



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018-2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Situation contraceptive au moment de l'interruption volontaire de
grossesse : étude observationnelle dans le service d'orthogénie de
l'Hôpital Jeanne de Flandre**

Présentée et soutenue publiquement le 7 février 2019 à 18h
Au Pôle Formation
Par Pauline Crombé

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Anne-Laure ROLLAND

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABREVIATIONS

CEP : Contraception oestroprogestative

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DIU : Dispositif intra-utérin

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

DROM : Départements et régions d'outre-mer

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

ICA : Indice conjoncturel d'avortement

INED : Institut National d'Étude Démographique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IP : Indice de Pearl

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-acting reversible contraception

LNG : Levonorgestrel

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	1
A. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	3
1. <i>Déroulement</i>	3
2. <i>Epidémiologie</i>	3
3. <i>Profil des femmes ayant recours à l'IVG en France</i>	6
4. <i>Risque de grossesse non désirée</i>	8
B. CONTRACEPTION.....	9
1. <i>Satisfaction des femmes</i>	9
2. <i>Les méthodes contraceptives</i>	10
a) La contraception oestroprogestative	10
(1) <i>Forme orale</i>	11
(2) <i>Les formes non orales</i>	12
b) La contraception progestative.	13
(1) <i>Progestatifs oraux</i>	13
(a) <i>Les microprogestatifs</i>	13
(b) <i>Les macroprogestatifs</i>	13
(2) <i>Implant sous-cutané à l'étonogestrel</i>	13
(3) <i>DIU au lévonorgestrel</i>	14
c) <i>DIU au cuivre</i>	15
d) <i>Méthodes barrières et naturelles</i>	15
3. <i>Commencer la contraception en post-IVG</i>	16
4. <i>La crise de la pilule en France : le débat médiatique de 2012-2013 et ses conséquences</i>	17
II. MATERIEL ET METHODE	19
A. TYPE D'ETUDE ET POPULATION	19
B. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES ET DISTRIBUTION.....	20
C. ENREGISTREMENT DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE.....	22
III. RESULTATS	23
A. DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	23
1. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	23
a) <i>Age</i>	23
b) <i>Situation familiale</i>	23
c) <i>Durée du couple</i>	24
d) <i>Statut professionnel et niveau d'étude</i>	25
2. <i>Aspects obstétricaux et suivi gynécologique</i>	26
a) <i>Nombre d'enfant</i>	27
b) <i>Nombre d'IVG antérieures</i>	28
c) <i>Méthode d'IVG</i>	29
B. SITUATION CONTRACEPTIVE AVANT L'IVG.....	30
1. <i>Situation contraceptive avant l'IVG</i>	30

2. <i>Modification du contraceptif</i>	31
3. <i>Durée d'utilisation du dernier moyen contraceptif</i>	35
4. <i>Grossesse sous pilule</i>	35
C. LA CONTRACEPTION APRES L'IVG.....	37
IV. DISCUSSION	39
A. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	39
B. FORCES	39
C. LIMITES	40
D. ANALYSE DES RESULTATS	41
V. CONCLUSION	49
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	50
VII. ANNEXES	54
A. QUESTIONNAIRE.....	54

RESUME

Contexte : En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Ce nombre est stable depuis des années malgré une diversification des méthodes contraceptives et l'évolution des pratiques. L'objectif principal de l'étude était de renseigner la situation contraceptive des femmes au moment de l'IVG au CHRU de Lille. L'objectif secondaire était de regarder les trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG. La dernière étude nationale sur ce sujet remonte à plus de dix ans.

Matériel et méthode : Etude prospective observationnelle, menée au centre d'orthogénie de Jeanne de Flandre à Lille, incluant toutes les femmes ayant eu recours à l'IVG dans le service. L'étude a été réalisée entre août 2018 et octobre 2018.

Résultats : 219 questionnaires ont été analysés soit un taux de réponse de 82%. L'âge médian était de 27 ans [18-40]. La moitié des femmes étaient nullipares et la majorité étaient en couple. Plus d'un tiers des femmes n'avaient pas de contraception au moment de la grossesse menant à l'IVG. 30% utilisaient la pilule, 20% le préservatif et 5% les méthodes barrières ou naturelles. 33% des femmes ont arrêté ou modifié leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédents l'IVG. Les raisons rapportées de ce changement sont les effets secondaires perçus, le fait de ne pas vouloir prendre d'hormones et une méthode qui ne convient plus. 76% des femmes sous pilule rapportent une erreur à type oubli. L'IVG entraîne une augmentation du recours aux méthodes contraceptives médicales, et notamment aux méthodes réversibles à longue durée d'action. 30% des femmes choisissent le DIU, 15% l'implant et 40% la pilule.

Conclusion : La situation contraceptive au moment de la grossesse ayant donné lieu à l'IVG apparaît bien comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes. L'IVG est un moment opportun pour intervenir autour de la contraception et apporter une solution adaptée au mode de vie des femmes.

I. INTRODUCTION

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France (1). Ce nombre est stable depuis plusieurs années. Une femme sur trois aura recours au moins à une IVG dans sa vie (2).

Pourtant en France l'usage de divers moyens de contraception est largement répandu permettant aux femmes une maîtrise de la reproduction. En France, 71,9% des femmes sont concernées par la contraception (3). Cependant les dernières données du Baromètre Santé de 2016 nous informent que, parmi les femmes concernées par la contraception, 8% déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse (3).

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer dans notre pays (4) se traduisant par une diversification progressive des méthodes contraceptives. Malgré ces évolutions, le schéma contraceptif est longtemps resté figé : utilisation du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule au moment du couple puis remplacement par le dispositif intra-utérin (DIU) chez les femmes ayant des enfants (5).

En 2012 apparait une « crise de la pilule » après la plainte déposée par une jeune femme contre un laboratoire pharmaceutique suite à un accident thrombo-embolique veineux alors qu'elle utilisait une pilule œstroprogestative de troisième génération. Les événements médiatiques semblent avoir eu un effet sur le paysage contraceptif et de nouvelles inégalités sociales vis-à-vis du recours à la contraception sont apparues, par ailleurs, avec le déremboursement de ces pilules (6).

Plus récemment c'est l'IVG qui a alimenté l'actualité, le Pape François ayant comparé en octobre 2018, l'interruption volontaire de grossesse au recours à « un tueur à gages ».

Ce sont ces raisons qui nous ont conduits à nous intéresser au parcours contraceptif des femmes au moment de l'IVG.

L'objectif principal de l'étude était de renseigner la situation contraceptive des femmes au moment de l'IVG au Centre Hospitalier Régional universitaire (CHRU) de Lille.

L'objectif secondaire était de regarder les trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG.

Cette approche permet d'appréhender les difficultés contraceptives d'une population diversifiée qui ne peut être étudiée lors d'une enquête en population générale en raison d'une sous déclaration importante du recours à l'IVG dans ce type d'enquête (7,8) et de la faible fréquence de l'évènement étudié. En effet en 2017, on compte 14,4 IVG pour 1 000 femmes en France métropolitaine (1). De plus la dernière étude française ciblant la population que nous avons étudiée remonte à plus de dix ans (9). Des données issues de l'enquête nationale de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) ont donné lieu à plusieurs études menées par A. Vilain et C. Moreau (9–11).

A. L'interruption volontaire de grossesse

1. Déroulement

Le CHRU de Lille comme tous les établissements pratiquant des IVG ont une ligne téléphonique dédiée et diffusée pour que l'accès à l'IVG soit le plus précoce possible. Plus on intervient précocement pendant la grossesse plus le risque de complications est faible (12).

En consultation, un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et un entretien psychosocial (12) sont systématiquement proposés. La contraception est abordée à chaque consultation. Une consultation de contrôle est programmée, 14 à 21 jours après l'IVG, afin d'évaluer l'efficacité de la méthode, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse et la satisfaction de la contraception.

2. Epidémiologie

Pendant la période 2010–2014, le nombre annuel d'IVG dans le monde est estimé à 56 millions (13). Depuis 2001, en France, le nombre d'IVG varie chaque année entre 215 000 et 230 000.

En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France, dont 202 900 auprès de femmes résidant en Métropole (1). Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outremer (DROM) (1) (Tableau 1). Chaque année, on compte environ une IVG pour moins de quatre naissances.

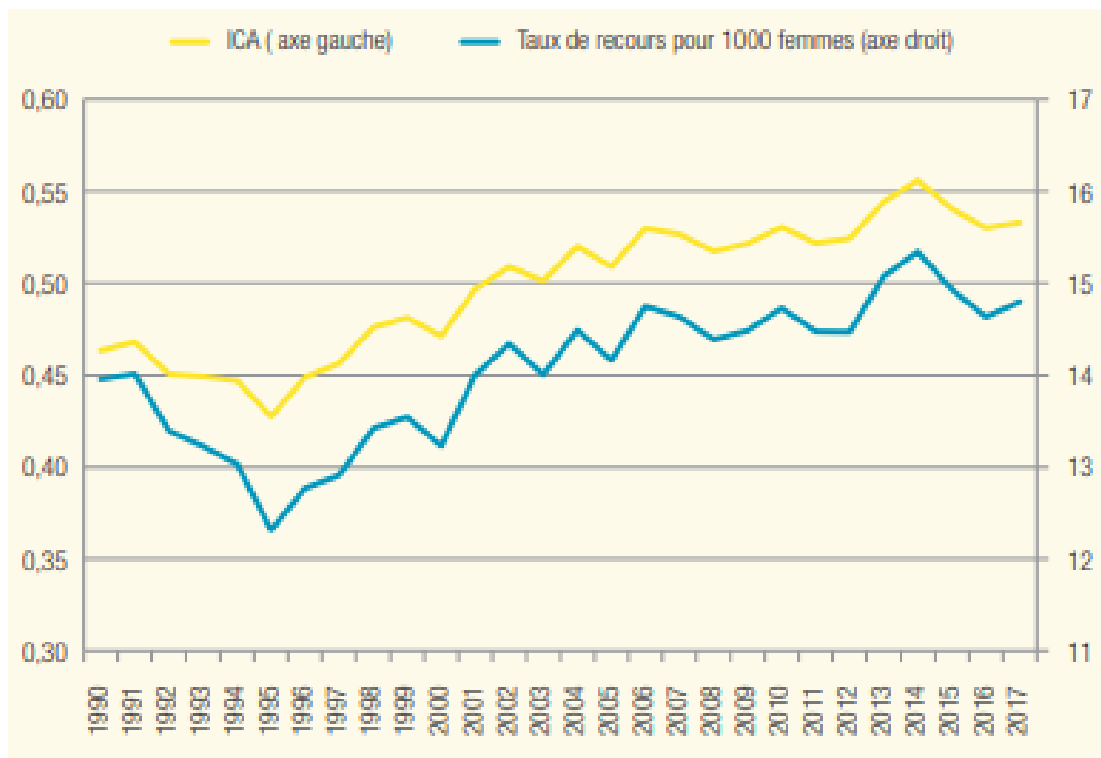


Figure 1 : Evolution de l'indice conjonctuel d'avortement (ICA) et du taux de recours à l'IVG depuis 1990. Vilain A, Rey S. 2017 (1)

Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en baisse avec des différences selon les tranches d'âge :

- La diminution des taux de recours se poursuit chez les moins de 20 ans depuis 2010.
- Ils ont plutôt tendance à augmenter parmi les 25-35 ans (1).
- Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes (1).
- Au-delà de 40 ans, les taux sont beaucoup plus faibles avec 6 IVG pour 1 000 femmes.

L'indice conjonctuel d'avortement (nombre moyen d'IVG que connaît une femme tout au long de sa vie) se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017 (Figure 1) (1).

L'INED (Institut national d'étude démographique) a estimé en 2011 qu'une femme sur trois aura recours à au moins une IVG dans sa vie (2).

En 2017, 32% des femmes ayant recours à une IVG l'avaient déjà faite une fois auparavant (1).

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions (Tableau 1).

Dans les Hauts de France, en 2017, 17 424 IVG ont été réalisées, soit 13 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (1).

Tableau 1 : Les IVG en 2017, selon la région de résidence de la femme. Vilain A, Rey S. 2017 (1)

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Métropole						
Grand-Est	12 924	130	905	13 959	11,7	5,3
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043	13,2	6,0
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786	11,8	5,7
Bretagne	6 730	100	625	7 455	11,0	4,0
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513	12,4	5,5
Corse	1 028	3	183	1 214	17,2	6,5
Île-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092	17,4	6,7
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817	16,1	6,6
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138	10,2	3,8
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424	13,0	7,7
Normandie	7 030	108	1 274	8 412	12,1	6,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516	21,4	8,8
Total résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919	14,4	6,1
DROM						
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003	33,6	14,8
Martinique	1 852	3	253	2 108	26,4	18,3
Guyane	1 362	5	971	2 338	33,0	23,6
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355	20,7	13,6
Mayotte	1 284	1	336	1 621	25,6	22,4
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425	26,1	17,4
Résidence inconnue²		18	80	98		
Résidentes France entière	168 365	4 498	43 579	216 442	14,8	6,6
Résidence à l'étranger	244			244		
Total IVG réalisées	168 609	4 498	43 579	216 686		

En France, 5% des IVG sont pratiquées durant les deux dernières semaines du délai légal. Là aussi les variations sont notables selon la région. Les variations mensuelles du nombre d'IVG montrent un nombre chaque année plus élevé en début d'année et plus faible pendant l'été (14).

Le nombre d'IVG réalisées hors d'une structure hospitalière continue d'augmenter atteignant 48 100 IVG, soit 22% du total des IVG en 2017 contre 18% en 2015 (14). À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître et s'élève à 41% contre 50% en 2015 (14), soit 32% du total des IVG. Les IVG en établissement de santé sont principalement réalisées en secteur public.

3. Profil des femmes ayant recours à l'IVG en France

L'étude menée par la DREES auprès de 11 403 femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 a permis d'établir les résultats suivants :

- Une femme sur deux a moins de 27 ans et deux femmes sur trois sont âgées de 20 à 34 ans (11).
- L'augmentation des taux de recours à l'IVG chez les plus jeunes s'expliquerait à la fois par un refus de plus en plus fréquent des grossesses non prévues (15) et par un report des grossesses à des âges plus élevés, en lien avec le recul de l'âge du premier enfant (16).
- En métropole, 45% des femmes ayant eu une IVG déclarent vivre en couple contre 59% des femmes de 15 à 49 ans dans l'ensemble de la population (11). Les femmes en couple ayant eu une IVG sont plus nombreuses à être en couple précocement, avant 23 ans. Après cet âge, qui correspond au cap des études, elles vivent moins souvent en couple. Cela s'explique sans doute par une vie de couple plus instable ou un profil différent. Près de 80% des femmes âgées de 30 ans vivent en couple, mais parmi celles qui ont eu une IVG dans l'année, ce taux chute à 60% (11).

- L'article de Muriel Moisy (17) explique une sortie du système scolaire plus précoce pour les mineures et les jeunes majeures ayant eu recours à l'IVG. Entre 25 et 34 ans, elles sont un peu moins diplômées que l'ensemble des femmes du même groupe d'âge : 67% ont au moins un niveau baccalauréat versus 74% dans la population générale. Cet écart s'annule par la suite chez les femmes âgées de 35 à 44 ans. L'hypothèse émise est qu'elles recourent à l'IVG probablement pour incompatibilité perçue de la grossesse et de l'arrivée d'un nouvel enfant avec leur vie familiale et/ou professionnelle déjà chargée (11).
- Les femmes ayant eu recours à l'IVG ont moins souvent un emploi que l'ensemble des femmes. Elles sont près de deux fois plus souvent au chômage que la population féminine générale (13,2% vs 7,7%) (11). Plus d'une IVG sur deux (53%) concerne une femme ayant une activité professionnelle (11).
- Plus de 15% des IVG concernent des femmes d'origine étrangère. 11% ont une nationalité étrangère et 6% sont des femmes françaises nées à l'étranger (11). Concernant leur profil démographique, les étrangères sont un peu plus âgées que les Françaises, avec un âge moyen de 28,5 ans contre 27,1 ans (11). Les femmes étrangères sont essentiellement des femmes africaines, les autres sont originaires d'Europe de l'Ouest (13%), d'Europe de l'Est (8%) et d'Asie (7%) (11).

Concernant la propension à avorter en cas de grossesse non prévue, l'étude de S. Sihvo et al (18) montre que les facteurs associés à la décision d'avortement en cas de grossesse non prévue sont différents selon l'âge de la femme :

- Pour les plus jeunes, la décision est liée au fait d'être en cours d'étude ou d'être célibataire.
- Pour les femmes âgées entre 25 et 34 ans, la décision dépend de la taille de la famille estimée suffisante.
- Pour les plus âgées, l'IVG arrive dans des situations où la maternité n'est pas jugée compatible avec la carrière professionnelle ou lorsque le couple est instable.

4. Risque de grossesse non désirée

Les évènements de vie stressants sont des périodes à risque contraceptif (19) :

- Le post partum est une période à risque où :
 - 33% des femmes ne souhaitent pas de contraception (20).
 - Le délai moyen avant d'obtenir une contraception en post-partum est de 3,8 mois (20).
 - Lors de cette période délicate la sexualité est souvent relayée au second plan. L'observance est difficile et seulement 66,6% des femmes poursuivent leur contraception entre la sortie de la maternité et la visite post-natale (21).

- Le fait de changer de méthode contraceptive peut entraîner des difficultés pratiques et donc une période à risque :
 - 50% des IVG sont précédées d'un changement de contraception dans les 6 mois (15).
 - Dans 67% des cas vers une méthode moins efficace (15).

Certains profils de femmes à risque de grossesse non désirée ont été identifiés :

- Parmi les femmes ayant déjà effectué une IVG, 50% auront à nouveau recours à l'IVG (19). Ces femmes ont également un risque augmenté de 20% de non observance de la contraception par rapport aux femmes sans antécédent d'IVG (19). Elles ont une augmentation du risque de grossesse non désirée de 60% par rapport aux femmes sans antécédent d'IVG (19).
- Les femmes jeunes sont plus à risque avec un taux de récurrence plus élevé : 24% pour les moins de 19 ans, 38% entre 20 à 25 ans et 21% pour les 25 à 29 ans en regard de 10% pour les 30-34 ans et 7% après 35 ans (19).

B. Contraception

1. Satisfaction des femmes

Malgré un choix multiple de méthodes de contraception, toutes présentent une efficacité propre, des avantages et des contraintes.

Il est démontré que l'adhésion de la patiente à son mode de contraception est une garantie de bonne observance (22) et donc d'efficacité.

- 56% des femmes se déclarent totalement ou très satisfaites de leur contraception.
- 30% se déclarent assez satisfaites en raison de contraintes d'utilisation ou d'effets indésirables.
- 11% des femmes ne sont pas satisfaites de leur contraception et 20% envisagent de ne pas poursuivre leur méthode actuelle, parmi lesquelles seulement 10% envisagent l'arrêt de la contraception pour désir de grossesse (23).
- 15% des femmes la vivent comme une contrainte.
- 79% comme une libération (23).

Les femmes sont donc globalement satisfaites de leur méthode de contraception actuelle. La satisfaction est meilleure avec le DIU (80%) qu'avec la contraception oestroprogestative (CEP) (54%) (24). De même la poursuite de la méthode à un an est meilleure :

- 88% des femmes ont poursuivi le DIU au lévonorgestrel (LNG),
- 84% avec le DIU au cuivre,
- 83% l'implant,
- 54% la CEP orale,
- 54% l'anneau,
- 49% le patch.

Les critères d'insatisfaction sont :

- Pour le préservatif manque de discrétion et le fait d'avoir à y penser (25).
- Pour le DIU, un des critères d'insatisfaction était le mauvais contrôle du cycle. Par contre, les utilisatrices sont très satisfaites de la discrétion de ce mode de contraception et du fait de ne pas avoir à y penser (25).
- Pour la pilule, peu de critères d'insatisfaction sont retrouvés (25). Ce qui montre que les patientes ayant choisi la pilule sont informées sur leur contraception.
- Les méthodes de contraception définitives (stérilisation tubaire) ont des forts taux de satisfaction mais peu de patientes les choisissent (25).

Concernant l'efficacité, aucune méthode n'est efficace à 100%. On distingue l'efficacité théorique et l'efficacité pratique. Lorsque l'utilisation du contraceptif est contraignante on retrouve un écart entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique. Ainsi cet écart est plus important pour la pilule sujette à des oublis, pour les préservatifs à cause des ruptures ou des mises en place incorrectes et pour les méthodes naturelles où l'auto-observation est difficile.

2. Les méthodes contraceptives

a) La contraception oestroprogestative

L'association avec équilibre d'œstroprogestatif permet un contrôle du cycle et des effets indésirables. L'observance des contraceptifs oraux (CO) est ainsi affectée par trois facteurs médicaux : les effets secondaires, un mauvais contrôle du cycle et les craintes des patientes face aux maladies graves (26).

Les CEP ont des bénéfices non contraceptifs, importants pour l'observance de la méthode (27) :

- Amélioration des dysménorrhées y compris dans l'endométriose avec freinage de l'évolution des lésions ;
- Diminution du syndrome prémenstruel et des migraines cataméniales ;
- Diminution des signes androgéniques types hyperséborrhée, acné, hirsutisme et alopecie ;
- Amélioration des troubles hémorragiques menstruels liés par exemple à de l'adénomyose ou un myome ;
- Limitation de l'évolution et régression de kystes ovariens fonctionnels ;
- Diminution des pathologies bénignes du sein.

(1) Forme orale

Les pilules oestroprogestatives ont une efficacité certaine mais les problèmes d'observance sont la principale cause d'échec. L'indice de Pearl (IP), qui indique l'efficacité théorique (Taux de grossesse sur un an d'utilisation optimale de la méthode), est de 0,3% mais ce taux passe à 2,4% pour une utilisation courante (28).

La probabilité maximale de survenue d'une grossesse non prévue est liée, dans la majorité des cas, à l'extension de l'intervalle libre entre deux plaquettes par oubli de reprise de la contraception ou à un ou des oubli(s) lors de la première semaine de la plaquette (29).

Les données de l'étude COCON, enquête menée par des équipes de l'Inserm, l'INED et le CNRS afin d'analyser les pratiques contraceptives en France, sont marquantes :

- 20% des femmes oublient un comprimé par cycle et près de 7% plusieurs comprimés par cycle (30).
- Les oublis seraient responsables de 25% des IVG (31).
- L'oubli d'une à trois pilules par cycle est un problème fréquent chez 15 à 51% des usagers, généralement des adolescentes (32).

Une récente revue de la littérature a étudié les raisons principales de ces oublis :

- L'incapacité d'établir une routine
- L'indisponibilité de la pilule
- Les effets secondaires
- La perte de motivation
- Et le manque d'implication dans la décision initiale d'utiliser les contraceptifs oraux (32).

(2) Les formes non orales

Ces formes diminuent le risque d'oubli. L'IP est donc meilleur que la forme orale :

- 0,72% en théorie contre 0,90% en utilisation courante pour le patch Evra® (28).
- 0,64% contre 0,96% en utilisation courante pour l'anneau vaginal Nuvaring® (28).

Elles sont particulièrement adaptées aux femmes jeunes, sujettes aux oublis.

Pour le patch, une allergie cutanée et un décollement peuvent limiter son utilisation. L'efficacité serait moindre chez les femmes pesant plus de 90 kilos (33).

L'anneau vaginal et le patch restent peu utilisés : 1,1% des femmes (3). Le frein principal pour l'anneau est l'introduction vaginale d'un corps étranger (31).

b) La contraception progestative.

(1) Progestatifs oraux.

(a) *Les microprogestatifs*

L'effet anti gonadotrope partiel avec de faibles doses de progestatifs, d'où le nom de contraception microprogestative, demande une prise rigoureuse quotidienne avec un oubli toléré de 3h pour le LNG et 12 heures pour le désogestrel (31).

Concernant la tolérance, les microprogestatifs sont souvent associés à des troubles du cycle de type métrorragies ou spotting (31). Ce principal inconvénient altère l'acceptabilité de ce type de contraception (34). Par contre, la survenue d'une aménorrhée peut être un avantage.

La persistance d'une activité folliculaire non cyclique peut entraîner des kystes ovariens ainsi qu'une hyperandrogénie ou une hyperestrogénie. Cela pouvant favoriser la survenue d'acné et de mastodynies et diminuer la satisfaction (31).

(b) *Les macroprogestatifs*

Ils n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché en tant que contraceptifs mais sont parfois une bonne alternative à considérer (31).

(2) Implant sous-cutané à l'étonogestrel.

Le Nexplanon® inséré face interne du bras contient 68 mg d'étonogestrel. Il est efficace sur la glaire dès 24 heures après la pose (35).

L'IP théorique ainsi que en utilisation courante est de 0,05% (28). Il est donc très efficace car évite les problèmes d'observance. La mauvaise insertion de l'implant ainsi que des interactions médicamenteuses seraient les causes les plus fréquentes

des échecs de la méthode (34). Il n'y a pas de problème d'efficacité chez la femme obèse (33).

Il présente le même inconvénient principal que les progestatifs oraux : un mauvais contrôle du cycle avec des métrorragies rapportées dans 50% des cas dès les trois premiers mois, dans 30% des cas à six mois puis 20% à deux ans (34). Ces troubles menstruels sont le motif principal de retrait de l'implant (36). La fréquence des aménorrhées est de 30 à 40% dans les trois premiers mois, puis de 20% à deux ans (34).

D'autres effets indésirables sont observés : céphalées, mastodynies, prise de poids, troubles de l'humeur, diminution de la libido. La prise de poids et des troubles de l'humeur sont plus souvent mis en cause dans l'arrêt de la méthode (36).

Seulement 54% des patientes en sont satisfaites (37). La satisfaction et les retraits précoces sont les mêmes, sans différence selon le contexte post-abortum ou hors contexte d'IVG (37).

(3) DIU au lévonorgestrel

Dans la population générale, 25,6% des femmes utilisent un DIU (3). Actuellement, trois DIU au LNG sont disponibles en France. Ils sont mis en place pour une durée de 3 à 5 ans.

Avec le DIU comprenant la dose la plus faible de LNG l'ovulation persiste dans la majorité des cas. La sécrétion plasmatique d'estradiol est conservée (38). Ainsi il persiste une ovulation dans 85% des cas (dysovulation possible, avec formation de kystes et insuffisance lutéale) (34).

L'effet indésirable retrouvé jusqu'à 50% est le mauvais contrôle du cycle avec troubles menstruels (34). Cependant, la fréquence des saignements diminue dans le temps et l'aménorrhée s'installe à partir du sixième mois et sur toute la durée d'utilisation chez 20% (à 1 an) et jusqu'à 50% des femmes en fonction des études (31,39). Ces troubles menstruels sont la principale cause d'interruption de la méthode (25 à 70% en fonction des études) (34). Les autres effets indésirables sont :

les céphalées, les douleurs pelviennes, les mastodynies, les leucorrhées, l'acné, les troubles de l'humeur, une légère prise de poids, des œdèmes (37).

L'incidence de perforations au cours de l'insertion de ce dispositif serait de 0,18 pour 1 000 insertions (34,39).

Son efficacité est très bonne avec un IP théorique à 0.2%. Elle reste importante en pratique courante en absence de problème d'observance : IP 1.1% (28).

c) DIU au cuivre

Il est très efficace : IP en théorie à 0.6% et 1.1% en utilisation courante (28).

L'avantage est l'absence de problème d'observance et l'absence de mauvais contrôle du cycle. Cependant on peut retrouver d'autres effets indésirables tels des ménorragies et métrorragies, des douleurs pelviennes et des dysménorrhées (41).

Les expulsions sont peu fréquentes et les perforations utérines (0.13%) avec migration abdominale sont rares (40). Les ménorragies et les douleurs pelviennes sont les motifs d'arrêt les plus fréquents (24).

d) Méthodes barrières et naturelles

Ces méthodes contraceptives présentent un taux d'échec important. 15,5% des femmes utilisent le préservatif et 4,6% les autres méthodes barrières et traditionnelles (3).

Le préservatif masculin est la méthode barrière la plus utilisée. L'IP est de 2% en théorie et 3,3% en utilisation courante (28).

Les facteurs associés à l'échec du préservatif sont le jeune âge, le statut d'étudiante, le célibat et la nulliparité (31). Mais il reste très utilisé chez les jeunes femmes. Les préservatifs contrairement aux autres méthodes permettent une protection contre les IST (21).

Les autres méthodes barrières ou naturelles ne sont pas conseillées. Les IP sont très élevés. L'IP est de 8% pour les différentes méthodes de connaissances de l'ovulation (28).

3. Commencer la contraception en post-IVG

La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate, une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG (41).

- Les CEP et les progestatifs sont utilisables immédiatement après une IVG (41) :
 - Le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale.
 - Le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.
- Quel que soit le DIU, il peut être mis en place :
 - Immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux ou de complication) (41).
 - Lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse avec utilisation d'une autre contraception dans l'intervalle (41).

Le DIU est choisi 3,30 fois plus et l'implant 1,51 fois plus en post-IVG lorsque la pose est immédiate : il ne faut donc pas retarder la pose d'une méthode de type Long acting reversible contraception (LARC) (42).

4. La crise de la pilule en France : le débat médiatique de 2012-2013 et ses conséquences

Le 14 décembre 2012, à la suite d'une plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral qui l'avait laissée handicapée alors qu'elle utilisait une pilule de 3e génération, un grand quotidien titrait « Alerte sur la pilule » (6).

Un débat médiatique s'en est suivi pendant plusieurs semaines à propos du risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules œstro-progestatives de 3e et 4e génération, risque mis en évidence dès 1995 (6).

Ce risque est annuellement de 2 pour 10 000 femmes qui ne prennent pas de contraceptifs oraux, de 5 à 7 pour 10 000 qui utilisent une pilule de 2e génération, et de 9 à 12 chez les utilisatrices de pilule de 3e génération (43,44).

Le ministère de la Santé a décidé de ne plus rembourser les pilules de 3e et 4e génération à compter du 31 mars 2013 et de retirer du marché en mai 2013 le produit Diane 35®, traitement anti-acnéique contraceptif, avant qu'il ne soit remis sur le marché en janvier 2014 à la demande de l'Agence européenne du médicament (6).

Le recours à la pilule a diminué passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013 (6).

Cette diminution semble bien liée à la polémique de 2012 : elle concerne presque exclusivement les pilules de 3^e et 4^e génération. Elles sont passées de 19% de recours en 2010 à 10% en 2014 (6).

Le débat semble avoir provoqué une désaffection de la méthode car peu de patientes ont choisi un transfert vers les pilules de 2^e génération.

Les femmes ont opté pour d'autres méthodes notamment :

- Le DIU pour les plus diplômées,
- Le préservatif ou les méthodes dites naturelles pour les plus précaires.

Créant ainsi de nouvelles inégalités sociales vis-à-vis de la contraception (6).

Le débat de 2013 a donc contribué à une diversification des pratiques contraceptives même si la pilule reste prépondérante (6) (Figure 2).

Sabrina Debusquat, dans son livre « J'arrête la pilule », publié le 6 septembre 2017 relance la polémique. Elle accuse dans son ouvrage la pilule contraceptive d'être à l'origine d'une épidémie de cancer du sein et d'endométriose. De nombreux médias ont tiré de cet ouvrage des titres chocs participant à la désinformation autour de la contraception. Sabrina Debusquat est ainsi revenue sur ses propos et a réédité son livre.

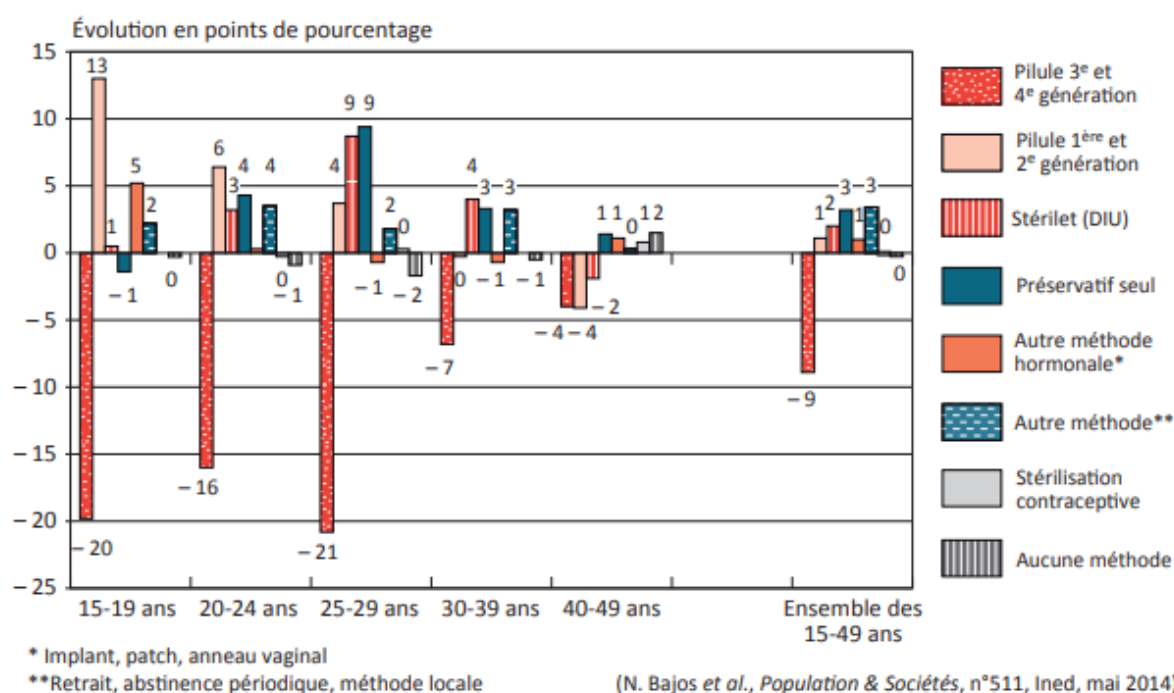


Figure 2 : Evolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes. N.Bajos et al 2014.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude et population

Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective monocentrique.

La population cible regroupait toutes les patientes qui effectuent une IVG au CHRU de Lille entre le 6 août 2018 et le 16 octobre 2018 dans le service d'Orthogénie de l'hôpital Jeanne de Flandre. Il s'agissait d'obtenir le témoignage de toutes les patientes durant cette période, afin de minimiser le biais de sélection.

Le questionnaire a été distribué du lundi 6 août au vendredi 16 octobre 2018, un consentement oral était requis. Les femmes n'ayant pas été incluses dans notre étude avaient refusé de répondre au questionnaire ou ne parlaient pas la langue française.

Le nombre de patientes ayant réalisé une IVG au CHRU de Lille pendant cette période est de 272. Sur cette période, 225 questionnaires ont été recueillis, soit 82,7% de réponse. Ce taux de réponse peut être expliqué principalement par l'oubli de distribution des questionnaires, le refus de participation par la patiente ou la barrière linguistique. Sur les 225 questionnaires distribués, 6 n'ont pas été exploitables en raison d'un nombre trop important de questions sans réponse. Ainsi, notre cohorte comprenait 219 femmes ayant rempli un auto-questionnaire à la fin de l'étude.

B. Outils de recueil des données et distribution

Les questionnaires ont été remis aux patientes par l'équipe du service : internes, infirmières et aides-soignantes. Celui-ci a été distribué dans le service d'hospitalisation ambulatoire le jour de l'IVG. En revanche les patientes qui réalisaient une IVG médicamenteuse à domicile remplissaient le questionnaire distribué par les infirmières le jour de la délivrance des médicaments. Le questionnaire a été récupéré ce même jour par l'équipe. Une autorisation préalable nous a été accordée par le service pour y réaliser notre enquête.

Le questionnaire se compose d'une page recto-verso (Annexe 1). Il est anonyme. La situation contraceptive était explorée en demandant aux femmes quelle était la dernière méthode de contraception utilisée avant l'IVG, si celle-ci avait été révisée ou arrêtée dans les 6 mois précédents et les raisons de ce changement. Le questionnaire contient des questions sur les caractéristiques sociales et démographiques des femmes, la contraception délivrée après IVG. Il contient également des questions à texte libre. Nous avons, au préalable, testé ces questionnaires en juillet 2018 afin de nous assurer que l'intitulé des questions était clair et bien compris par les patientes. Une seconde version a été rédigée à l'aide des commentaires obtenus.

Après avis auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, l'étude a été approuvée et un numéro a été attribué à chaque questionnaire afin de respecter la confidentialité des données recueillies. Après avis notre étude ne nécessitait pas l'avis du Comité de Protection des Personnes étant donné la présence des informations demandées dans le dossier médical.

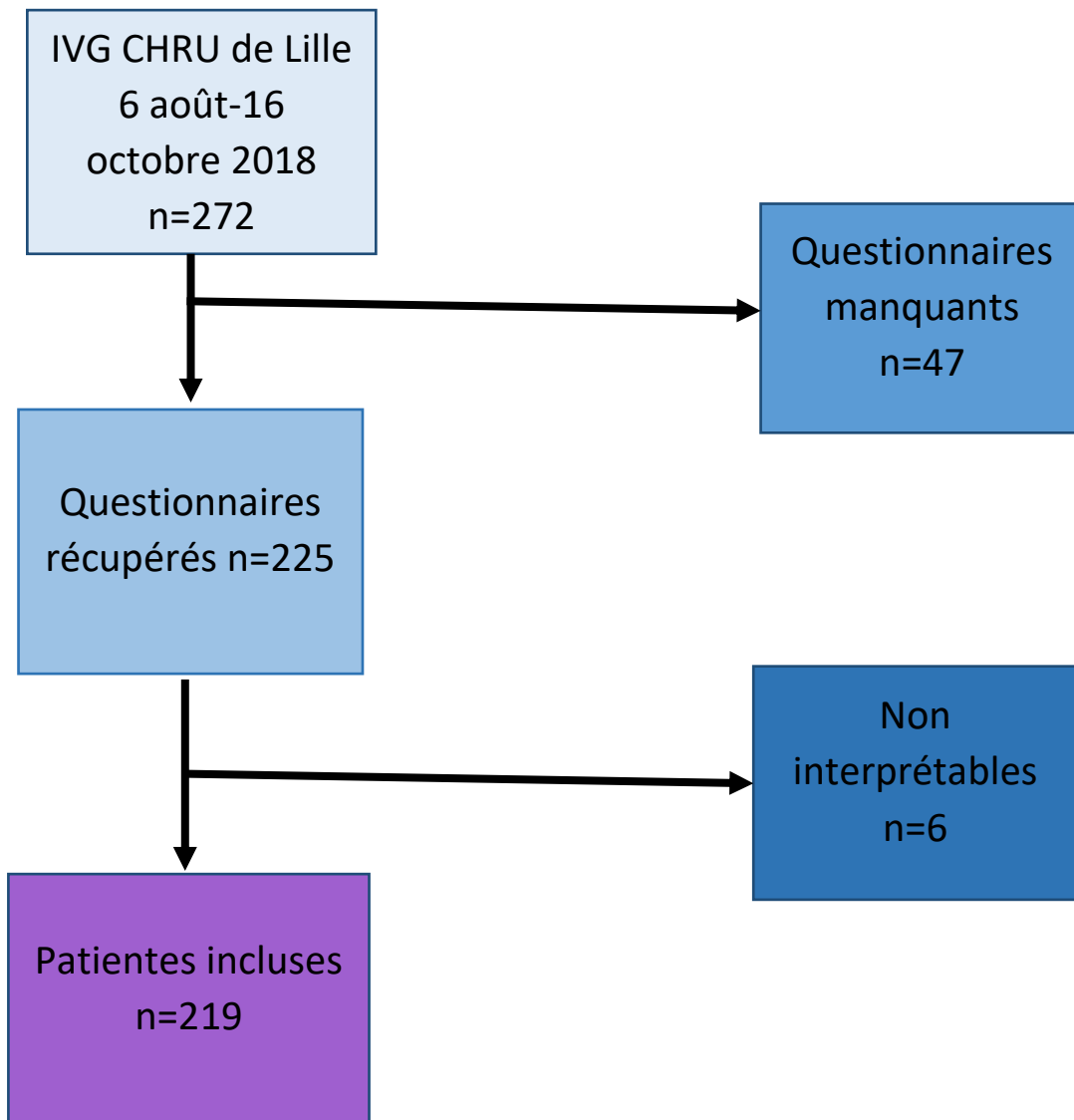


Figure 3 : Flow-chart

C. Enregistrement des données et analyse statistique

Le logiciel Excel a été utilisé pour la transcription des données et pour effectuer les tests statistiques. Les questions ont été rédigées de manière à obtenir une réponse numérique, binaire, ou qualitative. Les questions ont donc été analysées sur le mode quantitatif ou binaire. Dans le cas des réponses à choix multiples, les possibilités de réponse étaient traitées une par une sur le mode binaire afin de faciliter l'analyse statistique.

L'analyse statistique a été réalisée par l'unité de biostatistique du CHRU de Lille. Elle était réalisée avec le logiciel R (version 3.5.0).

Une analyse descriptive des données était d'abord réalisée : les moyennes et écart-types étaient calculés pour les variables quantitatives, les médianes et interquartiles pour les variables discrètes, les effectifs et fréquences pour les variables qualitatives. Des analyses bivariées étaient ensuite réalisées. Les liens entre 2 facteurs quantitatifs étaient étudiés à l'aide de test du Khi-2 ou de Fisher exact en cas de faibles effectifs. Nous considérons un seuil de significativité de 5% pour toutes les analyses.

III. RESULTATS

A. Description de la population

1. Caractéristiques sociodémographiques

a) Age

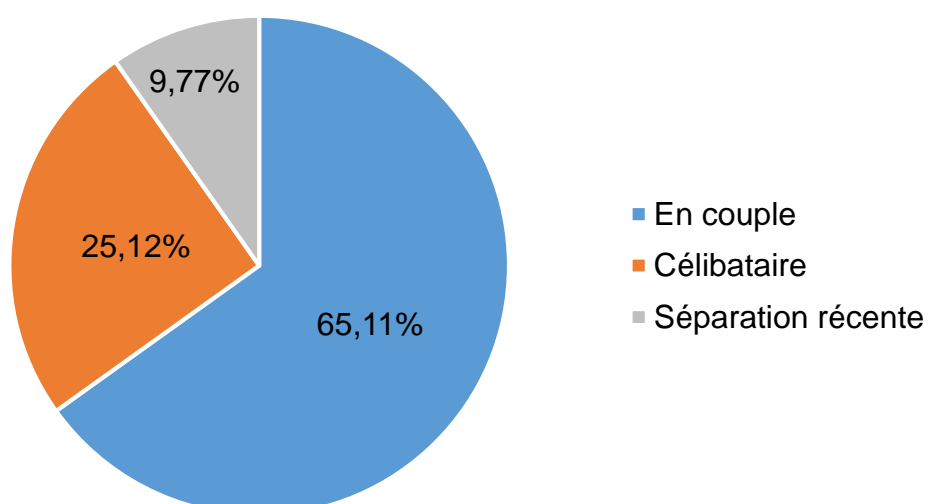
L'âge médian était de 27 ans (IC 95% [18-40], n=214).

Tableau 2 : Age de la population

Age	n=214	
	<18	3,74%
18-24	33,65%	
25-35	48,6%	
>35	14,01%	

b) Situation familiale

65,12% (n=140) des femmes déclarent être en couple au moment de l'IVG,

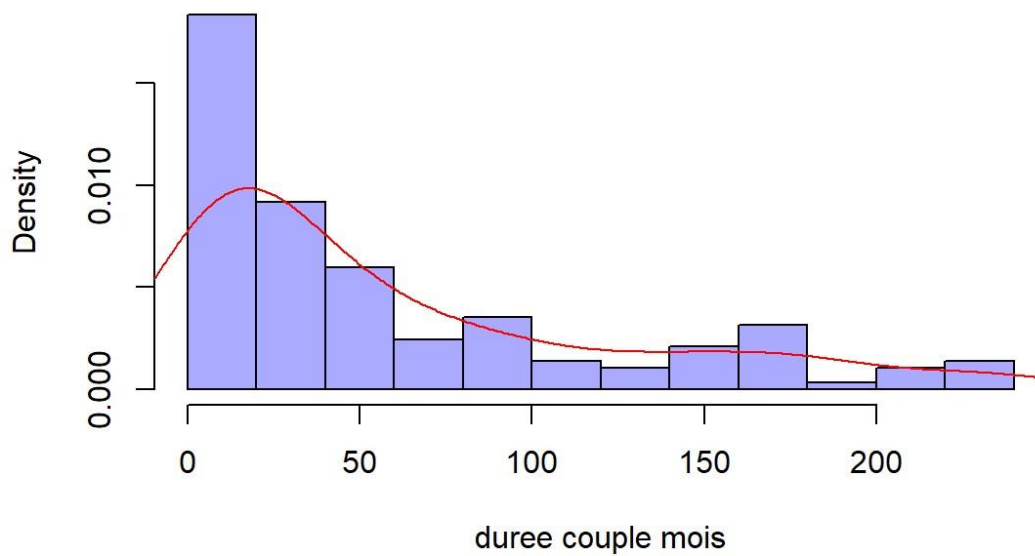


Graphique 1 : Répartition selon la situation familiale

25,12% (n=54) déclarent être seules, 9,77% (n=21) déclarent être séparées depuis moins de 3 mois.

c) Durée du couple

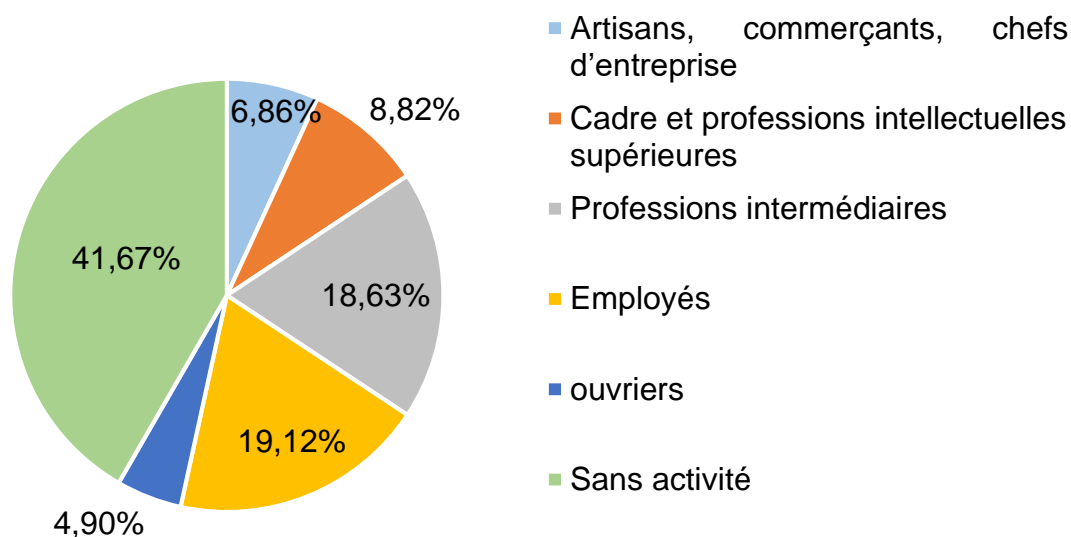
La durée moyenne du couple est de 60,59 mois (IC 95% [50,05-71,13]) soit 5,04 ans, allant de moins d'un mois à 20 ans, la médiane étant de 36 mois ([4,9-193,2], n=140). Les couples jeunes ont plus souvent recours à l'IVG.



Graphique 2 : Répartition de la population selon la durée de couple

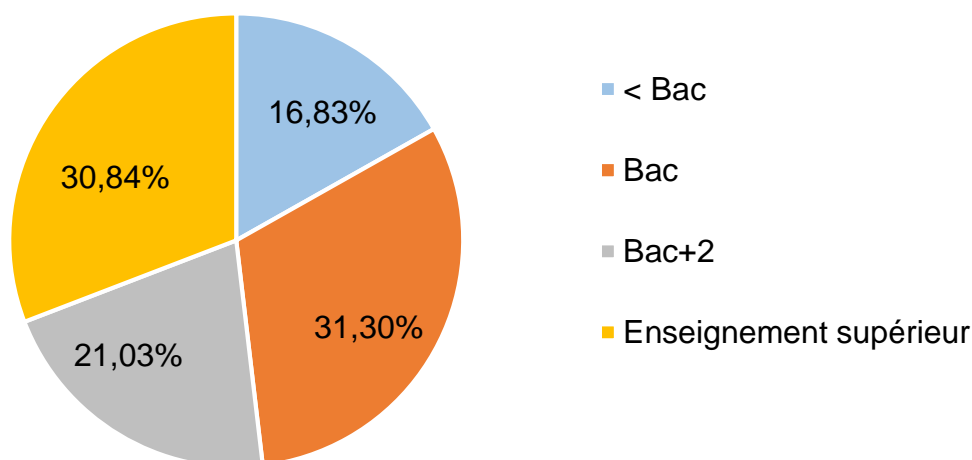
d) Statut professionnel et niveau d'étude

58,33% (n=133) des femmes de notre échantillon déclarent exercer une profession, alors que 41,67% (n=85) déclarent ne pas travailler.



Graphique 3 : répartition selon le statut professionnel

Presque la moitié de l'échantillon déclare ne pas avoir plus de formation que le niveau baccalauréat (Bac) (n=103), alors que 31% (n=66) déclarent avoir un niveau Bac +3 ou plus.



Graphique 4 : répartition selon le niveau d'étude

2. Aspects obstétricaux et suivi gynécologique

Tableau 3 : Aspects obstétricaux et suivi gynécologique

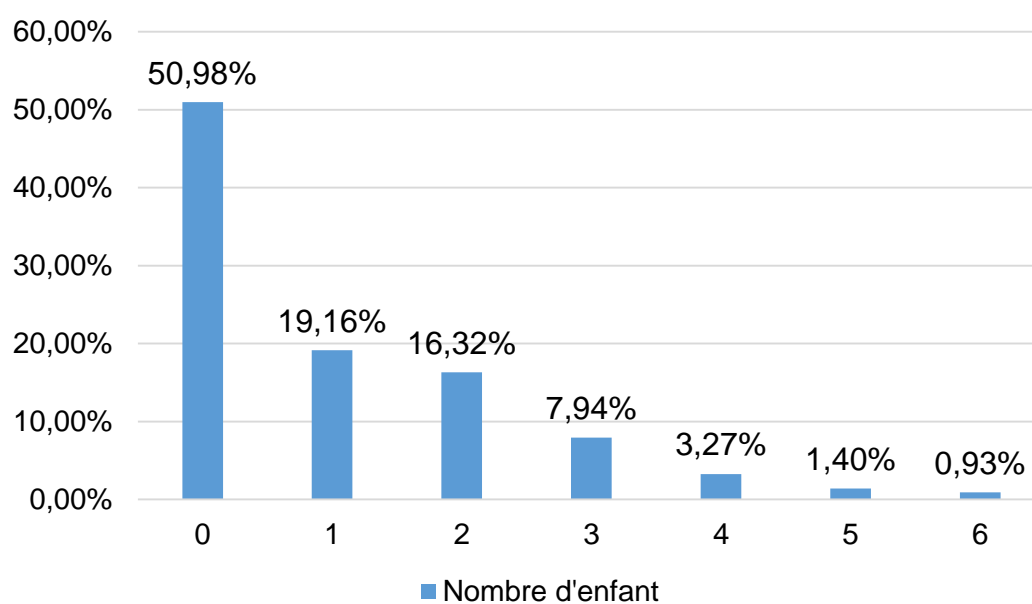
Suivi gynécologique	n=198	
	1 an ou moins	52%
	Plus de 1 an	42%
	Jamais	6%
Raisons irrégularité consultation gynécologique	n=78	
	Oubli	12,82%
	Difficulté prise de rendez-vous	10,26%
	Pas de problème gynécologique	60,26%
	Autre	16,66%
Date dernier accouchement	n=103	
	Moins d'un an	22,33%
	Plus d'un an	77,67%

La moitié des femmes de notre cohorte ont un suivi gynécologique régulier. Presque deux tiers des femmes ayant un suivi gynécologie irrégulier le justifie par l'absence de problème gynécologique.

55,3% (n=57) des femmes ayant un ou plusieurs enfants (n=103) ont accouché dans les 3 années précédant notre étude.

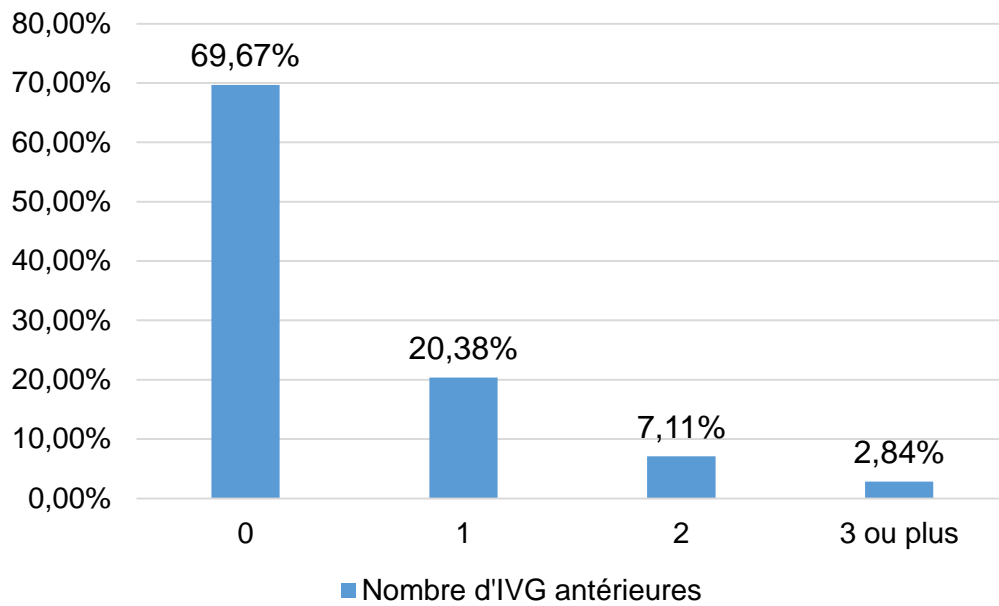
a) Nombre d'enfant

Le nombre d'enfants chez les femmes réalisant une IVG est d'en moyenne 1,01 (IC 95% [0,84 ; 1,19]). La moitié (50,94%) sont nullipares.



Graphique 5 : Répartition selon le nombre d'enfants

b) Nombre d'IVG antérieures

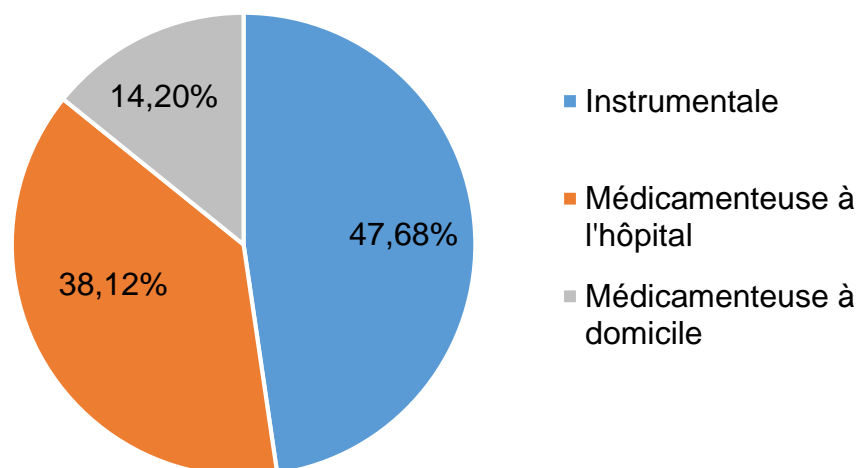


Graphique 6 : Nombre d'IVG antérieures

Dans notre étude, 32,33% (n=64) des femmes avaient déjà eu recours à au moins une IVG par le passé.

c) Méthode d'IVG

52% des femmes effectuaient une IVG par méthode médicamenteuse.



Graphique 7 : méthode utilisée pour l'IVG

Tableau 4 : Parité et nombre d'IVG antérieures

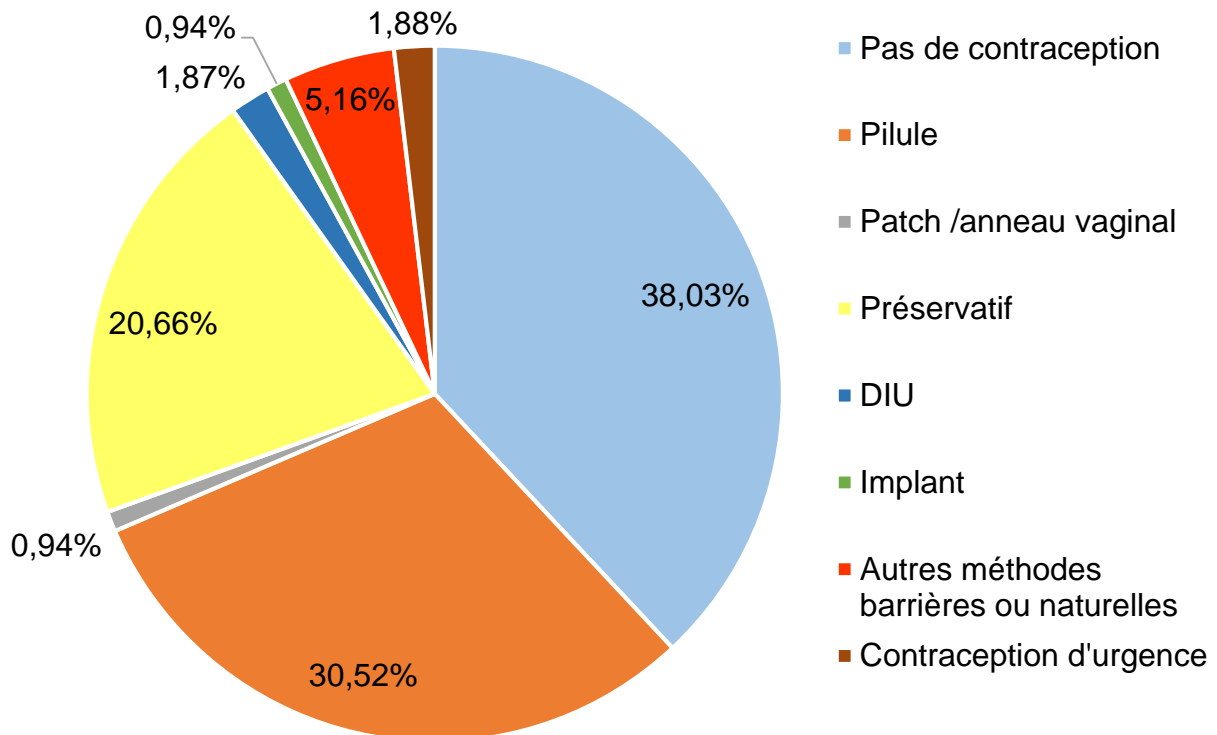
	Nombre d'IVG antérieures					Total général
	1	2	3	4	5	
Nullipare n=18	15	2	1	0	0	28,57%
Un enfant ou plus n=45	27	13	2	2	1	71,43%

Parmi les femmes entrant dans le cadre d'une récurrence d'IVG, deux tiers ont au moins un enfant. Les femmes qui ont eu recours deux fois ou plus à l'IVG (n=21) dans notre population semblent moins souvent en couple que le reste de la population (42% contre 68%), occupent un peu moins souvent un emploi (42% contre 61%) et sont moins diplômées (85% contre 52% ont un niveau d'étude inférieur ou égal au Bac). Cependant nous n'avons pas pu conclure de façon significative en faveur de ce lien.

B. Situation contraceptive avant l'IVG

1. Situation contraceptive avant l'IVG

Le terme « pilule » inclut les pilules oestroprogestatives et progestatives et le terme « DIU » regroupe les stérilets hormonaux ou au cuivre.



Graphique 8 : situation contraceptive des femmes avant l'IVG (n=213).

38% (n=81) ont déclaré ne pas utiliser de contraception pendant le mois de la conception.

La majorité des femmes de notre étude utilisant une contraception prenaient une pilule contraceptive au moment où elles sont tombées enceinte : 30,52% (n=65).

65,72% des femmes utilisaient une contraception de type non médicale.

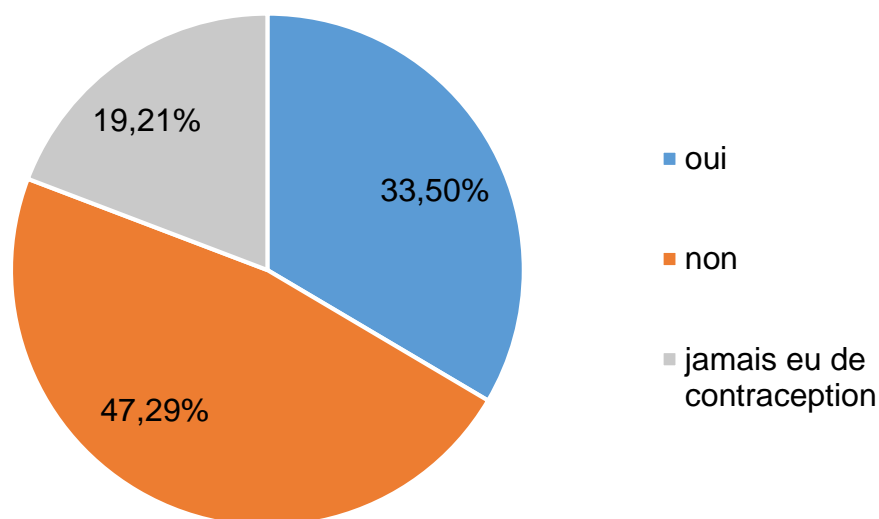
Parmi les patientes sans contraception au moment de la grossesse menant à l'IVG, 42% (n=34) n'avaient jamais eu de contraception.

Parmi les femmes en couple utilisant le préservatif (n=30), deux tiers étaient en couple depuis 4 ans ou moins.

2. Modification du contraceptif

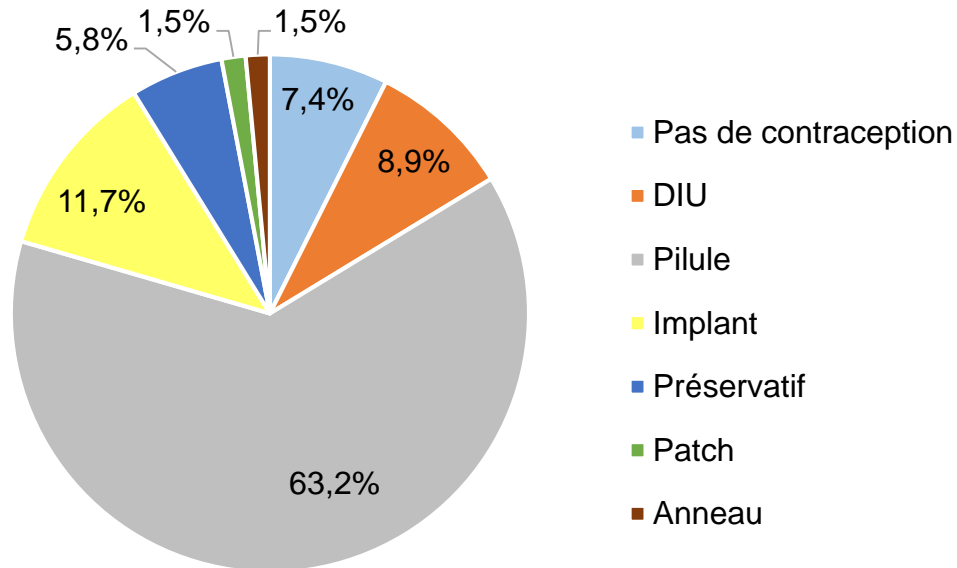
Dans notre population, 33,5% (n=70) des femmes ont changé de méthode dans les 6 mois précédents la grossesse non désirée soit 29,1% (n=37) de celles prenant une contraception. Parmi elles, 28 femmes n'adoptaient aucun moyen contraceptif.

Parmi les femmes qui ont changé ou arrêté leur contraceptif dans les 6 mois précédents l'IVG, 35,94% (n=23) signalaient que la grossesse a démarré dans le mois suivant l'arrêt ou le changement de méthode.



Graphique 9 : Arrêt ou changement de contraception dans les 6 mois précédents cette grossesse.

La situation contraceptive au moment de l'IVG semble moins « médicalisée » que 6 mois avant l'événement. En effet avant le changement ou l'arrêt, 91,5% des femmes utilisaient une méthode dite médicale.



Graphique 10 : situation contraceptive avant le changement de méthode

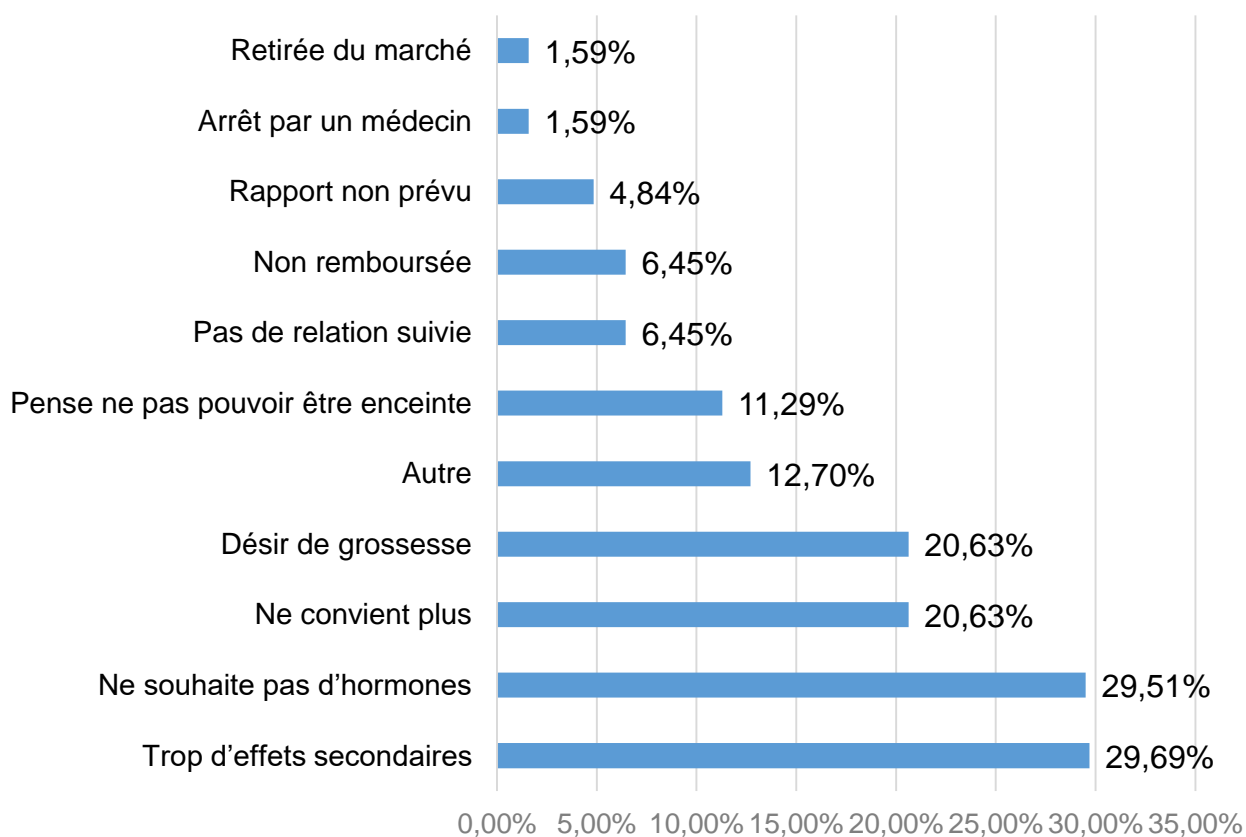
Parmi les 42 femmes qui prenaient la pilule et qui ont changé de moyen de contraception dans les 6 mois (Tableau 5) :

- 45,2% (n=19) ont stoppé toute méthode contraceptive.
- 31% (n=13) ont switché vers une autre pilule
- 21,4% (n=9) ont utilisé les préservatifs à l'arrêt de leur pilule.

La majorité des femmes arrêtant une contraception de type LARC (DIU ou Implant) se retrouvaient sans contraception.

Tableau 5 : Changement des méthodes contraceptives au cours des six derniers mois précédant l'IVG.

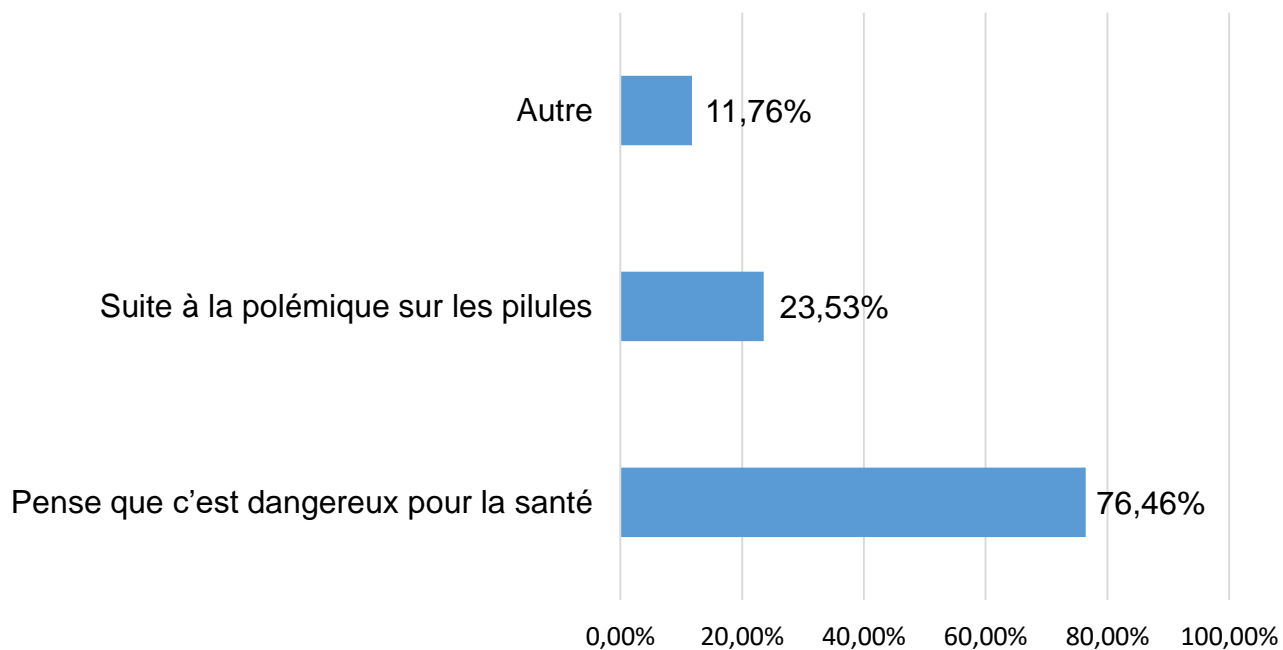
	<i>Moyen contraceptif utilisé</i>		
	Pilule	Implant	DIU
<i>Moyen adopté après changement</i>	n(%)	n(%)	n(%)
Aucun	19(45,2%)	4(50%)	5(83,3%)
Pilule	13(31%)	2(25%)	0
Préservatif	9(21,4%)	2(25%)	1(16,7%)
Implant	1(2,4%)	0	0



Graphique 11 : Causes d'un arrêt ou changement de méthode contraceptive dans les 6 mois précédents la grossesse

Dans la catégorie « autre » les femmes ont parfois complété la partie libre par quelques mots : « Je me sens mieux sans contraception » ; « à cause des effets sur mon corps ».

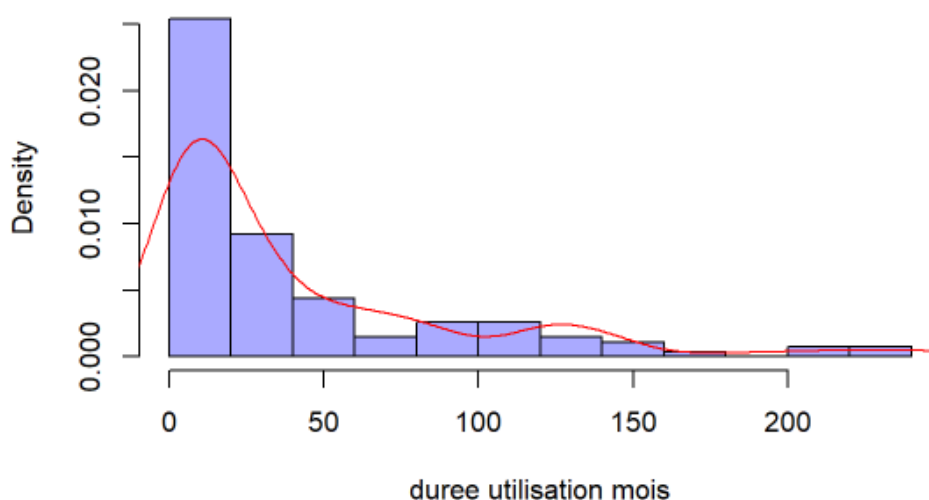
18,6% (n=13) des femmes ayant modifié leur contraception dans les 6 mois avant l'IVG pensent que les hormones sont dangereuses pour la santé.



Graphique 12 : Causes entraînant le souhait de ne pas ou plus prendre d'hormones (n=17)

3. Durée d'utilisation du dernier moyen contraceptif

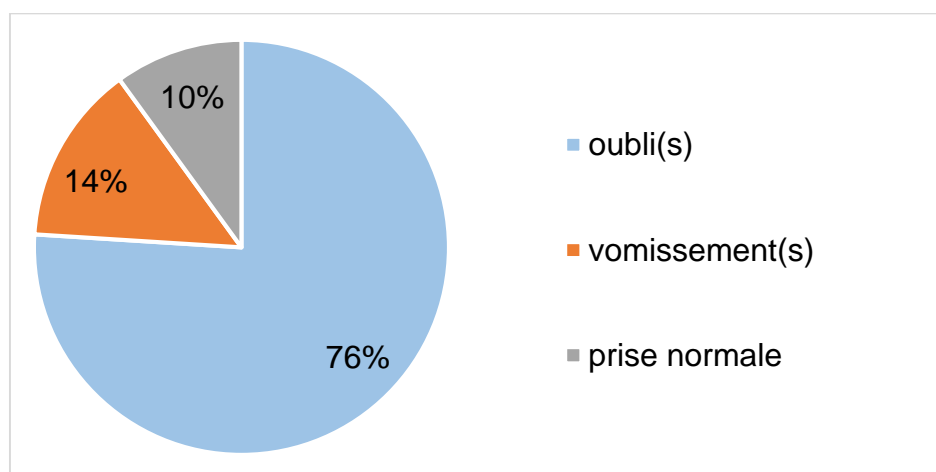
En moyenne la méthode était utilisée depuis 41,91 mois (IC 95% [33,12 ; 50,7]).



Graphique 13 : durée utilisation du moyen contraceptif

4. Grossesse sous pilule

Parmi les femmes qui utilisaient une pilule contraceptive avant l'IVG (30,52%, n=65), 90% (n=45, valeurs manquantes=15) sont conscientes d'une erreur d'utilisation. L'erreur contraceptive la plus courante est l'oubli d'un comprimé 76% (n=38).



Graphique 14 : Causes échec contraceptif sous pilule

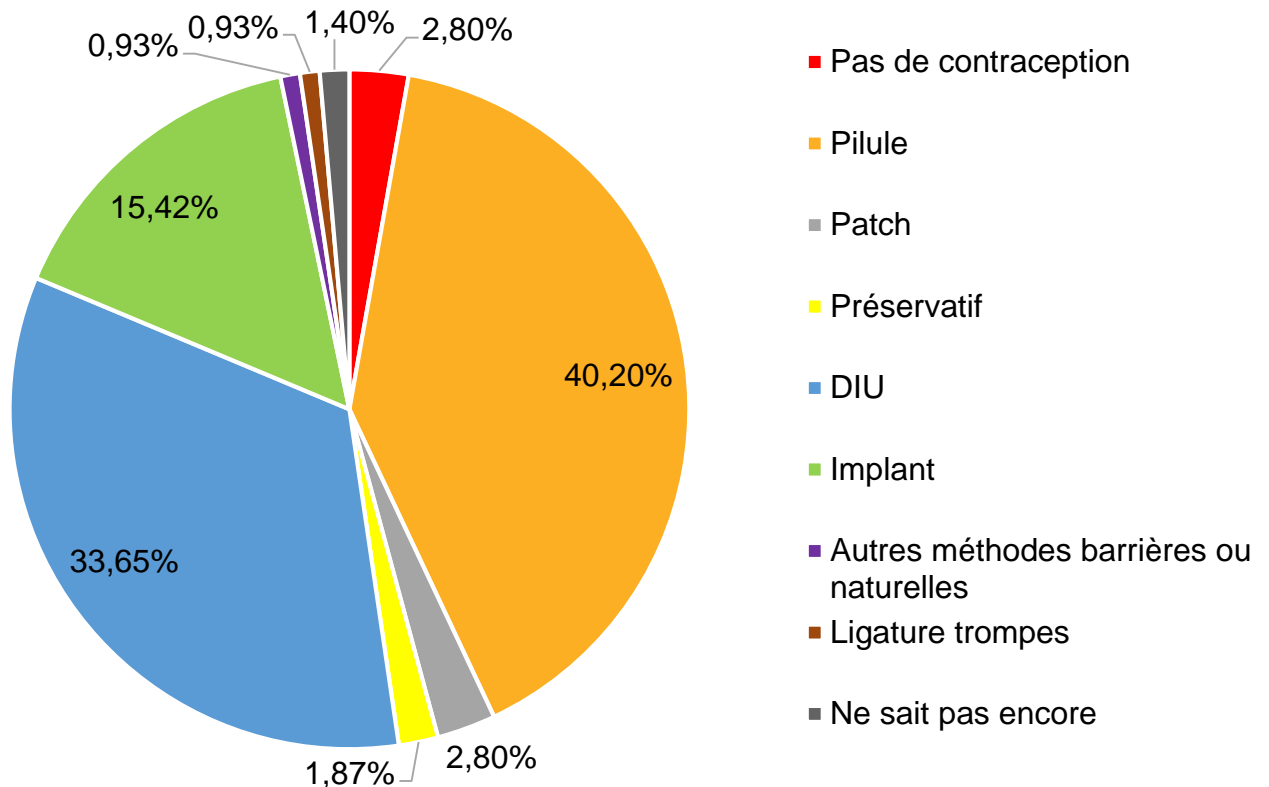
Les femmes qui effectuaient une première IVG étaient plus souvent sous contraceptif que les femmes ayant déjà effectué une IVG ou plus par le passé.

Tableau 6 : Présence d'une contraception au moment de la grossesse non désirée selon l'antécédent d'IVG

	Absence de contraception n=82	Présence d'une Contraception n=124	P
Pas d'antécédent IVG n=143	35,66%	64,33%	p=0,047
Une IVG antérieure ou plus n=63	49,2%	50,8%	

Les analyses bivariées recherchant une association entre l'âge ($p=0,93$), le niveau scolaire ($p=0,510$), le statut conjugal ($p=0,175$), la parité ($p=0,212$), le suivi gynécologique annuel ($p=0,538$) et le statut contraceptif au moment de la grossesse non désirée, ne retrouvaient pas de résultats significatifs.

C. La contraception après l'IVG



Graphique 15 : Contraception choisie en post-abortum(n=214)

83,2% des femmes de cette étude (n=173) ont choisi d'utiliser un moyen contraceptif différent après leur IVG que celui utilisé auparavant, et 5 patientes ont décidé de ne prendre aucun moyen de contraception en post-IVG, alors qu'elles n'en utilisaient pas avant l'IVG.

2,8% (n=6) des femmes ont choisi une méthode de contraception non médicale. 42% (n=19) des femmes conscientes d'une erreur d'utilisation de leur pilule choisissaient de nouveau la pilule en post IVG.

Pour la contraception du post-IVG immédiat, les femmes qui n'avaient jamais utilisé de contraception choisissaient principalement :

- La pilule : 38,5%
- Le DIU : 40,7%
- L'implant : 12,8%

Les femmes jeunes choisissent moins le DIU en post IVG.

Tableau 7 : Choix du DIU en post IVG selon l'âge

	DIU en post IVG	
Moins ou = à 25 ans	n=21	30%
Plus de 25 ans	n=49	70%

Les femmes ayant bénéficié d'une méthode chirurgicale n'avaient pas choisi d'avantage le DIU que les patientes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse.

Tableau 8 : Choix du DIU selon la méthode d'IVG

	DIU en post IVG	
Méthode chirurgicale	n=18	28,1%
Méthode médicamenteuse	n=24	34,7%

Les femmes ayant déjà un ou plusieurs enfants étaient plus nombreuses à choisir le DIU que les patientes nullipares.

Tableau 9 : Choix du DIU selon la parité

	DIU en post IVG	
Nullipare	n=29	42%
Primipare ou multipare	n=40	58%

IV. DISCUSSION

A. Rappel des principaux résultats

La majorité des femmes ayant recours à l'IVG utilisaient une méthode de contraception lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes. Le plus souvent (30,52%) il s'agissait de la pilule. Les méthodes dites naturelles sont citées par 5,16% des femmes alors que 20,66 % utilisaient le préservatif. Seule une minorité des femmes rapportent un échec de méthode à longue durée d'action : 1,88% le DIU et 0,94% le patch et l'anneau vaginal. Une grande majorité des femmes sous pilule attribuent leur grossesse à un ou plusieurs oublis de comprimé.

Plus de la moitié des femmes ont changé ou arrêté leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédents la grossesse menant à l'IVG. Le plus souvent en raison d'effets secondaires ou du souhait de ne plus prendre d'hormone. Entraînant une forte diminution de l'utilisation des méthodes dites médicales.

B. Forces

Le caractère prospectif de notre étude constitue une force, permettant une actualisation des résultats. Le taux de réponse de 82,7% est correct. Une part importante de la non-réponse est probablement due à la non-participation des professionnels de santé dans le service plutôt qu'au refus des femmes. Cependant on retrouve dans la littérature une sous déclaration importante du recours à l'IVG (7,45) qui peut impacter notre taux de réponse ou certaines questions.

Le support utilisé a permis un total anonymat des patientes, répondant ainsi aux exigences de la CNIL. Le choix du questionnaire à choix multiple permettait de faciliter le traitement des données. La réalisation d'un questionnaire court d'une page recto-verso, avec une sélection des questions les plus importantes à l'étude de l'objectif principal, a sans doute eu un impact sur le taux de réponse. Comme pour toute étude avec questionnaire, la barrière de la langue sélectionne forcément la population.

Le recrutement de notre population directement dans le service d'Orthogénie permet probablement de limiter certains biais retrouvés lors d'une enquête auprès de la population générale. En effet on observe dans ces études une sous déclaration des IVG et un biais de rappel. Nous limitons ce biais de mémoire éventuel en interrogeant les femmes au moment de l'intervention.

C. Limites

La faiblesse principale de cette étude est la taille de l'effectif de notre population malgré un taux de réponse satisfaisant. Le manque de puissance entraîne des résultats non significatifs suite aux analyses bivariées.

Nous n'avons pas interrogé les femmes à distance de l'IVG. Cela aurait permis d'évaluer l'utilisation réelle du contraceptif à distance. Parmi les femmes ayant choisi une contraception de type LARC nous n'avons pas identifié celles chez qui le DIU ou l'implant a été posé le jour de l'IVG. En effet, un grand nombre de patientes ne se présentent pas en consultation de contrôle. De plus nous sommes souvent amenés à rediscuter et changer la contraception prescrite en premier temps. Certaines femmes n'utilisent pas la méthode prescrite ou l'abandonnent rapidement (9,46).

Nous pouvons intégrer un biais d'information dans cette étude prospective : il s'agit de l'effet « Hawthorne » biaisant le comportement des participantes. En effet, en se sachant sujets d'une étude les femmes peuvent davantage décrire des comportements plus acceptables socialement.

L'analyse de nos résultats est uniquement quantitative. L'aspect qualitatif n'a pu être développé dans notre étude. Les deux questions ouvertes n'ont été que très peu renseignées par les femmes, de plus l'une d'elles ne s'adressait qu'à un pourcentage faible de notre population.

Enfin, dans notre étude, seulement 14,2% des femmes ont bénéficié d'une méthode médicamenteuse à domicile, contre 22% en France en 2017 (1). Cela s'explique probablement par un défaut de participation du personnel du service par manque de temps avec des patientes qui ne sont pas hospitalisées. Cela peut entraîner un biais de sélection.

D. Analyse des résultats

L'âge moyen était de 27 ans dans notre cohorte comparable à l'âge moyen retrouvé dans l'étude de Moreau et al en 2007 chez 7 802 femmes ayant recours à l'IVG qui était de 27,2 ans (9). Dans notre population, c'est la classe d'âge des 25-35 ans qui a le plus recours à l'IVG (48,6%). Les mineures représentent 3,74% de notre population, les plus de 35 ans 14%. Ces résultats correspondent aux dernières données publiées par la DREES en 2017 (1). Ils observaient une diminution du taux de recours de l'IVG chez les mineurs et les 20-24 ans et une augmentation chez les femmes de 25-40 ans.

La répartition selon le statut conjugal est différente des résultats obtenus dans l'enquête nationale de 2007 (9,11) : 65% déclaraient être en couple au moment de l'IVG dans notre étude et 45% en 2007. Cependant les comparaisons avec cette étude sont biaisées puisqu'il n'a pas été réalisé de standardisation des données sur l'âge.

Concernant le niveau d'étude en 2007 (9,11), 36% des femmes avaient un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, et seulement 22% déclaraient un niveau supérieur à Bac+2, contre 17 % et 31 % dans notre étude. Notre population est donc différente sur ce point avec des femmes plus instruites qu'en 2007.

Plus d'une IVG sur deux (58%) concernait une femme exerçant un emploi. Ce résultat est en accord avec les données de l'enquête de 2007 où 53% des femmes ayant recours à l'IVG exerçaient un emploi (11). Cependant, ces chiffres restent inférieurs à ceux publiés par l'enquête Emploi (47). En effet, d'après l'enquête de l'INSEE, 70% des femmes de 15 à 50 ans occupent un emploi. A nouveau, la comparaison avec les données de notre étude est difficile car il n'a pas été réalisé de standardisation des données sur l'âge. Le lien avec le marché du travail est donc moins favorable pour les femmes de notre population que pour l'ensemble de la population féminine en France.

Ainsi, dans notre étude, les femmes ont un niveau d'études plus élevé que la population générale mais occupent moins souvent un emploi. Vilain n'explique pas ce résultats *a priori* surprenant, en effet aucun élément de l'étude ne permet

d'analyser le type du diplôme et la spécialité associée qui peuvent être déterminants pour l'accès à l'emploi (11).

La majorité des patientes de notre population étaient nullipares (51% de notre population et 79% des moins de 25 ans) et effectuaient une première IVG. L'étude de Vilain et al montre également que la moitié des femmes ayant recours à une IVG ont déjà eu au moins un enfant auparavant (11). Ces résultats concordent donc avec notre étude.

Dans notre étude 20% des femmes ayant eu recours à l'IVG en ont déjà réalisé une auparavant et 10% deux ou plus (respectivement 34% et 9% en 2007 dans l'étude de Vilain et al) (11). Il n'est pas possible de calculer la proportion d'IVG itérative dans notre étude (les IVG itératives étant définies par l'INED par les femmes ayant eu au moins trois IVG, ou deux IVG en moins de trois ans d'intervalle). Le questionnaire ne renseignait pas le délai entre l'IVG réalisée au moment de l'étude et les IVG antérieures. Cependant, on peut dégager une caractéristique chez les femmes qui ont eu recours deux fois ou plus à l'IVG dans notre population : elles sont moins souvent en couple que le reste de la population (42% contre 68%), occupent un peu moins souvent un emploi (42% contre 61%) et sont moins diplômées (85% contre 52% ont un niveau d'étude inférieur ou égal au Bac). Ces dernières caractéristiques correspondent aux résultats de l'étude de la DREES menée par Vilain et al (11).

Au total, notre population montre un taux de recours à l'IVG plus important chez les nullipares avec une population au niveau d'éducation élevé, cela peut nous amener à penser que la grossesse chez ces femmes intervient à un moment jugé inopportun dans l'évolution d'un projet éducatif ou professionnel.

62% des femmes de notre étude utilisaient une contraception avant l'IVG. Cela concorde avec l'étude de Moreau et al où, 64% des 7 802 femmes de l'étude utilisaient une méthode contraceptive avant l'IVG (9).

Concernant la méthode utilisée lors de la grossesse non désirée, en comparaison avec l'enquête nationale de 2007, les différences observées dans notre échantillon

portent sur l'utilisation d'une méthode barrière autre ou naturelle moins fréquente que dans l'enquête nationale (5,16% dans notre étude vs 17,8%). Dans la population générale, l'utilisation des méthodes traditionnelles qui avait connu une légère augmentation dans la fin des années deux mille, s'est vue décroître depuis 2013 (6).

On note un taux plus élevé dans notre étude de l'utilisation de la pilule (30,52% vs 26,7%) et du préservatif (20,66% vs 15,9%) (9). Cela peut s'expliquer par une modification des pratiques contraceptives depuis 2007 majorée par la polémique de 2012 ayant entraîné un report vers le préservatif chez les femmes en situation de précarité (3,5,6).

Dans notre échantillon, un tiers des femmes utilisait une pilule contraceptive avant l'IVG. Ces chiffres sont en corrélation avec les données de la littérature qui expriment une utilisation majeure de la pilule en France et notamment chez les jeunes femmes (5).

Une proportion identique de femmes n'avait pas de contraception avant l'IVG en regard de l'étude nationale de Vilain : 38% des femmes de notre population. Notre population est donc représentative de la population générale. Dans la population générale, la proportion de femmes ayant une activité sexuelle qui n'utilise pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est de 8% en 2017 (3). D'après les données des publications, les raisons invoquées par ces femmes sont les suivantes : le plus souvent elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes, d'autres n'avaient pas prévu d'avoir un rapport sexuel à ce moment-là, d'autres encore rapportent avoir rencontré des problèmes avec les méthodes de contraception dans le passé tandis que certaines indiquent qu'elles n'avaient pas de partenaire régulier à ce moment-là (9).

Au sein de notre cohorte, seules 4 femmes citaient la contraception d'urgence. Cela révèle probablement une méconnaissance de la contraception d'urgence en France où les méthodes de rattrapage sont encore trop peu appliquées. Hormis dans le cadre du DIU ou de l'implant, la contraception d'urgence devrait faire l'objet d'une

prescription systématique. Les professionnels de santé doivent intervenir davantage afin d'expliquer ses conditions d'application et notamment les précautions à prendre après la prise. La méthode de rattrapage efficace qu'est la pose d'un DIU dans les 5 jours qui suivent le rapport à risque est peu appliquée en France.

Nous n'avons pas pu conclure, de façon statistiquement significative, en faveur d'un lien entre les données sociodémographiques et la présence ou non d'une contraception avant l'IVG. De même concernant les femmes qui ont déjà réalisé plusieurs IVG.

Aux problèmes d'utilisation s'ajoutent une autre difficulté majeure. En effet, plus d'un tiers des femmes qui utilisaient un moyen de contraception ont modifié celui-ci au cours des six derniers mois précédant l'IVG. Une large majorité vers l'absence de couverture contraceptive. Alors même que plusieurs études ont montré que les erreurs dans les pratiques contraceptives sont plus fréquentes au début de l'utilisation, entraînant des taux d'échec plus élevés au cours de la première année d'utilisation (15,48,49).

Parmi ces femmes 30% évoquaient des effets secondaires ressentis comme raison de l'arrêt ou du changement de contraception, 30% le fait de ne plus vouloir prendre d'hormones et 20% la polémique sur la pilule. La médiatisation de la santé associée à une désinformation du public est sans doute responsable en partie de ces chiffres.

Cette polémique est citée dans plusieurs études portant sur la modification du schéma contraceptif des françaises. En effet, en 2014, un an après la polémique Bajos remarque que les femmes se sont tournées plus fréquemment vers le DIU et le préservatif (3,6).

Dans notre étude, comme dans celle de Moreau et al, le profil contraceptif des femmes subissant une IVG semblait donc être sous-médicalisé au moment de la grossesse non désirée. Plusieurs études aux États-Unis (50) et en Europe occidentale (51) ont rapporté des résultats similaires (15).

En comparant le profil contraceptif des femmes pratiquant une IVG avec celui d'une population standard de femmes, Bajos et al montre que les méthodes de contraception sont sous-médicalisées chez les femmes qui ont subi une IVG comme dans notre étude (15). Cela suggère que ces femmes ont un lien particulier avec la contraception, reflétant peut-être une difficulté à accéder au système de santé. De plus le profil contraceptif au moment de l'IVG qui apparaît dans de nombreux cas comme transitoire reflète donc non seulement des profils de contraception à haut risque, mais également des fenêtres de vulnérabilité dans une voie contraceptive médicalisée dans les mois précédents (15).

Plus les femmes avaient eu de contacts avec les professionnels de la santé au moment de l'IVG, plus elles étaient susceptibles d'utiliser des méthodes très efficaces après l'IVG (15). Cela soutient l'hypothèse de situation à risque plus que de femme à risque.

La situation contraceptive au moment de la grossesse ayant donné lieu à l'IVG apparaît donc bien comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes.

Bajos avance dans son étude que le récent changement de la situation en matière de contraception chez les femmes qui sont passées d'une contraception efficace à d'autres méthodes semble être associé aux changements récents intervenus dans leur vie sociale. Elles étaient plus susceptibles d'être dans des conditions matérielles difficiles, dans une relation récente, célibataires ou d'arrêter en raison d'effets secondaires perçus (15). Ce dernier paramètre ressort également dans notre étude.

L'IVG est associée à une nette augmentation de choix de méthodes très efficaces. 83% des patientes se sont vu proposer une option contraceptive différente de ce qu'elles avaient auparavant. Les patientes et médecins ont ainsi la volonté d'adapter le choix contraceptif post-IVG aux circonstances qui ont conduit à cette IVG.

Plus de la moitié des femmes passent d'une contraception non médicale ou de l'absence de contraception à la prescription d'une méthode médicale après l'IVG (58%). Cette remédicalisation de la contraception est rapportée dans différentes études en France (15) comme dans d'autres pays (46,52).

La différence principale observée dans notre échantillon porte sur l'absence de contraception en post-IVG chez 22% des femmes dans l'étude de Moreau et al contre 2,8% dans notre étude. De plus, dans notre étude, en post-abortum, 40,2% des femmes reçoivent une prescription de pilule suivie du DIU (33,65%) et de l'implant (15%) alors que dans l'étude de Moreau et al l'utilisation de ces méthodes sont respectivement de 50%, 16,5% et 7% (9). La proportion de LARC a doublé dans notre population. Cela s'explique en partie par les changements contraceptifs constatés depuis 10 ans mais également, probablement, par le fait que nous avons interrogé les femmes au sujet de la contraception post-IVG le jour de l'intervention et non à distance.

La prescription de LARC en post IVG est importante. Le rôle potentiel de ces méthodes dans la réduction des grossesses non désirées et des IVG a fréquemment été reporté dans la littérature. Une étude néo-zélandaise a montré que l'utilisation de ces méthodes en post-IVG diminuait le recours à de nouvelles IVG dans les deux années suivantes (53).

Etonnamment, le choix du DIU était plus important chez les patientes bénéficiant d'une méthode médicamenteuse. Nous aurions pensé qu'il serait plus important en cas de méthode chirurgicale où l'on peut mettre en place le DIU directement à la fin de l'intervention. Ce résultat est probablement éloigné de la réalité étant donné l'absentéisme en consultation de contrôle. Plus classiquement le DIU était choisi davantage chez les femmes de plus de 25 ans et ayant un enfant ou plus. Cela

montre encore un attachement des femmes au schéma Français classique et ce malgré l'évolution des dernières années.

La prescription de DIU progresse donc mais reste plus faible chez les femmes nullipares et chez les jeunes femmes. La faible proportion de jeunes femmes recevant une contraception très efficace de type DIU reflète les derniers obstacles à la promotion de l'utilisation de cette méthode alors qu'elle constitue la deuxième méthode de contraception la plus utilisée en France (54). Un des obstacles est le manque de connaissance ou des idées fausses sur cette contraception chez les jeunes femmes (54). Certains professionnels de santé se montraient également encore réticents malgré des recommandations en faveur depuis le début des années 2000 (55).

On note que presque la moitié des femmes qui rapportent un échec de pilule choisissent de nouveau une pilule. La pilule reste la méthode la plus prescrite en post-IVG, et ce même dans les cas où la grossesse est attribuée à un oubli de pilule. La question de l'adéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie affective sexuelle et sociale des femmes reste toujours posée et en accord avec l'étude de Moreau et al (9,15).

Dans la population générale plus de sept femmes sur dix recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (3). Au total dans notre étude, 93% des femmes ont choisi une méthode médicalisée en post-IVG. Il serait intéressant d'analyser ce paramètre à distance qui, au plus on s'éloigne de l'IVG, tend probablement à se rapprocher de la population générale.

Nos résultats appuient également la baisse du recours à la pilule et le report vers le DIU et l'implant constaté dans la population générale suite à la polémique de 2013, qui se poursuit depuis. En effet en post-IVG, les femmes choisissaient moins la pilule mais deux fois plus le DIU et l'implant que dans l'étude nationale de 2007 (9). Cependant, dans la population générale, ces tendances sont très différentes selon l'âge des femmes et c'est parmi les 20-29 ans que ces changements sont plus apparents (3).

L'utilisation des LARC doit permettre de réduire le risque de grossesse non prévue dans cette tranche d'âge où le taux d'IVG est le plus élevé (1). Il serait pertinent de comparer le taux de recours aux IVG et son évolution en France, à d'autres pays d'Europe ou du monde, où les LARC sont plus utilisées. Ceci afin d'ajuster nos pratiques et de modifier les comportements pour réduire le nombre d'IVG en France. Malgré les polémiques la proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception est restée inchangée (3).

V. CONCLUSION

Notre étude nous a permis de mieux appréhender la contraception des femmes qui ont eu recours à l'IVG. Les femmes qui n'utilisaient pas de contraception au moment de la grossesse ont cependant utilisé une méthode dans un passé proche ce qui renvoie à la notion de situation à risque. Les erreurs de prise sont les principaux motifs d'échec. Cela traduit les difficultés de la gestion contraceptive au quotidien. Il est donc nécessaire de porter attention à ces périodes de changement contraceptif.

L'IVG correspond à une opportunité d'aborder les questions contraceptives et permet ainsi de remédialiser la contraception tout en l'adaptant au mode de vie des femmes. Le temps consacré à l'information est primordial devant la désinformation créée par certains médias.

Les évolutions se poursuivent même si la norme contraceptive française est toujours présente. Le schéma contraceptif optimal doit combiner une réponse adaptée au confort des femmes et l'augmentation de l'efficacité des méthodes choisies.

Le conseil du professionnel reste indispensable pour soutenir ces évolutions, répondre aux nouvelles craintes et attentes des femmes. Il serait utile d'améliorer la formation des médecins généralistes en matière de contraception. En effet, ils sont les acteurs de soins primaires auxquels elles ont le plus facilement accès et donc le premier interlocuteur des femmes. Ils peuvent ainsi aborder le sujet de la contraception et du suivi gynécologique dès que possible afin d'adapter la contraception aux trajectoires de vie des femmes. En ce sens renforcer le partenariat entre médecins généralistes et gynécologues est indispensable. Une mobilisation collective visant à améliorer l'information des femmes et de leurs partenaires est nécessaire.

VI. Références bibliographiques

1. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Etudes et Résultats, n°1081, Drees
2. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69:365–98.
3. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 contraception. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 8 p. (Baromètres santé).
4. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588, 2001.
5. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Institut National d'Études Démographiques (INED) ; 2012 Sep (Population et Sociétés). Report No. 492.
6. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Institut National d'Études Démographiques (INED) ; 2014 (Population et Sociétés). Report No. 511.
7. Jones RK, Kost K. Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. *Stud Fam Plann*. 2007;38:187–97.
8. Moreau C, Bajos N, Bouyer J. De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. *Population*. 2004;59:503–18.
9. 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 148–61.
10. Vilain A, Collet M, Moisy M. [Présentation méthodologique]. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. *Rev Fr Aff Soc*. 2011 69–85.
11. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge, Women who resort to induced abortion : different profiles and treatment protocols. *Rev Fr Aff Soc*. 2011 116–47.
12. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines.
13. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet Lond Engl*. 2016 ;388:258–67.
14. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Drees.
15. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Hum Reprod*. 2006 ;21:2862–7.

16. France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. Ined - Institut national d'études démographiques.
17. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Rev Fr Aff Soc.* 2011 162–98.
18. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57:601–5.
19. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. *Contraception.* 2012;85:56–62.
20. Thiel de Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210:311.e1-311.e8.
21. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2015;44:1127–34.
22. Hansen LB, Saseen JJ. New contraceptive options: patient adherence and satisfaction. *Am Fam Physician.* 2004 69:811–2, 815–6.
23. A. Le Tohic. La Lettre du Gynécologue - n° 314 - septembre 2006. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes.
24. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;117:1105–13.
25. Jost S, Le Tohic A, Chis C, This P, Grosdemouge I, Panel P. Contraception des femmes françaises de 15 à 45ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2014 1;42:415–21.
26. Serfaty D. Medical aspects of oral contraceptive discontinuation. *Adv Contracept.* 1992;8:21–33.
27. Schindler AE. Non-Contraceptive Benefits of Oral Hormonal Contraceptives. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11:41–7.
28. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2007;22:2422–7.
29. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* 2002;7:155–61.
30. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group C, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006;38:190–6.
31. 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.* 2010;82:337–44.

32. Chabbert-Buffet N, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A, et al. Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* 2017;22:165–9.
33. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 ;:CD008452.
34. Duranteau L. Contraception par progestatifs. 2017.
35. Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B, et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertil Steril.* 1998;69:258–66.
36. Darney P, Patel A, Rosen K, Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *Fertil Steril.* 2009;91:1646–53.
37. Martin C, Tanguy M, Aspeepele F, Fanello S. [Tolerance of the contraceptive implant by prescription context (postabortion or not): Prospective study on 127 consultants]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2010;39:632–6.
38. Lähteenmäki P, Rauramo I, Backman T. The levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Steroids.* 2000;65:693–7.
39. Backman T. Benefit-Risk Assessment of the Levonorgestrel Intrauterine System in Contraception. *Drug Saf.* 2004;27:1185–204.
40. Boudineau M, Multon O, Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin. *EMC - Gynécologie.* 2006;1:1–7.
41. Haute Autorité de Santé - Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG).
42. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception.* 2011;84:571–7.
43. Risque thromboembolique des pilules estroprogestatives : informations pour les femmes et les professionnels de santé - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
44. Weill A, Dalichampt M, Raguideau F, Ricordeau P, Blotière P-O, Rudant J, et al. Low dose oestrogen combined oral contraception and risk of pulmonary embolism, stroke, and myocardial infarction in five million French women: cohort study. *BMJ.* 2016;353:i2002.
45. Moreau C, Bajos N, Bouyer J. Question Comprehension and Recall : The Reporting of Induced Abortions in Quantitative Surveys on the General Population. *Population.* Vol. 59:439–54.
46. Schunmann C. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Hum Reprod.* 2006;21:2296–303.
47. Population active – Tableaux de l'économie française | Insee.

48. Peterson LS, Oakley D, Potter LS, Darroch JE. Women's efforts to prevent pregnancy: consistency of oral contraceptive use. *Fam Plann Perspect*. 1998;30:19–23.
49. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2004;70:89–96.
50. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34:294–303.
51. Larsson M, Aneblom G, Odling V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:64–71.
52. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi PG, Dumont P, Lüdicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception*. 2003;67:107–13.
53. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206:37.e1-6.
54. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2012;50:389–94.
55. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.

VII. ANNEXES

A. Questionnaire

Enquête sur la situation contraceptive des femmes avant une IVG

Le service de gynécologie du CHU de Lille réalise une enquête auprès des patientes consultant en gynécologie. Ce questionnaire est **anonyme** et vous prendra **moins de 5 minutes. UNE SEULE réponse par question sauf si précisé.**

1. **Votre âge :** |__|__|

2. **Votre niveau scolaire :**

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Jamais scolarisé | <input type="radio"/> Bac+2 |
| <input type="radio"/> Primaire | <input type="radio"/> Enseignement supérieur |
| <input type="radio"/> Collège / BEP /CAP | <input type="radio"/> Autre, précisez : |
| <input type="radio"/> Lycée | |

3. **Situation Professionnelle :**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Agriculteur exploitant | <input type="radio"/> Profession intermédiaire, technicien, infirmier, professeur... |
| <input type="radio"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise... | <input type="radio"/> Employé administratif et de commerce |
| <input type="radio"/> Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur... | <input type="radio"/> Ouvrier, ouvrier agricole, manœuvre, livreur... |
| | <input type="radio"/> Sans activité professionnelle |

4. **Votre situation familiale :**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> En couple, durée du couple : __ __ mois ou __ __ année(s) | <input type="radio"/> Célibataire |
| | <input type="radio"/> Séparation de moins de 3 mois |

5. **Combien d'enfants avez-vous ?** |__|__|

5bis. **Date du dernier accouchement :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

6. **De quand date votre dernière consultation gynécologique environ (en dehors des consultations pour l'IVG) ?**

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Moins de 3 mois | <input type="radio"/> 1 à 2 ans |
| <input type="radio"/> 6 à 12 mois | <input type="radio"/> Plus de 2ans |

6bis. **Si vous n'avez pas consulté depuis plus de 1 an, pourquoi ?**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> J'ai oublié | <input type="radio"/> Difficulté pour avoir un rendez-vous |
| <input type="radio"/> Pas de problème gynécologique | <input type="radio"/> Autre..... |

7. **Avez-vous déjà eu recours à une IVG par avant ?**

Oui, combien : |__|__|

Non

8. Au moment où a débuté la grossesse actuelle quelle méthode contraceptive utilisiez-vous ? (une seule réponse)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> AUCUNE contraception | <input type="radio"/> Anneau vaginal |
| <input type="radio"/> Stérilet | <input type="radio"/> Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique) |
| <input type="radio"/> Pilule | <input type="radio"/> Pilule du lendemain |
| <input type="radio"/> Implant | <input type="radio"/> Autres, précisez : |
| <input type="radio"/> Préservatif | |
| <input type="radio"/> Patch | |

9. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode environ ? |__|__| mois ou |__|__| année(s)

10. Si vous preniez la pilule au moment de tomber enceinte avez-vous eu :

- Un ou plusieurs oublis
- Des vomissements après la prise
- Pilule prise normalement

Autres :

Retourner la feuille pour poursuivre

11. Dans les six mois précédents la grossesse actuelle, avez-vous changé ou arrêté votre contraception ?

- Oui
- Non, j'ai continué comme ça : passer directement à la question 15
- Je n'ai jamais eu de contraception : passer directement à la question 15

12. La grossesse actuelle a-t-elle démarré dans le mois après l'arrêt ou le changement de méthode de contraception ? Oui Non

13. Si vous avez changé ou arrêté dans les 6 mois précédents la grossesse actuelle, quelle méthode contraceptive aviez-vous avant cet arrêt /ce changement ? (une seule réponse)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> AUCUNE contraception | <input type="radio"/> Anneau vaginal |
| <input type="radio"/> Stérilet | <input type="radio"/> Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique) |
| <input type="radio"/> Pilule | <input type="radio"/> Pilule du lendemain |
| <input type="radio"/> Implant | <input type="radio"/> Autres, précisez : |
| <input type="radio"/> Préservatifs | |
| <input type="radio"/> Patch | |

14. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous arrêté/changé votre contraception ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Ne convient plus précisez :
- Trop d'effets secondaires précisez lesquels :
- Non remboursée
- Retirée du marché
- Arrêt par un médecin pour raison médicale précisez :
- Désir de grossesse
- Vous ne souhaitez pas ou plus prendre d'hormones, pour quelle raison ? :
 - A cause de la polémique sur les pilules
 - Vous pensez que c'est dangereux pour la santé
 - Autre :
- Vous pensiez ne pas pouvoir tomber enceinte, Pourquoi ? :
- Pas de relation suivie
- Rapport sexuel non prévu à ce moment là
- Autre.....

15. Quelle méthode de contraception allez-vous utiliser après l'IVG ?

- Stérilet
- Pilule
- Implant
- Préservatifs
- Patch
- Anneau vaginal
- Autres méthodes barrières ou naturelles (spermicides, retrait, abstinence périodique)
- Aucune contraception
- Pilule du lendemain
- Ligature des trompes (délai réflexion 4 mois)
- Autres, précisez :

16. Si vous ne souhaitez pas de contraception, pour quelle(s) raison(s) ?

.....

17. Avez-vous une remarque à faire sur votre contraception, ce questionnaire ou autre ?

.....

18. Méthode utilisée pour l'IVG : Médicamenteuse Chirurgicale

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire

AUTEUR : Nom : CROMBE

Prénom : Pauline

Date de Soutenance : 07/02/2019

Titre de la Thèse : Situation contraceptive au moment de l'interruption volontaire de grossesse : étude observationnelle dans le service d'orthogénie de l'Hôpital Jeanne de Flandre

Thèse - Médecine - Lille 2019

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Cadre de classement : *Médecine*

Mots-clés : Contraception, IVG, grossesse non désirée, observance.

Résumé :

Contexte : En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Ce nombre est stable depuis des années malgré une diversification des méthodes contraceptives et l'évolution des pratiques. L'objectif principal de l'étude était de renseigner la situation contraceptive des femmes au moment de l'IVG au CHRU de Lille. L'objectif secondaire était de regarder les trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG. La dernière étude nationale sur ce sujet remonte à plus de dix ans.

Matériel et méthode : Etude prospective observationnelle, menée au centre d'orthogénie de Jeanne de Flandre à Lille, incluant toutes les femmes ayant eu recours à l'IVG dans le service. L'étude a été réalisée entre août 2018 et octobre 2018.

Résultats : 219 questionnaires ont été analysés soit un taux de réponse de 82 %. L'âge médian était de 27 ans [18-40]. La moitié des femmes étaient nullipares et la majorité étaient en couple. Plus d'un tiers des femmes n'avaient pas de contraception au moment de la grossesse menant à l'IVG. 30 % utilisaient la pilule, 20 % le préservatif et 5 % les méthodes barrières ou naturelles. 33 % des femmes ont arrêté ou modifié leur méthode contraceptive dans les 6 mois précédents l'IVG. Les raisons rapportées de ce changement sont les effets secondaires perçus, le fait de ne pas vouloir prendre d'hormones et une méthode qui ne convient plus. 76 % des femmes sous pilule rapportent une erreur de type oubli. L'IVG entraîne une augmentation du recours aux méthodes contraceptives médicales, et notamment aux méthodes réversibles à longue durée d'action. 30 % des femmes choisissent le DIU, 15 % l'implant et 40 % la pilule.

Conclusion : La situation contraceptive au moment de la grossesse ayant donné lieu à l'IVG apparaît bien comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes. L'IVG est un moment opportun pour intervenir autour de la contraception et apporter une solution adaptée au mode de vie des femmes.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie JONARD-CATTEAU

Asseseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN

Madame le Docteur Anne-Laure ROLLAND

