



**HAL**  
open science

**Observance des méthodes et analyse des comportements  
contraceptifs pré et post IVG, auprès des patientes de la  
maternité régionale de Nancy, entre le 1er octobre 2016  
et le 28 février 2017**

Chloé Schoub-Thiéblemont

► **To cite this version:**

Chloé Schoub-Thiéblemont. Observance des méthodes et analyse des comportements contraceptifs pré et post IVG, auprès des patientes de la maternité régionale de Nancy, entre le 1er octobre 2016 et le 28 février 2017. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870345

**HAL Id: hal-03870345**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870345v1>**

Submitted on 24 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**NANCY**

*Observance des méthodes et analyse des comportements  
contraceptifs pré et post IVG, auprès des patientes de la  
maternité régionale de Nancy, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28  
février 2017*

**Mémoire présenté et soutenu par  
Chloé SCHOUB-THIEBLEMONT**

Directeur de mémoire : NADJAFIZADEH Marjan  
Enseignante sage-femme, PhD

Soutenu en 2017

**Observance des méthodes et analyse des comportements contraceptifs pré et post-IVG, auprès des patientes de la maternité régionale universitaire de Nancy, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28 février 2017.**

**Contexte :** Depuis plusieurs années, en France, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est stable, malgré l'usage largement répandu de divers moyens de contraception, et la maîtrise de la fécondité qu'ils permettent aux femmes.

**Objectifs :** Nous avons effectué un état des lieux des comportements contraceptifs et de l'observance des méthodes avant puis après une IVG, et nous avons notamment analysé les défauts d'usage et la prévalence des méthodes utilisées.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique, réalisée entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28 février 2017 à la maternité régionale universitaire de Nancy. Les 70 patientes incluses dans notre cohorte avaient réalisé une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, ou effectué leur consultation de contrôle post-IVG à la maternité, au cours de cette période. Le recueil des données s'est effectué par le biais de questionnaires qui avaient été distribués aux patientes, et dont l'analyse reposait sur de multiples variances.

**Résultats :** En pré-IVG, la pilule était majoritairement utilisée, suivie par l'emploi du préservatif masculin. Près d'un quart des patientes n'utilisait pas de moyen de contraception et l'usage de dispositifs intra-utérin (DIU) et d'implants était mineur. La quasi intégralité de notre cohorte avait commis des erreurs contraceptives durant les 3 derniers mois pré-IVG, et une part importante de notre population avait changé ou interrompu sa contraception au cours des 6 derniers mois.

En post-IVG, l'usage de DIU ou d'implants augmentait nettement avec la moitié de notre cohorte qui les employait, suivi de près par l'utilisation de la pilule. L'absence de contraception ne concernait plus que 4 patientes, et l'usage du préservatif reculait considérablement.

**Conclusion :** Les erreurs contraceptives se révèlent nombreuses avant l'avortement, et les comportements contraceptifs sont différents selon qu'ils soient analysés en pré ou post-IVG. Les prescriptions post-IVG favorisent les méthodes réversibles de longue durée d'action et semblent davantage adaptées au mode de vie et à la sexualité des femmes, ou du couple.

**Mots-Clés :** Observance des méthodes, comportements contraceptifs, IVG



**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**NANCY**

*Observance des méthodes et analyse des comportements  
contraceptifs pré et post IVG, auprès des patientes de la  
maternité régionale de Nancy, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28  
février 2017*

**Mémoire présenté et soutenu par  
Chloé SCHOUB-THIEBLEMONT**

Directeur de mémoire : NADJAFIZADEH Marjan  
Enseignante sage-femme, PhD

Soutenu en 2017

## REMERCIEMENTS

Je remercie infiniment toutes les personnes qui m'ont soutenue durant ces 5 années d'études.

Ma famille qui a toujours su m'épauler, et notamment ma maman qui sait trouver les mots justes pour me rassurer.

Mes amies de longue date : Adèle, Eléa, Brune et Mélanie pour nos "apéros décompression". Clémentine, Valentin, Quentin, Simon et Elsa pour tous ces moments de folies mais aussi de confidences, et tout particulièrement Marine pour son soutien indispensable dans toutes les épreuves et l'amitié unique qu'on partage.

Je remercie sincèrement mes amies boxeuses, Cinthia et Clémence pour les fous rires, les confessions et notamment les desserts partagés.

Un merci tout particulier à mes amies de l'école de sages-femmes, Manon et Laura qui ont participé à ma réussite et notamment mon binôme, Charlène, qui est devenue mon acolyte, mon coup de cœur et avec qui j'espère aller loin dans l'aventure.

Enfin, une pensée pour certaines de mes rencontres professionnelles qui m'ont permis de devenir la sage-femme que je suis aujourd'hui.

## **GLOSSAIRE**

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

RPL : Réseau Périnatal Lorrain



## **SOMMAIRE**

REMERCIEMENTS	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
MATERIEL ET METHODES	13
TYPE D'ETUDE	13
OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	13
RESULTATS	15
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	15
2. COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS PRE-IVG	16
3. COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS POST-IVG	20
DISCUSSION	24
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	37
TABLES DES MATIERES	43

## INTRODUCTION

Aujourd'hui, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est encore beaucoup pratiquée à travers le monde. On estime qu'au cours de sa vie, une femme sur trois aura recours à cette pratique, malgré les différents moyens contraceptifs qui existent à l'heure actuelle.

En France, les données de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), nous indiquent qu'en métropole, pour les années 2006 à 2015, les chiffres sont stables avec une moyenne d'IVG annuelle avoisinant les 210 900 actes (1).

Ces chiffres considérables sont donc stationnaires depuis de nombreuses années malgré la prévention actuelle et les politiques mises en place qui soutiennent l'utilisation de moyens de contraception.

En parallèle, les dernières données de 2010 de l'INED, nous informent que 97 % des femmes en France utilisent un moyen anticonceptionnel et que 3 % des femmes ne désirant pas de grossesse ne prennent aucune contraception, ni aucun moyen de précaution (2).

Ainsi, dans la quasi-totalité des cas, une grossesse non désirée n'est pas due à l'absence d'un moyen contraceptif mais a lieu sous couverture contraceptive.

Dès lors, nous nous demandons pourquoi les femmes qui utilisent un moyen de contraception obtiennent une grossesse qui est alors ni prévue, ni désirée, et ont de ce fait recours à l'IVG.

Ce problème de santé publique a d'ailleurs été mis en évidence par la Haute Autorité de Santé (HAS) ; elle a remis à jour en janvier 2015 des recommandations sur la contraception post-IVG, à destination des professionnels, afin de mieux prendre en charge ces femmes et de réduire le risque d'une nouvelle IVG (3).

Il est donc pertinent et d'un intérêt général d'effectuer un travail de recherche concernant ce sujet. C'est pourquoi, avant de présenter nos hypothèses, nous tenons à établir un état des lieux des IVG et de la contraception à travers le monde puis particulièrement en France et notamment en Lorraine.

## Etat des lieux des IVG et de la contraception au niveau international

En 2016, dans le monde, 48 pays interdisent tout accès à l'avortement notamment en Amérique centrale et du Sud, en Afrique ou encore au Moyen-Orient, et de nombreux états en limitent très fortement l'accès. Au sein de l'Organisation des Nations Unies, qui compte 193 Etats membres, seules 55 nations autorisent l'avortement sans restrictions légales soit seulement 28 % (4).

Environ 56 millions d'IVG ont été pratiquées mondialement en 2014. Plus de la moitié sont considérées comme à risque en raison des conditions dans lesquelles elles sont réalisées (4).

Dans la plupart des pays d'Europe, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être pratiquée légalement. Majoritairement, le délai légal est de 10 semaines d'aménorrhées comme au Portugal, en Slovaquie ou encore en Suède. Ce délai peut atteindre 24 semaines d'aménorrhées en Angleterre. La pratique des IVG est encore illégale dans de nombreux pays comme en Irlande, à Malte, en Pologne ou à Chypre (5).

En France, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée depuis le 17 janvier 1975 par la loi Veil, et elle est aujourd'hui accordée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (4).

L'Union européenne n'est pas compétente en la matière pour légiférer ; ceci explique ces grands écarts de lois concernant l'IVG entre les différents états membres. Néanmoins, dans une résolution du 3 juillet 2002 sur la santé et les droits sexuels et génésiques, le Parlement européen recommande aux États membres de légaliser l'avortement (5).

Quelques 1,2 million d'avortements y sont réalisés chaque année, soit une IVG pour cinq grossesses. La majorité est effectuée en France, au Royaume-Uni, en Roumanie, en Allemagne et en Espagne (5).

Le recours encore important à l'IVG dans le monde aujourd'hui est à mettre en lien avec l'utilisation d'une contraception par les individus.

D'une part, les femmes et les hommes ont aujourd'hui à disposition différents moyens contraceptifs permettant de réguler et contrôler leur fécondité, et donc de limiter les grossesses non prévues et non désirées. D'ailleurs, selon l'INED en 2011, environ 63 % des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception à travers la planète. Plus de 90 % d'entre elles utilisent des moyens dits « modernes » tels que la

pilule ou le stérilet, et moins de 10 % utilisent des moyens dits « traditionnels » comme le retrait ou le calcul de l'ovulation (6).

D'autre part, et toujours selon l'INED, un nombre non négligeable de femmes n'utilisent pas d'une contraception : « En 2011 [...] 143 millions de femmes [...] n'utilisent pas de moyens contraceptifs alors qu'elles ne désirent pas d'enfants » (6). Malgré une accessibilité aux méthodes anticonceptionnelles qui reste limitée sur certains continents, notamment en Afrique, comme au Sud-Soudan, une majorité des femmes sans contraception ne semblent pas percevoir le risque de grossesse auquel elles sont exposées (6) (7).

A travers le monde, la stérilisation féminine est la méthode de contraception la plus utilisée, notamment dans les pays développés comme en Amérique Latine, suivie par les dispositifs intra utérins (DIU) comme en Chine, puis par la pilule et le préservatif masculin qui sont davantage privilégiés dans les pays en voie de développement (7).

La France, nous le verrons dans les propos qui suivent, ne semble pas s'aligner sur ce même profil d'utilisation des contraceptifs (7).

## **L'IVG et la contraception en France**

Les IVG en France constituent donc un des axes prioritaires de santé publique. Ainsi, les professionnels réalisant des avortements ont l'obligation de remplir un bulletin statistique afin que les autorités puissent recenser un certain nombre de données. Ces bulletins sont le reflet de l'évolution au fil des années du taux de recours à l'IVG et de ses modalités en France (1).

D'après les plus récentes données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en France métropolitaine, 203 500 IVG ont été réalisées en 2015, dont une majorité a été effectuée en Ile de France, en Corse, en Provence Alpes-Côte d'Azur et dans les DROM. Leur nombre est stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Métropole, et de 26,5 dans les Départements et régions d'Outre-Mer (DROM) (8) (9) (10) (11).

Selon l'INED, l'indice conjoncturel d'avortement, soit le nombre moyen d'IVG par femme âgée de 15 à 49 ans qui est un indicateur des fluctuations du taux de recours à l'IVG, est également stable depuis 2006 et correspond à 0,55 (11).

Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées avec un taux de recours à l'IVG de 27 pour 1 000, tandis que les valeurs continuent à décroître chez les femmes âgées de moins de 20 ans (9) (10).

Concernant les femmes domiciliées en Lorraine, selon la DREES et le Réseau Périnatal Lorrain (RPL), le nombre d'avortements a fortement augmenté au cours de l'année 2009, mais est stable depuis l'année 2010 avec une moyenne annuelle de 5 618 actes (12).

Néanmoins, la France est un pays où l'utilisation d'un moyen de contraception est répandue puisque plus de 76 % des femmes sont concernées et l'accès à la contraception pour les mineures a été facilité depuis la loi de mars 2013 qui a été révisée au 1er juillet 2016. Les jeunes filles ont ainsi la possibilité d'effectuer des examens de biologie et de suivi de façon gratuite et anonyme, et de surcroît d'obtenir un accès gratuit à des méthodes contraceptives et à une visite annuelle (2) (13).

Ces dispositions permettent de prévenir des grossesses inopinées auprès d'une population adolescente et souvent mal informée.

Ainsi, l'usage de la pilule contraceptive est majeur en France, avec près de 33 % des femmes qui adoptent cette méthode seule, en 2013. La pilule est suivie par l'utilisation des DIU et du préservatif avec des emplois respectifs de 18 % et 12 % (2) (13). Les méthodes de retrait et d'abstinence sont appliquées par plus de 7 % des femmes, alors que l'implant, le patch, l'anneau vaginal ou encore la stérilisation féminine et masculine sont largement minoritaires avec des taux de recours inférieurs à 5 % (13).

Dans le cadre d'un avortement, la HAS recommande depuis 2010, que « le mode de contraception ultérieur soit abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG ». Selon l'état des lieux du mois d'avril 2016 réalisé par le RPL, tous les établissements de santé de Lorraine abordent la question de la contraception avant l'IVG, sauf 3 établissements (14).

La HAS a également remis à jour en janvier 2015 des recommandations sur la contraception post-IVG. Elle rappelle aux professionnels de santé la nécessité de prescrire une contraception adaptée aux femmes, ou aux couples, notamment à ce moment singulier de leur parcours de vie, tout en les informant au maximum et en s'assurant du meilleur usage possible du moyen contraceptif délivré (3).

Nous savons aujourd'hui que les IVG médicamenteuses et chirurgicales sont pratiquées par des médecins. En revanche, depuis peu, nos compétences de sage-femme ont été élargies par un décret publié le 5 juin 2016 au Journal Officiel. Nous pouvons désormais pratiquer des IVG en ville par voie médicamenteuse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées sous réserve d'y avoir été formées préalablement et d'avoir passé une convention avec un établissement de santé (15) (21).

Ainsi, nous sommes susceptibles d'accueillir de plus en plus de femmes désireuses d'effectuer un avortement en dehors d'un établissement hospitalier. Depuis 2015, ce chiffre ne cesse d'augmenter et représente 18 % de la part totale des IVG en France d'Outre-Mer (11).

Par ailleurs, le RPL nous indique, dans son plan régional d'accès à l'IVG en Lorraine de 2016, que le nombre d'IVG médicamenteuses augmente nettement de 2009 à 2014 et devient la méthode la plus utilisée à partir de 2010, ce qui est en accord avec nos propos précédents (12).

Il est également primordial de préciser que le recours à l'IVG interpelle les femmes sur leurs habitudes culturelles, leurs croyances ou les préjugés imposés par nos sociétés, et qu'il est soumis à des facteurs psycho-sociaux et affectifs.

En effet, dans certaines cultures, l'IVG est considérée tel un infanticide, et pour de nombreux clans sa pratique exclut définitivement la femme des siens. Mais les avortements, lorsqu'ils sont pratiqués à plusieurs reprises, peuvent traduire des violences conjugales. Ces IVG répétées doivent alerter les professionnels de santé et amener à questionner la femme sur ses conditions de vie.

Toutes ces composantes entrent en compte dans la pratique des avortements mais interviennent également lors de la prescription de la contraception post-IVG.

Ainsi, ces grossesses inopinées sous contraceptifs peuvent avoir de nombreuses explications et feront alors l'objet de nos hypothèses durant ce travail de recherche.

Les femmes adoptent-elles une contraception adaptée à leur mode vie et notamment leur sexualité ? Considèrent-elles l'IVG comme une méthode de contraception ? Sont-elles mal informées sur les différents moyens contraceptifs qui sont à leur disposition aujourd'hui, et ont-elles les connaissances nécessaires sur leurs modalités d'utilisation et l'efficacité théorique et pratique qu'on leur accorde ? Comment ces femmes utilisent-elles leur moyen de

contraception ? Sont-elles observantes ? Les contraceptions d'urgence sont-elles connues et appliquées ?

Il est aussi utile de se questionner concernant la période post-IVG.

Ces femmes permutent-elles leur contraception, ou en adoptent-elles une auparavant inexistante ? Sont-elles alors davantage conscientes de l'assiduité que demande l'utilisation d'une contraception, et des risques encourus d'une mauvaise utilisation ? Au même titre, les femmes sans contraception ont-elles été suffisamment informées du risque majoré d'une grossesse soudaine auquel elles s'exposent ? Ont-elles perdu confiance en la contraception ?

En tant que sage-femme, nous prenons en charge et accompagnons ces patientes au quotidien.

C'est pourquoi, notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des comportements contraceptifs et de l'observance des méthodes en pré et post-IVG, afin de répondre au mieux aux besoins des femmes, de comprendre ce problème de santé publique et d'améliorer nos pratiques.

Nous avons tenté de faire un bilan des moyens contraceptifs utilisés avant puis après l'IVG, d'en observer les changements et d'évaluer les erreurs contraceptives. La prévalence des changements des moyens contraceptifs en post-IVG était le critère de jugement principal et l'indicateur ayant un plus grand intérêt pour l'étude.

Secondairement, nous avons entrepris d'identifier le type d'erreurs contraceptives commises, au regard de l'observance de la méthode anticonceptionnelle utilisée. Nous avons confirmé que l'efficacité théorique qu'on admettait à un moyen de contraception était différente de son efficacité pratique, nous avons évalué les connaissances des femmes s'agissant de contraception et la confiance qu'elles accordaient aux méthodes.

## MATERIEL ET METHODES

### 1. TYPE D'ETUDE

L'expertise reposait sur une méthode quantitative. En considérant nos objectifs, nous avons dû effectuer une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, analytique et transversale.

#### 1.1 Population étudiée

La population cible était composée de toutes les femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse, à la maternité du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28 février 2017.

Il s'agissait d'obtenir le témoignage de toutes les patientes durant cette période, afin de minimiser le biais de sélection. Nous avons estimé qu'entre ces deux dates, environ 120 patientes avaient été prises en charge pour effectuer une IVG au sein de l'établissement Or, durant les cinq mois de l'enquête, seuls 74 questionnaires ont été distribués, dont 4 qui n'ont pas été exploitables. Ainsi, 70 femmes composent notre cohorte au terme de l'étude.

#### 1.2 Modalités de réalisation de l'étude

L'unité statistique était l'individu.

La sélection des participantes s'appuyait sur des critères d'inclusion et de non inclusion ;

**Critères d'inclusion** : les patientes qui effectuaient une IVG médicamenteuse ou chirurgicale à la maternité du CHRU de Nancy, qu'elle soit réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation, et les femmes qui se rendaient à la consultation post-IVG uniquement.

**Critères de non inclusion** : les femmes qui refusaient de répondre au questionnaire et qui ne parlaient pas la langue française.

### 2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Un questionnaire qui a été établi a permis de rechercher les caractéristiques socioéconomiques des femmes, les erreurs contraceptives retrouvées, d'analyser les comportements contraceptifs pré et post-IVG en lien avec les méthodes employées et d'interroger les patientes sur leurs connaissances en terme de contraception (annexe I).

Un numéro a été attribué à chaque patiente afin de respecter la confidentialité des données recueillies.



Le formulaire a été relu et validé par une sage-femme du Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de Toul, par une psychologue et une gynécologue du CPEF au sein de la maternité du CHRU, afin de valider la forme et la pertinence des questions. Il a ensuite été testé durant une période de deux semaines au CPEF de la maternité du CHRU de Nancy, afin de le calibrer et d'en vérifier son bien-fondé.

Ce formulaire a été construit en 6 grandes parties ;

- 1) Généralités
- 2) Antécédents obstétricaux
- 3) Méthodes et comportements contraceptifs pré-IVG
- 4) Connaissances personnelles sur les méthodes contraceptives
- 5) Contraception post-IVG
- 6) Remarques personnelles

Pour l'investigation, les questionnaires ont été distribués aux patientes par l'intermédiaire des professionnels de santé sur le terrain. L'unité de chirurgie ambulatoire et le service d'orthogénie ont été mobilisés et une autorisation préalable nous a été accordée pour y réaliser notre enquête. Nous nous sommes rendus mensuellement dans ces services, entre le 20 et le 30 de chaque mois, afin de récupérer les formulaires remplis.

## **2.1 Aspects médico-légaux et logistiques**

Dans le cadre de notre étude, nous avons dû nous assurer que l'anonymat des données récoltées soit respecté, et que l'on ne porte pas atteinte à la vie privée des personnes interrogées.

Une révision de la loi Jardé fut opérée au mois de novembre 2016 concernant notamment les études non interventionnelles, mais notre enquête, qui a débutée avant le 18 novembre, répond alors à l'ancienne réglementation. Notre travail de recherche a donc été dispensé de passer devant un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Nous avons effectué un calendrier prévisionnel de l'étude (annexe II).

## RESULTATS

### 1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Les tableaux et les figures qui ont été réalisés dans cette partie concernent les femmes qui ont effectué une IVG, à la Maternité Régionale de Nancy, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2016 et le 28 février 2017.

Le terme « pilule contraceptive » inclut les pilules oestro-progestatives et progestatives seules et le terme « DIU » (dispositif intra-utérin) regroupe les stérilets hormonaux ou au cuivre.

La moyenne d'âge des 70 femmes de notre cohorte est de 25 ans (de 16 à 45 ans), avec 50 % des femmes (n=35) ayant entre 21 et 29 ans.

Dans notre étude, 51 % des patientes (n=36) vivaient en couple et 49 % (n=34) étaient célibataires, divorcées ou veuves.

La majorité des patientes (28,6%, n=20) étaient sans emploi ou étudiantes, et 55,7% (n=39) avaient obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire tel qu'un BEP, un CAP ou un baccalauréat général ou professionnel (Tableau 1).

Tableau 1 : Statut professionnel en fonction du diplôme des femmes.

Diplôme	Statut professionnel			Total N (%)
	Sans emploi, étudiante n (%)	Salariée n (%)	Non renseigné n (%)	
Aucun diplôme, brevet	9 (12,9)	4 (5,7)	-	13 (18,6)
BEP*, CAP**, Baccalauréat	20 (28,6)	18 (25,7)	1 (1,4)	39 (55,7)
Licence, Master et plus	6 (8,6)	12 (17,1)	-	18 (25,7)
Total	35 (50)	34 (48,6)	1 (1,4)	70 (100)

\*Brevet d'Etudes Professionnelles

\*\* Certificat d'Aptitude Professionnelle

Il s'agissait d'une première IVG pour 69 % des femmes (n=48) et parmi elles 46 % (n=32) n'avaient pas d'enfants. Dans notre étude, 16 patientes avaient déjà effectué une IVG auparavant et 6 femmes en avaient déjà pratiqué deux ou plus (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre d'IVG antérieures en fonction du nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	IVG antérieures					Total N (%)	p*
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	5 n (%)		
0	32 (45,7)	12 (7,1)	2 (2,9)	-	-	46 (65,7)	0,12
1	8 (11,4)	3 (4,3)		1 (1,4)	1 (1,4)	13 (18,7)	
2	4 (5,7)	-	1 (1,4)	-	-	5 (7,1)	
3	3 (4,3)	1 (1,4)	-	-	-	4 (5,7)	
4	-	-	-	1 (1,4)	-	1 (1,4)	
5	1 (1,4)	-	-	-	-	1 (1,4)	
Total	48 (68,5)	16 (22,9)	3 (4,3)	2 (2,9)	1 (1,4)	70 (100)	

\*Test exact de Fisher

## 2. ETAT DES LIEUX DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS PRE-IVG

La majorité des patientes de notre étude utilisait une pilule contraceptive avant l'IVG (53%, n=37). Les femmes l'employaient seule (41,5%, n=29) ou en association avec le préservatif masculin (11,4%, n=8). Le préservatif masculin uniquement était adopté par 13 % des patientes. Une minorité des femmes interrogées disposait d'un DIU ou d'un implant (7,1 %, n=5), et 4 femmes (5,7%) pratiquaient une méthode dite « naturelle» comme le calcul de l'ovulation avec abstinence périodique ou le retrait. Quinze patientes (21%) ne prenaient aucun moyen de contraception (Figure 1).

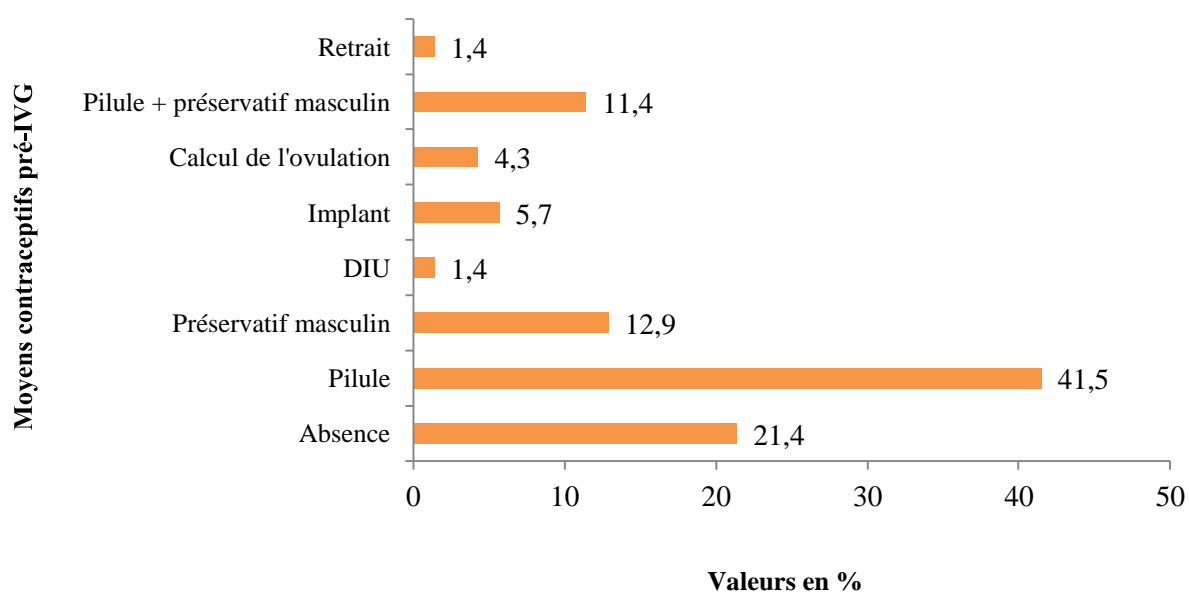


Figure 1 : Moyens contraceptifs pré-IVG utilisés par les femmes.

## 2.1 Interruption et changement des méthodes contraceptives

Presque 35 % des femmes (n=19), parmi les 55 patientes qui ont répondu à cette question, ont interrompu leur contraception au cours des six derniers mois précédant l'IVG. Parmi elles, 79 % (n=15) l'ont suspendue entre deux mois et un an et 4 femmes (21%) ont interrompu leur contraception moins d'un mois (Tableau 3).

Les femmes qui recouraient à la méthode du retrait ou qui ne prenaient aucun moyen contraceptif n'entrent pas en compte dans ce calcul.

Tableau 3 : Interruption des moyens contraceptifs au cours des six derniers mois précédant l'IVG.

Moyens contraceptifs	Interruption de la contraception			p**
	Oui n (%)	Non n (%)	Total N (%)	
Pilule	8 (14,5)	21 (38,2)	29 (52,7)	0,053
Préservatif masculin	2 (3,6)	8 (14,5)	10 (18,2)	
DIU	1 (1,8)	-	1 (1,8)	
Implant	3 (5,5)	1 (1,8)	4 (7,3)	
Calcul de l'ovulation	-	3 (5,5)	3 (5,5)	
Pilule + préservatif masculin	5 (9,1)	3 (5,5)	8 (14,5)	
Total	19 (34,5)	36 (65,5)	55 (100)	

\*Dispositif intra-utérin

\*\*Test exact de Fisher

Parmi les 70 femmes interrogées, 17 % des patientes (n=12) qui utilisaient une pilule ou un implant, ont changé de méthode contraceptive au cours des six derniers mois.

Parmi elles, 3 femmes n'adopteront aucun moyen contraceptif (Tableau 4).

Tableau 4 : Changement des méthodes contraceptives au cours des six derniers mois précédant l'IVG.

Moyen contraceptif adopté après changement	Moyen contraceptif utilisé		
	Pilule n (%)	Implant n (%)	Total N (%)
Aucun	2 (16,7)	1 (8,3)	3 (25)
Pilule	1 (8,3)	4 (33,3)	5 (41,7)
Préservatif masculin	3 (25)	-	3 (25)
Implant	1 (8,3)	-	1 (8,3)
Total	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (100)

## 2.2 Utilisation de la pilule

Parmi les femmes qui utilisaient une pilule contraceptive avant l'IVG (53%, n=37), 86 % sont conscientes d'une erreur d'utilisation qu'elles ont commise au cours des trois derniers mois. L'erreur contraceptive la plus courante est l'oubli d'un comprimé, au moins une fois au cours des six derniers mois, chez 72 % des patientes (Tableau 5). Parmi elles, 9 femmes l'ont oublié deux fois et plus.

Tableau 5 : Erreurs d'utilisation de la pilule contraceptive au cours des trois derniers mois précédant l'IVG.

Erreurs d'utilisation de la pilule contraceptive	n (%)
Oui	25 (86,2)
Si oui;	
Oubli (>12h)	21 (72,4)
Comprimé pris à des heures décalées	20 (69,0)
Vomissements, diarrhées dans les 4h suivant la prise	4 (13,8)
Traitement (Smecta®, Gaviscon®, Charbon®) autour de la prise	3 (10,4)
Non	4 (13,8)
Total	29 (100)

Tableau 6: Oubli de comprimés de la pilule en fonction de l'âge.

Age	Oubli d'au moins un comprimé de pilule		
	Oui	Non	Total
< 25 ans	13	12	25
> 25 ans	9	3	12
Total	22	15	37

## 2.3 Utilisation du préservatif masculin

Parmi les patientes qui utilisaient le préservatif masculin (seul ou en association avec une autre méthode contraceptive), 88 % rapportent un problème d'utilisation du préservatif au cours des 3 derniers mois avant l'IVG (Tableau 7).

Tableau 7 : Erreurs d'utilisation du préservatif masculin au cours des trois derniers mois précédant l'IVG.

Erreurs d'utilisation du préservatif	n (%)
Oui	15 (88,2)
Si oui ;	
Déchirure	4 (23,5)
Non utilisation au cours d'un rapport	6 (35,3)
Déchirure + non utilisation	5 (29,4)
Non	1 (5,9)
Non renseigné	1 (5,9)
Total	17 (100)

## 2.4 Contraception d'urgence

Plus de 77 % des patientes de cette étude (n=54) n'ont pas utilisé de contraception d'urgence alors qu'elles se sont aperçues d'une erreur contraceptive (Figure 2).

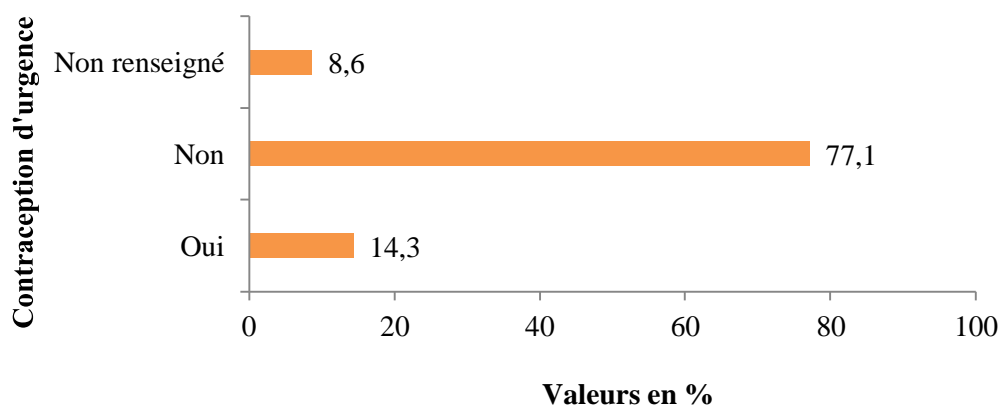


Figure 2 : Prise d'une contraception d'urgence orale après un rapport sexuel à risque au cours des 3 derniers mois.

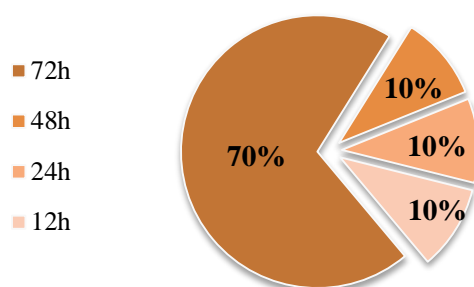


Figure 3 : Délai de la prise de la contraception d'urgence orale après le rapport sexuel à risque (n=10).

Parmi elles (n=10), seules 2 femmes, soit 20 %, ont pris des précautions après la prise de la contraception d'urgence avec l'utilisation de préservatifs durant 7 jours.

### 2.5 Auto-évaluation des femmes

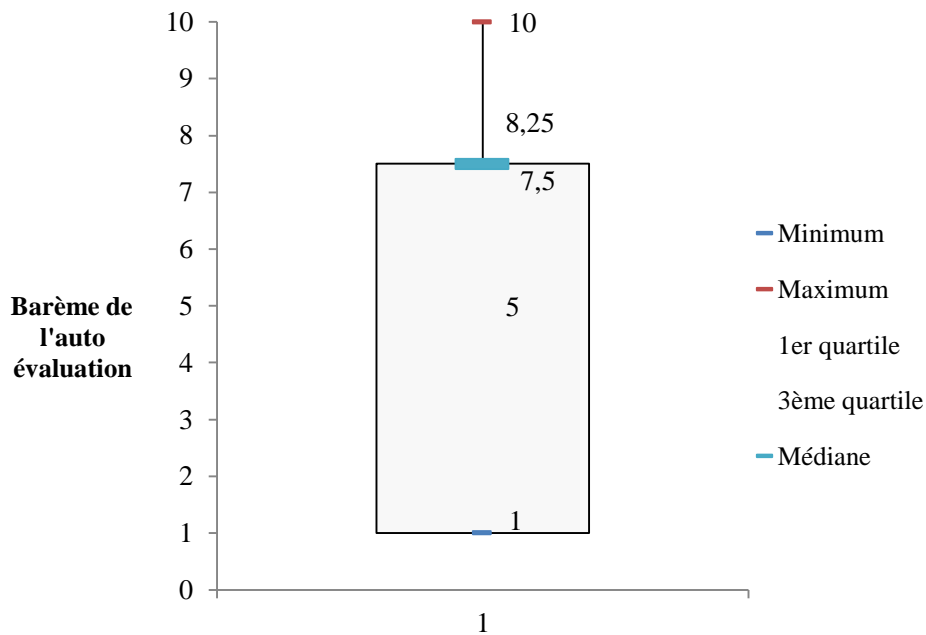


Figure 4 : Répartition des notes de l'auto-évaluation des femmes concernant l'utilisation de leur contraception pré-IVG.

La moyenne des notes attribuées par les femmes, concernant l'utilisation de leur méthode contraceptive pré-IVG suivant leur notice d'utilisation, s'élève à 6,7 sur 10 (Figure 4).

### 3. ETAT DES LIEUX DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS POST-IVG

Soixante pourcents des femmes de cette étude (n=42) ont choisi d'utiliser un moyen contraceptif différent après leur IVG que celui utilisé auparavant, et 4 patientes ont décidé de ne prendre aucun moyen de contraception post-IVG, alors qu'elles n'en utilisaient pas avant l'IVG (Figure 5).

Parmi les 24 femmes (34.3 %) qui optent pour la même contraception que celle utilisée en amont de l'IVG, 11 disent avoir appris de nouvelles informations sur son utilisation.

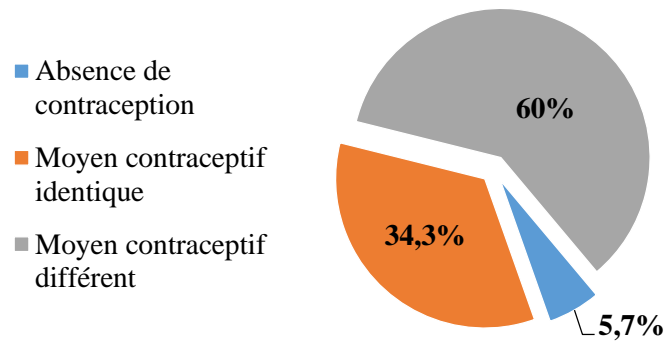


Figure 5: Variation de la contraception pré et post-IVG.

La pilule contraceptive est toujours majoritairement utilisée par 43 % des patientes (n=30) de notre étude en post-IVG. En revanche, l'utilisation de DIU est nettement augmentée car elle concerne 27 % des patientes (n=19) et l'implant concerne 20 % d'entre elles (n=14). Le retrait ou le calcul de l'ovulation n'est utilisé par aucune des patientes en post-IVG, la vasectomie est envisagée pour le conjoint d'une patiente et le patch est utilisé par une femme ainsi que le préservatif masculin seul. Six pourcents des femmes (n=4) choisissent de ne prendre aucun moyen contraceptif (Figure 6).

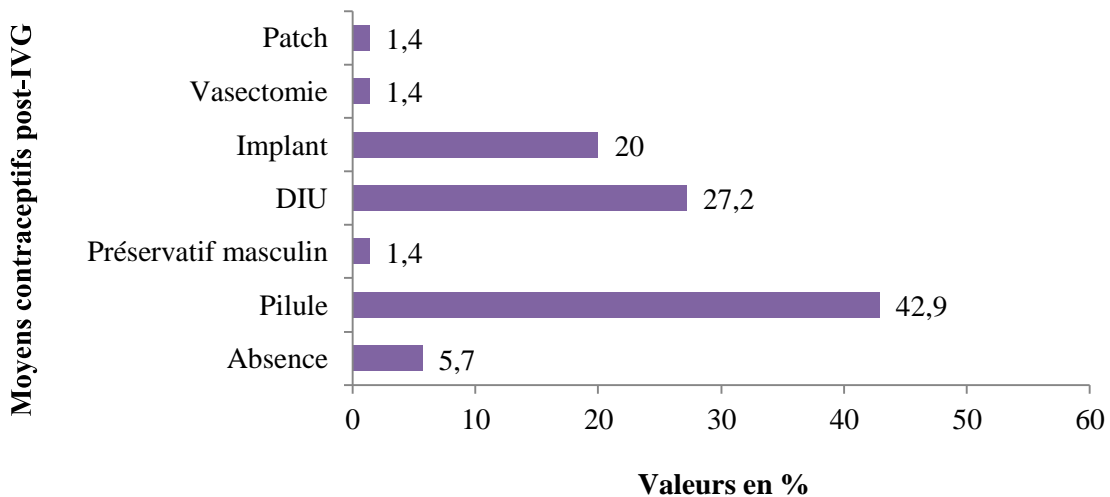


Figure 6: Méthodes contraceptives adoptées après l'IVG.



Tableau 8 : Confiance accordée par les femmes à leur moyen contraceptif prescrit post-IVG.

Moyens contraceptifs	Confiance accordée au contraceptif prescrit			Total N (%)	p*
	Oui n (%)	Non n (%)	Non renseigné n (%)		
Pilule	27 (40,9)	3 (4,5)	0	30 (45,5)	0,027
Préservatif masculin	0	1 (1,5)	0	1 (1,5)	
DIU	14 (21,2)	3 (4,5)	2 (3,0)	19 (28,8)	
Implant	13 (19,7)	0	1 (1,5)	14 (21,2)	
Vasectomie	1 (1,5)	0	0	1 (1,5)	
Patch	0	1 (1,5)	0	1 (1,5)	
Total	55 (83,4)	8 (12,1)	3 (4,5)	66 (100,0)	

\*Test exact de Fisher

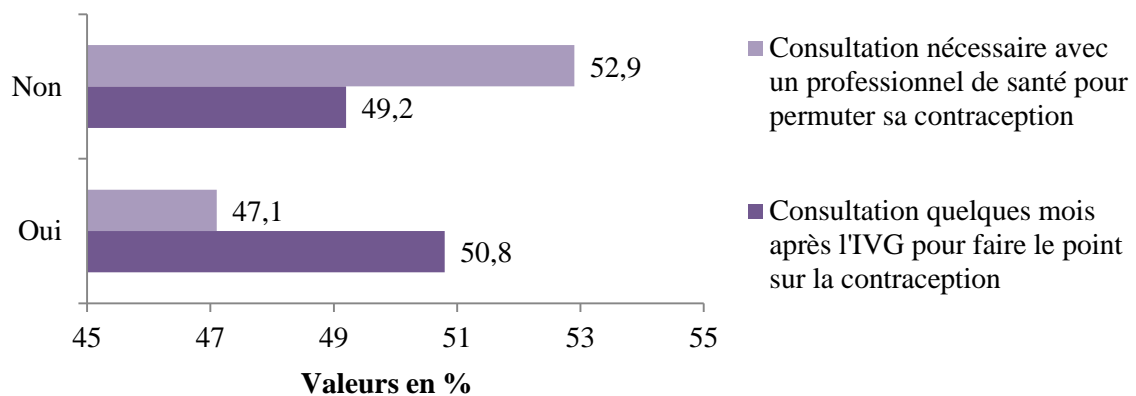


Figure 7: Avis des femmes concernant l'utilité d'une consultation de contraception à quelques mois de l'IVG et de la nécessité de consulter un professionnel de santé pour changer de contraception.

### 3.1 Connaissances des femmes sur les différents contraceptifs

D'un point de vue général, les femmes sont demandeuses d'informations à propos de tous les moyens de contraception dit « modernes » notamment sur les méthodes locales et les méthodes définitives. Le préservatif masculin semble être le moyen contraceptif sur lequel les patientes sont le plus informées (Figure 8).

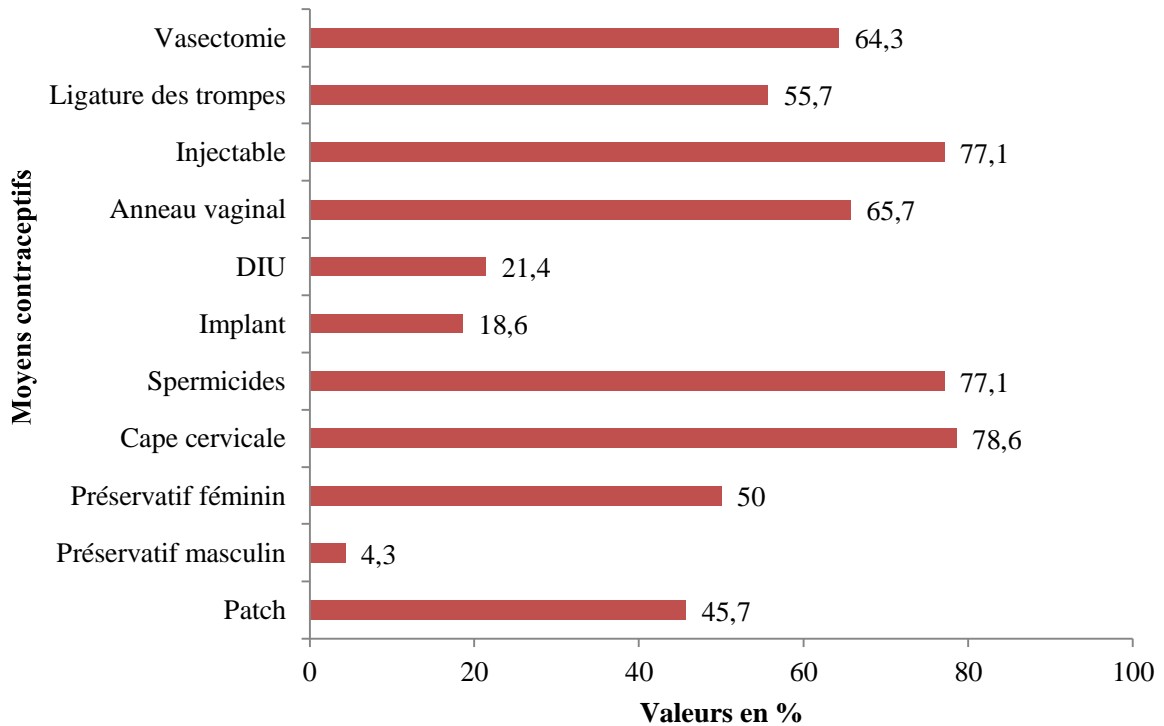


Figure 8: Demande d'informations sur les différents moyens contraceptifs.

Presque 9 % des patientes (n=6) considèrent le calcul de l'ovulation comme une méthode contraceptive « très efficace » (Figure 9).

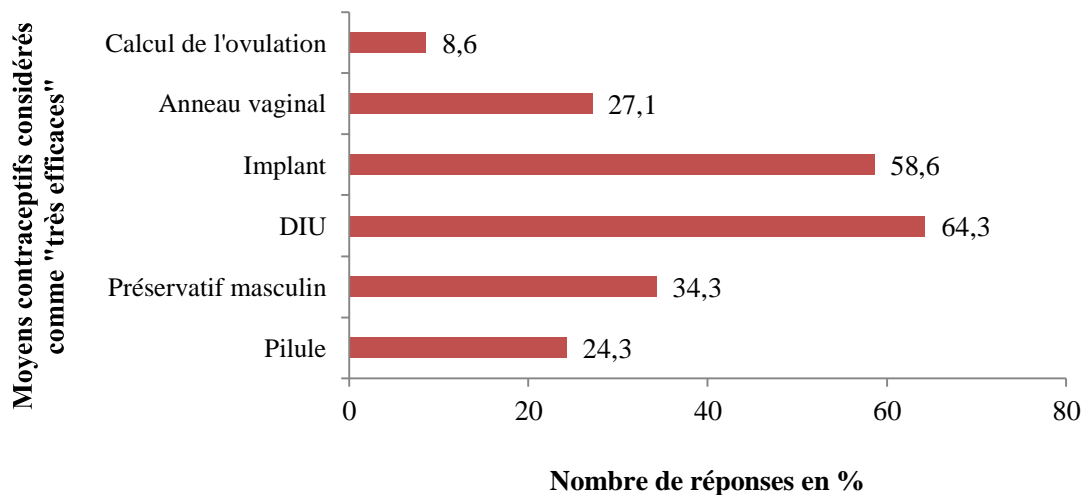


Figure 9 : Méthodes contraceptives considérées comme « très efficaces » par les femmes.

## DISCUSSION

Nous avons retrouvé dans notre cohorte un âge moyen de 25 ans, avec un taux de recours à l'IVG plus important chez les femmes âgées de 21 à 29 ans, et une proportion équivalente de femmes qui vivaient seule ou en couple, conformément aux données de la littérature (11) (16). La majorité des patientes de notre étude étaient étudiantes ou sans emploi, et avaient obtenu un diplôme de l'enseignement secondaire (Tableau 1). Cette situation précaire sur le plan socio-professionnel est souvent retrouvée dans les données épidémiologiques récentes françaises sur le recours aux IVG (16).

La majorité des patientes de notre population étaient nullipares et effectuaient une première IVG (Tableau 2). Réciproquement, nous n'avons pas pu conclure, de façon statistiquement significative, en faveur d'un lien entre le nombre d'IVG réalisées en fonction du nombre d'enfants avec un seuil de signification à 5 % ( $p=0,12$ ).

Comme il est décrit dans les données de la littérature, la répartition des femmes dans notre étude, venant d'effectuer une interruption de grossesse selon le nombre d'avortements antérieurs, suit la répartition dans la population générale.

En effet, les patientes qui effectuaient leur première IVG étaient majoritaires, suivies par celles qui avaient déjà réalisé un avortement uniquement. Les patientes qui avaient pratiqué deux IVG ou plus étaient minoritaires et on note que dans notre cohorte, 6 femmes ont été concernées par ce dernier profil, soit 8,6 %. Ce pourcentage semble s'aligner sur celui retrouvé dans la population générale qui fluctue autour de 9.5 % (16) (17). Seuls 4 % des femmes en population générale effectuent au moins trois avortements et plus, et 4,3 % des patientes de notre cohorte sont concernées (18).

Dès lors, la majorité des IVG pratiquées en France est réalisée pour la première fois et les avortements ne semblent pas être considérés comme une méthode de contraception.

En revanche, dans le cadre d'IVG répétées chez une même patiente, l'avortement ne semble pas perçu comme un moyen abortif mais plutôt tel qu'un moyen contraceptif. En effet, ces femmes considèreraient ces interruptions comme une méthode contraceptive de dernier recours, sans mesurer les risques encourus, qu'ils soient médicaux ou psychiques, engendrés par l'acte. Nous ajoutons que dans un contexte d'avortements répétitifs, nous devons être vigilants et pouvons évoquer des violences conjugales qui expliqueraient ces comportements à risque. Effectivement, ces femmes sont souvent privées d'une contraception et peuvent être

contraintes à avoir des rapports sexuels non protégés. Il est alors nécessaire, dans ce contexte, d'interroger précisément les femmes afin de dépister des situations à risque particulières.

Dans notre échantillon, plus de la moitié des patientes utilisait une pilule contraceptive avant l'IVG, et elle représentait un tiers d'usage chez les 18-25 ans (Figure 1). 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 (19) (13). Par ailleurs, nous ne pouvons pas conclure sur une dépendance entre l'âge de la femme et le moyen de contraception utilisé avant l'interruption de grossesse avec un risque alpha de 5 % ( $p=0.076$ ).

Au sein de cet échantillon qui emploie une pilule, la quasi-totalité des femmes était consciente d'avoir commis une erreur contraceptive, au cours des trois derniers mois, ayant pu concourir à cette grossesse non désirée. En effet, près des 3/4 d'entre elles ont oublié au moins une fois leur comprimé, dont presque la moitié l'a oublié deux fois ou plus, 14 % ont eu au moins un épisode de vomissements et/ou de diarrhées dans les heures qui suivaient la prise du comprimé, et un peu plus de 10 % d'entre elles prenaient régulièrement un traitement de type « pansement gastrique » (Tableau 5).

Les femmes semblent être mal informées à propos des interactions qui existent entre la pilule et certains traitements par voie orale qui retardent et diminuent son absorption. De plus, les épisodes de vomissements ne sont pas rares, notamment dans les populations festives comme chez les étudiantes, où le recours à la pilule est majoritaire.

Enfin, notre étude a révélé que les 3/4 des femmes qui employaient une pilule contraceptive prenaient leur comprimé à des horaires décalés de façon régulière. Nous savons que la prise d'un comprimé décalée de façon récurrente augmente le risque de l'oublier et donc d'aboutir à un échec de la méthode.

Nous nous sommes demandés si l'élément « âge < 25 ans ou > 25 ans » pouvait être un facteur de risque d'oublier un comprimé de la pilule. Ainsi, être âgé de moins de 25 ans diminuerait la probabilité d'oublier un comprimé de la pilule, et n'apparaît donc pas comme un facteur de risque ( $RR=0,69$ ). Pour autant, nous ne pouvons pas conclure sur le fait que d'avoir plus de 25 ans soit un facteur protecteur face à l'oubli de pilule ( $OR=0,36$  ; IC [0,08 ; 1,65]) (Tableau 6). Ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison des faibles effectifs, et notamment chez les plus de 25 ans.

Dans notre cohorte, 15 patientes ne prenaient aucun moyen de contraception, alors qu'elles ne désiraient pas avoir d'enfants, étaient en âge de procréer et avaient des relations sexuelles. Plus de la moitié d'entre elles avaient plus de 25 ans (Figure 1). Dans notre étude, ces femmes sans contraception représentaient 21 % de la population ; ce rapport est largement supérieur à celui retrouvé dans la population générale et qui avoisine 3 % (19) (13).

L'absence de contraception chez les patientes qui ne souhaitaient pas d'enfants était nettement plus fréquente dans notre échantillon que dans la population générale (OR=8.6 ; IC [1,99 ; 39,03]), et ces femmes semblaient ne pas percevoir le risque majoré de l'apparition d'une grossesse.

Le préservatif masculin était utilisé par 17 patientes de notre cohorte, dont 9 l'utilisaient seul et 8 en association avec une pilule contraceptive, avec un usage prépondérant chez les 18-25 ans, conformément aux données épidémiologiques générales et aux baromètres santé de l'INPES (Figure 1) (16) (19).

Parmi les patientes qui utilisaient le préservatif masculin (seul ou en association avec une autre méthode contraceptive), 88 % rapportaient un problème d'utilisation au cours des 3 derniers mois avant l'IVG. Parmi elles, près d'un quart s'est retrouvé face à une déchirure du préservatif, plus d'un tiers a rapporté avoir eu au moins une relation hétérosexuelle sans l'utiliser, et plus d'un quart s'est retrouvé dans ces deux situations (Tableau 7)

Dans notre étude, 4 femmes recouraient au calcul de l'ovulation ou au retrait, qu'elles jugeaient être des méthodes fiables et efficaces (Figure 1). Ces méthodes apparaissent davantage adoptées dans la population générale française puisque plus de 7 % des femmes déclarent les utiliser. Ces chiffres sont à considérer avec précaution car ils sont certainement sous-évalués, en raison d'un nombre de femmes qui adoptent ces moyens en association avec d'autres méthodes contraceptives, et qui ne sont donc pas comptabilisés dans cette catégorie.

Enfin, le DIU était employé par 1 seule femme et l'implant par 4 patientes (Figure 1). Nous ajoutons que ces deux méthodes avaient été suspendues les semaines précédant l'IVG par la totalité des femmes concernées, et qu'elles n'avaient pas été relayées par une autre méthode de contraception.

Les différents problèmes d'utilisation des méthodes rencontrés s'ajoutent à une seconde difficulté majeure. En effet, près d'un tiers des patientes qui utilisait un moyen de

contraception pré-IVG, en dehors des femmes qui avaient recours au calcul de l'ovulation ou au retrait, ont interrompu leur contraception au cours des six derniers mois dont une large majorité l'a suspendue au minimum deux mois et jusqu'à un an (Tableau 3). Durant cette période où les femmes n'avaient aucune couverture contraceptive, seul le préservatif masculin a été utilisé ponctuellement par une minorité d'entre elles.

De plus, parmi les patientes qui utilisaient une pilule ou un implant avant l'IVG, 12 l'ont permuté au cours des six derniers mois dont 3 pour ne prendre aucun moyen de contraception (Tableau 4). Un changement de moyen contraceptif nécessite que l'utilisateur s'adapte à la nouvelle méthode. De surcroît, ce changement doit se dérouler de façon à ce que la patiente soit toujours sous couverture contraceptive. On sait pourtant qu'un nombre important d'IVG ont lieu dans les six mois qui suivent un changement contraceptif (13) (20). En tant que professionnels de santé, nous devons alors avertir les femmes de la nécessité de nous consulter pour les accompagner dans ce changement.

Nous avons demandé aux femmes de s'auto-évaluer, par le biais d'une échelle visuelle analogue allant de 0 à 10, concernant l'usage au quotidien de leur contraception en fonction de leur notice d'utilisation. Nous avons considéré que la note maximale de 10 admettait que l'efficacité pratique accordée au contraceptif était identique à son efficacité théorique, c'est-à-dire avec un usage conforme à la notice d'utilisation du moyen contraceptif, sans défaut d'observance. La moyenne des notes obtenues s'élevait à 6,7/10 avec un quart des notes en dessous de 5/10 (Figure 4). La majorité des femmes étaient conscientes qu'elles n'utilisaient pas les méthodes de contraception conformément à leurs notices d'utilisation mais ne semblaient pas se rendre compte que leur « couverture contraceptive » n'était pas assurée, et que leur risque d'obtenir une grossesse était augmenté.

Dans les conditions d'utilisation courante qu'on accorde à une méthode de contraception, la différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique explique notamment que le taux de recours aux IVG soit stable depuis plusieurs années malgré une utilisation prépondérante des moyens contraceptifs, et particulièrement de la pilule et du préservatif (11).

Au sein de notre cohorte, seules 10 femmes ont eu recours à une contraception d'urgence, uniquement par voie orale (Ellaone®, Norlevo®), dont les 3/4 au-delà de 72 heures après le rapport sexuel à risque (Figure 2) (Figure 3). Il serait pertinent de comprendre les raisons d'un délai si important. Est-il dû à des difficultés d'accès ? Traduit-il un défaut

d'implication des femmes concernant leur contraception ? Révèle-t-il une méconnaissance de la contraception d'urgence ?

En France, les méthodes de rattrapage sont encore trop peu appliquées. La contraception d'urgence doit faire l'objet d'une prescription systématique, en dehors des méthodes contraceptives de longue durée d'action comme l'implant, le DIU, ou les méthodes définitives. Les professionnels ont la responsabilité d'expliquer son rôle et ses conditions d'application notamment les précautions à prendre après la prise. D'ailleurs, uniquement 2 femmes de notre étude, parmi celles qui ont pris une contraception d'urgence, ont adopté le préservatif durant 7 jours.

Nous ajoutons que la pose d'un DIU dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel à risque apparaît comme la méthode post-coïtale la plus efficace en terme de stratégie de rattrapage, mais il est très peu appliqué en France dans ce cadre-là et aucune femme de notre étude n'a été concernée.

Les méthodes contraceptives prescrites en post-IVG dans notre cohorte semblaient majoritairement se modifier puisque 42 femmes, soit plus de la moitié de notre population a vu sa contraception se permuter (Figure 6). Une prise de conscience se dessine alors concernant la nécessité d'une prescription adaptée des méthodes contraceptives à chaque femme.

En effet, il est primordial de prescrire aux patientes une contraception ajustée à leur mode de vie et à leur sexualité dont le choix va être influencé par des facteurs médicaux, mais également psychosociaux-affectifs. En tant que sages-femmes, nous devons faire partie intégrante de cette démarche contraceptive afin de conseiller les femmes, les informer et les aider à choisir une méthode contraceptive appropriée. Cet accompagnement tend à diminuer les mauvais usages, et ainsi à gommer les biais entre l'efficacité théorique et pratique des méthodes. L'ajustement d'une contraception à une patiente permet de diminuer manifestement l'apparition d'une grossesse non prévue.

Par ailleurs, au sein de notre population, 6 femmes sur 10 ont admises que l'IVG qu'elles venaient de subir avait influencé leur choix contraceptif. Ainsi, pour les professionnels de santé, l'IVG peut être un moment opportun, où les patientes sont davantage réceptives, afin de faire le point sur la contraception chez la femme, ou dans le couple.

Dès lors, le profil d'utilisation des méthodes contraceptives a été modifié après l'IVG. La pilule est restée majoritairement prescrite, néanmoins un DIU fut posé chez 1/4 des patientes, et la pose d'un implant eut lieu dans 2 cas sur 10 (Figure 6). Nous ajoutons que parmi les patientes qui ont employé une pilule contraceptive après l'IVG, 4 d'entre elles envisageaient une ligature des trompes et un conjoint une vasectomie, dans l'année qui suivait.

L'application du préservatif seul a fortement reculé puisqu'il ne concernait plus qu'une patiente. Le patch transdermique, qui n'était pas évoqué dans les méthodes pré-IVG, fut prescrit chez une femme, et le conjoint d'une patiente effectua une vasectomie (Figure 6). Nous précisons que dans le cadre d'une IVG médicamenteuse, la pose d'un stérilet peut être retardée si la vacuité utérine n'est pas acquise. Dans ce cas, la femme doit impérativement avoir un autre moyen de contraception provisoire puisque la reprise de la fertilité est immédiate après un avortement. Nous n'avons pas été confrontés à cette situation dans notre étude.

Ainsi, les méthodes contraceptives modernes réversibles et de longue durée d'action ont donc été préférentiellement adoptées, après la pilule contraceptive, en accord avec les dernières recommandations de la HAS (3).

Au sein de notre groupe d'étude, 24 femmes sur 70 ont opté pour la même contraception que celle utilisée en pré-IVG, et 11 disaient avoir appris de nouvelles informations sur son utilisation (Figure 5). Nous pensons que ce tiers de patientes est d'autant plus exposé au risque d'une nouvelle grossesse non désirée, en comparaison avec les autres femmes de notre cohorte, puisque le moyen contraceptif était déjà utilisé de façon non conforme en pré-IVG et que cet événement risque alors de se reproduire.

De plus, parmi les patientes qui n'avaient pas de moyens anticonceptionnels en pré-IVG, 4 ont déclaré ne pas en souhaiter à nouveau ; une femme désirait faire un enfant, une autre nous précisait que sa confession religieuse lui interdisait tout rapport sexuel avant de s'être mariée, et les 2 autres femmes ne justifiaient pas leur choix (Figure 5).

Une grande majorité des femmes de notre cohorte a eu confiance en la contraception prescrite après l'IVG (Tableau 8). Cependant, 8 femmes restaient méfiantes, et nous nous sommes questionnés sur ce sentiment exprimé. Est-il dû aux scandales médiatiques de ces dernières années à propos de quelques contraceptifs ? Cette expérience de l'IVG leur a-t-elle



fait prendre conscience du risque de grossesse qui existait réellement dans le cadre d'un mauvais usage des méthodes ? L'observance des méthodes serait-elle alors meilleure ?

La confiance accordée aux contraceptifs en fonction de la méthode utilisée en post-IVG semble statistiquement significatif avec un seuil à 5 % ( $p=0,027$ ). Cette présomption serait davantage accordée à la pilule, puis au DIU et à l'implant.

Une majorité de femmes de notre étude considérait qu'il n'était pas nécessaire de consulter un professionnel de santé pour changer de méthode contraceptive au cours de sa vie (Figure 7). Or, il est indispensable, d'un point de vue médical notamment, mais également pour assurer un relais contraceptif, de consulter un spécialiste. Nous pouvons alors envisager que la couverture contraceptive de ces femmes soit inappropriée et qu'elles augmentent leur risque d'une grossesse inopinée.

Paradoxalement, plus de la moitié des patientes souhaiterait bénéficier d'une consultation, à quelques mois de l'IVG, pour faire le point sur leur contraception (Figure 7). Nous savons que ce résultat est à interpréter avec prudence puisqu'une majorité de femmes ne se rendent pas à la consultation de contrôle post-IVG dans le cadre d'un avortement médicamenteux, comme le décrit le RPL, et que leur présence à cette hypothétique consultation dédiée à la contraception serait utopique (12).

Au terme de notre étude, nous avons choisi de questionner les femmes sur l'efficacité qu'elles accordaient à chaque méthode contraceptive et les informations qu'elles souhaiteraient avoir pour chacune d'entre elles. L'intégralité de notre cohorte aurait souhaité disposer d'informations complémentaires pour au moins un moyen contraceptif. Les méthodes barrières arrivent en tête, avec notamment la cape cervicale, suivie par les méthodes dites définitives et l'anneau vaginal (Figure 8). Les femmes s'estimaient donc mal informées concernant les différents moyens de contraception existants.

Le préservatif masculin était le moyen le moins cité par les patientes, mais nous savons qu'il est régulièrement médiatisé en France notamment dans le cadre de la prévention des infections sexuellement transmissibles, et que la majorité des femmes s'estimaient correctement informées à son sujet.

Après l'IVG, le retrait avant l'éjaculation n'était plus cité comme une méthode de contraception performante par les patientes et nous estimons que les risques inhérents à cette méthode ont alors été exposés aux patientes. En revanche, 6 femmes considéraient encore le calcul de l'ovulation comme une méthode très efficace (Figure 9) alors qu'elle n'est pas fiable et augmente fortement le risque d'obtenir une grossesse non désirée.

Ainsi, toutes les informations concernant l'efficacité des méthodes ne sont pas véhiculées et les femmes sont encore insuffisamment informées sur les différents moyens de contraception existants, sur leur efficacité et leur utilisation.

## CONCLUSION

Dans notre étude, et conformément aux données épidémiologiques générales, l'interruption volontaire de grossesse n'est pas considérée comme un moyen de contraception puisqu'elle est majoritairement pratiquée une seule fois par les patientes.

Nous sommes face à un défaut d'observance majeur des méthodes contraceptives. En effet, la quasi-totalité de notre cohorte a suspendu au minimum une semaine sa contraception et a commis au moins une erreur dans son utilisation, au cours des trois derniers mois précédant l'IVG. Tous les moyens de contraception sont concernés mais notamment la pilule et le préservatif masculin qui sont majoritairement employés, tout comme en population générale.

Les femmes sont mal informées sur l'utilisation de leurs méthodes contraceptives ce qui explique notamment les nombreuses erreurs recensées. Pourtant, afin d'assurer leur couverture contraceptive de façon continue, les femmes devraient parfaitement connaître la notice d'utilisation de la méthode employée afin de l'appliquer conformément à ses recommandations. D'ailleurs, la totalité de notre cohorte souhaite obtenir des informations sur les moyens de contraception existants, et notamment sur les méthodes locales et les méthodes définitives.

De plus, l'utilisation d'une contraception d'urgence reste faible avec moins de 15% des patientes de notre population qui y ont eu recours.

Notre étude retrouve que dans la période suivant l'avortement, plus de la moitié des femmes de notre cohorte permutent leur contraception et adoptent un moyen contraceptif davantage adapté à leur mode de vie et à leur sexualité. Les méthodes réversibles de longue durée d'action sont alors privilégiées en post-IVG, afin de réduire les risques d'un usage non conforme à la notice d'utilisation, notamment dans le cadre d'oubli des méthodes. Ainsi, les prescriptions se modifient après l'IVG et semblent s'ajuster au mode de vie des patientes, et des couples.

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 méthodes de contraception réversibles de longue durée d'action sont largement utilisées. Ainsi, nous pourrions tenter de réduire le nombre

d'IVG pratiquées chaque année en France en ajustant nos pratiques et en modifiant les comportements contraceptifs, en comparaison avec d'autres nations. Cette démarche constituerait un axe d'amélioration.

## BIBLIOGRAPHIE

1. INED (Institut National d'Etudes Démographiques). Avortements ; évolution du nombre d'avortements et des indices annuels [Internet]. Paris : INED ; 2017 [cité 19 mars 2017]. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
2. INED (Institut National d'Etudes Démographiques). Contraception : méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans. [Internet]. Paris : INED ; 2017 [cité 13 décembre 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoirpopulation/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methodecontraceptive/>
3. HAS (Haute Autorité de Santé). Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013 [Mis à jour en 2015 ; cité 9 janvier 2017]. Disponible sur: [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception-post-ivg060215.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg060215.pdf)
4. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse. [Internet]. Paris : HAS ; 2013 [Mis à jour en 2017 ; cité 13 décembre 2016]. Disponible sur: <https://ivg.social-sante.gouv.fr/>
5. Toute l'Europe. Centre d'information sur l'Europe. [Internet]. Paris : Toute l'Europe [cité 13 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.touteleurope.eu/actualite/ledroit-a-l-avortement-dans-l-ue.html>
6. INED (Institut National d'Etudes Démographiques). La contraception dans le monde. [Internet]. Paris : INED ; Août 2014 [cité 13 décembre 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/lacontraception-dans-le-monde/>
7. United Nations publication, Département of Economic and Social affairs. World contraceptive patterns 2013. [Internet]. United Nations, Octobre 2013 [cité 13 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.shtml>
8. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Études et Résultats [Internet]. Juin 2012 [cité 22 décembre 2016] ; 804. Disponible sur: <http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>

9. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Études et Résultats. [Internet]. Juillet 2015 [cité 22 décembre 2016] ; 924. Disponible sur: [http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/etudes\\_et\\_resultat\\_no924\\_juillet\\_2015.pdf](http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/etudes_et_resultat_no924_juillet_2015.pdf)
10. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes et Résultats. [Internet]. Juin 2016 [cité 22 décembre 2016] ; 968. Disponible sur: <http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
11. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Population française [Internet]. 2014 [cité 22 décembre 2016] ; 69 (3): 365-398. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/175/population\\_fr\\_2014\\_3\\_france\\_pdf.fr.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf)
12. Creutz-Leroy M, Trabelsi N, Bocquet V. Plan régional d'accès à l'IVG en Lorraine. Nancy : Réseau Périnatal Lorrain ; Octobre 2016. Etat des lieux régional Lorrain : p.3-5 [Consulté le 22 décembre 2016]
13. HAS (Haute Autorité de Santé). Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [Internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013 [cité 9 janvier 2017]. Disponible sur: [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201305/contraception_freins_reco2clics-5.pdf)
14. Creutz-Leroy M, Bocquet V. Déclinaison des parcours de soin pour la femme en demande d'IVG ; Etat des lieux des pratiques en Lorraine. Nancy : Réseau Périnatal Lorrain ; Avril 2016. Analyse des réponses : p.2-14 [Consulté le 22 décembre 2016]
15. Ordre National des Sages-Femmes. Publication du décret autorisant les sages-femmes à réaliser des IVG par voie médicamenteuse et à vacciner l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale. [Internet]. Paris : Ordre national des sages-femmes ; juin 2015 [cité 13 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sagesfemmes.fr/actualites/publication-du-decret-autorisant-les-sages-femmes-a-realiser-desivg-par-voie-medicamenteuse-et-a-vacciner-lentourage-de-la-femme-et-de-lenfantpendant-la-periode-postnatale/>
16. Commission IVG. IVG : Etat de lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Rapport. [Internet]. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé ; Juillet 2016 [cité 24 avril 2017]. Disponible sur : [https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport\\_commission\\_ivg\\_25juillet.pdf](https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf)

17. INED (Institut National d'Etudes Démographiques). Statistiques d'IVG. Tableaux IVG détaillés pour l'année 2012. [Internet]. Paris : INED ; 2012 [cité 24 avril 2017]. Disponible sur [http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques\\_ivg/2012/](http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2012/)
18. Bancaud D. Le nombre de femmes ayant recours plusieurs fois à l'IVG ne cesse de s'accroître depuis 1975. Interview de Laurent Toulemont. 20 minutes. [Internet] janvier 2015 [cité 22 décembre 2016]. Disponible sur: <http://www.20minutes.fr/societe/1517471-20150115-nombre-femmes-recours-plusieurs-fois-ivg-cesse-accroitre-depuis-1975>
19. Bajos N, Bohet A, Le Guen, et al. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Populations et Sociétés. sept 2012 ; (492) : 4.
20. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). Contraception: les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INPES ; 2011 [cité 9 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
21. Ministère des affaires sociales et de la santé. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé mentionnée au livre II de l'article L2212-2 du Code de la Santé Publique permettant l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. [Internet] Paris : Journal officiel, n°0022 ; 27 janvier 2016. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur : [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)
22. CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Recommandations pour la pratique clinique. L'interruption volontaire de grossesse. [Internet] Paris : CNGOF ; 2016 [cité 9 janvier 2017]. Disponible sur : [www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC\\_2016\\_IVG.pdf&i=7804](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804)





## ANNEXES

### Annexe 1

Mademoiselle, Madame,

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Nancy, je réalise mon mémoire sur les comportements et l'utilisation des différentes méthodes contraceptives avant et après une IVG.

Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé un questionnaire auquel vous vous apprêtez à répondre.

Je m'engage à parfaitement respecter vos réponses et je ne porterai aucun jugement. Les questionnaires restent totalement anonymes, et les données récoltées ne serviront uniquement que pour cette étude. Merci de répondre avec spontanéité et sincérité.

1/ Quel âge avez-vous ?.....

2/ Vous êtes :

- Célibataire
- En couple
- En concubinage
- Pacsée ou mariée
- Divorcée
- Veuve

3/ Quel diplôme avez-vous ?

- Aucun diplôme
- Brevet
- BEP/CAP
- Bac
- Licence
- Master et plus

4/ Vous êtes :

- Sans emploi
- En recherche d'emploi
- Etudiante
- Ouvrière
- Salariée/employée
- Cadre et plus
- Profession libérale

5/ S'agit-il d'une première grossesse (accouchement, fausse couche et IVG comptés) ?

OUI NON

-Si NON, précisez : .....

6/ Avez-vous des enfants ? OUI NON

-Si OUI, combien ?.....

7/ Avez-vous déjà effectué une IVG ? OUI NON

-Si OUI, nombre d'IVG :.....

Dont médicamenteuse : .....

Dont chirurgicale : .....

8/Aviez-vous un ou des moyen(s) de contraception avant cette IVG ? OUI NON

-Si OUI, le(s)quel(s) :

- Pilule
- Préservatifs
- Anneau vaginal
- Eponge ou spermicides
- Implant
- Calcul du jour de l'ovulation
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal (Mirena, Jaydess)
- Retrait avant éjaculation
- Autres :

9/ Avez-vous interrompu votre contraception, ponctuellement ou non, **au cours des 6 derniers mois**? OUI NON

-Si OUI, pourquoi ?

.....  
.....  
.....

Combien de fois l'avez-vous interrompu et durant combien de temps ?

.....  
.....

10/Avez-vous changé de contraception **au cours des 6 derniers mois** ? OUI NON

Si OUI, pourquoi ?

.....  
.....

Quelle contraception aviez-vous avant ?

.....

Vous a-t-on expliqué la conduite à tenir pour passer d'une contraception à une autre ?

OUI NON

11/ **Cochez**, pour chaque contraceptif, l'efficacité que vous lui accordez :

	1= Très efficace	2= Moyennement efficace	3= Peu efficace
Retrait avant éjaculation			
Préservatif féminin			

Préservatif masculin			
Eponges/spermicides			
Implant			
Pilule			
Stérilet (cuivre et hormonal)			
Anneau vaginal			
Calcul de l'ovulation			

**12/ Si vous prenez une pilule :** (si OUI répondez à cette question, si NON passez à la question suivante)

- A quel moment de la journée prenez-vous votre comprimé ?  
.....
- Prenez-vous votre comprimé à heure fixe (+ ou – 1 heure) ?  
Toujours      Très souvent      Quelques fois      Jamais
- Avez-vous oublié (>12heures) un ou des comprimé(s) **ces 3 derniers mois** ?  
Jamais                      1 fois                      2 fois                      3 fois et plus
- Avez-vous eu des vomissements ou des diarrhées dans les **4 heures** suivant la prise d'un comprimé, **ces 3 derniers mois** ?  
Jamais              Quelques fois              Souvent              Je ne me souviens plus
- Avez-vous pris un traitement de type Smecta®, Gaviscon® ou Charbon **ces 3 derniers mois** ?  
Jamais              Quelques fois              Souvent

**13/ Si vous utilisez des préservatifs, même ponctuellement :** (si OUI répondez à cette question, si NON passez à la question suivante)

- Avez-vous eu un problème d'utilisation pendant un rapport sexuel **ces 3 derniers mois** (mauvais positionnement, déchirure...) ?  
OUI    NON
- Avez-vous eu des rapports sexuels sans utiliser de préservatifs **ces 3 derniers mois** (par choix, pas de préservatifs à proximité...) ?  
OUI    NON

**14/** Si vous vous êtes aperçue d'un oubli ou d'une erreur d'utilisation de votre moyen de contraception, avez-vous pris une contraception d'urgence (pilule du lendemain) ces **3 derniers mois**? OUI NON

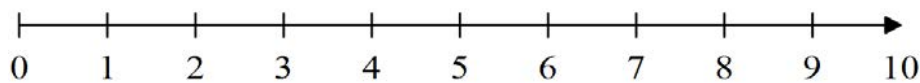
-Si OUI :

Sous combien de temps après le rapport sexuel ?.....

Avez-vous pris des précautions particulières ensuite et lesquelles ? OUI NON

.....  
.....

**15/** Diriez-vous à propos de votre contraception **avant votre IVG**, que vous l'utilisiez : (cochez sur l'échelle le score qui vous semble adapté)



0= Très mauvaise utilisation

10= Très bonne utilisation

**16/** Pensez-vous être assez informée sur ces méthodes de contraception :

Le préservatif masculin ? OUI NON

Le préservatif féminin ? OUI NON

Le diaphragme ou la cape cervicale ? OUI NON

Les spermicides ? OUI NON

La pilule ? OUI NON

L'implant ? OUI NON

Le stérilet (appelé aussi dispositif intra-utérin) ? OUI NON

L'anneau vaginal ? OUI NON

La contraception sous la forme d'injectables ? OUI NON

La ligature des trompes ? («contraception» définitive) OUI NON

La stérilisation masculine ? («contraception» définitive) OUI NON

**17/ Après votre IVG**, avez-vous souhaité avoir un moyen de contraception ? OUI NON

-Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?

.....  
.....

Après discussion avec des médecins et/ou des sages-femmes, votre avis a-t-il changé ?

OUI NON

-Si OUI, quel moyen de contraception aviez-vous envisagé ? .....

.....

La discussion avec les professionnels de santé vous a-t-elle fait changer de choix de contraception ? OUI NON

-Si OUI, quel moyen de contraception avez-vous finalement choisi ? .....

**18/** Si la contraception choisie est **identique à celle que vous aviez avant cette IVG** : avez-vous appris de nouvelles informations sur son utilisation ? OUI NON

**19/** Pensez-vous avoir été suffisamment informée sur la contraception choisie ?  
OUI NON Je ne sais pas

**20/** Faites-vous confiance à la contraception que vous avez choisi ? OUI NON

-Si NON, pourquoi ? .....  
.....

**21/** Pensez-vous que l'IVG que vous venez de subir a changé votre regard sur votre contraception et a influencé votre choix contraceptif aujourd'hui ? OUI NON

**22/** Pensez-vous qu'il serait utile de faire une consultation, **à quelques mois de l'IVG**, avec un médecin ou une sage-femme, pour faire le point sur votre contraception ? OUI NON  
Sans avis

**23/** Pensez-vous qu'il soit nécessaire de consulter auprès d'un médecin ou d'une sage-femme pour **changer de contraception** ?  
Absolument nécessaire Pas forcément nécessaire Pas du tout nécessaire

Vos remarques personnelles :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Merci pour votre précieuse participation à mon étude.

## Annexe II

Nom de tâche	Période	Avril 2016	Mai 2016	Juin 2016	Juillet 2016	Aout 2016	Sept 2016	Oct 2016	Nov 2016	Dec 2016	Janv 2017	Fev 2017	Mars 2017	Avril 2017	Mai 2017
Rédaction du protocole															
Test du questionnaire															
Distribution des questionnaires															
Collecte des données															
Analyse des données															
Rédaction des résultats															
Ecriture finale du mémoire et dépôt															

Figure 10 : Diagramme de Gantt du mois d'avril 2016 au mois de mai 2017.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	4
GLOSSAIRE .....	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION .....	7
Etat des lieux des IVG et de la contraception au niveau international .....	8
L'IVG et la contraception en France .....	9
MATERIEL ET METHODES .....	13
1. TYPE D'ETUDE .....	13
1.1 Population étudiée .....	13
1.2 Modalités de réalisation de l'étude .....	13
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES .....	13
2.1 Aspects médico-légaux et logistiques.....	14
RESULTATS.....	15
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE .....	15
2. ETAT DES LIEUX DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS PRE-IVG.....	16
3. ETAT DES LIEUX DES COMPORTEMENTS CONTRACEPTIFS POST-IVG .....	20
DISCUSSION.....	24
CONCLUSION .....	32
BIBLIOGRAPHIE.....	34
ANNEXES.....	38
TABLE DES MATIERES.....	44