les données.

L'anonymat des patientes a été respecté, un numéro a été attribué à chaque dossier.

Le comité de protection des personnes a été tenu informé de ces recherches.

D. Analyse des données

Toutes les données ont été saisies sous la forme d'un tableau Excel©.

Dans un premier temps l'analyse a été descriptive. Les données quantitatives ont été décrites avec des pourcentages.

Le test du KHI 2 a été utilisé pour la comparaison de fréquences.

Le seuil de significativité retenu pour tous les tests statistiques a été $p < 0,05$.

III. Résultats

Sur les 872 IVG réalisées au CHU de Caen en 2018, 854 dossiers ont été analysés.

Dix-huit dossiers étaient manquants et ont été exclus de l'étude (soit 2% des dossiers).

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Âge

La moyenne d'âge est de 27,38 ans et s'échelonne de 14 à 47 ans. La médiane est quasiment égale à la moyenne avec 27 ans d'âge médian.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 20-24 ans (avec 27,86% des patientes), puis viennent les 25-29 ans (avec 23,19% des patientes). Les données sont recueillies dans la figure 2.

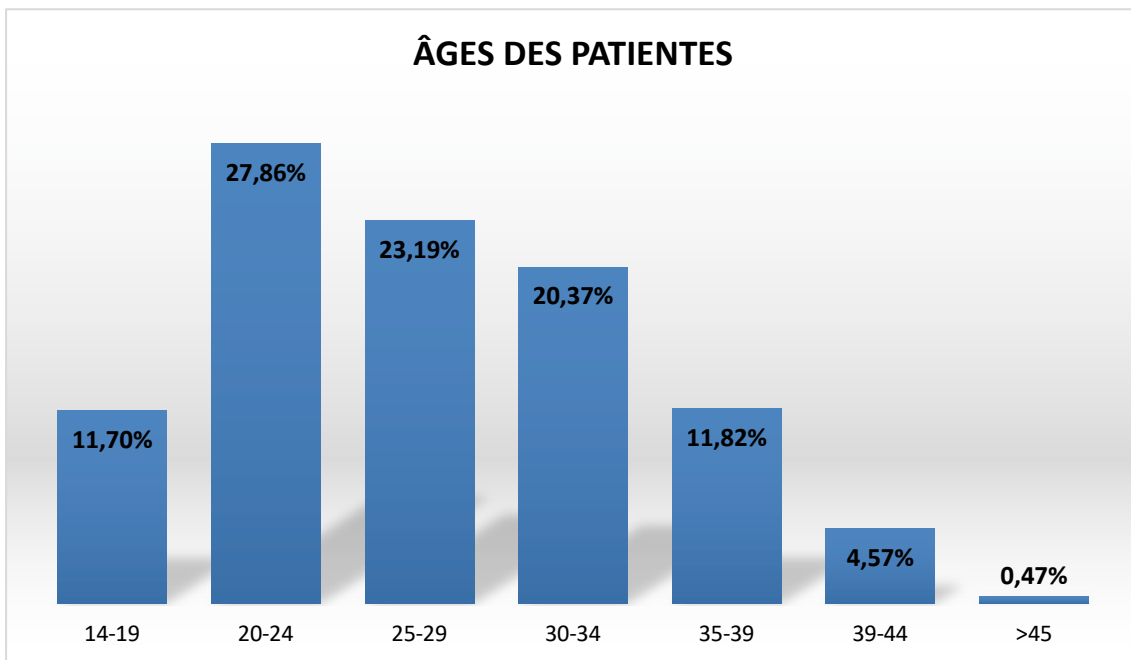


Figure 2 : Répartition des patientes par tranche d'âge

2. Situation familiale

Sur les 854 patientes, 668 (72%) ont déclaré être dans une relation stable, 92 (10,7%) n'étaient pas en couple ou relation dite "instable", 94 dossiers n'étaient pas renseignés (17.3%).

3. Catégories socio-professionnelles

L'INSEE a établi, en 2003, une nomenclature PCS (Profession et catégorie sociale) pour la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages.(37)

Les professions des patientes ont été classées selon la classification de l'INSEE avec ajout d'une 9ème catégorie, celle des étudiantes.

Treize virgule neuf pour cent des données sont manquantes car non renseignées dans le dossier (NR = Non renseigné).

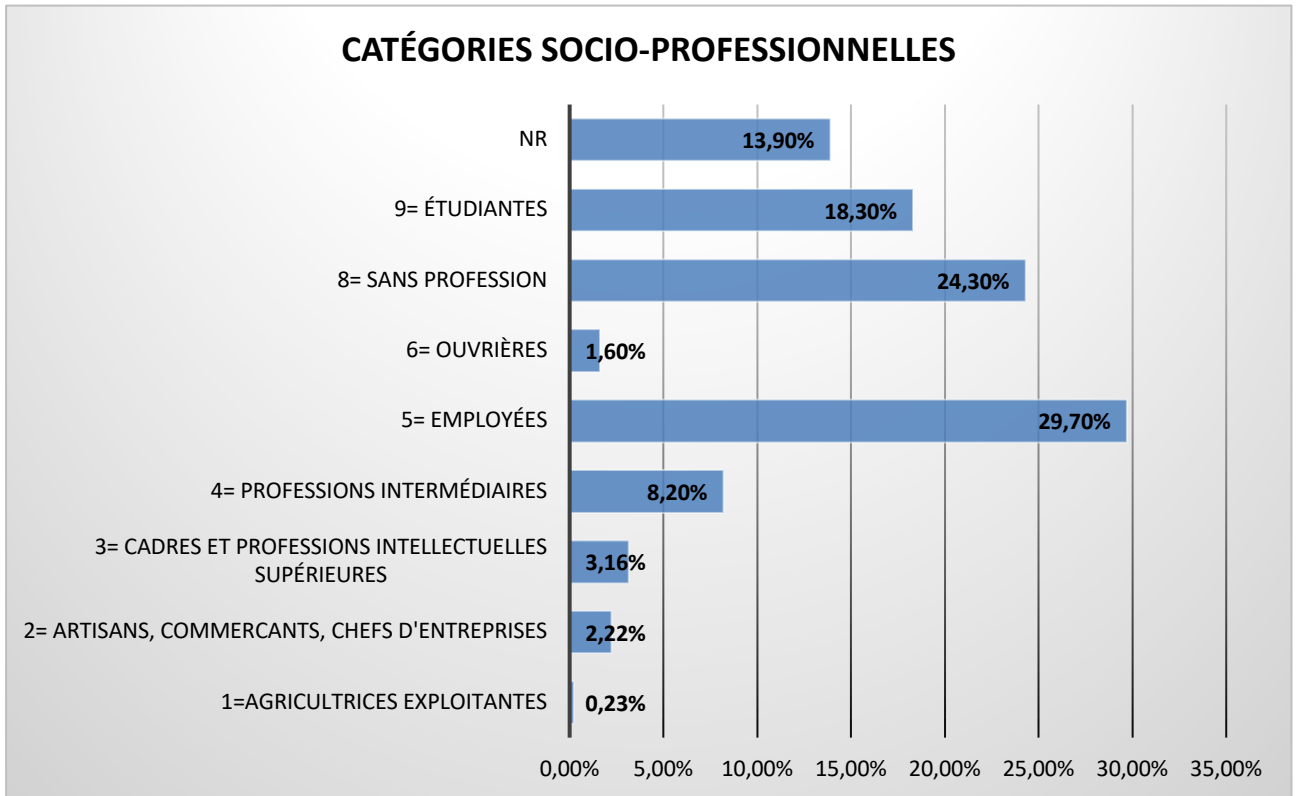


Figure 3 : Répartition des patientes selon leur catégorie socioprofessionnelle

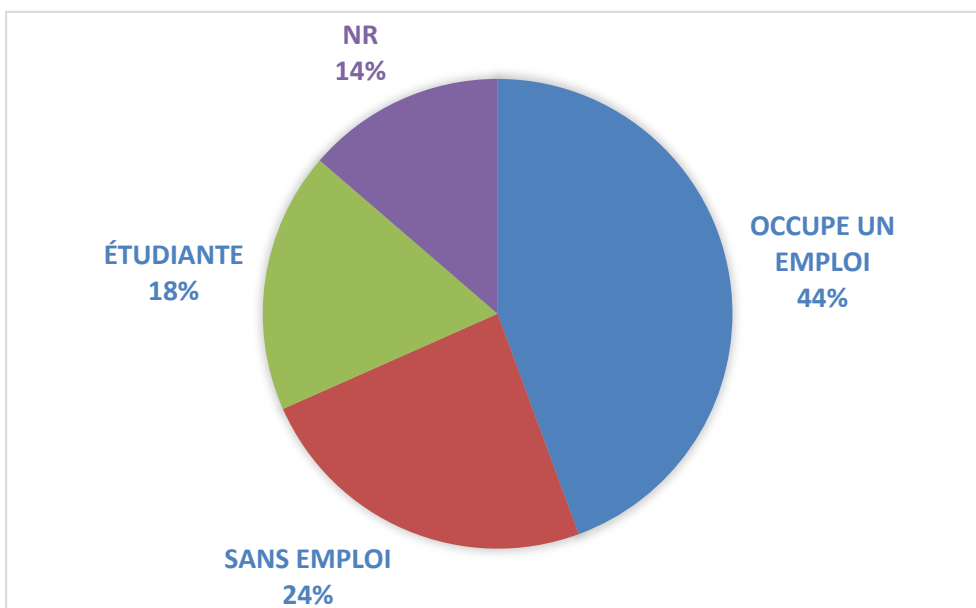


Figure 4 : Activité des patientes d'orthogénie

Parmi les patientes d'orthogénie, 44% occupaient un emploi, 24% n'avaient pas d'emploi, 18% étaient étudiantes. 14% des dossiers n'ont pas été renseignés sur ce point. (Figure 4)

Parmi les femmes en activité, la majorité sont employées (67,5%), suivie par les professions intermédiaires avec 18,6% des femmes en activité, puis par les cadres avec 7,2% des patientes en activité. (Figure 3)

4. Antécédents d'IVG

Un tiers (33%) des patientes avait déjà eu recours à au moins une IVG antérieurement.

Plus précisément, 24% des patientes avaient déjà eu recours à une IVG, 6% en avait déjà eu 2, 2% en étaient à leur 4^{ème} IVG et 1% à leur 5^{ème} IVG lors de l'IVG réalisée en 2018. (Figure 5)

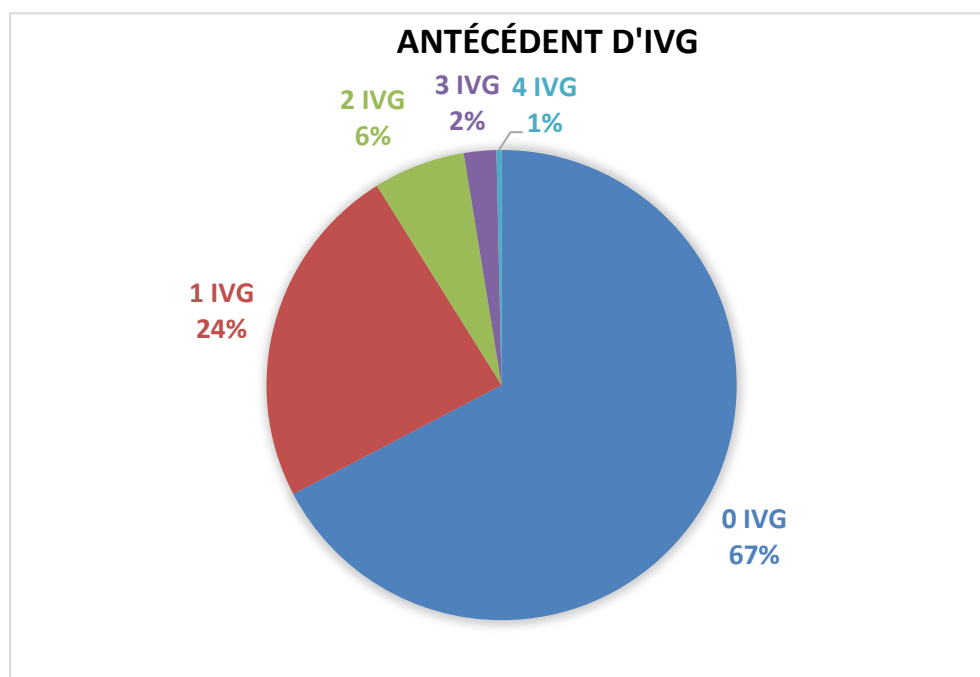


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur antécédent d'IVG

5. Parité

Quarante-neuf pour cent des patientes sont nullipares et 51% des patientes ont déjà eu au moins une grossesse.

Plus précisément, 20% ont déjà un enfant, 19% en ont déjà deux, 9% en ont trois, 2% en ont quatre, 1% en ont cinq. (Figure 6)

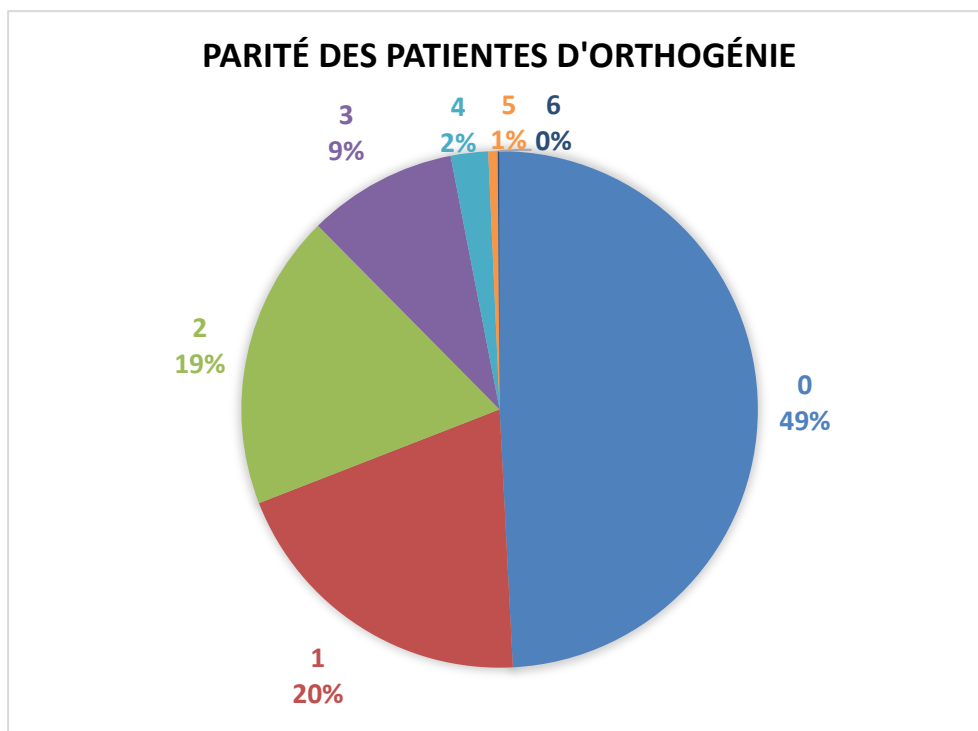


Figure 6 : Parité des patientes d'orthogénie

B. Pratiques contraceptives de la population étudiée

1. Situation contraceptive avant la demande d'IVG

La contraception orale est le moyen contraceptif le plus utilisé dans notre population (29,5%) suivi par le préservatif masculin (28,5%). Près d'un tiers des femmes (29%) déclarait ne pas utiliser de moyen contraceptif lors de la survenue de la grossesse. (Figure 7)

Aucune des patientes recensées n'a déclaré utiliser de préservatif féminin, ni avoir eu de stérilisation définitive.

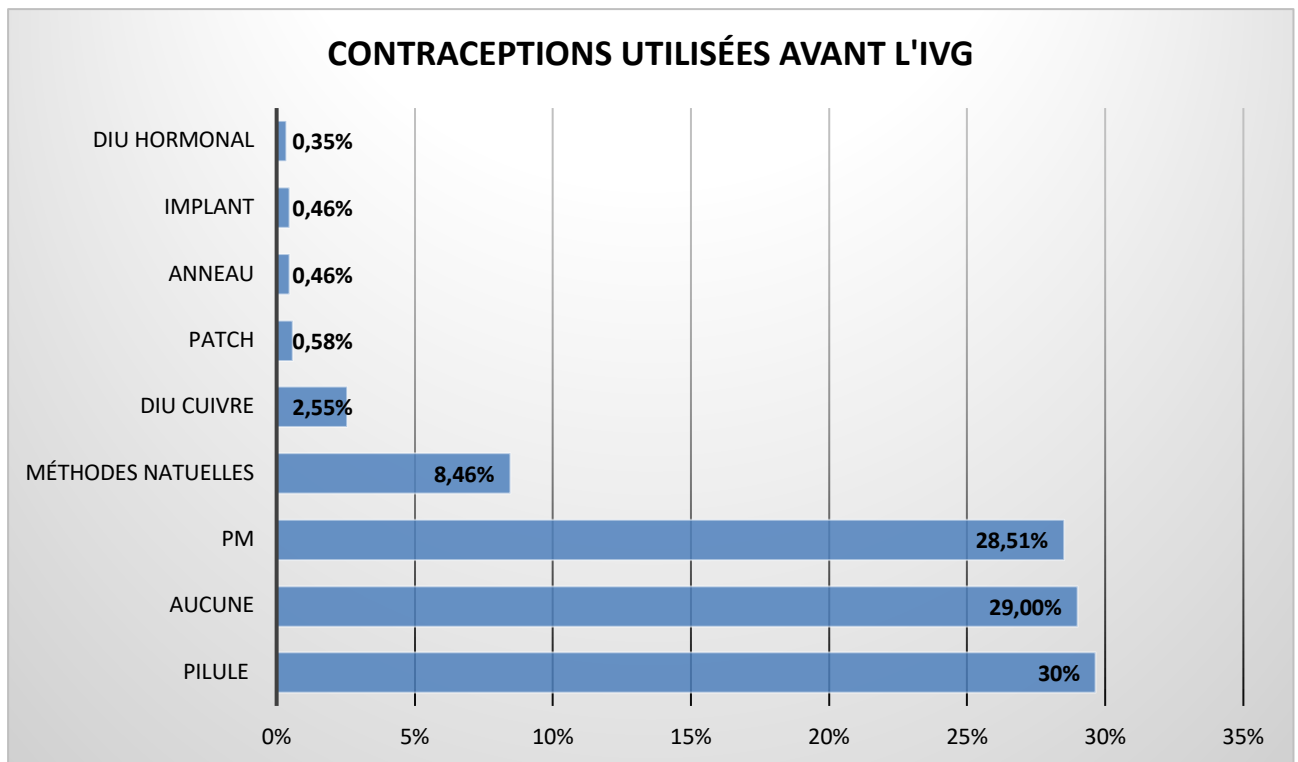


Figure 7 : Contraceptions utilisées avant l'IVG

Parmi les femmes sans contraception, 17 (sur 250) l'étaient car se pensaient infertiles (Antécédent d'aide médicale à la procréation lors d'une précédente grossesse, antécédent de Syndrome des ovaires polykystiques...)

Les méthodes naturelles regroupent ici la méthode de la température, la méthode Ogino, le calcul des cycles, le retrait, le MAMA.

2. Âge des patientes sous contraception orale avant l'IVG

La majorité des patientes sous contraception orale lors de la demande d'IVG avait entre 20-24 ans (34%) et entre 25-29 ans (25%). (Figure 8)

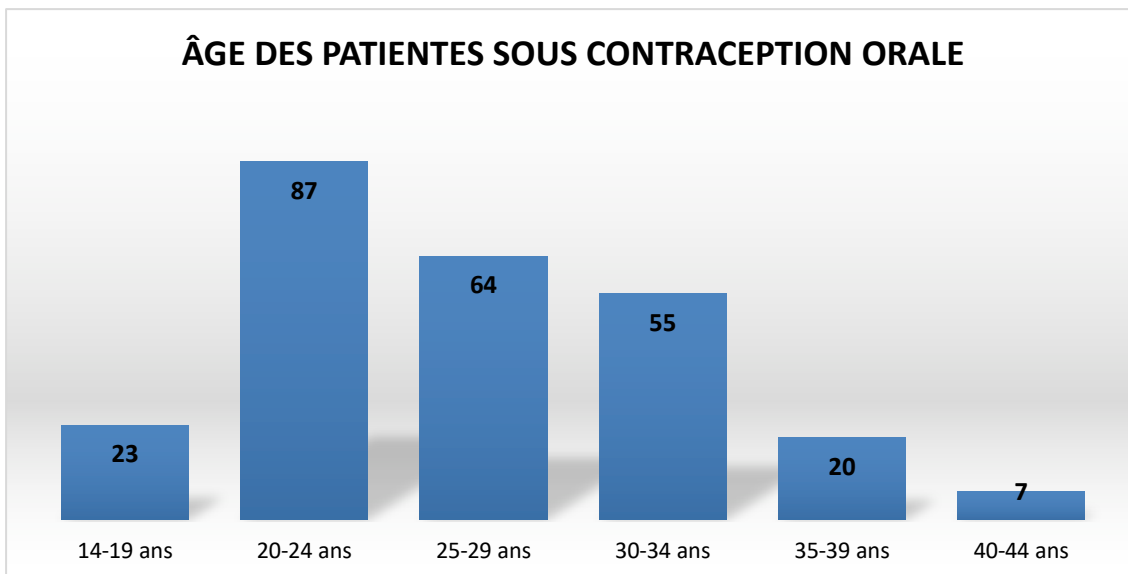


Figure 8 : Âge des patientes sous contraception orale

3. Contraceptions utilisées en fonction de l'âge

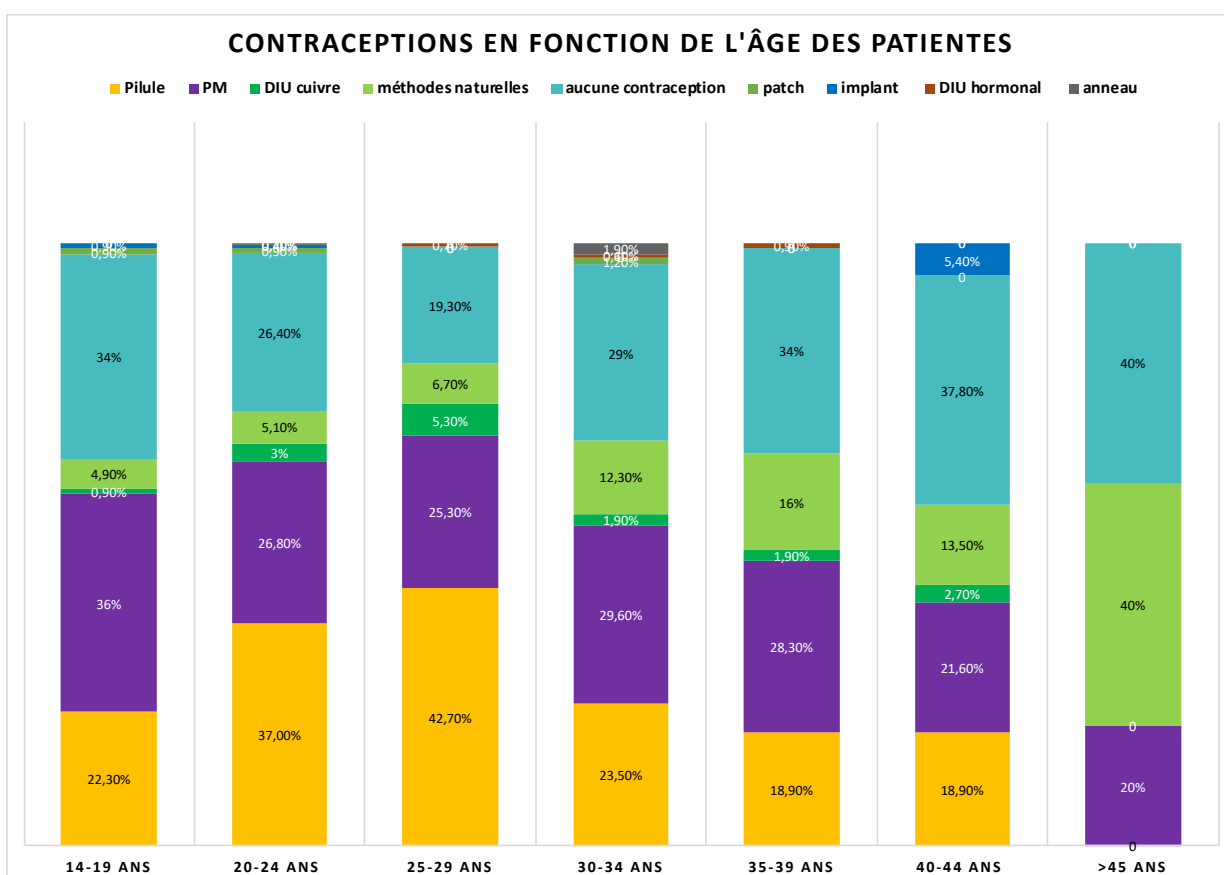


Figure 9 : Contraceptions utilisées en fonction de l'âge des patientes d'orthogénie

Le préservatif est la contraception majoritairement retrouvée entre 14 - 24 ans ; puis vient la pilule avec 22,3% d'utilisatrices chez les 14-19 ans et 37% chez les 20-24 ans.

Chez les 14-19 ans, 34% n'ont aucune méthode de contraception.

La pilule est la méthode la plus utilisée chez les 25-29 ans.

4. Âge et catégories socio-professionnelles des patientes utilisant des méthodes dites "naturelles"

La majorité des patientes utilisant des méthodes naturelles sont principalement âgées de 30-34 ans et de 35-39 ans. (Figure 10)

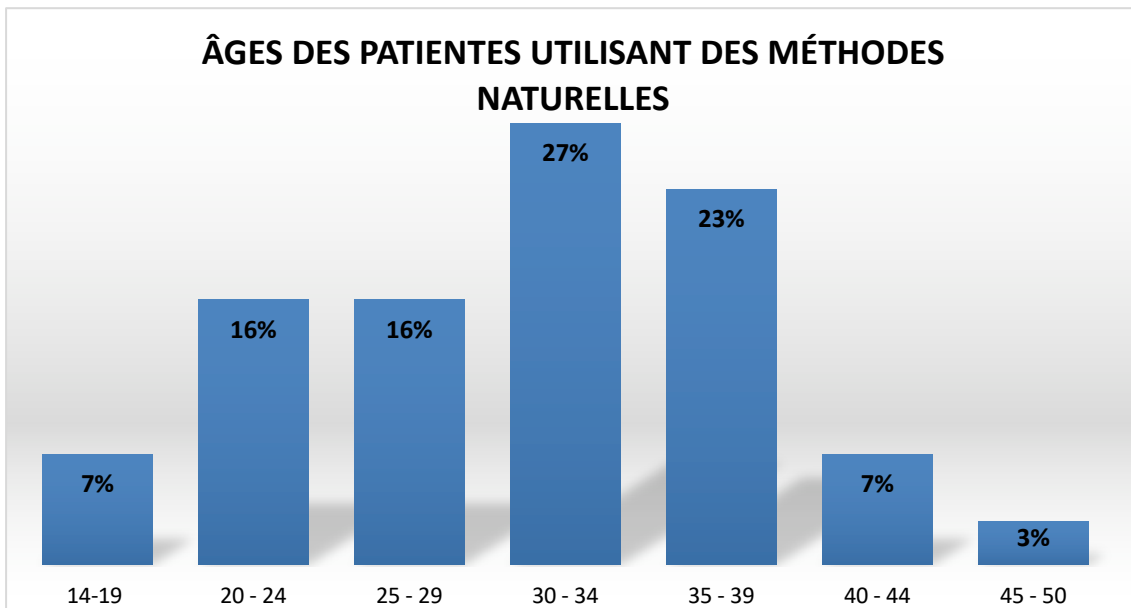


Figure 10 : Âges des patientes utilisatrices des méthodes naturelles

La majorité des patientes utilisatrices de contraception naturelle sont les femmes sans emploi et les employées.

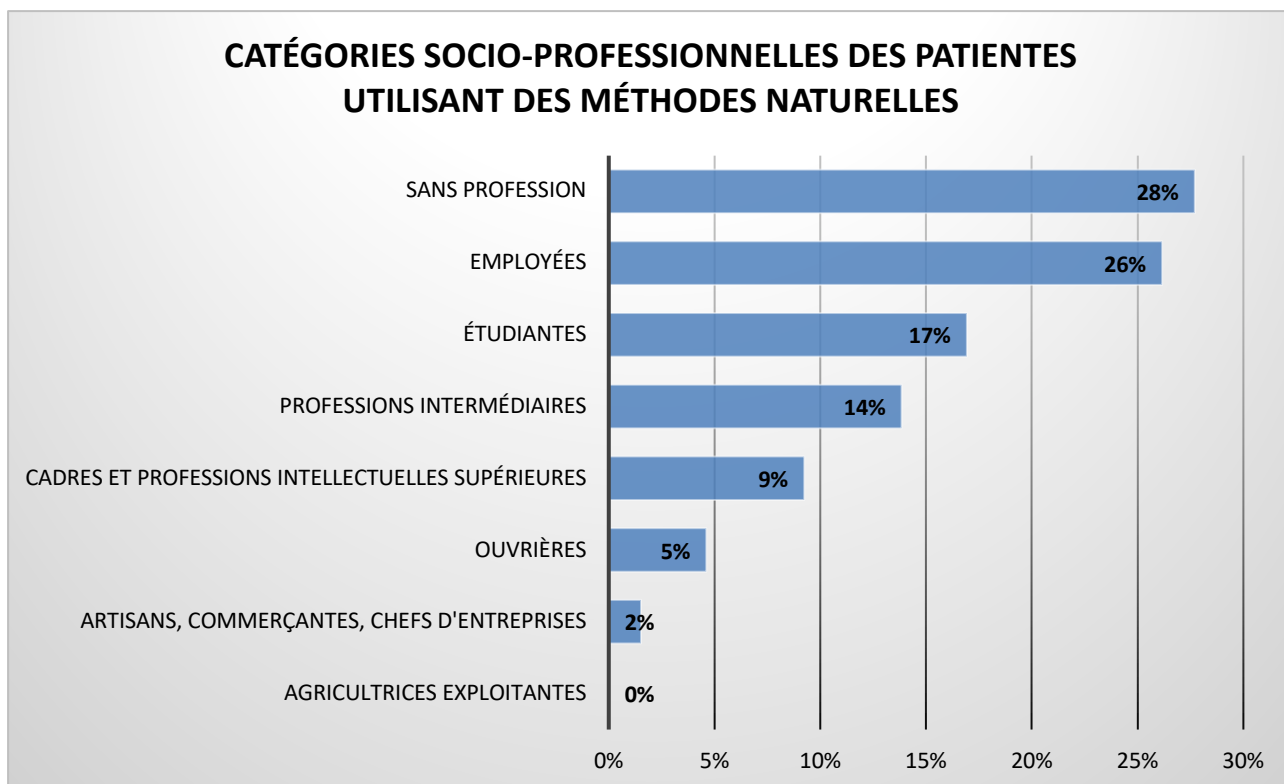


Figure 11 : Catégories socioprofessionnelles des patientes utilisatrices de méthodes naturelles

5. Âge et catégories socio-professionnelles des patientes n'utilisant aucune contraception

Les patientes n'utilisant aucune contraception sont majoritairement les 20-24 ans et les 25-29 ans.

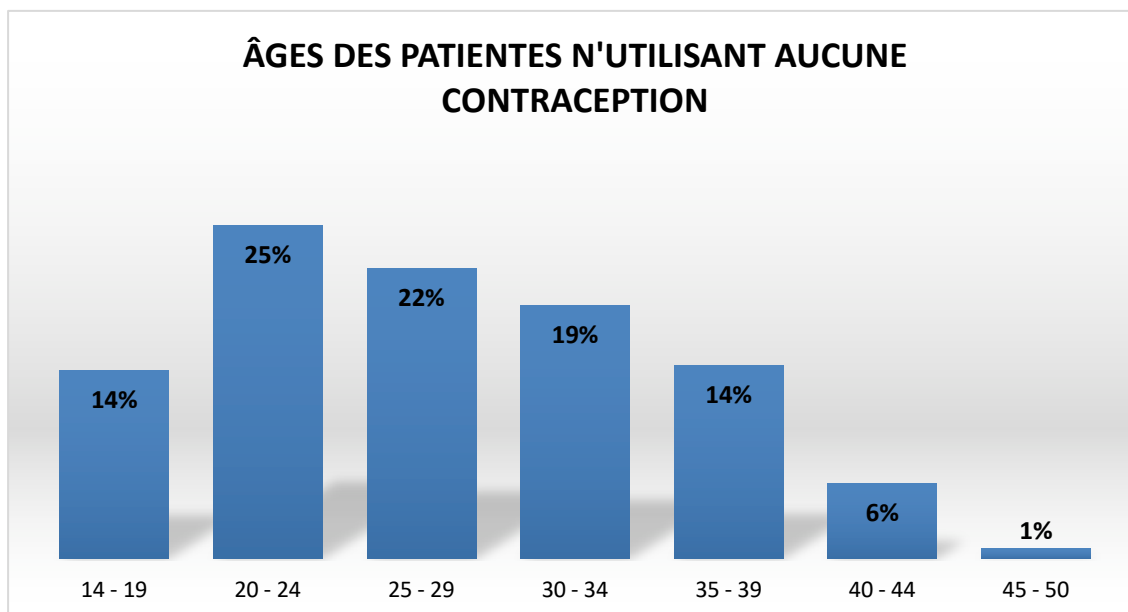


Figure 12 : Catégories d'âge des patientes sans contraception

Parmi les patientes sans aucune contraception, 40% sont des femmes sans emploi, 29% sont employées, 15% sont étudiantes, tandis que 2% sont des cadres et professions intellectuelles supérieures.

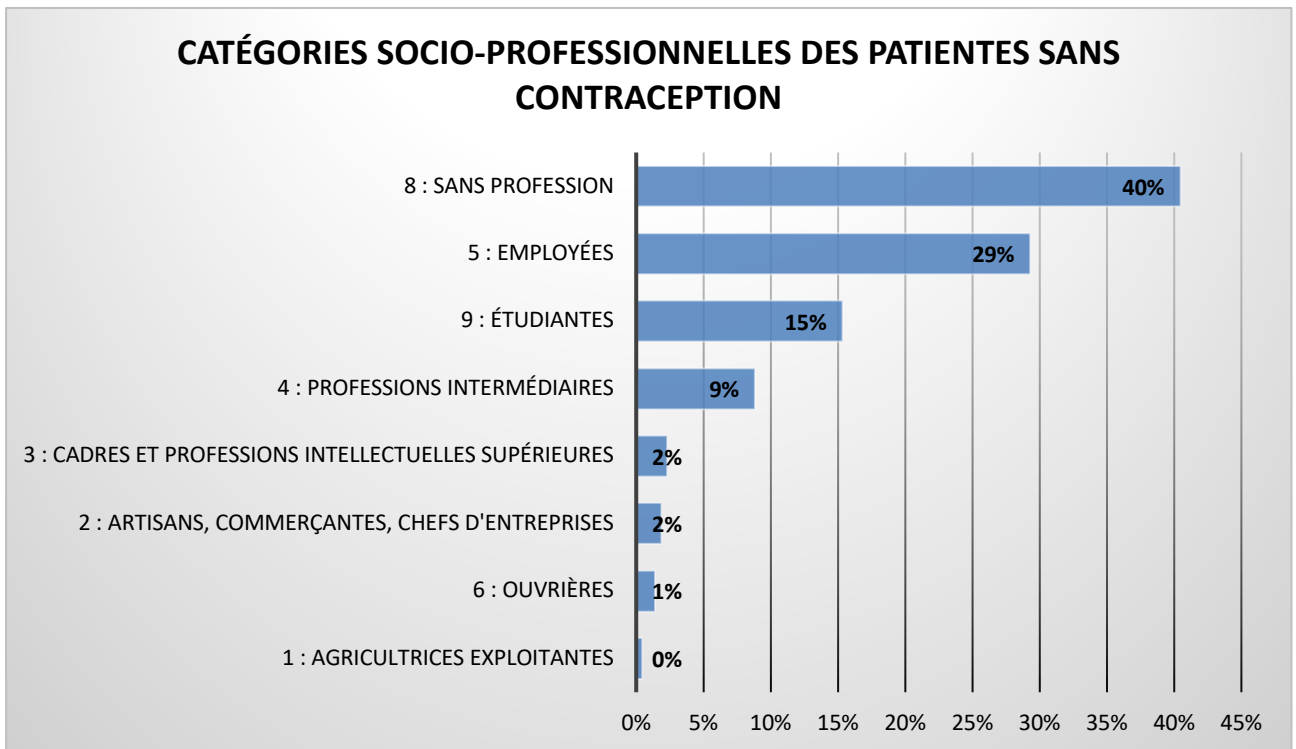


Figure 13 : Catégories socio-professionnelles des patientes sans contraception

Tableau 2 : Absence de contraception en fonction de la présence d'une activité professionnelle ou étudiante

Catégorie socio-professionnelle	Aucune contraception	P
Sans profession	42%	
Activité professionnelle ou étudiante	24%	0,00035

Parmi les patientes sans activité professionnelle, 42% n'avaient aucune méthode contraceptive lors de la grossesse ayant abouti à une IVG, contre 24% chez les patientes en activité.

6. Contraception des femmes en fonction des antécédents d'IVG

Tableau 3 : Contraceptions utilisées en fonction de l'antécédent d'IVG

	1ère IVG N = 582	Antécédent d'IVG N = 281	P
Patch	3 (5,2%)	2 (0,7%)	0,25
Anneau	1 (0,2%)	3 (1,2%)	
DIU cuivre	19 (3,3%)	3 (1%)	
DIU hormonal	1 (0,2%)	2 (0,7%)	
Implant	3 (0,5%)	1 (0,36%)	
Préservatif masculin	183 (31,4%)	63 (22,4%)	
Pilule monophasique	114 (19,6%)	88 (31,3%)	
Pilule non monophasique	33 (5,7%)	21 (7,5%)	
Méthodes naturelles	52 (8,9%)	21 (7,5%)	
Aucune contraception	173 (29,7%)	77 (27,4%)	

Tableau 4 : Contraception médicalisée ou non médicalisée en fonction de l'antécédent d'IVG

	1ère IVG N = 582	Antécédent d'IVG N = 281	P
Contraception médicale	357 (61%)	183 (65%)	0,83
Contraception "naturelle"	52 (9%)	21 (7,5%)	
Aucune contraception	173 (30%)	77 (27,5%)	

Les contraceptions utilisées si la patiente avait un antécédent d'IVG ou pas, ne sont pas sensiblement différentes.

7. Causes d'échec de la contraception médicale

a) Pilules contraceptives

Dans cette étude nous avons dans un premier temps différencié les pilules monophasiques (majoritairement prescrites) et les pilules non monophasiques.

Notre hypothèse initiale était que les utilisatrices de pilules non monophasiques étaient plus à risque de mauvaise prise due à une utilisation plus complexe de ces pilules.

Nous n'avons néanmoins pas retrouvé de différence significative entre ces 2 catégories de pilules.

Tableau 5 : Erreur de prise de pilule en fonction du caractère monophasique ou non de la pilule

	Mauvaise prise de pilule	P
Pilules monophasiques	16,3%	
Pilules non monophasiques	22,2%	0,4

Les analyses suivantes ont été réalisées en regroupant les 2 catégories de pilules (monophasiques et non monophasiques).

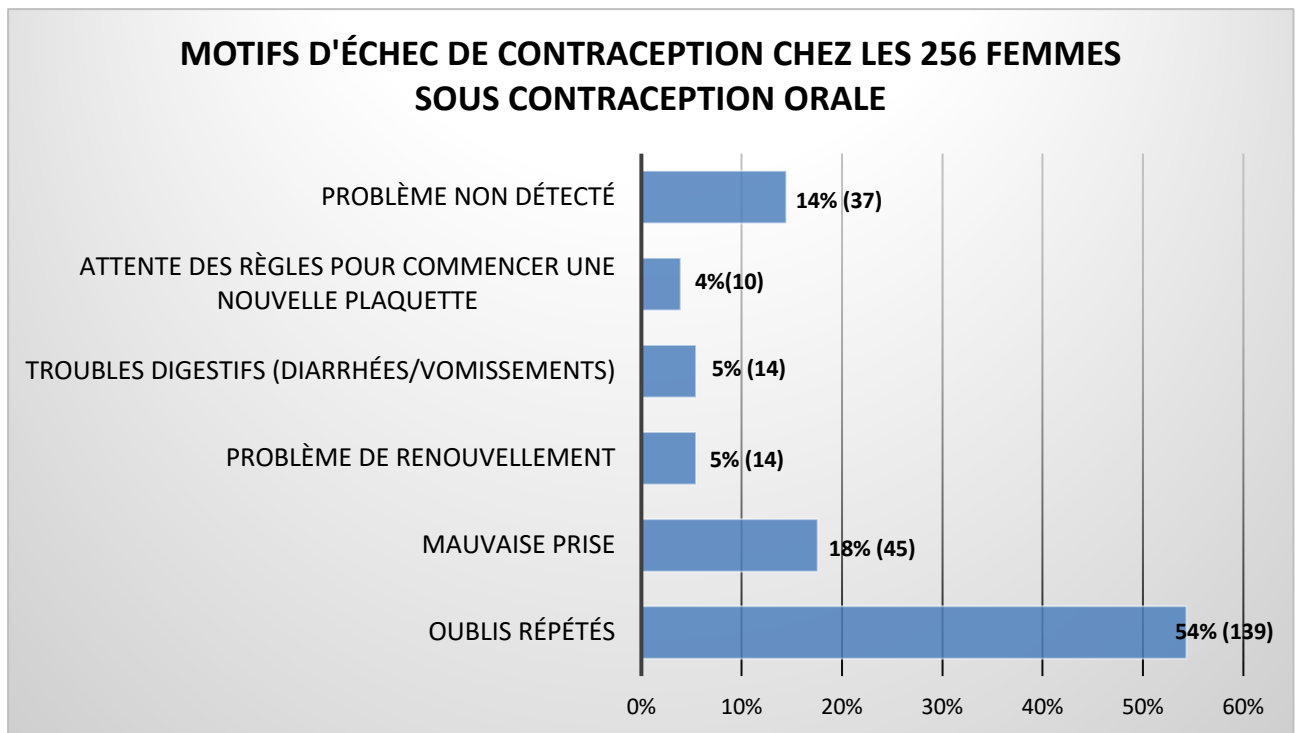


Figure 14 : Motifs d'échec de contraception chez les femmes sous contraception orale

La majorité des échecs de pilule survient suite à un oubli de pilule (54%). 18% des échecs sont dus à une mauvaise prise de pilule (prise aléatoire des comprimés, commencement d'une nouvelle plaquette le mauvais jour...).

b) Préservatifs masculins

Dans la moitié des cas, l'utilisation du préservatif était aléatoire et non systématique, diminuant donc drastiquement son efficacité si celui-ci était absent.

La deuxième cause d'échec de contraception par préservatifs est la rupture dans 23% des cas.

Dans 26% des situations, le problème n'a pas été détecté.

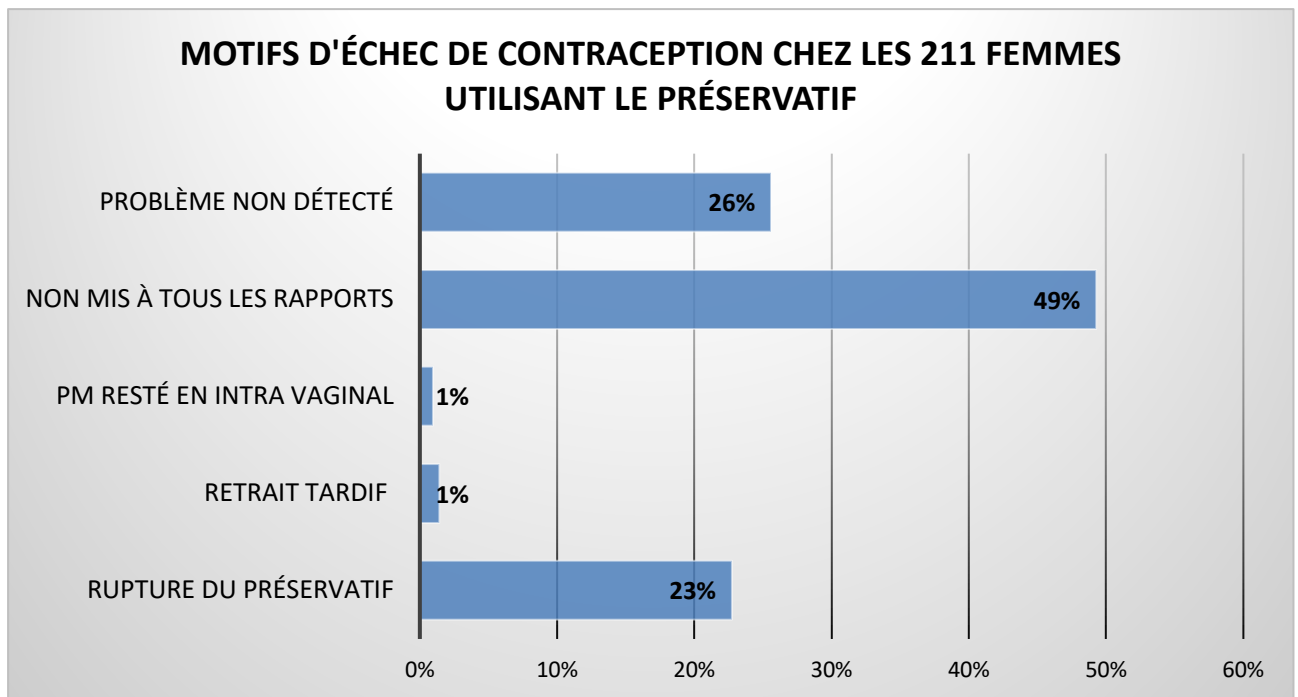


Figure 15 : Motifs d'échec de contraception chez les utilisatrices de préservatif

c) DIU

- DIU au cuivre

Sur les 22 patientes ayant un DIU au cuivre, 9 étaient correctement positionnés, 10 étaient en mauvaise position dont 1 était expulsé.

Tableau 6 : Causes d'échecs du DIU au cuivre

Causes d'erreur	Nombre de patientes	
	N= 22	
Mal positionné	9	41%
Correctement en place	9	41%
Expulsé	1	5%
NR	3	14%

- DIU hormonal

Sur les 3 patientes sous DIU hormonal, 1 était déjà enceinte lors de la pose, 1 avait son DIU bien en place, et concernant la 3ème patiente les données n'ont pas été renseignées.

d) Implant

Sur les 4 patientes sous implant, 1 était déjà enceinte lors de la pose, 2 avaient des implants inefficaces (dépassement de la durée de vie), les données n'ont pas été renseignées pour la 4ème patiente.

e) Changement de contraception dans les 6 derniers mois

Dans 17% des cas les patientes ont changé de contraception dans les 6 mois précédant le rapport menant à l'IVG. 80% n'ont pas rapporté de changement de contraception.

8. Contraception avant et après l'IVG

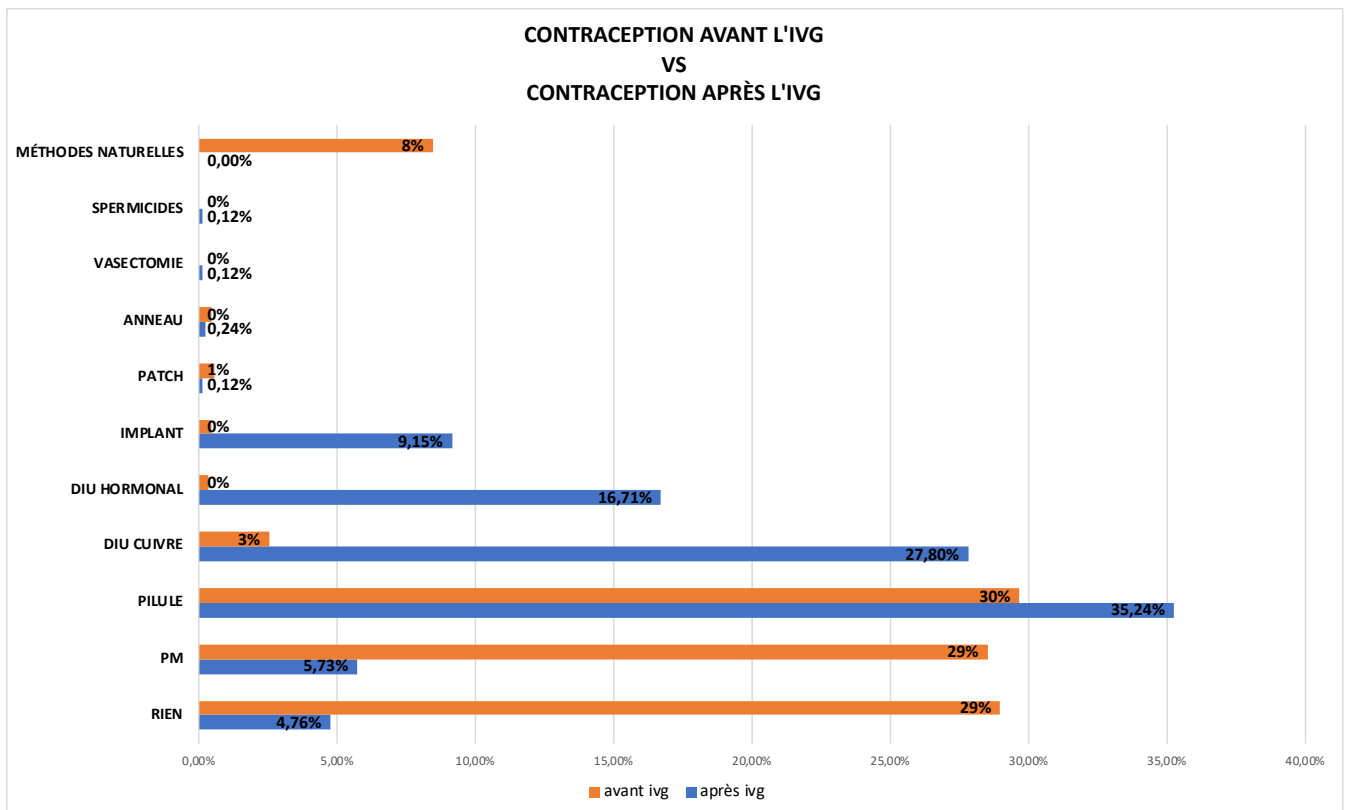


Figure 16 : Comparaison de la contraception utilisée avant et après l'IVG

Nous notons davantage d'utilisation de LARC en post-IVG. La contraception orale est elle aussi plus utilisée. Très peu de patientes repartent sans aucune contraception après une IVG. Le plus souvent ce sont des patientes qui ne viennent pas à la consultation post-IVG.

Tableau 7 : Présence ou non d'une contraception en post-IVG en fonction de sa présence ou non en consultation de contrôle post-IVG

	Aucune contraception après l'IVG N= 67	Contraception mise en place après l'IVG N= 815		P
Non venues à la consultation de contrôle N= 237	28	209	11,8%	
Venues à la consultation de contrôle N = 645	39	606	6,4%	0,004

Deux-cent trente-sept patientes (soit 27,7% des patientes) ne se sont pas rendues à leur consultation post-IVG.

Quarante et un pour cent des patientes n'ayant aucune contraception après leur IVG sont des patientes qui ne se sont pas rendues à leur consultation de contrôle.

Parmi les patientes absentes à leur consultation de contrôle, 11,8% sont reparties sans aucune contraception, contre 6,4% des patientes venues à leur consultation.

Tableau 8 : Patientes absentes à la consultation de contrôle post-IVG en fonction des antécédents d'IVG

	Patientes non venues à la consultation de contrôle post-IVG N = 237	Patientes venues à la consultation de contrôle post- IVG N = 617	Proportion des femmes aux ATCD d'IVG ne venant pas au RDV de contrôle	P
Antécédent d'IVG =				
1 ou plus N = 279	97	182	34,8%	
Antécédent d'IVG =			24,3%	0,0014
0 N = 575	140	435		

Chez les patientes aux antécédents d'IVG, nous notons une proportion plus importante de femmes n'honorant pas leur rdv de contrôle (p=0,0014).

Tableau 9 : Prescription post-IVG de pilule en fonction de l'utilisation de pilule en pré-IVG

Nombre de patientes sous contraception orale avant l'IVG ayant rapporté un échec de pilule	Nombre de patientes reparties sous pilule qu'elles étaient sous pilule lors de l'IVG	
139	46	33%

On note que 33% des patientes qui rapportaient un échec de pilule en pré-IVG, se sont vues prescrire une pilule en post-IVG.

IV. Discussion

A. Rappel des principaux résultats

La classe d'âge majoritairement retrouvée incluait les patientes entre 20-24 ans. La moyenne d'âge des patientes d'orthogénie était de 27,4 ans.

Un tiers (33%) des patientes d'orthogénie avait déjà eu recours à au moins une IVG.

Quarante-neuf pour cent des patientes étaient nullipares.

Soixante-et-onze pour cent des patientes avaient une contraception au moment du début de la grossesse non désirée. Parmi elles, la contraception orale était la méthode la plus utilisée avec 29,5% d'utilisatrices, suivie de près par le préservatif masculin avec 28,5% d'utilisatrices. 3,4% étaient utilisatrices de LARC avec 2,6% des patientes sous DIU au cuivre.

Près de 30% des patientes d'orthogénie n'avaient aucune contraception lors de la survenue de la grossesse non désirée.

Les patientes utilisant la pilule rapportaient un oubli dans 54% des situations, et une mauvaise prise de la pilule a été détectée dans 18% des échecs. Le préservatif arrive en 2^{ème} place des méthodes contraceptives utilisées. Il n'était pas mis systématiquement dans 49% des cas, il s'était rompu dans 23% des cas et, dans 26% des situations, les patientes n'avaient pas identifié de cause d'échec.

Les méthodes contraceptives de longue durée d'action (LARC) étaient retrouvées dans 3,4% des cas des grossesses non désirées, dont 2,6% des patientes sous DIU au cuivre.

Les femmes sans emploi et les employées étaient majoritairement retrouvées parmi les femmes sans contraception et parmi les femmes sous contraception "naturelle".

En post-IVG : nous retrouvons près de 53,7% d'utilisatrices de LARC contre 3,4% des patientes en pré-IVG.

B. Discussion de la méthode

1. Limites de la méthode

Les données ont été recueillies rétrospectivement, ne permettant pas d'interroger les patientes sur des points précis ou manquants. Les données concernant la contraception d'urgence n'ont pas été recueillies car elles étaient très souvent absentes du dossier.

L'origine géographique des patientes n'a pas pu être recueillie en rétrospectif. Il aurait été intéressant de se pencher sur les variations de contraception selon l'origine, ainsi que selon une éventuelle pratique religieuse.

Dans l'étude, nous avons regroupé les patientes en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle. Il aurait été intéressant de s'attacher à leur niveau d'étude car la catégorie socioprofessionnelle ne reflète pas toujours le niveau d'étude des patientes. Ici nous avons regroupé dans la catégorie « sans activité professionnelle » les femmes au chômage ainsi que les femmes au foyer.

2. Biais

A noter un biais de sélection : les patientes désireuses d'une grossesse et qui ont finalement eu recours à l'IVG (26 patientes) n'avaient pas de contraception car souhaitaient initialement une grossesse. Ce qui est en cause ici n'est donc pas l'efficacité de la méthode contraceptive. Inversement, les patientes ayant gardé leur grossesse suite à une erreur contraceptive n'ont pas pu être étudiées car l'étude portait uniquement sur les patientes ayant réalisé une IVG.

Le recrutement s'est fait uniquement au CHU de Caen, les IVG réalisées en ville par un médecin généraliste, un gynécologue, ou une sage-femme et les IVG faites au planning familial n'ont pas été comptabilisées. En Normandie en 2018, on dénombre 7020 IVG réalisées en structure hospitalière sur 8618 IVG au total. 18,5% des patientes qui ont fait une IVG en Normandie en 2018, l'ont fait en dehors d'un établissement hospitalier. En moyenne en France, 24% des IVG réalisées sont hors établissement hospitalier. (33)

Il existe un biais d'intervention : il est possible que l'information fournie et la façon de présenter les différents moyens de contraception aient influencé les femmes dans le choix de leur contraception post-IVG. Il est évident que toute prescription sera influencée par son prescripteur. (19)

3. Points forts de l'étude

Le recueil fut exhaustif car, sur 872 IVG réalisées au CHU de Caen en 2018, 854 dossiers ont pu être analysés. Cette exhaustivité des données permet de limiter le biais de sélection.

De nombreuses données ont ainsi pu être récupérées et analysées.

Peu nombreuses sont les études récentes regroupant autant de données sur un échantillon aussi important.

Dans cette étude, nous avons distingué les oublis de pilule et les erreurs de prise. Distinction peu souvent retrouvée dans les études précédentes.

C. Discussion des résultats

1. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

a) Age

La moyenne d'âge des patientes d'orthogénie était de 27,4 ans. La classe d'âge la plus représentée était les 20-24 ans (avec 27,9% des patientes d'orthogénie), puis venaient les 25-29 ans (23,2%).

C'est également cette classe d'âge qui est retrouvée majoritaire dans les chiffres d'IVG nationaux, suivie par les 25-29 ans.(33)

Les contraceptions retrouvées étaient différentes en fonction de l'âge des patientes.

Le préservatif était la contraception majoritairement retrouvée entre 14 - 24 ans ; puis venait la pilule avec 22,3% d'utilisatrices chez les 14-19 ans et 37% chez les 20-24 ans.

Chez les 14-19 ans, 34% n'avaient aucune méthode de contraception.

La pilule était la méthode la plus utilisée chez les 25-29 ans.

Cette tendance est retrouvée également dans les chiffres nationaux du Baromètre Santé sur la contraception chez la population générale. L'utilisation du préservatif est majoritaire lors des premières années de la vie sexuelle puis est introduite la pilule lors de la "mise en couple". Contrairement aux chiffres nationaux concernant la population générale, les patientes d'orthogénie sont très peu à être sous LARC (DIU ou implant).

b) Catégories socio-professionnelles

Parmi les patientes d'orthogénie, 29,3% étaient employées, 24,3% sans profession et 18,3% étudiantes. Les catégories socio-professionnelles « supérieures » (cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les chefs d'entreprise) représentaient 5,38% des patientes d'orthogénie.

Les femmes sans emploi et les employées étaient majoritairement retrouvées parmi les femmes sans contraception et parmi les femmes sous contraception "naturelle".

La catégorie socio-professionnelle et le niveau d'étude influenceraient l'utilisation d'une méthode de contraception efficace. Les informations reçues par ces femmes concernant la contraception, sont probablement insuffisantes ou inadaptées.

c) Parité

Plus de la moitié (51%) des patientes d'orthogénie avait déjà eu un ou plusieurs enfants.

d) Antécédent d'IVG

Dans notre étude, un tiers des patientes (33%) avaient déjà eu recours à une IVG antérieurement. Des chiffres comparables sont retrouvés au niveau national avec, en 2017, 29,8% des patientes avec au moins un antécédent d'IVG. 20,2% ayant déjà fait 1 IVG, 6,3% en ayant déjà eu 2 et 3,3% en ayant déjà eu 3 ou plus.(33)(38)

D'après les taux d'IVG de 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois. (38) Cela appuie le fait que la prévention secondaire en matière de contraception est essentielle.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative de contraception chez les femmes qui ont eu un antécédent d'IVG.

e) Situation familiale

Soixante-douze pour cent des patientes étaient dans une relation stable lors de l'IVG (mariées ou en couple), 10,7% étaient dans une relation instable ou étaient séparées, 17,3% des dossiers n'étaient pas renseignés sur ce point.

2. Une contraception souvent inadaptée, propice aux oublis et aux erreurs d'utilisation

a) La contraception orale

Dans notre étude, nombreux étaient les oublis de pilule (54% des femmes sous pilule) et les erreurs de prise (22%).

Dans l'étude GRECO de 2006, les oublis étaient la cause majeure d'inefficacité de la pilule avec 60,8% des échecs.(39)

La pilule contraceptive est la méthode contraceptive la plus utilisée en France avec 36,5% des femmes utilisatrices parmi les femmes concernées par la contraception.(30)

Il apparaît primordial de lutter contre ces oublis et les nombreuses erreurs de prise, rendant ce moyen contraceptif peu efficace dès lors qu'il y a un comprimé mal ou non pris. (8)

b) Les LARC

Les LARC étaient très peu retrouvées dans les contraceptions utilisées par les patientes d'orthogénie (3,4%). Dans l'étude de Moreau en 2011, seule une infime minorité de femmes (2 %) rapporte un échec d'une méthode à longue durée d'action.

Cela est dû à leur efficacité élevée en théorie comme en pratique rendant les grossesses beaucoup moins fréquentes. (8)

Les résultats de l'enquête FECOND réalisée en France en 2010 par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Études Démographiques (INED) montrent que 54 % des femmes interrogées considèrent que le DIU n'est pas indiqué chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.(35) Ce pourcentage s'élève à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes. Il en découle que seulement 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le DIU en 2010.

La HAS, dans ses recommandations « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » de 2004, souligne que le DIU peut être proposé aux femmes nullipares en première intention au même titre que la contraception oestroprogestative orale. (17)

c) Manque d'information chez les plus jeunes

Dans notre étude, nous retrouvons, parmi les patientes de 14 – 19 ans, 34% de patientes n'utilisant aucune contraception, 36% utilisant le préservatif et 22,3% utilisant la pilule. C'est la 2^e catégorie (après les 40 – 45 ans) qui utilisait le moins souvent de contraception.

Les patientes ne sont probablement pas assez sensibilisées à la possibilité d'une grossesse dès la survenue d'un rapport sexuel. Il est indispensable que soit délivrée une information concernant la contraception et plus largement une éducation sexuelle, dès le collège, voire avant.

Depuis 2001, la loi n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception rend obligatoire une information et une éducation sexuelles dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles.(40)

Le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) a rédigé un rapport 15 ans après cette loi qui constate que « l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles. Elle est, selon le point de vue de certain(e)s acteur/actrices, inadaptée aux réalités des jeunes. »(41)

d) L'absence de contraception

Dans près de 30% des cas, les patientes déclaraient ne prendre aucune contraception lors de la survenue de la grossesse. Les résultats de l'enquête de Moreau en 2011 montrent également qu'une femme sur trois n'a pas de contraception lors de la survenue de la grossesse.(36)

Dans la population générale, parmi les femmes concernées par la contraception, 8% des femmes n'utilisent pas de moyen de contraception pour éviter une grossesse. (30)

Parmi les femmes sans emploi, 42% ont rapporté n'avoir aucune méthode contraceptive, contre 24% chez les femmes en activité ($p= 0,0003$). Parmi les patientes sans contraception, 40% étaient des femmes sans emploi, 29% sont employées.

Un déficit d'information et/ou de compréhension est à rechercher chez ces femmes au niveau d'études souvent peu élevé. (42) Cette différence de recours à la contraception selon le niveau social est également retrouvée dans les résultats de l'étude FECOND de 2010.(35)

Le mode de vie des étudiantes ou des femmes sans activité professionnelle, moins régulier, pourrait influencer la bonne observance contraceptive.

Cette même tendance est retrouvée dans la population générale chez les femmes de moins de 30 ans avec 12,7% sans méthode contraceptive chez des femmes avec un niveau d'étude peu élevé contre 6,3% chez des femmes avec un niveau d'études plus élevé. (42)

L'absence de contraception était prédominante chez les femmes de 40 – 45 ans. En effet, dans notre étude, elles étaient 37,8% à n'avoir aucune méthode contraceptive. Cette observation est également faite en Grande-Bretagne avec une diminution de la couverture contraceptive chez les femmes de plus de 40 ans. (43)

Cette tendance pourrait s'expliquer par la conscience de l'approche de la ménopause et la baisse de fécondité, faisant relâcher la vigilance contraceptive. A noter également une diminution de la fréquence des rapports sexuels à cet âge.(44)

La réalisation d'une IVG est l'occasion de délivrer une information adéquate sur la contraception. Une consultation post-IVG est prévue (et normalement obligatoire) 14 à 21 jours après l'IVG (45). Cela permet d'abord de revenir sur l'IVG et déceler d'éventuelles complications (physiques et/ou morales). Cela permet également de vérifier le bon usage de la contraception mise en place après l'IVG ou de mettre en place la nouvelle contraception choisie le cas échéant.

Dans cette étude, 237 patientes (soit 28%) ne se sont pas rendues à leur consultation de contrôle. Parmi celles-ci, près de 12% sont reparties, sans aucune contraception mise en place, contre seulement 6,4% des patientes venues à leur consultation ($p=0,004$). 41% des patientes reparties sans aucune contraception n'avaient pas honoré leur consultation de contrôle.

e) L'importance de la consultation de contrôle post-IVG

La consultation de contrôle post-IVG est essentielle. Elle permet de vérifier la bonne mise en place de la contraception et de s'assurer que celle-ci correspond à la patiente. L'adhésion et l'appropriation de la contraception par la patiente est un facteur de bonne observance.

Les échanges avec le prescripteur doivent permettre d'identifier les modes de vie et contraintes de la patiente pour adapter la prescription.

L'absentéisme de la patiente à la consultation post-IVG peut être à risque de récurrence de grossesse non désirée. En effet nous retrouvons chez les patientes absentes à la consultation de contrôle, un nombre plus important de femmes aux antécédents d'IVG ($p=0,0014$).

A noter que parmi les patientes qui rapportaient un échec de pilule en pré-IVG, 33% se sont vues prescrire une contraception orale à leur sortie d'IVG. Ce même constat est fait en 2011 dans l'étude de Moreau avec près de la moitié des femmes (46 %) qui rapportaient un échec de pilule qui se sont vues prescrire une pilule après l'IVG. (36)

La prescription de contraception orale en orthogénie est l'occasion de délivrer les conseils de bonne prise et de prescrire une pilule générant une meilleure observance.

3. Perspectives et voies d'amélioration

a) Améliorer l'observance des patientes sous contraception orale par la répétition des informations, la multiplicité des sources et des supports d'information

Nous avons souligné que 76% % des patientes sous pilule présentaient des problèmes d'observance (oubli et/ou mauvaise prise). Selon l'étude de Moreau en 2011, 92% des utilisatrices de pilule avaient oublié au moins une fois leur comprimé ou avaient temporairement arrêté de la prendre dans le mois où elles sont devenues enceintes.(36)

Comme préconisé dans les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2019, il est recommandé qu'à chaque renouvellement de pilule, le prescripteur s'assure de la bonne observance de la patiente. (46)

Nous pourrions proposer de poser des questions courtes et simples du type : « Quel jour commencez-vous votre plaquette ? », « Vous arrive-t-il d'oublier votre pilule ? », ou encore « Que faites-vous en cas d'oubli ? ».

Ces questions permettraient de vérifier que la contraception orale est toujours adaptée au mode de vie de la patiente, de s'enquérir d'une utilisation correcte sans décalage dans la prise des comprimés, et de savoir si la patiente connaît la conduite à tenir en cas d'oubli.

Lors de la consultation de renouvellement, il pourrait être judicieux d'associer l'information donnée oralement à un support papier et/ou numérique (site internet), afin que la patiente puisse retrouver ces diverses informations, parfois compliquées à retenir. Cela permettrait d'améliorer la compliance thérapeutique et l'observance médicamenteuse. (47)

Il est déjà recommandé qu'à chaque renouvellement de pilule, le prescripteur fournisse aux patientes sous pilule la brochure « Que faire en cas d'oubli ? ». (46) (*Annexe II*)

En 2008, une campagne de sensibilisation à la contraception avait été lancée sous Roselyne Bachelot avec la mise en place de multiples dispositifs de communication et d'information tels que des spots télévisés, des SMS, un numéro de téléphone « Fil santé jeunes », la diffusion large du guide « questions d'ados » sur la sexualité et la création du site internet « choisirsacontraception.fr ». (48)

b) Une consultation dédiée à la contraception et sexualité

La durée des consultations représente un frein potentiel à délivrer les informations nécessaires. En effet, en moyenne, une consultation chez le médecin généraliste dure 15 minutes, et la patiente émet généralement d'autres demandes lors de cet entretien. Comme paru dans les recommandations de l'ANAES de 2004, la première consultation concernant la contraception doit être spécifiquement dédiée à celle-ci. (17)

La revalorisation de cette première consultation a déjà commencé par la création, le 1^{er} novembre 2017, d'une consultation dite de « première contraception » valable chez les patientes de 15 à 18 ans chez qui le médecin traitant met en place pour la première fois une contraception. (46)(49)

Une revalorisation de la consultation concernant cette fois le renouvellement de la contraception pourrait permettre aux médecins généralistes d'accorder plus de temps aux patientes et de mettre l'accent sur une contraception et une information adaptées.

D'autre part, il est primordial de s'intéresser à la vie sexuelle et contraceptive de ces patientes lorsqu'elles viennent en consultation.

Pour N. Bajos, plus l'acceptation sociale de la sexualité est prégnante, moins les taux de grossesses et donc de recours à l'IVG sont importants. Plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes, plus ils auront facilement accès à la contraception puisqu'ils se sentiront reconnus et acceptés dans leur sexualité. (50)(51)

Une étude internationale va en ce sens et montre que l'utilisation de la contraception chez les adolescents est plus élevée dans les pays où leur vie sexuelle est socialement plus acceptée car les patientes se sentent plus autorisées à utiliser une contraception. (52)

c) Informer et sensibiliser les prescripteurs et les patientes sur l'existence d'autres contraceptions, en particulier les LARC

Pour beaucoup de patientes, la contraception se résume à la pilule contraceptive. Or il s'avère que la pilule n'est pas la méthode la mieux adaptée pour toutes les femmes.

Nous notons que 53,7% des patientes s'orientent vers des LARC en post-IVG, c'est-à-dire après avoir reçu des informations contraceptives exhaustives.

Une information initiale pertinente pourrait permettre d'augmenter la mise en place de LARC et donc de diminuer le recours à l'IVG. (19)

Actuellement, tous les médecins généralistes ne posent pas de DIU ni d'implants. (53)

Afin de promouvoir l'utilisation des LARC, les médecins généralistes devraient être formés sur la pose et le suivi de ces méthodes.

Il est important de promouvoir la formation gynécologique pendant l'internat, notamment en découplant le stage pédiatrie-gynécologie, afin de passer un semestre entier en gynécologie (dispositif en cours de mise en place dans les différents CHU français)(54).

Une formation médicale continue avec des ateliers pratiques de pose de DIU et d'implants sur des mannequins pourrait elle aussi être utile dans l'apprentissage ou la révision de certains gestes techniques, d'autant plus si ceux-ci ne sont pas souvent réalisés.

Dans notre étude, parmi les patientes sous DIU au cuivre, plus de la moitié étaient mal positionnés, diminuant ainsi leur efficacité.

Selon l'HAS et le collège français des gynécologues obstétriciens, il est déjà recommandé d'effectuer un contrôle 1 mois et demi après la pose du DIU puis une fois par an et si apparition de douleurs pelviennes afin de vérifier la présence et longueur des fils. (55)

Il serait intéressant de connaître la surveillance effectivement réalisée en pratique par les soignants mettant en place des LARC (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes).

d) Sensibiliser les prescripteurs de contraception aux répercussions d'une IVG

Il est essentiel que les prescripteurs de contraception soient informés et surtout sensibilisés à la prévention des grossesses non désirées. En effet, l'IVG n'est jamais un acte anodin, pour aucune patiente, et peut avoir des répercussions psychologiques non négligeables. (56) Afin de prévenir le recours à l'IVG, une information contraceptive correcte et adaptée doit être délivrée aux patientes.

e) Impliquer les hommes dans la contraception

Actuellement il existe deux contraceptions masculines : le préservatif et la vasectomie. Longtemps resté figé, le développement de nouvelles méthodes contraceptives masculines est d'actualité. Des études sont en cours sur la contraception hormonale masculine, la contraception thermique (« slip chauffant ») ou encore l'immuno-contraception.(57)(58)

Ces techniques ne sont pas encore abouties mais elles permettraient d'inclure un peu plus l'homme dans la question de la contraception.

Une étude française réalisée en 2017, retrouve une volonté des hommes à s'impliquer davantage dans le choix de la contraception et de partager la responsabilité contraceptive. Dans cette étude, la majorité des femmes souhaitent partager la responsabilité contraceptive, notamment en ayant recours aux contraceptions masculines.(59)(60)

V. Conclusion

En France en 2018 on dénombre 224 300 IVG. Une femme sur trois aura recours à une IVG au cours de sa vie. Malgré les nombreuses contraceptions disponibles, des erreurs sont fréquemment rencontrées et génératrices de grossesses non désirées menant à une IVG.

Plus des deux tiers des patientes d'orthogénie avaient une contraception au moment de la survenue de la grossesse non désirée. De nombreux échecs évitables ont été identifiés tels que l'oubli ou la mauvaise prise d'une contraception orale, l'utilisation aléatoire du préservatif, ou encore l'utilisation de méthodes naturelles peu fiables.

Il apparaît primordial que les femmes aient une contraception adaptée à leur mode de vie et qu'elles prennent part au choix contraceptif afin d'y adhérer au plus près et d'avoir une meilleure observance.

D'autre part, un tiers des patientes n'avait aucune contraception au moment de la survenue de la grossesse. L'éducation sexuelle est à promouvoir et à développer afin de sensibiliser dès le plus jeune âge au risque de grossesse en l'absence de contraception.

Les contraceptions de longue durée d'action sont prisées en post-IVG avec plus de la moitié d'utilisatrices. Les informations données lors de la consultation d'orthogénie permettent la diffusion de ces méthodes contraceptives dont l'efficacité ne dépend pas d'une bonne observance.

Les prescripteurs de contraception ont un rôle important à jouer dans la promotion et dans la mise en place de ces méthodes moins contraignantes et moins connues du grand public.

De plus, il est important que les prescripteurs s'assurent régulièrement de la bonne couverture contraceptive et que celle-ci soit adaptée au mode de vie de la patiente. Des brochures d'information ainsi que des sites internet peuvent être intéressants pour venir compléter l'information orale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albert Netter, Henri Rozenbaum. Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours. ROGER DACOSTA. 1985.
2. Collège de gynécologie obstétrique [Internet]. Available from: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/2.html
3. Guiter J. Contraception en Egypte Ancienne. In. Available from: <https://www.ifao.egnet.net/bifao/101/11/>
4. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18730/pop_et_soc_francais_418.fr.pdf
5. Tay L. La Préservation Sexuelle. In 1908.
6. Durand-Vallot A, editor. Itinéraire d'une femme rebelle. In: Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances [Internet]. Lyon: ENS Éditions; 2017 [cited 2020 Nov 9]. p. 23–32. (Les fondamentaux du féminisme anglo-saxon). Available from: <http://books.openedition.org/enseditions/6406>
7. Connell EB. Contraception in the prepill era. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10342089/>
8. Collège des enseignants de gynécologie Français, item contraception [Internet]. Available from: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/11-ch04-19-36-9782294715518-CC.html>
9. Collège des enseignants d'endocrinologie [Internet]. Available from: <http://www.sfendocrino.org/article/803/poly2016-item-35-ndash-ue-2-contraception>
10. Impact de la modification récente des méthodes de contraception en France sur la survenue d'embolies pulmonaires chez les femmes de 15 à 49 ans [Internet]. Available from: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d19830d737bcf1e0f3b77fa58bccbeb7.pdf
11. Pilule contraceptive : crise bénéfique (Revue Prescrire Avril 2015).
12. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Populations et Sociétés. Mai 2014. (511).

13. Recommandations HAS : Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. 2019. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
14. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les «pilules» de 1re ou 2e génération : Recommandations HAS [Internet]. 2013. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1439689/fr/contraceptifs-oraux-estroprogestatifs-preferez-les-pilules-de-1re-ou-2e-generation-fiche-bum
15. Contraception d'urgence [Internet]. [cited 2020 Nov 9]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
16. Eric D. Contraception d'urgence. 2013;4.
17. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme (ANAES 2004) [Internet]. Available from: https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/Contraception_reco.pdf
18. collège français des enseignants d'endocrinologie [Internet]. Available from: <http://www.s fendocrino.org/article/803/poly2016-item-35-ndash-ue-2-contraception>
19. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 2013 Aug;100(2):451–8.
20. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Available from: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-06-09-contraception-na226.pdf>
21. Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) par l'OMS [Internet]. Available from: <https://www.fptraining.org/content/methode-de-lallaitement-maternel-et-de-lamenorrhée-mama>
22. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Available from: <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
23. The World's Abortion Laws | Center for Reproductive Rights [Internet]. [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
24. Prévention des avortements à risque [Internet]. [cited 2020 Nov 9]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

25. Article L2212-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2020 Nov 9]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033865551/
26. Veil S. Mes combats, Les discours d'une vie. 2016. (Bayard).
27. Dumont G-F, Legrand J. Evolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement. In. Available from: https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1981_num_36_2_17182
28. Les Irlandais votent à plus de 66 % en faveur du droit à l'avortement - Rennes.maville.com [Internet]. [cited 2020 Nov 15]. Available from: https://rennes.maville.com/actu/actudet_-les-irlandais-votent-a-plus-de-66-en-faveur-du-droit-a-l-avortement_54135-3453323_actu.Htm
29. Bajos et al. - 2012 - La contraception en France nouveau contexte, nou.pdf [Internet]. [cited 2020 Apr 2]. Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
30. Baromètre santé sexuelle 2016.
31. Modèle BERCER. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
32. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 Nov 9]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
33. DREES 2018.
34. Bajos N. Résultats des l'enquête COCON 2000. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15767918/>
35. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
36. 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; Available from: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>
37. INSEE : Professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pes2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/1?champRecherche=true>
38. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété.

2015;4.

39. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006 Feb;34(2):120–6.

40. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>

41. Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité ; Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Available from: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf

42. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans: Entre avancées et inégalités. *Agora Débatsjeunesses.* 2013;63(1):88.

43. Oddens BJ, Visser APh, Vemer HM, Everaerd WThAM, Lehert Ph. Contraceptive use and attitudes in Great Britain. *Contraception.* 1994 Jan;49(1):73–86.

44. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *The Lancet.* 2001 Dec;358(9296):1835–42.

45. HAS : IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. 2018. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

46. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes (reco HAS 2019) [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

47. Is an information booklet for patients leaving hospital helpful and useful? Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1836154/pdf/bmj00225-0034.pdf>

48. Favoriser le dialogue sur la contraception [Internet]. 2008 Apr. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_favoriser_le_dialogue_sur_la_contraception.pdf

49. Actes cliniques des médecins généralistes [Internet]. 2016. Available from: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros->

chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france

50. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. In. Available from: https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_2004_num_59_1_7466
51. Singh S, Darroch J, J Frost J. Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries. 2001 Dec; Available from: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2001/11/socioeconomic-disadvantage-and-adolescent-womens-sexual-and-reproductive>
52. Leridon H, Oustry P, Bajos N. Population et Sociétés, la médicalisation croissante de la contraception en France. Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18750/pop_et_soc_francais_381.fr.pdf
53. De Verbizier A. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine. Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes [Internet]. Available from: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731868/document>
54. RÉFORME DU 3ème CYCLE – GÉNÉRALITÉS [Internet]. 2017. Available from: <http://www.srp-img.com/archives/2052>
55. collège des enseignants de gynécologie français [Internet]. Available from: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
56. Coleman PK. Post-Abortion Mental Health Research: Distilling Quality Evidence from a Politicized Professional Literature : Journal of American Physicians and Surgeons. Available from: <https://www.jpands.org/vol22no2/coleman.pdf>
57. Robin G, Marcelli F, Rigot J-M. Contraception masculine. Presse Médicale. 2014 Feb;43(2):205–11.
58. Amory JK. Development of Novel Male Contraceptives. Clin Transl Sci. 2020;13(2):228–37.
59. Amouroux M, Mieusset R, Desbriere R, Opinel P, Karsenty G, Paci M, et al. Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers. PloS One. 2018;13(5):e0195824.
60. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. Contraception. 2010 Nov 1;82(5):453–6.

ANNEXES

Annexe I : Déroulé de l'entretien selon le modèle BERCER

Bienvenue : Le professionnel se présente, explique le déroulement de la consultation et assure de la confidentialité de l'entretien.

Entretien : Il recueille les informations médicales nécessaires, mais aussi les informations psychosociales et culturelles.

Renseignement : Il informe de manière claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées.

Choix : Il précise à la patiente que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risque.

Explications : Il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oubli, effets indésirables...), modalités pratiques de recours à une contraception d'urgence.

Retour : Il organise les visites de suivi qui permettront d'évaluer l'adéquation de la méthode et l'observance de celle-ci, d'apporter si besoin des compléments d'information et d'aider si nécessaire la consultante à choisir une autre méthode.

Que faire en cas d'oubli de pilule* ? Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) :
oui nombre
non

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,

il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisiracontraception.fr

<u>C.H.U. CAEN Normandie</u> SERVICE DE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE ET DE MÉDECINE DE LA REPRODUCTION ORTHOGENIE
ANNÉE :
<u>ENTRETIEN D'INFORMATION :</u>
Date : Réalisé par : N° :
Nom :
NOM DE JEUNE FILLE :
PRÉNOM :
- Date de naissance :
- Lieu de naissance :
- Profession :
- Adresse :
.....
- N° de Tél. :
- Majeur accompagnant :
Patiente adressée par le Dr :
Gynécologue :
G : P :
Date des dernières règles :
Groupe : Rhésus :
Immunoglobulines anti D prescrites <input type="checkbox"/>
<u>PROCRÉATEUR :</u>
Age : Profession :
Particularités :

ANAMNÈSE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

.....
.....

Allergie :

Tabac :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

.....
.....
.....
.....

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

Date	Lieu	Terme	Modalités	Enfant	SDC

CONTRACEPTION :

lors des 6 mois précédents :

lors de la fécondation :

envisagée à l'avenir :

BILAN SANGUIN :

Date :

CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE

Date : Réalisé par Dr :

Terme théorique :

Terme échographique :

.....

.....

.....

RU à domicile (avant 7 SA ou LCC 10 mm) <input type="checkbox"/> Mifégyne le : Cytotec le :	RU avec hospitalisation (avant 9 SA ou LCC 23 mm) <input type="checkbox"/> Mifégyne le : Cytotec le :	Aspiration sous AG (à partir de 8 SA ou LCC = 16 mm) <input type="checkbox"/> Hospitalisation le : Cytotec donné : <input type="checkbox"/>
Aspiration sous AL (à partir de 8 SA ou LCC = 16 mm) <input type="checkbox"/> Hospitalisation le : Cytotec donné <input type="checkbox"/>	Protocole 12/14 SA (bip > 22 et < 30 mm) <input type="checkbox"/> Mifégyne le : Hospitalisation le : Cytotec donné <input type="checkbox"/>	Grossesse arrêtée <input type="checkbox"/> Renonce à l'IVG <input type="checkbox"/>

Contraception prescrite : Antalgique prescrit :

CONSULTATION ANESTHÉSIQUE :

Date : Réalisé par Dr :

HOSPITALISATION

Prémédication :

Constantes à l'entrée : TA : π : Θ :

.....

.....

COURRIER au médecin traitant au gynécologue autre :

VISITE DE SORTIE :

.....
.....

ANTI D faite si rhésus négatif

CONSULTATION POST-IVG

Date : Réalisé par Dr : J :

SAIGNEMENTS :

Nombre de jours > à des règles :

Nombre de jours < à des règles :

DOULEURS :

Sous antalgiques : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sans antalgiques : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HCG :

Fait le : Résultat :

ECHOGRAPHIE :

Vacuité utérine parfaite <input type="checkbox"/>	Vacuité utérine douteuse <input type="checkbox"/>	Rétention de matériel évidente <input type="checkbox"/>	Grossesse évolutive <input type="checkbox"/>
--	--	--	---

COMPLICATIONS AUTRES :

.....

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS :

Cytotec Curetage évacuateur Antibiotiques Autre :

CONTRACEPTION :

En cours :

Prévue :

EVALUATION DU VÉCU PSYCHOLOGIQUE : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe IV : Illustration de plaquettes de pilules contraceptives

Pilule monophasique avec inscription des jours de la semaine :



Pilule triphasique avec repérage numérique :



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : NEILZ MAËLLA

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DES CIRCONSTANCES ENTOURANT LE RECOURS À L'IVG ET LES FAILLES DE CONTRACEPTION CHEZ LES PATIENTES AYANT EU RECOURS À UNE IVG AU CHU DE CAEN EN 2018

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

INTRODUCTION : En France, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) ne diminue pas, malgré le nombre croissant de méthodes contraceptives disponibles. L'objectif de cette étude était de recenser les causes d'échec de contraception et les circonstances de survenue d'une IVG chez les patientes d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen ayant réalisé une IVG en 2018. **MÉTHODE :** L'étude était rétrospective, monocentrique, incluant les patientes ayant réalisé une IVG au CHU de Caen en 2018. **RÉSULTATS :** 854 patientes ont été incluses dans l'étude. La moyenne d'âge des patientes d'orthogénie était de 27,4 ans. 33% des patientes avait déjà eu recours à au moins une IVG. 71% des patientes avaient une contraception au moment du début de la grossesse non désirée. La pilule était la plus utilisée avec 29,5% d'utilisatrices, suivie du préservatif avec 28,5% des patientes. 3,4% des patientes utilisaient des méthodes contraceptives de longue durée d'action (LARC). Les patientes utilisant la pilule rapportaient un oubli dans 54% des cas, et une mauvaise prise de la pilule dans 18% des échecs. Le préservatif n'était pas mis systématiquement dans 49% des cas, il s'était rompu dans 23% des cas. **DISCUSSION :** Il est essentiel de sensibiliser les prescripteurs et les patientes à l'importance d'une contraception adaptée afin d'en favoriser l'adhésion et l'observance. Promouvoir la formation initiale et continue des prescripteurs de contraception est un point essentiel à développer. Multiplier les supports d'information à destination des patientes limiterait les erreurs contraceptives et développerait l'utilisation des LARC.

MOTS-CLÉS : IVG, avortement, contraception, grossesse non désirée, orthogénie

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

OBSERVATIONAL STUDY ABOUT THE CIRCUMSTANCES AROUND THE ABORTION RESORT AND CONTRACEPTION FAILURES AMONG PATIENTS WHO HAD RECOURSE TO ABORTION IN CAEN CHU OVER THE YEAR 2018

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

INTRODUCTION: In France, despite the development of contraceptive methods, the abortion rate hasn't decrease. The purpose of this study was to determine the contraceptives failures and to study the circumstances around the abortion resort among patients who had recourse to abortion in Caen Hospital Center over the year 2018. **METHOD:** A retrospective and single-center study of patients who had recourse to abortion at Caen Hospital Center over the year 2018, was performed. **RESULTS:** 854 patients were included in the study. The average age was 27,4 years old. 33% of patients had already experienced at least one abortion in the past. 71% of the patients had a contraception at the beginning of the unwanted pregnancy. The pill was the most used with 29,5% of users, then the preservative with 28,5% of users. 3,4% of the patients used Long Acting Reversible Contraception (LARC). Patients with pill had forgotten one tablet in 54% of cases, and was misused in 18% of cases. Preservative was not present in all the sexual intercourses in 49% of cases, it was broken in 23% of cases. **DISCUSSION:** It is fundamental to enhance awareness of prescribers and patients about the importance of an adapted contraception to assure the adherence and the observance of the contraceptive method. Promote initial and continuing formation of contraception prescribers is an important point to develop. Multiply information supports destined to patients would reduce contraception failure and would expand LARC utilization.

KEY WORDS: abortion, contraception, unwanted pregnancy, orthogeny