



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023-2024

Thèse pour le Diplôme d'État
De Docteur en MÉDECINE GÉNÉRALE

**Evaluation des contraceptions post IVG, en médecine générale dans les
Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2024 à 14h
Au Pôle Formation
Par Charlotte LEBRETON

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseure :

Madame la Docteure Constance DEVEMY

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Sabine BAYEN

Avertissement

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

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Liste des abréviations

IVG	Interruption volontaire de grossesse
SA	Semaine d'aménorrhée
LARC	Contraception réversible à long terme
DIU	Dispositif intra-utérin
COP	Contraception oestroprogestatif
GEU	Grossesse extra-utérine

Sommaire

Avertissement	2
Serment d'Hippocrate	3
Liste des abréviations	4
Sommaire.....	5
Introduction	7
1. Généralités	7
2. L'IVG.....	10
3. Les contraceptions	12
4. Objectif.....	14
Matériel et méthode	15
1. Design de l'étude	15
2. Déroulement de l'étude	15
3. Analyse des données	16
4. Cadre réglementaire et éthique	16
Résultats	17
1. Population de l'étude.....	17
2. Caractéristiques des patientes	18
3. Observation du type de contraception.....	19
i. Contraceptions avant / après une IVG	19
ii. Contraceptions à 6 mois de l'IVG.....	21
iii. Nouvelle IVG.....	22
4. Evaluation du changement de contraception.....	22
i. Comparaison avant / juste après une IVG	22
ii. Comparaison juste après une IVG et à 6 mois	24

iii.	Comparaison en fonction de l'âge.....	25
iv.	Comparaison en fonction du nombre de grossesse.....	27
v.	Comparaison en fonction du statut familial	33
	Discussion.....	35
1.	Analyse des résultats	35
i.	Analyse de la population.....	39
ii.	Prévalence des IVG itératives et facteurs associés	40
iii.	LARC et réduction de l'IVG itérative	40
iv.	Importance de l'accompagnement et de l'accessibilité des méthodes contraceptives 41	
2.	Discussion de la méthode.....	42
i.	Limites de l'étude : les biais	42
ii.	Forces.....	43
3.	Conflit d'intérêt	43
4.	Vers l'amélioration de l'information aux patientes et médecins.....	44
	Conclusion	45
	Listes des tableaux	46
	Liste des figures.....	47
	Références.....	48
	Annexe 1 : questionnaire	50
	Annexe 2 : attestation de déclaration	53
	Annexe 3 : analyse descriptive	54
	Annexe 4 : fiche d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli.....	57

Introduction

1. Généralités

L'IVG est un sujet d'actualité et de débat constant à travers le monde. En effet, le 24 juin 2022 marque l'annulation par la Cour Suprême des Etats-Unis, plus haute instance judiciaire, de l'arrêt fédéral garantissant le droit d'avorter sur tout le territoire.

En France, le droit à l'IVG a été établi le 17 janvier 1975 par la loi « Veil »(1). Cette loi permet à toute femme enceinte de demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse sans avoir à fournir de justification.

Depuis son adoption, plusieurs réformes ont été mises en place pour améliorer la prise en charge des femmes notamment :

- En 2016, le délai de réflexion obligatoire de 7 jours a été supprimé, facilitant ainsi un accès plus rapide et moins contraignant à l'IVG.
- En 2020, le délai pour une IVG médicamenteuse a été prolongé de 7 à 9 SA.
- En 2022, le délai légal pour réaliser une IVG a été allongé jusqu'à 16 SA.

Cependant, on remarque qu'il est parfois nécessaire de franchir les frontières, même si le délai légal pour pratiquer une IVG a été prolongé jusqu'à 16 SA en France. Par exemple, aux Pays-Bas et en Angleterre le délai est de 24 SA. Une étude menée aux Pays-Bas en 2020 a révélé que les principaux facteurs de risque poussant au tourisme médical pour un avortement tardif sont un âge inférieur à 25 ans, une première grossesse, et un manque d'information sur les options de contraception disponibles (2).

Récemment, la France a fait une avancée majeure en matière de droits des femmes. Le 4 mars 2024, elle est devenue le premier pays à inscrire dans sa Constitution la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une IVG, affirmant ainsi l'importance de ce droit fondamental (1).

Chaque année, environ 73 millions d'IVG sont pratiquées à travers le monde. Malheureusement, 45 % de ces avortements ne sont pas sécurisés et 97 % de ces IVG se produisent dans les pays en développement. L'avortement non sécurisé représente l'une des principales causes de décès maternels et de morbidité (3).

Malgré des conditions d'accès à l'IVG parfois compliqués, une étude publiée en 2024 révèle qu'en Inde : 72,6 % des femmes ont déclaré ne pas avoir adopté de méthode de contraception après un avortement. Parmi les 27,4 % restantes, 14 % ont opté pour des méthodes telles que le préservatif, le diaphragme ou la pilule, tandis que seulement 2 % ont choisi un DIU. Le recours à la contraception après un avortement demeure donc assez faible en Inde, soulignant la nécessité de renforcer les efforts de sensibilisation (4).

En France, selon les dernières données publiées en septembre 2024, le nombre d'IVG continue d'augmenter atteignant 243 600 IVG en 2023. Cependant, il est resté stable pendant deux ans entre 2020 et 2021. La majorité des IVG sont désormais pratiquées par voie médicamenteuse (79 %), la pandémie de Covid-19 a certainement favorisé cette technique. (48 % des IVG médicamenteuses ont lieu en établissement de santé, 46 % en cabinet libéral et les 6 % restants en centre de santé.) Par ailleurs, les IVG restent plus fréquentes chez les femmes de 20 à 34 ans (28 ‰ chez les 20 à 24 ans, et de 29,7 ‰ chez celles de 25 à 29 ans et 25,5 ‰ chez les 30-34ans contre 16,5 ‰ parmi les 18-19 ans et 18,6 ‰ parmi les femmes de 35 à 39 ans) (5) (6) (7).

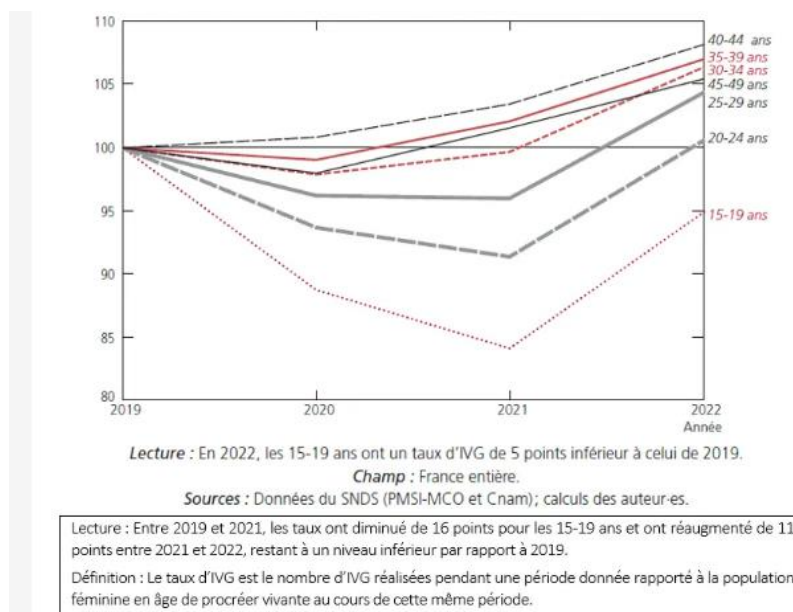


Figure 1: Evolution des taux IVG entre 2019-2022

Le taux d'IVG itératives en Europe du Nord varie entre 30 - 41 %, tandis qu'il atteint 48 % aux États-Unis et 24 % en Italie (8) (9). Face à ces taux élevés, il est essentiel de proposer aux femmes des solutions adaptées pour prévenir la répétition des IVG, qui peut avoir des conséquences physiques et psychologiques importantes.

Une étude menée en Suède en 2016, montre que le choix d'une méthode contraceptive de type LARC (contraception réversible de longue durée d'action qui comprend les DIU et l'implant) au moment de l'IVG initiale est associé à un taux significativement réduit d'IVG répétées, par rapport à l'utilisation de contraceptifs oraux (13 % contre 26 %, OR 0,36 ; IC 95 % 0,24-0,52). De plus, l'implant sous-cutané s'est révélé aussi efficace que le dispositif intra-utérin pour prévenir les IVG répétées au-delà de 3 ans (10).

Les méthodes contraceptives réversibles à action prolongée, comme l'implant et le DIU, se révèlent être les plus efficaces pour aider les femmes à éviter une grossesse non désirée. Toutefois, il est préférable que les femmes adoptent une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit, plutôt que de ne pas en utiliser du tout (8).

En France, l'accès à une contraception efficace est une priorité de santé publique, avec des initiatives visant à réduire le nombre d'IVG en favorisant l'utilisation de méthodes contraceptives fiables. Dans le Nord de la France, comme ailleurs, les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs des femmes pour des conseils en contraception.

Une plateforme téléphonique a été créée dans la région pour permettre aux femmes d'accéder facilement à des informations sur leur sexualité, leur contraception ou l'IVG, via un numéro vert 0800 08 11 11. C'est un service anonyme et gratuit (11).

2. L'IVG

L'IVG consiste à interrompre une grossesse non désirée. Elle est possible jusqu'à 16 SA. Elle peut être réalisée par un médecin ou une sage-femme formée, à l'hôpital ou dans un cabinet avec rattachement hospitalier (12).

Elle se déroule en 3 consultations :

- La **première consultation** a pour but de confirmer et de dater la grossesse. Ensuite le médecin évalue la faisabilité des méthodes avec explication de celle-ci à la patiente qui pourra plus ou moins choisir en fonction de ses antécédents et de l'évolution de la grossesse. La patiente doit confirmer la demande en signant un consentement. Durant cette consultation déjà bien remplie, il est important de discuter de la contraception, car il faudra la prendre rapidement après l'IVG pour éviter une nouvelle grossesse non désirée. Un entretien avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, bien qu'il ne soit obligatoire que pour les mineures.

- La **deuxième consultation** comprend une ré-explication de la méthode, l'administration du premier comprimé de Mifépristone et la remise du Misoprostol à prendre deux jours plus tard si la méthode médicamenteuse est choisie.
- La **troisième consultation** a lieu 21 jours après l'IVG. Son but est de discuter de l'expérience vécue par la patiente, de vérifier la réussite de l'IVG et de reparler du choix de sa contraception.

Remarques :

- La prise de médicaments avant une IVG chirurgicale varie selon les protocoles spécifiques à chaque hôpital.
- La prise de la Mifépristone devant les professionnels de santé n'est plus obligatoire, mais pour des questions « de confiance » elle est maintenue dans de nombreux cabinets et centres.
- Cas particulier pour les mineures, elles doivent obligatoirement être accompagnées du majeur de leur choix.

L'IVG médicamenteuse est réalisée jusqu'à 9 SA (13). Elle peut se dérouler en ville ou à l'hôpital et présente un risque d'échec dans 5 % des cas.

Les **contre-indications** de la méthode médicamenteuse sont :

- L'anémie majeure
- Des anomalies de l'hémostase
- Le contexte psychosocial
- La contre-indication au Mifépristone ou Misoprostol
- Une grossesse non confirmée, de localisation indéterminée ou une GEU

L'IVG chirurgicale est réalisée jusqu'à 16 SA, soit sous anesthésie local soit sous anesthésie générale. Le geste dure une dizaine de minutes.

3. Les contraceptions

L'utilisation de la contraception est en augmentation au niveau mondial. En 2019, d'après l'ONU, 76 % des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive. À l'échelle mondiale, la méthode la plus couramment employée est la stérilisation féminine, adoptée par 23,7 % des femmes, soit 219 millions de personnes. Les autres méthodes largement utilisées incluent le préservatif masculin (189 millions d'utilisateurs), le DIU (159 millions) et la pilule (151 millions). Néanmoins, cette répartition varie considérablement d'une région à l'autre, influencée par les systèmes de santé, les offres sanitaires, les cultures et les religions.

En Europe et en Amérique du Nord, les méthodes les plus populaires sont la pilule (18 %) et le préservatif masculin (15 %). En France, 92 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive, avec une nette préférence pour la pilule (14).

Les différents moyens de contraceptions

- **Les COP** : Il en existe globalement 3 types : la pilule, le patch et l'anneau. Ils sont tous les 3 dépendants de l'observance, faisant varier leurs efficacités.
 - Avantages : diminue les dysménorrhées, les kystes, l'acné, les métrorragies et les migraines cataméniales, efficace dans l'endométriose.
 - Effets indésirables : trouble de la libido, sécheresse vaginale, syndrome prémenstruel, spotting (15).

- **Les pilules microprogestatives** : Comme les COP, ils sont à risque d'oubli et d'inefficacité. Ils sont à prendre tous les jours à la même heure.
 - Effets indésirables : acné, syndrome prémenstruel, kyste ovarien, spotting/ aménorrhée (15).
- **Les LARC** : Contrairement aux autres contraceptions, celles-ci sont non liées à l'observance.
 - **L'implant NEXPLANON®** : Il est valable 3 ans et se pose dans le bras non dominant. Il contient uniquement des progestatifs donc il a les mêmes contre-indications que les pilules microprogestatives.
 - Avantage : pas de risque d'oubli.
 - Effets indésirables : quelques spotting, prise de poids, acné, syndrome prémenstruel, kyste ovarien, instabilité émotionnelle.
 - **DIU au cuivre** : Il a une durée d'action de 5 ans. Il en existe des souples ou des rigides et de différentes tailles.
 - Avantages : pas de risque d'oubli, peut-être une contraception d'urgence, ne contient pas d'hormone.
 - Inconvénient : tolérance variable avec généralement une majoration de l'abondance des menstruations et des dysménorrhées.
 - **DIU hormonal** : Il existe 3 modèles avec une durée d'action allant de 3 à 8 ans.
 - Avantages : pas de risque d'oubli, effets thérapeutiques sur l'endométriose, l'adénomyose, les myomes et la prévention de l'anémie.
 - Effets indésirables rares : quelques spotting, acné, syndrome prémenstruel, kyste ovarien (15).

- **Contraception définitive** : Il existe la vasectomie chez l'homme ou la ligature des trompes chez la femme. Ce sont des contraceptions irréversibles, avec un délai de réflexion de 4 mois avant de faire le geste (15).

4. Objectif

L'objectif de cette thèse est de comprendre les comportements contraceptifs des femmes avant et après une IVG pour améliorer la prise en charge des femmes, leur bien-être sexuel et d'éviter les IVG itératives.

En particulier, il est important d'observer si les usages contraceptifs évoluent suite à une IVG. Et, quelles contraceptions sont privilégiées par les patientes en consultation de médecine générale.

Matériel et méthode

1. Design de l'étude

Pour répondre à la problématique, nous avons réalisé une étude observationnelle, quantitative et rétrospective du 15/03/2024 au 03/09/2024 dans la région des Hauts-de-France. Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les pratiques contraceptives avant et après une IVG chez les femmes.

Les critères d'inclusions étaient les femmes en âge de procréer ayant déjà réalisées une IVG et suivies par un médecin généraliste des Haut-de-France. Les questionnaires avec moins de 4 réponses sur les 11 questions étaient exclus.

2. Déroulement de l'étude

Pour réaliser l'étude, nous avons contacté par mail des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France, sélectionnés par connaissances. Les médecins ayant accepté de participer à notre étude ont examiné leur base de données médicales afin d'identifier les patientes ayant réalisée une IVG.

Un questionnaire sur LimeSurvey a ensuite été rempli pour chaque patiente, par les médecins, incluant les informations suivantes :

- Son âge,
- Sa situation familiale,
- Le nombre de grossesse,
- Le nombre d'IVG réalisé ainsi que son type, sa contraception avant, juste après l'IVG et à 6 mois et s'il y a eu une nouvelle IVG.

Ce questionnaire structuré a permis de standardiser la collecte des données, facilitant ainsi l'analyse ultérieure. (cf. annexe 1)

3. Analyse des données

Les données collectées ont été saisies dans un questionnaire créé sur la plateforme LimeSurvey. Ensuite, nous avons exporté les données vers le logiciel Excel pour la transcription et le traitement statistique. Il a été réalisé des analyses descriptives. Les variables qualitatives et quantitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages.

4. Cadre réglementaire et éthique

Chaque questionnaire était anonymisé pour garantir la confidentialité des informations des patientes. Aucun contact direct avec les patientes n'a eu lieu, minimisant ainsi les risques de violation de la vie privée.

Avant le début du recrutement, un accord avec le Data Protection Officer (DPO) de la direction des données personnelles et archives de Lille a été obtenu. Cet accord a confirmé que l'étude était exonérée de déclaration relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), en raison du caractère anonymisé des données collectées. (cf. Annexe 2)

Ce cadre réglementaire strict a été mis en place pour assurer la conformité avec les normes éthiques et légales en vigueur, tout en protégeant les droits et la confidentialité des patientes impliquées dans l'étude.

Résultats

1. Population de l'étude

Le recrutement des patientes a eu lieu du 15 mars au 3 septembre 2024. 42 médecins généralistes ont été contactés par mail. Nous avons obtenu 78 réponses. Les questionnaires avec moins de 4 réponses sur les 11 questions posées ont été exclus (soit 15 questionnaires), 63 ont été pris en compte dans l'analyse (dont 3 incomplètes).

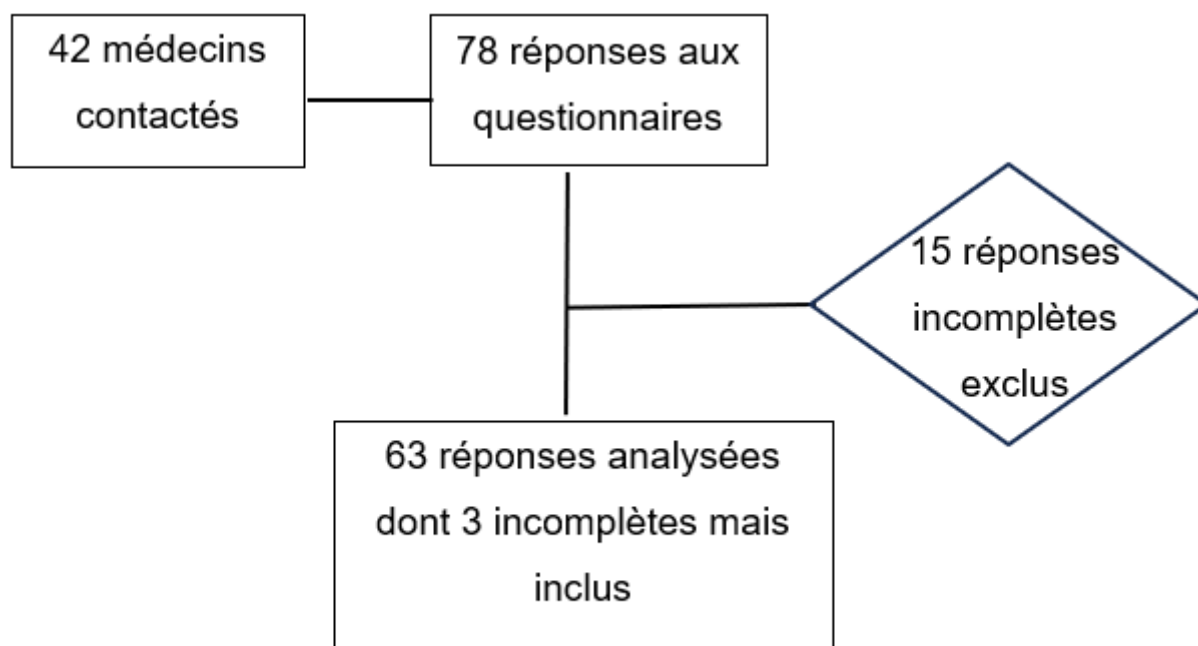


Figure 2: Diagramme de flux

2. Caractéristiques des patientes

Le prochain tableau résume les caractéristiques de notre population étudiée.

Profil des Femmes		Effectifs (n = 63)	Pourcentage
Age	18 - 25ans	18	28,6%
	26 - 35ans	28	44,4%
	36 - 45ans	17	27,0%
Situation familiale	Célibataire	20	31,7%
	En couple	43	68,3%
Nombres de grossesses	1	19	30,2%
	2	11	17,5%
	3	17	27,0%
	4 ou plus	16	25,4%
Type IVG	Médicamenteuse	46	73,0%
	Chirurgicale	17	27,0%
Nombres IVG	1	58	92,0%
	2	4	6,3%
	3 ou plus	1	1,6%

Tableau 1: Profil des femmes

3. Observation du type de contraception

i. Contraceptions avant / après une IVG

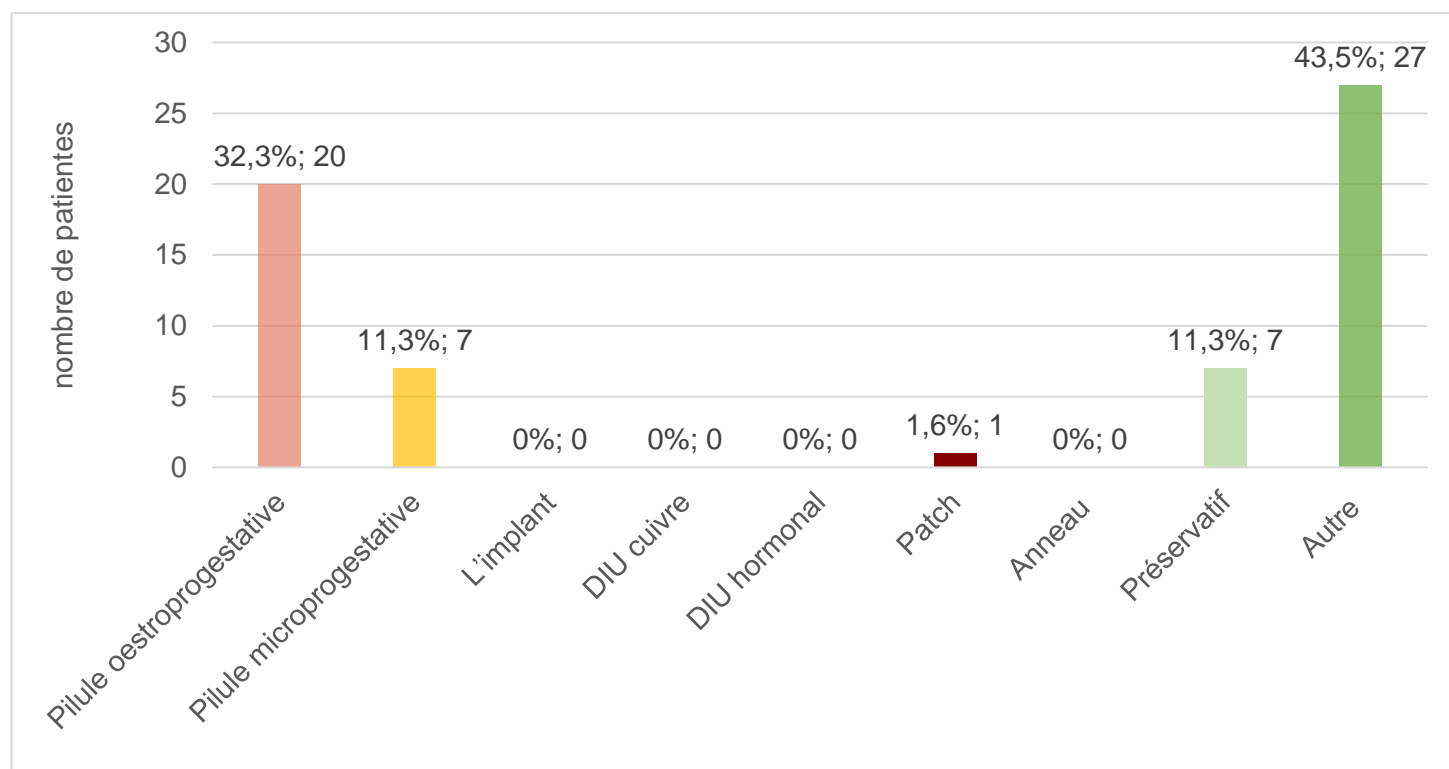


Figure 3: Contraception avant une IVG (cf. Annexe 3)

Parmi les patientes sous pilule oestroprogestative, 2 ont précisé avoir oublié de prendre leur pilule.

Parmi les 27 femmes (43,5 %) de la catégorie « autre », 1 était sous Depo Provera® (contraception par voie injectable tous les 3 mois), 2 ont déclaré utiliser la méthode du retrait et le reste n'avaient pas de moyen de contraception.

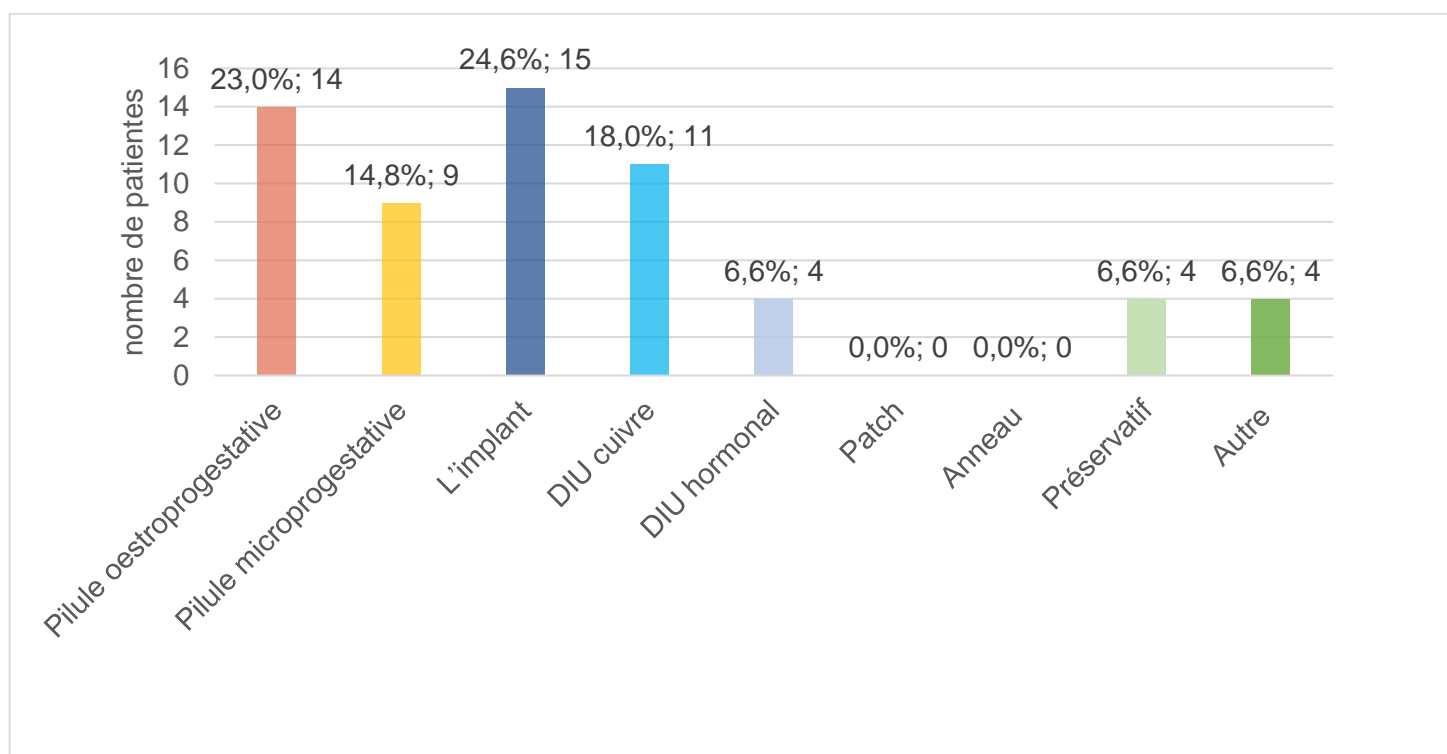


Figure 4: Contraception après une IVG (cf. Annexe 3)

Dans la catégorie « autre », 4 femmes (6,6 %) n'avaient pas repris de contraception, dont une pratiquait la méthode du retrait.

ii. Contraceptions à 6 mois de l'IVG

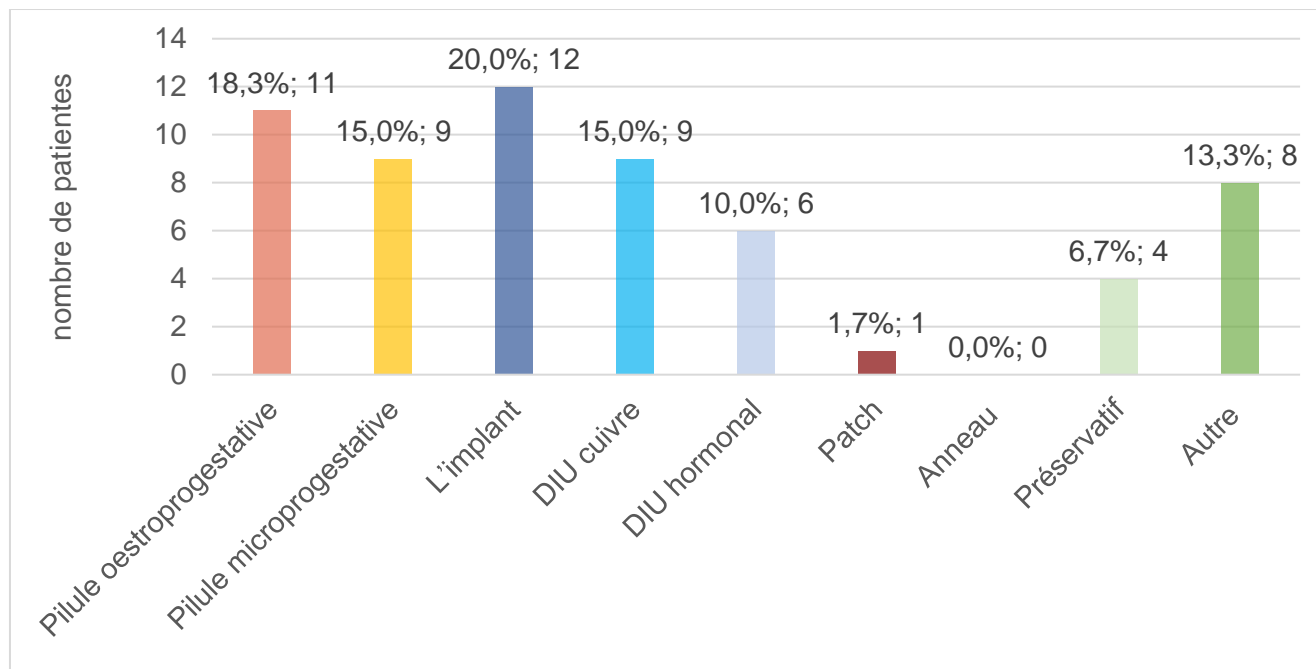


Figure 5: Contraception à 6 mois (cf. Annexe 3)

Parmi les 8 femmes (13,3 %) dans la catégorie "autres", 4 ne prenaient aucune contraception, 2 utilisaient la méthode du retrait, 1 avait subi une ligature des trompes et 1 couple avait choisi la vasectomie.

iii. Nouvelle IVG

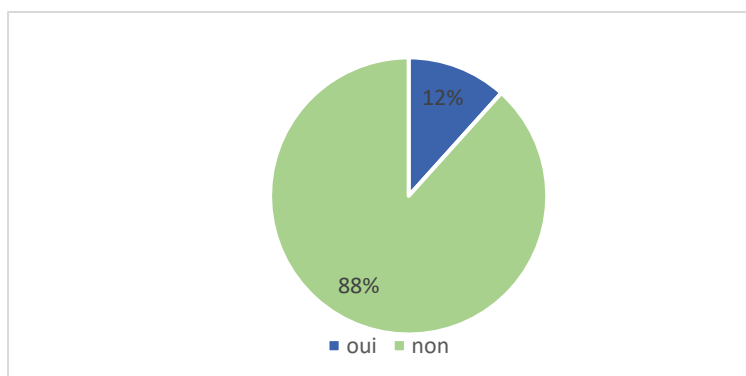


Figure 6: Nombre de seconde IVG dans les 6 mois

On observe que 12 % de notre échantillon ($n = 7$) ont réalisé une nouvelle IVG, parmi lesquelles 4 utilisaient la pilule, 2 n'avaient aucune contraception et 1 était sous DIU au cuivre.

4. Evaluation du changement de contraception

i. Comparaison avant / juste après une IVG

Un total de 43 femmes, soit 70,5 %, ont changé de méthode de contraception :

- Sur 23 femmes (37,7 %) qui n'avaient aucune contraception, 4 ont opté pour une pilule œstroprogestative, 6 pour un DIU au cuivre, 6 pour une pilule microprogestative, 5 pour un implant, 1 pour un DIU hormonal et 1 pour le préservatif.
- Parmi les 10 femmes (16,4 %) sous pilule oestroprogestative qui ont souhaité changer, 1 a choisi un DIU au cuivre, 2 le DIU hormonal et les 7 autres un implant.
- Parmi 4 femmes (6,5 %) sous pilule microprogestative, 1 a choisi un DIU au cuivre, 1 a décidé de cesser toute contraception en attendant une ligature des trompes, et 2 ont choisi l'implant.

- Parmi 4 femmes (6,5 %) utilisant des préservatifs, 2 ont opté pour un DIU au cuivre, 1 pour un implant, et 1 pour la pilule microprogestative.
- Une femme (1,6 %) sous Depo Provera® a changé pour le DIU hormonal.
- La seule femme (1,6 %) utilisant le patch contraceptif est passée au DIU au cuivre, en raison de problème d'adhérence du patch causé par la transpiration.

Avant \ Après	Aucune (n = 23)	Pilule oestroprogestative (n = 10)	Pilule microprogestative (n = 4)	Préservatif (n = 4)	Depo Provera (n = 1)	Patch (n = 1)
Pilule oestroprogestative	4					
DIU au cuivre	6	1	1	2		1
Pilule microprogestative	6			1		
Implant	5	7	2	1		
DIU hormonal	1	2			1	
Préservatif	1					
Ligature des trompes			1			

Tableau 2: Comparaison avant et juste après une IVG

ii. Comparaison juste après une IVG et à 6 mois

Il a été observé que 15 femmes (25 %) ont changé de méthode de contraception à 6 mois.

Parmi celles-ci :

- 4 femmes (6,6 %) ont remplacé leur DIU au cuivre (3 femmes (5 %) par la pilule et 1 femme (1,6 %) par le patch oestroprogestatif en raison d'une intolérance au DIU).
- 3 femmes (5 %) ont décidé de ne plus utiliser de contraception (2 arrêts de la pilule microprogestative, 1 retrait d'implant en raison d'une mauvaise tolérance).
- 3 femmes (5 %) sont passées de la pilule au DIU (2 au cuivre, 1 hormonal) pour des problèmes d'observance de la pilule.
- 2 femmes (3,3 %) ont opté pour une contraception définitive (1 ligature des trompes, 1 vasectomie).
- 1 femme (1,6 %), auparavant sans contraception, a choisi d'utiliser des préservatifs.
- 1 femme (1,6 %) est passée de l'implant au DIU hormonal.
- 1 femme (1,6 %) a remplacé son implant par la pilule microprogestative sans que la raison soit précisée.

iii. Comparaison en fonction de l'âge

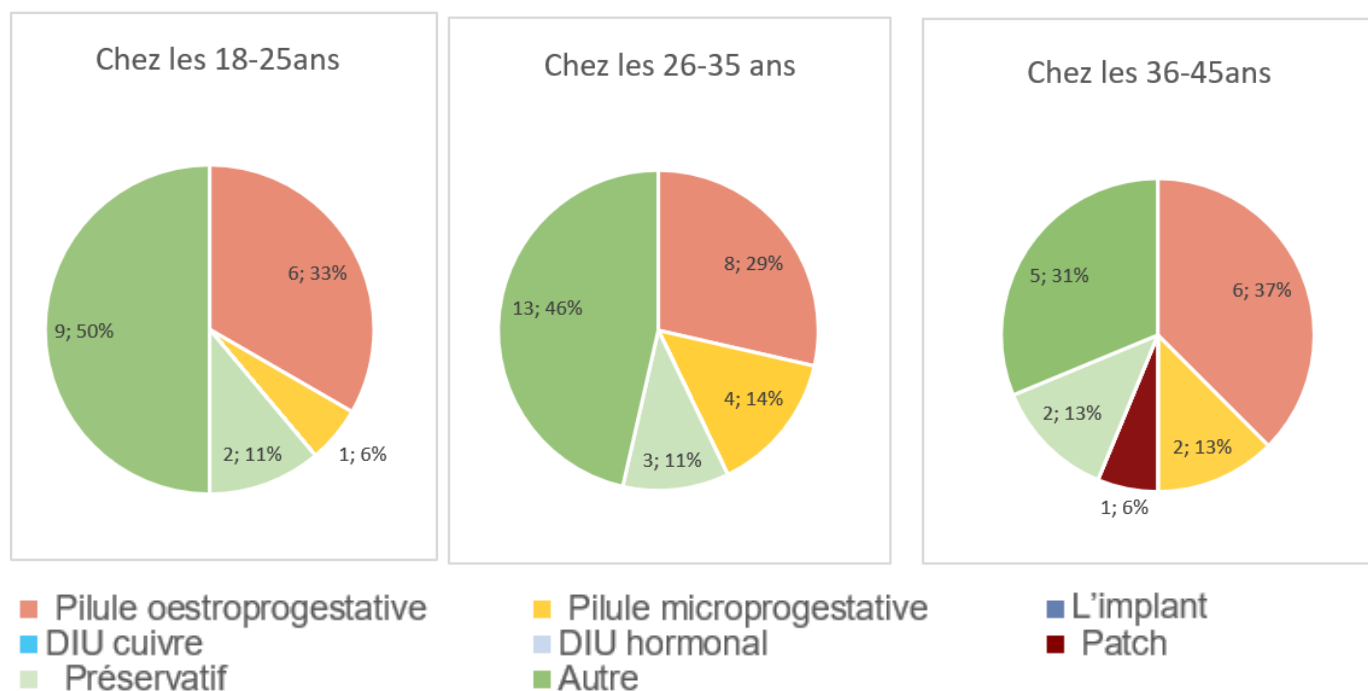


Figure 7: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge avant une IVG
(cf. Annexe 3)

Une femme dans la catégorie « autre » âgée de 36-45ans était sous Depo Provera®.

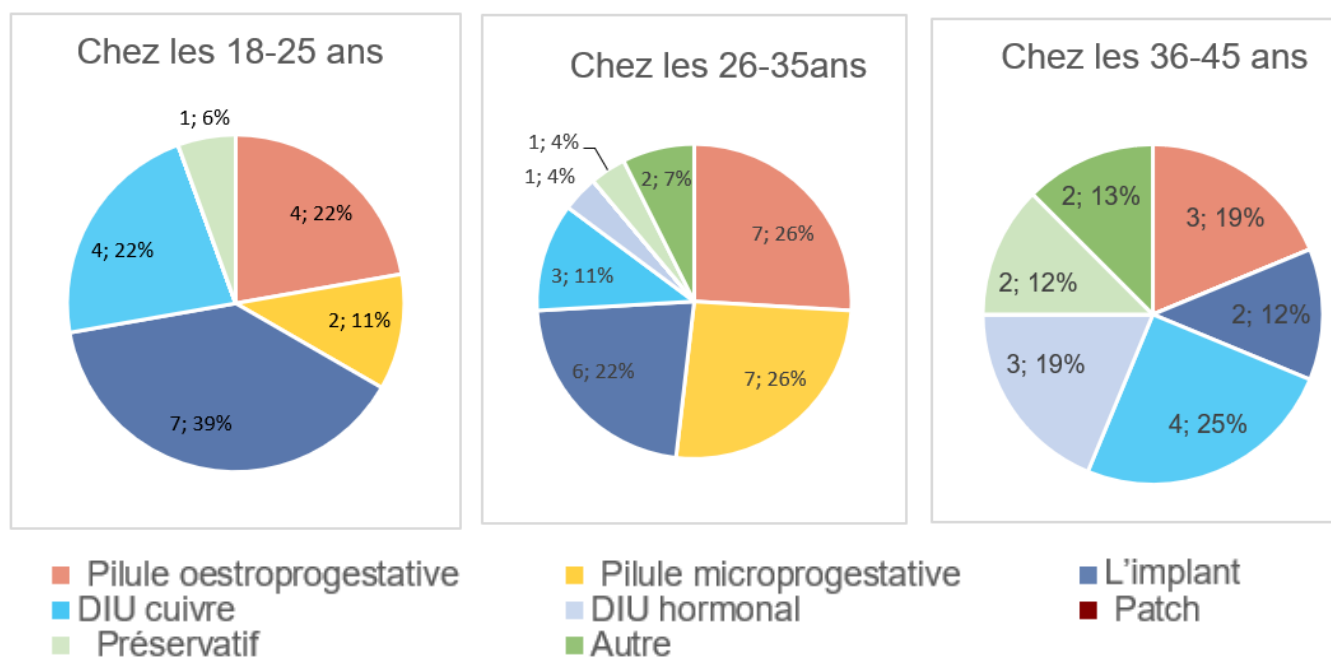


Figure 8: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge après une IVG (cf. Annexe 3)

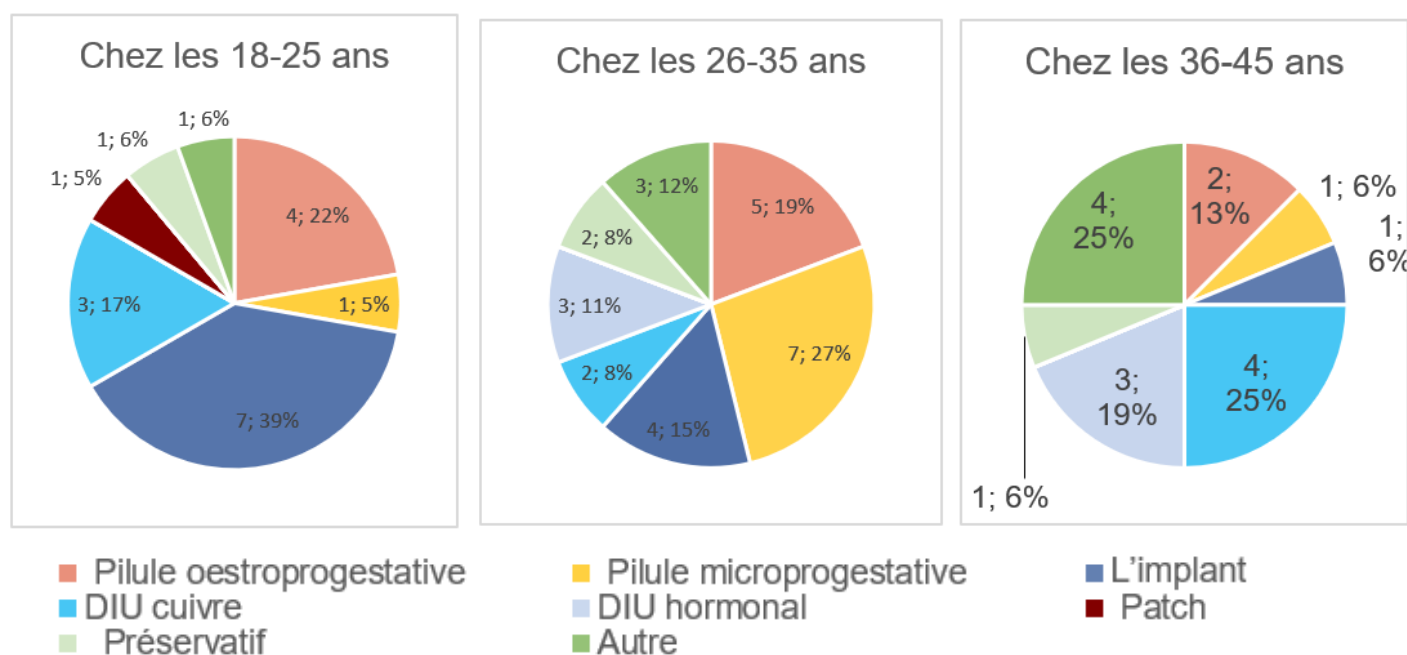


Figure 9: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge à 6 mois d'une IVG (cf. Annexe 3)

Chez les 36-45 ans, dans la catégorie « autre » une femme avait réalisé une ligature des trompes.

iv. Comparaison en fonction du nombre de grossesse

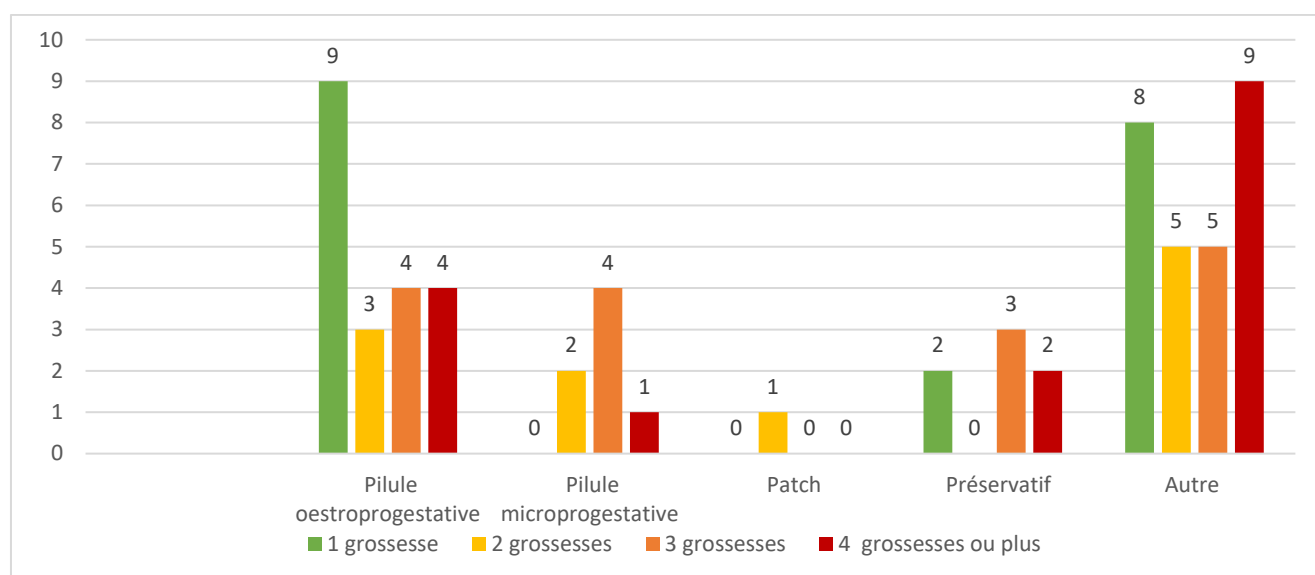


Figure 10: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse avant une IVG (cf. Annexe 3)

Remarque : pour des soucis de clarté les contraceptions non utilisées ont été retiré (idem pour les figures 10, 11 et 12)

Avant une IVG :

Parmi celles ayant vécu une seule grossesse (n = 19) :

- 9 (47,4 %) optaient pour la pilule oestroprogestative,
- 8 (42,1 %) femmes de la catégorie « autre » n'utilisaient aucune contraception (dont 1 a précisé faire la méthode du retrait),
- 2 (10,5 %) utilisaient des préservatifs.

Pour les femmes ayant eu deux grossesses (n = 11) :

- 5 (45,5 %) de la catégorie « autre » n'avaient pas de contraception,
- 3 (27,3 %) prenaient la pilule oestroprogestative,
- 2 (18,2 %) utilisaient la pilule microprogestative,
- 1 (9,1 %) utilisait un patch.

Les femmes ayant connu trois grossesses (n = 16) :

- Parmi les 5 femmes (31,3 %) dans la catégorie « autre » 4 n'avaient aucune contraception et 1 était sous Depo Provera®.
- 4 (25 %) utilisaient la pilule oestroprogestative,
- 4 (25 %) avaient la pilule microprogestative
- 3 (18,8 %) se tournaient vers les préservatifs.

Enfin, pour celles ayant eu quatre grossesses ou plus (n = 16) :

- 9 (56,3 %) de la catégorie « autre » ne pratiquaient aucune contraception (dont 1 a précisé faire la méthode du retrait),
- 4 (25 %) prenaient la pilule oestroprogestative,
- 2 (12,5 %) utilisaient des préservatifs,
- 1 (6,3 %) avait la pilule microprogestative.

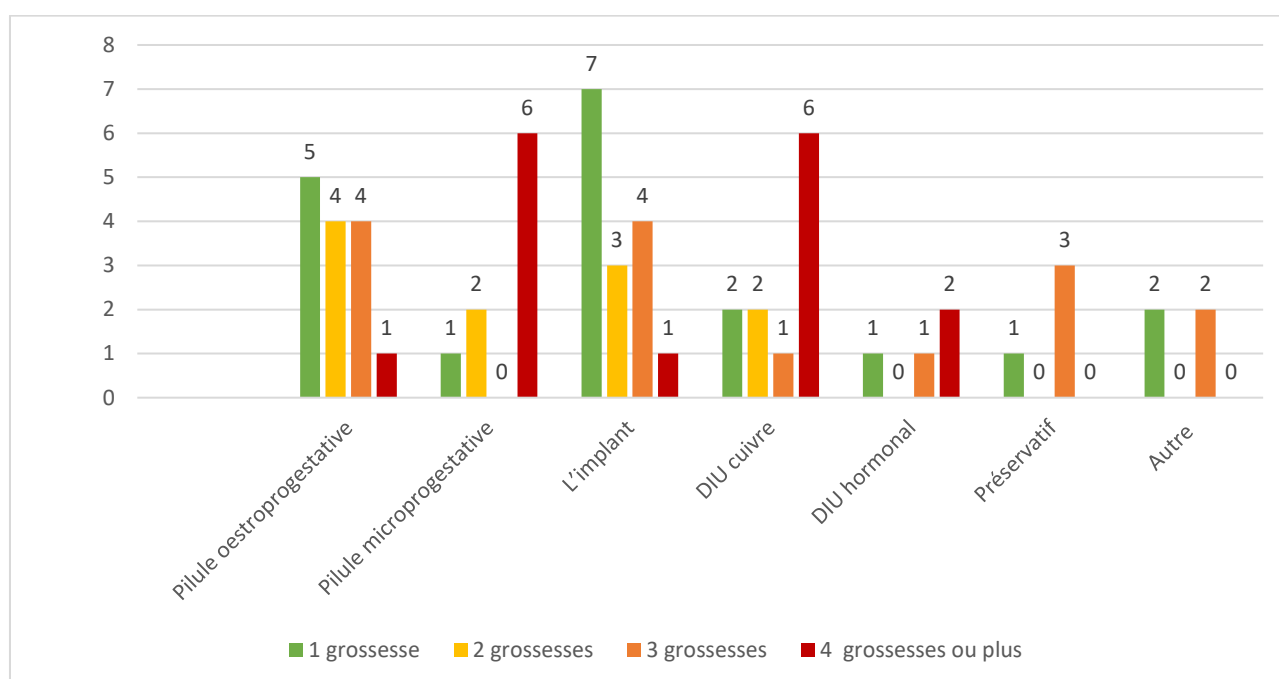


Figure 11: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse après une IVG (cf. Annexe 3)

Après une IVG,

Pour les femmes ayant eu une seule grossesse (n =19)

- 7 (36,8 %) avaient opté pour un implant,
- 5 (26,3 %) utilisaient la pilule oestroprogestative,
- 2 (10,5 %) se tournaient vers un DIU au cuivre,
- Les 2 (10,5 %) de la catégorie « autre » n'avaient pas de contraception (dont 1 a précisé faire la méthode du retrait)
- 1 (5,3 %) utilisait la pilule microprogestative,
- 1 (5,3 %) prenait le DIU hormonal,
- 1 (5,3 %) avait le préservatif.

Parmi celles ayant eu deux grossesses (n = 11) :

- 4 (36,4 %) femmes prenaient la pilule oestroprogestative,
- 3 (27,2 %) avaient choisi l'implant,
- 2 (18,2 %) utilisaient la pilule microprogestative,
- 2 (18,2 %) avaient un DIU au cuivre.

Pour les femmes ayant vécu trois grossesses (n = 15) :

- 4 (26,7 %) prenaient la pilule oestroprogestative,
- 4 (26,7 %) avaient un implant,
- 3 (20 %) optaient pour des préservatifs,
- Parmi les 2 (13,3 %) dans la catégorie « autre », 1 n'avait pas de contraception et 1 avait fait une ligature des trompes.
- 1 (6,7 %) utilisait un DIU au cuivre,
- 1 (6,7 %) avait choisi un DIU hormonal.

Enfin, pour les femmes ayant eu quatre grossesses ou plus (n = 16) :

- 6 (37,5 %) utilisaient la pilule microprogestative,
- 6 (37,5 %) avaient un DIU au cuivre,
- 2 (12,5 %) avaient choisi un DIU hormonal,
- 1 (6,3 %) prenait la pilule oestroprogestative,
- 1 (6,3 %) avait un implant.

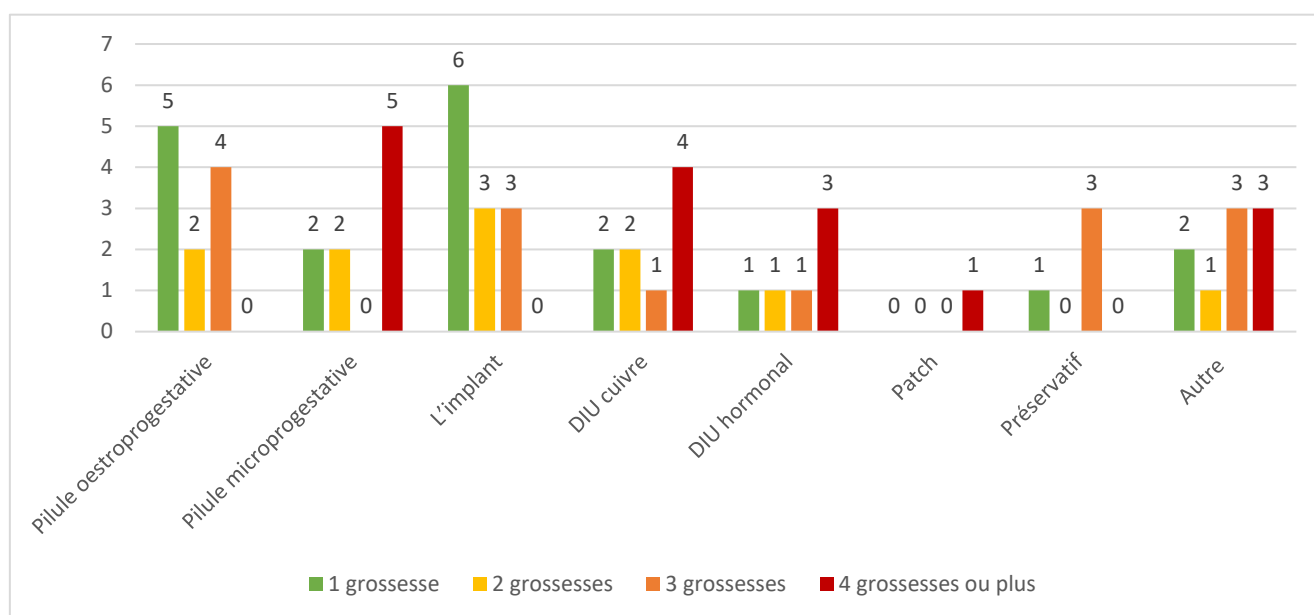


Figure 12: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse à 6 mois d'une IVG (cf. Annexe 3)

Six mois après une IVG,

Parmi les femmes ayant eu une seule grossesse (n = 19) :

- 6 (31,6 %) avaient un implant,
- 5 (26,3 %) utilisaient toujours la pilule oestroprogestative,
- 2 (10,5 %) avaient mis un DIU au cuivre,
- Les 2 (10,5 %) de la catégorie « autre » n'avaient pas de contraception (dont 1 a précisé faire la méthode du retrait),
- 2 (10,5 %) utilisaient une pilule microprogestative,
- 1 (5,3 %) avait choisi le préservatif,
- 1 (5,3 %) avait mis un DIU hormonal.

Pour celles ayant eu deux grossesses (n = 11) :

- 3 (27,3 %) avaient un implant,
- 2 (18,2 %) utilisaient la pilule oestroprogestative,
- 2 (18,2 %) prenaient la pilule microprogestative,
- 2 (18,2 %) avaient un DIU au cuivre,
- 1 (9,1 %) optait pour un DIU hormonal,
- 1 (9,1 %) n'avait pas de contraception.

Les femmes ayant eu trois grossesses (n = 15) :

- 4 (26,7 %) prenaient la pilule oestroprogestative,
- Parmi les 3 (20 %) de la catégorie « autre », 2 n'avaient pas de contraception et 1 couple avait fait la vasectomie.
- 3 (20 %) utilisaient des préservatifs,
- 3 (20 %) avaient un implant,
- 1 (6,7 %) utilisait un DIU au cuivre,
- 1 (6,7 %) avait un DIU hormonal.

Enfin, pour les femmes ayant eu quatre grossesses ou plus (n = 16) :

- 5 (31,3 %) prenaient la pilule microprogestative,
- 4 (25 %) utilisaient un DIU au cuivre,
- 3 (18,8 %) avaient un DIU hormonal,
- Parmi les 3 femmes (18,8 %) de la catégorie « autre », 2 n'avaient pas de contraception et 1 avait fait la ligature des trompes.
- 1 (6,3 %) avait un patch.

v. Comparaison en fonction du statut familial

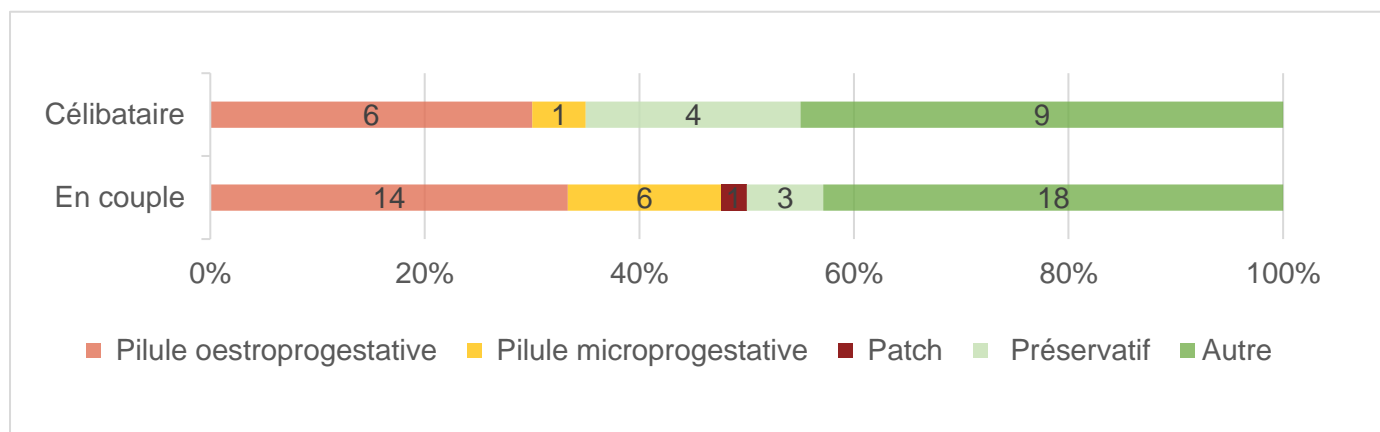


Figure 13: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial avant une IVG

(cf. Annexe 3)

Dans la catégorie « autre », 18 femmes en couple n'utilisaient pas de contraception dont 2 ont précisé faire la méthode du retrait ; chez les 9 femmes célibataire, 8 n'avaient pas de contraception et 1 était sous Depo Provera®.

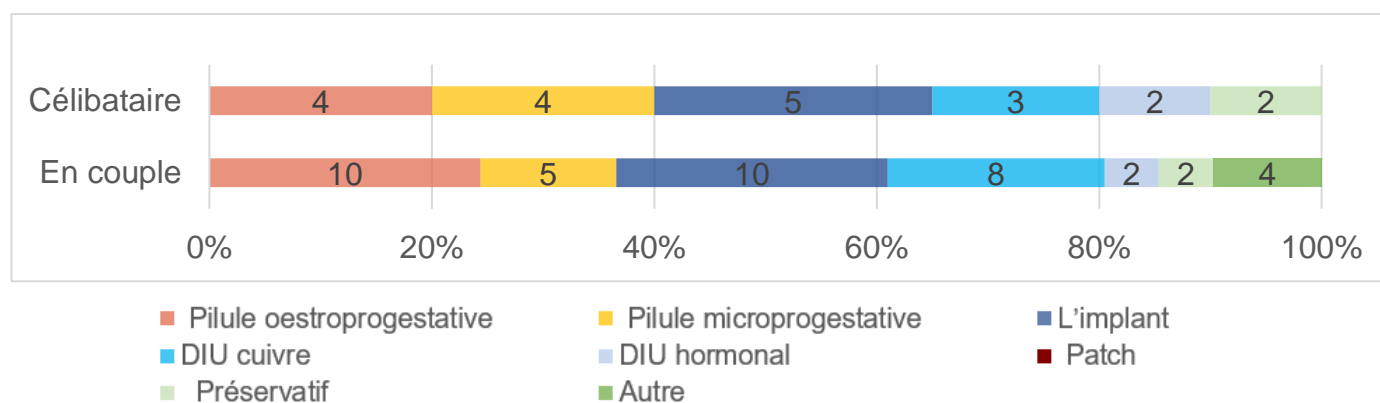


Figure 14: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial juste après une IVG (cf. Annexe 3)

Dans la catégorie « autre », les 2 femmes célibataires n'utilisaient pas de contraception et parmi les 4 femmes en couple, 1 avait fait une ligature des trompes et 3 n'avaient pas de moyen de contraception (dont 1 a précisé faire la technique du retrait).

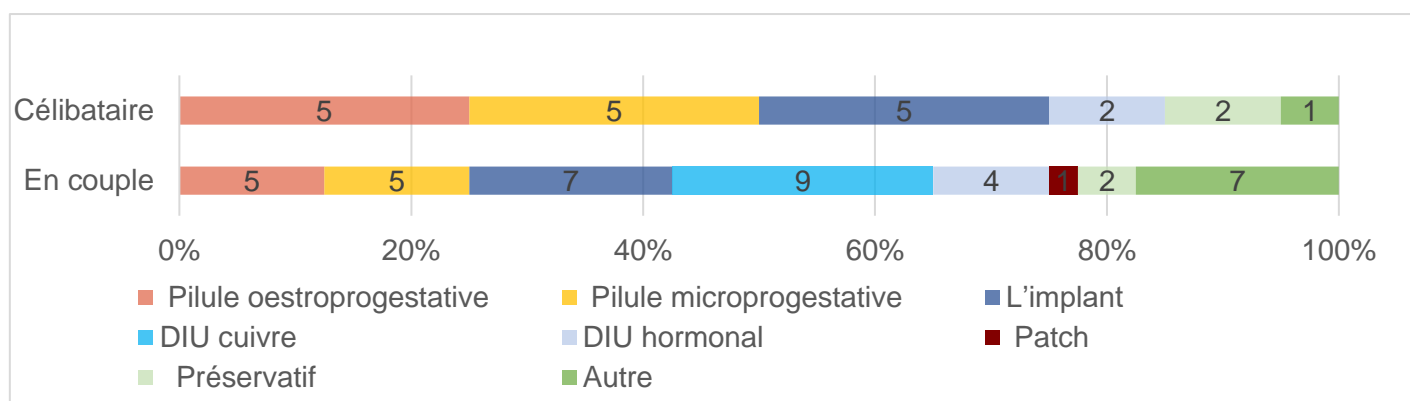


Figure 15: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial à 6 mois d'une IVG (cf. Annexe 3)

Dans la catégorie « autre », 1 femme célibataire n'avait pas de moyen de contraception et parmi les 7 femmes en couple, 2 avaient choisi la contraception définitive (1 ligature des trompes et 1 vasectomie) et 5 n'avaient pas de contraception (dont 1 a précisé faire la technique du retrait).

Discussion

1. Analyse des résultats

L'objectif principal de ce travail était d'observer les comportements contraceptifs des femmes avant et après une IVG dans la région des Hauts-de-France.

Au total, 63 réponses ont été analysées. La majorité des participantes étaient des femmes âgées de 26 à 35 ans (44,4 %, n = 28) et vivaient en couple (68,3 %, n = 43). La répartition du nombre de grossesses parmi les patientes était relativement équilibrée, bien que les femmes ayant eu deux grossesses soient légèrement moins représentées avec 17,5% de l'effectif contre 30,2 % ayant eu 1 grossesse ; 27 % ayant eu 3 grossesses ; et 25,4 % ayant eu 4 grossesses ou plus. L'IVG médicamenteuse était la méthode la plus fréquemment utilisée, représentant 73 % des cas (n = 46). Une grande majorité des participantes avaient subi une seule IVG (92 %, n = 58).

Il apparaît qu'avant l'IVG, une grande partie de la population (43,5 % ; n = 27) n'utilisait aucune méthode contraceptive. Parmi celles qui en avaient une, la pilule oestroprogestative était le choix le plus fréquent (32,3 % ; n = 20), suivie par le préservatif (11,3 % ; n = 7) et la pilule microprogestative (11,3 % ; n = 7). Une seule patiente (1,6 %) avait recours au patch. Il est à noter que les méthodes contraceptives de type LARC n'étaient pas choisies avant l'IVG (cf. Annexe 3).

Juste après l'IVG, les méthodes de contraception les plus choisies par les femmes étaient l'implant (24,6 %, n = 15) et la pilule oestroprogestative (23 %, n = 14), ensuite le DIU au cuivre était adopté par 18 % des femmes (n = 11). (cf. Annexe 3).

Six mois après l'IVG, l'implant (20 %, n = 12) et la pilule oestroprogestative (18,3 %, n = 11) restaient les méthodes de contraception les plus fréquemment utilisées par les femmes. Le DIU au cuivre (15 %) était plus choisi que le DIU hormonal (10 %). (cf. Annexe 3)

Par rapport à la période précédant l'IVG, un changement important s'est opéré dans les choix de contraception chez une majorité de femmes qui se sont davantage orientées vers l'implant ou le DIU. En regroupant les différentes contraceptions de type LARC, celles-ci sont devenues les méthodes les plus utilisées après l'IVG (49,2 %, n = 30) et à six mois (45 %, n = 27). Cependant, on observe que malgré ce changement, 4 femmes (6,5 %) n'avaient toujours pas de contraception après l'IVG, et ce chiffre s'élève à 6 femmes (10 %) à six mois.

Remarques :

- L'anneau vaginal n'était pas utilisé par les femmes de cet échantillon.
- Pour certaines femmes il était précisé qu'elles avaient des soucis d'observance avec la pilule.

Les objectifs secondaires consistaient à examiner les facteurs influençant le type de contraception, notamment : l'âge, le nombre de grossesses et la situation familiale.

Comparaison en fonction de l'âge

L'absence de contraception avant une IVG était particulièrement courante chez les femmes de 18 - 25ans (50 %) et chez les femmes de 26 - 35 ans (46 %), mais ce nombre diminue à 0 % pour les 18-25ans et à 7 % pour les 26-35ans juste après l'IVG. Cependant il augmente à 6 % chez les 18-25ans et à 12 % chez les 26-35ans au bout de six mois.

Les contraceptions de type LARC sont largement adoptés après l'IVG (n = 30 immédiatement après, n = 27 à six mois), en particulier l'implant, qui est majoritairement choisi par les femmes de 18 - 25ans et 26- 35 ans (39 % chez les 18 - 25ans et 22 % chez les 26 - 35ans juste après, 39 % chez les 18 - 25ans et 15 % chez les 26 - 35ans à six mois). Le DIU hormonal est utilisé de manière quasi égale à six mois par les femmes de 26 à 35 ans et de 36 à 45 ans (12 % pour les 26 - 35ans et 19 % pour les 36 - 45ans), bien qu'il ne soit pas adopté par les femmes de 18 à 25 ans. Quant au DIU au cuivre, il est réparti de façon similaire après l'IVG et à six mois chez les 18 - 25ans et 36 - 45ans (juste après l'IVG : 22 % chez les 18 - 25 ans et 25 % chez les 36 - 45 ans contre 11 % chez les 26 - 35 ans ; à six mois : 17 % chez les 18 - 25 ans et 25 % chez les 36 - 45 ans contre 8 % chez les 26 - 35 ans).

Les pilules demeurent des méthodes contraceptives populaires, indépendamment de l'âge, avec une légère préférence pour les pilules oestroprogestatives. Les pilules microprogestatives sont légèrement plus utilisées par les femmes de 26 à 35 ans (avant l'IVG 14 % ; après l'IVG 26 % et à six mois 27 %)

Comparaison en fonction du nombre de grossesse

Avant une IVG, l'absence de contraception était particulièrement fréquente chez les femmes ayant eu quatre grossesses ou plus (56,3 %). La pilule oestroprogestative était largement utilisée par l'ensemble des femmes, mais surtout par celles ayant eu une seule grossesse (47,4 %). Les préservatifs étaient plus souvent employés par les femmes ayant eu trois grossesses (18,8 %).

Après l'IVG, la pilule microprogestative était davantage choisie par les femmes ayant eu quatre grossesses ou plus (37,5 %), tandis que la pilule oestroprogestative était préférée par celles ayant eu jusqu'à trois grossesses (26,3 % pour une grossesse, 36,4 % pour deux grossesses, et 26,7 % pour trois grossesses). L'implant était principalement sélectionné par les femmes avec une seule grossesse (36,8 %). Les DIU étaient majoritairement adoptés par les femmes ayant eu quatre grossesses ou plus (12,5 % pour le DIU hormonal et 37,5 % pour le DIU au cuivre). L'absence de contraception était observée chez les femmes ayant eu une grossesse (10,5 %) et trois grossesses (13,3 %).

À six mois, les tendances contraceptives restaient globalement les mêmes qu'immédiatement après l'IVG. Toutefois, on notait un abandon plus marqué de la contraception chez les femmes ayant eu trois grossesses (20 %) et chez celles ayant eu quatre grossesses ou plus (18,8 %).

Comparaison en fonction de la situation familiale

Avant une IVG, l'absence de contraception était légèrement plus fréquente chez les patientes célibataires (45 %) que chez celles en couple (42,9 %). Les femmes célibataires utilisaient principalement la pilule oestroprogestative (30 %) et les préservatifs (20 %). Parmi les femmes en couple, la pilule était largement privilégiée, avec 14 patientes (33,3 %) optant pour la pilule oestroprogestative et 6 (14,3 %) pour la pilule microprogestative.

Juste après l'IVG, les choix contraceptifs étaient similaires entre les femmes en couple et célibataires, avec une préférence pour la pilule oestroprogestative (24,4 % en couple, 20 % célibataires), l'implant (24,4 % en couple, 25 % célibataires) et le DIU au cuivre (19,5 % en couple, 15 % célibataires). Cependant, les femmes célibataires utilisaient un peu plus fréquemment la pilule microprogestative (20 %) que les femmes en couple (12,2 %).

Six mois après l'IVG, le DIU au cuivre était la méthode de contraception la plus choisie par les femmes en couple (22,5 %), tandis que les femmes célibataires se répartissaient de manière équivalente entre la pilule microprogestative, la pilule oestroprogestative et l'implant (25 % chacune). À cette même période, 12,5 % des femmes en couple n'utilisaient pas de contraception, contre seulement 5 % des femmes célibataires.

i. Analyse de la population

Dans notre étude, la majorité des participantes étaient des femmes âgées de 26 à 35 ans (44,4 %), une répartition qui semble similaire aux données nationales et aux études récemment menées en France (7) (15) (16) (18). Par ailleurs, une grande partie de ces femmes vivaient en couple (68,3 %), ce qui correspond également aux tendances observées au niveau national.

Nos résultats montrent une correspondance avec les données issues d'études menées à Paris et dans le sud de la France. Ces études mettent en évidence une proportion significative de femmes n'utilisant pas de contraception avant l'IVG, avec 70,5 % à Paris, 53,9 % dans le sud et 56,3 % dans notre étude. Après l'IVG, une majorité de ces femmes se tournent vers des contraceptifs de longue durée (LARC), avec des taux de 46,2 % à Paris et 49,2 % dans notre étude, sauf dans le sud de la France où les pilules contraceptives restent majoritaires (41 %) (18) (19). En revanche, l'étude menée à Nancy a révélé que la plupart des femmes utilisaient des pilules œstroprogestatives ou des implants avant l'IVG, alors que dans notre étude,

aucune femme n'utilisait d'implant avant l'IVG et une majorité était sans contraception (16). Cette divergence pourrait refléter les différentes influences régionales, culturelles ou sociales sur les choix contraceptifs.

ii. Prévalence des IVG itératives et facteurs associés

Dans notre étude, le taux d'IVG répétés était de 12 %, ce qui est inférieur aux données nationales (30 à 41 %) (8). À l'échelle mondiale, la prévalence des IVG itératives demeure élevée. Une étude menée en Éthiopie a identifié plusieurs facteurs de risque d'IVG itératives : un premier avortement sans complication, une IVG indolore, la consommation d'alcool, le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels et un premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans (20). Ces éléments soulignent l'importance d'un accompagnement personnalisé et d'une stratégie de prévention adaptée aux besoins spécifiques de chaque patiente.

iii. LARC et réduction de l'IVG itérative

L'étude suédoise a montré que l'adoption de contraceptifs LARC permet de réduire significativement le taux d'IVG itérative (10). Les femmes ayant choisi une méthode LARC, qu'il s'agisse d'un implant sous-cutané ou d'un DIU, présentaient un risque d'avortement répété bien plus faible par rapport à celles ayant opté pour d'autres méthodes contraceptives. Ainsi, faciliter l'accès aux LARC après une IVG est une priorité. Malgré l'observation dans notre étude d'une récurrence d'IVG après la pose d'un DIU au cuivre, cette méthode reste l'une des plus efficace pour prévenir les grossesses non désirées.

iv. Importance de l'accompagnement et de l'accessibilité des méthodes contraceptives

Une étude italienne a souligné l'importance d'un accompagnement personnalisé des patientes concernant leur contraception pour prévenir les grossesses non désirées. Cette étude insiste particulièrement sur la nécessité de rendre les LARC plus abordables financièrement et plus accessibles pour leur mise en place (9). Le manque d'information sur la grossesse et la contraception est également largement documenté dans plusieurs pays (4) (21) (16).

Il est cependant essentiel de ne pas se limiter à la prescription d'une contraception uniquement pour prévenir les IVG répétées. Il convient d'adapter le choix contraceptif à chaque patiente en tenant compte de son vécu, de ses antécédents et de ses besoins afin d'assurer une meilleure observance. C'est ce qu'a souligné une étude menée aux États-Unis, où des professionnels de santé ont été interrogés sur leur rôle en matière de contraception (22).

Une stratégie complémentaire pourrait consister à informer les femmes sur la contraception dès leur premier rapport sexuel, voire avant (programme d'éducation sexuel à l'école, réforme gouvernementale). Le dialogue avec la mère et le niveau d'éducation sont deux facteurs identifiés comme favorisant l'adoption précoce de la contraception, ce qui pourrait contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées et par conséquent, le recours à l'IVG (23).

2. Discussion de la méthode

i. Limites de l'étude : les biais

Le mode de diffusion du questionnaire pourrait avoir engendré un biais de sélection. En effet, le questionnaire n'a été envoyé qu'à une petite partie des médecins généralistes de la région, ce qui limite la diversité des participantes potentielles et la généralisation des résultats.

Un autre facteur accentuant ce biais est l'absence de mineurs dans notre échantillon. Malgré nos efforts, nous n'avons pas réussi à inclure cette tranche d'âge dans notre étude, ce qui limite la portée des conclusions que nous pouvons tirer. L'exclusion involontaire des mineurs soulève des questions quant à la représentativité de notre échantillon par rapport à la population cible plus large. Avec un échantillon relativement restreint, la validité externe de nos résultats pourrait être compromise, et il convient de rester prudent dans l'interprétation des résultats en termes de généralisation à d'autres contextes ou populations.

Pour maximiser le taux de participation, des relances ont été effectuées auprès des médecins, ce qui a sans doute contribué à augmenter le nombre total de réponses. Cependant, ces relances pourraient également introduire un biais de participation, en incitant de manière disproportionnée certains médecins à répondre au questionnaire.

L'absence de précision sur la date de l'IVG dans le questionnaire peut introduire un biais temporel. Cela peut affecter la comparabilité des données si les réponses concernent des IVG réalisées à des moments très différents, influençant potentiellement les résultats de l'étude. Pour limiter ce biais, les médecins ont été contacté pour savoir de quand dataient ses IVG. Les IVG ont majoritairement été réalisés entre 2018-2024.

Enfin, un biais de réponse est également possible, car nous n'avons pas eu d'échange direct avec les patientes. Conformément à la décision du Comité National de l'Informatique et des Libertés (CNIL), il a été décidé de limiter notre intervention à la consultation des dossiers médicaux des patientes, sans interaction directe. Cette approche, bien que nécessaire pour respecter les réglementations en vigueur, peut influencer la qualité des réponses obtenues. Les informations issues des dossiers peuvent manquer de détails contextuels ou subjectifs que seules des interactions directes pourraient révéler, réduisant ainsi la richesse et la nuance des données utilisées pour l'analyse.

ii. Forces

La méthode de recrutement a assuré un anonymat complet des patientes, en conformité avec les exigences de la CNIL. L'utilisation d'un questionnaire à choix simple a facilité le traitement des données, tandis que la brièveté du questionnaire a probablement favorisé un taux de réponse plus élevé.

De plus, nous avons délibérément ciblé des médecins généralistes ayant une orientation ou un intérêt particulier pour la gynécologie, dans l'espoir d'obtenir des réponses plus pertinentes aux questionnaires.

3. Conflit d'intérêt

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt pour ce travail de recherche. Aucun financement n'a été obtenu pour la réalisation de cette étude.

4. Vers l'amélioration de l'information aux patientes et médecins

Cette étude montre les choix contraceptifs des femmes et révèle que, malgré l'utilisation de méthodes contraceptives, certaines grossesses non désirées se produisent, souvent en raison d'une mauvaise observance. Plusieurs mesures pourraient être envisagées pour améliorer cette situation, comme prescrire systématiquement la pilule du lendemain, fournir une fiche d'instructions en cas d'oubli de pilule (cf. annexe 4), et s'assurer à chaque renouvellement de contraception, que celle-ci est toujours adaptée à la vie de la patiente et qu'elle en a compris le fonctionnement. De plus, une proportion importante de femmes n'utilisait pas de contraception, ce qui soulève la nécessité de mieux comprendre les raisons de leur réticence. Peut-être faudrait-il d'avantage informer les médecins généralistes et les patientes ?

Des recherches supplémentaires pourraient examiner l'effet d'une formation dédiée aux différentes méthodes contraceptives, tant pour les patientes que pour les médecins généralistes.

Conclusion

L'IVG est un sujet d'actualité constamment débattu, soulignant l'importance pour chaque femme de recevoir un accompagnement optimal de la part des professionnels de santé afin de pouvoir pleinement exercer sa sexualité et choisir librement si elle souhaite ou non devenir mère. Les résultats de cette étude montrent qu'après une IVG, davantage de femmes se tournent vers les contraceptifs de type LARC, mais un nombre significatif reste sans contraception. Il serait pertinent d'évaluer l'impact d'une formation sur les différentes méthodes contraceptives, à la fois pour les patientes et les médecins généralistes.

Listes des tableaux

Tableau 1: Profil des femmes	18
Tableau 2: Comparaison avant et juste après une IVG	23

Liste des figures

Figure 1: Evolution des taux IVG entre 2019-2022	9
Figure 2: Diagramme de flux.....	17
Figure 3: Contraception avant une IVG (cf. Annexe 3)	19
Figure 4: Contraception après une IVG (cf. Annexe 3)	20
Figure 5: Contraception à 6 mois (cf. Annexe 3).....	21
Figure 6: Nombre de seconde IVG dans les 6 mois.....	22
Figure 7: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge avant une IVG	25
Figure 8: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge après une IVG (cf. Annexe 3).....	26
Figure 9: Comparaison du type de contraception en fonction de l'âge à 6 mois d'une IVG ...	26
Figure 10: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse avant une IVG (cf. Annexe 3).....	27
Figure 11: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse après une IVG (cf. Annexe 3).....	29
Figure 12: Comparaison du type de contraception en fonction du nombre de grossesse à 6 mois d'une IVG (cf. Annexe 3)	31
<i>Figure 13: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial avant une IVG</i>	<i>33</i>
Figure 14: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial juste après une IVG (cf. Annexe 3).....	33
<i>Figure 15: Comparaison du type de contraception en fonction du statut familial à 6 mois d'une IVG (cf. Annexe 3).....</i>	<i>34</i>

Références

1. Le droit à l'avortement | ivg.gouv.fr [Internet]. 2022 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-droit-lavortement>
2. Jubert A, Bayen M, Serman F, Robin G, Catteau-Jonard S, Ollivon J, et al. Medical tourism for late abortion: Women's profile and circumstances. A quantitative study among women who travelled within Europe for late abortion. *Sex Reprod Healthc*. 1 juin 2023;36:100824.
3. Avortement [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
4. Das L, Shekhar C. Contraceptive behavior of women in India after induced abortion. *Reprod Health*. 1 mai 2024;21(1):60.
5. ER1311EMB.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ER1311EMB.pdf>
6. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 31 août 2024]. Comment évolue le recours à l'IVG en France ? - Espace presse. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/comment-evolue-le-recours-a-livg-en-france/>
7. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de>
8. Gemzell-Danielsson K, Kallner HK. Post Abortion Contraception. *Womens Health*. 1 nov 2015;11(6):779-84.
9. von Wunster S, Algeri P, Scassellati G, Agatone S, Spazzini D, Peppi G, et al. Could the contraceptive counselling improve contraceptive choice after abortion? A multicentric study to evaluate patients' perception. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 9 avr 2024;53(7):102786.
10. Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mai 2016;95(5):565-71.
11. Contraception et IVG [Internet]. 2023 [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/contraception-et-ivg-1>
12. Maurice DO. IVG Synthèse des recommandations du CNGOF.
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 août 2024]. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
14. Inserm [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Contraception - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
15. LA CONTRACEPTION [Internet]. CNGOF. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-contraception/>

16. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. *Rev Sage-Femme*. avr 2018;17(2):49-53.
17. 2019LILUM023.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM023.pdf
18. 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*. août 2019;47:574-81.
19. Bougassas-Gaullier H. Influence des IVG médicamenteuses en ville sur le changement de contraception des femmes.
20. Geta G, Seyoum K, Gomora D, Kene C, Tsegaye B, Tenaw Z. Repeat-induced abortion and associated factors among reproductive-age women seeking abortion services in South Ethiopia. *Womens Health*. 1 janv 2022;18:17455057221122565.
21. Agula C, Henry EG, Asuming PO, Agyei-Asabere C, Kushitor M, Kanmiki EW, et al. Contraception before and after induced abortion: Trajectories of women in selected urban-poor settlements of Accra, Ghana. *Afr J Reprod Health*. déc 2021;25(6):20-31.
22. Cannon R, White K, Seifert B, Woodhams E, Brandi K, Yinusa-Nyahkoon L. Exploring the physician's role in contraceptive counseling at the time of abortion in the US. *Contraception*. 1 mai 2021;103(5):316-21.
23. Inserm [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Adopter une contraception dès le premier rapport est de bon augure - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/adopter-contraception-premier-rapport-est-bon-augure/>

Annexe 1 : questionnaire

Quel est l'âge de la patiente?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ <18 ans
- ☐ 18-25ans
- ☐ 25-35 ans
- ☐ 35-45ans
- ☐ >45 ans

Quelle est sa situation familiale?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ célibataire
- ☐ en couple (concubinage, mariée, pacsée..)

*

Combien de grossesse a-t-elle eu en comptant l'actuelle?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

1	2	3	4 ou plus
---	---	---	-----------

Combien d'IVG a t-elle réalisé?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

1	2	3 ou plus
---	---	-----------

Quel était le type d'IVG ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ IVG médicamenteuse
- ☐ IVG chirurgicale

Sa contraception avant IVG

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ pilule oestroprogestative
- ☐ pilule microprogestative
- ☐ implant
- ☐ DIU cuivre
- ☐ DIU hormonal
- ☐ patch
- ☐ anneau
- ☐ préservatif
- ☐ autre

Veillez saisir votre commentaire ici:

Sa contraception juste après IVG

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ pilule oestroprogestative
- ☐ pilule microprogestative
- ☐ Implant
- ☐ DIU cuivre
- ☐ DIU hormonal
- ☐ patch
- ☐ anneau
- ☐ préservatif
- ☐ autre

Veillez saisir votre commentaire ici:

Si changement de contraception, pourquoi?

Sa contraception à 6 mois post IVG

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

- ☐ pilule oestroprogestative
- ☐ pilule microprogestative
- ☐ implant
- ☐ DIU cuivre
- ☐ DIU hormonal
- ☐ patch
- ☐ anneau
- ☐ présevatif
- ☐ autre

Veillez saisir votre commentaire ici:

Si changement de contraception, pourquoi?

A t-elle réalisé un nouvel IVG ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

oui

non

Annexe 2 : attestation de déclaration



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Evaluation des contraceptions post IVG, en médecine générale dans les Hauts-de-France
Responsable chargée de la mise en œuvre : Mme Sabine BAYEN Interlocuteur (s) : Mme Charlotte LEBRETON

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantisiez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous garantisiez que vous ne récoltez que des données anonymes auprès des médecins.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 29 avril 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3 : analyse descriptive

Tableau 1 : Evaluation de la contraception avant une IVG

Contraception avant une IVG	Effectifs	Pourcentage
Pilule oestroprogestative	20	32,3%
Pilule microprogestative	7	11,3%
L'implant	0	0%
DIU cuivre	0	0%
DIU hormonal	0	0%
Patch	1	1,6%
Anneau	0	0%
Préservatif	7	11,3%
Autre	27	43,5%

Tableau 2 : Evaluation de la contraception après une IVG

Contraception après une IVG	Effectifs	Pourcentage
Pilule oestroprogestative	14	23,0%
Pilule microprogestative	9	14,8%
L'implant	15	24,6%
DIU cuivre	11	18,0%
DIU hormonal	4	6,6%
Patch	0	0,0%
Anneau	0	0,0%
Préservatif	4	6,6%
Autre	4	6,6%

Tableau 3 : Evaluation de la contraception à 6 mois d'une IVG

Contraception à 6 mois d'une IVG	Effectifs	Pourcentage
Pilule oestroprogestative	11	18,3%
Pilule microprogestative	9	15,0%
L'implant	12	20,0%
DIU cuivre	9	15,0%
DIU hormonal	6	10,0%
Patch	1	1,7%
Anneau	0	0,0%
Préservatif	4	6,7%
Autre	8	13,3%

Tableau 4 : comparaison de la contraception en fonction de l'âge, avant une IVG

<div> <div>Tranches d'âge</div> <div>Type de Contraception</div> </div>	Avant une IVG			Juste après IVG			A 6 mois d'une IVG		
	18-25	26-35	36-45	18-25	26-35	36-45	18-25	26-35	36-45
Pilule oestroprogestative	6	8	6	4	7	3	4	5	2
Pilule microprogestative	1	4	2	2	7	0	1	7	1
L'implant	0	0	0	7	6	2	7	4	1
DIU cuivre	0	0	0	4	3	4	3	2	4
DIU hormonal	0	0	0	0	1	3	0	3	3
Patch	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Anneau	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif	2	3	2	1	1	2	1	2	1
Autre	9	13	5	0	2	2	1	3	4

Remarques :

- Pour des soucis de clarté, les colonnes avec les âges inférieurs à 18 ans et supérieurs à 45 ans ont été retiré (étant donné que nous n'avions aucune information dans ses catégories)
- Perte d'une donnée sur la contraception juste après l'IVG et à 6 mois chez les 26-35ans

Tableau 5 : Comparaison de la contraception en fonction du nombre de grossesse

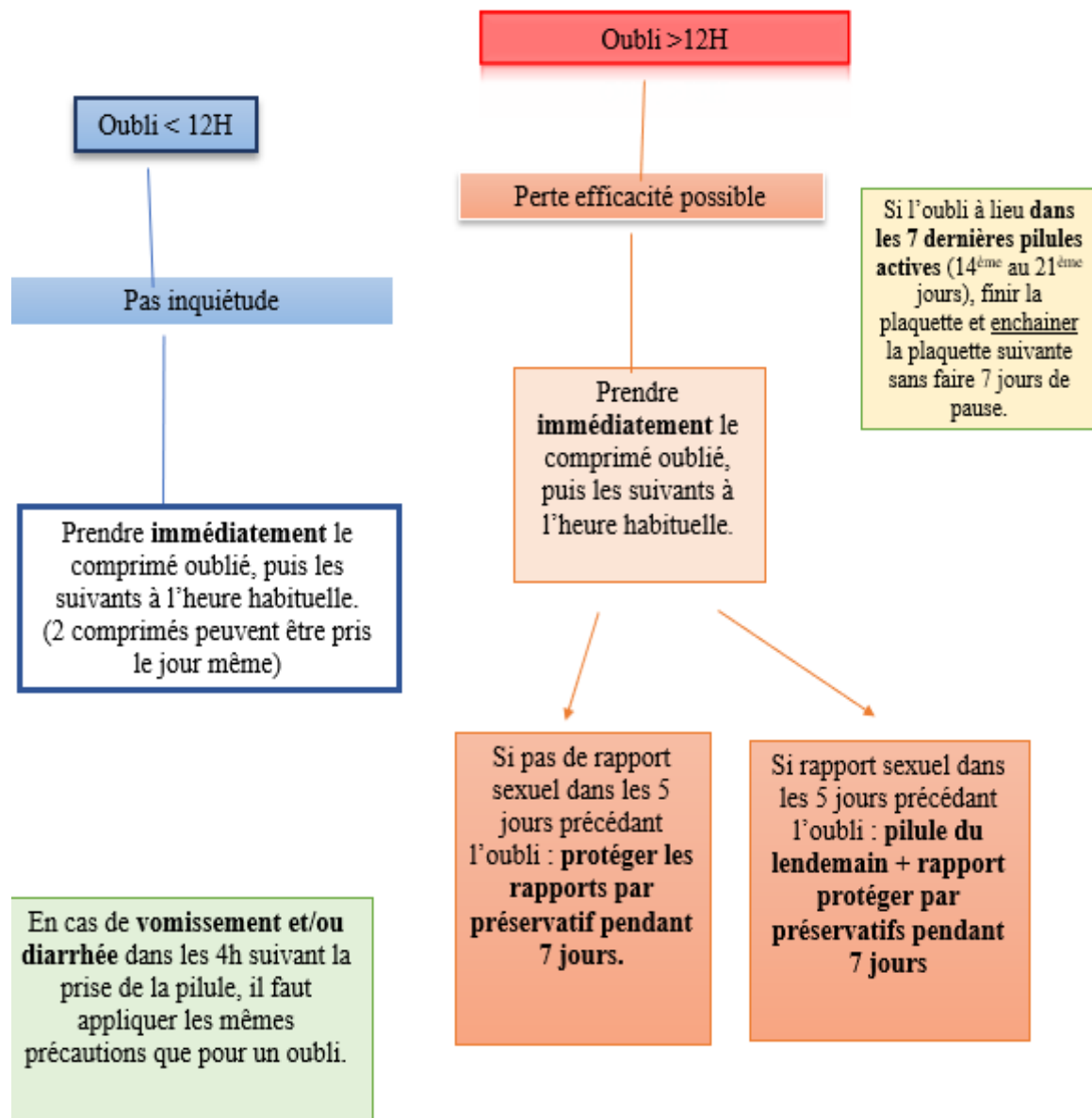
Type de Contraception \ Nombre de Grossesse	Avant une IVG				Juste après IVG				A 6 mois d'une IVG			
	1	2	3	4 ou plus	1	2	3	4 ou plus	1	2	3	4 ou plus
Pilule oestroprogestative	9	3	4	4	5	4	4	1	5	2	4	0
Pilule microprogestative	0	2	4	1	1	2	0	6	2	2	0	5
L'implant	0	0	0	0	7	3	4	1	6	3	3	0
DIU cuivre	0	0	0	0	2	2	1	6	2	2	1	4
DIU hormonal	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	3
Patch	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Anneau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Préservatif	2	0	3	2	1	0	3	0	1	0	3	0
Autre	8	5	5	9	2	0	2	0	2	1	3	3

Remarque : Perte d'une donnée avant chez la femme ayant eu 3 grossesses avant l'IVG et après l'IVG.

Tableau 6 : Comparaison de la contraception en fonction de la situation familiale

Type de Contraception \ Situation familiale	Avant une IVG		Juste après une IVG		A 6 mois d'une IVG	
	En couple	Célibataire	En couple	Célibataire	En couple	Célibataire
Pilule oestroprogestative	14	6	10	4	5	5
Pilule microprogestative	6	1	5	4	5	5
L'implant	0	0	10	5	7	5
DIU cuivre	0	0	8	3	9	0
DIU hormonal	0	0	2	2	4	2
Patch	1	0	0	0	1	0
Anneau	0	0	0	0	0	0
Préservatif	3	4	2	2	2	2
Autre	18	9	4	0	7	1

Annexe 4 : fiche d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli



AUTEUR : Nom : LEBRETON

Prénom : Charlotte

Date de soutenance : 07/11/2024

Titre de la thèse : Evaluation des contraceptions post IVG, en médecine générale dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : IVG, médecine générale, contraceptions, sexualité

Résumé

Contexte : L'IVG est un sujet de débat persistant à travers le monde. Malgré cela, le nombre d'IVG continue d'augmenter chaque année, avec 243 600 IVG enregistrées en France, en 2023. Cette thèse vise à comprendre les comportements contraceptifs des femmes avant et après une IVG, dans le but d'améliorer leur prise en charge, de promouvoir leur bien-être sexuel et de réduire les cas d'IVG itératives.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, rétrospective et descriptive, réalisée à partir des dossiers de patientes en collaboration avec les médecins généralistes des Hauts-de-France. L'étude s'est déroulée du 15 mars 2024 au 3 septembre 2024.

Résultats : Un total de 63 questionnaires a été analysé. La majorité des participantes étaient des femmes âgées de 26 à 35 ans, vivant en couple. Avant l'IVG, 56,3 % des femmes n'utilisaient aucune contraception. Après l'IVG, 70,5 % des femmes ont changé de méthode contraceptive immédiatement et 25 % l'ont fait dans les six mois suivant l'IVG. Après l'IVG et à 6 mois les résultats sont globalement stables, la plupart des femmes choisissaient des contraceptions type LARC. Parmi les participantes, 12 % ont subi une nouvelle IVG, dont 4 utilisaient la pilule, 1 était sous DIU au cuivre, et 2 ne recouraient à aucune contraception.

Conclusion : Après une IVG, la majorité des femmes optent pour une méthode contraceptive, principalement des implants et des DIU, bien qu'un nombre significatif reste sans contraception. Il est important que chaque femme reçoive une information adéquate sur sa sexualité afin de pouvoir faire des choix éclairés concernant sa contraception.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseure : Madame la Docteure Constance DEVEMY

Directrice de thèse : Madame la Docteure Sabine BAYEN