



HAL
open science

Contraception autour de l'interruption volontaire de grossesse et caractéristiques socio-démographiques des femmes : une étude descriptive rétrospective de 904 patientes au centre Simone Veil de Nantes

Elise Leroyer

► **To cite this version:**

Elise Leroyer. Contraception autour de l'interruption volontaire de grossesse et caractéristiques socio-démographiques des femmes : une étude descriptive rétrospective de 904 patientes au centre Simone Veil de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03778805

HAL Id: dumas-03778805

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03778805>

Submitted on 16 Sep 2022

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2022

N°

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Elise LEROYER

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2022

**CONTRACEPTION AUTOUR DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES
FEMMES :
UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE DE 904 PATIENTES AU CENTRE
SIMONE VEIL DE NANTES**

Président du jury : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Solène VIGOUREUX

Membres du jury : Monsieur le Professeur Patrice LOPES

Madame le Professeur Maud JOURDAIN

Madame le Docteur Hélène BELLANGER-URBANCZYK

Remerciements

À mon jury tout d'abord, merci d'avoir accepté de lire et de juger ce travail.

Merci tout particulièrement au professeur Norbert Winer pour en avoir accepté la présidence. Merci d'avoir pu vous rendre disponible pour participer à ce jury.

Au docteur Solène Vigoureux, pour avoir dirigé ce travail. Merci infiniment d'avoir accepté de m'encadrer, de m'avoir fait confiance et guidée tout au long de ce travail avec autant de bienveillance.

Au professeur Patrice Lopes, pour avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour vos enseignements durant mon externat, toujours vivants et captivants.

Au professeur Maud Jourdain, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour ton enseignement, ta disponibilité et ta gentillesse, ce fut un vrai plaisir d'apprendre et de travailler à tes côtés.

Au docteur Hélène Bellanger-Urbanczyk, pour avoir accepté de participer à ce jury. Ta présence me tenait vraiment à cœur, tu sais à quel point j'ai apprécié apprendre et travailler à tes côtés. Ta manière de vivre et de travailler est une source d'inspiration pour moi. Merci aussi d'avoir accepté que je vide tes stocks de post-it.

À ceux qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce travail : À toute l'équipe des archives du CHU pour les heures passées à sortir et ranger les piles de dossiers, et **à Soizic** pour son aide précieuse au sein du centre Simone Veil.

À mes parents, pour tout l'amour qu'ils me donnent. Merci de m'avoir autant soutenue durant ce parcours mais également durant toutes les étapes de ma vie, je vous dois tellement. Votre amour est une réelle force pour moi. Merci pour votre aide précieuse en P1, pour vos allers-retours, la voiture chargée de linge et de tartes au Maroilles. Aujourd'hui, vous nous aidez à construire notre petit foyer, la voiture est désormais remplie d'outils, de gravats et bien sûr du fameux bleu de travail de papa, je ne vous remercierai jamais assez pour toute votre aide. Mamounette chérie, ta force et ta pugnacité m'épatent, j'aspire à devenir une femme et une maman aussi accomplie que toi. Mon papa, je serai toujours ton petit Milou. Je suis extrêmement heureuse de pouvoir vivre l'aboutissement de ces études avec vous, j'espère que ce travail vous rendra fiers.

À **ma sœur chérie**, pour ce lien unique que nous partageons et qui n'existe qu'entre sœurs. Merci pour tout cet amour que tu m'apportes au quotidien et pour ton soutien dans les moments plus difficiles. Je suis tellement reconnaissante d'avoir une sœur aussi incroyable que toi et je suis extrêmement fière de la femme et de la maman que tu es. Merci de m'apporter autant de bonheur en voyant grandir vos deux merveilleuses filles. **Luna et Alba**, votre tata vous aime très très fort. **Baptiste**, merci de rendre Mathilde comblée.

Aux autres membres de ma famille qui m'apportent de l'amour.

À **ma Tatounette chérie des Côtes d'Armor**, pour le soutien et l'affection que tu me portes, pour ton accueil toujours incroyable et pour les stages de catamaran à l'île Grande qui nous ont bien rafraîchis. Je suis extrêmement touchée que tu sois présente pour célébrer ensemble la fin de mes études. **Tonton Yves, Paul et Luc**, merci pour les soirées endiablées (et arrosées) ensemble. À **ma Tatounette chérie de Montrouge**, pour tout l'amour que tu m'apportes.

À **mes deux mamies** que j'aime très fort. **Papi**, je sais que tu aurais été très fier de moi aujourd'hui.

À **ma belle-famille**, qui m'a accueillie avec tellement d'amour. **Domi et Jackie**, merci de me considérer comme l'une des vôtres et merci infiniment pour le temps et l'énergie que vous donnez pour nous aider à construire notre maison. Domi, merci infiniment d'avoir rétabli l'eau chaude !!!!! Je suis très fière de vous avoir comme beaux-parents. **Elo, Marion et vos petites troupes**, merci de m'avoir aussi bien accueillie.

À **mes amies de toujours**, c'est ensemble que nous avons traversé ces études de médecine et que nous avons fait les quatre cent coups :

À **ma Barbara**. Il est difficile de trouver les mots justes afin de te remercier suffisamment pour tout ce que tu fais pour moi. Nous avons tout vécu et partagé ensemble, les moments les plus beaux comme les plus difficiles et je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien et ton aide dans ces moments. Merci pour tout ce bonheur que tu m'apportes au quotidien, pour ces heures à débriefer et à refaire le monde, pour être aussi bienveillante à mon égard, pour nos heures à pédaler sur l'aquabike, et surtout pour tes expressions ratées et tes gaffes incessantes (mon plafond recouvert de gaspacho te remercie encore lui aussi). Je sais que nous allons continuer à tout partager ensemble, puisque l'on ne peut pas avancer l'une sans l'autre. Merci du fond du cœur de me donner autant d'amour.

À **ma Bibiche**. C'est ensemble que cette aventure a commencé. Merci du fond du cœur de m'avoir poussée durant la P1, merci pour tes plannings de révision, pour les fournées de

pommes et de tartes au camembert partagées ensemble, pour tous ces fous rires qui nous ont permis de tenir (pensée pour Nichole). Sans toi, je n'en serai sûrement pas là aujourd'hui. Ce que nous avons vécu nous a forgé pour toujours. Merci d'être encore aujourd'hui une amie incroyable, d'une fiabilité et d'une confiance absolue. Je suis tellement heureuse que tu reviennes sur Nantes pour que nous puissions profiter des petits bonheurs quotidiens de la vie ensemble. Tu es ma Bibiche pour toujours.

À ma Camille B désormais Cam S, pour être mon acolyte de bêtises. Merci pour toutes ces âneries que je ne fais qu'avec toi, pour tous ces fous rires partagés ensemble. C'est grâce à toi que je connais la sensation que procure l'arrivée imminente d'une vachette sur soi, et c'est aussi grâce à toi que j'ai pu voir un jour un petit gnome installé pépouze sur un dromadaire. Tu es un vrai rayon de soleil, et chaque moment passé à tes côtés n'est que bonheur, simplicité et rigolade. J'espère que tu as conscience de la femme merveilleuse et brillante que tu es. Merci de me donner autant d'amour et de fous rires. Tic et Tac à tout jamais, pour toujours plus d'aventures.

À ma Yzé, pour tous ces moments formidables de bonheur et d'amour passés ensemble. Merci de nous donner autant de joie à voir Léon grandir, j'espère que tu as conscience de la maman incroyable que tu es. Je suis tellement heureuse de savoir que l'on va continuer à tout partager, juste à côté l'une de l'autre. Je serai toujours là ma Yzé.

À ma Camille V, pour tous les moments que nous avons partagés ensemble, de l'ascension du mont Rinjani à la dégustation des meilleurs planteurs de Guadeloupe. J'espère de tout cœur que l'on va continuer à vivre plein de belles choses ensemble.

À mes amies d'enfance et de toujours, mes partenaires d'aventure et de voyage :

Harmonie, je suis tellement heureuse de voir la relation que nous avons aujourd'hui. Merci de m'avoir accueillie dans ta famille comme l'une des vôtres. Cette époque où je t'emmenais faire des tours sur mon scooter rose me semble tellement lointaine. Merci de m'avoir fait vivre des expériences inoubliables de voyage, la Norvège en camping sauvage est un souvenir tellement incroyable avec toi. Merci également pour tout cet amour que tu me portes, pour ta sensibilité et ton regard sur la vie qui me fait beaucoup grandir aussi.

Mathilde, je suis tellement heureuse que nous nous soyons retrouvées. Tu es une femme tellement solaire, c'est un vrai bonheur de passer du temps à tes côtés, et de te voir épanouie comme cela aujourd'hui. Je serai toujours là pour toi tu le sais.

Merci à vous deux pour ces voyages extraordinaires que nous avons faits ensemble : Islande, Kenya, Lac de Côme. Ce sont des souvenirs magiques gravés à tout jamais.

À la team du premier semestre des sables d'Olonne, vous avez rendu ce semestre incroyable et j'y ai trouvé des amis en or :

Viovio, ma miss France, chaque moment passé en ta compagnie n'est que bonheur et rigolade, et j'adore ça. **Julie chérie**, merci pour tes conseils toujours avisés et ta bonne humeur infaillible, tu es une amie incroyable. **Ma Sarah**, ta douceur et ton regard sur la vie m'apportent beaucoup. J'aime tellement quand tu nous reçois pour un petit Tea-time comme toi seule sait les préparer. On forme toutes ensemble avec la Barbiche une sacrée équipe et j'ai hâte que nous continuons à partager autant de merveilleux moments ensemble.

À **mon Pecorino**, mon partenaire de la MIP, merci de m'avoir tant donné le sourire. À **Hugo**, tu resteras le seul interne faisant les visites en fauteuil roulant, merci pour ta voie de vivre permanente. À **mon Nico**, partenaire de body team. À **Paul et Marie**, pour votre bonne humeur permanente, soyez heureux ensemble pour toute la vie.

À la team de Challans, **Martin, Faf' et Lulu**, vous qui avez rendu ce semestre incroyable. Merci pour ces heures de covoiturage endiablées, pour les petits pas de danse de Faf' et pour avoir enfumé le parking de l'hôpital avec la voiture de location. J'ai trouvé des partenaires de rigolade incroyables et de formidables amis.

À la team rouennaise, qui m'a si bien accueillie. J'ai l'impression de vous connaître depuis toujours. À **Ben et Laetitia**, vous êtes tous les deux de vrais rayons de soleil, j'ai hâte de vivre plein de belles aventures avec vous. À **Lucile et Matthieu**, merci pour la raclette et le Skibab d'anniversaire, c'était fantastique. À **Jerem' et Johanna, Justine et Robin**, merci pour votre accueil chaleureux et les jolis moments passés ensemble.

À la team de Cholet, qui m'a également si bien accueillie. **Soso, Lydie, Marion, Juliette, Xav', Max', Mathilde et bien sûr baby Martin**, on refait des bains de minuit dans une mer vaseuse quand vous voulez ! Merci pour votre bonne humeur permanente à tous.

À tous ceux qui m'ont également apporté :

À **Caro et Barni**, nous avons rencontré des amis formidables. Merci infiniment de m'avoir fait découvrir la raclette à la truffe...c'est devenu une passion.

À **ma Clémence**, merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble, c'est un grand bonheur de se retrouver à chaque fois, et de te voir épanouie comme maman.

À **Olivier, Isma, Victor et Arthur**, merci pour les bons moments passés ensemble et pour rendre mes chipies heureuses.

À **Gégé et Rico**, merci pour votre accueil toujours incroyable, merci de nous faire profiter de votre petit caillou et de nous avoir fait découvrir la pêche à la Margate, c'est devenu l'attraction phare !! On se sent à chaque fois comme en famille avec vous. Merci infiniment pour tout.

À **Johanna**, merci pour ces doux moments passés ensemble.

À **Zoé**, merci de m'avoir fait tant rire durant notre semestre aux UGO.

À **Elo et Baptiste, Popo et Adrien**, merci pour les bons moments passés ensemble.

Enfin et surtout à toi Guillaume, Mon Amour, tout d'abord pour ton aide précieuse et tes conseils avisés sur ce travail, pour ta patience et ton abnégation depuis plusieurs mois. Merci surtout d'avoir croisé mon chemin un jour, c'est la plus belle chose qui pouvait m'arriver. Merci de prendre soin de moi, de me faire sentir si aimée, merci pour la sérénité et l'apaisement que tu m'apportes. Je me sens tellement fière et confiante auprès de toi. Merci d'être une véritable force pour moi, je me sens prête à tout affronter à tes côtés. J'espère que tu as conscience de l'homme merveilleux que tu es. J'ai hâte de passer le reste de ma vie à tes côtés, et de voir notre famille s'agrandir.

À **Popo et Ferdi aussi**, pour la ronronthérapie qui fut essentielle pour venir à bout de ce travail.

Acronymes et abréviations

AG : Anesthésie générale

AL : Anesthésie locale

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPP : Comité de protection des personnes

CU : Contraception d'urgence

DIU : Dispositif intra-utérin

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

GIU : Grossesse intra-utérine

GNP : Grossesses non prévues

HCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine (sécrétée durant la grossesse)

IST : Infection sexuellement transmissible

HTA : Hypertension artérielle

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LARC : Long-acting reversible contraceptives = contraception réversible de longue durée

MTEV : Maladie thrombo-embolique veineuse

PMA : Procréation médicalement assistée

SA : Semaine d'aménorrhée

SOPK : Syndrome des ovaires polykystiques

Table des matières

INTRODUCTION	9
I. CONTEXTE	9
II. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES	10
III. OBJECTIFS	11
MATÉRIELS ET MÉTHODES	13
RÉSULTATS	15
I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES	15
II. SITUATION CONTRACEPTIVE LORS DE LA SURVENUE DE LA GROSSESSE	17
1. Moyen contraceptif utilisé	17
2. Échecs contraceptifs et contraception d'urgence	19
3. Historique contraceptif et difficultés contraceptives rapportées	20
III. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉES À LA SITUATION CONTRACEPTIVE DES FEMMES	21
IV. SITUATION CONTRACEPTIVE AU DÉCOURS DE L'IVG	23
1. Moyen contraceptif au décours de l'IVG	23
2. Évolution du parcours contraceptif	24
3. Contraception définitive envisagée	25
V. FAILLES DURANT LE PARCOURS DE L'IVG	25
VI. NOUVELLE IVG AU DÉCOURS	26
DISCUSSION	27
I. PRINCIPAUX RÉSULTATS	27
II. FORCES ET LIMITES	27
III. INTERPRÉTATION	28
1. Population d'étude	28
2. Contraception au moment de l'IVG	30
3. Contraception au décours de l'IVG	32
IV. PERSPECTIVES PRATIQUES ET SCIENTIFIQUES	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXE	39

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales, à la demande de la femme majeure ou mineure, et autorisé en France jusqu'à 14 semaines de grossesse soit 16 semaines d'aménorrhée (SA) (1)(2).

Deux méthodes sont possibles pour pratiquer une IVG (3) :

- La voie médicamenteuse (appelée aussi médicale) permettant l'évacuation de la grossesse selon un protocole médicamenteux (mifépristone puis misoprostol 24 à 48h après). Elle peut être réalisée en établissement de santé (public ou privé), mais également en médecine de ville avec un professionnel de santé habilité (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme) et travaillant avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Elle peut être réalisée jusqu'à 7 semaines de grossesse soit 9 SA.
- La voie instrumentale (appelée aussi chirurgicale), nécessitant l'utilisation d'une aspiration endo-utérine pour permettre l'évacuation de la grossesse. L'intervention se déroule sous anesthésie locale ou générale. Elle peut être réalisée jusqu'à 14 semaines de grossesse soit 16 SA, depuis mars 2022 (2).

En France, l'IVG a été initialement temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite loi Veil, puis définitivement légalisée en 1980 (1).

Depuis, différentes législations se sont succédées (1) et ont modifié le cadre légal pour permettre notamment le remboursement par l'assurance maladie à 70% (depuis 1983), l'autorisation de la technique médicamenteuse (depuis 1989), l'accessibilité de l'IVG en médecine de ville (depuis 2001), la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures (depuis 2001), la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie de l'IVG (depuis 2013), la suppression d'un délai de réflexion obligatoire (depuis 2016), et la possibilité de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation (depuis 2020) (4).

Le délai maximal de recours à l'IVG a progressivement évolué depuis 1975, initialement fixé à 12 SA. Depuis 2001, le délai maximal de recours de l'IVG instrumentale était fixé à 14 SA, et celui de l'IVG médicamenteuse était fixé à 9 SA en établissement de santé et 7 SA en ville (1). Depuis avril 2020, en raison de la crise sanitaire, le délai en ville était allongé à 9 SA (4).

Tout récemment, la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a pérennisé le délai des 9 SA pour toute IVG médicamenteuse, et a allongé le délai de recours de l'IVG instrumentale à 16 SA devant le nombre encore important de femmes devant se rendre à l'étranger ayant dépassé le délai légal en France (2).

Dans la région Pays de la Loire, 20 centres pratiquent des IVG, et la moitié des IVG est réalisée par 3 établissements : le CHU de Nantes assurant l'activité la plus importante, le CHU d'Angers, et le CH du Mans (5).

Dans la région nantaise, deux centres pratiquent des IVG : L'activité la plus importante est assurée par le CHU de Nantes au sein du Centre Simone Veil regroupant le centre de planification et d'éducation familial (CPEF) et le centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG). Le second centre nantais pratiquant des IVG est la Clinique mutualiste Jules Verne.

II. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES

L'IVG est une procédure fréquente avec environ 220 000 actes par an en France. En moyenne, deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde, et chaque année, les IVG concernent environ 1,5% des femmes d'âge reproductif (6).

Le nombre d'IVG est stable depuis plusieurs décennies, et nous sommes toujours confrontés au « paradoxe français » : stabilisation des IVG malgré une haute protection contraceptive. En effet, la diffusion des méthodes efficaces de contraception a permis de diminuer la fréquence des grossesses non prévues (GNP) mais lorsque ces dernières surviennent, le recours à l'IVG est plus fréquent et au final, le nombre total d'IVG n'a pas baissé depuis 40 ans (7).

Le dernier rapport de la DRESS comptait 222 000 IVG en France en 2020, contre 232 000 IVG en 2019. La pandémie de Covid-19 et les mesures prises pour limiter sa diffusion ont eu un impact sur les conceptions durant le premier confinement, entraînant une diminution des naissances observées en 2020, et aussi celle des IVG (8)(9).

Le taux de recours en 2020 en France était de 14,9 femmes pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, contre 15,6 en 2019 (8)(9).

Des écarts régionaux existent et la région Pays de la Loire se caractérise toujours par un des taux d'IVG les plus faibles de France : le taux de recours en Pays de la Loire était de 11,4 femmes pour 1000 en 2020, et 11,8 femmes pour 1000 en 2019 (8)(9).

Si le risque de survenue d'une IVG existe effectivement pour toutes les femmes, il n'est cependant pas égal pour chacune et varie selon l'âge de la femme, son origine, sa situation conjugale et les violences passées ou présentes, sa situation familiale et professionnelle (6).

L'analyse d'Annick Vilain de 2011 à partir des données de 2007 sur l'enquête IVG de la DRESS a permis de dresser un profil socio-démographique des femmes recourant à l'IVG en France (10).

En région Pays de la Loire, le dernier rapport régional de la DRESS sur les IVG analysant les caractéristiques socio-démographiques des femmes date de 2006 (5).

Le nombre d'IVG, y compris chez les plus jeunes, ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive.

L'enquête FECOND de 2013 relevait que seules 3% des femmes ayant des rapports hétérosexuels et n'ayant pas de projet parental ni enceintes ni stériles, n'utilisaient aucune méthode contraceptive (11).

D'après l'enquête sur les IVG de la DRESS de 2007, deux femmes sur trois ayant eu une IVG déclaraient utiliser une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné (10).

L'étude de Moreau et al. de 2011 montrait également que les IVG semblaient principalement liées à des échecs de contraception plutôt que l'absence de contraception : près des deux tiers des IVG résultaient d'un échec de contraception, tandis qu'une femme sur trois n'avait pas de contraception lors de la survenue de la grossesse (12).

III. OBJECTIFS

La fréquence des GNP et des IVG, alors que la France se caractérise par une couverture contraceptive très importante, révèle les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception tout au long de leur vie sexuelle et reproductive. Comprendre les circonstances de survenue des IVG, les profils socio-démographiques et les potentiels échecs contraceptifs représente un enjeu important.

En région Pays de la Loire, les dernières études permettant de dresser un profil socio-démographique des femmes ayant recours à l'IVG datent de 2006, et il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude régionale récente et de grand effectif analysant le parcours contraceptif des femmes autour de l'IVG.

Il nous semblait donc intéressant de réaliser un état des lieux des trajectoires contraceptives et des profils socio-démographiques des femmes ayant recours à l'IVG au sein du centre assurant majoritairement les IVG en région Pays de la Loire.

L'objectif principal de cette étude était donc de réaliser un état des lieux de la contraception autour de l'IVG et des facteurs socio-démographiques associés.

L'objectif secondaire était de rechercher les caractéristiques socio-démographiques des femmes associées à l'absence de contraception lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique.

Toutes les femmes ayant réalisé une IVG au centre Simone Veil du CHU de Nantes entre le premier janvier 2019 et le 30 juin 2019 ont été incluses dans cette étude.

Nous avons fait le choix de réaliser notre étude sur l'année 2019 en raison de la pandémie de COVID 19 ayant débutée en 2020. En effet, une diminution des IVG durant le confinement de 2020 a été notée et certaines prises en charge médicales, accès aux soins ou à la contraception ont été impactés par cette pandémie, ce qui aurait pu affecter les données de notre étude.

Les critères d'exclusion étaient l'absence de dossier médical exploitable et la présence d'une procédure d'IVG initiée mais non finalisée.

Pour chaque demande d'IVG au Centre Simone Veil du CHU de Nantes, un dossier d'IVG standardisé est créé. (Annexe 1). Le recueil a été effectué dans ces dossiers papiers.

Nous avons extrait de ces dossiers les caractéristiques socio-démographiques des femmes (âge, nationalité, état civil, profession), et les caractéristiques socio-médicales (gestité, parité, délai avec la précédente grossesse, atcd d'IVG, délai avec la dernière IVG, antécédent d'IST, tabagisme, violences rapportées, professionnel de santé référent).

Les données sur la contraception ont également été recueillies : la contraception au moment de la conception, celle prévue lors de la première consultation au centre, la contraception en post-IVG immédiat, celle le jour de la visite de contrôle, ainsi que la possibilité d'une contraception définitive.

Nous avons pu relever la possibilité d'un échec contraceptif au moment de la conception (oubli du contraceptif, rupture du préservatif, vomissements) et l'utilisation de la contraception d'urgence.

Les différentes lignes de moyen contraceptif médical déjà utilisées incluant la contraception utilisée lors de la conception ont été recueillies, ainsi que les difficultés potentielles de contraception.

La méthode de l'IVG, le terme de l'IVG ainsi que la présence à la visite de contrôle ont été répertoriés.

Nous avons également recueilli les cas de nouvelles IVG dans les 24 mois au décours, toujours au sein du centre Simone Veil de Nantes.

Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne avec écart-type. Les variables qualitatives étaient exprimées en valeur absolue avec pourcentage.

Afin d'étudier les caractéristiques socio-démographiques associées aux différentes situations contraceptives des femmes lors de l'IVG, le test du Chi2 a été utilisé pour comparer les variables catégorielles lors de l'analyse univariée.

Nous avons secondairement réalisé une analyse multivariée par régression logistique multinomiale en réalisant un ajustement sur toutes les variables statistiquement significatives en analyse univariée ($p < 0,05$).

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel SPSS 23.0.

Les dossiers des patientes ont été anonymisés par un code patient et le recueil a été établi dans un fichier Excel crypté.

Notre travail s'inscrivant hors champ de la Loi Jardé, et les données étant anonymisées, il n'était pas nécessaire de recueillir l'accord du CPP, d'un comité d'éthique ou de la CNIL.

RÉSULTATS

Entre le 01 janvier et le 30 juin 2019, 909 femmes ont été prises en charge au centre Simone Veil du CHU de Nantes pour la réalisation d'une IVG.

5 femmes n'ont finalement pas été incluses dans l'analyse : 4 dossiers n'ont pas été retrouvés ou n'étaient pas complétés, et 1 patiente a finalement décidé de poursuivre la grossesse après la prise de Mifépristone. Notre cohorte était donc constituée de 904 femmes.

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales au sein de notre cohorte sont résumées dans le tableau 1.

La moitié des femmes était âgée de 20 à 29 ans, tandis que les jeunes femmes de moins de 20 ans et les femmes de plus de 40 ans représentaient une faible partie de la population, respectivement 9,2% et 6,4% de la population. Près d'une femme sur quatre était de nationalité étrangère. Plus de la moitié des femmes occupait un emploi, tandis que 27,1% étaient au chômage, et 15,5% étaient étudiantes. Les femmes en couple étaient majoritaires (55,6%), par rapport aux femmes se déclarant célibataires (42,3%). La moitié des femmes était nullipare, et parmi celles ayant des enfants, les femmes en ayant deux ou plus étaient majoritaires. Il s'agissait d'une première grossesse pour 33,5% des femmes, et pour la majorité des multigestes, il y avait plus de 24 mois de délai avec la précédente grossesse. Il s'agissait d'une première IVG pour 61,4% des femmes, et pour la majorité des autres femmes, il y avait plus de 24 mois de délai avec la précédente IVG. 15,5% rapportaient avoir déjà eu un antécédent d'IST. Près d'une femme sur deux déclarait être tabagique. Une femme sur quatre rapportait des violences déjà subies. 11% des femmes n'avaient pas de professionnel de santé référent.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et médicales des femmes

Paramètre	n = 904 (%)
Âge (en années)	
<20 ans	83 (9,2)
20-29 ans	450 (49,8)
30-39 ans	313 (34,6)
≥ 40 ans	58 (6,4)
Nationalité	
Française	731 (80,9)
Etrangère	168 (18,6)
<i>Données manquantes</i>	5 (0,6)
Situation professionnelle	
Occupe un emploi	498 (55,1)
Chômage	245 (27,1)
Etudiante	140 (15,5)
<i>Données manquantes</i>	21 (2,3)
Situation conjugale	
Célibataire	382 (42,3)
En couple	503 (55,6)
<i>Données manquantes</i>	19 (2,1)
Nombre d'enfants	
0	448 (49,6)
1	161 (17,8)
≥ 2	295 (32,6)
Délai avec la dernière grossesse (en mois)	
Première grossesse	303 (33,5)
Délai <6 mois	32 (3,5)
6 mois ≤ Délai < 24 mois	196 (21,7)
≥ 24 mois	373 (41,3)
IVG antérieure	
0	555 (61,4)
1	215 (23,8)
≥ 2	134 (14,8)
Délai avec la dernière IVG (en mois)	
Première IVG	555 (61,4)
Délai <6 mois	5 (0,6)
6 mois ≤ Délai < 24 mois	74 (8,2)
≥ 24 mois	270 (29,9)
Antécédent d'IST	
Non	709 (78,4)
Oui	140 (15,5)
<i>Données manquantes</i>	55 (6,1)
Tabagisme actif	
Non	469 (51,9)
Oui	432 (47,8)
<i>Données manquantes</i>	3 (0,3)
Violences rapportées	
Non	575 (63,6)
Oui	193 (21,3)
<i>Données manquantes</i>	136 (15)
Professionnel de santé référent	
Non	99 (11)
Oui	725 (80,2)
<i>Données manquantes</i>	80 (8,8)

Concernant la méthode de l'IVG : deux tiers des IVG étaient réalisées par méthode instrumentale (39,5% sous AL, et 24,1% sous AG), et un tiers par méthode médicamenteuse (22,7% à domicile et 13,7% au centre).

Le terme de l'IVG était en moyenne de 8,2 SA (+/- 2,1 SA). Le terme était inférieur ou égal à 9 SA dans plus de deux tiers des cas (69,9%), et supérieur à 9 SA pour le reste (31,1%).

II. SITUATION CONTRACEPTIVE LORS DE LA SURVENUE DE LA GROSSESSE

1. Moyen contraceptif utilisé

Les moyens contraceptifs utilisés lors de la conception sont résumés dans le tableau 2.

Près de la moitié des femmes (46,7%) n'avaient pas de contraception au moment de la conception.

Parmi ces dernières, 4,5% ne prenaient pas de contraception car pensaient être infertiles (antécédent de parcours de PMA, aménorrhée sur anorexie mentale, infertilité présumée sur âge > 40 ans, infertilité présumée en lien avec un SOPK ou la présence seule de kystes ovariens, infertilité présumée devant des cycles irréguliers, ou encore infertilité présumée car compagnon se disait stérile).

Parmi ces femmes qui n'avaient pas de contraception au moment de la conception, également 3,8% désiraient initialement une grossesse et n'avaient donc pas utilisé de moyen contraceptif, puis une IVG avait finalement été décidée (devant la découverte d'une grossesse gémellaire, par incertitude d'un ou des membres du couple, devant une grossesse arrivée finalement trop rapidement, ou pour cause de relation extra-conjugale lors de la conception).

21,1% des femmes utilisaient une contraception oestro-progestative (pilule à 15,5%, patch et anneau à 0,7%) ou une pilule microprogestative (5%).

3,1% des femmes avaient une contraception réversible de longue durée (LARC) : 25 grossesses sous DIU cuivre, 1 seule grossesse sous DIU hormonal, et 2 grossesses sous implant.

Parmi les 25 grossesses sous DIU cuivre, le DIU était bien placé pour 12 femmes, mal placé pour 8 femmes, non retrouvé pour 4 femmes et il n'était pas possible de déterminer la position du DIU pour une femme car son médecin traitant l'avait ôté à la découverte de la grossesse.

Tous les DIU avaient été posés moins de 5 ans avant la découverte de la grossesse, le délai moyen de la pose étant de 25 mois. Deux femmes sur trois avaient entre 20 et 29 ans, et une sur trois entre 30 et 39 ans.

Nous n'avons pas pu recueillir d'informations sur le délai de pose du DIU hormonal ni sur son positionnement, le médecin traitant l'ayant ôté à la découverte de la grossesse.

Concernant les deux cas de grossesses sous implant, la date de début de grossesse coïncidait avec une fécondation dans les 7 jours immédiats après la pose de l'implant, les femmes ont rapporté qu'elles n'avaient pas utilisé de contraception mécanique supplémentaire durant ces 7 jours, comme cela est recommandé.

Le préservatif était utilisé pour 23,2% des femmes, et les autres méthodes barrières ou naturelles étaient utilisées pour 5,5% des femmes.

3 grossesses malgré une contraception définitive ont été relevées (2 cas de ligature tubaire, et 1 cas de vasectomie).

La vasectomie avait été réalisée 2 mois avant le rapport fécondant, et le couple n'utilisait pas toujours de contraception supplémentaire, dans l'attente de la réalisation du spermogramme de contrôle à 3 mois de l'intervention.

Concernant les deux femmes qui avaient eu recours à une ligature tubaire, la première femme, aux antécédents déjà multiples de grossesse malgré des contraceptions bien conduites, avait eu un rapport fécondant malgré une contraception mécanique avant l'intervention chirurgicale, les HCG plasmatiques préopératoires étaient négatives, réalisées durant la fenêtre sérologique du début de grossesse. Pour la seconde femme, la ligature tubaire avait été réalisée alors que la patiente était déjà enceinte, nous n'avons pas pu retrouver si un dosage des HCG plasmatiques avait été réalisé en préopératoire.

Tableau 2 : Contraception lors de la conception

Moyen contraceptif	n = 904 (%)
Pas de contraception	422 (46,7)
Pilule / Patch / Anneau	191 (21,1)
DIU / Implant	28 (3,1)
Préservatif	210 (23,2)
Méthodes barrières ou naturelles	50 (5,5)
Contraception définitive	3 (0,3)

2. Échecs contraceptifs et contraception d'urgence

Plus de la moitié de la population (57%) utilisant une contraception médicale réversible à courte durée d'action (pilule, anneau, patch), des préservatifs ou d'autres méthodes naturelles déclarait un oubli ou décalage du moyen contraceptif. 13,3% n'avaient pas noté d'oubli ou de décalage (le reste étant des données manquantes).

Une rupture de préservatif était relevée chez 4,3% des patientes ayant utilisé ce moyen contraceptif.

Des vomissements au moment de la conception pouvant expliquer un échec de la contraception étaient rapportés chez 5,4% des patientes ayant utilisé une contraception orale (oestroprogestative ou microprogestative).

Une contraception d'urgence (CU) était utilisée chez seulement 5,2% des femmes sans contraception au moment de la conception (57,6% déclaraient ne pas l'avoir utilisée, et 37,2% de données manquantes)

En cas d'oubli ou de décalage du contraceptif, une CU était utilisée chez seulement 11,7% des femmes (82,9% ne l'avaient pas utilisée, et 5,4% de données manquantes)

En cas de rupture du préservatif, une CU était utilisée chez 33,3% des femmes (66,6% ne l'avaient pas utilisée)

En cas de vomissement, aucune utilisation de CU n'a été rapportée (90% ne l'avaient pas utilisée, et 10% de données manquantes)

Une contraception souhaitée ou en attente était relevée pour 109 femmes soit 12,1% de la population. Les patientes mentionnaient qu'elles souhaitaient initier ou changer de contraception, qu'elles étaient dans l'attente de la pose d'un contraceptif, qu'elles attendaient le début de leurs menstruations pour commencer une contraception (orale ou pose de DIU), qu'elles étaient dans l'attente du renouvellement d'un moyen contraceptif, ou encore qu'elles avaient le moyen contraceptif prescrit mais qu'elles ne l'avaient pas encore commencé.

3. Historique contraceptif et difficultés contraceptives rapportées

135 femmes soit 14,9% d'entre elles n'avaient jamais eu de méthode contraceptive médicale, 386 femmes soit 42,7% d'entre elles en avaient déjà eu une, et 281 soit 31,1% d'entre elles en avaient déjà eu deux ou plus (102 données manquantes soit 11,3 %).

Des barrières à l'utilisation de la contraception de manière générale ont été notées :

Des difficultés de contraception en lien avec une mauvaise tolérance du ou des contraceptifs étaient relevées chez 41,9% des femmes.

Des difficultés de contraception en lien avec une mauvaise observance du ou des contraceptifs étaient relevées chez 38,8 % des femmes.

Des difficultés de contraception en lien avec des contre-indications à certains contraceptifs étaient relevées chez 5,2 % des femmes (essentiellement si tabagique de plus de 35 ans, si migraine avec aura, si troubles de la coagulation ou antécédent de MTEV, si traitement antiépileptique, si cardiopathie, ou si HTA ou dyslipidémie sous contraceptif)

Des difficultés de contraception en lien avec des antécédents de grossesse sous contraception bien conduite étaient relevées chez 1,1% des femmes.

1,7% des femmes ont déclaré avoir essayé tous les moyens contraceptifs possibles et qu'aucune contraception ne leur convenaient.

III. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ASSOCIÉES À LA SITUATION CONTRACEPTIVE DES FEMMES

Les caractéristiques socio-démographiques associées à la situation contraceptive des femmes lors de la survenue de la grossesse ayant donné lieu à l'IVG sont résumées dans le tableau 3.

En analyse univariée, il était retrouvé une différence significative de répartition des moyens contraceptifs avec tous les facteurs socio-démographiques étudiés.

En analyse multivariée après ajustement sur toutes les variables statistiquement significatives en analyse univariée, il existait une différence significative de répartition des moyens contraceptifs selon : l'âge, la nationalité, la situation professionnelle et la présence d'un professionnel de santé référent.

Les femmes de moins de 20 ans s'étaient déclarées davantage sans contraception au moment de la conception, elles utilisaient moins les méthodes oestroprogestatives et progestatives orales, et n'utilisaient pas du tout les méthodes naturelles.

Les femmes de plus de 40 ans s'étaient également déclarées davantage sans contraception, elles utilisaient plus souvent les méthodes naturelles, utilisaient moins les méthodes oestroprogestatives et progestatives orales, moins les préservatifs, et jamais de méthode LARC. Les femmes d'origine étrangère s'étaient déclarées beaucoup plus souvent sans contraception, et utilisaient moins les méthodes oestroprogestatives et progestatives orales.

Les femmes étant au chômage s'étaient déclarées plus souvent sans contraception, et utilisaient moins les préservatifs.

Les femmes sans professionnel de santé s'étaient déclarées plus souvent sans contraception, elles utilisaient d'avantage les préservatifs, n'utilisaient quasiment pas de méthodes oestroprogestatives ou microprogestative orales et jamais de méthode LARC.

L'absence de contraception au moment de l'IVG était plus souvent associée à des âges extrêmes, à une nationalité étrangère, au chômage, et à l'absence de professionnel de santé référent.

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques associées à la situation contraceptive des femmes lors de la survenue de la grossesse

	Total (%)	Pas de contraception (%)	Pilule Patch Anneau (%)	DIU Implant (%)	Préservatif (%)	Méthodes naturelles (%)	Contraception définitive (%)	Analyse univariée p (seuil de significativité)	Analyse multivariée p (seuil de significativité)
Total (%)		46,7	21,1	3,1	23,2	5,5	0,3		
Âge								<0,001	<0,01
<20 ans	9,2	62,7	15,7	1,2	20,5	0	0		
20-29 ans	49,8	41,8	24,9	4	25,1	4,2	0		
30-39 ans	34,6	47,3	18,2	2,9	23,6	7	1		
≥ 40 ans	6,4	58,6	15,5	0	10,3	15,5	0		
Nationalité								<0,001	0,03
Française	80,9	42,1	23,9	3,4	24,1	6	0,4		
Etrangère	18,6	66,7	9,5	1,2	19	3,6	0		
Situation professionnelle								<0,01	0,04
Occupe un emploi	55,1	41,4	22,9	2,6	26,1	6,4	0,6		
Chômage	27,1	58,4	18,4	2,9	15,5	4,9	0		
Etudiante	15,5	45	21,4	4,3	27	2,1	0		
Situation conjugale								<0,01	0,53
Célibataire	42,3	49,2	18,3	1,3	27	4,2	0		
En couple	55,6	44,5	23,5	4,4	20,5	6,6	0,6		
Nombre d'enfants								<0,01	0,15
0	49,6	44,2	19,9	2,9	28,8	4,2	0		
1	17,8	47,8	20,5	3,1	18,6	9,9	0		
≥ 2	32,6	49,8	23,4	3,4	17,3	5,1	1		
IVG antérieure								0,04	0,07
0	61,4	49,5	18,7	3,6	23,2	4,5	0,4		
1	23,8	40,5	21,9	2,8	26,5	8,4	0		
≥ 2	14,8	44,8	29,9	1,5	17,9	5,2	0,7		
Tabagisme actif								<0,01	0,06
Non	51,9	50,7	18,3	4,3	19,4	6,8	0,4		
Oui	47,8	42,1	24,3	1,9	27,3	4,2	0,2		
Violences rapportées								0,02	0,06
Non	63,6	44,3	20,2	3,5	25,7	5,9	0,3		
Oui	21,3	55,4	22,8	1	16,1	4,7	0		
Professionnel de santé référent								<0,001	<0,001
Non	11	63,6	2	0	28,3	6,1	0		
Oui	80,2	45,2	22,9	3,2	22,5	5,8	0,4		

IV. SITUATION CONTRACEPTIVE AU DÉCOURS DE L'IVG

1. Moyen contraceptif au décours de l'IVG

La contraception utilisée au décours de l'IVG est résumée dans le tableau 4.

Quatre femmes sur cinq avaient une contraception médicale au décours de l'IVG :

41% des femmes utilisaient une contraception oestroprogestative, ou microprogestative orale (pilule oestroprogestative à 26,4%, patch ou anneau à 2%, et pilule microprogestative à 12,6%). 37,9% utilisaient une méthode LARC (DIU au cuivre à 21,2%, DIU hormonal à 6,2%, et implant à 10,5%).

10,7 % des femmes utilisaient le préservatif comme moyen contraceptif, et 2,9% utilisaient d'autres méthodes barrières ou naturelles.

Les deux femmes qui avaient eu une ligature tubaire ont gardé ce même moyen contraceptif, et le couple dont le mari avait eu une vasectomie a opté pour une autre contraception supplémentaire dans l'attente de la réalisation du spermogramme.

7,2 % des femmes n'avaient aucun moyen de contraception.

Parmi ces femmes qui n'avaient aucun moyen contraceptif au décours de l'IVG (n=65) :

- 35 femmes soit 53,8% d'entre elles préféraient revoir la contraception avec un autre professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme)
- 30 soit 46,2% d'entre elles devaient avoir la pose d'une contraception par méthode LARC lors de la visite de contrôle mais ne s'étaient pas présentées au contrôle.

Tableau 4 : Contraception finale au décours de l'IVG

Moyen contraceptif	n = 904 (%)
Pas de contraception	65 (7,2)
Pilule / Patch / Anneau	371 (41)
DIU / Implant	343 (37,9)
Préservatif	97 (10,7)
Méthodes barrières ou naturelles	26 (2,9)
Contraception définitive	2 (0,2)

2. Évolution du parcours contraceptif

L'évolution de la contraception est représentée sur le graphique 1.

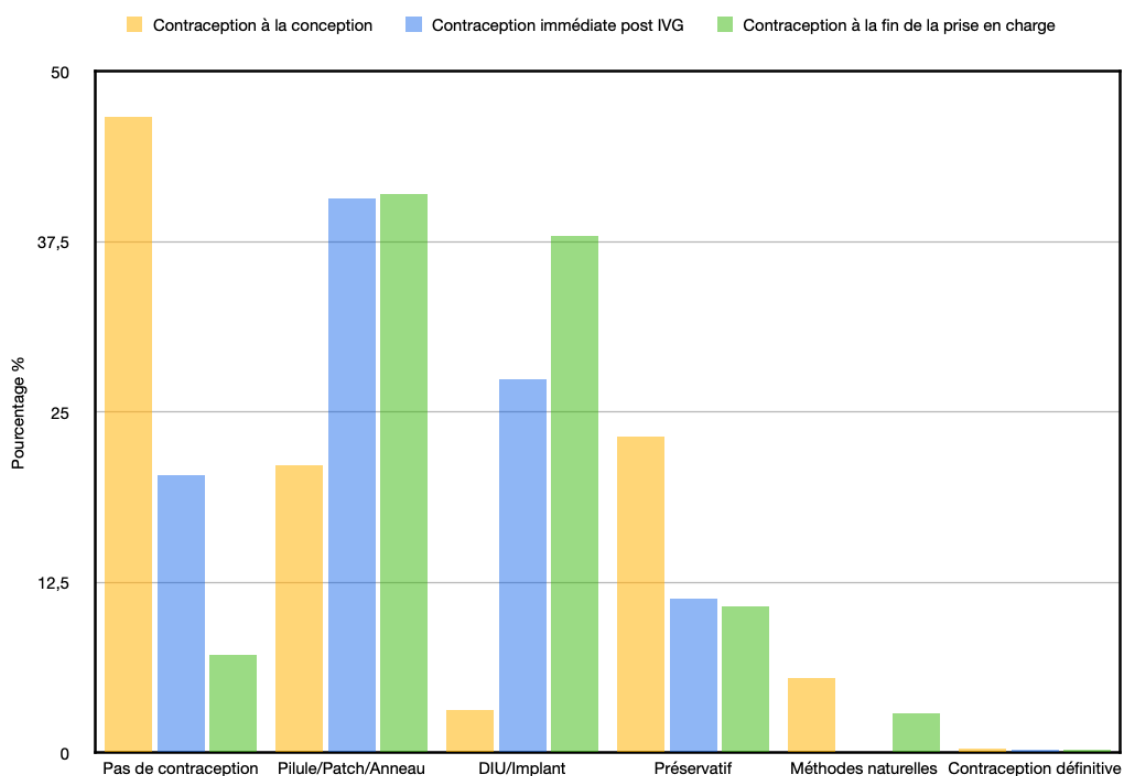
Le pourcentage des femmes sans moyen contraceptif, et de celles utilisant des préservatifs a nettement diminué durant le parcours de l'IVG, tandis que celui de celles utilisant une méthode LARC (DIU/implant) ou une méthode oestroprogestative, ou microprogestative orale a augmenté.

L'évolution des femmes sans contraception était inversement proportionnelle à celles utilisant une méthode LARC entre le moment de la conception et la fin de la prise en charge de l'IVG.

Le pourcentage de femmes sans contraception diminue entre le post-IVG immédiat et la fin de la prise en charge, tandis que le pourcentage des femmes utilisant une méthode LARC augmente durant ce même intervalle, expliquant qu'une partie de ces femmes sans contraception était dans l'attente de la pose d'une méthode LARC lors de la visite de contrôle.

La part des femmes utilisant des méthodes naturelles est restée globalement stable entre le début et la fin de la prise en charge de l'IVG, une diminution du pourcentage a été cependant observée en post-IVG immédiat.

Graphique 1 : Évolution du parcours contraceptif autour de l'IVG



3. Contraception définitive envisagée

Une contraception définitive était envisagée pour 59 femmes soit 6,5% d'entre elles (33 femmes ou couple étaient intéressés par une ligature tubaire, 8 par la vasectomie, et 18 par les deux).

Parmi ces personnes intéressées par une contraception définitive :

- 10,2% étaient âgées de 20 à 29 ans, 62,7% de 30 à 39 ans, et 27,1% de 40 ans et plus
- 6,8% n'avaient pas d'enfants, 8,5% en avaient un, et 84,4% en avaient deux ou plus
- 39% n'avaient jamais réalisé d'IVG, 30,5% en avaient déjà fait une, et 30,5% également en avaient déjà fait deux ou plus.

Au final, 22 femmes ou couple avaient pris rendez-vous pour la réalisation d'une contraception définitive soit 37,2% des personnes initialement intéressées (17 rendez-vous pris pour ligature tubaire, et 5 pour vasectomie).

V. FAILLES DURANT LE PARCOURS DE L'IVG

Au décours immédiat de l'IVG, 20,4% des femmes (n=184) n'avaient pas de contraception.

Une raison médicale ou explicable était retrouvée pour 111 patientes soit 60,3% des femmes sans contraception le jour de l'IVG : la pose de la contraception était décalée au contrôle pour 23 femmes en raison de complications ou d'échec de pose lors de l'IVG, et la pose n'était pas possible dans l'immédiat pour 88 femmes qui avaient opté pour une IVG médicamenteuse et désiraient la pose d'un DIU.

Cependant, un échec de prescription était retrouvé pour 33 femmes soit 17,9% des femmes sans contraception le jour de l'IVG, lorsqu'une contraception était initialement prévue mais n'avait pas été prescrite ou posée lors de l'IVG. 24 cas étaient retrouvés lors d'IVG médicamenteuse avec absence de prescription de pilule pour 1 femme, et absence de pose d'implant pour 23 femmes. 9 cas étaient retrouvés lors d'IVG instrumentale avec absence de prescription de pilule pour 2 femmes, absence de pose d'implant pour 3 femmes, et absence de pose de DIU pour 4 femmes.

298 femmes soit 33% d'entre elles ne se sont pas présentées à la visite de contrôle.

Parmi ces femmes non venues au contrôle, 38 soit 12,8% d'entre elles devaient avoir la pose d'une méthode LARC lors de cette consultation. 30 n'avaient alors aucune contraception au

décours de l'IVG, tandis que 4 avaient la prescription d'une pilule oestro-progestative, et 4 la prescription de préservatifs, toutes deux préalablement réalisées lors de l'IVG.

VI. NOUVELLE IVG AU DÉCOURS

94 femmes se représentaient au Centre Simone Veil du CHU de Nantes dans les 24 mois pour une nouvelle demande d'IVG (soit 10,4% d'entre elles). Parmi ces dernières, 87 n'en ont réalisé qu'une seule, 3 en ont réalisé deux, et 4 en ont réalisé trois.

Le délai avec la nouvelle IVG était en moyenne de 11,6 mois \pm 5,8, avec un minimum d'1 mois de délai, et maximum de 24 mois de délai avec la précédente IVG.

19,1% des nouvelles IVG se déroulaient dans les moins de 6 mois, 40,4% entre 6 à 12 mois, et 40,4% entre 12 et 24 mois.

43,6% des femmes n'utilisaient alors pas de contraception, 39,4% utilisaient une pilule, 9,6% utilisaient des préservatifs, 4,3% utilisaient une méthode LARC (2 cas sous implant, 2 cas sous DIU cuivre), 3,2% utilisaient des méthodes barrières ou naturelles.

Concernant les cas de grossesse sous DIU cuivre, le premier était bien placé, posé 8 mois auparavant, nous n'avons pas pu retrouver ces données pour la seconde femme.

Pour les deux cas de grossesse sous implant, les deux femmes ont rapporté avoir eu des rapports non protégés entre l'IVG et la visite de contrôle durant laquelle l'implant avait été posé, et dans les deux cas le rapport fécondant avait été réalisé durant cette période sans contraception.

Une mauvaise tolérance du contraceptif précédemment prescrit lors de l'IVG initiale était retrouvée dans 27,7% des cas de nouvelle IVG, et une mauvaise observance du contraceptif utilisé était retrouvée dans 41,5% des cas de nouvelle IVG.

23,7% des femmes qui n'étaient pas venues au contrôle alors qu'une contraception devait leur être posée à ce moment-là, sont revenues dans les 24 mois pour une nouvelle IVG.

La contraception utilisée au décours de cette(ces) nouvelle(s) IVG était la suivante : 45,7% des femmes utilisaient une contraception oestroprogestative (pilule, patch, anneau) ou pilule microprogestative, 39,4% une méthode LARC, 9,6% des préservatifs, et 5,3% n'avaient aucune contraception.

DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RÉSULTATS

Plus de la moitié des femmes utilisait une contraception lors de la grossesse ayant menée à l'IVG, majoritairement le préservatif à 23% et la pilule à 20%, et plus de la moitié déclarait un oubli ou un décalage, alors que 46,7% des femmes n'avaient pas de contraception.

Plus d'une femme sur dix relevait qu'elle était dans l'attente d'une contraception.

La contraception d'urgence était nettement sous-utilisée (5% en l'absence de contraception et 11% en cas d'oubli ou de décalage du contraceptif).

L'absence de contraception au moment de l'IVG était plus souvent associée à des âges extrêmes, à une nationalité étrangère, au chômage et à l'absence de professionnel de santé référent.

Quatre femmes sur cinq sortaient du parcours d'IVG avec une contraception médicale (pilule 39%, LARC 38%).

La contraception n'était pas toujours débutée précocement, notamment les dispositifs LARC.

II. FORCES ET LIMITES

La force principale de notre étude est la taille importante de notre cohorte.

Les dernières études nationales relatant les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recours à l'IVG ainsi que leur situation contraceptive datent de plus de 10 ans (2007), et depuis il existe très peu d'études portant sur ce sujet. En région Pays de la Loire, les dernières données régionales portant uniquement sur quelques caractéristiques socio-démographiques datent de 2006 et il n'existe pas à notre connaissance d'étude publiée analysant la situation contraceptive des femmes ayant recours à l'IVG en région Pays de Loire. Notre étude est donc intéressante pour mettre à jour les profils de ces femmes et permettre ainsi de proposer des clés adaptées aux besoins et profils actuels de ces femmes, afin de diminuer le recours aux GNP et à l'IVG.

La richesse de notre recueil de données et des facteurs étudiés est également une des forces de notre étude, permettant ainsi de dresser un profil complet des patientes de notre étude et

permettant de mettre en évidence de possibles liens qui ne sont pas ou peu décrits dans la littérature.

Cependant, le caractère rétrospectif est la principale limite de cette étude, entraînant un possible biais déclaratif de la part des femmes, ainsi que des erreurs de retranscription du professionnel de santé remplissant le dossier papier.

La seconde limite importante de notre étude concerne son caractère monocentrique. Il n'a en effet pas été possible de recueillir les données des femmes ayant recours à l'IVG dans d'autres centres des Pays de la Loire, les dossiers d'IVG n'étant pas standardisés, nous avons choisi de porter notre étude sur le centre assurant la majorité des IVG dans la région. Un effet centre est donc possible, ce qui peut limiter la représentativité de notre échantillon à la population ayant recours à l'IVG et ainsi limiter la validité externe de cette étude. En effet, nous savons qu'il existe de nombreuses disparités en France en ce qui concerne l'IVG, les caractéristiques des femmes et les accès aux centres de santé sexuelle (6).

Enfin, les données concernant les femmes reconsultant dans les 24 mois pour une nouvelle IVG sont à nuancer puisque seules les données des femmes ayant reconsulté de nouveau au sein du Centre Simone Veil ont pu être collectées, les patientes ayant eu recours à une nouvelle IVG en dehors de cet établissement n'ont donc pas été prises en compte.

III. INTERPRÉTATION

1. Population d'étude

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant eu recours à l'IVG dans notre étude étaient dans la majorité conformes à ce qui est décrit dans la littérature : la plupart sont des femmes jeunes entre 20 et 30 ans, exerçant une activité professionnelle, qui ont recours à leur première IVG (8) (10).

Une femme sur quatre déclarait avoir déjà subi des violences ; une large étude sur les données de l'OMS de 2000 à 2018 retrouvait que plus d'un quart des femmes avait déjà été victime de violence (13), une étude anglaise retrouvait également que les femmes ayant recours à l'IVG avaient six fois plus souffert d'abus et de violence physique, et cinq fois plus de violence psychologique, que les femmes poursuivant leur grossesse (14).

Certains de nos résultats ont cependant soulevé des questionnements :

Une plus grande part de femmes d'origine étrangère était retrouvée dans notre étude (18,6%), alors qu'elles étaient 11% sur les données nationales de 2007 (10), l'hypothèse d'une spécificité régionale ou de l'établissement est possible, le dernier bulletin régional des IVG en Pays de la Loire de 2006 ne mentionnait pas la nationalité des femmes. Il est également possible que cette part plus importante de femmes d'origine étrangère soit en lien avec les modifications de migrations qu'il existe depuis plus de 10 ans.

15,5% des femmes de notre étude déclarait un antécédent d'IST alors que d'après l'enquête Baromètre Santé de l'INPES de 2010, environ 5% des femmes de 15 à 54 ans déclaraient avoir eu une IST (15) ce qui pourrait laisser supposer que les femmes ayant recours à une IVG pourraient avoir eu plus souvent une IST que l'ensemble des femmes.

Près d'une femme sur deux se déclarait tabagique dans notre étude, alors que la prévalence du tabagisme chez les femmes françaises de 18 à 75 ans était de 20,7% en 2019 (16) ; l'étude de l'Heudé et al. retrouvait des résultats concordants aux nôtres avec un pourcentage de 66% de tabagisme chez les femmes ayant recours à des IVG itératives (17), ce qui pourrait supposer que la prévalence du tabagisme est plus importante chez les femmes ayant recours à une IVG.

Nous avons également noté une répartition inattendue concernant les techniques d'IVG : dans notre étude, deux tiers des IVG étaient réalisées par voie instrumentale, et un tiers par voie médicamenteuse, alors que la part des IVG instrumentales n'a cessé de décroître, notamment en ville mais également en établissement de santé, avec une majorité d'IVG médicamenteuses (8). Parallèlement, l'âge gestationnel moyen au moment de l'IVG toutes techniques confondues était de 8,2 SA dans notre étude, ce qui est semblable à l'âge gestationnel moyen au moment de l'IVG mentionné dans la littérature (8)(10). La part importante d'IVG instrumentale dans notre étude ne s'explique donc pas par un âge gestationnel plus tardif au moment de l'IVG. Le dernier rapport régional de la DRESS en Pays de la Loire de 2006 retrouvait déjà un taux d'IVG médicamenteuse plus faible que celui à l'échelle nationale (5). La part plus importante d'IVG instrumentale dans notre étude pourrait ainsi être en lien avec une spécificité régionale ou de l'établissement devant des pratiques propres à chaque centre.

2. Contraception au moment de l'IVG

Plus de la moitié des femmes de notre étude avait un moyen contraceptif au moment de la conception et 46,7% n'en avaient pas. Ce résultat est supérieur aux 36,1 % retrouvés dans l'étude de Bajos et al. (18)., 35,9% retrouvés par Moreau et al. (12) et 21,4 % décrit dans l'étude de Schoub-Thieblemont et al. (19) chez une population globale de patientes ayant recours à l'IVG. Dans notre cas, nous avons plusieurs hypothèses pour expliquer cette part plus importante de femmes sans contraception au moment de la conception. La première pourrait être liée à un biais déclaratif des femmes qui ont pu faire l'amalgame entre absence de contraception et contraception non médicale, ou encore d'un biais de retranscription par le professionnel de santé remplissant le dossier. La seconde pourrait être liée à notre population d'étude présentant une plus grande proportion de femmes de nationalité étrangère, ces dernières se déclarant plus souvent sans contraception au moment de l'IVG (12). Il est également possible que le nouveau paysage contraceptif constaté depuis la crise de la pilule de 2012 soit à l'origine de cette différence : en effet, depuis 2012, l'utilisation de la pilule et des méthodes hormonales a chuté pour laisser place au DIU, à l'utilisation des préservatifs et des autres méthodes naturelles (11)(20).

Dans notre étude, les grossesses ayant menées à l'IVG étaient ainsi autant liées à un échec contraceptif qu'à une absence de contraception.

Peu de grossesses ont eu lieu malgré une contraception très efficace (implant, DIU et contraception définitive) selon la définition de l'efficacité des méthodes contraceptives de la HAS (21). On retrouvait une explication médicale pour les trois grossesses malgré une contraception définitive. Les deux grossesses sous implant coïncidaient avec une fécondation dans les 7 jours après la pose de l'implant ce qui doit renforcer l'association stricte d'une contraception mécanique supplémentaire au décours de la pose pendant 7 jours. Une proportion non négligeable de femmes était cependant enceinte malgré une contraception par DIU au cuivre, qui était pourtant bien placé dans la moitié des cas et cela concernait les femmes de 20 à 29 ans en majorité. Cette observation questionne sur l'efficacité contraceptive du DIU au cuivre chez les femmes plus jeunes. Une revue systématique de 2017 ne retrouvait pourtant pas de différence significative sur le risque de grossesse des patientes jeunes sous DIU cuivre en comparaison avec d'autres méthodes hormonales, cependant un risque plus d'important d'expulsion du DIU au cuivre était retrouvé chez les femmes plus jeunes (22).

L'enquête Baromètre Santé de 2016 décrivait que les méthodes contraceptives des femmes françaises entre 15 et 49 ans était majoritairement la pilule, puis le DIU, puis le préservatif (20).

La situation contraceptive des femmes de notre étude était ainsi nettement différente, démontrant que l'utilisation des moyens contraceptifs est plus faible chez les femmes ayant recours à l'IVG, en comparaison aux femmes en population générale.

Les femmes rapportaient dans plus de la moitié des cas un oubli ou un décalage du moyen contraceptif, démontrant qu'une part importante des grossesses menant à l'IVG est liée à des erreurs contraceptives.

La contraception d'urgence était nettement sous-utilisée, notamment en cas d'absence de contraception ou d'oubli/décalage. Ces résultats coïncident avec ceux de Moreau et al. (12), et avec une enquête Internet de 2012 relevant que seules 20% des femmes françaises exposées aux GNP avaient utilisé une CU (23). Il reste donc un travail d'information majeur pour augmenter son utilisation.

Plus d'une femme sur dix dans notre étude mentionnait qu'elle était dans l'attente d'une contraception (initiation, changement, renouvellement), démontrant que le recours à l'IVG se déroulent à des moments particuliers de vie, notamment dans des périodes de transition (changement de contraception, de partenaire), comme cela a déjà été rapporté (10). Pour certains cas, ces grossesses auraient possiblement pu être évitées notamment concernant les femmes qui attendaient le début de leurs menstruations pour débiter une pilule ou poser un DIU, des informations et mise à jour des recommandations auprès des professionnels de santé pourraient être intéressantes pour éviter ces recours à l'IVG.

Une minorité des femmes de notre étude (14,9%) n'avait jamais eu de méthode contraceptive médicale. La situation contraceptive au moment de la conception ayant donné lieu à l'IVG apparaît donc encore une fois comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes. L'étude de Moreau et al. retrouve de la même manière que seules 6% des femmes sans contraception lors de l'IVG n'avaient jamais eu de contraception (12).

Dans notre étude, environ 40% des femmes déclaraient avoir déjà eu des problèmes de tolérance et 40% des problèmes d'observance avec un ou plusieurs moyens contraceptifs, ce qui montre la difficulté à trouver une contraception adéquate et ce qui pourrait expliquer les échecs contraceptifs et l'absence de contraception, notamment pour ces femmes ayant recours à l'IVG. Il est ainsi important de parler de contraception de couple et de ne pas oublier que l'homme peut également jouer un rôle actif dans la contraception, notamment lorsqu'une contraception définitive est envisagée. L'essor récent de la contraception masculine hormonale à base d'injections hebdomadaires de testostérone et de la contraception thermique par anneau ou sous-vêtements chauffants, toutes deux actuellement encore en phase d'étude, pourraient offrir des nouvelles options contraceptives réversibles (24).

Notre étude a permis de dresser les facteurs socio-démographiques associés à l'absence de contraception : Ne pas avoir de contraception au moment de l'IVG était plus souvent associé à des âges extrêmes, à une nationalité étrangère, au chômage, et à l'absence de professionnel de santé référent.

L'étude de Moreau retrouvait également que les femmes de plus de 40 ans, aux faibles ressources sociales dont celles étant au chômage, et celles originaires d'Afrique subsaharienne se déclaraient plus souvent sans contraception (12).

Il faudrait donc porter une vigilance particulière à la situation contraceptive chez ces femmes.

3. Contraception au décours de l'IVG

Dans notre étude, la contraception au décours de l'IVG était sensiblement différente de celle présente au début de la prise en charge. 39% des femmes bénéficiaient de la prescription d'une pilule, 38% d'une méthode LARC, moins de 15% femmes préféraient utiliser des préservatifs ou d'autres méthodes barrières, et 7,2% n'avaient pas de contraception au décours de l'IVG, parmi lesquelles la moitié préféraient revoir la contraception avec un autre professionnel de santé ce qui laisse espérer qu'une partie de ces femmes a eu une contraception prescrite par la suite.

Les données nationales de 2007 retrouvaient une situation contraceptive globalement comparable (12). D'avantage de femmes n'avaient cependant pas de contraception au décours de l'IVG (22,9%), et il était retrouvé une plus grande proportion de femmes sous pilule en post-abortum pouvant s'expliquer par la diminution de l'utilisation de la pilule, observée depuis la crise de la pilule de 2012, au profit désormais de l'utilisation plus importante du DIU notamment chez 20-29 ans (11)(20).

La situation contraceptive en post abortum des femmes de notre étude est donc satisfaisante puisque quatre femmes sur cinq se voient prescrire une contraception médicale, considérée comme efficace ou très efficace selon la définition de l'HAS (21).

On observe ainsi une inversion des situations contraceptives autour de l'IVG : lors de la survenue de la grossesse, il existe une prédominance d'absence de moyen contraceptif, d'utilisation des préservatifs ou de la pilule puis au décours de l'IVG les contraceptions par LARC et pilule deviennent majoritaires. On peut ainsi parler de remédicalisation de la contraception à l'occasion de l'IVG, ce qui a déjà été relevé dans l'enquête COCON (Bajos et al., 2006) (25).

A noter que peu de femmes/couple dans notre étude étaient intéressés par la contraception définitive, cette dernière restant peu utilisée en France par rapport à ce qui est observé dans d'autres pays européens comme le Royaume-Uni ou la Suisse (26).

Une femme sur trois dans notre étude ne s'est pas présentée à la visite de contrôle au décours de l'IVG, et certaines devaient avoir la pose d'une contraception durant cette consultation. Il est ainsi nécessaire de débiter la contraception le plus précocement possible. Il serait également nécessaire de trouver des clés pour palier à l'absentéisme de cette consultation de contrôle, la possibilité de réaliser désormais ces consultations via téléconsultation pourrait être un élément clé pour favoriser l'adhérence des femmes au suivi (27).

Parmi ces femmes pour lesquelles une contraception devait être posée lors du contrôle mais qui ne se sont finalement pas présentées, la grande majorité d'entre elles n'avaient alors pas de contraception au décours de la procédure, avec un risque de survenue d'une GNP et d'une nouvelle IVG. Seules quelque unes d'entre elles avaient eu la prescription d'une pilule par le professionnel de santé lors de l'IVG, dans l'attente de la pose de la méthode LARC au contrôle. Ce schéma prescriptif est à encourager pour toutes les femmes pour lesquelles une contraception est prévue au contrôle, afin d'éviter qu'elles n'aient aucune contraception si jamais elles ne se présentent pas à cette consultation.

Dans notre étude, un nombre important de méthodes LARC n'a pas été posée en post abortum immédiat alors que cela avait été choisi comme moyen contraceptif, concernant ainsi presque une femme sur quatre de notre étude n'ayant pas de contraception au décours immédiat de l'IVG. En cas d'IVG médicamenteuse, l'absence de pose d'implant le jour de la prise de Mifépristone était notamment très fréquente. Ces constatations sont également rapportées dans l'étude de l'Heudé et al. (17). Ces données nous révèlent que les nouvelles recommandations pour la pratique clinique basées sur une revue exhaustive de la littérature et rédigées par le CNGOF et la HAS sont peu ou pas appliquées, et ne favorisent pas la pose précoce des dispositifs LARC prescrits au moment de la prise en charge de l'IVG, contrairement aux nouvelles recommandations (28)(29). Selon les recommandations du CNGOF (28), en cas d'IVG instrumentale, il est en effet recommandé de débiter la pilule et le patch le jour de l'IVG, l'implant et le DIU doivent être insérés préférentiellement au décours immédiat du geste et l'anneau vaginal inséré dans les 5 jours suivant l'IVG. En cas d'IVG médicamenteuse, la pilule et le patch sont à commencer le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines, l'anneau vaginal peut être inséré dans la semaine suivant la prise de la mifépristone, le DIU dès la confirmation échographique de l'absence de GIU, et l'implant peut être inséré dès le jour de

la prise de mifépristone. Plusieurs études ont prouvé que, malgré les possibles interactions entre l'implant et la mifépristone, l'insertion précoce de l'implant n'est pas associée à une augmentation du risque d'échec de l'IVG médicamenteuse en cours (30)(31)(32).

Les recommandations de la HAS divergent concernant la mise en place de l'implant en cas d'IVG médicamenteuse en conseillant la pose du dispositif le jour ou le lendemain de la prise des prostaglandines (29). Cette absence de consensus peut être à l'origine du retard à la mise en place des implants au décours immédiat de l'IVG.

L'adaptation des pratiques professionnelles aux nouvelles recommandations paraît encore nécessaire pour engendrer une meilleure couverture contraceptive, et ainsi tenter de contribuer à diminuer le recours répété à l'IVG.

Une femme sur dix se présentait de nouveau dans les 24 mois pour une nouvelle IVG au centre Simone Veil, malgré un taux possiblement sous-estimé. Pratiquement la moitié d'entre elles n'utilisaient alors pas de contraception, et des problèmes d'observance et/ou de tolérance avec le contraceptif prescrit lors de la précédente IVG étaient relevés.

Au vu de ces données, les méthodes contraceptives LARC sont à privilégier car elles n'engendrent pas de problèmes d'observance et pourraient ainsi mieux prévenir la répétition des IVG, comme cela est rapporté dans les recommandations du CNGOF (28).

Une femme sur quatre, qui n'avait pas de contraception au décours de la précédente IVG parce qu'elle n'était pas venue au contrôle, est revenue dans les 24 mois pour recourir à une nouvelle IVG.

IV. PERSPECTIVES PRATIQUES ET SCIENTIFIQUES

Nous avons soulevé des points d'amélioration possibles concernant nos pratiques professionnelles :

-L'utilisation des moyens contraceptifs étant plus faible chez les femmes ayant recours à l'IVG qu'en population générale, il est nécessaire d'interroger les femmes sur leur contraception et de promouvoir l'utilisation de méthodes contraceptives médicales et notamment des méthodes LARC, afin de diminuer les risques de recours à l'IVG.

-Il est notamment important de porter une attention particulière aux femmes aux âges extrêmes, de nationalité étrangère, étant au chômage ou celles sans médecin traitant puisque ces dernières sont plus sujettes à ne pas avoir de contraception. Nous pourrions insister sur un interrogatoire

systématique de leur méthode contraceptive, idéalement à chaque consultation médicale quel qu'en soit le motif.

-Le recours à l'IVG se déroule à des moments particuliers de vie, notamment dans des périodes de transition (changement de contraception, de partenaire), ce qui doit amener les professionnels de santé à porter une vigilance particulière durant les modifications de contraception des femmes et veiller notamment à ne pas décaler ou reporter le début d'un moyen contraceptif. Il est tout particulièrement recommandé de ne pas attendre le début des menstruations pour débiter une pilule ou poser un DIU comme cela a souvent été relevé dans notre étude.

- La contraception d'urgence étant nettement sous utilisée, le travail d'information auprès des femmes sur les différentes possibilités de contraception d'urgence doit être renforcé afin d'augmenter son utilisation. Il peut être notamment recommandé à tout prescripteur d'associer la prescription d'une contraception d'urgence à toute ordonnance de contraceptif, et de promouvoir l'information sur le DIU au cuivre comme contraception d'urgence, ceci étant la méthode de contraception d'urgence la plus efficace, mais aussi le point de départ d'une contraception régulière.

- Des points d'amélioration au cours de la procédure d'IVG sont à envisager : un nombre encore important de dispositifs LARC n'est pas posé de manière précoce, augmentant le risque que les femmes n'aient pas de contraception efficace au décours de la procédure, et les exposant ainsi à un risque d'IVG itératives. C'est notamment le cas de l'implant qui est encore trop peu posé après la prise de la Mifépristone en cas d'IVG médicamenteuse, nécessitant une adaptation des pratiques professionnelles aux nouvelles recommandations. Si une contraception ne peut être posée qu'à la consultation de contrôle au décours de l'IVG, il peut alors être intéressant de prescrire une autre contraception dans l'attente, afin d'éviter que les femmes n'aient pas de contraception au décours de la procédure si jamais elles ne se présentent pas à cette consultation de contrôle.

Afin de limiter le possible effet centre et les biais liés au caractère rétrospectif de notre étude, il serait intéressant d'envisager une étude prospective auprès de plusieurs centres nationaux, à l'aide de questionnaires standardisés réalisés auprès des femmes ayant recours à l'IVG. Cela permettrait d'augmenter la représentativité à la population ayant recours à l'IVG.

CONCLUSION

Deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde, il est ainsi primordial de déterminer leur profil socio-démographique et contraceptif.

Les grossesses ayant menées à l'IVG sont autant liées à un échec contraceptif qu'à une absence de contraception.

Le recours à l'IVG se déroule à des moments particuliers de vie, notamment dans des périodes de transition : il est ainsi nécessaire de ne pas décaler ou reporter le début d'une contraception et de porter une attention particulière aux patientes étant plus fréquemment sans contraception au moment de l'IVG : les femmes aux âges extrêmes, de nationalité étrangère, au chômage, et sans professionnel de santé référent.

Il est nécessaire de promouvoir l'utilisation de la contraception d'urgence, largement sous utilisée.

L'IVG est un moment opportun pour remédicaliser la contraception. Celle-ci doit être débutée le plus tôt possible. Les méthodes LARC sont à privilégier et leur pose précoce au décours immédiat de l'IVG reste encore à promouvoir.

L'adaptation des pratiques professionnelles aux nouvelles recommandations paraît encore nécessaire pour engendrer une meilleure couverture contraceptive, et ainsi tenter de contribuer à diminuer le recours répété à l'IVG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1577-95.
2. Légifrance- Loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.
3. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 2018;222:95-101.
4. Légifrance- Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
5. Lebouteux G. Les interruptions volontaires de grossesse dans les Pays de la Loire en 2006.
6. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1462-76.
7. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
8. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmer-en>
9. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
10. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge: *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):116-47.
11. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif?: *Popul Sociétés.* 2 mai 2014;N° 511(5):1-4.
12. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG: *Rev Fr Aff Soc.* 22 juin 2011;(1):148-61.
13. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet.* févr 2022;399(10327):803-13.
14. Wokoma T, Jampala M, Bexhell H, Guthrie K, Lindow S. A comparative study of the prevalence of domestic violence in women requesting a termination of pregnancy and those attending the antenatal clinic. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* avr 2014;121(5):627-33.
15. Region LP. Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes [Internet]. L'Institut Paris Region. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/contraception-ivg-et-ist-chez-les-franciliennes/>
16. Santé Publique France. Journée mondiale sans tabac 2021.
17. L'Heudé A, Gobenceaux AS, Machuron F, Toullalan O, Azuar AS, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* juill 2019;47(7-8):574-81.
18. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2013;61(4):291-8.
19. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives

- pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *Rev Sage-Femme*. avr 2018;17(2):49-53.
20. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;
 21. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757924/fr/efficacite-des-methodes-contraceptives
 22. Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception*. janv 2017;95(1):17-39.
 23. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R, for the Emergency Contraception Study Group. Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. avr 2014;19(2):93-101.
 24. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? *Prog En Urol - FMC*. déc 2020;30(4):F105-11.
 25. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*. nov 2006;21(11):2862-7.
 26. Vereinte Nationen, éditeur. World contraceptive patterns 2013. New York, NY: United Nations; 2013. 1 p. (Economic & social affairs).
 27. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1490-514.
 28. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1568-76.
 29. Eric D. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). 2013;6.
 30. Raymond EG, Weaver MA, Tan YL, Louie KS, Bousiéguez M, Lugo-Hernández EM, et al. Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. févr 2016;127(2):306-12.
 31. Church E, Sengupta S, Chia KV. The contraceptive implant for long acting reversible contraception in patients undergoing first trimester medical termination of pregnancy. *Sex Reprod Healthc*. août 2010;1(3):105-9.
 32. Barros Pereira I, Carvalho RM, Graça LM. Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. févr 2015;185:33-5.

ANNEXE

Annexe 1 : Dossier type d'IVG du CHU de Nantes

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES
Centre Simone VEIL
DOSSIER D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

<u>ETIQUETTE PATIENTE</u>

Adressée par :

- médecin
- M.F.P.F.
- démarche personnelle
- autre

Nom du médecin correspondant :

Adresse :

Accepte de recevoir du courrier : oui non

Patiente accompagnée par :

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> parents |
| <input type="checkbox"/> partenaire | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> ami(e) | |

Date de naissance : Département :

Nationalité :

- Française Etrangère En France depuis

Adresse :

Téléphone :

Etat civil actuel :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> pacsée, année ? |
| <input type="checkbox"/> union libre | <input type="checkbox"/> séparée, divorcée, veuve |
| <input type="checkbox"/> mariée, année ? | |

Nombre d'enfants : pas d'enfant enfant (s)

Profession de la patiente :

Situation actuelle :

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> salariée | <input type="checkbox"/> étudiante |
| <input type="checkbox"/> chômage | <input type="checkbox"/> en formation |
| <input type="checkbox"/> lycéenne | <input type="checkbox"/> non active |
| <input type="checkbox"/> collégienne | <input type="checkbox"/> à son compte |

Profession du partenaire :

Situation actuelle :

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> salarié | <input type="checkbox"/> en formation |
| <input type="checkbox"/> chômage | <input type="checkbox"/> non actif |
| <input type="checkbox"/> lycéen | <input type="checkbox"/> à son compte |
| <input type="checkbox"/> collégien | |
| <input type="checkbox"/> étudiant | |

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

PATIENTE – APPLICATION DE L’ARTICLE « L 2212-5 » du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Je soussignée, M.....
demeurant
demande l’interruption de ma grossesse :

Date :

Signature :

APPLICATION DE L’ARTICLE « L 2212-3 du CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

« M s’est présentée le..... au Centre Simone VEIL pour une demande d’interruption volontaire de grossesse. Conformément à l’article L 2212-3 du Code de Santé Publique, elle a été informée des méthodes médicales et chirurgicales d’interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. Un dossier-guide lui a été remis.

Signature :

ATTESTATION DE CONSULTATION SOCIALE POUR LES FEMMES MINEURES NON EMANCIPEES

CONSEILLERE CONJUGALE

Je soussignée, atteste avoir accordé à
M
née le
L’entretien particulier prévu à l’article « L 2212.4 » du Code de la Santé Publique et relatif à l’interruption volontaire de grossesse (loi n° 2001-588 du 04/07/2001).

Date :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M.....
Demeurant
donne mon consentement afin que soit pratiquée une interruption volontaire de grossesse et éventuellement une anesthésie générale à ma fille :

Date :

Signature :

RECOURS A UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussignée, M.....
ne désire pas que les personnes détentrices de l’autorité parentale soient informées de ma demande d’interruption volontaire de grossesse et aurai recours à une personne majeure accompagnante de mon choix.

Date :

Signature :

Nom de la conseillère :

Date des dernières règles :

I – Contraception au moment de la conception

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas de méthode<input type="checkbox"/> Contraception hormonale :<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Orale<ul style="list-style-type: none">◇ Oestroprogestative◇ Microprogestative<input type="radio"/> Patch<input type="radio"/> Anneau<input type="radio"/> Implant<input type="checkbox"/> DIU<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Cuivre<input type="radio"/> Hormonal | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Locale<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> préservatif masculin<input type="radio"/> préservatif féminin<input type="radio"/> spermicides locaux<input type="radio"/> autre<ul style="list-style-type: none">◇ Systématiquement◇ Sélectivement en période féconde◇ occasionnellement<input type="checkbox"/> Calcul du cycle<input type="checkbox"/> Retrait |
|--|---|

Oubli ou décalage oui non
Contraception d'urgence oui non

II Contraceptions antérieures et difficultés de contraception

III Violences

V – Conclusion :

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

Nom du médecin :

I – Antécédents

1 – FAMILIAUX :

K sein, diabète, H.T.A., cardio-vasculaire, thrombo-embolique veineux, etc...

2 – PERSONNELS :

a) Médicaux :

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> allergie | <input type="checkbox"/> phlébite | <input type="checkbox"/> diabète |
| <input type="checkbox"/> troubles de l'hémostase | <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> migraines |
| <input type="checkbox"/> cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> H.T.A. | |
| <input type="checkbox"/> ulcère gastro-duodéal | <input type="checkbox"/> dyslipidémie | |

b) Chirurgicaux :

c) Anesthésie :

- | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> générale | | <input type="checkbox"/> locale |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|

réactions ?

d) Gynécologiques :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> cycle | <input type="checkbox"/> régulier | Nombre de jours : |
| | <input type="checkbox"/> irrégulier | |
| <input type="checkbox"/> douleurs de règles | <input type="checkbox"/> non | |
| | <input type="checkbox"/> oui : médicaments utilisés : | |
| <input type="checkbox"/> règles abondantes | <input type="checkbox"/> oui | |
| | <input type="checkbox"/> non | |
| <input type="checkbox"/> infections hautes : | | <input type="checkbox"/> G.E.U. : |
| <input type="checkbox"/> I.S.T. : | | <input type="checkbox"/> intervention sur l'appareil |
| <input type="checkbox"/> Date du dernier frottis : | | général : |

e) Obstétriques :

Année	I.V.G.	Avortement spontané	Mort-né	Naissance vivante	Déroulement grossesse	accouchement
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

f) Dernière sérologie V.I.H. :

- | | | | | |
|-----------------|------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| g) Vaccinations | hépatite B | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| | rubéole | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |
| | HPV | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> NSP |

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

ETIQUETTE PATIENTE

II - Traitement en cours

III – Tabac

combien :
envisagez-vous d'arrêter de fumer : oui non

Autres addiction :

Combien :

IV – Examen général

Poids : T.A. :

V – Examen gynécologique

1 – SPECULUM :

col sain | leucorrhée | saignements

anomalie :

position du col :

postérieur | dévié à D
 antérieur | dévié à G

2 – FROTTIS :

oui | non

3 – PRELEVEMENTS :

parasitologie. | Rubéole
 bactériologie. | PCR chlamydiae
 V.I.H. | endocol
 Syphilis | autoprélèvement
 Hépatite B

4 – UTERUS

antéversé | médian
 rétroversé | dévié

VI – Autres examens complémentaires

1 – B.H.C.G. date : - résultat :
date : - résultat :

2 – GROUPE SANGUIN A – B – O – AB
Rhésus négatif positif

Carte de groupe :

vue faite ici à apporter à faire

PHENOTYPEE : oui non

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

VII – Echographie

Date des dernières règles : Terme théorique :

ECHOGRAPHISTE			
Dates			
Type de sonde			
Diamètre sac ovulaire			
Longueur cranio-caudale			
Diamètre bi-pariétal			
Vésicule vitelline			
activité cardiaque			
mouvement actif			
CONCLUSION :			

ECHOGRAPHIE FAITE AILLEURS

Date : Lieu :

RESULTAT :

VIII – Conclusions de l'examen et CAT :

A- Choix de la méthode d'IVG

- Médicamenteuse**
 - Au centre
 - Au domicile (accompagnée)
- Aspiration**
 - Sous AL
 - Sous AG

B- Traitements prescrits :

- Antalgiques
 - Ibuprofène
 - Paracétamol
 - Autre : lequel ?
- Antibiotique
 - Non
 - Oui : lequel ?
- Prémédication prévue
 - MIFEPRISTONE (200 mg) à prendre le.....
 - MISOPROSTOL (400 µg) à donner le par IDE
 - antalgique à prendre le
 - à jeun et voie d'abord veineux pour les 12-14 SA
 - MEOPA proposé
 - MIDAZOLAM (ampoule de 5 mg) par ½ ampoule (accompagnée)
 - Hypnosédation proposée
- Contraception prévue
 - Non
 - Oui (ne pas oublier de prescrire la contraception sur l'ordonnance)
 - ◇ Oestro-progestatif : lequel ?
 - ◇ Progestatif : lequel ?
 - ◇ DIU : lequel ?
 - ◇ Implant
 - ◇ Préservatif
 - ◇ Stérilisation masculine envisagée certificat fait fascicule remis
 - ◇ Stérilisation féminine envisagée certificat fait fascicule remis

C- Remarques pour le médecin qui pratiquera l'intervention :

D- Visite de contrôle :

- au centre
- chez médecin :

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

I.V.G. Instrumentale ou réaspiration

.....Médecin
AménorrhéeIDE
Anesthésiste

Je soussignée, M.....
confirme ma demande d'interruption de grossesse :
Date : Signature :

I – PROTOCOLE

- a) prémédication..... mifepristone
 misoprostol
 antalgique
- b) anesthésie 1 – générale
2 – locale : produit
dose
- c) MEOPA : débit
horaire début :
horaire fin :
- d) voie d'abord veineux 1 – non
2 - oui
- e) dilatation : hystéromètre N°
- f) aspiration 1 – vacurette N°
2 – révision vacurette N°
 – oui – non
- g) volume aspiré en cc
- h) contenu de l'aspiration
1 – contenu complet
2 – bonne rétraction de l'utérus
3 - autre
- i) complications
1 – non
2 – oui. Laquelle ?
3 – décision
- j) contrôle échographique : oui - non
vacuité : oui - non
- k) examen anapath..... oui – non

II - REASPIRATION EVENTUELLE

- a) volume en cc.....
- b) après quel délai
- c) contrôle écho de la vacuité
- d) traitement complémentaire

III - SERUM ANTI-D

- 1 – inutile 2 – à faire
- 3 – fait le : par :

IV – SURVEILLANCE

T.A. : Pouls : Heure :
T.A. : Pouls : Heure :
T.A. : Pouls : Heure :

V – TRAITEMENT

- a) antibiotique
1 – non
2 – lesquels ?
dose ?
- b) vaso-constricteurs utérins
1 – non
2 – lesquels ?
dose ?
- c) antalgiques :

VI – DOULEUR (à préciser par la patiente sur échelle analogique visuelle)

Résultat chiffré :

VII - CONTRACEPTION PRESCRITE

- 1 – pilule. Laquelle ?
- 2 – stérilet. Lequel ?
- 3 – préservatif
- 4 – implant
- 5 – autre

VIII - LETTRE A UN MEDECIN

Nom :
Adresse :
.....

IX – SORTIE

Sortie autorisée leà
Nom du Médecin
Signature :

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

ETIQUETTE PATIENTE

I.V.G. Médicamenteuse

Je soussignée, M.....
confirme ma demande d'interruption de grossesse :
Date : Signature :

I – PROTOCOLE

J. O : Prise de la MIFEGYNE

Date : Aménorrhée :

Nom Médecin et signature :

B.H.C.G. :

1^{er} – date - dosage

2^{ème} - date - dosage

Administration de la MIFEGYNE :

- heure - dose

Sérum anti-D : 1 – inutile 2 – à faire

Fait : date

Nom

Signature

Evènements intercurrents

J. 2 : MISOPROSTOL 400 µg

Date :

à domicile

au centre :

donné à par IDE.....

Surveillance (TA, pouls, saignements, douleurs, traitements) cf fiche surveillance

Dose supplémentaire :

Heure :

Remise des documents de sortie :

- 1- lettre pour médecin
- 2- consignes d'hygiène
- 3- conduite à tenir
- 4- βHCG de contrôle

II DOULEUR (à préciser par la patiente sur une échelle analogique visuelle)

Résultat chiffré :

III- Echographie de contrôle

Sonde abdo endo

Vacuité (sens longitudinal) :

Oui Non

IV – CONTRACEPTION PRESCRITE

1 – pilule. Laquelle ?

2 – stérilet. Lequel ?

3 - préservatif

4 – implant

5 – autre

V – LETTRE A UN MEDECIN

Nom :

Adresse :

Sortie autorisée le à

Nom du Médecin :

Signature :

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

COMPLICATIONS AVANT LA VISITE DE CONTROLE

I – Hospitalisation immédiate :

- Causes
 - Hémorragie
 - Rétention
 - Perforation
 - Lieu d'hospitalisation :
- | | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">○ Aspiration blanche○ Dilatation impossible○ Surveillance |
|--|--|---|

II – Hospitalisation différée :

- Causes
 - Hémorragie
 - Rétention
 - Lieu d'hospitalisation :
- | | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">○ Perforation○ Aspiration blanche |
|--|--|--|

III – Consultations :

- Au centre
 - Date :
 - Motif :
 - Clinique :
 - Echographie :
 - Réaspiration :
 - Anapath :
 - Traitement :
- Ailleurs
 - Date :
 - Motif :
 - Clinique :
 - Echographie :
 - Réaspiration :
 - Anapath :
 - Traitement :

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VISITE DE CONTRÔLE

Médecin.....

I – Nombre de jours de saignements :

II – Fièvre :

- Oui
- Non

III – Douleurs :

- Non
- Oui
 - Quand
 - Durée
 - Traitement efficace
 - ◇ Oui ◇ Non

IV – Actuellement :

La patiente se plaint de :

- Fièvre
- Hémorragie
- Douleurs
- Anxiété
- Pb sexualité
- Autre

V – Examen clinique :

- Spéculum
 - Aspect sain
 - Perte de sang
 - Leucorrhées
 - Autre
- Utérus
 - Volume
 - Douleur à la palpation
 - ◇ Oui ◇ Non
 - Douleur à la mobilisation
 - ◇ Oui ◇ Non
- Annexes
 - Douloureuses
 - ◇ Oui ◇ Non
 - Empatées
 - ◇ Oui ◇ Non

VI – Dosage de contrôle BHCG :

VII – Contrôle échographique :

- Sonde Abdo
- Sonde Endo
- Vacuité (sens longitudinal)
 - Oui ○ Non

VIII – Conclusion de l'examen :

- Retour à la normale
 - Oui
 - Non
 - ◇ Infection utérine
 - ◇ Infection annexielle
 - ◇ Rétention placentaire
- Autre

IX – Contraception prescrite :

- Oestro-progestatif :
- Progestatif :
- ... DIU :
- HU.....
- Fils coupés àcm
- Préservatif
 - Masculin
 - Féminin
- Implant
 - Bras droit
 - Bras gauche
- Autre

X – Lettre à un médecin :

Nom :

Adresse :

.....

- Entretien conseillère proposé ou souhaité**

ETIQUETTE PATIENTE

CHU de Nantes
Centre Simone Veil
UF : 3140

Demande d'examens complémentaires :

- Biologie :
- Echographie
- Frottis :
- autre

Résultats d'examens complémentaires :

- Frottis :
- Bactério :
- Parasito :
- ... Anapath :
- VIH:
- PCR Chlamydiae endocol :
- ... PCR Chamydiae urines :
- ... PCR HPV :
- Autre :

Traitements prescrits :

Produits, doses et durée :

VECU DE L'IVG ET DES SUITES :

Vu, le Président du Jury,

(Tampon et signature)



Professeur Norbert WINER

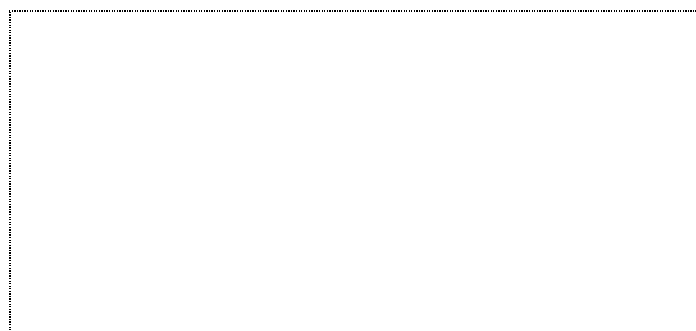
Vu, le Directeur de Thèse,

(Tampon et signature)



Docteur Solène VIGOUREUX

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : LEROYER

PRENOM : Elise

Titre de Thèse :

**CONTRACEPTION AUTOUR DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES
FEMMES :
UNE ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE DE 904 PATIENTES AU CENTRE
SIMONE VEIL DE NANTES**

RÉSUMÉ

Introduction : Deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde. Comprendre les circonstances de survenue des IVG, les profils socio-démographiques et les potentiels échecs contraceptifs représente un enjeu important.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique recensant toutes les femmes ayant eu recours à une IVG au Centre Simone Veil de Nantes entre janvier et juin 2019. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ont été analysées ainsi que la contraception avant et après l'IVG. Les caractéristiques socio-démographiques associées à l'absence de contraception lors de la survenue de la grossesse ont également été recherchées.

Résultats : 904 patientes constituaient notre cohorte. Plus de la moitié des femmes utilisait une contraception lors de la grossesse ayant menée à l'IVG, majoritairement le préservatif à 23% et la pilule à 20%, et plus de la moitié déclarait un oubli ou un décalage, alors que 46,7% des femmes n'avaient pas de contraception. Plus d'une femme sur dix relevait qu'elle était dans l'attente d'une contraception. La contraception d'urgence était nettement sous-utilisée. L'absence de contraception au moment de l'IVG était plus souvent associée à des âges extrêmes, à une nationalité étrangère, au chômage et à l'absence de professionnel de santé référent. Quatre femmes sur cinq sortaient du parcours d'IVG avec une contraception médicale (pilule 39%, LARC 38%). La contraception n'était pas toujours débutée précocement, notamment les dispositifs LARC.

Conclusion : Les grossesses ayant menées à l'IVG étaient autant liées à un échec contraceptif qu'à une absence de contraception. Le recours à l'IVG se déroule notamment dans des périodes de transition : il est ainsi nécessaire de ne pas décaler ou reporter le début d'une contraception et de porter une attention particulière aux patientes étant plus fréquemment sans contraception au moment de l'IVG. Il est nécessaire de promouvoir l'utilisation de la contraception d'urgence. L'IVG est un moment opportun pour remédialiser la contraception. Celle-ci doit être débutée le plus tôt possible. Les méthodes LARC sont à privilégier et leur pose précoce au décours immédiat de l'IVG reste encore à promouvoir.

MOTS-CLES

Interruption volontaire de grossesse – Avortement provoqué - Contraception - Comportement contraceptif - Efficacité contraceptive - Facteurs sociologiques – Facteurs épidémiologiques