



HAL
open science

Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes

Hélène Bougassas-Gaullier

► **To cite this version:**

Hélène Bougassas-Gaullier. Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04152706

HAL Id: dumas-04152706

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04152706>

Submitted on 16 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 22/09/2022

Par

Hélène BOUGASSAS-GAULLIER

**Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de
contraception des femmes.**

Dirigée par M. le Docteur Marceau Cauchy

JURY

M. le Professeur Michel Dreyfus

Président

M. le Docteur Marceau Cauchy

Directeur

Mme la Docteure Jeanne Le Bas

Membre du jury

Mme la Sage-Femme Emmanuelle Jidouard

Membre du jury

Remerciements

À mon président de jury, le Professeur Michel Dreyfus. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury.

A mon directeur de thèse, le Docteur Marceau Cauchy. Je te remercie de m'avoir soutenue tout au long de la rédaction de ma thèse, et d'avoir supervisé ce travail.

Aux membres du jury, la Docteure Jeanne Le Bas et Mme la Sage-Femme Emmanuelle Jidouard, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au réseau de périnatalité de Normandie, qui m'a aidée dans ma réflexion et mes démarches.

A Laetitia Gosselin, pour ses précieux conseils statistiques.

A mes parents, merci de m'avoir soutenue depuis le début, je suis fière d'être votre fille.

A ma sœur Delphine, qui me supporte depuis 25 ans et avec qui j'espère encore rire longtemps.

A Timothée Guerin, mon BFF de toujours. Je ne sais toujours pas pourquoi on est devenu amis ce jour-là mais merci d'être là. Tu as su m'encourager depuis le début de mes années de médecine, tout en me donnant le sourire lors de nos verres « tranquilles ».

A mes copines de collège, Célia Grimault, Anne Walter, Léa Allemand et Nicolas Bouchet, on a fait les 400 coups ensemble. Prochaine étape la Thaïlande et les 3 petits points.

A Marion Giroud, ma première copine de médecine. Merci de t'être assise à côté de moi ce jour-là à Medisup, et de ne m'avoir jamais quittée depuis.

A Léa Dobler, mon ancienne colocataire. A nos révisions d'ECN et nos soirées de télé réalité. Aux pâtes pesto chèvre.

A Emilie Meunier, à notre externat passé ensemble, entre soirées médecine et révisions à la BU.

A Céline Truong, ancienne ennemie devenue amie. A notre amour pour le vin rouge. A notre amour de détester tout le monde.

A Hugo Rousset, Paul Cheneau, François Mettling, Nicolas de Francony, Jean-Baptiste Vacher Grimaldi, Nicolas Weil, Raphaël Dachicourt, Anaïs de Francony, Gaël de Francony, mes copains de tous les jours depuis de nombreuses années.

A Constance Squizzato, ma co interne des urgences. Finalement le COVID ce n'était pas si pire à tes côtés. A notre tonus clandestin et à nos VD endiablés.

A Axel Briffault, mon ancien co externe de Nanterre. Toi t'es devenu quelqu'un.

A Julie Froidevaux, Sophie Moreau et Amel Sraidi, mes co internes de pédiatrie. On a flambé cet été-là. A nos futurs rempla à la Réunion.

Au BDA, le Bureau des Arts, meilleure année associative à Bichat.

A Herny, mon petit chat pot de colle, qui marche sur mon clavier d'ordinateur quand j'écris ma thèse.

Et pour terminer, à **Guillaume Badot**, celui qui m'est plus le cher. Merci d'être là depuis le début de l'internat, merci de ton soutien et de ton amour. A notre collaboration médecine générale-chirurgie vasculaire. Je t'aime.

Résumé et indexation en français

Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes.

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales. Depuis une vingtaine d'années, le nombre annuel d'IVG sur notre territoire oscille entre 210 000 et 230 000, avec une légère hausse en 2018. L'IVG est donc un moment très important pour parler aux femmes de leur contraception. L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'influence des IVG médicamenteuses faites en ville sur le changement de contraception des patientes. Les objectifs secondaires sont d'étudier s'il existe une différence entre le profil contraceptif post IVG et celui de la population générale, et d'évaluer la proportion de changement de contraception en fonction de l'âge et du nombre d'IVG faites antérieurement.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021. Nous n'avons inclus que les IVG médicamenteuses faites hors parcours hospitalier, par un médecin généraliste ou une sage-femme. Ceux-ci ont été contactés par mail ou téléphone. Les moyens de contraception ont été classés en trois groupes : le groupe 1 pour la pilule, le groupe 2 pour les LARC, et le groupe 3 pour les méthodes moins efficaces et l'absence de contraception.

Résultats : Avant l'IVG, 25,8% des patientes prenaient la pilule, 3,8% avaient un LARC, et 70,5% avaient un moyen de contraception peu efficace ou pas de contraception. Après l'IVG, 32,60% prenaient la pilule, 46,20% avaient un LARC et 22% avaient un moyen autre ou une absence de contraception. Au total, l'IVG a entraîné un changement de contraception dans 70,5% des cas. 67,60% des patientes prenant la pilule ont changé de moyen ; aucune patiente avec un LARC n'a changé, et 75,3% des patientes du groupe 3 ont changé de moyen de contraception. La proportion de changement en fonction de l'âge et du nombre d'IVG antérieures n'était pas significative. Le profil contraceptif post IVG et dans la population générale est sensiblement similaire pour la pilule, mais diffère au niveau des LARC et du groupe « autres ». L'IVG semble donc induire une augmentation des moyens de contraception les plus fiables par rapport à la population générale, peut-être induit-elle des consultations

plus propices pour parler de contraception. Elle diminue le pourcentage de patientes sans contraception ou avec un moyen de contraception peu fiable, mais uniquement de 7% ce qui paraît assez faible.

Conclusion : L'IVG apparaît comme un moment privilégié pour parler de la contraception des femmes, et un moment important pour changer ou commencer une nouvelle contraception. Dans notre étude, 70,5% des patientes changent de contraception après une interruption volontaire de grossesse. Ce résultat est concordant avec les données de la littérature. Il serait judicieux d'améliorer la formation continue des médecins généralistes en particulier, tant sur le plan de la contraception que sur la pose des LARC. Encore trop de patientes repartent sans contraception ou avec une contraception jugée peu fiable, ce qui est le facteur prédictif le plus important de refaire une IVG.

Spécialité :

Médecine générale

Mots clés français :

Contraception, interruption légale de grossesse, avortement provoqué, avortement thérapeutique.

Forme ou Genre :

Thèse et écrit académique

Résumé et indexation en anglais

Title: Influence of medical abortions in the community on women's change in contraception.

Introduction: Voluntary termination of pregnancy is an induced abortion, decided for non medical reasons. For twenty years, number of abortions in France is between 210 000 and 230 000 each year, with a slight increase in 2018. Abortion is a very important moment to speak with women about their contraception. The main objective of this study is to see the influence of medical abortions in the community on women's change in their contraception. Secondary objectives are to study if there's a difference between the contraceptif profile after an abortion and in general population; and to evaluate the proportion of changes in contraception according to age and according to the number of abortions performed previously.

Methods: This is a retrospective quantitative study from January 1, 2021 to December 31, 2021. We only included medical abortions performed outside an hospital, by an general practitioner or a midwife. They were contacted by email or telephone. Methods of contraception were classified into three groups: groupe 1 for the pill, groupe 2 for LARC, and groupe 3 for less effective methods or no contraception.

Results: Before abortion, 25.5% of patients were taking the pill, 3.8% had a LARC, and 70.5% had a less effective method or no contraception. After abortion, 32.6% of patients were taking the pill, 46.2% had a LARC, and 22% had a less effective method or no contraception. At the end, abortion led to a change in contraception in 70.5% of cases. 67.6% of patients taking the pill changed of contraception, no patient with LARC changed, and 75.3% of patients in groupe 3 changed contraceptive method. The proportion of change according to age and number of previous abortions was not significant. The contraceptif profile port abortion and in the general population is substantially similar for the pill, but differs at the level of LARc and the « other » group. Abortion therefore seems to induce an increase in the most effective means of contraception compared to the general population. It reduces the percentage of patients without contraception or with a less effective means of contraception, but only by 7% which seems quite low.

Conclusion: Abortion appears to be a privileged moment to talk about contraception for women, and an important moment to change or start a new contraception. In our study, 70.5% of patients change contraception after voluntary termination of pregnancy. This result is consistent with data from literature. It would be wise to improve the continuing education of general practitioners in particular, both in terms of contraception and the fitting of LARC. Too many patients still leave without contraception or a less effective contraception, which appears to be the most important predictor of having another abortion.

Speciality: general medicine

English keywords:

Contraception, legal termination of pregnancy, induced abortion, therapeutic abortion.

Publication type:

Thesis

Liste des abréviations

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- DIU : Diplôme Inter Universitaire
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- LARC : Long Acting Reversible Contraception
- MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- PEC : Prise En Charge
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SS : Sécurité Sociale

Table des matières

REMERCIEMENTS	4
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS.....	6
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	8
LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
TABLE DES MATIERES.....	11
1 : INTRODUCTION.....	13
1.1 L'IVG EN FRANCE.....	13
1.1.1 Histoire de l'IVG	13
1.1.2 En France.....	13
1.1.3 Statistiques générales.....	16
1.1.4 Statistiques récentes en 2020.....	17
1.2 EFFICACITE THEORIQUE ET REELLE DES MOYENS DE CONTRACEPTION.....	19
1.3 RECOMMANDATIONS ACTUELLES POUR LA PRESCRIPTION	20
1.4 JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	20
1.4.1 Justifications de l'étude.....	20
1.4.2 Objectifs de l'étude	21
2 : MATERIELS ET METHODES.....	22
2.1 TYPE D'ETUDE	22
2.2 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	22
2.2.1 Critères d'inclusion.....	22
2.2.2 Critères d'exclusion.....	22
2.3 RECUEIL DES DONNEES.....	23
2.4 ANALYSE DES DONNEES.....	24
3 : RESULTATS	25
3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	25
3.2 CONTRACEPTION PRE IVG.....	26
3.3 CONTRACEPTION POST IVG PRESCRITE ET EFFECTIVE	27
3.4 SUIVI A LA CONSULTATION DE CONTROLE.....	28
3.5 PROPORTION DE CHANGEMENT DE CONTRACEPTION	28

3.6 PROPORTION DE CHANGEMENT ENTRE LA CONTRACEPTION POST IVG PRESCRITE ET EFFECTIVE	28
3.7 PROPORTION DE CHANGEMENT EN FONCTION DE L'AGE	28
3.8 PROPORTION DE CHANGEMENT EN FONCTION DU NOMBRE D'IVG ANTERIEURES	29
4 : DISCUSSION.....	30
4.1 RAPPEL DES RESULTATS PRINCIPAUX	30
4.2 DISCUSSION DES RESULTATS.....	30
4.2.1 Âge	30
4.2.2 Contraception pré IVG.....	30
4.2.3 Contraception post IVG prescrite et effective	32
4.2.3.1 LARC	32
4.2.3.2 Pilule.....	33
4.2.3.3 Groupe 3	34
4.2.4 Proportion de changement de contraception.....	34
4.2.5 Proportion de changement en fonction de l'âge et du nombre d'IVG antérieures	37
4.2.6 Profil contraceptif post IVG.....	37
4.3 LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS	39
4.4 FORCES DE L'ETUDE.....	40
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES FIGURES	48
TABLE DES TABLEAUX	49
ANNEXE	50
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DE DONNEES DANS LES DOSSIERS.....	50
ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA LA PARTICIPATION A UNE ETUDE.....	51

1 : Introduction

1.1 L'IVG en France

1.1.1 Histoire de l'IVG

Le contrôle des naissances n'est pas quelque chose de nouveau. Dans l'Antiquité, les moyens abortifs étaient mécaniques, chimiques et même magiques. En Mésopotamie antique, le code Hammurabi (1750 avant JC) interdit l'avortement. Hippocrate lui-même donnait des conseils abortifs. Néanmoins, à cette époque-là, la physiologie de la reproduction reste très approximative, ainsi que les connaissances sur le cycle menstruel des femmes.

Dans la Rome Antique et la Grèce classique, le fœtus n'était pas reconnu comme un être humain, il n'y avait donc aucune législation concernant l'avortement. Cependant, l'opinion publique était très hostile à cette pratique.

1.1.2 En France

En 1920, le recours à l'avortement est sévèrement puni par la loi. Une femme qui a avorté risque de 6 mois à 2 ans de prison, et la personne qui a fait avorter, la « faiseuse d'ange », risque 5 ans de prison et jusqu'à 10000 francs d'amende. A cette époque, on estime qu'il y a chaque année 500 000 avortements clandestins et 300 décès maternels.

Sous le régime de Vichy, l'avortement est assimilé à « un crime contre la Sûreté de l'Etat », passible de la peine de mort. La France est confrontée à cette époque à une baisse du taux de natalité à cause de la guerre. Dans les années 50, les mouvements de revendication des droits des femmes pour l'avortement se multiplient. Ils s'appuient sur la dénonciation des inégalités entre classes sociales, entre les femmes riches qui peuvent avorter à l'étranger, et les femmes pauvres qui avortent illégalement dans des conditions d'hygiène et de sécurité très précaires. En 1956 est créée l'association « La maternité heureuse » ; les militantes distinguent nettement avortement et contraception. Ce groupe deviendra en 1960 « Le mouvement français pour le planning familial ».



Figure 1 : Affiche de la maternité heureuse (1)

Les années 1970 vont marquer un tournant important. Le « Manifeste des 343 », paru dans le *Nouvel Observateur* le 5 avril 1971, est un appel rédigé par Simone de Beauvoir et signé par 343 femmes qui disent avoir avorté. Parmi les signataires, on retrouve des noms célèbres comme Marguerite Duras, Catherine Deneuve ou Françoise Sagan. L'avocate Gisèle Halimi et l'écrivaine Simone de Beauvoir créent le mouvement « Choisir » pour la dépénalisation de l'avortement. En 1972 a lieu le procès de Marie-Claire à Bobigny, enceinte à 17 ans après un viol, et qui a avorté avec la complicité de sa mère. Elle est acquittée.

En 1973, 330 médecins signent un manifeste où ils affirment pratiquer des avortements. Valéry Giscard d'Estaing, alors président de la République, souhaite mettre en place une loi qui libéralise l'avortement, et qui facilite l'accès à la contraception. Simone Veil, alors ministre de la Santé et chargée de cette mission, présente son projet de loi légalisant l'avortement devant le Conseil des ministres le 13 novembre 1974. Après neuf séances de débats très violents à l'Assemblée nationale, la loi est promulguée le 17 janvier 1975 avec une mise à l'essai de 5 ans. Elle sera adoptée et complétée par la loi Pelletier en 1979. Simone Veil crée de nombreux centres « autonomes » sous la responsabilité de médecins volontaires, face à la réticence de certains médecins à réaliser des IVG dans leurs services hospitaliers.

En 1982, la loi Roudy (du nom d'Yvette Roudy, ministre des droits de la femme) permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale.

En 1992, la loi Neiertz crée le délit d'entrave à l'interruption de grossesse. Elle stipule que l'entrave à l'IVG est un délit passible de deux mois à trois ans de prison, et passible de 2000 à 30000 francs d'amende.

En 2001, la loi Aubry-Guigou fait passer le délai légal de recours à l'avortement de 10 à 12 semaines, et autorise les mineures à obtenir une IVG sans autorisation parentale si elles sont accompagnées par un adulte de leur choix.

En 2004, l'IVG médicamenteuse est autorisée en médecine de ville.

En 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, et le gouvernement lance un site officiel d'information sur l'avortement : IVG.gouv.fr.

En 2014, la loi Vallaud Belkacem supprime la notion de « détresse » des conditions de recours à l'avortement. Le délit d'entrave à l'IVG est étendu à tout ce qui porte atteinte à l'accès à l'information sur l'IVG. Il sera passible d'une peine pouvant aller jusqu'à deux ans de prison et 30000 euros d'amende en 2017.

En 2016, le délai de réflexion de 7 jours imposé entre la première et la deuxième consultation est supprimé. L'IVG médicamenteuse devient accessible aux sages-femmes. (2)

Tout récemment, en mars 2022, a été promulguée la loi allongeant le délai légal de l'IVG à 16 SA, allongeant le délai légal des IVG médicamenteuses en ville à 9 SA, et permettant entre autres la réalisation des IVG chirurgicales par les sages-femmes dans les hôpitaux.

L'IVG est aujourd'hui autorisée jusqu'à 16 SA de grossesse. Elle peut être réalisée par voie médicamenteuse jusqu'à 9 SA, puis par voie chirurgicale entre 9 SA et 16 SA. Deux rendez-vous avant l'IVG sont obligatoires, sans délai de réflexion (sauf pour les mineures) ; et un rendez-vous après l'IVG est également obligatoire (souvent un mois après). (3) (4)

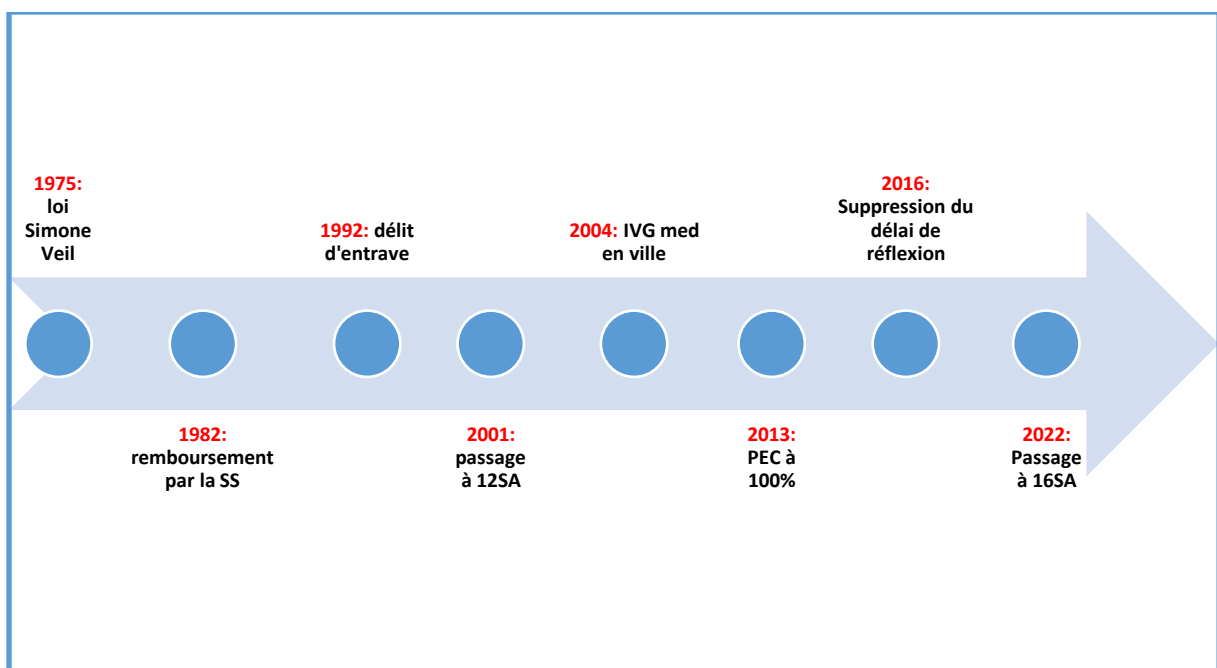


Figure 2 : chronologie de l'histoire récente de l'IVG en France

1.1.3 Statistiques générales

Le taux d'IVG pour 1000 femmes entre 1990 et 2018 a connu une constante évolution. Il est passé de 14.14 en 1990 à 15.5 en 2018.

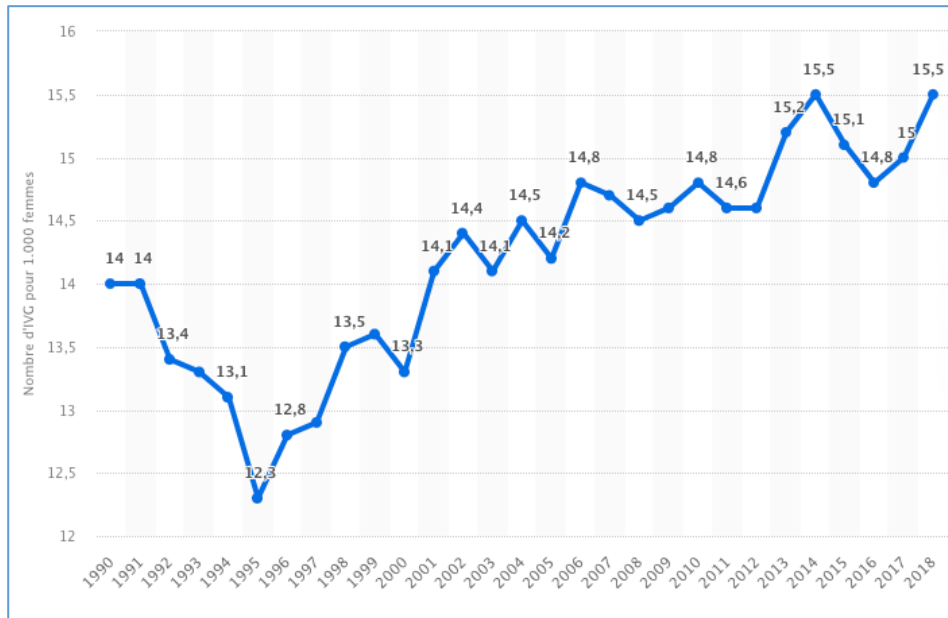


Figure 3 : Taux d'IVG pour 1000 femmes entre 1990 et 2018 en France

Entre 1990 et 2020, le nombre d'IVG en France est passé de 208 325 à 222 025, avec une chute en 1995 (193 763). (5)

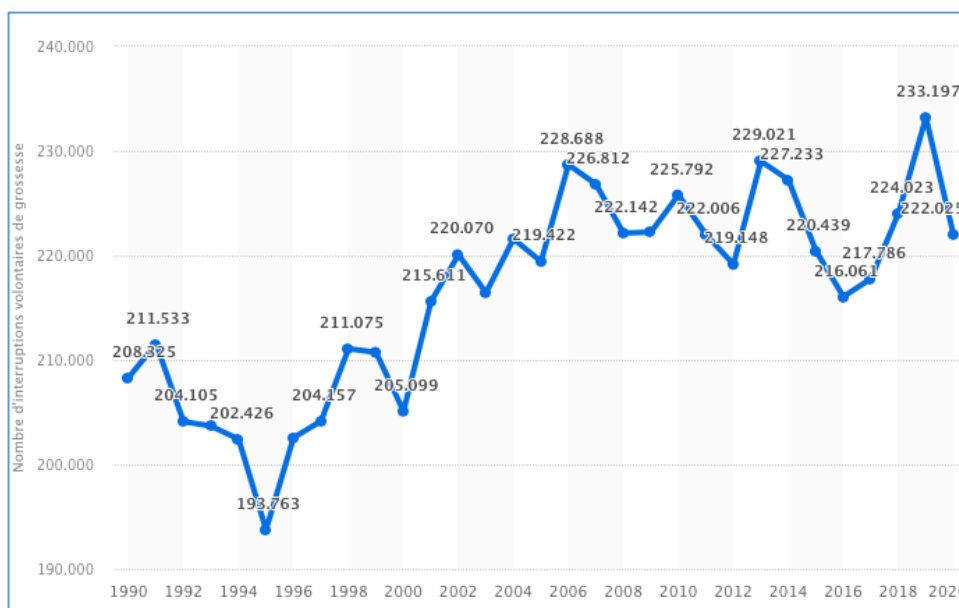


Figure 4 : Nombre d'IVG en France entre 1990 et 2020

1.1.4 Statistiques récentes en 2020

La France a enregistré 222 025 interruptions volontaires de grossesse en 2020. Ce chiffre correspond à 14,9 femmes sur 1000 entre 15 et 49 ans. C'est un chiffre en diminution par rapport à l'année 2019 (-4%), surtout en métropole. Cette diminution est probablement liée à la pandémie de COVID 19, qui a induit une baisse des conceptions durant le premier confinement.

Ce chiffre présente néanmoins de nombreuses disparités.

Le nombre d'IVG a chuté en établissement de santé, mais a continué de croître hors milieu hospitalier. C'est pourquoi des mesures ont été prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, en avril 2020, avec une prolongation du délai légal des IVG en ville à 9SA (vs 7 SA), et la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses en téléconsultation. Cette pratique a concerné 3,4% des IVG en mai 2020. Ces mesures ont été renouvelées en novembre 2021.

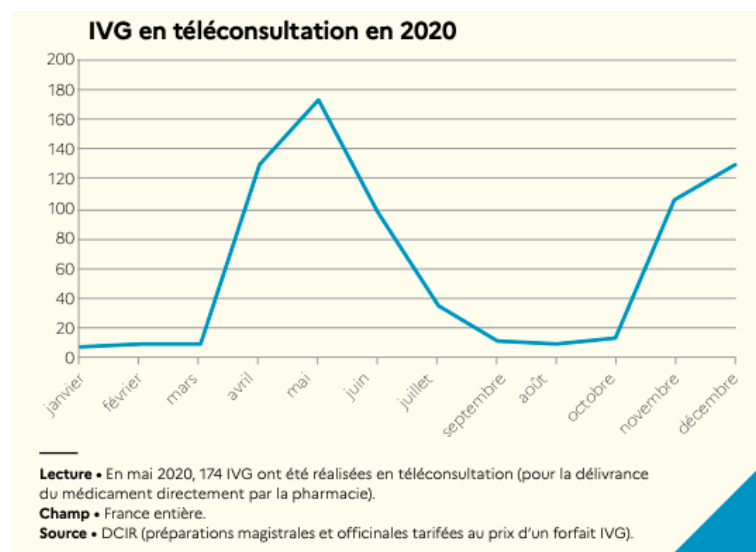


Figure 5 : Nombre d'IVG en téléconsultation en 2020 en France

Les IVG médicamenteuses ont ainsi augmenté et représentent 72% du total des IVG, contre 68% en 2019 et 31% en 2000.

Ce sont les femmes de 20 à 29 ans qui ont le plus souvent recours à l'IVG (25,7 pour mille chez les 20-24 ans et 27,1 pour mille chez les 25-29 ans). Le taux de recours à l'IVG a cependant diminué pour toutes les femmes de moins de 40 ans, notamment dans la tranche d'âge 18-25 ans. La baisse du recours à l'IVG chez les mineures se poursuit. La crise liée au COVID n'a pas entraîné d'augmentation des IVG tardives.

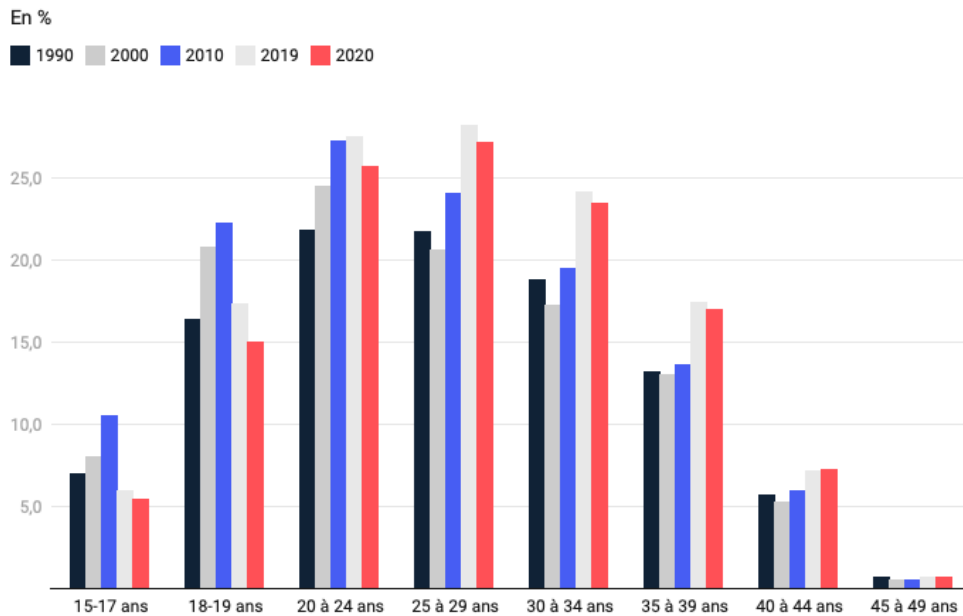


Figure 6 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge entre 1990 et 2000

Par ailleurs, il existe également de grandes disparités régionales.

Le taux de recours à l'interruption de grossesse a diminué en métropole (14,9 pour mille contre 15,6 pour mille en 2019), et a stagné dans les départements et régions d'outre-mer (28,5 pour mille contre 28,4 pour mille). Le taux était par exemple de 17,4 pour mille en Ile de France, contre 21,7 pour mille en PACA et 39,4 pour mille en Guadeloupe. (6) (7)

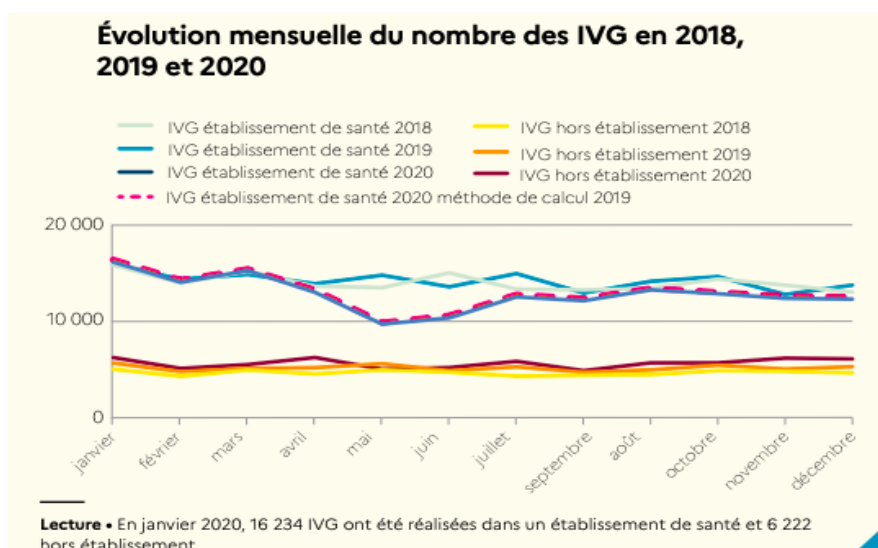


Figure 7 : Evolution mensuelle du nombre d'IVG en 2018, 2019 et 2020

En Normandie, le taux de recours à l'IVG en 2019 était de 13,2 pour 1000, et 19,6% des IVG étaient faites en extra hospitalier. (8)

1.2 Efficacité théorique et réelle des moyens de contraception

L'efficacité théorique des moyens contraceptifs se mesure par l'indice de Pearl, inventé par Raymond Pearl en 1933. C'est un indice théorique qui se définit par un pourcentage de grossesses non désirées sur un an d'utilisation optimale d'une méthode contraceptive. Par exemple, un indice de Pearl égal à 10 signifie que dans l'année, 10 femmes sur 100 utilisant ce moyen de contraception sont tombées enceinte.

Cette efficacité théorique est en réalité assez loin de l'efficacité pratique. L'efficacité pratique est calculée sur 100 personnes, en incluant les couples n'ayant pas bien utilisé le moyen contraceptif (usage non correct d'un préservatif, oubli d'une pilule...). Elle permet d'évaluer le risque de grossesse dans la vie courante.

L'écart entre ces deux efficacités est particulièrement important pour la pilule (oublis, mauvaise reprise d'une plaquette, vomissement...), les préservatifs (rupture le plus souvent) et les méthodes naturelles. Cet écart important met souvent en lumière une utilisation trop compliquée ou trop contraignante. (9)

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

Figure 8 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives (indice de Pearl) (9)

1.3 Recommandations actuelles pour la prescription

Ces recommandations ont été faites par la HAS en 2019, et par le CNGOF en 2018.

Le choix de la contraception est un moment important, et doit faire l'objet d'une consultation dédiée. Cette contraception doit être réévaluée à chaque renouvellement de prescription.

Ce choix doit prendre en compte une multitude de paramètres : le souhait de la patiente, son âge, l'évolution de sa situation personnelle, les facteurs de risque cardio vasculaire, l'évolution des contre-indications.... Le praticien ne doit pas afficher son choix personnel.

Dans un premier temps, l'interrogatoire recherche les antécédents médicaux, gynécologiques, les antécédents personnels ou familiaux (1er degré) d'événement thrombo-embolique veineux, la prise d'inducteurs enzymatiques... L'examen clinique recherche en particulier une hypertension artérielle, une obésité ou une pathologie du col utérin ou mammaire.

Dans un deuxième temps, le risque vasculaire artériel et veineux doit être évalué. Les facteurs de risque de thrombose veineuse ou artériels sont des contre-indications aux pilules oestro-progestatives.

Il est nécessaire d'aborder l'efficacité, les risques, le coût, et la durée d'action.

La couverture contraceptive en France est élevée. Elle change au cours de la vie d'une femme avec un schéma souvent classique : préservatif au début de la vie sexuelle, remplacé par la pilule lorsque la relation se stabilise, puis dispositif intra utérin ou implant.

La crise de la pilule en 2013 a abouti au retrait de commercialisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération et a remis en cause l'utilisation de la contraception oestro-progestative, mais la pilule reste le premier mode de contraception en France. (10) (11) (12) (13)

1.4 Justifications et objectifs de l'étude

1.4.1 Justifications de l'étude

Très peu d'études portent sur le changement de contraception des femmes après des IVG médicamenteuses faites en ville. La majorité des études concerne les IVG médicamenteuses réalisées en milieu hospitalier, ou les IVG chirurgicales.

L'étude de A. Ohannessian et C Jamin, réalisée en 2016 pour établir les recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français au sujet de la contraception après une IVG, nous montre que la contraception doit évidemment être choisie en accord avec les

attentes de la patiente, mais que les LARC sont à privilégier car ils ne dépendent pas de l'observance de la patiente. (14)

Dans un essai contrôlé randomisé en 2018 sur la contraception après une IVG aux Etats-Unis, la contraception la plus retrouvée était les LARC, mais seules 26% des IVG réalisées étaient des IVG médicamenteuses. (15)

Dans une autre étude en 2018 aux Etats-Unis sur la mise en place d'une contraception en post IVG, on retrouve le plus souvent la mise en place d'un LARC dans les 90 jours suivant l'IVG, mais il s'agissait également très majoritairement d'IVG chirurgicales (75%). (16)

Ces trois études étaient cependant réalisées principalement en milieu hospitalier.

1.4.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'influence des IVG médicamenteuses faites en ville sur le changement de contraception des patientes.

Les objectifs secondaires sont d'étudier s'il existe une différence entre le profil contraceptif post IVG et celui de la population générale, et d'évaluer la proportion de changement de contraception en fonction de l'âge et du nombre d'IVG faites antérieurement.

2 : Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Les médecins généralistes et sages-femmes pratiquant les IVG médicamenteuses en ville dans le Calvados ont été contactés par mail et par téléphone.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- IVG par voie médicamenteuse.
- Réalisée en cabinet de ville.
- Par un médecin généraliste ou une sage-femme.
- Entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021.
- Un parcours complet avec les 2 consultations pré IVG et la consultation post IVG faites par le même praticien.

2.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- IVG par voie chirurgicale.
- Réalisée en clinique ou structure hospitalière.
- Par un gynécologue-obstétricien. En effet, la majorité des gynécologues exerçaient leur pratique d'IVG soit dans un milieu hospitalier soit dans une clinique, ce qui s'éloignait de l'objectif de l'étude.
- Un parcours incomplet : soit un changement d'avis, soit une grossesse arrêtée spontanément, soit une seule consultation pré IVG, soit une consultation post IVG faite par le praticien sans consultation pré IVG, soit une IVG médicamenteuse avec complications et passage en service hospitalier.
- Les femmes ayant opté pour une contraception définitive à la suite de l'IVG. La stérilisation définitive est effective après plusieurs mois, elle nécessite plusieurs consultations et un délai

de réflexion. Il n'était pas possible dans notre étude de récupérer les données plusieurs mois après.

2.3 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire composé de questions ouvertes. Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes et aux sages-femmes. Nous avons recensé toutes les sages-femmes et tous les médecins généralistes qui réalisent des IVG médicamenteuses dans leur cabinet dans le Calvados. Cette recherche exhaustive a été faite avec l'aide de la liste publiée par le réseau de périnatalité de Normandie, grâce au site « ivglesadresses.org », et grâce à la recherche « IVG médicamenteuse » et « Calvados » sur le site Doctolib. Nous avons trouvé 9 praticiens : 3 sages-femmes et 6 médecins généralistes.

Nous avons également contacté l'Agence régionale de Santé de Normandie pour connaître leurs chiffres grâce aux codages « FHV » (forfait consultation de ville) et « FMV » (forfait médicament de ville) facturés en 2021 dans le Calvados par les médecins généralistes et les sages-femmes. Ils nous ont transmis le chiffre de 160 consultations d'IVG facturées sur l'année 2021.

Dans les recommandations de la HAS publiées en 2013, les différents moyens de contraception ont été regroupés en six groupes : la contraception hormonale (regroupant la contraception oestro- progestative orale, transdermique et vaginale ; et progestative orale, sous cutanée, ou injectable) ; la contraception intra utérine (regroupant le DIU au cuivre et au lévonorgestrel) ; le préservatif masculin ; les méthodes contraceptives dites « moins efficaces » ; la stérilisation féminine et la stérilisation masculine. (17)

Dans notre étude, nous avons décidé de regrouper les moyens de contraception en trois groupes : un groupe « contraception orale » (regroupant la pilule oestro-progestative et la pilule microprogestative), un groupe « LARC » (regroupant l'implant et les DIU), et un groupe « autres » (regroupant le préservatif, le diaphragme, les méthodes naturelles et l'absence de contraception). En effet, cette classification nous paraissait plus pertinente au vu de l'objectif principal de l'étude.

L'indice de Pearl étant exactement similaire pour la pilule oestro-progestative et la pilule microprogestative, nous avons décidé de ne pas faire de distinction entre les deux. Nous

n'avons également pas fait de distinction entre les implants et les DIU, qui ont un indice de Pearl très proche.

Nous avons considéré deux types de contraception post IVG : la contraception post IVG prescrite, c'est-à-dire celle qui figurait sur l'ordonnance du deuxième rendez-vous avant l'IVG ; et la contraception post IVG effective, c'est-à-dire celle qui était prise réellement par la patiente après le rendez-vous post IVG.

Les DIU et les implants étaient considérés comme posés s'ils étaient posés au rendez-vous post IVG.

La pilule était considérée comme débutée si la patiente l'avait commencée le jour de l'IVG.

Devant le grand nombre de patientes qui avaient une contraception dans le groupe « autres » avant l'IVG, nous avons fait une analyse en sous-groupe, en détaillant quelles étaient les proportions entre le préservatif, l'absence de contraception, et les méthodes naturelles.

Nous avons eu 3 données manquantes sur le nombre d'enfants des participantes.

L'anonymat des patientes a été respecté, car les médecins transmettaient des questionnaires anonymes. L'avis d'un comité d'éthique n'a pas été nécessaire. La recherche a été inscrite à la DPO (protection des données) de l'Université de Paris.

2.4 Analyse des données

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

Dans un premier temps, l'analyse a été descriptive, sous la forme de pourcentages.

Dans un second temps, la comparaison entre les populations changeant ou non de contraception a été réalisée à l'aide d'un test du CHI2 ou d'un test exact de Fisher. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R version 3.6 et le degré de significativité a été fixé à $p=0.05$.

3 : Résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Sur 141 questionnaires recueillis, 132 ont été inclus dans cette étude.

5 patientes ont été exclues car elles avaient opté pour une contraception définitive, 2 ont été exclues car elles n'ont pas réalisé l'IVG après les consultations pré IVG, 1 a été exclue car elle n'a réalisé que la consultation post IVG, et 1 a été exclue car son IVG médicamenteuse n'a pas fonctionné (passage en IVG chirurgicale).

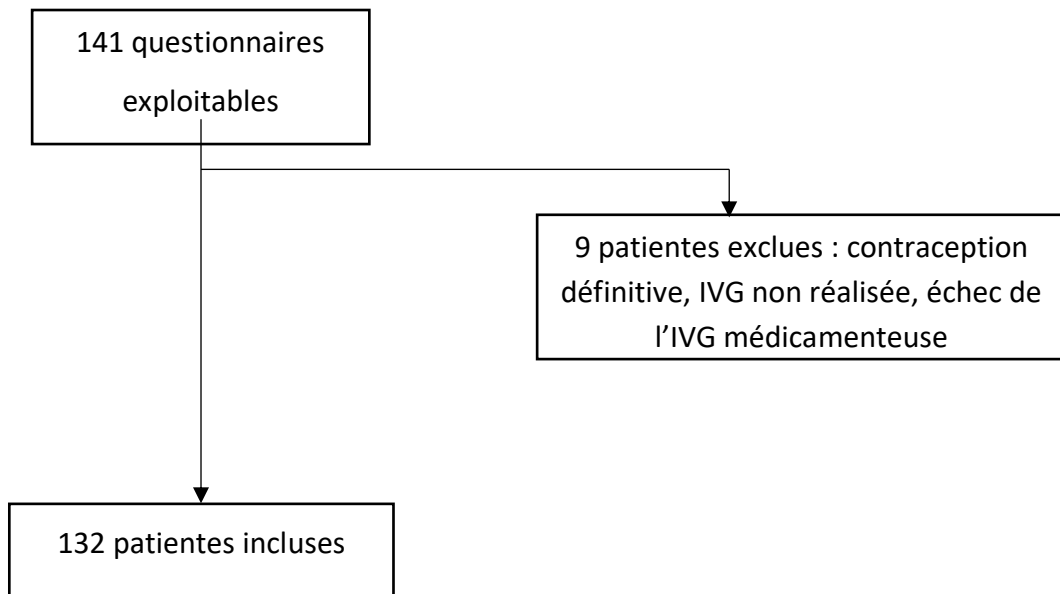


Figure 9 : diagramme de flux de l'étude

L'âge moyen des participantes était de 29.924 ans, avec un écart type de 6.479.

Le nombre moyen d'IVG antérieures était de 0.523, avec un écart type de 0.815.

Le nombre moyen d'enfants était de 1.171, avec un écart type de 1.257.

	Moyenne	Ecart type
Âge (années)	29.924	6.479
Nombre d'IVG antérieures	0.523	0.815
Nombre d'enfants	1.171	1.257

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

3.2 Contraception pré IVG

Avant la réalisation de l'IVG, 25.80% des patientes (soit 34 patientes) avaient la pilule comme mode de contraception, 3.80% (soit 5 patientes) avaient un LARC, et 70.50% des patientes avait une autre méthode (soit 93 patientes).

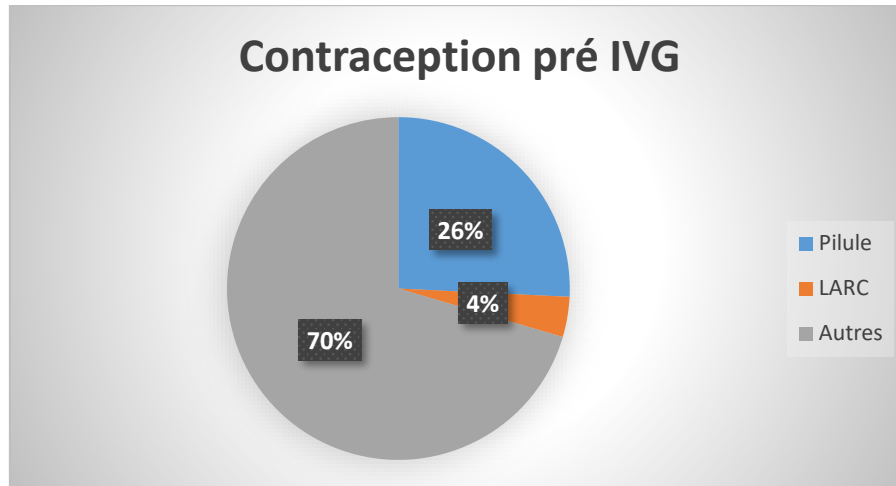


Figure 10 : contraception pré IVG en pourcentages

Si l'on détaille avec les sous-groupes du groupe « autres », celui-ci était divisé en 52.30% de patientes sans contraception (soit 69 patientes), 14.40% de patientes avec comme contraception les préservatifs (soit 19 patientes), et 3.79% de patientes avec comme contraception une méthode naturelle (soit 5 patientes).

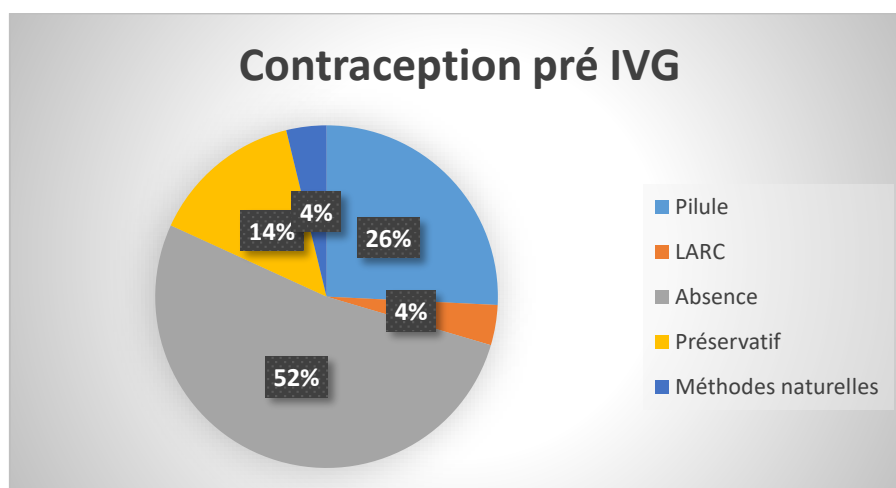


Figure 11 : contraception pré IVG en pourcentages par sous-groupes

3.3 Contraception post IVG prescrite et effective

Après l'IVG médicamenteuse, sur la prescription du médecin ou de la sage-femme, 32.60% (soit 43 patientes) avaient la pilule comme moyen de contraception ; 59.10% (soit 78 patientes) avaient un LARC, et 8.30% (soit 11 patientes) avaient une autre méthode.

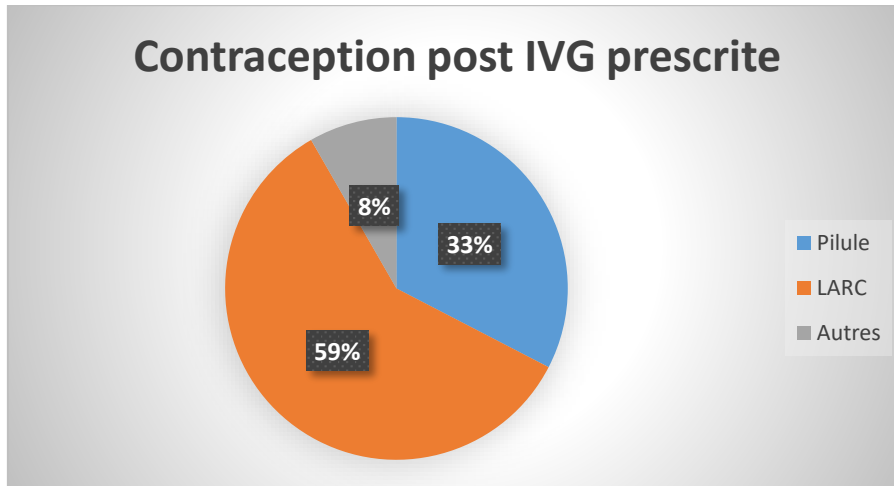


Figure 12 : contraception post IVG prescrite en pourcentages

A la fin de la consultation de contrôle, 32.60% des patientes (soit 42 patientes) prenaient véritablement la pilule, 46.20% des patientes (soit 61 patientes) avaient un implant ou un DIU posé, et 22% des patientes (soit 29 patientes) avaient un autre moyen.

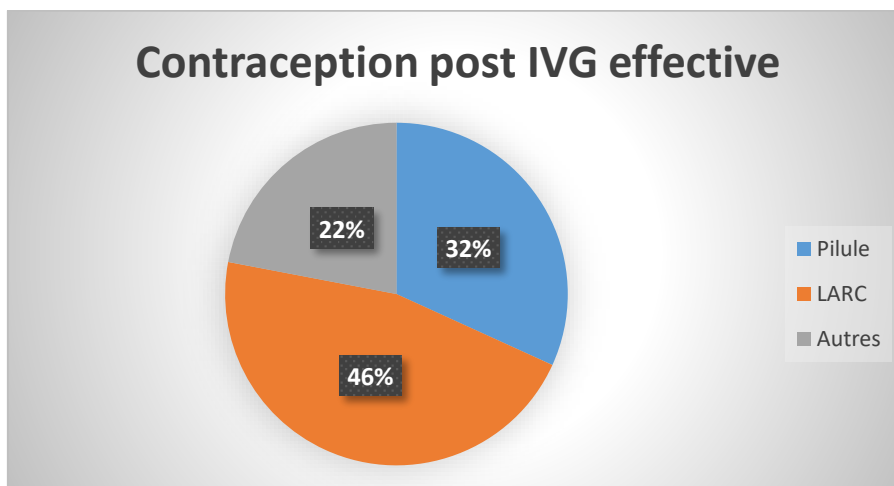


Figure 13 : contraception post IVG effective en pourcentages

3.4 Suivi à la consultation de contrôle

77.30% des patientes sont venues à leur consultation post IVG de contrôle (soit 102 patientes) ; 22.70% ne sont pas venues.

3.5 Proportion de changement de contraception

De manière générale, 70.5% des patientes (soit 93 patientes) ont changé de contraception (entre la contraception pré IVG et la contraception post IVG effective) :

- 67.60% des patientes qui prenaient la pilule (soit 23 patientes) ont changé de contraception.
- Aucune patiente avec un LARC n'a changé de contraception après l'IVG.
- 75.3% des patientes (soit 93 patientes) qui étaient dans le groupe « autre » ont changé de contraception.

	Changement	Non changement
Groupe 1	67.6%	32.4%
Groupe 2	0%	100%
Groupe 3	75.3%	24.7%

Tableau 2 : Proportion de changement de contraception en pourcentages

3.6 Proportion de changement entre la contraception post IVG prescrite et effective

De manière générale, 19.7% des patientes (soit 26 patientes) n'avaient pas la même contraception post IVG prescrite et effective :

- 9.30% des patientes du groupe 1 (soit 4 patientes) n'ont pas réellement commencé la pilule.
- 25.6% des patientes du groupe 2 (soit 20 patientes) n'ont pas posé de DIU ou d'implant.
- 18.20% des patientes du groupe 3 (soit 2 patientes) n'ont pas commencé une méthode du groupe 3.

3.7 Proportion de changement en fonction de l'âge

Pour les patientes de moins de 30 ans, 41 patientes ont changé de contraception et 21 patientes n'ont pas changé de contraception.

Pour les patientes de plus de 30 ans, 52 patientes ont changé de contraception et 18 patientes n'ont pas changé de contraception.

Cependant la différence n'est pas significative ($p : 0.4043$).

Âge	Changement	Pas de changement	
<30	41	21	62
>30	52	18	70
	93	39	132

Tableau 3 : proportion de changement en fonction de l'âge

3.8 Proportion de changement en fonction du nombre d'IVG antérieures

Pour les patientes n'ayant jamais fait d'IVG avant, 56 patientes ont changé de contraception, et 26 n'ont pas changé de contraception.

Pour les patientes ayant déjà fait au moins une IVG avant, 37 patientes ont changé de contraception, et 13 patientes n'ont pas changé de contraception.

Cependant la différence n'est pas significative ($p : 0.6167$).

ATCD IVG	Changement	Pas de changement	
0	56	26	82
> 1	37	13	50
	93	30	132

Tableau 4 : proportion de changement en fonction du nombre d'IVG antérieures

4 : Discussion

4.1 Rappel des résultats principaux

Dans notre étude, avant l'IVG, 25,8% des patientes prenaient la pilule, 3,8% avaient un LARC, et 70,5% avaient une contraception du groupe 3.

A la consultation de contrôle, 32,6% des patientes prenaient la pilule, 46,2% avaient un LARC, et 22% avaient une contraception du groupe 3.

70,5% des patientes ont changé de contraception.

Les proportions de changement en fonction de l'âge et du nombre d'IVG antérieures ne sont pas significatives.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Âge

L'âge moyen des participantes était de 29.9 ans, ce qui est concordant avec l'âge moyen national de recours à l'IVG (entre 20 et 29 ans). (18)

En 2018, l'âge moyen des patientes réalisant des IVG au CHU de Caen (médicamenteuses et chirurgicales) était de 27.38 ans, avec une majorité de patientes entre 20 et 24 ans. On peut supposer que les patientes de plus de 24 ans s'orientent préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire, car elles ont plutôt recours à des IVG médicamenteuses à des termes plus précoces. (19)

4.2.2 Contraception pré IVG

Un peu plus de la moitié des patientes (52.3%) n'avait pas de contraception avant l'IVG. L'IVG est donc dans notre étude liée de manière quasiment équivalente à une absence de contraception et à un échec de contraception.

Ce résultat est concordant avec une étude publiée en 2019 sur les prescriptions de contraception après IVG, qui trouvait un taux de 53,9% de patientes qui n'avaient pas de contraception avant l'IVG. (20)

Dans l'enquête nationale du Baromètre Santé en 2016, on trouvait que 71.9% des femmes en France étaient concernées par la question de la contraception (18.1% n'ont pas eu de rapport

sexuel l'année précédente, 9.2% sont enceintes ou avec un désir de grossesse, et 1.2% sont ménopausées). 33.2% prennent la pilule, 29.9% ont un LARC, et 29.1% ont une contraception du groupe 3. (13). Le profil contraceptif des femmes en population générale n'est donc pas comparable avec le profil contraceptif pré IVG des femmes ayant recours à l'IVG dans notre étude. En effet, la différence est majeure au niveau des LARC et du groupe 3. Pour rappel, 3.8% des femmes dans notre étude avaient un LARC avant une IVG, et 70.5% avaient une contraception du groupe 3.

Le préservatif et les méthodes naturelles apparaissent comme des solutions peu fiables, ce qui concorde avec leur indice de Pearl dans la pratique (entre 15 et 32). (9)

Un quart des patientes prenait la pilule avant l'IVG. Cette méthode apparaît également comme moyennement fiable dans la pratique. Plusieurs raisons peuvent être retrouvées : beaucoup de patientes ne savent pas quelle est la conduite à tenir en cas d'oubli, en cas de vomissement, ou ne prennent pas correctement la pilule en reprenant les plaquettes le mauvais jour. Cela peut également être une conséquence de l'absence d'explications de certains praticiens prescripteurs de pilule contraceptive. (21) Dans l'étude de Bertin et al réalisée en 2010 sur les médecins généralistes et l'oubli de pilule, seuls 2 médecins interrogés (sur 25) étaient à jour des recommandations complètes de la HAS sur la conduite à tenir en cas d'oubli. (22)

Une prescription de contraception devrait être une consultation longue à part entière. Il est recommandé d'informer les couples qu'il y a une différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique d'une contraception, et que le risque d'échec d'une contraception est souvent lié soit à une mauvaise utilisation de la méthode soit à une méthode inadaptée aux conditions de vie. Il est également recommandé de donner une information claire, longue et adaptée sur l'utilisation de la méthode choisie (en particulier la pilule), et sur les risques en cas de mauvaise observance (comme la conduite à tenir en cas d'oubli par exemple). (10)

Dans le travail de thèse de médecine du Dr Stéphanie Arciniega (publié en 2014), les deux premières causes d'échec de la pilule sont l'oubli d'un ou plusieurs comprimés et l'arrêt brutal de la pilule (31% pour les 2). 16% des femmes ne savaient pas quelle était la cause de l'échec. (23)

Dans l'étude GRECO réalisée en 2004 par P.Barjot et O. Graesslin sur les grossesses survenant sous contraception orale, 60,8% des causes d'échec étaient représentées par un oubli

supérieur à 12h, très loin devant les vomissements, les diarrhées, et les interactions médicamenteuses. 48,6% des patientes oubliaient leur pilule au moins une fois par cycle. (24)

La proportion de patientes avec un LARC avant une IVG reste très faible, 3.80%. Les LARC apparaissent comme des moyens très fiables de contraception, et leur faible proportion en pré IVG peut s'expliquer par l'efficacité de la méthode. Sur les 5 patientes représentées, 4 étaient des grossesses sur stérilet.

Dans les recommandations de pratique clinique sur la contraception intra utérine publiées en 2018 par le CNGOF, on retrouve des taux de grossesse à 12 mois entre 0,2% et 0,8% pour les DIU. Cependant, les DIU se sont très largement répandus depuis quelques années, ce qui pourrait laisser supposer une augmentation de la fréquence des grossesses sur stérilet. Dans l'enquête du Baromètre Santé en 2016, 25,6% des femmes en France ont une contraception intra utérine. Il n'y a pas de chiffre plus récent sur l'évolution du nombre de DIU posés. (25)

4.2.3 Contraception post IVG prescrite et effective

4.2.3.1 LARC

Les LARC sont prescrits très majoritairement après une IVG : 59.1% des patientes repartent avec une ordonnance d'implant ou de DIU. Mais à la consultation de contrôle, seules 46.20% des patientes ont un implant ou un DIU de posé. A quoi cette différence pourrait-elle être due ? Plusieurs explications sont possibles, dont deux principales.

La première est que les femmes peuvent changer d'avis entre les deux consultations. (26). Il existe encore beaucoup trop d'idées reçues notamment sur les DIU, par exemple chez les femmes nullipares qui ne pourraient pas bénéficier de DIU ; ou encore sur les douleurs lors de la pose ; ou sur le fait de le sentir physiquement notamment lors des rapports sexuels. Il existe également beaucoup d'idées reçues sur l'implant : l'idée d'avoir un corps étranger dans le bras, le risque de migration, ou encore la prise de poids.

Dans la thèse du Dr Pauline Soulier publiée en 2018 sur les DIU et les implants chez les femmes entre 18 et 25 ans en Seine St Denis, le manque de connaissance est ainsi la première cause retrouvée de refus d'un DIU. On retrouve ensuite dans cet ordre : la peur d'avoir un corps étranger en soi, la pensée que les DIU rendent stériles, la pensée que les DIU ne sont pas indiqués chez les nullipares, la peur de la technique de pose, un doute sur la fiabilité puis la peur de le ressentir pendant les rapports. Concernant les implants, la première cause de refus

est une crainte de la prise de poids et de la perturbation des cycles, puis la peur de la pose et du retrait, puis la crainte d'avoir un corps étranger et des hormones. (27)

La deuxième est que certains médecins généralistes prescrivent des implants et des DIU sans savoir les poser par la suite. La patiente a l'ordonnance mais ne sait pas comment ni où faire poser le DIU.

Dans la thèse du Dr Anouk Fraysse sur la pose des stérilets comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes en Haute Normandie, le frein principal identifié est le manque de formation pratique et théorique, ainsi que le manque de matériel adapté (table d'examen par exemple). (28)

Le travail de thèse du Dr Justine Clochey rejoint ces constats : il existe une augmentation de la demande des DIU par les patientes, surtout chez les nullipares. Le stage obligatoire de gynécologie existe depuis 1999 dans l'internat de médecine générale mais peu d'internes apprennent à poser des DIU. Les médecins déclarent apprendre plutôt sur le terrain, avec des tutoriels sur internet, ou en faisant des stages de quelques jours chez des sages-femmes ou des gynécologues. Beaucoup de médecins généralistes n'ont par ailleurs pas d'intérêt particulier pour la gynécologie. (29)

Au sujet de l'implant, le manque de formation à la pose apparaît comme le principal frein, ainsi que le manque de temps, le matériel pour la petite chirurgie nécessaire à la pose et au retrait, et le manque d'intérêt pour cette contraception. Plus d'un quart des médecins déclarent s'être formés seuls. (30)

L'apprentissage de la pose des DIU et des implants pourrait donc faire partie intégrante de la formation continue des médecins généralistes qui pratiquent des IVG médicamenteuses dans leur cabinet, avec un renforcement par exemple des FMC de gynécologie, ou un accès simplifié au DIU de gynécologie.

A Caen, la première formation à l'IVG pour les généralistes a été faite en 2006 par le Réseau de Périnatalité de Basse Normandie. Cette formation est renouvelée régulièrement. (8)

L'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Normandie a lancé une enquête en 2017 auprès des 2750 médecins généralistes de la région : 90% des médecins assurent le suivi gynécologique des patientes et 89% sont intéressés par cette part de leur activité. 31% des médecins généralistes posent des DIU, et 54% des implants contraceptifs. (31)

4.2.3.2 Pilule

32.6% des patientes repartent avec une pilule contraceptive. Ce pourcentage concorde avec le pourcentage de femmes en France prenant la pilule (33,2%). (13)

4.2.3.3 Groupe 3

Enfin, trop de patientes repartent avec une contraception peu fiable ou une absence de contraception (22% soit presque un quart), ce qui est un facteur prédictif important de refaire une nouvelle IVG.

Dans une étude publiée en 2018 sur la contraception post IVG et le risque de refaire une IVG, on retrouve que les femmes ne commençant pas de contraception ont significativement plus de risques de refaire une IVG dans les 12 mois suivants (OR : 3,66 et $p=0,005$). (16)

Est-ce le praticien qui n'a pas réussi à expliquer à la patiente ce qu'est la contraception et quels sont tous les moyens possibles ? Est-ce la patiente qui reste réticente ? Il existe un tel nombre de moyens possibles et différents qu'il paraît difficile d'envisager qu'aucun ne convienne à une patiente. Par ailleurs, depuis quelques années, se développent beaucoup de techniques dites naturelles ou avec des applications sur téléphone portable, pour limiter un traitement « iatrogène » par pilule, ou un corps étranger tel un DIU ou un implant. Cependant, ces techniques semblent peu efficaces.

Dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF publiées en 2018, on trouve ainsi une prévalence de 6,1% en France pour les méthodes naturelles. Il existe un regain d'intérêt pour ces méthodes. Deux catégories de femmes en particulier ressortent dans cette étude : les femmes sans diplôme, qui choisissent ces méthodes naturelles peut-être par manque d'information ou pour des raisons économiques ; et les femmes très diplômées, mieux informées, qui refusent les risques liés aux hormones. Le CNGOF recommande d'informer les patientes de la faible efficacité des méthodes naturelles comparées aux autres. La méthode du retrait n'est pas recommandée. (32)

Dans l'enquête COCON réalisée en France en 2004, on retrouve que près de la moitié des couples (48%) abandonne ces méthodes au bout d'un an, et 86% au bout de 4 ans. (33) (10)

4.2.4 Proportion de changement de contraception

Trois quarts des patientes (70.5%) ont changé de contraception après l'IVG. Cette proportion importante de changement témoigne d'un véritable impact de l'IVG dans la contraception des femmes.

Les deux tiers des patientes qui prenaient la pilule (67.6%) ont changé de contraception, ainsi que les trois quarts des patientes qui étaient dans le groupe « autres ». La plupart des changements se font au profit d'un LARC, ce qui montre la confiance accordée par la majorité des femmes à ces moyens de contraception. Ceux-ci apparaissent comme moins contraignants en terme d'observance, et plus durables dans le temps. (34)

Dans l'étude de Peipert et al publiée en 2011, les patientes avec un LARC étaient 86% à l'avoir encore à 1 an, contre 55% des patientes avec une pilule. Plus de 80% des patientes étaient satisfaites de leur DIU, contre 54% des patientes pour la pilule. (35)

Aucune patiente du groupe LARC n'a changé de contraception après l'IVG. Les patientes ayant présenté des grossesses sur stérilet ou implant ont reposé le même moyen de contraception après l'IVG. Les LARC restent les moyens de contraception les plus efficaces, avec des taux d'échec très faibles. Même en cas d'échec, les femmes semblent refaire confiance à ce moyen de contraception. Les effectifs restent cependant trop faibles dans notre étude (5 patientes), il serait intéressant de mener une étude qualitative avec des effectifs plus élevés.

Dans le travail de thèse du Dr Alexia Valteau sur les pratiques autour de la contraception post IVG médicamenteuse à Bordeaux, 1,4% des patientes avait un DIU avant l'IVG, et 0,04% avaient un implant. Les patientes avec un DIU sont 56% à le conserver après l'IVG en 2018, avec une augmentation de ce pourcentage sur les années suivantes. Ce taux est bien inférieur à celui retrouvé dans notre étude. (36)

Dans la thèse du Dr Gallet-Chanu, 31,25% des patientes reposent un implant après l'IVG, 39,73% reposent un DIU au cuivre et 51,43% reposent un DIU hormonal. Ces pourcentages sont également bien inférieurs à ceux de notre étude. (26)

Dans la thèse du Dr Maella Neilz, 2,90% des patientes avaient un DIU avant l'IVG, et 0,46% avaient un implant. Sur les 4 femmes avec un implant, une était enceinte au moment de la pose, 2 autres avaient un implant inefficace car posé depuis plus de 3 ans, et une donnée n'était pas renseignée. L'échec de la contraception n'était donc pas lié à une inefficacité de la méthode en elle-même. (19)

L'étude de Moreau et Al, réalisée en 2010 en France, s'est intéressée au changement de contraception après l'IVG. On retrouve des chiffres un peu différents. En post IVG, 50,3% des femmes prenaient la pilule, 23,8% des femmes avaient un LARC, et 23% n'avaient aucun moyen de contraception. 42% des femmes avaient une prescription différente de contraception avant et après l'IVG. 22% des patientes étaient restées avec une contraception décrite comme « très performante » (ce qui incluait dans leur étude les méthodes hormonales et le DIU au cuivre). 7% des femmes étaient passées d'une méthode « très performante » à une absence de contraception. 16% des femmes sans contraception ou avec une méthode « peu performante » n'avaient toujours pas de contraception après l'IVG. 25,9% des femmes sans contraception avaient un moyen « très performant » de contraception après l'IVG. L'IVG avait entraîné au total un changement de contraception dans 73% des cas, ce qui est concordant avec les résultats de notre étude.

Dans l'étude de Schoub Thieblemont réalisée en 2018 par des sages-femmes, 50% des patientes prenaient la pilule avant l'IVG et 7% avaient un LARC. La proportion de changement de contraception avant et après l'IVG était de 60%, avec un effectif total de patientes incluses de 70. En post IVG, 42,9% des patientes prenaient la pilule, et 47,2% avaient un LARC. (37)

Dans le travail de thèse de médecine du Dr Angèle Verdon fait en 2018, 83% des patientes changeaient de moyen de contraception après l'IVG. 73,5% des femmes sans contraception se voyaient prescrire un moyen de contraception après l'IVG. 17% des patientes ont gardé le même moyen de contraception ; 59,1% des patientes prenant la pilule ont gardé ce moyen de contraception. (38)

Le travail de thèse du Dr Camille Gallet réalisé en 2014 s'est intéressé également à la poursuite des moyens de contraception dans le temps, à 6 mois de l'IVG. Sur les 216 patientes recrutées, le taux de poursuite de la contraception était de 43,52%. L'implant et les DIU étaient les méthodes les plus souvent poursuivies (90,63% pour l'implant, 77,27% pour le DIU au cuivre, et 69,13% pour le DIU hormonal). La contraception orale n'était pas fréquemment poursuivie (35,29%). Au total, les femmes sans moyen de contraception étaient beaucoup plus nombreuses à 6 mois de l'IVG (38,21%) qu'en post IVG immédiat (2,15%). (39)

4.2.5 Proportion de changement en fonction de l'âge et du nombre d'IVG antérieures

Dans notre étude, 66% des patientes de moins de 30 ans ont changé de contraception après l'IVG ; et 74% des patientes de plus de 30 ans ont changé de contraception.

68% des patientes qui n'avaient jamais fait d'IVG auparavant ont changé de contraception ; et 74% des patientes qui avaient déjà fait au moins une IVG ont changé de contraception.

Cependant nos résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

Dans l'étude de Bajos sur l'augmentation du recours répété à l'IVG en France et les enjeux contraceptifs, on remarque que les femmes qui se présentaient pour une deuxième IVG étaient plus nombreuses à déclarer que la méthode de contraception qu'elles utilisaient ne leur convenait pas. Elles rapportaient oublier plus fréquemment leur pilule par exemple. Toutefois, les femmes ayant déjà fait des IVG déclaraient plus que les autres avoir eu un moyen de contraception au moment du rapport sexuel, et elles utilisaient plus souvent un moyen de contraception nécessitant une prescription médicale. L'étude retrouve également que les femmes ayant déjà réalisé une IVG dans le passé étaient aussi nombreuses que les autres à recevoir une prescription de moyen de contraception après leur dernière IVG. Cependant, elles avaient plus fréquemment une prescription de LARC (32% vs 20%). (40)

L'étude d'Opatowski et al publiée en 2017 confirme certains points de l'étude de Bajos : les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG étaient plus nombreuses à utiliser une contraception. Elles étaient par exemple 26% à prendre la pilule, contre 11,1% chez les femmes n'ayant jamais fait d'IVG. (41)

Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature sur la proportion de changement de contraception en fonction de l'âge.

4.2.6 Profil contraceptif post IVG

Dans l'enquête du Baromètre Santé publiée en 2016, dans la population générale, 33.2% des femmes prenaient la pilule, 29.9% avaient un LARC, et 29.1% avaient une contraception faisant partie du groupe « autres ». (13)

Dans notre étude, en post IVG, 32.6% des femmes prenaient la pilule, 46.2% des patientes avaient un LARC, et 22% avaient une contraception faisant partie du groupe « autres ».

Les profils contraceptifs dans la population générale et post IVG sont donc sensiblement similaires pour la pilule, mais différent au niveau des LARC et du groupe « autres ».

L'IVG semble donc induire une augmentation des moyens de contraception les plus fiables par rapport à la population générale, peut-être induit-elle des consultations plus propices pour parler de contraception. Elle diminue le pourcentage de patientes sans contraception ou avec un moyen de contraception peu fiable, mais uniquement de 7% ce qui paraît assez faible.

Avoir un LARC comme moyen de contraception est un facteur protecteur de refaire de nouvelles IVG. L'étude de Sally B Rose publiée en 2012 s'est intéressée au risque de refaire une IVG dans les 24 mois après une pose de LARC. 6,45% des patientes avec un LARC se sont présentées pour refaire une IVG, contre 14,5% des patientes avec un autre moyen de contraception. (42)

En comparaison, dans le service d'orthogénie du CHU de Caen, 35.2% des patientes repartent avec une pilule après une IVG, 53.66% repartent avec un LARC, et 11.09% repartent avec une contraception du groupe « autres ». Le taux de patiente avec une pilule reste sensiblement similaire à celui de notre étude, cependant les patientes repartent de manière beaucoup plus fréquente avec un implant ou un DIU, au détriment des méthodes naturelles ou autres. (19)

	Baromètre Santé	Notre étude	CHU de Caen
Pilule	33.2%	32.6%	32.5%
LARC	29.9%	46.2%	53.66%
Autres	29.1%	22%	11.09%

Tableau 5 : Profil conceptionnel post IVG dans la population générale, dans notre étude et en hospitalier au CHU de Caen

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

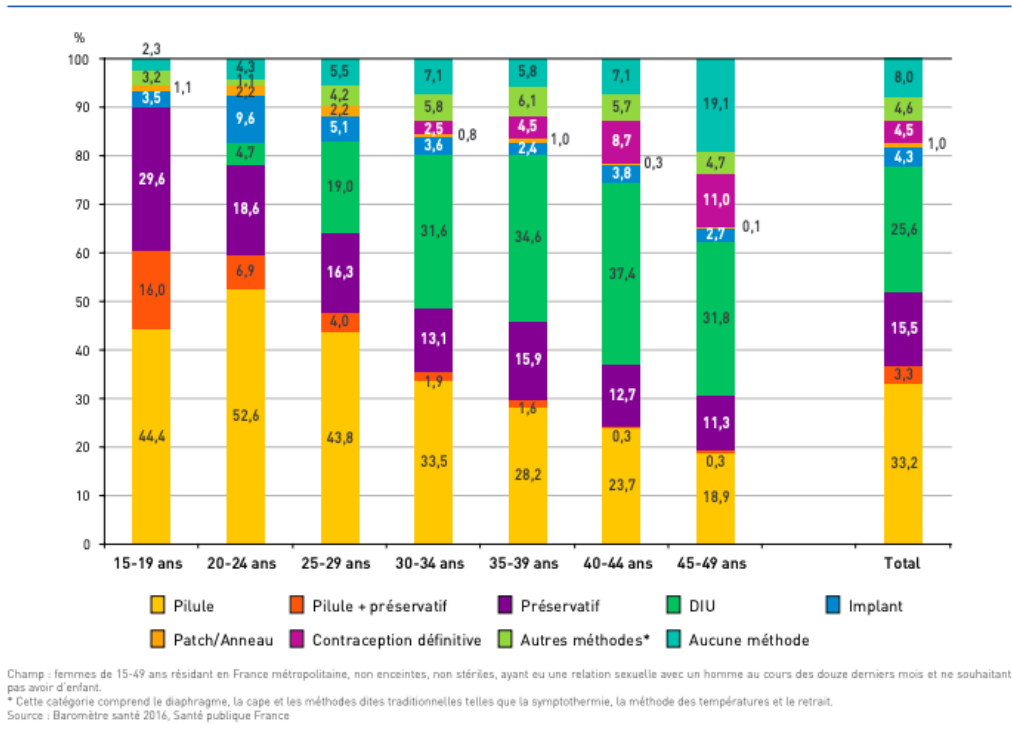


Figure 14 : Baromètre Santé 2016, Méthodes de contraception utilisées en France en 2016

4.3 Limites de l'étude et biais

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'année 2021, effectuée à partir de données recueillies dans les dossiers, ce qui ne permet pas d'interroger les patientes sur des points précis. Des erreurs sont également possibles dans le remplissage des questionnaires.

Dans le questionnaire, il n'y avait pas de suivi des patientes après la consultation post-IVG ; nous n'avons pas rappelé les patientes. Pour les contraceptions de longue durée d'action, si elles n'étaient pas posées à la consultation de contrôle, elles n'étaient pas considérées comme effectives. Certains LARC ont pu être posés plus tard, lors de consultations ultérieures ou par un autre médecin ou sage-femme. Dans l'exemple des DIU, si la patiente présentait une rétention utérine, le DIU pouvait être posé des mois plus tard. Pour la pilule, elle avait pu être commencée puis arrêtée quelques mois plus tard.

Il s'agissait également d'un biais pour la stérilisation définitive, que nous avons finalement décidé d'exclure de l'étude. Il n'était pas possible de savoir si le souhait de contraception définitive avait réellement été réalisé.

Il existe également un biais d'intervention. Chaque praticien a des pratiques différentes, des modalités de prescription différentes et des expériences différentes. Il est possible que

chaque prescription puisse être dépendante de son prescripteur, certains ayant plus tendance à prescrire des LARC que la pilule par exemple. L'information fournie peut également influencer la patiente dans son choix de prescription. (43) Par ailleurs, le nombre d'IVG pratiquées pendant l'année était très différent selon les praticiens, allant par exemple de 3 pour l'un à 45 pour un autre.

4.4 Forces de l'étude

Nous avons réussi à réaliser une recherche exhaustive en recensant toutes les sages-femmes et tous les médecins généralistes qui réalisent des IVG médicamenteuses dans leur cabinet dans le Calvados. L'ARS nous avait transmis le chiffre de 160 consultations d'IVG facturées sur l'année 2021, ce qui concorde en grande partie avec le nombre initial d'IVG que nous avons avant les critères d'exclusion (la différence peut être expliquée par le fait que certaines sages-femmes ont une activité hospitalière). Notre étude nous permet également d'avoir une vision pluridisciplinaire, car elle englobe les médecins généralistes et les sages-femmes.

Nous avons utilisé peu de critères d'exclusion sur les IVG médicamenteuses faites en cabinet. 9 patientes seulement ont été exclues. La population représentée est donc assez représentative. Il serait intéressant de comparer notre étude faite dans le Calvados à d'autres départements, ou de l'élargir à toute la Normandie.

Les questionnaires ont été remplis par les praticiens de manière précise, nous n'avons que trois données manquantes au total ; les trois données portaient sur le nombre d'enfants des patientes. On suppose donc une rigueur importante de tenue des dossiers, qui pourrait être comparable à celle des dossiers hospitaliers d'orthogénie.

Enfin, il existe encore peu de données sur ce sujet. Cette étude pourrait permettre d'enrichir la littérature et d'améliorer les pratiques cliniques.

Conclusion

L'IVG est un moment privilégié pour parler de la contraception des femmes, et un moment important pour changer ou commencer une nouvelle contraception. Comme le souligne Moreau et Al dans son étude, l'IVG est un moment qui permet de « remédicaliser » la contraception. (44)

Dans notre étude, 70,5% des patientes changent de contraception après une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville. Ce résultat est concordant avec les données de la littérature. Les trois consultations longues de l'IVG permettent de répondre aux interrogations des patientes, et d'expliquer précisément le fonctionnement des différentes méthodes, notamment pour la contraception orale.

Elle entraîne la pose de nombreux implants et dispositifs intra utérins, qui apparaissent comme les moyens de contraception les plus fiables. Le pourcentage de femmes avec des LARC est nettement supérieur après une IVG que dans la population générale, que ce soit pour les IVG en ville ou en milieu hospitalier.

Il existe encore peu d'études sur le sujet, la majorité des études portant sur les IVG médicamenteuses faites en hospitalier. Dans le rapport de 2020 de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), on remarque que 25,4% du total des IVG en métropole a été réalisé hors d'une structure hospitalière, ce qui représente 61500 IVG. 70% des IVG ont été réalisées par voie médicamenteuse. (18) Il serait donc intéressant de mener de nouvelles études centrées sur les IVG faites hors milieu hospitalier, d'une part pour améliorer la couverture contraceptive des patientes, et d'autre part pour proposer de nouvelles thématiques dans la formation continue des médecins généralistes et des sages-femmes.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les femmes entre 12 et 25 ans peuvent bénéficier gratuitement d'une première consultation spécifique avec un médecin généraliste ou une sage-femme pour parler de contraception et d'IST, et d'une consultation de suivi par an (prise en charge par l'Assurance Maladie sans avance de frais). Différents moyens de contraception sont également pris en charge à 100% (contraception orale de première et deuxième génération, implant, DIU, diaphragme et progestatifs injectables). (45)

Devant le développement des DIU, il serait intéressant de mener une recherche qualitative sur la confiance qu'accordent les femmes à ce moyen de contraception, notamment après un échec et une grossesse sur stérilet. Il n'existe encore que très peu d'études à ce sujet.

Néanmoins, encore trop de patientes repartent sans contraception ou avec une contraception jugée peu fiable, ce qui est le facteur prédictif le plus important de refaire une IVG. Il serait important de rechercher précisément quels sont les freins à la pilule, aux implants ou aux DIU.

La féminisation grandissante du corps médical pourrait peut-être entraîner un plus grand intérêt des médecins généralistes pour la gynécologie.

Bibliographie

1. Contraception et place de la femme timeline. [Internet]. Timetoast timelines. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.timetoast.com/timelines/contraception-et-place-de-la-femme>
2. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker AL. Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. *Que Sais-Je*. 12 juin 2012;5-20.
3. Allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse [Internet]. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15545>
4. Les hommes aussi s'en souviennent [Internet]. 2022 [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.livredepoche.com/livre/les-hommes-aussi-sen-souviennent-9782253091684>
5. variables C texte fournit des informations générales S ne peut garantir que les informations soient complètes ou exactes E raison de cycles de mise à jour, Texte LSPADDPQRDL. Thème: Les Français et les IVG [Internet]. Statista. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/4153/les-francais-et-les-ivg/>
6. IVG : moins d'interruptions volontaires de grossesse en 2020 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 12 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281809-ivg-moins-dinterruptions-volontaires-de-grossesse-en-2020>
7. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
8. Nicolle L. Vécu et difficultés des professionnels vis-à-vis de l'IVG médicamenteuse extra-hospitalière dans le Calvados. :47.
9. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
10. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):760-76.
11. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 juin 2022]. 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

12. Recommandations Contraception [Internet]. VIDAL. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/contraception-1626.html>
13. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
14. Ohannessian A, Jamin C. [Post-abortion contraception]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. déc 2016;45(10):1568-76.
15. Rocca CH, Goodman S, Grossman D, Cadwallader K, Thompson KMJ, Talmont E, et al. Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2018;218(1):107.e1-107.e8.
16. Postlethwaite D, Lee J, Merchant M, Alabaster A, Raine-Bennett T. Contraception after Abortion and Risk of Repeated Unintended Pregnancy among Health Plan Members. *Perm J*. 2018;22:18-058.
17. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
18. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
19. Neilz M. Étude observationnelle des circonstances entourant le recours à l'IVG et les failles de contraception chez les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de Caen en 2018. :76.
20. L'Heudé A, Gobenceaux AS, Machuron F, Toullalan O, Azuar AS, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 juill 2019;47(7):574-81.
21. Hamraoui M. Observance thérapeutique et défaut d'observance thérapeutique en contraception orale [Thèse de doctorat]. [1970-2011, France]: Université de Provence; 2011.
22. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et

l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 mai 2010;39(3):208-17.

23. Arciniega S. Causes d'échec de la contraception orale et connaissance des femmes quant au maniement de leur pilule contraceptive : enquête menée au CPEF du CHU Antoine Béclère à Clamart dans les Hauts-de-Seine. 3 oct 2014;92.

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

25. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2018;46(12):806-22.

26. Gallet-Chanu. Devenir de la contraception après une IVG [Internet]. Université du droit et de la santé-Lille 2; 2014 [cité 10 août 2022]. Disponible sur: Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse de médecine]. Université du droit et de la santé-Lille 2; 2014.

27. Soulier P. Le Dispositif Intra-Utérin et l'Implant Contraceptif sont-ils des méthodes contraceptives acceptées et acceptables pour les jeunes femmes de 18 à 25 ans, dans l'objectif de prévenir la survenue de grossesses non désirées? Mieux comprendre les freins des patientes à leur utilisation pour mieux les prescrire: étude ambulatoire par questionnaire dirigé portant sur les connaissances et réticences des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans, consultant en planning familial, en Seine-Saint-Denis. :79.

28. Fraysse A. Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes de Haute-Normandie: freins et perspectives. :75.

29. Clochey J. Difficultés et stratégies mises en place lors de la pose d'un DIU: étude qualitative auprès de médecins Généralistes et de Gynécologues en Lorraine. 2015;165.

30. Maïténa Nécibar - La pose de l'implant contraceptif en Médecine Générale en Poitou-Charentes : état des lieux des pratiques - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56600>

31. La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant | [Internet]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant-2/>

32. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):873-82.

33. Masson E. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON [Internet].

- EM-Consulte. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/115233/prise-en-charge-de-l-ivg-en-france -resultats-de-l>
34. Shoupe D. LARC methods: entering a new age of contraception and reproductive health. *Contracept Reprod Med.* 23 févr 2016;1(1):4.
 35. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol.* mai 2011;117(5):1105-13.
 36. Valteau A. Analyse des pratiques concernant la contraception post-ivg médicamenteuse par les professionnels de santé du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux de 2005 à 2018. :75.
 37. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *Rev Sage-Femme.* 1 avr 2018;17(2):49-53.
 38. Verdon A. Analyse des pratiques concernant la contraception post-IVG médicamenteuse. Enquête auprès des professionnels de santé réalisant des IVG médicamenteuses en ville dans le cadre du réseau ville-hôpital du CHU de Bordeaux. :86.
 39. DEVENIR DE LA CONTRACEPTION APRES UNE IVG - PDF Free Download [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/19150678-Devenir-de-la-contraception-apres-une-ivg.html>
 40. Bajos N, Moreau C, Prioux F. Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age. :18.
 41. Masson E. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014 [Internet]. EM-Consulte. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1104185/caracteristiques-des-femmes-ayant-eu-recours-a-plu>
 42. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2012;206(1):37.e1-6.
 43. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc.* 2011;1(1):148.
 44. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception.* 1 oct 2010;82(4):337-44.
 45. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi

[Internet]. [cité 30 juin 2022]. Disponible sur:
[https://www.ameli.fr/calvados/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-
pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi](https://www.ameli.fr/calvados/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi)

Table des figures

Figure 1 : Affiche de la maternité heureuse

Figure 2 : Chronologie de l'histoire récente de l'IVG en France

Figure 3 : Taux d'IVG pour 1000 femmes entre 1990 et 2018 en France

Figure 4 : Nombre d'IVG en France entre 1990 et 2020

Figure 5 : Nombre d'IVG en téléconsultation en 2020 en France

Figure 6 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge entre 1990 et 2000

Figure 7 : Evolution mensuelle du nombre d'IVG en 2018, 2019 et 2020

Figure 8 : Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives (indice de Pearl)

Figure 9 : Diagramme de flux de l'étude

Figure 10 : Contraception pré IVG en pourcentages

Figure 11 : Contraception pré IVG en pourcentages par sous-groupe

Figure 12 : Contraception post IVG prescrite en pourcentages

Figure 13 : Contraception post IVG effective en pourcentages

Figure 14 : Baromètre Santé 2016, méthodes de contraception utilisées en France en 2016

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 2 : Proportion de changement de contraception en pourcentages

Tableau 3 : Proportion de changement en fonction de l'âge

Tableau 4 : Proportion de changement en fonction du nombre d'IVG antérieures

Tableau 5 : Profil conceptionnel post IVG dans la population générale, dans notre étude et en hospitalier au CHU de Caen

Annexe

Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données dans les dossiers

Inclusion : IVG médicamenteuses que vous avez réalisées dans votre cabinet du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021. Le questionnaire est à remplir pour chaque patiente. Note : pour la contraception post IVG, la contraception proposée (5) correspond à celle prescrite lors de la consultation post IVG. La contraception effective (6) correspond à celle réellement débutée (ex : si le DIU ou l'implant ont bien été posés après la prescription)

- . **1) Age de la patiente :**
- . **2) Nombre d'enfants :**
- . **3) Nombre d'IVG déjà réalisées :**
- . **4) Contraception pré IVG :**
- . **5) Contraception post IVG proposée :**
- . **6) Contraception post IVG effective :**
- . **7) La patiente est-elle venue à sa consultation post IVG ?**
 - Oui
 - Non
- 8) Pour les médecins généralistes : Etes-vous le médecin traitant de la patiente ?**
 - Oui
 - Non
- 9) Pour les sage-femmes : suivez-vous régulièrement la patiente pour son suivi gynécologique ?**
 - Oui
 - Non

Annexe 2 : Note d'information relative à la participation à une étude

« Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes »

Organisme porteur de l'étude (Université de Paris)

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Hélène Bougassas-Gaullier dans le cadre de sa thèse au sein de la faculté de médecine d'Université de Paris.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?

Cette étude vous est proposée car vous êtes un médecin généraliste ou une sage-femme dans le Calvados.

Quels sont les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude ?

L'objectif principal de cette étude est d'étudier si les IVG médicamenteuses en ville faites par les médecins généralistes et les sage-femmes ont une influence dans le changement de contraception des patientes.

Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Non.

Comment va se dérouler l'étude ?

Je vous contacte par mail pour mon recueil de données. Vous devrez chercher dans vos dossiers médicaux les IVG faites en 2021, et répondre à quelques questions ; puis m'envoyer les résultats anonymisés.

Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à helene.bougassas@gmail.com

Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation implique la réalisation d'un traitement de données à caractère personnel à partir des informations qui vous concernent et qui seront produites dans le cadre de cette étude.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public (art. 6.1.e du Règlement général sur la protection des données).

Le responsable de traitement est Université de Paris.

Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?

Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement à l'investigateur principal de l'étude : helene.bougassas@gmail.com. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, et au plus tard un mois à compter de la réception de votre demande.

En cas de difficulté(s), vous pouvez également contacter la Déléguée à la protection des données d'Université de Paris à dpo@u-paris.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (www.cnil.fr).

Comment sont gérées vos données personnelles ?

Dans le cadre de cette étude, les informations suivantes sont collectées et analysées *Nom, prénom, civilité*

Age

Vie personnelle (nombres d'enfants.)

Autre (préciser) : type de contraception, nombre d'IVG déjà réalisées.

Ces données sont traitées par : helene.bougassas@gmail.com

Le responsable de l'étude et son directeur de recherche

Les membres de l'équipe de recherche

Transfert de données hors Union européenne

NON

Pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données, les mesures techniques et organisationnelles suivantes sont mises en place :

La collecte et l'accès aux données personnelles sont limités à l'utilisation exclusive de l'équipe de recherche du projet dans le cadre des finalités précisées ci-dessus ;

Les données personnelles des participants seront :

Anonymisées, au moment du recueil des données, par le médecin généraliste ou la sage femme.

Les droits d'accès aux données seront limités et uniquement accessibles à l'équipe de recherche.

Seules des données ne permettant pas de vous identifier seront publiées sous la forme d'un manuscrit de thèse et/ou d'un article dans une revue scientifique, afin d'améliorer les connaissances de la recherche. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels et scientifiques.

Nous vous remercions, Madame, Monsieur, de votre participation.

Titre de la thèse : Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes.

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales. Depuis une vingtaine d'années, le nombre annuel d'IVG sur notre territoire oscille entre 210 000 et 230 000, avec une légère hausse en 2018. L'IVG est donc un moment très important pour parler aux femmes de leur contraception. L'objectif de cette étude est d'étudier l'influence des IVG médicamenteuses faites en ville sur le changement de contraception des patientes. Les objectifs secondaires sont d'étudier s'il existe une différence entre le profil contraceptif post IVG et celui de la population générale, et d'évaluer la proportion de changement de contraception en fonction de l'âge et du nombre d'IVG faites antérieurement.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021. Nous n'avons inclus que les IVG médicamenteuses faites hors parcours hospitalier, par un médecin généraliste ou une sage-femme. Ceux-ci ont été contactés par mail ou téléphone. Les moyens de contraception ont été classés en trois groupes : le groupe 1 pour la pilule, le groupe 2 pour les LARC, et le groupe 3 pour les méthodes moins efficaces et l'absence de contraception.

Résultats : Avant l'IVG, 25,8% des patientes prenaient la pilule, 3,8% avaient un LARC, et 70,5% avaient un moyen de contraception peu efficace ou pas de contraception. Après l'IVG, 32,60% prenaient la pilule, 46,20% avaient un LARC et 22% avaient un moyen autre ou une absence de contraception. Au total, l'IVG a entraîné un changement de contraception dans 70,5% des cas. 67,60% des patientes prenant la pilule ont changé de moyen ; aucune patiente avec un LARC n'a changé, et 75,3% des patientes du groupe 3 ont changé de moyen de contraception. La proportion de changement en fonction de l'âge et du nombre d'IVG antérieures n'était pas significative. Le profil contraceptif post IVG et dans la population générale est sensiblement similaire pour la pilule, mais diffère au niveau des LARC et du groupe « autres ». L'IVG semble donc induire une augmentation des moyens de contraception les plus fiables par rapport à la population générale, peut-être induit-elle des consultations plus propices pour parler de contraception. Elle diminue le pourcentage de patientes sans contraception ou avec un moyen de contraception peu fiable, mais uniquement de 7% ce qui paraît assez faible.

Conclusion : L'IVG apparaît comme un moment privilégié pour parler de la contraception des femmes, et un moment important pour changer ou commencer une nouvelle contraception.

Dans notre étude, 70,5% des patientes changent de contraception après une interruption volontaire de grossesse. Ce résultat est concordant avec les données de la littérature. Il serait judicieux d'améliorer la formation continue des médecins généralistes en particulier, tant sur le plan de la contraception que sur la pose des LARC. Néanmoins, encore trop de patientes repartent sans contraception ou avec une contraception jugée peu fiable, ce qui est le facteur prédictif le plus important de refaire une IVG.

Spécialité : médecine générale.

Mots clés français : Contraception, interruption légale de grossesse, avortement provoqué, avortement thérapeutique.

Forme ou Genre : Thèse et écrit académique

Université de Paris
UFR de médecine
15 Rue de l'École de Médecine
75006 Paris