



HAL
open science

Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après une première interruption volontaire de grossesse (IVG)

Fleur Charrier

► **To cite this version:**

Fleur Charrier. Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après une première interruption volontaire de grossesse (IVG). Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04152438

HAL Id: dumas-04152438

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04152438v1>

Submitted on 5 Jul 2023

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après
une première interruption volontaire de grossesse (IVG)**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
CHARRIER Fleur**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après
une première interruption volontaire de grossesse (IVG)**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
CHARRIER Fleur**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Madame Marie-Christine Leymarie, ma directrice de mémoire pour son aide et sa disponibilité tout au long de la rédaction de mon travail.

Je remercie particulièrement Madame Audrey Roy, ma co-directrice de mémoire pour ses précieux conseils et son enthousiasme porté à mon projet.

Merci beaucoup à Madame Manuela De Carvalho pour la correction de ma partie concernant la bibliographie.

Un grand merci à toutes les femmes qui ont accepté de participer à mon étude, sans elles ce travail de recherche n'aurait pas été possible. Merci à toutes les sages-femmes qui m'ont encadré lors de mes stages et aux femmes que j'ai pu accompagner. Grâce à elles, mon désir de devenir sage-femme a pris tous son sens.

Un immense merci à toute ma famille et plus particulièrement à mon Papa, à Mijo et à tous mes frères et sœurs pour leur soutien sans faille, leur patience et leurs encouragements tout au long de mes études. Merci pour votre amour, merci d'avoir cru en moi.

J'ai une pensée spéciale pour ma Maman, qui de là où elle est, m'a toujours éclairée dans mes choix. Et à toi Papa, qui m'a appris que malgré tout ce qu'il peut nous arriver, la vie continue et qu'elle mérite d'être vécue.

Merci à Audrey, Camille, Claire et Marina mes merveilleuses colocataires pour ces quatre années de partage, d'immenses joies, de quelques larmes et de moments inattendus mais inoubliables.

Un très grand merci à tous mes ami(e)s d'être à mes côtés depuis tant d'années, merci pour tout ce que l'on a vécu ensemble et pour tout ce qui nous attend encore. Vous êtes pour moi une seconde famille.

Merci à Maëlle, pour sa bienveillance inestimable et à toute ma promotion, pour tout ce qu'on a partagé.

Et enfin, merci à Chloé, Emma, Marion, Valentine, Laura et Lucie, d'avoir été là, dans ces moments de rires, ces instants de doutes, de réussite mais surtout pour leur amitié si précieuse sans laquelle mes études de sage-femme n'auraient pas eu la même saveur.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATEV : Accident Thrombo-Embolique Veineux

Bêta-HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COC : Contraceptifs Oraux Combinés

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

EE : Ethinylestradiol

GNP : Grossesses Non Prévues

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception

OMS : Organisation Mondiale de la santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SIU : Système Intra-Utérin

SOMMAIRE

Introduction	2
A- Revue de la littérature	3
I- Généralités sur la contraception.....	3
1. Histoire de la contraception en France.....	3
2. Rappels des différents moyens de contraception.....	4
2.1. Descriptions des moyens.....	4
2.2. Efficacité des moyens de contraception.....	10
2.3. Prévalence d'utilisation.....	10
II- Généralités sur l'IVG.....	11
1. Définition.....	11
2. Histoire de l'IVG en France.....	11
2.1. Rappels historiques.....	11
2.2. Contexte actuel.....	13
3. Situation actuelle à l'étranger.....	14
4. Prise en charge de l'IVG.....	14
5. Etapes de l'IVG.....	15
5.1. Déroulement de la méthode médicamenteuse.....	16
5.2. Déroulement de la méthode chirurgicale.....	17
5.3. Consultation post-IVG.....	18
6. Aspects psychologiques de l'IVG.....	18
III- Contraception Post-IVG.....	19
1. Informations et choix de la contraception dans le parcours de l'IVG.....	19
2. Recommandations des méthodes utilisables.....	19
B- Méthode	21
I- Population.....	21
II- Méthodes.....	21
C-Résultats	24
D-Discussion	40
Conclusion	49
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

En France, en 2019, 232 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées. Il s'agit du taux le plus élevé depuis 1990 (1). Le nombre d'avortements reste stable malgré des actions de prévention et un accès à la contraception. La majorité des femmes ayant recours à l'IVG étaient sous contraception, ce paradoxe peut s'expliquer par le fait que la méthode contraceptive utilisée n'est en réalité pas toujours adaptée (2). On constate également qu'un grand nombre de femmes ont recours plusieurs fois à l'IVG au cours de leur vie (3). Après l'avortement, la mise en place d'une contraception efficace et en laquelle la femme a confiance est primordiale.

Les sages-femmes ont un rôle essentiel dans la prise en charge de l'orthogénie et dans le suivi de la contraception des femmes. Elles peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses depuis 2016 et la loi du 2 mars 2022 leur permettrait de pratiquer les IVG chirurgicales dans les hôpitaux (4).

La plupart des études réalisées sur ce sujet s'intéressaient de manière quantitative aux moyens de contraception utilisés post-IVG. En revanche, peu d'études ont été effectuées concernant la satisfaction de la contraception et de son suivi après un avortement. Or, il paraît essentiel de connaître l'avis de ces femmes pour une prise en charge optimale.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction des patientes à propos de leur contraception actuelle, au moins trois mois post-IVG, en regard de leur contraception antérieure. L'objectif secondaire est de connaître leur opinion concernant le suivi de leur contraception.

Au préalable, une revue de littérature a permis d'établir une synthèse de l'état actuel des connaissances scientifiques et des recommandations à ce sujet. Ensuite, la méthode utilisée pour la mise en œuvre de notre étude est expliquée et les résultats sont présentés et analysés. Enfin, la partie discussion met en lien les résultats obtenus et les données de la littérature. Elle envisage également les perspectives d'avenir sur le sujet étudié.

A-Revue de la littérature

I. Généralités sur la Contraception

1. Histoire de la contraception en France

Depuis l'Antiquité, des pratiques visant à maîtriser la fécondité existent. À cette époque les femmes buvaient des tisanes pour leurs vertus contraceptives (feuille de saule, cèdre et peuplier). Elles plaçaient des pierres et des sortes d'éponges dans leur vagin pour empêcher le passage de spermatozoïdes. On retrouve également l'ancêtre du préservatif, fabriqué à partir d'intestin d'animaux (5).

Au Moyen âge, naissent de nouvelles croyances contraceptives, par exemple pour ne pas tomber enceinte durant une année, les femmes crachaient trois fois dans la bouche d'une grenouille. L'Eglise commençait également à aborder la méthode de l'abstinence à certaines périodes de la semaine et de l'année (6).

Au cours du XVIIIème siècle la méthode du retrait était plus souvent utilisée par les couples. Après la première guerre mondiale, la France vivant une crise démographique importante, le gouvernement cherche alors à relancer la natalité. De ce fait, la loi du 31 juillet 1920 réprime l'incitation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle (7).

En 1956, la gynécologue Lagroua Weill-Hallé s'inspire des mouvements se battant en faveur du « birth control » existant aux États-Unis et au Royaume-Uni. Elle fonde alors la « Maternité heureuse » qui deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial en 1960 et qui a pour but d'informer sur le contrôle des naissances (8).

La première pilule contraceptive voit le jour en 1956 aux États-Unis sous le nom « Enovid ». Elle a été mise au point par Gregory Pincus (endocrinologue), Katharine McCormick (biologiste) et Margaret Sanger (infirmière). Non autorisée en France, les femmes continuent d'utiliser l'abstinence, la méthode Ogino (abstinence pendant les jours qui précèdent et suivent l'ovulation) le contrôle de leur température et le retrait.

En 1967, la loi Neuwirth est adoptée, elle abroge celle du 31 juillet 1920 et permet la légalisation de la contraception en France (9).

En 1974, la loi du 4 décembre, permet le remboursement des méthodes contraceptives par la sécurité sociale. Cela permet la normalisation et la généralisation de la pilule qui devient accessible à toutes les femmes (10).

En 2013, la contraception est devenue gratuite pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

En 2020, cette mesure s'est étendue aux mineures de moins de 15 ans.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, tous les frais liés à la contraception sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie pour les femmes ayant moins de 26 ans. Cela comprend les pilules hormonales de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération, l'implant, les stérilets et la contraception d'urgence hormonale ainsi que les consultations de contraception chez un médecin ou une sage-femme (11).

2. Rappels des différents moyens de contraception

2.1. description des moyens

Selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) : « *La contraception correspond à l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée et de façon réversible. La contraception doit être adaptée à chaque personne, à chaque moment de sa vie.* » (12).

Il existe plusieurs méthodes contraceptives ; des contraceptions hormonales et des contraceptions dites mécaniques.

2.1.1 Contraceptions hormonales

Elles se répartissent en deux catégories : les contraceptions oestroprogestatives et les progestatives (13).

2.1.2 Contraceptions oestroprogestatives

Comme leur nom l'indique, elles contiennent deux types d'hormones de synthèse similaires à celles que le corps fabrique naturellement : les oestrogènes et la progestérone.

Elles se présentent sous trois formes : la pilule agissant par voie orale, l'anneau vaginal diffusant à travers la muqueuse vaginale et le patch agissant par voie transdermique (14).

Il faut rester vigilant quant à la prescription de ce type de contraception car il a un impact hépatique, métabolique et vasculaire.

Elles sont donc contre-indiquées (liste non exhaustive) chez les femmes ayant des antécédents thromboemboliques veineux ou artériels, chez les patientes présentant une hypertension artérielle non contrôlée, des migraines avec aura, un diabète compliqué, une obésité, une dyslipidémie, un âge supérieur à 35 ans, une consommation de tabac supérieure à 15 cigarettes par jour, un antécédent personnel de tumeurs hormono-dépendantes, hépatiques et d'hépatopathies sévères.

De plus, elles ne doivent pas être utilisées pendant l'allaitement ni durant les six premières semaines de post-partum (13,15).

La contraception oestroprogestative agit à différents niveaux ; elle bloque l'ovulation par rétrocontrôle négatif de l'axe hypothalamo-hypophysaire, ce qui entraîne l'absence du pic de LH (Hormone luteinisante) et de FSH (hormone folliculostimulante).

Elle empêche également la croissance des follicules et le développement des ovocytes.

Elle modifie la muqueuse utérine, la rendant plus fine est donc incompatible à la nidation.

Enfin elle entraîne une modification de la glaire cervicale, la rendant plus épaisse, afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus (12,16).

❖ *Les contraceptifs oraux combinés (COC)*

Il existe de nombreuses pilules oestroprogestatives, elles diffèrent selon leur composition et le dosage des hormones qu'elles contiennent. Elles sont toujours composées du même œstrogène l'Éthinylestradiol (EE) plus ou moins dosé, auquel elles associent un type de progestatif. Celui-ci détermine la génération de la pilule (13).

Les pilules de première génération contiennent de la noréthistérone. Celles de seconde génération sont composées de lénovorgestrel ou de norgestrel. Enfin, celles de troisième génération sont composées de désogestrel, de gestodène ou de norgestrimate.

Il existe une autre génération de COC (parfois appelée « 4^{ème} génération ») contenant de la drospirénone, de la chlormadinone, du diénogest ou du nomégestrol (17).

En pratique, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les COC de première et de deuxième génération doivent être préférés à ceux de troisième et quatrième génération car ces derniers exposent les femmes à un surrisque d'accident thromboembolique veineux (ATEV) (18).

❖ *Les autres contraceptifs oestroprogestatifs*

▪ *L'anneau vaginal (NUVARING®)*

C'est un anneau souple, en plastique poreux et transparent, d'environ 54 mm de diamètre. Il doit être inséré au fond du vagin, les hormones contenues diffusent alors à travers la muqueuse vaginale et passent dans le sang.

Il est en place pour trois semaines, à la fin desquelles il est retiré, les règles apparaissent au cours de la quatrième semaine, puis un nouvel anneau est mis en place le même jour de chaque semaine et à heure fixe.

Il est efficace pour une durée maximum de quatre semaines, au delà, la femme ne sera plus protégée, de même il peut rester en dehors du vagin pour une durée maximum de trois heures.

Il est à noter que contrairement à la pilule, ce moyen de contraception n'est pas remboursé par l'assurance maladie et coûte environ 15 euros/mois. (prix public indicatif) (12,19,20).

▪ *Le patch transdermique (EVRA®)*

Il s'agit d'un patch se collant sur la peau, ressemblant à un pansement qui mesure environ 4,5 cm par 4,5 cm. Il faut appliquer un patch par semaine pendant trois semaines sur le ventre, la face antérieure du bras ou la partie supérieure des cuisses.

Chaque nouveau patch doit être collé le même jour de chaque semaine et sur une partie du corps différente de la précédente. Lors de la quatrième semaine, les règles surviennent, puis un nouveau patch est à nouveau mis en place. En cas d'oubli de le changer, la protection contraceptive persiste 48 heures.

Comme l'anneau vaginal, il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie et une boîte de trois patchs coûte également autour de 15 euros/mois (prix public indicatif) (12,19).

2.1.3 Contraceptions progestatives

Elles ne contiennent qu'une seule hormone ; la progestérone.

Elles se présentent sous différentes formes ; la pilule microprogestative, l'implant sous-cutané, le SIU (Système Intra-Utérin) et les macroprogestatifs injectables.

Elles ont pour effet d'épaissir la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes et de réduire l'épaisseur de la muqueuse utérine ce qui empêche une nidation. En fonction du progestatif utilisé, elles bloquent ou non l'ovulation (12,16).

Elles sont contre-indiquées en cas d'accident thrombo-embolique veineux évolutif, de pathologies hépatiques sévères et de tumeurs hormono-sensibles.

Elles peuvent être utilisées pendant l'allaitement et la période de post-partum (21).

❖ Contraception microprogestative orale

Il en existe deux types ; à base de lénovorgestrel (Microval®) ou désogestrel (Cérazette® et ses génériques). Elles nécessitent d'être prises tous les jours à heure fixe, sans interruption entre les plaquettes. En cas d'oubli de prise, la femme reste protégée jusqu'à 12 heures pour Cérazette® et ses génériques et 3 heures pour Microval® (13,19).

❖ *L'implant sous-cutané (Nexplanon®)*

Il s'agit d'un petit bâtonnet souple en plastique mesurant environ 4 cm de long et 2 mm de diamètre qui est placé en sous-cutané, au niveau de la face interne du bras (de préférence non dominant). Il diffuse un progestatif l'étonorgestrel dans le corps qui bloque l'ovulation et est efficace pendant 3 ans, et conseillé 2 ans chez les femmes ayant un IMC supérieur à 30 (12,14).

❖ *Les injections de macroprogestatifs*

Il s'agit d'une injection intramusculaire d'acétate de médroxyprogestérone (Depo-Provera®) réalisée tous les trois mois.

En pratique, leur utilisation est limitée car elles sont contre-indiquées chez les femmes présentant une hypertension artérielle, du diabète ou une obésité.

De plus, les progestatifs injectables diminuent le taux normal des oestrogènes et entraînent ainsi une diminution de la densité osseuse. Ils sont donc également contre-indiqués chez les adolescentes ou adultes jeunes et les femmes présentant un facteur de risque d'ostéoporose (19,22).

Les macroprogestatifs par voie orale ne possèdent pas l'autorisation de mise sur le marché pour la contraception (14).

❖ *Le stérilet hormonal*

Il est également appelé système intra-utérin (SIU), ou dispositif intra-utérin (DIU). C'est un dispositif en plastique souple, en forme de « T », mesurant environ 3,5 cm de long. Il est placé dans le corps de l'utérus, après la pose, un petit fil reste visible au niveau du col de l'utérus, celui-ci permettra de retirer le stérilet.

Il contient du lénovorgestrel libéré quotidiennement pendant cinq ans. Il existe des tailles adaptées aux multipares et d'autres aux nullipares (12).

2.1.4 Le stérilet au cuivre

Il est également appelé dispositif intra-utérin (DIU), il ne contient pas d'hormones et agit de façon mécanique en provoquant une inactivation des spermatozoïdes par le cuivre ainsi qu'une inflammation locale utérine empêchant un œuf de s'y implanter. Il est également en forme de « T » et se présente dans différentes tailles selon la parité des femmes. Il est efficace cinq ou dix ans selon les modèles (19).

2.1.5 Les méthodes barrières

Elles comprennent le préservatif masculin, le préservatif féminin, la cape cervicale, le diaphragme et les spermicides.

Elles agissent de façon mécanique en empêchant les spermatozoïdes de passer dans le col de l'utérus ou en les rendant inactifs pour les spermicides.

Les préservatifs masculins et féminins sont les seuls moyens de contraception efficaces contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). (12)

2.1.6 Méthodes définitives : la stérilisation à visée contraceptive

Il existe également des méthodes de stérilisation à visée contraceptive. Il s'agit d'actes chirurgicaux pouvant être pratiqués chez l'homme ou la femme.

La vasectomie est possible chez l'homme, elle consiste à couper ou obturer les canaux déférents empêchant le passage des spermatozoïdes produits par les testicules vers la verge.

Chez la femme, plusieurs techniques sont disponibles ; la ligature des trompes, l'électrocoagulation ou la pose d'anneaux ou de clips. Elles aboutissent à une occlusion immédiate des trompes, qui empêche la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule.

Ces interventions doivent être considérées comme irréversibles. Lorsqu'une personne souhaite recourir à une stérilisation à visée contraceptive, certaines démarches doivent être respectées.

En effet, elle doit réaliser sa demande lors d'une première consultation médicale, respecter un délai de réflexion de quatre mois puis confirmer son souhait lors d'une seconde consultation (23).

2.2. Efficacité des moyens de contraception

Aucune méthode contraceptive n'est efficace à 100%. On mesure l'efficacité théorique d'un moyen de contraception grâce à l'indice de Pearl qui correspond au pourcentage de grossesses sur un an d'utilisation optimale de la méthode.

On compare l'efficacité théorique à l'efficacité pratique, c'est à dire telle que la méthode est utilisée couramment (en prenant en compte une mauvaise observance ou utilisation).

Selon l'OMS, l'implant est la méthode la plus efficace, on retrouve ensuite le stérilet hormonal, les pilules oestroprogestatives et progestatives et le DIU au cuivre.

Voir le tableau de l'efficacité des méthodes contraceptives en annexe IV

2.3. Prévalence d'utilisation

L'étude la plus récente concernant la prévalence d'utilisation des moyens de contraception par les femmes Françaises date de 2016. Rahib et al. avaient réalisé l'enquête « baromètre santé » dans le but d'évaluer la pratique contraceptive des femmes âgées de 15 à 49 ans à distance du débat médiatique de 2012 sur la pilule.

Cette enquête dévoilait que 71,8% des femmes utilisaient une méthode de contraception médicalisée (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint). Le recours aux préservatifs, aux méthodes locales ou naturelles concernait 20,1% des femmes interrogées. 8% des femmes déclaraient ne pas utiliser de méthode contraceptive.

On observe que le choix des méthodes varie en fonction des tranches d'âges ; la pilule est la méthode la plus utilisée (33,2%), notamment chez les femmes âgées de 15 à 29 ans. À partir de l'âge de 35 ans, le DIU devient le premier contraceptif utilisé (34,6%).

Le préservatif est le troisième moyen choisi avec une utilisation importante chez les 15-19 ans (29,6% seul et 16% utilisé en même temps que la pilule). L'implant est mis en place chez seulement 4,3% des femmes tous âges confondus. Le patch et l'anneau représentent 1% des contraceptifs utilisés.

La contraception définitive concerne principalement les femmes âgées de 40 ans et plus et les autres méthodes (barrières ou naturelles) représentent 4,6% d'utilisation (24).

Voir le graphique « Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge » en annexe V.

II. Généralités sur l'IVG

1. Définition

Selon le CNGOF: « *L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale. Les grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de rapports sexuels sans utilisation de moyens pour éviter une grossesse ou suite à un échec de contraception alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes* » (25).

Il est à noter que depuis la loi du 2 mars 2022, l'IVG est autorisée jusqu'à 16 SA (4).

2. Histoire de l'IVG en France

2.1. Rappels historiques

L'avortement est une pratique qui a toujours existé, à l'Antiquité, les sauts, les mouvements brusques, la saignée ainsi que des ovules vaginaux et des potions étaient utilisés. Au Moyen-âge se développait l'utilisation de graine de fougère, de gingembre ou de bains de camomille. L'avortement était condamné de façon très sévère notamment par l'Eglise, la sanction était alors différente en fonction du terme de la grossesse et du contexte (26,27).

En France, l'édit d'Henri II de 1556 condamne à mort les femmes qui avortent et les avorteurs. À partir du XVIIIème siècle, une distinction se fait entre l'avortement et l'infanticide, la femme qui avorte et l'avorteur sont tous deux passibles de prison.

Au XXème siècle, la loi du 31 juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement.

La loi du 27 mars 1923 considère l'avortement comme un délit.

La loi du 15 février 1942 définit l'avortement comme un crime contre la sûreté de l'état, passible de la peine de mort. En 1943, pendant la guerre une avorteuse (appelée « faiseuse d'ange ») Marie-Louise Giraud fut guillotinée (26).

Après les années 1950, les mentalités évoluent notamment concernant l'interruption de grossesse. Le mouvement pour le planning familial français voit le jour et de nombreuses femmes revendiquent la liberté et la gratuité de la contraception et de l'avortement.

Le 5 avril 1971 paraît dans le Nouvel Observateur « le manifeste des 343 ». Il s'agit d'une pétition signée par 343 femmes ayant vécu un avortement, risquant de ce fait, un emprisonnement. En 1973, 331 médecins signent à leur tour un manifeste qui affirme leur volonté de dépénaliser cet acte (28).

Le 17 janvier 1975, la loi Veil est votée. Elle autorise le recours à l'interruption volontaire de grossesse sous certaines conditions « *La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse* ». Le délai légal est fixé à 12 SA (27).

En 1982, l'avortement est pris en charge par l'assurance maladie (à hauteur de 70%). En 1993, la loi Véronique Neiertz punit le délit d'entrave à l'IVG. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 rend l'entretien psychosociale préalable à l'IVG non obligatoire pour les femmes majeures et supprime l'obligation de l'autorisation parentale pour les femmes mineures. De plus, elle augmente le délai légal en passant de 12 SA à 14 SA. L'IVG avant 7 SA est autorisé en ville (27, 29).

En 2013, l'interruption volontaire de grossesse est prise en charge à 100%. En 2014, la notion de détresse de la femme enceinte vis-à-vis de sa grossesse comme condition préalable à l'avortement qui était inscrite dans la loi Veil est supprimée et remplacée par l'expression « *qui ne veut pas poursuivre une grossesse* » (22).

La loi santé de 2016 permet aux sages-femmes de pratiquer les IVG médicamenteuses. Elle supprime également le délai de réflexion de sept jours entre la première consultation et la confirmation écrite (22).

En 2017, la loi du 20 mars étend le délit d'entrave à internet et aux réseaux sociaux.

Lors de la situation sanitaire exceptionnelle liée à la Covid-19, l'IVG médicamenteuse à domicile a été autorisée jusqu'à 9 SA. Le décret du 19 février 2022 pérennise cette mesure (30).

La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, allonge de deux semaines le délai légal de l'IVG, l'autorisant alors jusqu'à 16 SA. Le texte prévoit également d'étendre la pratique des IVG chirurgicales aux sages-femmes dans les hôpitaux. Cela consiste dans un premier temps, en une expérimentation d'une durée de trois ans pour les sages-femmes se portant volontaires (4).

2.2. Contexte actuel

En France, on comptait 232 000 interruptions volontaires de grossesses en 2019 (1).

En 2020, on enregistrait 222 000 avortements, ce qui représente une diminution d'environ 4% par rapport à l'année précédente. On observe une augmentation du nombre d'IVG médicamenteuses représentant 72% du total des IVG.

Le contexte de la Covid-19 est à prendre en compte. En effet, durant la pandémie, les mesures mises en place pour limiter sa propagation ont impacté les conceptions, de ce fait, on note une diminution des naissances, 9 mois après le début du premier confinement ainsi qu'une baisse du nombre d'avortement (31).

Une femme sur trois aura recours au moins une fois dans sa vie à l'avortement. Selon la DREES, l'indice conjoncturel d'avortement c'est à dire le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie s'élevait à 0,58 IVG par femme en 2019 (32).

La tranche d'âge la plus concernée et celle des 20-29 ans même si ce choix concerne toutes les femmes en âge de procréer. Il est également remarqué que les femmes ayant des revenus assez faibles sont plus nombreuses à recourir à l'IVG (1).

Concernant, la part des IVG répétées, elle augmente régulièrement. Parmi les femmes faisant le choix de l'avortement au cours de leur vie (33%), 10% d'entre elles y auront recours deux fois et 4% trois fois ou plus (3).

3. Situation actuelle à l'étranger

Bien qu'il le soit en France, l'avortement n'est pas autorisé dans tous les pays du monde. L'IVG est légale dans la majorité des pays d'Europe, aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Afrique du sud. Dans certains États, elle est autorisée seulement pour préserver la santé des femmes comme au Maroc, en Algérie, en Argentine ou au Pérou. Et dans d'autres régions du monde, elle est totalement interdite ou autorisée uniquement pour sauver la vie de la mère comme au Mali, au Soudan, au Mexique, en Afghanistan, en Indonésie ou au Brésil (33).

Voir la carte « le statut de l'avortement dans le monde en 2019 » en annexe III.

4. Prise en charge de l'IVG

Il existe deux méthodes d'interruption volontaire de grossesse, le choix dépend du terme de la grossesse, des antécédents médicaux de la femme (notamment si elle est à risque d'hémorragie) et de ses souhaits.

L'IVG médicamenteuse est autorisée jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA). Elle peut être réalisée à domicile (initialement autorisée jusqu'à 7 SA, mais depuis la crise sanitaire de la Covid-19, elle est acceptée jusqu'au terme de 9 SA) ou en établissement de santé en ambulatoire. (34)

À partir de 9 SA, l'IVG doit être pratiquée de façon chirurgicale et est autorisée jusqu'à 16 SA (35).

Les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes peuvent pratiquer l'IVG. Il est à noter que tous ne le font pas.

En effet il existe une clause de conscience inscrite dans la loi du 26 février 2010 qui stipule « *Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention* ».

De même « *Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse* » (36).

Lorsqu'une femme souhaite avorter, elle peut se rendre, à l'hôpital, dans une clinique, en cabinet médical (chez un gynécologue, médecin généraliste ou une sage-femme réalisant les IVG médicamenteuses et ayant conclu une convention avec un établissement de santé public ou privé) ou encore dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) (34).

Le fait d'avorter est protégé par le secret médical, si la femme le demande, son anonymat est préservé (37).

L'intégralité des frais liés à l'IVG quelque soit la méthode choisie est prise en charge par l'assurance maladie (37).

5. Étapes de l'IVG

Quelque soit la méthode utilisée, la prise en charge de l'avortement commence par une première consultation au cours de laquelle la femme exprime sa demande. Le professionnel de santé l'écoute et échange avec la patiente, lui délivre des informations précises et claires concernant les méthodes, les délais, les effets attendus et indésirables. Le professionnel remet un certificat de consultation à la femme. S'il réalise les échographies, il en effectue une afin de dater et de localiser la grossesse, pour que la femme puisse choisir une méthode compatible avec le terme (34).

Le cas échéant, il orientera la patiente vers un professionnel réalisant des échographies de datation. Un entretien psycho-social est proposé à toutes les patientes, il est obligatoire pour les mineures.

C'est un moment d'écoute, les conseils donnés sont adaptés à chaque femme et à sa situation. Il permet d'être accompagnée durant cette période pouvant être difficile (37).

Dans un second temps, a lieu une deuxième consultation. À ce moment là, la femme réitère sa demande d'avortement et donne son consentement écrit. Elle confirme le choix de la méthode utilisée et du lieu de sa réalisation.

C'est également le moment de discuter et de prescrire la contraception qu'elle utilisera après l'avortement (29).

5.1. Déroulement de la méthode médicamenteuse

Elle a lieu en deux étapes, la première est la prise de Mifépristone (MyféGINE®) délivré par un médecin ou une sage-femme ; il a pour but le décollement de l'œuf afin d'interrompre la grossesse. Ensuite, 36 à 48 heures plus tard, la femme prend un second médicament : le Misoprostol (Gymiso®) (deux prises à deux heures d'intervalles) qui provoque des contractions afin d'expulser la grossesse.

La prise de Mifépristone est réalisée devant un professionnel de santé lors de la seconde consultation. La plupart du temps, elle ne provoque pas d'effets, parfois des saignements (37).

Dans le cas d'une IVG à domicile, la femme prend les comprimés de Misoprostol chez elle (ils lui ont été délivrés lors de la seconde consultation). Il lui est recommandé de ne pas rester seule ce jour-là et de prendre les antalgiques prescrits, en amont du Misoprostol. En effet, ce médicament provoque des saignements en quantité importante ainsi que des douleurs dues aux contractions utérines qui permettent d'évacuer la grossesse interrompue. L'expulsion se fait dans 60 % des cas dans les quatre heures suivantes et dans 40 %, elle aura lieu dans les 24 à 72 heures suivantes (34,37).

Lors d'une IVG en établissement de santé, la femme est admise pour la journée, les comprimés de Misoprostol lui sont donnés, elle est accompagnée et son état de santé est surveillé. Elle peut rentrer chez elle en fin de journée, il lui est conseillé de ne pas rester seule la nuit suivante.

Les saignements durent environ une quinzaine de jours, parfois plus, leur durée et leur quantité sont variables selon les femmes (37).

L'IVG médicamenteuse peut également être réalisée dans le cadre d'une téléconsultation avec un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme. Dans ce cas, les médicaments nécessaires à sa réalisation sont prescrits par le professionnel de santé. Celui-ci transmet l'ordonnance de façon sécurisée et confidentielle à la pharmacie d'officine choisie par la femme. Le pharmacien pourra alors délivrer les médicaments à la patiente (4).

La méthode médicamenteuse a un taux de réussite de 95 % (34,37).

5.2. Déroulement de la méthode chirurgicale

Elle peut être réalisée uniquement par un médecin (une expérimentation pour la pratique de l'IVG chirurgicale par les sages-femmes est en cours). Selon les centres et le choix de la patiente, elle aura lieu sous anesthésie locale ou générale.

L'IVG chirurgicale consiste à aspirer le contenu de l'utérus après une dilatation du col.

Après 12 SA, la patiente prend un comprimé de Mifépristone deux jours précédant l'intervention et un comprimé de Misoprostol le jour même.

L'IVG instrumentale dure une dizaine de minutes environ, la patiente reste ensuite quelques heures pour surveillance. Elle peut choisir de se faire poser un stérilet (hormonal ou au cuivre) ou un implant au décours de l'intervention chirurgicale sous anesthésie (37).

Le taux de réussite de la méthode instrumentale est de 99,7% (37).

5.3. Consultation post-IVG

Après l'avortement, qu'il soit médicamenteux ou instrumental, une visite de contrôle est nécessaire et obligatoire 14 à 21 jours après. Elle permet de vérifier l'interruption de la grossesse, de s'assurer de l'absence de complications et d'aborder à nouveau la contraception (37).

Lorsqu'il s'agit d'une IVG instrumentale, cette consultation doit être réalisée par un médecin. Dans le cas d'une IVG médicamenteuse, elle peut être réalisée par une sage-femme ou un médecin (29).

6. Aspects psychologiques de l'IVG

Avoir recours à l'avortement met en jeu plusieurs facteurs psychologiques.

L'état de grossesse mobilise chez la femme une dimension affective et psychologique liée au fait d'être enceinte. Inconsciemment, son esprit se prépare à accueillir un enfant à naître.

Chez certaines femmes, lorsqu'elles font la demande d'interrompre leur grossesse, des mécanismes de défense apparaissent et s'opposent à leur premier ressenti d'instinct maternel. Cela s'exprime de différentes manières, certaines évitent leurs pensées et réflexions concernant la grossesse et d'autres, chez qui la défense est plus importante ne ressentent ni ne pensent plus rien (38).

Quelques années après l'IVG, les femmes peuvent se retrouver dans une situation de deuil qui est très difficile à faire car elles n'ont pas connu l'enfant. Cela peut générer des contraintes psychiques pour la conception d'une nouvelle grossesse.

Il peut arriver que les femmes qui auront des enfants par la suite rencontrent des difficultés dans leur relation avec eux (29).

À propos des conséquences psychologiques de l'avortement, les résultats des différentes études réalisées sont discordants. L'IVG n'augmenterait pas les troubles psychologiques mais ils auraient lieu plus fréquemment dans certaines situations.

Par exemple ; si la femme présentait ces troubles auparavant, dans le cas d'une grossesse désirée mais qui ne peut pas être poursuivie pour des raisons socio-économiques, si la femme est en situation d'isolement affectif, si l'IVG est réalisée sous la contrainte ou encore si la décision n'est pas partagée par le partenaire (39).

III. Contraception Post-IVG

1. Informations et choix de la contraception dans le parcours de l'IVG

La mise en place d'une contraception après une IVG est primordiale car la reprise de la fertilité est immédiate. Lors de la consultation pré-IVG, le professionnel de santé doit délivrer des informations à propos des différentes méthodes contraceptives. Un échange avec la patiente doit avoir lieu afin de connaître son parcours contraceptif pour lui proposer un moyen de contraception approprié. Le professionnel doit également informer sur la contraception d'urgence et sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (27).

La consultation post-IVG est le moment de s'assurer si la méthode choisie convient à la femme et si elle est adaptée à son mode de vie (40).

2. Recommandations des méthodes utilisables

Une contraception efficace doit être mise en place dès la réalisation de l'avortement. L'utilisation de toutes les méthodes est possible après une IVG, à l'exception du dispositif intra-utérin si l'avortement a comporté un épisode d'infection (37).

Par ailleurs, on conseille d'éviter l'utilisation d'un moyen qui nécessite une manipulation vaginale (tel que l'anneau vaginal, le diaphragme etc..) durant le premier cycle suivant l'IVG (37).

Une contraception hormonale oestroprogestative ou progestative peut être débutée, le jour de l'intervention ou le lendemain en cas d'IVG instrumentale. Et le jour de la prise de Misoprostol (second médicament) ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse (40).

Concernant les DIU, si la patiente le souhaite, un stérilet (au cuivre ou hormonal) pourra être posé au bloc opératoire immédiatement après l'IVG chirurgicale (en excluant un épisode infectieux). Et lors de la visite de contrôle post-IVG dans le cas d'un avortement médicamenteux, après avoir vérifié la vacuité utérine grâce à une échographie ou si le dosage sanguin des bêta-HCG est négatif. Il est important de veiller à la mise en place d'un contraceptif entre l'avortement et la pose de stérilet (40).

Les méthodes dites naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique ou d'auto-observation) ne sont pas conseillées en période post-abortum, du fait de leur taux d'échec élevé.

Les méthodes d'auto-observation nécessitent de connaître précisément ses périodes de fertilité, hors après un avortement il faut parfois un certain temps pour que les cycles se régularisent à nouveau (36).

La mise en place d'une contraception définitive (telle que la ligature des trompes ou l'électrocoagulation) est possible après une IVG (En respectant le délai de réflexion de quatre mois avant la réalisation de la stérilisation) (36).

B- Méthode

I. Population

La population était constituée de femmes âgées de 22 à 30 ans, ayant vécu une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans les trois mois à un an précédant l'entretien.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être primigeste et donc avoir vécu un seul avortement, avoir été sous contraception avant l'IVG et ne pas avoir de désir de grossesse au moment du recrutement.

Le critère d'exclusion était d'être une femme mineure.

II. Méthodes

1. Type d'étude

Une étude qualitative de type descriptive et interprétative a été réalisée.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patientes à propos de leur contraception actuelle, trois mois post-IVG minimum, en regard de leur contraception antérieure.

L'objectif secondaire était de connaître leur opinion concernant le suivi de leur contraception.

3. Mode de recueil des données

Des entretiens semi-dirigés d'une durée de 30 à 45 minutes ont été réalisés. Ils se sont déroulés par appels téléphoniques du fait de la localisation géographique et de la situation sanitaire. Tous les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et sauvegardés dans un dossier informatique sécurisé.

4. Déroulement de l'étude

L'étude a commencé par un recrutement sur les réseaux sociaux le trois septembre 2021. Une publication a été postée sur différents groupes de discussions portant sur l'avortement. Cette dernière expliquait l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion et proposait de la rejoindre sur la base du volontariat. Une nouvelle publication de relance a été postée sur ces mêmes groupes le dix novembre 2021. Les patientes souhaitant participer à l'étude établissaient un premier contact par mail, puis une lettre d'informations leur était transmise, des réponses à leurs éventuelles questions étaient données et leur consentement était recueilli. Lors d'un second contact, une date pour l'entretien était convenue si elles étaient toujours consentantes.

L'étude a été réalisée entre septembre 2021 et janvier 2022.

Une grille d'entretien de 20 questions a été élaborée, elle a été testée et modifiée avant d'être utilisée pour l'étude (*voir annexe I*).

5. Mode d'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité grâce à un logiciel de traitement de texte. L'analyse des données s'est faite via une analyse thématique du contenu.

6. Aspects éthiques et réglementaires

6.1. Avis de comités consultatifs

Une déclaration a été réalisée auprès du Délégué de la Protection des Données du CHU de Clermont-Ferrand qui a été validée le 24 juin 2021.

Un numéro d'enregistrement a été attribué : ES210607

6.2. Information et consentement

Une lettre d'information a été transmise aux patientes en amont de l'entretien (*voir annexe II*). Elle expliquait notamment le but de l'étude et assurait l'anonymat et la sécurisation des données. Le consentement a été recueilli de manière écrite lors de l'échange par courriel puis, à nouveau à l'oral avant chaque début d'entretien.

6.3. Anonymat

Les données ont été recueillies de manière anonyme et aucune information permettant d'identifier les patientes n'a été retranscrite. Les enregistrements ont été archivés dans un fichier sécurisé permettant de conserver le secret professionnel.

C-Résultats

I. Données générales

L'échantillon était composé de dix femmes âgées de 22 à 30 ans pour une moyenne d'âge de 26,1 ans. Concernant la prescription et le suivi de contraception après leur IVG, ils ont été réalisés dans différentes régions de France.

Quatre des patientes interrogées ont consulté un gynécologue, trois ont consulté une sage-femme, une femme a eu un suivi conjoint avec un gynécologue et une sage-femme et deux patientes avec un gynécologue et un médecin généraliste.

Les différents sujets abordés au cours des entretiens sont traités ci-dessous, les extraits des verbatims sont cités entre guillemets et en italique.

II. Analyse du contenu des entretiens

1. Délivrance d'informations

1.1. Sur les différents moyens de contraception

Concernant la délivrance d'informations sur les différentes méthodes contraceptives trois femmes sont entièrement satisfaites.

La patiente 1 a reçu des explications complètes « *j'ai été super bien renseignée sur tout ça* » elle a bénéficié de conseils « *On a aussi parlé d'une double protection quand il n'y a rien qui marche* » et a apprécié que le gynécologue inclut son conjoint dans la discussion « *j'ai trouvé ça très bien parce qu'on en a aussi parlé directement à mon copain, les slips chauffants par exemple* ».

La patiente 3 a apprécié la clarté des informations « *c'était hyper clair, franchement elle m'a trop bien expliqué* ».

Quatre patientes regrettent le manque d'informations données sur la contraception « *je pense que j'aurais aimé qu'on prenne le temps, qu'on me parle de la contraception* » (patiente 2), « *ce que je regrette un peu c'est le manque d'explications* » (patiente 5).

«Non elle ne m'a rien expliqué et c'est vraiment dommage » (patiente 4), « au final je n'ai pas eu tant d'informations que ça. » (patiente 10)

À deux reprises, les informations ont été concentrées sur le DIU au cuivre. La patiente 6 souhaitait utiliser cette méthode *« comme je voulais vraiment le stérilet au cuivre, il ne m'a pas expliqué les autres méthodes, il a répondu à mes questions pour le stérilet »*.

La patiente 7 avait essayé d'autres moyens contraceptifs auparavant qui ne lui convenaient pas *« on m'a principalement parlé du stérilet » « comme j'avais fais des rejets sur d'autres pilules et aussi l'implant »*.

Par ailleurs, deux patientes ont souligné un discours des professionnels orienté sur un moyen de contraception en particulier sans que ce soit leur choix.

La patiente 8 a reçu des informations essentiellement sur le stérilet hormonal *« c'était un grand débat sur "c'est mieux les hormones" »*. Elle désirait un DIU au cuivre *« je leur ai toutes dit que je ne voulais pas d'hormones »* et les professionnels lui ont répondu *« oui mais c'est mieux les stérilets hormonaux »* elle a trouvé que leur discours manquait de neutralité *« complètement prise de partie et pas trop d'écoute » « c'est problématique quand même »*.

La patiente 4 a été orientée vers la pilule *« elle a appuyé le fait que la pilule c'était bien, que là, l'utérus allait être un peu chamboulé et tout, du coup la pilule c'était bien pour le remettre "d'aplomb" on va dire », « donc elle ne m'a pas laissé le choix »*

Par ailleurs, deux femmes ont évoqué le fait que le professionnel ne voulait pas leur poser de stérilité du fait de leur âge. La patiente 5 (27 ans) explique que le gynécologue considère qu'elle est trop jeune *« on a juste évoqué le stérilet et l'implant mais le stérilet je suis trop jeune donc on a tout de suite choisi l'implant »*.

La patiente 4 (24 ans) souhaitait le DIU mais n'a pas pu en bénéficier *« j'aurais aimé avoir le stérilet directement mais elle ne voulait pas parce que j'étais trop jeune »*.

1.2. Sur la reprise de la fertilité

Concernant les explications portant sur la reprise de la fertilité après un avortement, moins de la moitié des femmes interrogées (quatre sur dix) étaient satisfaites. « *On m'a notamment dit que je pouvais retomber enceinte très rapidement après l'IVG* » (patiente 1), « *elle m'avait bien prévenue* » (patiente 3), « *Oui j'ai eu 2-3 feuilles, des explications sur la suite, quand est-ce que j'allais avoir mes règles etc..* » (patiente 6).

Trois autres patientes n'ont reçu aucune information à ce sujet.

La patiente 2 est catégorique « non on ne m'a rien expliqué », la patiente 5 aurait apprécié davantage d'explications « *non pas du tout, j'aurais aimé qu'on m'explique un peu plus en détail* », la patiente 9 n'a pas été éclairée non plus à ce sujet « *alors pas du tout* », « *c'est vrai qu'à ce niveau là ça reste très flou* ».

Elles ajoutent qu'elles ne savaient pas notamment quand allaient recommencer leurs cycles. « *Je ne savais pas quand j'allais avoir mes règles après, il y a pleins de choses comme ça que je ne savais pas* » (patiente 2), « *ça aurait été intéressant à ce moment là, de savoir ce qui allait se passer après* » (patiente 5), « *par exemple pour les règles j'ai dû aller voir sur internet, si c'était normal qu'elles arrivaient pas vite* » (patiente 9).

Deux femmes considèrent qu'elles ont manqué d'explications.

La patiente 8 affirme que les professionnels ont évoqué la période après l'IVG mais qu'elle n'a rien su concernant la reprise de la fertilité. « *Je ne crois pas qu'ils m'aient parlé de la fertilité. Je ne savais pas qu'on était fertile après, ils m'ont dit de faire attention mais ils n'ont pas insisté dessus* ». La patiente 10 « *elle m'a dit que voilà, on ne savait pas trop quand est-ce que je serais à nouveau fertile, que ça dépendait des femmes, que ça pouvait être 3 semaines ou après donc voilà mais c'est la seule explication que j'ai eu. Je n'ai vraiment pas eu beaucoup d'informations* ».

Concernant la patiente 4, ses souvenirs sont vagues à ce sujet mais explique qu'on ne lui a rien dit oralement « *euh non, après on m'avait donné pleins de papiers que je n'ai pas forcément lu, donc peut être que c'était écrit, je ne sais pas. Mais en tous cas on ne m'a rien dit à l'oral* ».

2. Satisfaction concernant la contraception

2.1. Méthodes utilisées

Après l'avortement, la majorité des patientes (sept sur dix) a décidé de changer de moyen de contraception par rapport à celui qu'elles utilisaient avant.

Cinq d'entre elles ont choisi le DIU au cuivre, parmi celles-ci, les patientes 3, 4 et 6 utilisaient le préservatif auparavant. Les patientes 1 et 7 prenaient la pilule.

Deux femmes ont choisi l'implant. La patiente 2 utilisait les patchs avant l'IVG et la patiente 5 était sous pilule.

Concernant les femmes qui ont choisi d'utiliser à nouveau le même moyen de contraception qu'avant l'avortement, deux d'entre elles avaient un DIU au cuivre.

La patiente 8 avait décidé d'enlever son stérilet car il lui provoquait des douleurs et qu'elle n'en avait pas d'utilité contraceptive *« comme je n'avais pas de rapports, ça ne servait à rien de souffrir pour rien »*, elle est tombée enceinte peu de temps après et confie son regret concernant le stérilet *« ben du coup j'aurais pas dû l'enlever mais j'en avais marre d'avoir mal »* et a décidé par la suite de se faire poser un autre DIU *« je ne voulais pas prendre la pilule, ni avoir d'hormones »*, *« je me dis qu'après l'avortement, c'est pas très grave »*.

La patiente 9 est tombée enceinte sous stérilet et après réflexion a préféré en faire poser un à nouveau *« en fait j'hésitais parce que j'étais tombée enceinte sous stérilet après 2 ans, donc j'en ai parlé avec ma gynécologue qui m'a dit que c'était extrêmement rare déjà de tomber enceinte sous stérilet donc ce serait encore plus rare que ça arrive une deuxième fois »*.

La patiente 10 utilisait la méthode mécanique des préservatifs et calculait ses périodes d'ovulation *« je suis très réglée, quand j'étais dans ma période d'ovulation, j'utilisais des préservatifs et en dehors de cette période je n'en mettais pas forcément. Ça a marché pendant 3 ans, et là c'est arrivé pile pendant que j'ovulais je sais qu'on a fait une bêtise »*. Elle hésitait à choisir un DIU mais après avoir vécu une interruption volontaire de grossesse, elle préférait attendre *« là après un avortement, j'ai pas du tout envie qu'on me mette quelque chose. Je sens que ça ne va pas être possible pour moi je vais me sentir violenter »*.

Elle a donc choisi le préservatif en l'utilisant à chaque rapport et non plus seulement en période d'ovulation « *là pour le coup je le mets systématiquement, j'ai pas envie de prendre le risque* ».

À deux reprises a été révélé un changement de contraception après le premier instauré pendant la période qui a suivi l'avortement.

La patiente 3 qui avait choisi le DIU au cuivre, ne le supportait pas, elle a décidé de le retirer après 9 mois d'essai « *je saignais tout le temps en fait* », « *je ne l'ai pas supporté* » et a choisi de revenir aux préservatifs.

La patiente 7 a présenté une grossesse extra-utérine après la pose de son DIU qui lui a ensuite été retiré, au moment de l'entretien, elle n'avait pas repris d'autre méthode contraceptive car elle attendait sa prochaine consultation « *j'attends mon rdv post-chirurgical pour savoir quel moyen de contraception je peux prendre* ».

2.2. Satisfaction de la méthode contraceptive choisie

Concernant leur choix, la majorité des femmes (six sur 10) étaient satisfaites du moyen de contraception qu'elles utilisaient après l'interruption volontaire de grossesse. La patiente 5 « *oui aucun soucis, je suis tranquille* », la patiente 10 « *oui je suis contente c'était un choix personnel* ».

Parmi elles, trois femmes soulignaient des effets secondaires, auxquels elles se sont habituées. La patiente 1, pour qui son DIU au cuivre était gênant dans les premiers temps « *c'est assez perturbant au début je sentais une gêne* » lui convenait à présent « *maintenant je peux dormir sur le ventre je ne ressens plus rien* ».

La patiente 2 ressentait des désagréments quelques temps après la pose de son implant et semblait à présent satisfaite « *Oui, ça va, j'avais des saignements un peu tout le temps au début, mais là ça va mieux* ».

Deux patientes étaient mitigées et souhaitaient attendre quelques mois supplémentaires afin d'avoir un recul suffisant. Elles étaient sous DIU au cuivre. La patiente 6 attendait de voir l'évolution « *pour l'instant ça va, je vais voir, mais la sage-femme m'a dit qu'il fallait attendre encore quelques cycles* ».

La patiente 8 était embêtée par des spottings *« j'ai tout le temps des saignements, c'est un peu pénible, après je sais qu'il faut encore que j'attende un peu, ça fait 3 mois que je l'ai donc on va voir »*.

Pour les patientes qui utilisaient un nouveau moyen de contraception cinq femmes sur sept étaient satisfaites de ce changement. La patiente 1 est soulagée *« je suis plus rassurée »*, la patiente 2 se dit être désormais *« tranquille »*.

Toutes, ont choisi une méthode contraceptive de longue durée réversible (LARC) et appuyaient l'avantage qu'une fois en place, elles n'avaient plus à y penser. *« Je suis contente parce qu'au final, je n'y pense pas »* (patiente 4).

La patiente 5 compare la pilule et l'implant qui lui convient mieux *« avec du recul je sais que la pilule est le pire moyen de contraception pour moi. Par rapport au fait qu'il faut y penser de façon régulière, et prendre des rdv réguliers avec le médecin et j'oubliais souvent »*, *« donc là l'implant c'est beaucoup mieux »*.

La patiente 7 s'est fait poser un DIU au cuivre au bloc opératoire juste après l'IVG chirurgicale et a eu des complications. *« Ce qui s'est passé c'est qu'après mon IVG j'ai perdu énormément de caillots de sang et sans que je m'en rende compte mon stérilet s'est déplacé et du coup à cause de ça je suis retombée une nouvelle fois enceinte avec mon stérilet »*, *« ça m'a fait une grossesse extra-utérine »*. Elle aurait préféré avoir le stérilet dans un second temps après l'opération *« j'aurai préféré qu'au pire d'abord je puisse tout évacuer et qu'ensuite on me propose un autre rdv où on me met le stérilet »*.

Cependant, une femme n'était pas satisfaite, la patiente 3 avait essayé le DIU au cuivre pendant 9 mois et ne l'a pas supporté à cause de saignements trop importants.

2.3. Confiance

La majorité des femmes interrogées (sept sur dix) déclarent avoir confiance en leur moyen de contraception sans craindre une nouvelle grossesse non prévue.

La patiente 4 est sereine elle ne « *se pose pas la question* » la patiente 2 affirme être « *complètement en confiance* » et la patiente 8 n'a pas de craintes malgré ce qu'elle peut entendre « *j'entends souvent "oui je suis tombée enceinte avec un stérilet" après ça ne me fait pas plus peur qu'autre chose* ».

La patiente 7 se sentait rassurée avec le DIU au cuivre qu'elle a dû ensuite faire enlever suite à une grossesse extra-utérine.

Deux patientes sont partagées. La patiente 1 a besoin de temps pour être pleinement rassurée « *En confiance, non, pas encore, c'est un peu trop tôt, et le docteur m'a bien dit qu'il y avait des femmes qui tombaient enceintes sous stérilet. Donc il me faut encore un peu de temps* ».

La patiente 6 s'inquiète de la place du stérilet dans son corps, inquiétude qu'elle exprimait déjà avec l'implant contraceptif « *je ne sais pas, peur qu'il bouge, qu'il y ait un mauvais positionnement, un peu les mêmes peurs que j'avais dans le bras* ».

La patiente 5 est confiante concernant l'efficacité contraceptive de l'implant mais appréhende qu'il se positionne anormalement « *juste l'appréhension qu'il se coince dans le muscle ou que ce soit une grosse opération pour l'enlever mais non pour la grossesse rien de particulier* ».

2.4. Difficulté de trouver un moyen de contraception adapté

À plusieurs reprises, la difficulté de trouver une méthode contraceptive adaptée est ressortie. Trois femmes racontaient qu'elles avaient essayé différents moyens depuis le début de leur activité sexuelle et qu'aucun ne leur convenait.

La patiente 3 a tenté plusieurs sortes de contraception « *j'ai eu cinq pilules dans ma vie, j'ai eu l'implant, le stérilet, l'anneau aussi et en fait ça me rend malade et en plus ça ne m'empêche pas de tomber enceinte* ».

La patiente 7 dit avoir rejeté toutes les méthodes essayées à cause de sa fertilité « *je suis sujette aux problèmes avec la contraception, enfin je suis énormément fertile donc je rejette beaucoup de contraception, j'ai essayé plusieurs pilules, j'ai eu l'implant et je les ai tous rejeté au final* ».

La patiente 10 explique son parcours *« pendant deux ans et demi j'avais le stérilet hormonal, avant ça pendant trois ans j'avais l'implant et avant ça j'avais la pilule. Je pense que j'ai eu la pilule pendant quatre ans à peu près »*.

Pilule, implant, stérilet hormonal et anneau n'étaient pas supportés par ces femmes à cause des effets secondaires qu'ils engendraient. *« Entre les pilules qui me séchaient l'intérieur de la bouche, séchaient les muqueuses, me faisaient mal aux seins, celles qui me donnaient mal au ventre et me donnaient constamment envie de vomir »* (patiente 3). *« Pour tout ce qui était pilule, j'avais énormément mal au ventre et à la tête et je saignais énormément et quand j'ai posé l'implant j'avais des saignements pareils, à peu près similaire aux pilules »* (patiente 7).

« Tout ce qui était contraception hormonale ça ne me convenait pas, j'avais des changements d'humeur tout le temps » (patiente 10).

La patiente 10 préfère comprendre son corps et les variations hormonales naturelles de son cycle *« une fois que j'ai arrêté je me suis sentie beaucoup plus reliée à mon corps, les douleurs que je ressentais au moment du cycle, j'arrivais beaucoup mieux à savoir ce qui se passait en moi donc c'est pour ça que je n'ai rien repris, j'ai pas envie de perdre cette connexion que j'ai retrouvée »*

2.5. La naturopathie : interaction responsable d'inefficacité ?

La patiente 1 pratiquait la naturopathie, avant l'IVG elle était sous pilule oestroprogestative sans l'avoir oublié. Le gynécologue qu'elle a consulté lui a expliqué qu'il pouvait y avoir une interaction entre les produits naturels qu'elle utilisait et les hormones de sa contraception qui pourrait rendre cette dernière inefficace. *« Quand j'ai été voir le docteur pour l'IVG, il m'a dit que la pilule n'avait peut-être pas marché car je pratiquais la naturopathie »*.

Elle décrivait les produits dont elle se servait *« beaucoup d'huiles essentielles, de charbon, et je faisais aussi des cures d'argile, on m'a dit qu'il y avait de fortes chances que ce soit la cause »*. Personne ne lui en avait parlé *« personne ne m'a jamais posé la question, personne ne me l'a jamais dit »*.

3. Satisfaction de l'accompagnement

3.1. Un sentiment partagé entre bienveillance et jugement

Lors de la consultation où était évoquée la contraception, la majorité des femmes (six femmes sur 10) se sont senties à l'aise et en confiance. La patiente 1 s'est sentie comprise « *ils ne m'ont jamais fait une réflexion, ils m'ont rassuré* ». La patiente 3 apprécie le « *côté humain* » de la sage-femme qui était selon elle « *bienveillante et pas dans le jugement* ».

Cependant le sentiment d'être jugée par le professionnel de santé a été ressenti par trois patientes. La patiente 2 décrit un gynécologue « *horrible* » ; « *je me suis sentie comme une enfant qui avait fait une énorme bêtise, on ne m'écoutait pas et je suis sortie en pleurs* ». Au moment de la prescription de l'implant, il commentait « *ça suffit les conneries* ».

Deux femmes se sont senties infantilisées ; la patiente 5 « *j'ai l'impression d'avoir été infantilisée du fait que j'ai eu recours à l'IVG* » et la patiente 9 « *ils infantilisent un peu dans le sens "elle est tombée enceinte une fois sous contraception, elle est pas consciente"* ». La patiente 10 décrit une sage-femme qui ne l'a pas mise en confiance « *dans sa manière d'être, je n'avais pas vraiment envie de me confier* ».

3.2. Avoir le choix de sa méthode contraceptive

Le sentiment d'avoir réellement choisi son moyen de contraception est assez partagé. La moitié des patientes (cinq sur dix) déclarent avoir eu le choix.

La patiente 6 avait fait son choix au préalable et le gynécologue a répondu à sa demande comme elle le souhaitait « *je lui ai dit que je voulais un stérilet au cuivre, on en a discuté et il me la prescrit* ». La patiente 9 est satisfaite de sa prise en charge « *ce que j'ai apprécié c'est qu'on me laisse le choix dans la contraception, qu'on me demande mon avis* ».

Deux patientes considèrent qu'elles n'ont pas pu choisir, la patiente 2 souhaitait une pilule contraceptive, celle-ci ne lui a pas été proposée et elle a finalement opté pour l'implant *« je voulais la pilule à la base », « sur le coup j'étais hyper frustrée », « comme je n'avais que deux choix j'ai pris l'implant parce que le stérilet me faisait trop peur »*. Elle explique également que l'échange était difficile et qu'elle n'osait pas poser de questions *« je ne pouvais rien dire et quand je posais une question il me répondait hyper vite et méchamment »*.

La patiente 4 affirme qu'on lui a simplement remis une ordonnance pour une pilule, à la fin de la consultation *« c'est vraiment au tout dernier moment où elle m'a prescrit la pilule et c'est tout », « en gros elle ne m'a pas laissé le choix de la contraception »* et cela sans pouvoir en discuter avec la gynécologue *« si peut être, elle m'avait posé plus de questions sur ce que je voulais et le fait que j'oubliais la pilule ça aurait été mieux »*.

La patiente 7 est partagée *« un peu pas le choix dans le sens où on ne m'a pas parlé des autres moyens de contraception »*, l'échange était concentré uniquement sur le stérilet *« on m'a beaucoup parlé du stérilet et on m'a demandé de faire un choix entre le stérilet hormonal ou au cuivre »*. Ce choix de contraception lui convenait finalement *« au moins j'étais débarrassée dans le sens où pas la peine d'y penser, il est mis et puis voilà, ça me va. »*

La nécessité de changer de professionnel de santé a été évoquée à trois reprises.

La patiente 8 est allée consulter deux praticiens pour obtenir ce qu'elle souhaitait. La première gynécologue lui a prescrit un stérilet hormonal alors qu'elle souhaitait un DIU au cuivre *« elle m'a prescrit un stérilet hormonal, je lui ai dit que je ne voulais pas d'hormones », « elle me l'a quand même mis sur l'ordonnance »*. Elle s'est alors dirigée vers un autre professionnel *« je suis allée au CHU et ils m'ont prescrit la même chose »* elle a réalisé en allant chercher le dispositif à la pharmacie que ce n'était pas la bonne prescription et s'est sentie comme trahie *« je l'ai un peu pris en traître », « si je n'avais pas vérifié, je ne l'aurai pas su et elle me l'aurait posé alors que je ne voulais pas. »* Elle est alors retournée à l'hôpital pour avoir une prescription d'un DIU au cuivre *« j'ai vraiment forcé pour qu'ils changent », « j'ai fini par l'avoir mais bon j'ai dû insister »*.

La patiente 10 souhaitait utiliser les préservatifs dans un premier temps avant de choisir le DIU. Lors de la consultation avec une sage-femme, elle a été déçue de l'absence d'échange « *Il n'y a pas eu d'échange sur la contraception et je trouve ça dommage* ». Elle s'est sentie jugée « *j'ai trouvé qu'elle était assez jugeante quand je lui ai dit que je ne voulais pas me faire poser de stérilet.* », « *elle m'a un peu culpabilisé à l'idée de prendre que des préservatifs* ».

Et ne s'est pas sentie écoutée « *elle n'a pas cherché à savoir pourquoi je ne voulais pas prendre de DIU tout de suite* », « *du coup elle m'a dit "ben voilà avec les préservatifs, il y a de fortes chances que ça vous arrive et que vous tombiez à nouveau enceinte"* ».

Elle a alors décidé de changer de professionnel « *je n'ai jamais voulu retourner chez elle* ». Trois mois après, elle est allée consulter une autre sage-femme et a apprécié sa prise en charge « *elle a compris, je n'ai pas senti de pression de sa part* ».

La gynécologue qui l'avait reçu, avait prescrit d'office la pilule à la patiente 4 « *comme on m'avait imposé la pilule mais que je ne voulais pas la prendre parce que je sais que j'allais sûrement l'oublier* » elle est allée consulter son médecin généraliste afin de choisir le DIU au cuivre « *je suis allée voir ma médecin pour qu'elle me pose un stérilet* ».

D'autre part, trois femmes ont exprimé le fait que le choix de la contraception n'est pas évident au moment des consultations pour une IVG car une quantité importante d'informations est donnée en même temps.

Comme le dit la patiente 4 « *j'avais le cerveau déjà bien plein* », la patiente 5 se sentait « *un peu passive* », la patiente 9 ajoute « *je n'avais vraiment pas ça en tête* ».

Une femme a ressenti de la pression de la part des professionnels, de devoir utiliser un moyen de contraception rapidement. La patiente 9 « *ce que je n'ai pas apprécié c'est qu'on m'a un peu mis la pression concernant le fait que je devais absolument reprendre une contraception directement* », « *Comme si la première chose que j'allais penser à faire c'était d'avoir des relations alors que pas du tout* ».

3.3. Moment de la prescription et professionnel concerné

C'est un gynécologue qui a prescrit leur contraception à la majorité des patientes (pour sept femmes sur dix).

Les trois autres patientes ont été prises en charge par des sages-femmes.

L'échange et la prescription de la contraception ont eu lieu lors de la première consultation pour l'IVG pour neuf patientes et lors de la consultation post-IVG pour une femme.

4. Le suivi

4.1. De contraception

Concernant le suivi de contraception, les femmes n'ont pas toutes eu une consultation pour s'assurer que le moyen contraceptif prescrit leur convenait.

La majorité des patientes (six femmes sur dix) ont eu un rendez-vous de contrôle. Toutes, avaient un DIU au cuivre et la consultation avait lieu entre un et deux mois après la pose pour vérifier sa bonne position dans l'utérus. « *Oui, pour refaire le point, c'était deux mois après l'IVG, le gynéco m'a demandé si ça allait, si mon stérilet me convenait* » (patiente 1), « *Oui j'ai eu un rdv un mois et demi après pour vérifier qu'il était en place* » (patiente 3).

À propos des quatre autres patientes, aucun suivi ne leur a été proposé.

Les patientes 2 et 5 portaient un implant « *on m'a posé mon implant, on m'a remis une carte de l'implant et après rien de spécial* » (patiente 5).

La patiente 4 avait eu une prescription de pilule, qu'elle ne souhaitait pas commencer, elle regrette cette absence de suivi « *j'aurai aimé un rdv plus tard pour en reparler ou alors s'assurer qu'on ait un suivi par un gynéco ou quoi et qu'on peut faire le suivi de notre côté* ».

Et la patiente 10 avait choisi d'utiliser les préservatifs en attendant d'être prête à poser un stérilet.

Deux femmes sont allées consulter un autre professionnel pour assurer leur suivi. La patiente 4 s'est rendue chez sa médecin généraliste et la patiente 10 est allée consulter une sage-femme.

4.2. Le suivi psychologique

Le soutien psychologique a été proposé à plus de la moitié des femmes (six sur dix). Parmi elles, trois patientes ont choisi de ne pas consulter de psychologue, « *Je n'y suis pas allée mais ça m'a été proposé* » (patiente 5), la patiente 6 a reçu des informations mais n'a pas donné suite à la proposition « *Oui on m'a donné des contacts si j'avais besoin mais je n'y suis pas allée* ».

La patiente 7 est satisfaite de son accompagnement « *par rapport au suivi psychologique ça a été très très bien pris en charge, j'ai eu des personnes très gentilles* ». Elle considère qu'il devrait être obligatoire « *je pense qu'il aurait fallu qu'ils l'imposent* », « *ça aurait été important d'obliger un rdv psychologique après* ».

La patiente 8 a bénéficié du suivi psychologique et le qualifie « *d'un peu léger* ». Elle a consulté à deux reprises, une première fois avant l'IVG puis une seconde après. Elle a apprécié la première prise en charge « *elle était gentille* » mais lors de la seconde, elle trouvait l'échange pas très adapté « *elle me sortait plutôt les trucs de la première consultation mais du coup maintenant c'est fait* », « *ce n'était pas malveillant mais c'était un peu maladroit et très culpabilisant* ».

Elle exprime également sa difficulté à prendre un rdv auprès d'une psychologue malgré le fait que cela lui avait été proposé « *quand j'ai appelé pour prendre rdv, la secrétaire me dit "vous êtes sur de vouloir avorter ?" j'ai dit "non", elle me répond "ah bah si vous n'êtes pas sûre ça ne sert à rien" et du coup j'ai dû forcer pour l'avoir et j'étais surprise parce que j'ai bien vu qu'il ne préférait pas le donner* ».

Concernant les quatre autres patientes, aucune consultation psychologique ne leur a été proposée. Parmi elles, le regret de cette absence de proposition a été évoqué à deux reprises.

La patiente 9 en ressentait le besoin et est allée consulter d'elle même « *les gynécologues ne m'en ont pas parlé du tout, c'est moi qui ai pris l'initiative de mon côté* ».

La patiente 10 regrette le manque d'explications « *vraiment j'aurais aimé qu'on m'explique mieux les conséquences psychiques* ». Elle est allée consulter une psychologue qu'elle voyait déjà pour d'autres raisons « *j'en ai beaucoup parlé avec ma psychologue* ».

Quant à la patiente 1, elle estimait ne pas en avoir eu besoin « *non, ça ne m'a pas été proposé, mais c'est vrai que je n'en avais pas spécialement besoin* » et la patiente 2 s'étonnait du fait que la proposition soit obligatoire « *ah bon on aurait dû ?* ».

À trois reprises, la difficulté psychologique ressentie par les femmes après l'avortement a été évoquée.

La patiente 8 se confie « *moi je ne le vis encore pas très bien après ça dépend des gens* ».

La patiente 7 « *psychologiquement c'est compliqué pour la femme après* ».

La patiente 9 explique les conséquences psychologiques que cela a engendré « *j'ai été un moment donné en dépression à cause de ça, j'ai du être internée un moment à cause de ma dépression. Maintenant je suis suivie par un psychiatre et une psychologue en même temps, je suis sous antidépresseur et somnifère* »

5. Satisfaction globale de la prise en charge

De manière générale, la majorité des patientes (six sur 10) ont été satisfaites de leur suivi de contraception. La patiente 3 a apprécié sa prise en charge « *non tout s'est vraiment bien passé* ». La patiente 4 souligne la bienveillance des professionnels « *je n'ai vu que des personnes bienveillantes* ». Parmi elles, deux patientes ont apprécié la rapidité de leur prise en charge. La patiente 5 se dit satisfaite « *J'ai aimé la réactivité* ».

Deux femmes ont eu les coordonnées des sages-femmes qui les avaient reçues.

La patiente 4 a apprécié que la sage-femme prenne le temps de la rappeler « *le fait que la sage-femme me rappelle, j'ai trouvé ça cool, je ne sais pas si ça arrive tout le temps et elle était vraiment sympa* ».

La patiente 10 était rassurée de pouvoir la joindre en cas de complications « *c'était bien aussi, c'est qu'elle m'a donné son numéro de téléphone portable pour que je puisse la contacter au moment de la deuxième prise de médicaments si jamais ça n'allait pas bien* ».

La patiente 10 a relevé qu'on lui avait demandé si le rapport sexuel était consenti ou non et elle a jugé cette question importante « *mais ce que j'ai aimé c'est qu'elle m'a demandé si le rapport était consenti ou pas, c'est hyper important* ».

Trois femmes sont partagées, deux d'entre elles rapportent un manque d'informations. La patiente 5 regrette « *après effectivement ce que je regrette un peu c'est le manque d'explications derrière* ».

La patiente 9 reproche de ne pas avoir été suffisamment avertie « *je pense que j'aurais aimé qu'on me dise un peu plus les conséquences de la mise en place d'une contraception après l'IVG, je pense qu'il n'y a pas assez d'explications sur la suite de la pose du stérilet* ».

La patiente 8 est satisfaite dans l'ensemble « *j'ai eu globalement un bon suivi et j'en suis plutôt contente* ». Mais admet n'avoir pas compris certaines choses, comme lui avoir montré son échographie de stérilet « *après c'est des détails mais montrer l'échographie du stérilet, c'est des trucs que je trouve un peu moyen, c'est bizarre, ça m'a rappelé l'échographie du bébé quoi, donc bon* ».

La patiente 2 est catégorique, elle n'a rien apprécié de sa prise en charge, quand la question lui a été posée « *est ce qu'il y a des choses que vous avez apprécié ?* », elle a répondu « *honnêtement non,* » elle aurait aimé davantage d'échange et être plus rassurée « *je pense que j'aurais aimé qu'on prenne le temps, qu'on me parle de la contraception et un accompagnement un peu plus rassurant* ».

6. La place de la sage-femme

Concernant la connaissance des femmes sur les compétences des sages-femmes, la majorité (huit sur dix) était bien renseignée. La patiente 6 explique « *je sais qu'elles peuvent faire les accouchements, elles peuvent poser les implants, les stérilets, faire les ordonnances pour les pilules etc... j'ai appris aussi qu'elles pouvaient faire les IVG avec les médicaments* ».

Deux patientes ignoraient que les sages-femmes peuvent pratiquer l'IVG médicamenteuse. La patiente 1 associe la sage-femme à son rôle en salle de naissance et en maternité « *elles font les accouchements et après elles s'occupent des mamans et des bébés en maternité, mais je ne savais pas qu'elles pouvaient faire les IVG* ».

La patiente 4 connaissait de nombreuses missions des professionnelles « *je sais qu'il y a des sages-femmes un peu en libéral, qui font de la rééducation périnéale, vous faites aussi la contraception, tout ce qui est autour de la naissance, préparation et après* » mais ignorait leur rôle d'accompagnement de l'IVG « *je ne savais pas qu'elles pouvaient recevoir les femmes pour les avortements* ».

À propos de la patiente 2, elle savait qu'elle pouvait consulter une sage-femme mais elle dit avoir hésité et s'était rendue chez un gynécologue car elle avait « *peur de voir une sage-femme* ». Pour elle, la sage-femme est la professionnelle qui aide à donner naissance « *c'est un peu bête mais pour moi c'est la dame qui donne la vie, c'est un peu compliqué d'aller vers elle pour lui demander de retirer un bébé* », elle avait également « *peur d'être jugée* ».

D-Discussion

I. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Concernant les données de la littérature sur ce sujet, on retrouve peu de matière d'un point de vue qualitatif, d'où l'intérêt de cette étude. Une des forces de cette étude réside en la méthodologie utilisée. En effet, les entretiens semi-dirigés ont permis aux participantes de s'exprimer librement et de livrer leur ressenti quant à leur satisfaction à propos de leur contraception et de l'accompagnement dont elles ont bénéficié après une interruption volontaire de grossesse.

Aucune limite de temps n'était fixée à priori, la grille d'entretien (*Annexe I*) a été utilisée afin de guider les échanges. Grâce à la richesse de ces derniers, de nouveaux thèmes ont été abordés. Ils ont alors été analysés au même titre que les thèmes initiaux. Les femmes interrogées résidaient dans différentes régions en France Métropolitaine et d'Outre-mer, cela a permis d'obtenir une diversité des réponses.

L'étude comptait dix participantes, les données recueillies ont permis de recueillir un nombre important d'informations. Ainsi la taille de l'échantillon a été suffisante pour atteindre les objectifs fixés.

2. Limites

Le recrutement a été effectué sur les réseaux sociaux, sur la base du volontariat, l'échantillon de patientes était composé de femmes âgées de 22 à 30 ans, cela aurait été pertinent d'interroger des patientes sur une tranche d'âge plus large.

Les entretiens ont été réalisés à distance de l'IVG, après un temps minimum de trois mois jusqu'à un an, cela permettait aux femmes d'avoir un certain recul sur l'utilisation de leur contraception. Cependant, au fil du temps, certaines avaient oublié des éléments de leur prise en charge, ce qui constitue un biais de mémorisation.

Du fait des différentes situations géographiques et de la crise sanitaire de la Covid-19, les entretiens ont été réalisés par appels téléphoniques.

Le biais d'interprétation représente également une limite car la subjectivité peut être présente lors de l'analyse des verbatim et la communication non verbale n'a pas pu être étudiée.

II. Caractéristiques de la population

La population étudiée était composée de dix femmes ayant vécu un avortement entre trois mois et un an précédant l'entretien.

La moyenne d'âge de la population était de 26,1 ans (âge variant de 22 à 30 ans).

Elles étaient toutes primigestes, utilisaient une contraception avant l'IVG et n'avaient pas de désir de grossesse actuel.

III. Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après une première Interruption Volontaire de Grossesse

1. Échanges entre la patiente et le professionnel

Un manque d'informations concernant les différentes méthodes contraceptives a été relevé par la majorité des participantes à notre étude. En effet, trois d'entre elles seulement ont reçu des explications claires et exhaustives à ce sujet. Hors dans les recommandations de la HAS, les consultations médicales pré-IVG permettent de recevoir une information détaillée sur les méthodes contraceptives disponibles (40).

Cela a pu représenter une difficulté dans le choix de leur contraception après l'avortement.

Dans les cas où l'information a été transmise, elle avait lieu lors de la consultation pré-IVG comme décrit dans les recommandations de la HAS (36).

On peut cependant s'interroger sur la pertinence du choix de la contraception lors de cette consultation. En effet, notre travail a montré le fait qu'il était parfois difficile pour les femmes de choisir une méthode contraceptive lorsqu'elles consultaient pour avorter. Plusieurs d'entre elles expliquaient qu'elles avaient beaucoup d'informations à intégrer à propos du déroulement de l'IVG et donc qu'elles n'avaient plus forcément les idées claires pour choisir une contraception adaptée.

Dans ce contexte, la mise en place d'une consultation entièrement dédiée à la contraception après une IVG pourrait être envisagée.

La reprise de la fertilité est immédiate après un avortement (36).

Notre travail a montré que moins de la moitié des femmes (quatre sur dix) en ont eu connaissance. Cependant la période post-abortum constitue une période à risque de grossesse pour les femmes (difficultés d'appréhension de la reprise du cycle..) et la prévention à ce sujet est primordiale afin d'éviter une nouvelle grossesse non prévue.

Notre recherche a également révélé que deux professionnels ont refusé le stérilet à deux femmes du fait de leurs âges (24 et 27 ans). Hors dans les recommandations de la HAS « *Les DIU (cuivre et lénovorgestrel) peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/ nulligestes)* » (14).

Dans « l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » réalisé par la HAS en 2013, est expliquée que la formation initiale et continue des médecins et sages-femmes est parfois insuffisante. Et que de ce fait, persistent des idées reçues et des pratiques classiques voire stéréotypées (41).

Dans les anciennes recommandations, les stérilets étaient contre-indiqués chez les femmes nullipares. On peut alors envisager d'expliquer le refus des professionnels du fait d'une pratique basée sur des recommandations anciennes.

2. Écoute et bienveillance du professionnel

Dans notre étude, le sentiment d'avoir eu le choix lors de la prescription contraceptive est partagé. La moitié des femmes étaient satisfaites du professionnel de santé qui les laisse libres de leur décision.

D'autre part, une insatisfaction a été exprimée chez les autres patientes. Un moyen de contraception leur a été imposé, il s'agissait soit de la pilule, soit du stérilet hormonal, soit du DIU au cuivre. Toutes, mettent cela en lien avec un échange difficile avec les professionnels et un manque d'écoute important.

Dans le parcours contraceptif d'une femme, avoir le choix est essentiel. Il est démontré qu'une femme qui choisira sa contraception la supportera davantage (38).

Au cours des consultations pour l'IVG où été évoquée la contraception, une satisfaction générale a été ressentie concernant l'accueil et l'accompagnement. La bienveillance de la majorité des professionnels a été appréciée.

Cependant, ils ne restent pas tous sans jugement lors de l'accompagnement de l'avortement. En effet, le sentiment d'être jugée du fait d'avoir recours à l'IVG est ressorti à plusieurs reprises. Certaines patientes ont entendues des réflexions inappropriées « *ça suffit les conneries* » (patiente 2), le sentiment d'être infantilisée a été rapporté deux fois.

Dans le code de la santé publique, concernant les médecins l'article R.4127-3 stipule « *Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.* » Concernant les sages-femmes, l'article R.4127-305 stipule « *La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant.* »

Les conséquences de ce manque de bienveillance, sont un échange difficile avec les professionnels de santé, un choix pas toujours possible de sa contraception et une augmentation de l'absentéisme à la consultation de contrôle post-IVG pourtant obligatoire (37).

3. Satisfaction controversée du suivi

La satisfaction des femmes quant à leur suivi de contraception après l'IVG n'est pas unanime. Les patientes qui avaient un DIU au cuivre (six sur dix) ont toutes eu un rendez-vous entre un et deux mois après la pose, elles en étaient satisfaites et rassurées.

Concernant les autres, aucun suivi ne leur avait été proposé. Parmi elles, deux avaient un implant, une utilisait les préservatifs avant de se sentir prête à la pose d'un stérilet et la dernière n'avait pas commencé la pilule qui lui avait été prescrite car elle désirait en réalité un stérilet.

On peut donc remarquer que le suivi de contraception dépend de la méthode utilisée par la patiente. En effet, d'après la HAS, après la pose d'un stérilet il est recommandé « *Les femmes et les adolescentes doivent être incitées à consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement* » (14). Concernant les autres moyens de contraception les recommandations de la HAS sont : « *programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien* » (43).

La consultation de suivi trois mois après la prescription n'est donc pas obligatoire. De plus, dans les faits, le professionnel qui reçoit la femme lors de la consultation pré-IVG et qui lui prescrit sa contraception post-IVG n'est pas celui qu'elle consulte habituellement pour son suivi gynécologique et de contraception. Il est alors difficile d'assurer un suivi long terme.

Cependant, parmi les femmes n'ayant pas eu de suivi après l'IVG, plusieurs d'entre elles regrettaient cette absence et le fait qu'on ne s'en soit pas préoccupé.

Cela démontre pour les femmes, l'importance de leur suivi de contraception post-IVG et ainsi, le rôle essentiel des professionnels de s'en assurer.

Concernant le suivi psychologique, il est obligatoire pour les mineures et obligatoirement proposé pour les femmes majeures (37).

Dans les faits, nous avons pu constater qu'il n'était pas toujours proposé aux patientes. Notre étude a révélé que quatre patientes n'ont reçu aucune information à ce sujet. Avorter peut avoir des conséquences psychologiques lourdes pour les femmes et bénéficier d'un soutien par un professionnel est primordial (29).

Trois patientes décrivent également la difficulté psychique traversée après leur interruption volontaire de grossesse. L'une d'entre elles a vécu une dépression après son avortement.

Deux femmes regrettent qu'un suivi psychologique ne leur ait pas été proposé. On peut alors se demander pour quelles raisons cela n'a pas été fait.

4. Contraception précédant l'IVG : difficultés rencontrées

Un parcours contraceptif compliqué avant l'avortement a été évoqué à plusieurs reprises. Certaines femmes avaient essayé différentes pilules, implant, stérilet hormonal, anneau vaginal. Toutes ces méthodes avaient en commun le fait de contenir des hormones. Elles n'étaient pas supportées par les patientes de part les effets indésirables qu'elles provoquaient.

En effet, les contraceptions hormonales (oestroprogestatives et progestatives confondues) peuvent engendrer un certain nombre d'effets secondaires notamment des métrorragies, prise de poids (transitoire), baisse de la libido, migraines, troubles de l'humeur (44).

En période post-abortum, la difficulté pour ces femmes est de trouver une méthode adaptée et efficace qui empêchera une nouvelle grossesse non prévue.

Lors d'un entretien, l'interaction entre la pratique de la naturopathie et l'utilisation d'une pilule oestroprogestative a été abordée par une patiente. Selon son médecin, cela rendrait la pilule inefficace, ce qui, malgré une prise sans oubli aurait abouti à une grossesse non prévue. Elle n'en était pas informée au préalable.

D'après l'étude menée en 2018 « interactions avec les contraceptifs », il peut exister une interaction entre certains aliments, compléments alimentaires ou certaines plantes et un traitement médicamenteux.

Cependant, une seule interaction a été confirmée à ce jour avec les contraceptifs hormonaux, il s'agit du millepertuis. Cette plante entraînerait une importante diminution des concentrations en principe actif (45).

5. La contraception post-IVG

5.1. La méthode des LARC prédomine

Un changement de contraception en regard de celle utilisée avant l'avortement a été constaté majoritairement. Une étude réalisée en 2017 portant sur « l'observance des méthodes et analyse des comportements contraceptifs pré et post IVG » démontrait également un changement de contraception majoritaire après l'avortement (46).

Le nouveau moyen choisi était principalement le DIU au cuivre et en second plan l'implant. Les méthodes utilisées auparavant étaient le préservatif, la pilule ou le patch transdermique. La principale raison motivant le choix du DIU ou de l'implant (correspondant aux méthodes contraceptives durables et réversibles aussi appelées LARC), était celle de ne pas avoir à penser à son moyen de contraception. Celles qui gardaient le même moyen s'orientaient également vers le DIU au cuivre et une femme utilisait le préservatif dans l'attente d'utiliser le DIU par la suite.

5.2 Satisfaction et confiance

Concernant le nouveau moyen de contraception (DIU ou implant) utilisé après l'IVG, une satisfaction générale a été constatée. En effet, les LARC présentent les avantages d'avoir une longue durée d'action, d'être efficaces, de ne pas avoir à se rendre régulièrement chez des professionnels de santé pour un renouvellement de prescription et pour la délivrance. Elles présentent un faible taux d'échec et un fort taux de continuation sur le long terme.

L'étude « devenir de la contraception après une IVG » montrait que le taux de poursuite des méthodes LARC en post-IVG était plus élevé que celui des autres moyens contraceptifs (47).

D'après les recommandations du CNGOF « *Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, dispositifs intra-utérins et implant, semblent plus efficaces pour éviter la répétition des IVG, notamment si elles sont débutées précocement après l'IVG* » (25).

Une confiance en l'efficacité de leur moyen de contraception après l'IVG était ressentie par la majorité des patientes. Il fallait encore un peu de temps à certaines femmes pour être pleinement rassurées. Mais aucune ne craignait une nouvelle grossesse non prévue. L'étude réalisée en 2017 portant sur « l'observance des méthodes et analyse des comportements contraceptifs pré et post IVG » montrait également que les femmes avaient confiance en leur moyen de contraception après l'IVG (43).

Cela est rassurant dans le sens que l'expérience de l'avortement dans la vie d'une femme n'a pas ou peu de conséquences sur la confiance qu'elle attribue à la contraception choisie après l'IVG.

6. Place des sages-femmes dans l'accompagnement de l'avortement

Les sages-femmes ont de nombreuses compétences qui se sont élargies en 2009 pour le suivi gynécologique et de contraception, en 2016 pour la pratique des IVG médicamenteuses et une expérimentation a vu le jour en 2022 pour la pratique des IVG chirurgicales (4).

Malgré cela, on constate qu'un grand nombre de femmes ne savent pas qu'elles peuvent consulter une sage-femme pour leur suivi de contraception et gynécologique et pour la pratique de l'avortement médicamenteux. En effet, l'étude menée en 2018 « représentation sociale de la sage-femme face au suivi gynécologique des jeunes filles nullipares » dévoilait que la majorité des femmes interrogées associaient uniquement la sage-femme à ses compétences en salle d'accouchement (48).

Dans notre travail, lorsque la question « quel professionnel êtes vous allée consulter ? » a été posée, la patiente 2 a exprimé sa crainte d'être jugée en se tournant vers une sage-femme. Elle considérait en effet la sage-femme comme la professionnelle donnant la vie et appréhendait d'aller consulter cette dernière pour interrompre sa grossesse.

IV. Projet d'action

Cette étude montre un manque d'information de la part des professionnels (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes confondus) concernant la contraception et la reprise de la fertilité post-abortum.

Il a également été remarqué que pouvoir choisir sa méthode contraceptive après une interruption volontaire de grossesse est parfois difficile pour les femmes.

Cela s'explique par des rendez-vous souvent expéditifs et des professionnels contraints de communiquer de nombreuses informations dans un temps limité.

En effet, lors de la consultation précédant l'IVG, une quantité importante d'explications concernant le déroulement de l'avortement est délivrée.

Cependant, le temps pour évoquer la contraception et permettre à la femme de choisir est souvent restreint.

Il serait intéressant d'augmenter le temps de consultation pré-IVG afin d'en consacrer entièrement une partie à l'information et au choix de la contraception ainsi qu'aux explications sur la reprise de la fertilité.

Si la femme a besoin de plus de temps et de réflexion, une autre consultation dédiée à sa future contraception pourrait avoir lieu. Il est cependant nécessaire de s'assurer qu'un moyen de contraception soit utilisé, pour qu'elle soit protégée durant cette période de réflexion.

Le suivi de contraception après sa prescription ou mise en place s'est révélé être faible ou inexistant. Ce suivi serait pourtant nécessaire afin de s'assurer que la méthode choisie convient à la patiente et qu'elle ne soit pas confrontée de nouveau à une grossesse non prévue. Il serait donc pertinent d'instaurer une consultation environ trois mois après le début de l'utilisation de la contraception post-IVG.

Conclusion

Ce travail de recherche est le fruit d'une longue réflexion autant personnelle que professionnelle. Durant celui-ci, une étude a été menée et nous a permis de recueillir et d'analyser la satisfaction de dix femmes quant à leur contraception et leur suivi après avoir eu recours à une IVG.

Dans l'ensemble, les femmes étaient satisfaites de leur moyen de contraception après l'avortement. La majorité d'entre elles ont changé de méthode par rapport à celle utilisée antérieurement.

Toutefois, quelques sentiments mitigés ont été remarqués concernant la prise en charge pré-IVG et le suivi contraceptif post-IVG qui s'avèrent être deux temps importants dans le parcours d'avortement des femmes. Cette insatisfaction a pu être expliquée par différents facteurs. Dans un premier temps, nous avons pu relever le manque d'explication concernant les différentes méthodes contraceptives lors du choix de contraception post-IVG. Ce manque, empêchant les femmes de choisir avec discernement ce qui leur conviendrait le mieux. D'autre part, certaines femmes dénonçaient un manque d'écoute et d'échange avec le praticien. Dans différents témoignages, le choix n'émanait non pas des patientes mais des professionnels. Finalement, en s'intéressant à la qualité du suivi après l'avortement, c'est la faiblesse voire l'absence de suivi qui s'est révélée être responsable de leur contrariété.

Ces ressentis, propres à chaque femme interrogée, interpellent sur l'importance de l'accompagnement et de l'écoute des professionnels lors des consultations précédant et suivant l'avortement. Le temps alloué sur l'échange autour de la contraception post-IVG est primordial et la mise en place d'un suivi de cette nouvelle contraception quelques mois après son commencement semble essentielle.

Il serait à présent intéressant de connaître la satisfaction des professionnels quant à leur prise en charge et sur sa potentielle amélioration. Quels moyens pourraient être mis en œuvre pour assurer un suivi de qualité ? On pourrait envisager qu'une prise en charge par un seul et même professionnel de santé dès la demande d'IVG et ce jusqu'au suivi de contraception puisse améliorer la satisfaction des femmes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vilain A, Allain S, Dubost C-L, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *Etudes Résultats* [Internet]. 2020 [cité 1 déc 2020];20(1663):1-7. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
2. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population* [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2020];69(3):365-98. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/popu.1403.0365>
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Soc* [Internet]. 2015 [cité 23 nov 2020];1(518):1-4. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/popsoc.518.0001>
4. Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement. *JORF* n°0052 (2022).
5. Sensier S. Histoire de la contraception de l'antiquité à nos jours. *Monde Dipl* [Internet]. 1996 [cité 28 mai 2021];30. Disponible sur: <https://www.monde-diplomatique.fr/1996/11/SENSIER/5866>
6. Société Chimique de France. Stéroïdes et pilule [Internet]. Société chimique de France. 2013 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://new.societechimiquedefrance.fr/produits/steroides-et-pilule/>
7. Loi n°0208 du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. *JORF* n°0208 (1920).
8. Levy M-F. Le Mouvement français pour le planning familial et les jeunes. *Vingtieme Siecle Rev Hist* [Internet]. 2002 [cité 28 mai 2021];75(3):75-84. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/ving.075.0075>
9. Gouvernement.fr. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
10. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. *JORF* n°0284 (1974).
11. Direction de l'information légale et administrative (DILA). Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. service-public.fr. 2022 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
12. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). La contraception [Internet]. cngof.fr. 2016 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception>
13. Lamarque M. Contraception après IVG au CHU de Bordeaux: comparaison 2009-2013 [Internet] [Thèse d'exercice: Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2015 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01215431/document>
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
15. HAS. Contraception hormonale orale : dispensation en officine [Internet]. has-sante.fr. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine

16. Maitrot-Mantelet L, Plu-Bureau G, Gompel A. Contraception. EMC Traité Médecine AKOS [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2021];7(3-0670):1-10. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/710356>
17. Ministère des Solidarités et de la santé. Les contraceptifs oraux [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2016 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/les-contraceptifs-oraux>
18. HAS. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les « pilules » de 1re ou 2e génération [Internet]. has-sante.fr. 2012 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/contraceptis_oraux_3_g_fiche_bum.pdf
19. Santé Publique. Choisir Sa Contraception [Internet]. questionsexualite.fr. 2019 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/l-anneau-vaginal.htm>
20. HAS. Contraception estroprogestative transdermique ou vaginale : dispensation en officine [Internet]. has-sante.fr. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1759931/fr/contraception-estroprogestative-transdermique-ou-vaginale-dispensation-en-officine
21. Roe AH, Bartz D. Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. Contraception [Internet]. 2019 [cité 24 nov 2020];99(1):2-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.016>
22. Vidal. Dépo-provera [Internet]. vidal.fr. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/depo-provera-58991.html>
23. Ministère des Solidarités et de la santé. Stérilisation à visée contraceptive: livret d'information [Internet]. solidarite-sante.gouv.fr. 2017 [cité 8 avr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf
24. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. santepubliquefrance.fr. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
25. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique: l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. cngof.fr. 2016 [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=21925
26. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Rev Francaise Aff Soc [Internet]. 2011 [cité 8 avr 2022];(1):42-60. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rfas.111.0042>
27. Ligue des droits de l'homme (LDH). Comment on a libéré l'avortement: toute une histoire [Internet]. ldh-france.org. 2010 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://site.ldh-france.org/paris20/files/2012/05/Avortement-une-histoire.pdf?file=2012/05/Avortement-une-histoire.pdf>
28. Strag H, Laffitte A. Le Manifeste des 343. Vanves: Marabulles; 2020.
29. Ferron P. Profil contraceptif des femmes à travers le parcours d'interruption volontaire de grossesse [Internet] [Mémoire: Sage-Femme]. [Paris]: Université Paris-Descartes; 2012 [cité 28 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724599/document>
30. DILA. IVG médicamenteuse: comment ça se passe pendant la crise sanitaire? [Internet]. service-public.fr. 2021 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14433>

31. Vilain A, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. *Etudes Résultats* [Internet]. 2021 [cité 12 mars 2022];(1207):1-7. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
32. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse. In: *Les établissements de santé* [Internet]. Paris: DREES; 2021 [cité 12 mars 2022]. p. 143-7. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2026%20-%20Les%20interruptions%20volontaires%20de%20grossesse.pdf>
33. Swartz, Jonas.J, Rowe, Carly, Morse. Jessica E, Bryant. Amy G, Stuart. Gretchen S. Women's knowledge of their state's abortion regulations. A national survey. *Contraception* [Internet]. 2020 [cité 24 nov 2020];102(5):318-26. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.08.001>
34. Ministère des Solidarités et de la santé. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé : livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femme [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2017 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf
35. Ministère des solidarités et de la santé. IVG et mesures exceptionnelles en période COVID-19 [Internet]. ivg.gouv.fr. 2020 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-et-mesures-exceptionnelles-en-periode-covid-19.html>
36. Article L2212-8. Code de la santé publique (2010).
37. Ministère des solidarités et de la santé. Interruption volontaire de grossesse (IVG): dossier-guide [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2018 [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2018.pdf
38. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2004 [cité 15 mars 2022];33(2):125-30. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(04\)96411-3](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(04)96411-3)
39. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. *EMC Gynécologie* [Internet]. 2008 [cité 15 mars 2022];738-B-060:1-10. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/178875>
40. HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
41. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
42. Herndon EJ, Ziemann M. New Contraceptive Options. *Am Fam Physician* [Internet]. 2004 [cité 2 juin 2021];69(4):853-60. Disponible sur: <https://www.aafp.org/afp/2004/0215/afp20040215p853.pdf>
43. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
44. Robin G, Plouvier P, Delesalle A-S, Rolland A-L. Contraception hormonale en pratique hors dispositifs intra-utérins. *RPC Contraception CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 [cité 16 mars 2022];46(12):845-57. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.003>

45. Bernier M, Jonville-Bera A-P. Interactions avec les contraceptifs: RPC Contraception CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 [cité 16 mars 2022];46(12):786-91. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.011>
46. Schoub-Thieblemont C. Observance des méthodes et analyse des comportements contraceptifs pré et post IVG, auprès des patientes de la maternité régionale de Nancy, entre le 1er octobre 2016 et le 28 février 2017 [Mémoire: Sage-Femme]. [Nancy]: école de Sages-Femmes de Nancy; 2017.
47. Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse d'exercice: Médecine]. [Lille]: Université du droit et de la santé-Lille II; 2014.
48. Dieudonné A. Représentation sociale de la sage-femme face au suivi gynécologique des jeunes filles nullipares [Mémoire: Sage-Femme]. [Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines]: Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2018.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après une première IVG.

I) Evaluer sa satisfaction quant à sa contraception actuelle au moins trois mois après une IVG en regard de sa contraception antérieure :

- Quelle contraception utilisez-vous maintenant ?
- À quel moment l'avez-vous commencée ?
- Est-ce qu'elle vous convient ?
- Vous provoque t'elle des effets secondaires ?
- Est-ce la même qu'avant l'IVG ?
 - o S'il s'agit d'une contraception différente :
 - Qu'est-ce que vous n'appréciez pas avec l'ancienne méthode qui vous convient davantage avec votre contraception actuelle ?
 - o S'il s'agit de la même contraception :
 - Avez-vous changé quelque chose, dans votre manière de vous protéger/ d'y penser ? (mise en place d'alarme pour une pilule par exemple)
- Vous sentez vous en confiance avec ce moyen de contraception ?
- Craignez-vous une grossesse non prévue ?

II- Connaître son opinion concernant le suivi de sa contraception

- Quel professionnel a évoqué et vous a prescrit cette dernière contraception ? Et à quel(s) moment(s) ?
- Avez-vous eu d'autres consultations après cette prescription ?
- Quelles informations vous ont été données sur les différents moyens de contraception ? Avez-vous reçu des documents ?
- Ont-elles été claires ?
- Avez-vous eu le choix de votre méthode contraceptive ?
- Quelles informations vous ont été données sur la reprise de la fertilité ?
- Avez-vous eu le sentiment d'avoir été écoutée et comprise lors de la consultation ?
- Avez-vous eu un soutien psychologique ? a-t-il été suffisant ?
- Lors de votre prise en charge ;
 - o Qu'est-ce que vous avez apprécié ?
 - o Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ?
 - o Qu'est-ce que vous auriez aimé ?
- Pour finir, quelles connaissances avez-vous sur l'exercice de la profession de sage-femme ?

LETTRE D'INFORMATION

Satisfaction des femmes quant à leur contraception et leur suivi après une première interruption volontaire de grossesse (IVG)

Investigateurs :

- Charrier Fleur, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame Y, directrice de l'école de sage-femme de Clermont- Ferrand

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail : xxxx@xx.fr

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Satisfaction des femmes quant à leur la contraception et leur suivi après une première IVG».

1. Pourquoi cette étude ?

Aujourd'hui, nous pouvons constater qu'un grand nombre de femmes ont recours plusieurs fois à l'IVG au cours de leur vie. L'objectif de cette étude est de connaître la satisfaction des femmes sur le suivi et la contraception après une première IVG, afin d'améliorer l'accompagnement pour éviter une nouvelle grossesse non désirée.

2. L'étude en pratique

L'étude se réalisera grâce à des entretiens individuels d'une durée de 20 à 30 minutes environ, après un accord de la personne participante, par appel téléphonique, en face à face ou en télé-entretien.

L'entretien sera enregistré, retranscrit puis analysé par l'étudiante uniquement. L'anonymat (l'identité, les noms des personnes citées, etc..) sera respecté. Lorsque l'étude sera terminée, l'étudiante supprimera les enregistrements.

3. Confidentialité et sécurité des données

Les données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

→ Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude.

Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Fleur Charrier, à l'adresse suivante ; xxxx@xx.fr

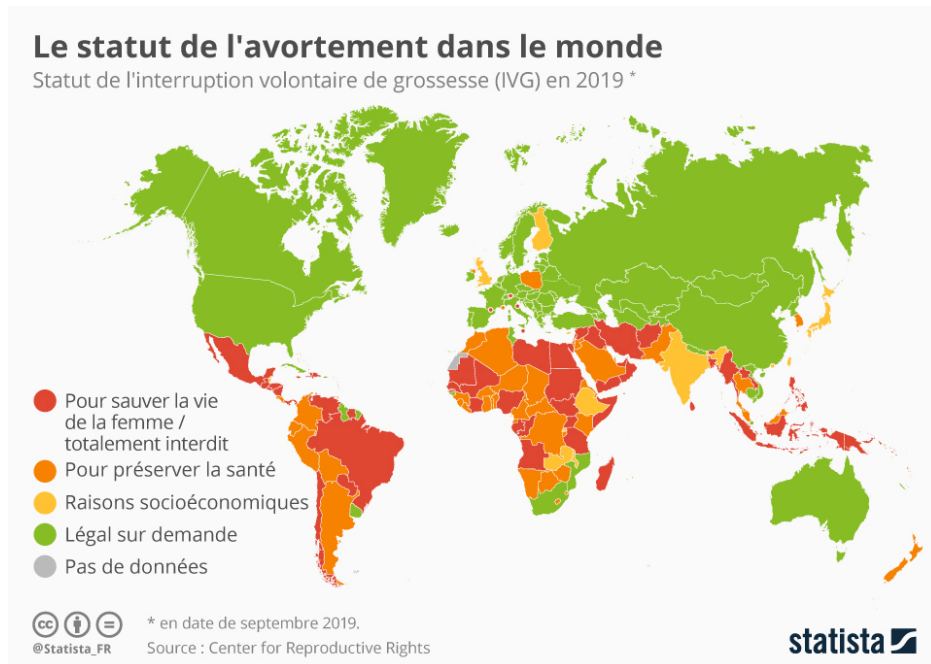
5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez pendant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Charrier Fleur, étudiante sage-femme, 07.**.**.**.*, xxxx@xx.fr

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio, xxxx@xx.fr CHU DQGRDU58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand.

Annexe III : Le statut de l'avortement dans le monde en 2019



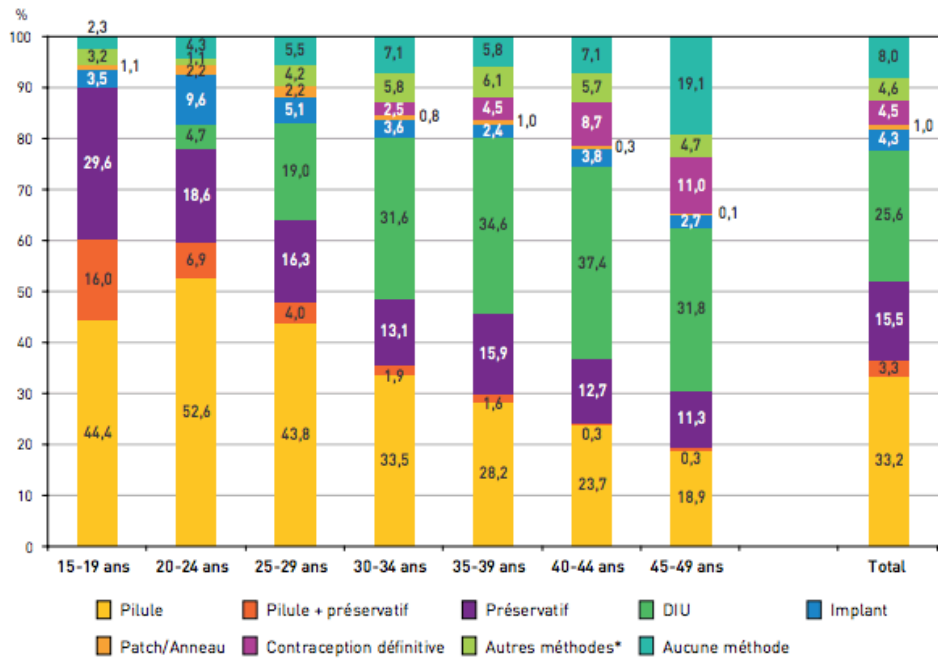
Annexe IV : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

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

Annexe V : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

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



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

RÉSUMÉ

Introduction : En France, on comptait 232 000 avortements en 2019. Un grand nombre de femmes y ont recours plusieurs fois au cours de leur vie. La mise en place d'une contraception post-IVG efficace et adaptée est primordiale.

Méthode : Les objectifs étaient d'évaluer la satisfaction des patientes à propos de leur contraception actuelle, au moins trois mois post-IVG, en regard de leur contraception antérieure, ainsi que de connaître leur opinion concernant leur suivi de contraception. Une étude qualitative à visée descriptive et interprétative a été réalisée auprès de dix femmes, trois mois au minimum après leur IVG.

Résultats : Les femmes interrogées ayant vécu un avortement étaient globalement satisfaites du moyen de contraception utilisé après l'IVG. Cependant une insatisfaction persiste concernant le manque d'informations délivrées, le choix contraceptif parfois imposé et la faiblesse ou l'absence de suivi ultérieur.

Conclusion : Pour une meilleure satisfaction des femmes, il pourrait être intéressant de consacrer davantage de temps à l'échange autour du choix contraceptif et d'instaurer un suivi après la mise en place de cette nouvelle contraception.

Mots Clés : femmes, avortement, IVG, contraception, satisfaction, suivi.

ABSTRACT

Background: In France, there were 232,000 abortions in 2019. A large number of women have recourse to it several times during their lives. The provision of effective and appropriate post-abortion contraception is essential.

Method: The objectives were to assess patients' satisfaction with their current contraception, at least three months post IVG, compared to their previous contraception, as well as to find out their opinion regarding their contraceptive follow-up. A qualitative descriptive and interpretative study was conducted with ten women, at least three months after their abortion.

Results: Women interviewed who had had abortion were generally satisfied with the contraceptive method used after their abortion. However, dissatisfaction persisted regarding the lack of information provided, contraceptive choice sometimes imposed and the weakness or absence of monitoring.

Conclusion: To improve women's satisfaction, it might be interesting to devote more discussing time about contraceptive choice and to institute a monitoring after the new contraception has been introduced.

Keywords: womens, abortion, contraception, abortion, monitoring.