



HAL
open science

La prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité: étude portant sur 231 cas d'IVG réalisées dans deux centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville en Moselle du 15 janvier 2018 au 28 février 2018

Malika Bour

► **To cite this version:**

Malika Bour. La prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité: étude portant sur 231 cas d'IVG réalisées dans deux centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville en Moselle du 15 janvier 2018 au 28 février 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870407

HAL Id: hal-03870407

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870407>

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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

MÉMOIRE

Présenté et soutenu par

BOUR Malika

Née le 21 Mars 1994

La prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité

Etude portant sur 231 cas d'IVG réalisées dans deux centres d'orthogénie du
CHR Metz-Thionville en Moselle du 15 janvier 2018 au 28 février 2018

Directeur de mémoire : Dr CHARISSOU Alan

[PROMOTION 2014-2018]

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Au Docteur CHARISSOU Alan,

Je te remercie vivement de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail, merci pour ta patience, ton implication, tes conseils judicieux et surtout ta grande disponibilité.

Au Docteur Gerber Patrick,

pour m'avoir apporté ses connaissances.

Aux équipes des centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville.

Je vous remercie pour votre participation à mon étude. Je tiens à remercier tout particulièrement Mme MOUGENOT Catherine, pour son aide précieuse.

À ma famille et à mes amies,

Merci pour votre soutien inébranlable durant ces études, merci pour tout... Je vous aime.

Déclaration des conflits d'intérêt

Les auteurs de ce travail ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec le sujet traité.
Cette étude n'a fait l'objet d'aucun financement.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Remerciements | 1 |
| Déclaration des conflits d'intérêt | 2 |
| Sommaire | 3 |
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Introduction..... | 6 |
| Première partie : cadre conceptuel | 7 |
| 1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE..... | 7 |
| 1.1. L'IVG, UNE LONGUE HISTOIRE..... | 7 |
| 1.2. LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE..... | 8 |
| 2. LA CONTRACEPTION | 12 |
| 2.1. DEFINITION | 12 |
| 2.2. LE MEILLEUR DU PIRE À TRAVERS LES AGES | 12 |
| 2.3. UNE PRISE DE CONSCIENCE | 13 |
| 3. RECOMMANDATIONS DES STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME EN POST-IVG IMMEDIAT[28]..... | 14 |
| 3.1. PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME EN POST-IVG..... | 14 |
| 3.2. METHODES UTILISABLES EN POST-IVG | 15 |
| Deuxième partie : Protocole de recherche et résultats | 17 |
| 1. PROTOCOLE DE RECHERCHE | 17 |
| 1.1. PROBLEMATIQUE..... | 17 |
| 1.2. OBJECTIFS..... | 17 |
| 1.3. HYPOTHESES | 18 |
| 1.4. TYPE D'ETUDE..... | 18 |
| 1.5. POPULATION DE L'ETUDE | 18 |
| 1.6. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE..... | 19 |

| | | |
|--|--|----|
| 1.7. | RECUEIL DE DONNEES | 19 |
| 1.8. | GESTION DES DONNEES | 19 |
| 1.9. | LIEUX ET PERIODE DE L'ETUDE | 20 |
| 1.10. | PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS..... | 20 |
| 1.11. | OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE..... | 20 |
| 2. | RESULTATS..... | 21 |
| 2.1. | DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON..... | 21 |
| 2.2. | VENTILATIONS DES DIFFERENTES VARIABLES..... | 21 |
| 2.3. | DESCRIPTION DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES EN POST-IVG IMMEDIAT..... | 25 |
| 2.4. | FACTEURS DE VARIATION DU TAUX DE CLAR PREVUE ET/OU POSEE EN POST-IVG IMMEDIAT..... | 27 |
| Troisième partie : Analyse et discussion..... | | 30 |
| 1. | LIMITES ET POINTS FORTS DE NOTRE ETUDE | 30 |
| 1.1. | POINTS FAIBLES..... | 30 |
| 1.2. | POINTS FORTS..... | 30 |
| 2. | DISCUSSION DES DONNEES..... | 31 |
| 2.1. | PREVALENCE DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES EN POST-IVG IMMEDIAT..... | 31 |
| 2.2. | MODALITES DE PRESCRIPTION DES CONTRACEPTIFS EN POST-IVG IMMEDIAT | 33 |
| 2.3. | LES FACTEURS DE VARIATION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE PREVUE..... | 34 |
| 2.4. | LA PLACE DE LA SAGE-FEMME EN ORTHOGENIE | 36 |
| 2.5. | RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS POUR DE FUTURES ETUDES SUR LE SUJET.. | 37 |
| Conclusion..... | | 39 |
| Bibliographie..... | | 40 |
| Annexes..... | | 44 |
| Annexe n°1 : Les risques des différentes méthodes d'IVG | | 44 |
| Annexe n°2 : Protocole HAS concernant l'IVG médicamenteuse | | 45 |
| Annexe n°3 : Questionnaire..... | | 46 |
| Annexe n°4 : Score EPICES..... | | 47 |

Liste des abréviations

ANAES : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU-LNG : Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

DIU-CU : Dispositif intra-utérin au cuivre

HAS : Haute autorité de santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

ISS : Inégalités sociales de santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INED : Institut national d'études démographiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

RAI : Recherche d'agglutinines irrégulières

SA : Semaine d'aménorrhée

TGNP : Taux de grossesses non programmées

Introduction

En France, en 2016, on a pu dénombrer 210 149 interruption volontaire de grossesse (IVG)[1]. On peut s'interroger sur l'existence d'un nombre aussi élevé d'IVG de nos jours alors que les méthodes contraceptives sont nombreuses, fiables et disponibles. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) remis à Mme Roselyne Bachelot le 02 décembre 2010 a estimé que la couverture contraceptive française s'élève à 80 %. Les français sont les plus gros consommateurs de produits contraceptifs en Europe mais c'est également eux qui ont le taux d'IVG le plus élevé : c'est ce que les chercheurs appellent le paradoxe français[2].

L'étude COCON de 2005[3] a révélé que :

- 2,7% des femmes qui ne souhaitent pas de grossesse n'ont aucune contraception
- 65% des grossesses non désirées surviennent chez des femmes sous contraception
- 33% des grossesses non planifiées ont abouti à une IVG

De plus, le nombre de femmes ayant réalisé des IVG à répétition reste élevé : 9,5% des femmes y ont recours 2 fois, et 4,1% 3 fois ou plus au cours de leur vie[4]. La proportion d'IVG itératives augmente de façon continue, elle passe de 22 % en 1990 à 27 % en 2002, puis augmente brusquement jusqu'à 33 % en 2005 [5], c'est un véritable problème de santé publique non résolu encore 25 ans après la légalisation de l'avortement en France. Après une IVG, la reprise de la fertilité est immédiate et les femmes ayant eu recours à l'IVG ne sont pas moins à risque de grossesses accidentelles dans le futur. Une étude a d'ailleurs démontré que ces patientes ont 60% plus de probabilité d'être à nouveau enceinte non intentionnellement que celles qui n'ont jamais eu d'IVG[6]. La répétition des IVG qui se fait essentiellement dans les trois à quatre années après la première[7] démontre l'importance d'agir de manière efficace en post-IVG immédiat, au niveau de la contraception.

La contraception doit être abordée en consultation pré-IVG et non lors de la visite de contrôle (entre 14 et 21 jours après l'IVG) car 25% des femmes ne reviennent pas à cette consultation[8]. Concernant les recommandations, l'HAS préconise de prescrire des contraceptifs de longue durée d'action réversible (CLAR) en post-IVG immédiat pour réduire le taux de grossesse non programmés (TGNP)[9]. Aux États-Unis, on estime que si on posait un DIU le jour de l'IVG plutôt qu'à la visite de contrôle chez 20% des femmes, on éviterait 43 000 grossesses et 20 000 IVG au cours de la première année[10].

En Lorraine, en 2011, on compte 6 291 IVG dont 2 803 réalisées en Moselle. J'ai donc décidé de réaliser une étude révélant la prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité en Moselle en 2018.

Première partie : cadre conceptuel

1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

1.1. L'IVG, UNE LONGUE HISTOIRE

Dans l'Antiquité, pour désigner un avortement on utilisait des termes tels que « perte » ou « dissolution », il n'était pas considéré comme un meurtre, ni même une offense aux Dieux, et la religion n'intervenait pas dans le débat. Cependant il été considéré comme une pollution, une souillure, comme toute émanation corporelle (sang, excrément etc..). Par exemple, après un avortement une purification était nécessaire et les femmes n'étaient plus autorisées à fréquenter les temples. Seul le mari, qui avait le pouvoir sur son épouse pouvait consentir à l'avortement de sa femme sans faire l'objet d'aucune poursuite[11].

Au Moyen-âge, la doctrine chrétienne éloigne cette idée d'une puissance paternelle et individualise le fœtus, qui devient alors primordial de protéger, dès lors qu'il n'a pas encore reçu le sacrement du baptême. L'avortement, assimilé à un homicide, est ainsi condamné par les empereurs romains Septime Sévère et Caracalla[12].

La première trace de loi concernant l'avortement est l'Edit promulgué par Henri II en 1556 qui punit de mort l'infanticide et la dissimulation de la grossesse. Mais les moyens abortifs hérités de l'Antiquité font qu'il est difficile de prouver les actes d'avortement. Un projet de lutte contre l'avortement se met ainsi progressivement en place. C'est en 1810 que sa pratique devient contraire aux intérêts de la société et de l'Etat avec l'article 317 du Code Pénal napoléonien : « Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyens d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de prison ». Des travaux forcés étaient imposés pour les officiers de santé ayant participé à des manœuvres abortives[13].

En 1923, l'avortement n'est plus un crime jugé en Cours d'assises avec un Jury populaire. Il devient un délit (trouble à l'ordre public) qui sera jugé au Tribunal Correctionnel par un Juge.

En 1942, sous le régime de Vichy où la devise officielle du Gouvernement est "Travail, Famille, Patrie" l'avortement est déclaré crime contre la Sûreté de l'État, et passible, après jugement par des tribunaux d'exception, de la peine de mort.

En 1971, Le Nouvel Observateur publie dans ses pages ce qui sera surnommé «le manifeste des 343 salopes», rédigé par Simone de Beauvoir, dans lequel 343 femmes demandent la dépénalisation de l'avortement. Il est notamment signé par Gisèle Halimi, Catherine Deneuve et Jeanne Moreau.

En 1972, le procès de Bobigny défraie la chronique. Marie-Claire, qui a avorté à 16 ans après un viol, est poursuivie, ainsi que sa mère et trois femmes qui l'avaient aidée. Défendue par l'avocate Gisèle Halimi, la jeune fille est finalement acquittée.

Le 17 janvier 1975, l'Assemblée nationale adopte la loi dite Veil, après des débats houleux. La loi permet de légaliser et d'encadrer l'avortement. L'IVG peut être pratiquée par un médecin à la demande de la femme enceinte, avant la fin de la 10^e semaine de grossesse.

En 1982, la loi Roudy prévoit le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale.

En 1990, l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.

En 1993, le délit d'entrave à l'IVG est créé par la loi Neiertz. Le fait de tenter d'empêcher une IVG, en perturbant l'accès aux établissements de santé ou en menaçant les femmes souhaitant avorter ou le personnel médical, est passible de deux ans de prison et 30.000 euros d'amende.

En 2001, le délai légal pour avorter est allongé de 10 à 12 semaines de grossesse. Les mineures acquièrent le droit d'avorter sans autorisation parentale mais elles doivent toutefois être accompagnées par un adulte référent tout le long du processus.

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

En 2013, Mme Touraine, alors ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, met en place une prise en charge à 100% de l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (instrumentale ou médicamenteuse). En outre, les femmes doivent pouvoir choisir la méthode de l'IVG. Enfin, le tarif de l'IVG chirurgicale est revu à la hausse pour renforcer cette activité dans les établissements.

En 2016 la loi de modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine qui été obligatoire par le passé. Cette loi permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et permet aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

1.2. LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN FRANCE

1.2.1. La consultation pré-IVG

C'est lors de cette consultation que la patiente formule une demande orale d'IVG. Cette consultation a principalement un but informatif. Le professionnel de santé doit transmettre toutes les informations relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Dans un premier temps, la consultation pré-IVG va permettre au professionnel de comprendre les causes de ce désir d'IVG en les intégrant dans le contexte social et psychologique de la patiente. Un entretien psycho-social, facultatif pour les majeures, est systématiquement proposé. Il a lieu entre les deux consultations médicales préalables à l'IVG. C'est un moment d'écoute, de dialogue, de soutien avec une conseillère conjugale ou une assistante sociale qualifiée, présente pour répondre aux différentes questions de la patiente. Cet entretien peut se dérouler dans un centre de planification ou d'éducation familiale, dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, ou encore dans un service social ou autre organisme agréé. A la fin de cet entretien psycho-sociale, une attestation est donnée à la patiente, et sera à remettre à la personne qui pratiquera l'IVG.

Secondairement, les différentes méthodes d'IVG ainsi que leurs modalités, les risques (Annexe 1) et les effets secondaires potentiels de celles-ci sont expliqués à la patiente. Un guide explicatif[14] lui est systématiquement remis pour qu'elle puisse le consulter chez elle.

Le professionnel doit s'assurer de la présence des examens biologiques nécessaires tels que la détermination du groupe sanguin rhésus de la patiente ainsi qu'une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) (administration ultérieure d'une dose d'immunoglobulines humaine anti-D si rhésus négatif). C'est aussi l'occasion de proposer à la patiente de réaliser un frottis s'il date de plus de 3 ans et qu'elle a plus de 25 ans, ainsi qu'un dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Cette consultation va également permettre d'aborder une première fois la contraception post-IVG. Toutes les méthodes de contraception sont présentées à la patiente.

À la fin de cette première consultation, une attestation de consultation médicale lui est délivrée, et elle sera à remettre au professionnel de santé lors de la deuxième consultation médicale.

En tant que professionnel de santé il est important d'être à l'écoute de la patiente, de respecter son choix, sans jugement, tout en s'assurant que son souhait d'interruption de grossesse ne lui est pas imposé par une tierce personne. Si le professionnel de santé vers qui la patiente s'est tournée ne pratique pas d'IVG, il est dans l'obligation de lui communiquer le nom des praticiens qui la réalise.

1.2.2. La seconde consultation

La patiente prend le temps nécessaire pour prendre sa décision tout en tenant compte du délai légal pour la réalisation de l'IVG (14 SA). C'est au cours de ce rendez-vous que la patiente doit confirmer par écrit sa demande d'IVG. Si la femme a bénéficié d'un entretien pré-IVG avec un conseiller conjugal et familial, on ne peut confirmer cette demande que 2 jours après (article L. 2212-5).

Elle choisira après concertation avec le professionnel de santé, et une fois informée, la méthode d'IVG. Si la technique chirurgicale est envisagée, une consultation pré-anesthésique est obligatoire avant

l'intervention. C'est aussi à ce moment que la contraception est prescrite. Une deuxième attestation médicale lui sera remise à la fin de cette consultation.

1.2.3. Réalisation de l'IVG

Il existe 2 techniques : la technique médicamenteuse et la technique chirurgicale.

➤ **Méthode médicamenteuse**

Elle peut être réalisée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), dans un cabinet de ville, dans un centre de planification ou dans un centre de santé.

- Elle est possible jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse, soit 7 SA.
- Si elle est pratiquée dans un établissement de santé, le délai peut être étendu à 7 semaines de grossesse, soit 9 SA.

Elle comprend 2 phases (Annexe 2) :

- La prise de MIFÉPRISTONE qui interrompt la grossesse
- La prise de MISOPROSTOL 36h à 48h plus tard, qui expulse la grossesse

Prise de MIFÉPRISTONE :

Le MIFÉPRISTONE, parfois appelé pilule abortive, est pris par voie orale en présence du médecin ou de la sage-femme, au cours d'une consultation. Ce premier médicament interrompt la grossesse en bloquant l'action de l'hormone nécessaire à son maintien (la progestérone) et en favorisant les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin. À l'issue de cette première étape, des saignements plus ou moins importants peuvent survenir. Ils ne signifient cependant pas que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de se rendre à la consultation suivante. Dans certains cas exceptionnels, l'œuf est évacué à ce stade.

Prise de MISOPROSTOL[15] :

La prise du MISOPROSTOL, par voie orale, peut s'effectuer en consultation ou à domicile. Il augmente les contractions et provoque l'interruption de grossesse :

- Dans 60 % des cas, l'expulsion se produit dans les 4 heures suivant la prise du MISOPROSTOL.
- Dans 40 % des cas, l'expulsion a lieu dans les 24 h à 72 heures suivant la prise du MISOPROSTOL.

Les contractions utérines induisent des douleurs semblables à celles des règles, parfois plus fortes et qui peuvent être réduites grâce à la prescription d'antalgiques. Des saignements peuvent parfois se produire très vite après la prise du MISOPROSTOL, ou plus tardivement. Ils durent généralement une dizaine de jours.

➤ **Méthode instrumentale**

Cet acte peut être réalisé dans un établissement de santé (hôpital, clinique) ou dans un centre de santé habilité. Elle est possible jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 SA. Elle comprend 2 phases :

- La prise de MIFÉPRISTONE qui interrompt la grossesse
- L'aspiration instrumentale

Prise de MIFÉPRISTONE :

- Soit une prise de 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant l'aspiration
- Soit une prise de 400 µg *per os* 3 ou 4 heures avant l'aspiration.

L'aspiration instrumentale :

Une canule de calibre adapté au stade de la grossesse est introduite dans l'utérus pour aspirer le contenu utérin. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. Un traitement antalgique est associé en fonction de l'intensité des douleurs.

1.2.4. Contrôle de l'efficacité de l'IVG

Une visite de contrôle obligatoire est réalisée 14 à 21 jours après la première prise de médicament. Le contrôle doit être fait par un examen clinique et un dosage de β -hCG plasmatique, ou la pratique d'une échographie pelvienne pour vérifier la vacuité utérine. Cette consultation permet également de s'assurer qu'il n'y a pas de complications, et que la patiente dispose d'une contraception adaptée.

1.2.5. Cas particuliers

Seule la femme peut faire une demande d'IVG. Les demandes provenant du conjoint ou de la famille de la patiente sont irrecevables.

Dans le cas d'une patiente mineure[16], sa demande ne nécessite pas le consentement de ses parents. La loi (article L.2212-1 du Code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, y compris mineure, qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, de demander à un médecin ou une sage-femme, l'interruption de celle-ci, jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse. Dans ce cas, elle doit être accompagnée par une personne majeure, qui sera présente à tous les rendez-vous. Il n'est pas nécessaire que ce soit quelqu'un de sa famille. De plus, l'entretien pré-IVG avec un conseiller conjugal et familial à la fin de la première consultation est obligatoire. La réalisation d'une IVG dans un établissement de santé assure l'anonymat de l'intervention. Si l'IVG est pratiquée dans un cabinet de ville, un centre de

planification, ou dans un centre de santé, les papiers administratifs (feuille de soins, demande de remboursement) sont remplis de manière à préserver la confidentialité de l'intervention vis-à-vis de l'entourage.

Dans le cas d'une femme majeure sous tutelle, le guide des personnes vulnérables de l'AP/HP27 stipule que « l'interruption de grossesse doit être volontaire ce qui implique nécessairement non seulement un consentement de la part de la femme mais surtout une décision personnelle et intime de mettre fin à une grossesse qu'elle ne souhaite pas ». Si l'on suit ce raisonnement et le fait que le droit commun s'applique, on déduit que le consentement du majeur protégé est suffisant pour la réalisation d'une IVG[17].

2. LA CONTRACEPTION

2.1. DEFINITION

La contraception désigne l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter »[18].

2.2. LE MEILLEUR DU PIRE À TRAVERS LES AGES

2.2.1. Du côté des femmes

De tout temps les femmes ont essayé, avec plus ou moins de succès, de contrôler leur fertilité[19]. Le plus ancien document écrit traitant de la contraception, le Kahun Papyrus [20], remonte à quatre mille ans et décrit des contraceptifs à base de levain. Les marchands arabes furent les premiers à utiliser des dispositifs intra-utérins, mais c'était sur leurs chamelles. En effet, lorsqu'ils amenaient leurs chameaux au marché, ils prenaient soin de placer des petites pierres dans l'utérus des femelles afin qu'elles ne tombent pas enceintes en route.

Il semble que, partout dans le monde et à toutes les époques, les femmes ont toussé, sauté, éternué et massé vigoureusement leur ventre pour expulser le sperme et, avec lui, une descendance indésirable. Les anciens ont mis au point des douches spermicides, composées d'huile, de vinaigre et de citron. On a également retrouvé des recettes mentionnant de l'alun, de la ciguë, du thé vert, des racines de framboisier, de la poudre de plomb, du bicarbonate de soude, de l'acide, de la strychnine ou de l'alcool. Même si certains de ces produits ont des qualités spermicides, ils n'étaient pas dénués de danger..

En Egypte, des documents écrits, remontant à 3000 ans av. J.-C., mentionnent l'utilisation de suppositoires vaginaux à base d'excréments séchés de crocodile. La plupart de ces ovules contenaient une matière huileuse ou visqueuse, comme du lard ou de l'huile d'olive, afin de barrer le chemin du sperme[21].

Au XVI^e siècle, l'érudit Aetius d'Amide conseille aux femmes de porter un foie de chat dans un étui attaché au pied gauche ou des testicules de chat dans un étui proche du nombril.

On retrouve aussi des références à des potions à ingurgiter depuis l'Antiquité. Moins contraignant mais aussi dangereux comme boire l'eau avec laquelle on avait lavé un mort et de manger du pain contenant des morceaux de ruche et des abeilles mortes. Jusqu'en 1930, dans les Alpes autrichiennes, on utilisait facilement de l'arsenic comme contraceptif avec souvent des résultats désastreux...

Autant de méthodes qui prouvent l'inventivité humaine, mais qui se sont soldées par un nombre incalculable de grossesses non désirées. Jusqu'à l'apparition de la pilule...

2.2.2. Du côté des hommes

Si le problème de la contraception a généralement été dévolu aux femmes, les hommes s'en sont aussi souciés par le passé. Le coït interrompu, du latin coitus « action de se joindre, de se réunir » est le moyen contraceptif le plus anciennement connu. Il s'agit du plus vieux moyen mentionné et sans doute le plus répandu. L'onanisme été passible de la peine de mort « en tant que outrage au Créateur » [22]

Les premières traces de préservatif[22] remontent à l'Egypte ancienne (6000 av. JC). Un genre de préservatif primitif sous forme de sachet de lin. Chez les Chinois et les Japonais au XVI^e siècle, il était fabriqué en cuir ou en écailles de tortue. Les Romains et les Grecs, eux, ont développé des modèles réutilisables plusieurs fois, à partir d'intestins ou de vessies d'animaux. Pour freiner la fertilité, ils portaient également des amulettes faites d'une dent d'enfant, d'une bille de marbre, d'un morceau de foie ou de chat. Le préservatif va connaître des hauts et des bas en fonction du contexte. Les épidémies de maladies vénériennes, comme celle de la syphilis au XVI^e siècle, ont beaucoup contribué à son expansion. Avec l'arrivée du caoutchouc vulcanisé, on développera alors des préservatifs avec un matériau plus hygiénique et plus sûr. La production de masse commence et connaît son apogée avec l'apparition du sida, au milieu des années 80.

2.3. UNE PRISE DE CONSCIENCE

Avant l'ère chrétienne avortement et contraception sont confondus. Par la suite les deux sont bien distinct mais tous deux interdits et condamnés. C'est progressivement qu'une prise de conscience à lieu concernant la contraception. Thomas Malthus, scientifique anglais, publie un essai en 1803 sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale. En 1889, Paul Robin, réformateur social, crée à Paris le premier centre d'information et de vente de produits anticonceptionnels. En 1908, un article français posant la question de la naissance d'un enfant en terme de choix est publié[23]. En 1935 on assiste à l'ouverture de la première consultation de contrôle des naissances à Suresnes. En 1951, le premier centre de recherche sur les hormones sexuelles à Mexico est ouvert (mise au point d'œstrogènes et progestérone empêchant l'ovulation).

C'est en 1954, à Porto Rico que la naissance de la pilule à lieu. Un premier essai est réalisé et elle est mise sur le marché aux USA en 1957. 1956 est la date de création de "la Maternité heureuse" qui deviendra en 1960, le Mouvement français pour le planning familial[24], dans le but de légaliser les moyens anticonceptionnels . En 1964, on fait face à l'inscription de la contraception dans les programmes de médecine de Tours et Lyon.

«Celui qui changera la loi de 1920 interdisant la contraception n'est pas encore né» avait dit Alexandre de Freyssinnet à son jeune adjoint, Lucien Neuwirth, chargé des affaires sociales, le piquant au vif. Vingt ans plus tard, ce dernier, devenu député, fait sauter les digues de cette loi qui réprimait sévèrement la propagande contraceptive. La contraception est donc autorisée en France en 1967 grâce à la loi Neuwirth[25] mais la publicité en reste interdite sauf dans les revues médicales. En 1968, le pape condamne le recours aux méthodes de contraceptives. Il faudra encore attendre 5 années pour qu'en 1972, un décret réglemente la fabrication et la prescription des contraceptifs. La loi de 1974[26] élargit les dispositions de la loi Neuwirth avec un remboursement de la contraception, un accès pour les mineures sans autorisation parentale dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). En 1981 la première campagne nationale TV sur la contraception est lancée. En 1999, légalisation de la publicité pour tous les contraceptifs et mise sur le marché de la contraception d'urgence sans prescription médicale. En 2000 la loi[27] autorise la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans le secret des pharmacies et infirmeries scolaires secondaires. En 2001, l'instauration des séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires est votée.

3. RECOMMANDATIONS DES STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME EN POST-IVG IMMEDIAT[28]

3.1. PARTICULARITES DE LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION ET DU CONSEIL CHEZ LA FEMME EN POST-IVG

Selon l'HAS : La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate, une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG. Une information sur la contraception doit être délivrée lors de la consultation pré-IVG. C'est le moment de réévaluer le parcours contraceptif, de refaire une information sur toutes les méthodes de contraception (et en particulier les méthodes de longue durée d'action [dispositifs intra-utérins, implants]) et sur les méthodes de rattrapage et s'assurer qu'elle a bien été comprise et d'informer sur la prévention des les infections sexuellement transmissibles (IST). La consultation post-IVG (14 à 20 jours après), elle par contre, permet de vérifier si la méthode choisie est adéquate et bien adaptée à la femme, notamment au regard de l'observance.

3.2. METHODES UTILISABLES EN POST-IVG

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Au-delà de la pilule, du préservatif et du DIU, les femmes peuvent aussi recourir à l'implant, au patch ou encore à l'anneau contraceptif. Ces progrès sont importants. Ils permettent aujourd'hui à chacun et chacune de choisir la contraception qui lui convient le mieux.

3.2.1. Méthodes hormonales - Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

Les estroprogestatifs peuvent être commencés immédiatement après une IVG chez la femme ne présentant pas de contre-indications :

→ Le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale

→ Le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse

Les contre indications sont principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel, hépatique, carcinologique..

3.2.2. Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Les progestatifs sont utilisables immédiatement après une IVG en l'absence de contre-indications :

→ Le jour de l'aspiration ou le lendemain en cas d'IVG chirurgicale

→ Le jour de prise des prostaglandines ou le lendemain en cas d'IVG médicamenteuse.

Les contre-indications sont notamment les accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne.

3.2.3. Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique. Elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être

acceptable sinon il faut préférer une autre méthode. Il est conseillé d'utiliser une méthode ne nécessitant pas de manipulation vaginale (comme le préservatif masculin), pendant le premier cycle suivant l'IVG.

3.2.4. Dispositifs intra-utérins (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

Quel que soit le DIU, il peut être mis en place en absence de contre indication :

→ Immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux)

→ Lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatique est négatif. En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle).

Les contre-indications sont en particulier les malformations utérines, les infections et les saignements inexpliqués.

Les DIU sont considérés comme une contraception de longue durée d'action réversible (CLAR) au même titre que l'implant.

3.2.5. Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

Il est important d'expliquer aux femmes/couples que ces méthodes ont un taux d'échec élevé[29]. C'est pourquoi l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon il faut préférer une autre méthode.

3.2.6. Méthodes de stérilisation à visée contraceptive

Pour la femme :

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation. Elle peut apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. Plusieurs méthodes disponibles : ligature des trompes, électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips. Il faut présenter ces méthodes comme irréversibles et proposer une autre contraception durant les mois de réflexion.

Pour l'homme :

La vasectomie peut-être proposé au conjoint de la patiente avec un délais de 4 mois de réflexion. Elle consiste à couper ou obturer les canaux déférents auxquels on accède par une incision de la peau des bourses. Cette obturation empêche alors le passage des spermatozoïdes vers la verge et aboutit à une

azoospermie. Elle n'est pas efficace immédiatement mais au bout de 8 à 16 semaines. Un spermogramme est réalisé afin de s'assurer de l'azoospermie. Durant cette période, il est recommandé de recourir à une méthode de contraception complémentaire.

Deuxième partie : Protocole de recherche et résultats

1. PROTOCOLE DE RECHERCHE

1.1. PROBLEMATIQUE

Quelle est la prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat en Moselle en 2017-2018 ? Et existe-t-il des facteurs de variabilité de ces prévalences ?

1.2. OBJECTIFS

1.2.1. Bénéfices attendus

- Amélioration de la connaissance des pratiques professionnelles en prescription de contraception post-IVG
- Réduire le risque de grossesse non programmée en post-IVG.

1.2.2. Objectif principal

- Décrire la prévalence des différentes méthodes contraceptives prévues pour les patientes en post-IVG immédiat.

1.2.3. Objectifs secondaires

- Voir s'il existe une différence du taux de CLAR prévue et posée selon les variables suivantes :
 - Âge de la femme (<18 ; 18-25 ; 25-35 ; >35)
 - Assurance maladie de base/complémentaire (oui;non)
 - Parité (nulliparité ; parité non nulle)
 - Antécédent d'IVG (aucune IVG ; au moins une IVG)
 - Pays de naissance (pays francophone européen ; autre pays)
 - Compréhension des informations médicales par la patiente (Imparfait; Moyen; Parfait)
 - Catégorie socio-professionnelle INSEE
 - La méthode d'IVG (médicamenteuse ; instrumentale)
 - L'expérience du prescripteur (étudiant ; diplômé depuis moins de 10 ans ; diplômé depuis 10-20 ans ; diplômé depuis plus de 20 ans)
 - Filière du prescripteur (maïeutique ; médecine)

- Proposer des études complémentaires pour poursuivre l'acquisition de connaissances sur le phénomène de grossesse non désirée en post-IVG.

1.3. HYPOTHESES

- Le taux de CLAR prévu en post-IVG est faible
- La pilule est le contraceptif le plus prévu en post-IVG immédiat
- Le taux de CLAR prévu en post-IVG est plus faible chez les nullipares
- Le taux de CLAR prévu en post-IVG est plus faible chez les mineures
- Le taux de CLAR prévu en post-IVG est plus faible chez les femmes n'ayant jamais fait d'IVG avant

1.4. TYPE D'ETUDE

Étude épidémiologique, descriptive, transversale, analytique, comparative et multicentrique.

1.5. POPULATION DE L'ETUDE

1.5.1. Critères d'inclusion

- Toutes les femmes se présentant pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse ou instrumentale dans un centre d'orthogénie de Moselle entre le 1er octobre 2017 et le 28 février 2018

1.5.2. Critères de non inclusion

- Les femmes se présentant pour la réalisation d'une IVG dans un cabinet

1.5.3. Critères d'exclusion

- Femmes en incapacité de comprendre et/ou de répondre à un questionnaire en français : femmes non francophones, femmes déficientes mentalement

1.5.4. Modalité de recrutement

- Recrutement lors de la consultation pré-IVG dans tous les centres d'orthogénie de Moselle du 1er octobre 2017 au 28 février 2018.

1.5.5. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour les personnes se prêtant à la recherche

- Étude épidémiologique, observationnelle de catégorie 3 : Recherche non interventionnelle

1.6. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE

- Critère de jugement principal : Taux de CLAR parmi les différentes méthodes contraceptives prévues par les professionnels des centres d'orthogénie de Moselle en 2017-2018.
- Critère de jugement secondaire : La variation du taux de CLAR parmi les différentes méthodes contraceptives prévues par les professionnels des centres d'orthogénie de Moselle en 2017-2018 selon les variables étudiées.

1.7. RECUEIL DE DONNEES

1.7.1. Méthode de recueil

- Données recueillies sous forme de questionnaire standardisé et anonymisé (Annexe 3) comprenant des questions fermées. Questionnaires à remplir lors de la 2ème consultation pré-IVG par le professionnel prescripteur de la contraception et la patiente.

1.7.2. Variables recueillies

- Âge de la femme (<18 ; 18-25 ; 25-35 ; >35)
- Assurance maladie de base/complémentaire (oui;non)
- Parité (nulliparité ;parité non nulle)
- Antécédent d'IVG (aucune IVG ; au moins une IVG)
- Pays de naissance (pays européen ; pays non européen)
- Compréhension des informations médicales par la patiente (Imparfait; Moyen; Parfait)
- Catégorie socio-professionnelle INSEE
- La méthode d'IVG (médicamenteuse ; médicamenteuse)
- L'expérience du prescripteur (étudiant ; diplômé depuis moins de 10 ans ; diplômé depuis 10-20 ans ; diplômé depuis plus de 20 ans)
- Filière du prescripteur (maïeutique ; médecine)

1.8. GESTION DES DONNEES

- Logiciel utilisé pour la saisie des données : Tableau Google sheets en ligne
- Méthode d'analyse des données par test de comparaison de variable nominale : Fisher, en utilisant le site <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
- Puissance : $p < 0,05$

1.9. LIEUX ET PERIODE DE L'ETUDE

- L'étude sera réalisée dans tous les centres d'orthogénie de Moselle lors de la 2ème consultation pré-IVG. L'étude sera réalisée du 1er octobre 2017 au 28 février 2018.

1.10. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

1.10.1. Biais méthodologique

- Réalisation d'un plan de résultat et d'exploitation des variables avant de construire les outils du recueil de données.
- Pré-questionnaire testé auprès d'un panel de femme et professionnel, puis amélioration du questionnaire final.
- Utilisation de questions fermées
- Exhaustivité des sites de recueil, à savoir tous les centres d'orthogénie de Moselle
- Recueil sur une longue période afin de permettre d'avoir un échantillon suffisamment grand

1.10.2. Biais persistants

- Exclusion des IVG chez les femmes déficientes mentalement.
- Biais d'information : une des variables de mon étude est "La réalisation d'une IVG antérieur", cependant la patiente n'informe pas toujours son entourage de la réalisation d'une IVG donc elle peut également ne pas le mentionner sur le questionnaire ou au professionnel qui remplit le questionnaire si elle est accompagnée.
- Biais de recrutement : non prise en compte des IVG effectuées en Cabinet libéral.
- Biais de retranscription : lors de la saisie des données et du codage secondaire.

1.11. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE

1.11.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information

- Les données seront recueillies anonymement.

1.11.2. Archivage des données

- Les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.
- La base de données informatisée (contenant uniquement des données anonymes) sera stocké sur un GoogleDrive pour une durée indéterminée.

1.11.3. Règle de publications

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

2. RESULTATS

2.1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Deux centres ont accepté de participer à l'étude : l'Hôpital Femme Mère Enfant de Mercy et l'Hôpital de Bel Air du CHR Metz-Thionville.

Contrairement au calendrier prévisionnel, le recueil de données s'est déroulé du 15 janvier au 28 février 2018 via un questionnaire anonyme divisé en deux parties : une partie concernant la patiente et l'autre concernant le professionnel prescripteur de la contraception en post-IVG immédiat. Les patientes et les professionnels ont eu le choix de répondre à ce questionnaire, après avoir lu la note d'information située en amont du questionnaire leur expliquant le but de cette étude. Dans le cadre du secret professionnel et du maintien de l'anonymat, aucune information n'a été et ne sera divulguée.

Nous avons obtenu 231 réponses sur les 231 femmes qui ont réalisées une IVG dans les 2 CHR (Metz et Thionville) durant la période de recueil, soit un taux de réponse de 100%.

2.2. VENTILATIONS DES DIFFERENTES VARIABLES

Tableau I : Répartition des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018 selon leur âge

| | % (n) |
|-------------------------------|------------|
| Moins de 18 ans | 3,0 (7) |
| Entre 18 ans et 25 ans | 27,3 (63) |
| Entre 25 ans et 35 ans | 48,5 (112) |
| Plus de 35 ans | 21,2 (49) |

n : Effectif

Tableau II : Le statut des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018 concernant l'assurance maladie

| | OUI | NON | Total |
|---|------------|------------|--------------|
| | % (n) | % (n) | % (n) |
| Assurance maladie de base | 95,2 (220) | 4,8 (11) | 100 (231) |
| Assurance maladie complémentaire (en sus de l'assurance maladie de base) | 92,7 (204) | 7,3 (16) | 100 (220) |

n : Effectif

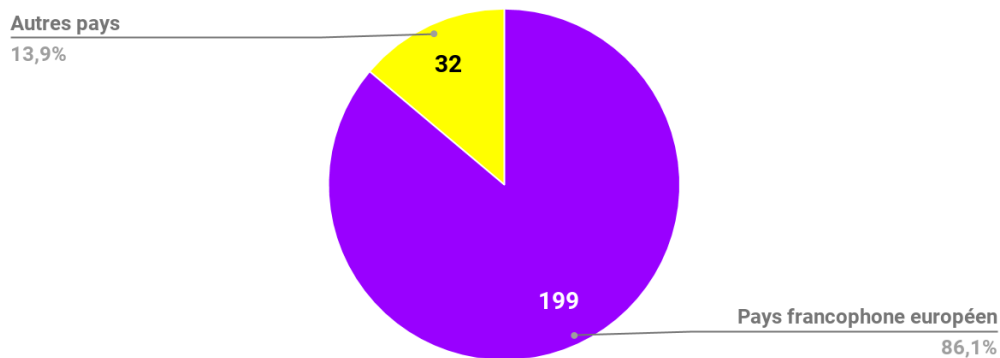


Figure 1 : Le pays de naissance des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018

Tableau III : Le pays de naissance des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018 réparti par grandes régions du monde

| | % (n) |
|-----------------------------|--------------|
| Afrique du Nord | 2,2 (5) |
| Afrique Centrale/Sud | 5,2 (12) |
| Europe de l'Est | 3,5 (8) |
| Europe de l'Ouest | 87,0 (201) |
| Asie | 2,2 (5) |

n : Effectif

Tableau IV : La catégorie socio-professionnelle des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018

| | % (n) |
|--|--------------|
| Agriculteurs exploitants | 0,4 (1) |
| Artisans, commerçant et chef d'entreprise | 2,6 (6) |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 6,5 (15) |
| Professions intermédiaires | 10,4 (24) |
| Employés | 35,9 (83) |
| Ouvriers | 6,5 (15) |
| Retraités | 0,0 (0) |
| Sans activités professionnelles | 37,7 (87) |

n : Effectif

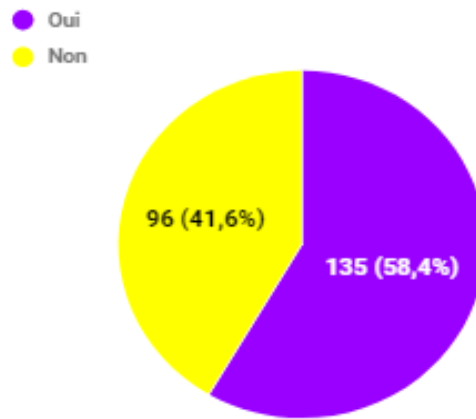


Figure 2 : Les antécédents d'accouchements (enfant né vivant ou mort) des 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018.

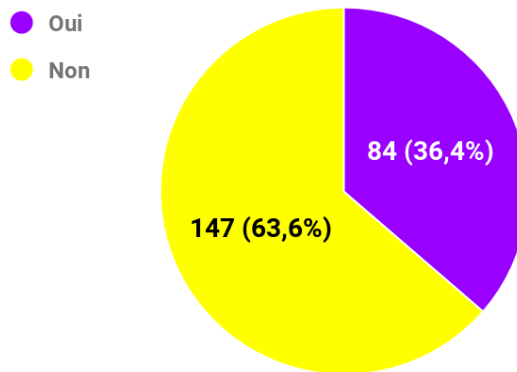


Figure 3 : Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse de 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018.

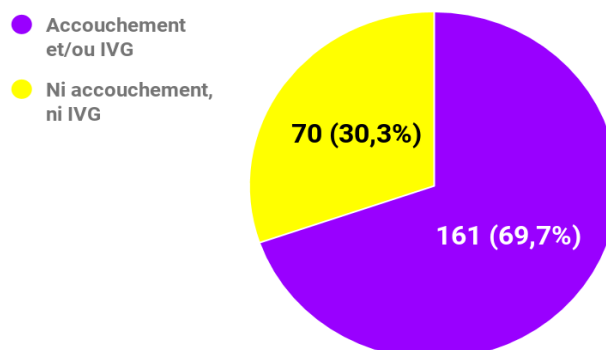


Figure 4 : Les antécédents d'accouchements et/ou IVG de 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018

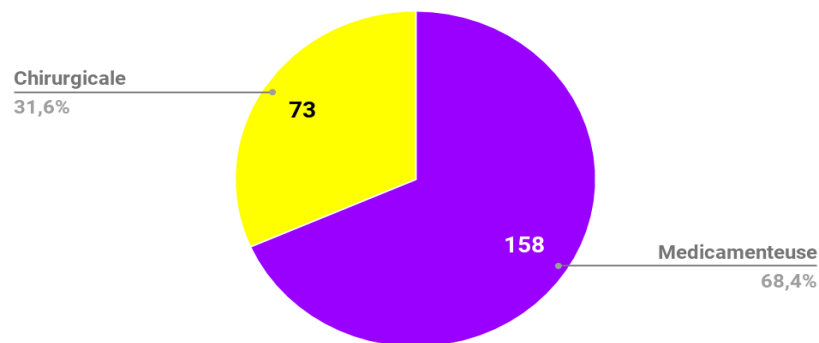


Figure 5 : La répartition des patientes selon la méthode d'interruption volontaire de grossesse réalisée dans les CHR Metz-Thionville en 2018.

Tableau V : Le niveau de compréhension de la patiente concernant les explications médicales jugé par le professionnel qui transmet les informations. Enquête sur 231 patientes réalisant une Interruption volontaire de grossesse dans les CHR Metz-Thionville en 2018

| | % (n) |
|-----------|------------|
| Parfait | 91,8 (212) |
| Moyen | 5,6 (13) |
| Imparfait | 2,6 (6) |

n : Effectif

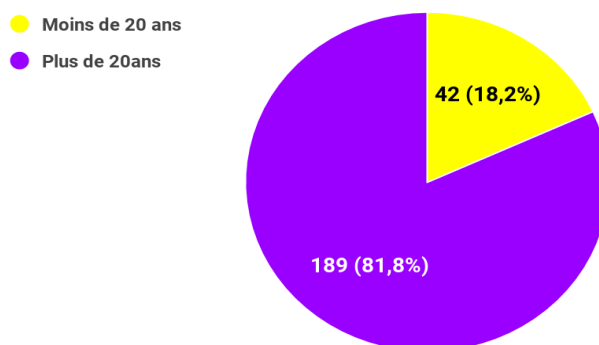


Figure 6 : La date d'obtention du diplôme du professionnel prescripteur de la contraception post-IVG dans les CHR Metz-Thionville en 2018

Concernant la filière du prescripteur : 100% des prescripteurs de la contraception en post-IVG immédiat sont des médecins.

2.3. DESCRIPTION DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES EN POST-IVG IMMEDIAT

Tableau VI : La contraception prévue en post- IVG immédiat pour 231 patientes réalisant une interruption volontaire de grossesse dans les centres d'orthogénie du CHR de Metz-Thionville en 2018

| | % (n) |
|--|------------|
| Pilule | 51,1 (118) |
| DIU | 22,9 (53) |
| Implant | 10,8 (25) |
| Aucune contraception prévue | 7,0 (16) |
| Stérilisation à visée contraceptive | 2,6 (6) |
| Anneau vaginal | 2,2 (5) |
| Préservatifs (masculin/féminin) | 1,7 (4) |
| Patch | 1,3 (3) |
| Spermicides | 0,4 (1) |
| Diaphragme ou cape cervicale | 0,0 (0) |
| Injections trimestrielles | 0,0 (0) |
| Abstinence périodique | 0,0 (0) |
| Méthode du retrait pré-coïtal | 0,0 (0) |

n : Effectif

Tableau VII : Les CLAR / NON CLAR prévues pour 225¹ patientes en post-IVG dans les CHR Metz-Thionville en 2018

| | % (n) |
|-----------------|------------|
| CLAR | 34,7 (78) |
| NON CLAR | 65,3 (147) |

n : Effectif ; CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

Tableau VIII : La prescription de la contraception prévue en post-IVG immédiat pour 210 patientes² qui ont réalisé une interruption volontaire de grossesse dans les CHR de Metz-Thionville en 2018.

| | % (n) |
|---|-----------|
| Prescrite et posée le même jour que l'IVG (DIU-Implant) | 11,4 (24) |
| Seulement prescrite | 44,3 (93) |
| Non prescrite, à revoir avec le professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique | 44,3 (93) |

n : Effectif

¹Exclusion des femmes ayant opté pour la stérilisation(6), non considérée comme une CLAR/ NON CLAR dans notre étude

²Exclusion de : aucune contraception prévue (16) , spermicides (1), préservatifs (4) car n'ont pas la possibilité d'être prescrit

Tableau IX : Typologie des prescriptions selon les contraceptifs prescrit en post-IVG immédiat à 210 femmes réalisant une IVG dans les CHR de Metz et Thionville en 2018

| | Contraception prescrite et posée le même jour que l'IVG | Contraception seulement prescrite | Contraception non prescrite, à revoir avec le professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique | Total |
|--|---|-----------------------------------|--|-------------|
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) |
| Stérilisation à visée contraceptive | 0,0 (0) | 16,7 (1)³ | 83,3 (5)⁴ | 100,0 (6) |
| Pilule | 0,0 (0) | 64,4 (76) | 35,6 (42) | 100,0 (118) |
| Patch | 0,0 (0) | 100,0 (3) | 0,0 (0) | 100,0 (3) |
| Implant | 96,0 (24) | 0,0 (0) | 4,0 (1) | 100,0 (25) |
| DIU | 0,0 (0) | 17,0 (9) | 83,0 (44) | 100,0 (53) |
| Anneau vaginal | 0,0 (0) | 80,0 (4) | 20,0 (1) | 100,0 (5) |

n : Effectif ; DIU : Dispositif intra utérin

Le taux de femmes de notre échantillon qui bénéficient d'une pose de CLAR immédiatement après l'IVG est de 11,8% (24/204)⁵

³La patiente a reçu une lettre d'adressage pour réaliser la stérilisation à visée contraceptive

⁴Ces patientes n'ont reçu aucune lettre d'adressage

⁵Exclusion des 6 stérilisations à visée contraceptives, aucune contraception prévue (16), spermicides (1), préservatif (4)

2.4. FACTEURS DE VARIATION DU TAUX DE CLAR PREVUE ET/OU POSEE EN POST-IVG IMMEDIAT

Tableau X : Les CLAR (DIU-Implant) prévues et posées en post-IVG immédiat selon des indicateurs de la situation sociale, pour 225 patientes⁶ réalisant une interruption volontaire de grossesse, dans les CHR Metz -Thionville en 2018

| | CLAR prévue en post-IVG immédiat | <i>p</i> | CLAR posée en post-IVG immédiat | <i>p</i> |
|---|---|----------|--|----------|
| | % (n) | | % (n) | |
| Âge | | | | |
| Moins de 18 ans | 71,4 (5) | | 71,4 (5) | |
| Entre 18 ans et 25 ans | 30,2 (19) | | 14,3 (9) | |
| Entre 25 ans et 35 ans | 33,0 (37) | 0,16 | 6,3 (7) | 0,0001 |
| Plus de 35 ans | 39,5 (17) | | 7,0 (3) | |
| Assurance maladie de base | | | | |
| Oui | 34,6 (74) | 1 | 10,3 (22) | 0,33 |
| Non | 36,4 (4) | | 18,2 (2) | |
| Assurance maladie complémentaire ⁷ (en sus de l'ass. maladie de base) | | | | |
| Oui | 34,8 (69) | 1 | 10,1 (20) | 0,67 |
| Non | 31,3 (5) | | 12,5 (2) | |
| Pays de naissance | | | | |
| Pays européen francophone | 33,7 (65) | 0,54 | 9,3 (18) | 0,12 |
| Autres pays | 40,6 (13) | | 18,8 (6) | |
| Catégorie socioprofessionnelle | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 0,0 (0) | | 0,0 (0) | |
| Artisans, commerçant et chef d'entreprise | 0,0 (0) | | 0,0 (0) | |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 50,0 (7) | 0,33 | 7,1 (1) | 0,52 |
| Professions intermédiaires | 26,1 (6) | | 0,0 (0) | |
| Employés | 39,5 (32) | | 12,3 (10) | |
| Ouvriers | 33,3 (5) | | 6,7 (1) | |
| Sans activités professionnels | 32,9 (28) | | 14,1 (12) | |
| Niveau de compréhension | | | | |
| Parfait | 33,0 (68) | | 9,2 (19) | |
| Moyen | 38,5 (5) | 0,037 | 23,1 (3) | 0,048 |
| Imparfait | 83,3 (5) | | 33,3 (2) | |

n : Effectif ; CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

⁶Exclusion des 6 stérilisations à visée contraceptives

⁷Le calcul a été réalisé sur 214 patientes car 11 patientes avaient seulement une assurance maladie de base et non une assurance maladie de base + une assurance maladie complémentaire

Dans le tableau X nous observons les différences statistiquement significatives suivantes :

- Le taux de femmes bénéficiant de la pose d'une CLAR en post-IVG immédiat est inversement proportionnel à la classe d'âge de la femme.
- Le taux de femmes bénéficiant d'une CLAR prévue et posée en post-IVG immédiat est inversement proportionnel au niveau de compréhension du langage

Tableau XI : Les CLAR prévues et posées (DIU-Implant) en post-IVG immédiat selon les antécédents d'accouchements et/ou d'IVG pour 225 patientes dans les CHR Metz-Thionville en 2018

| | CLAR prévue en | <i>p</i> | CLAR posée en | <i>p</i> |
|--|-----------------------|----------|----------------------|----------|
| | post-IVG immédiat | | post-IVG immédiat | |
| | % (n) | | % (n) | |
| ATCD d'accouchement | | | | |
| Oui | 38,8 (50) | 0,15 | 10,9 (14) | 1 |
| Non | 29,2 (28) | | 10,4 (10) | |
| ATCD d'IVG | | | | |
| Oui | 42,5 (34) | 0,07 | 13,8 (11) | 0,26 |
| Non | 30,3 (44) | | 9,0 (13) | |
| ATCD d'IVG et/ou d'accouchement | | | | |
| Oui | 38,1 (59) | 0,13 | 11,6 (18) | 0,64 |
| Non | 27,1 (19) | | 8,6 (6) | |

n : Effectif ; ATCD : Antécédent ; CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

Tableau XII : Les CLAR prévues et posées (DIU-Implant) en post-IVG immédiat selon la variable : Méthode d'IVG, pour 225 patientes dans les CHR Metz -Thionville en 2018

| | CLAR prévue en | <i>p</i> | CLAR posée en | <i>p</i> |
|----------------|-----------------------|----------|----------------------|----------|
| | post-IVG immédiat | | post-IVG immédiat | |
| | % (n) | | % (n) | |
| Méthode | | | | |
| Médicamenteuse | 31,0 (48) | 0,09 | 7,7 (12) | 0,059 |
| Chirurgicale | 42,9 (30) | | 17,1 (12) | |

n : Effectif ; CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

Tableau XIII : Les CLAR prévues et posées (DIU-Implant) en post-IVG immédiat selon la variable : Année d'obtention du diplôme du prescripteur de la contraception post-IVG, dans les CHR Metz -Thionville en 2018

| | CLAR prévue en post-IVG immédiat | <i>p</i> | CLAR posée en post-IVG immédiat | <i>p</i> |
|------------------------------|--|--------------|---|----------|
| | % (n) | | % (n) | |
| Professionnel diplômé | | | | |
| Moins de 20 ans | 16,7 (7) | 0,006 | 4,8 (2) | 0,26 |
| Plus de 20 ans | 38,8 (71) | | 12,0 (22) | |

n : Effectif ; CLAR : Contraception de longue durée d'action réversible

Dans le tableau XIII nous observons une différence statistiquement significative :

- Le taux de situation dans lesquelles une CLAR est prévue en post IVG immédiat est plus important lorsque le professionnel est diplômé depuis plus de 20 ans.

Les CLAR prévues en post-IVG immédiat selon la variable : filière du prescripteur (médecine ou maïeutique) de la contraception post-IVG, dans les CHR Metz-Thionville en 2018 n'a pas pu être évaluée car 100% des prescripteurs sont des médecins, **aucune sage-femme n'à prescrit de contraception en post-IVG immédiat.**

Troisième partie : Analyse et discussion

1. LIMITES ET POINTS FORTS DE NOTRE ETUDE

1.1. POINTS FAIBLES

Tous les centres d'orthogénie de la Moselle n'ont pas pu participer à notre étude. Nos résultats ne sont pas extrapolables à la Moselle.

Par ailleurs, nous avons recensé les biais suivants :

- Biais de confusion : notre étude n'a pas pris en compte les éventuelles contre-indications à la prescription de certains contraceptifs. Or, cette donnée influe fortement la contraception prévue et posée en post-IVG immédiat. De même, notre étude n'explore pas le projet de la personne en termes de parentalité. Si un projet d'enfant est envisagé à court terme (ce qui reste possible malgré la réalisation de l'IVG), cela impactera la stratégie contraceptive.
- Biais de recrutement : Nous avons réalisé l'étude dans 2 centres d'orthogénie contre les 10 se trouvant en Moselle. De plus nous n'avons pas inclus les IVG réalisées en cabinet libéral.
- Biais d'information : Une des variables de mon étude est "La réalisation d'une IVG antérieure" (oui/non), cependant la patiente n'informe pas toujours son entourage de la réalisation d'une IVG, donc elle peut également ne pas le mentionner sur le questionnaire si elle est accompagné lors de la consultation. Si la patiente réalise des IVG dans le même établissement, les dossiers médicaux sont conservés cependant il est également possible que la patiente ai déjà eu recours à l'IVG ailleurs et qu'elle ne le précise pas au professionnel de santé et donc pas sur le questionnaire.

Comme autre point faible, on peut noter que notre étude n'explore que les contraceptions prévisibles déclarées par le soignant en post IVG immédiat, qui peuvent être très différentes de la contraception effectivement mise en place dans les semaines et/ou mois qui suivent l'IVG.

1.2. POINTS FORTS

- Un taux de réponse de 100% sur les centres d'orthogénie ayant accepté de participer à l'étude. Ce point confirme la faisabilité et l'acceptabilité de notre étude, et encourage à réaliser une étude de plus grande ampleur, avec la participation de tous les centres d'orthogénie de Moselle.
- Cette étude constitue une première en Moselle. On peut la considérer comme une étude pilote pour des futures études dans tous les centres d'orthogénie de Moselle.
- Intégration de la question des inégalités sociales de santé avec la mesure de certains indicateurs de la situation sociale

- Notre étude a été réalisée avec un effectif suffisant pour permettre de mettre en évidence une différence significative des facteurs de variations

2. DISCUSSION DES DONNEES

2.1. PREVALENCE DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES EN POST-IVG IMMEDIAT

Le contraceptif le plus prévu en post-IVG immédiat est la pilule (51,1%). Cela confirme notre hypothèse de départ. La pilule a une efficacité pratique de 91%, très inférieure à celle des CLAR (99,1%)[30,31]. Une étude américaine "THE CHOICE PROJECT" met en évidence la diminution des grossesses non désirées et du taux d'IVG à répétition lors de l'utilisation des méthodes CLAR. Cette étude inclue 9 256 patientes de 14 à 45 ans recrutées entre 2017 et 2011, sans projet de grossesse pour les 12 mois à venir et intéressées par une contraception réversible. À terme de l'étude on remarque qu'il y a un risque de grossesse non désirée 22 fois plus élevé avec les méthodes non-CLAR vs CLAR[32]. Dans notre étude seulement 34,7% de CLAR sont prévues en post-IVG immédiat (avec 22,9% de DIU). De plus ce taux est surestimé car certains professionnels considère le "post-IVG immédiat" non pas comme le jour même de l'IVG mais comme une durée de 1 à 20 jours après l'IVG (visite de contrôle), du coup plusieurs professionnels ont considérés le DIU prescrit à la visite de contrôle comme étant un DIU prévu en post-IVG immédiat. Dans notre étude le post-IVG immédiat est considéré comme le jour même de l'IVG. On montre aussi que 11,8% des patientes ont une CLAR posée le même jour que l'IVG (à noter qu'il s'agit à 100% d'implant, aucun DIU n'a été posé le jour même que l'IVG).

Dans la littérature ces résultats semblent se confirmer, bien que la population étudiée ne soit pas strictement identique :

- Une étude française[33] qui regroupe 216 femmes ayant eu une IVG en 2011 au CHRU de Lille montre que le taux de prescription en post-IVG immédiat est de 43% pour la pilule contre 21% pour le DIU.

Les raisons évoquées par les professionnels rencontrés durant le recueil de donnée quant à la faible prévision/pose de DIU en post-IVG immédiat sont :

- Le risque infectieux dû à la pose en post-IVG immédiat
- Le risque de rejet du DIU en post-IVG immédiat

Une étude[34], réalisée à l'initiative d'une équipe de l'Oregon Health and Science University, a été conduite auprès d'un groupe de 600 femmes (âgées de 18 ans et plus) admises pour une IVG dans quatre centres universitaires américains. Elles ont été réparties en deux groupes : chez les unes, un DIU a été placé dans les quinze minutes qui ont suivi l'IVG, alors que chez les autres, cela a été le cas deux à six semaines plus tard. Cette étude a démontré que :

- Le risque d'expulsion du stérilet posé immédiatement après l'IVG existe, mais n'est pas beaucoup plus significatif lorsqu'on le compare à un placement différé.
- Après un suivi de six mois, les femmes qui ont bénéficié de la pose directe du DIU n'ont pas enregistré d'effets indésirables graves. Dans ce groupe, aucune grossesse n'a été déclarée durant cette période, et 90% des dames portaient toujours leur stérilet.
- Dans le groupe « insertion différée », cinq femmes ont notifié une grossesse non désirée, sachant qu'elles n'étaient plus que 77% à avoir continué à utiliser le stérilet, alors que celles qui l'ont abandonné ont tendance à recourir à une méthode de contraception moins efficace, voire pas de contraception du tout.
- Lorsqu'après une IVG, on demande aux femmes de revenir plus tard pour la pose d'un DIU, ceci accroît inutilement le risque de grossesse non désirée.

Il serait judicieux dans des futures études en Moselle, d'exclure les patientes avec des contre indications aux CLAR et celles qui n'ont pas expulsé car si c'est le cas la patiente ne peut avoir de DIU posé de suite, l'utérus n'étant pas complètement vide. De plus, il serait bon de rechercher si le choix de la contraception est fait par le professionnel ou la patiente ce qui nous permettrait de voir si les freins à l'utilisation de CLAR vient plutôt des professionnels prescripteurs de la contraception en post-IVG immédiat ou plutôt des patientes et rechercher les causes de ces freins.

On constate que dans 7%(16) des cas, il n'y aucun projet de contraception en post-IVG. Encore une fois notre étude ne nous permet pas de savoir si pour ces patientes la contraception n'a pas été prévue car elle était contre indiquée, si c'était un choix personnel de la patiente ou encore une décision du professionnel. Il serait intéressant d'étudier le profil de ces patientes. En effet, cela nous permettrait de déterminer des populations à viser pour réaliser de l'information/prévention concernant l'importance de la contraception.

Le taux de stérilisation à visée contraceptive est de 2,6%(6) alors qu'on a 21,2 %(49) patientes qui ont plus de 35 ans. On remarque que peu de femmes se dirigent vers cette méthode définitive alors que nombreuses d'entre elles pourraient être candidate. Ce faible taux peut être expliqué par :

- La stérilisation étant définitive, elle requiert un délai de réflexion de 4 mois minimum pour la patiente, une contraception est donc souhaitable en post-IVG immédiat et durant ce délai pour éviter le risque de grossesse non-programmée. Les professionnels ont peut-être coché (au niveau du questionnaire) la contraception qui été prévue pour ce délais de réflexion et non la stérilisation à visée contraceptive qui sera réalisé bien plus tard si la patiente le souhaite toujours.
- Des contre-indications à la stérilisation à visée contraceptive devant conduire à différer la méthode prévue.
- Le tabou qui règne autour de la stérilisation en France, comme le montre cette étude de l'INSERM et l'INED[35] très peu de femmes recours à cette méthode, seulement 3,9% en France contre 22% chez les Britanniques, et 37% chez les Américaines.

- Notre questionnaire ne nous a pas permis d'explorer les couples qui décident de choisir la vasectomie comme stérilisation à visée contraceptive. Dans de futures études et pour éviter ce biais, il serait préférable d'intégrer la contraception de couple au questionnaire et non pas seulement la contraception de la patiente en post-IVG immédiat.

Dans notre étude on constate que la contraception par injection hormonale trimestrielle n'est jamais prévue. Elle est pourtant plus efficace que la pilule (efficacité pratique de 94% selon l'OMS). Certaines études dans le monde les considèrent même comme des CLAR. D'après la littérature, les injections trimestrielles font partie des contraceptifs les moins prescrits en France. Ce phénomène reste propre à la France car dans d'autres pays, y compris occidentaux, elles sont utilisées :

- L'instance britannique UK Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) a autorisé, le 24 septembre 2014, la mise sur le marché national du « Sayana Press », premier contraceptif auto-injectable, pratiquée par quelques 35 millions de femmes dans le monde.
- “En Afrique, les auto-injectables constituent la méthode de planification familiale la plus utilisée par les femmes et l'Enquête Démographique de Santé (EDS) de 2012 au Sénégal montre que 42 % des femmes utilisent une méthode de contraception par injection” a indiqué Marguerite Ndour, coordonnatrice de la campagne d'introduction de « Sayana Press ».

2.2. MODALITES DE PRESCRIPTION DES CONTRACEPTIFS EN POST-IVG IMMEDIAT

On remarque que le taux de contraception “non prescrite, à revoir avec le professionnel de santé qui assure le suivi gynécologique” est de 44,3 %(93). Ce taux est important car un peu moins de la moitié des patientes sortent des centres d'orthogénie sans contraception prescrite ou posée. Nos hypothèses pour expliquer ce taux si important :

- La patiente avait déjà la contraception qu'elle souhaitait à la maison (ex : pilule avant IVG et souhaite garder la même contraception en post-IVG)
- La patiente souhaite effectuer son suivi ailleurs concernant la contraception
- Le professionnel et la patiente ont convenu de prescrire la contraception à la visite de contrôle (15 à 20 jours après l'IVG)
- Le DIU est souvent prescrit à la visite de contrôle quand la vacuité utérine aura été vérifiée par échographie.

Il aurait été judicieux de rajouter dans notre questionnaire une case “ La contraception sera prescrite à la visite de contrôle” pour comparer le taux de contraception non prescrite, seulement prescrite, prescrite à la visite de contrôle, prescrite et posée.

Il est important d'indiquer que le taux d'inobservance à la visite de contrôle varie de 18 à 37,5%[36] selon les études. Une étude intéressante à effectuer en Moselle serait de voir si la contraception prescrite influence la présence des patientes à la consultation de contrôle en post-IVG immédiat.

2.3. LES FACTEURS DE VARIATION DE LA METHODE CONTRACEPTIVE PREVUE

2.3.1. Les différences significatives

Plus de CLAR chez les mineures et les femmes jeunes

Une de nos hypothèses de départ était que le taux de CLAR est plus faible chez les mineures. Pourtant, les résultats montrent que **le taux de femmes bénéficiant de la pose d'une CLAR en post-IVG immédiat est d'autant plus important que la femme appartient à une classe d'âge basse (p=0,0001)**. Notre étude montre également que 100% des CLAR posées en post-IVG immédiat chez les mineures sont des implants. Aucun DIU n'a été posé. Notre hypothèse principale concernant l'absence totale de pose de DIU prévu ou posé chez les mineures est la nulliparité qui concerne en général la plupart des mineures. Même si la prescription de CLAR en fonction de la parité n'a pas été démontré de manière significative on remarque que seulement 29,2 (28) des patientes n'ayant jamais accouchées ont reçu une CLAR. Pourtant l'OMS a publié des recommandations professionnelles afin de promulguer une utilisation plus large du DIU chez les femmes, y compris chez les nullipares[37]. En France, l'ANAES a rendu accessible le dispositif intra-utérin (DIU) aux nullipares en 2004. Dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (HAS) a confirmé l'accès à cette méthode de contraception aux nullipares[38].

Cela se confirme dans la littérature :

- Selon l'enquête FECOND menée en 2010, seules 1,3% des femmes de 15-49 ans nullipares utilisent le DIU. Ce taux s'élève à 20% parmi celles qui ont déjà un enfant et à 40% pour celles qui en ont deux ou plus[39].
- Le choix de prescription et pose de DIU semble être encore difficile d'accès aux nullipares, notamment auprès des professionnels de santé[40].

On peut également ajouter qu'aucun DIU n'a été posé après une IVG médicamenteuse, pas seulement chez les mineures mais pour toutes les patientes. On pose comme hypothèse principale que la non expulsion de la grossesse a impacté la possibilité de choix de ce contraceptif. En effet, selon le CNGOF, un DIU ne peut être inséré qu'après s'être assuré de l'absence de grossesse intra-utérine. Dans 40% des cas la patiente n'expulse pas en hospitalier lors de sa surveillance post-IVG mais à la maison, 24h à 72h après la prise du misoprostol[15]. Le DIU pourra donc être posé seulement lors de la visite de contrôle après vérification de la vacuité utérine.

Cette donnée semble importante à recueillir lors de futures études car elle influe directement sur le choix de la contraception post-IVG.

Plus de CLAR chez les patientes qui ont un niveau de compréhension imparfait

Les domaines de la santé de la femme, ainsi que la santé sexuelle et reproductive ne sont pas épargnés par les inégalités sociales de santé (ISS). Pour donner un exemple concret, et en lien avec notre question de recherche, les femmes ne bénéficient pas des mêmes contraceptions selon leur situation sociale. En effet, les femmes favorisées bénéficient souvent de contraception plus efficaces que les femmes vulnérables[41]. Nous avons choisi d'enregistrer la situation sociale de nos patientes en intégrant à notre étude des indicateurs de situation sociale. Un des indicateurs utilisé est le niveau de compréhension de la patiente qui fait partie de la liste des 33 indicateurs issus de la bibliographie[42]. **Notre étude montre de façon statistiquement significative que les CLAR sont plus souvent prévues (83,3% avec p : 0,037) et posées (33,3% avec p : 0,048) en post-IVG immédiat chez les patientes de notre échantillon qui ont un niveau de compréhension imparfait.** Ces taux sont bénéfiques en termes de réduction de grossesse non programmé (GNP). Pourtant, ils questionnent tout de même sur le consentement de la patiente dans le choix de sa contraception en post-IVG immédiat. Une patiente qui ne parle pas français doit pouvoir bénéficier de tous les moyens possible pour pouvoir consentir et surtout comprendre sa contraception.

Les résultats révèlent également que 2,6%(6) des patientes ont un niveau de compréhension imparfait selon le professionnel. Ce chiffre nous paraît faible en sachant que 13,9%(32) des patientes déclarent être nées dans un pays européen non francophone. Le niveau de compréhension de la patiente est jaugé par le professionnel de santé. Cependant, l'évaluation « instinctive » par les professionnel de santé de la situation sociale d'une personne n'est pas fiable[43]. Il serait judicieux d'utiliser lors de futures études un outil standardisé et validé scientifiquement. C'est le cas du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé, cf. annexe 4), qui regroupe 11 questions pour évaluer la situation sociale des patients et qui est utilisé dans les centres d'examens de santé de l'assurance maladie depuis plus de 10 ans.

Plus de CLAR lorsque les professionnels ont plus d'expérience

Le taux de situation dans lesquelles une CLAR est prévue en post IVG immédiat est plus important lorsque le professionnel est diplômé depuis plus de 20 ans. Il est de 38,8%, contre 16,7% lorsque le professionnel est diplômé depuis moins de 20 ans (p = 0,006).

Hypothèses concernant ce phénomène :

- Les professionnels diplômés de moins de 20 ans sont moins à l'aise dans la pose d'une CLAR
- Les professionnels diplômés il y a plus de 20 ans ont plus de recul sur les CLAR et peuvent donc argumenter les avantages/inconvénients en étant plus rassurant pour la patiente et amener plus facilement la patiente à faire ce choix en post-IVG immédiat.

2.3.2. Absence de différences significatives

Pas d'influence des antécédents d'accouchements et/ou d'IVG

Notre étude ne retrouve pas de différence selon les antécédents d'accouchements et/ou d'IVG. Cela interroge sur l'existence de biais méthodologiques qui auraient rendu impossible la mise en évidence d'une différence. En l'absence de biais, l'absence de différence interrogerait sur les pratiques professionnelles. En effet, bien qu'elle ne soit pas une contre-indication à la pose de DIU, la nulliparité est un frein à la prévision et à la pose du DIU[40]. Le fait d'avoir 69,7% de femmes ayant déjà accouché et/ou réalisé une IVG dans notre échantillon, aurait dû voir un recours au DIU plus importante. Cela laisse à penser que, contrairement aux recommandations, le DIU est insuffisamment proposé en post IVG immédiat.

De manière plus globale, la faible prévision de CLAR en post IVG immédiat chez les femmes ayant déjà eu une grossesse (menée à terme ou interrompue volontairement) interroge sur l'efficacité du conseil contraceptif qui est prodigué lors des suivis de grossesse et de la réalisation des IVG.

Pas d'influence de la situation sociale

Pour certains indicateurs de la situation sociale (pays de naissance, catégorie socio-professionnelle, couverture maladie), nous ne constatons aucune influence sur le taux de CLAR prévue ou posée.

Ce résultat est contradictoire avec les données de la littérature qui montrent que les femmes vulnérables bénéficient moins souvent d'une CLAR que les femmes non vulnérables[44].

Nous émettons l'hypothèse de biais méthodologique dans notre étude.

Pas d'influence de la méthode d'IVG

Notre étude ne retrouve pas de différence selon la méthode d'IVG. Cela interroge sur l'existence de biais méthodologiques qui auraient rendu impossible la mise en évidence d'une différence. En l'absence de biais, l'absence de différence interrogerait sur les pratiques professionnelles. En effet, dans 40% des IVG médicamenteuses, l'expulsion n'a pas lieu en hospitalier, mais au domicile. La proposition d'une pose de DIU en post IVG immédiat est donc impossible dans ce cas de figure. Par contre, pour les IVG instrumentales, dans 100% des cas, il est possible de proposer la pose d'une DIU en post IVG-immédiat (sauf exception). Cela laisse à penser que, contrairement aux recommandations, le DIU est insuffisamment proposé en post IVG immédiat.

2.4. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME EN ORTHOGENIE

Dans notre étude nous avons mis en évidence que 100% des prescripteurs de la contraception en post-IVG immédiat étaient des médecins. Aucune sage-femme n'a prescrit de contraception en post-IVG immédiat. Impossible donc pour nous de montrer un lien significatif concernant la filière du prescripteur et la prévision ou la pose de CLAR en post-IVG immédiat. Pourtant, dans les deux centres d'orthogénie

étudiés, les sages-femmes ont une place bien ancrée dans la prise en charge de l'IVG en réalisant les consultations pré-IVG, la réalisation de l'IVG médicamenteuse et pour certaines la réalisation des entretiens psychosociaux.

Le 26 janvier 2016 a été promulguée la nouvelle Loi Santé[45], basée sur la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013. L'article L2212-2 du Code de la Santé Publique[46] traitant de l'interruption volontaire de grossesse se voit ainsi modifié : « L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme. (...) ». La sage-femme acquiert donc une nouvelle compétence jusque-là réservée aux médecins. Aujourd'hui, les sages-femmes acquièrent leurs compétences en orthogénie au cours de leur formation initiale. Il convient de rappeler que le domaine de compétences actuel des sages-femmes est celui de la physiologie. Néanmoins une grossesse non désirée n'en fait pas une grossesse pathologique, la prise en charge des demandes d'IVG est donc bien en accord avec les compétences des sages-femmes. De plus, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire[47] (HPST) vient élargir les compétences de la sage-femme en leur permettant de réaliser le suivi gynécologique de prévention et du suivi contraceptif des femmes.

Il serait bon de réaliser une étude dans tous les centres d'orthogénie de Moselle pour voir comment les sages-femmes s'intègrent dans le suivi pré et post-IVG et trouver des moyens pour pouvoir leur permettre d'appliquer toutes leur compétences concernant l'IVG.

2.5. RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS POUR DE FUTURES ETUDES SUR LE SUJET

➤ Propositions pour de futures études sur le sujet :

- Utilisation du score EPICES pour évaluer la situation sociale des patientes
- Exclure les patientes avec des contres indications aux contraceptifs
- Exclure les patientes qui n'ont pas expulsé la grossesse en post-IVG immédiat (lors d'une IVG médicamenteuse)
- Explorer le projet de vie de la patiente vis à vis de la parentalité
- Intégrer la question du choix de la patiente concernant la contraception
- Intégrer la question des méthodes proposées par le professionnel
- Intégrer la notion de contraception prescrite seulement lors de la visite de contrôle en post-IVG immédiat
- Aborder la contraception de couple dans le questionnaire et pas seulement la contraception de la patiente et intégrer la vasectomie dans les choix contraceptifs en post-IVG immédiat

➤ **Propositions d'études à réaliser en Moselle :**

- La prévalence des différentes méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilités dans tous les centres d'orthogénie de Moselle, en se basant sur la présente étude pilote
- Prévalence des méthodes contraceptives proposées par les équipes d'orthogénie dans les centres d'orthogénie de Moselle
- La contraception prescrite influence-t-elle la présence des patientes à la consultation post-IVG en Moselle ?
- La place actuelle de la sage-femme dans la prise en charge de l'IVG en Moselle, de la réalisation de l'IVG à la gestion de la contraception post-IVG

Conclusion

Notre étude a porté sur 231 femmes ayant réalisé une IVG dans les deux centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville en Moselle du 15 janvier 2018 au 28 février 2018. Nos résultats ne sont pas extrapolables aux IVG réalisées en Moselle, mais le taux de réponse de 100% témoigne d'une très bonne acceptabilité et faisabilité de notre étude.

Les méthodes contraceptives prévues en post-IVG les plus fréquentes sont : la pilule (51%), le DIU (22,9%) et l'implant (10,8%). Le taux de recours à une CLAR (prévue, prescrite ou posée immédiatement) est de 34,7% des IVG. Seulement 11,8% des femmes ont bénéficié de la pose d'une CLAR immédiatement après l'IVG. Le taux de CLAR posée en post IVG immédiat est d'autant plus important que la femme est jeune ($p=0,0001$), et le recours à une CLAR (prévue, prescrite ou posée immédiatement) est plus important chez les femmes ayant un niveau de compréhension jugé comme imparfait par le professionnel ($p=0,048$). Nous ne constatons pas de différence selon les antécédents d'accouchement et/ou d'IVG, ni selon la méthode d'IVG, ce qui laisse à penser que le DIU est insuffisamment proposé en post-IVG immédiat. L'absence de différences selon les indicateurs de la situation sociale est en faveur de biais méthodologiques.

On en déduit que très peu de femmes bénéficient d'une contraception efficace et effective en post-IVG immédiat. D'autres études devront être menées pour comprendre les mécanismes aboutissant à un faible taux de recours aux CLAR en post-IVG immédiat. La contraception post-IVG pose un défi aux équipes accompagnant les femmes dans leurs parcours d'orthogénie. Face à un taux d'IVG itératives qui augmente et à un taux de grossesses non programmées qui se situe entre 30 et 45% en Moselle, il apparaît primordial de développer des stratégies visant l'amélioration de l'accompagnement des mosellans dans le contrôle de leur fécondité, et plus particulièrement en post-IVG immédiat. Les sages-femmes, qui font partie intégrante du suivi de l'IVG depuis la loi de 2016, sont un des leviers que l'on pourrait activer pour tendre vers cette amélioration. Leurs compétences concernant les conseils contraceptifs et la pose de CLAR devraient être mises à contribution dans le parcours d'orthogénie des femmes mosellanes.

Bibliographie

- [1] INED. Avortements [en ligne]. (Consulté le 11/09/2017). Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoirpopulation/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
- [2] Legendre N. Les français et la contraception: une utilisation paradoxale . La revue de l'infirmière. 10/2007, n°134, p.10.
- [3] Bajos, Nathalie; Job-Spira, Nadine, « La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 : présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon », *Population*, no. 3-4, mai-août 2004, p. 409-517.
- [4] Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG en France est stable, mais moins de femmes y ont recours, *Population*, 2004, p. 365-98.
- [5] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. [en ligne]. (Consulté le 12/04/18). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19740/ivg_pop3.fr.pdf
- [6] Upadhyia K, Breuner C, Trent M, and al. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2012 Dec;130(6):1174-1182. Available from, DOI: 10.1542/peds.2012-2962
- [7] Millar-W-J, Wadhera-S, Henshax-S-K. Repeat abortion inCanada,1975-1993. *Fam.plann.Perspect* 1997 Jan-Fev, VOL:29(1),P:20-4.
- [8] Faucher P, Serfaty D. La contraception après une interruption volontaire de grossesse. *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2012 ; 14 (1) : 36-40 doi:10.1684/mte.2012.0381
- [9] Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion : a decision analysis. *Obstet Gynecol*. 2007 ; 109 : 1286-94.
- [10] HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. [en ligne]. (Consulté le 22/01/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_mo_rapport_delaboration.pdf.
- [11] Duby G, Perrot M, Pantel PS. Histoire des femmes en Occident, tome 1 : L'Antiquité. Paris: Académique Perrin Editions; 2002.
- [12] Bologne J-C. La naissance interdite : stérilité, avortement, contraception au MoyenAge. Paris: Olivier Orban; 1988

- [13] Le Naour J-Y, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). Seuil; 2003.
- [14] IVGGOUV. Dossier guide. [en ligne]. (Consulté le 22/01/2018). Disponible sur : https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-2.pdf
- [15] Medisite. MISOONE 400 mg, comprimé. [en ligne]. (Consulté le 15/01/2018). Disponible sur : <http://www.medisite.fr/dictionnaire-des-medicaments-misoone-400-microgrammes-comprime.607532.8028.html>
- [16] Infos IVG. IVG en France. [Internet]. (Consulté le 21/01/2018). Disponible sur : <https://ivg.net/droits-des-femmes/ivg-france>
- [17] Dépôt Universitaire Numérique des Etudiants. Thèse Matthieu MODOT. [Internet]. (Consulté le 01/03/2018). Disponible sur <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137877/2016MCEM6705/fichier/6705F.pdf>
- [18] OMS. La contraception. [en ligne]. (Consulté le 22/12/2018). Disponible sur : <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
- [19] Pharmacie. Histoire de la contraception . [en ligne]. (Consulté le 05/01/2018). Disponible sur : <https://www.pharmacie-principale.ch/themes-sante/sexualite/petite-histoire-de-la-contraception>
- [20] Smith L. The Kahun Gynaecological Papyrus: ancient Egyptian medicine. [en ligne]. (Consulté le 05/01/2018). Disponible sur : <http://srh.bmj.com/content/familyplanning/37/1/54.full.pdf>
- [21] Pharmacie. Histoire de la contraception . [en ligne]. (Consulté le 05/01/2018). Disponible sur : <https://www.pharmacie-principale.ch/themes-sante/sexualite/petite-histoire-de-la-contraception>
- [22] FILSANTE. Histoire du préservatif. [en ligne]. (Consulté le 07/01/2018) Disponible sur : <http://www.filsantejeunes.com/histoire-du-preservatif-5141>
- [23] Yvetot G. La limitation des naissances. [en ligne]. (Consulté le 07/01/2018). Disponible sur : <https://placard.ficedl.info/article5783.html>
- [24] Le planning familial. Présentation du planning familial [en ligne]. (Consulté le 11/02/2018). Disponible sur : <http://www.planningfamilial.org/articles/presentation-du-planning-familial-0027?prehome=off>
- [25] France. Ministère des affaires sociales. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. JORF du 29 décembre 1967, p. 12861-2. [en ligne]. (Consulté le 11/02/2018). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880754

- [26] France. Ministère de la santé. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, JORF du 5 décembre 1974, p. 12123. [en ligne]. (Consulté le 11/02/2018). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000334817
- [27] France. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (1). JORF n°289 du 14 décembre 2000, texte n° 3, p. 19830. [en ligne]. (Consulté le 11/02/2018). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000755450
- [28] HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). [en ligne]. (Consulté le 12/02/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf
- [29] H.A.S. Efficacité des méthodes contraceptives. [en ligne]. (Consulté le 22/03/2018). Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
- [30] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004. [Internet.](Consulté le 03/03/2018). Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf
- [31] H.A.S. Document de synthèse : méthodes contraceptives, focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles – Saint-Denis-LaPlaine : H.A.S, 2013, 53 p., p.4.
- [32] McNicholas C et al. The contraceptive CHOICE Project round up:what we did and what we learned. Clin Obstet Gynecol 2014;57(4):635-43
- [33] GALLET C.DEVENIR DE LA CONTRACEPTION APRES UNE IVG. Thèse Médecine. Lille. [en ligne]. (Consulté 05/01/2018). Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/491f7477-f94b-464c-b222-c4b7c681a058>
- [34] Paula H. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration. [en ligne]. (Consulté le 12/03/2018). Disponible sur <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>
- [35] Bajos N, Moreau C. and al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Population & sociétés. [en ligne]. (Consulté le 05/01/2018). Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- [36] Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception. janv 2013;87(1):45-50.

- [37] WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use - Fifth edition 2015. [en ligne]. (Consulté le 01/03/18). Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
- [38] HAS. Fiche mémo contraception chez la femme en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Paris: HAS; 2013.
- [39] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? sept 2012;(492).
- [40] Trignol-Viguiier N, Blin E, Marret H. Dispositif intra-utérin et nulliparité. Gynécologie Obstétrique Fertil. juin 2014;42(6):432- 7.
- [41] Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [en ligne]. (Consulté le 11/02/2017). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [42] Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient ?. [en ligne]. (Consulté le 12/12/2017). Disponible sur : http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf
- [43] Casanova L., Ringa., et al., Factors associated with GPs' knowledge of their patients' socio-economic circumstances: a multilevel analysis. Family Practice. [en ligne]. (Consulté le 5/11/2017). Disponible sur <https://academic.oup.com/fampra/article/32/6/652/2450432>
- [44] Bajos N, Leridon H, Oustry P and al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population. [en ligne]. (Consulté le 25/04/2018). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-2004-3-page-479.htm>
- [45] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 127 modifiant l'article L2212-2 du Code de la Santé Publique. [en ligne]. (Consulté le 02/04/2018). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [46] Article L2212-2 du Code de Santé Publique, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127. [en ligne]. (Consulté le 02/04/2018). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [47] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184. [en ligne]. (Consulté le 07/04/2018). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Annexes

Annexe n°1 : Les risques des différentes méthodes d'IVG⁸

L'IVG comporte-t-elle des inconvénients ou des risques ?

Comme toute intervention, une IVG comporte des inconvénients et peut présenter certains risques exceptionnels.

- Pour l'IVG par aspiration : les principales complications, rencontrées dans moins de 1 % des cas, sont la perforation utérine lors de la dilatation du col ou lors de l'aspiration, la déchirure du col de l'utérus et l'hémorragie pendant l'aspiration. Très exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire d'une coelioscopie, voire d'une ouverture de l'abdomen.

La survenue d'une infection utérine ou d'une rétention ovulaire (de fragments de la grossesse) est possible après une aspiration.

- Pour l'IVG médicamenteuse : les principaux inconvénients sont le risque d'hémorragie abondante qui peut nécessiter la réalisation d'une aspiration (ou curetage) en urgence. Une rétention d'une partie de l'œuf ou même une grossesse persistante peut se voir dans moins de 5 % des cas. En cas de rétention, une aspiration peut être nécessaire pour évacuer de l'utérus les fragments restants.

- Quelle que soit la technique : les complications précédemment décrites peuvent entraîner de manière exceptionnelle des difficultés pour être à nouveau enceinte. Dans les deux types d'interruption, il existe très exceptionnellement un risque de transfusion sanguine, voire un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

⁸ Source : CNGOF. Fiche d'information des patientes. [en ligne]. (Consulté le 16.02.2018). Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Grand%20public/Informations%20patientes/cngof_info

Annexe n°2 : Protocole HAS concernant l'IVG médicamenteuse⁹

L'IVG médicamenteuse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée

| Antiprogestérone suivie, 36 à 48 h après, ... | ... d'une prostaglandine |
|---|---|
| mifépristone , 600 mg par voie orale : ⊗ Mifégyne® (3 comprimés à 200 mg, en une prise). | misoprostol , par voie orale* : ⊗ soit Gymiso® (400 µg : 2 comprimés à 200 µg, en une prise) ; ⊗ soit Misoone® (400 µg : 1 comprimé à 400 µg). Ou géméprost , par voie vaginale : ⊗ Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg). |
| Ou mifépristone , 200 mg par voie orale : ⊗ soit Mifégyne® (1 comprimé à 200 mg) ; ⊗ soit Miffee® (1 comprimé à 200 mg). | géméprost , par voie vaginale : ⊗ Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg). |

L'IVG médicamenteuse aux 8e et 9e semaines d'aménorrhée

| Antiprogestérone suivie, 36 à 48 h après, ... | ... d'une prostaglandine |
|---|---|
| mifépristone , 600 mg par voie orale : ⊗ Mifégyne® (3 comprimés à 200 mg, en une prise). | géméprost , par voie vaginale : ⊗ Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg). |
| Ou mifépristone , 200 mg par voie orale : ⊗ soit Mifégyne® (1 comprimé à 200 mg) ; ⊗ soit Miffee® (1 comprimé à 200 mg). | |

⁹ Source : Haute Autorité de santé. [en ligne]. (Consulté le 16/02/2018). Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2021610/fr/interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter

Annexe n°3 : Questionnaire

LA CONTRACEPTION EN POST-IVG IMMÉDIAT EN MOSELLE

Actuellement en 5ème année à l'école de sage-femme de Metz, j'ai réalisé ce questionnaire dans le cadre de l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude. Mon étude aura comme objectif principal de décrire les contraceptions qui sont prescrites aux patientes en post-IVG immédiat. Mon objectif secondaire : voir s'il existe des différences de prescriptions selon différentes variables. Toutes les informations seront recueillies de façons **anonymes** et **confidentielles** et ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire. Je vous remercie d'avance du temps que vous consacrez à ce questionnaire. Si vous souhaitez obtenir des informations supplémentaires et/ou les résultats de mon étude, vous pouvez me contacter par mail : malika57280@hotmail.fr

A. INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE :

A1. Quel est votre âge ?

- Moins de 18 ans
- Entre 18 ans et 25 ans
- Entre 25 ans et 35 ans
- Plus de 35 ans

A2. Avez-vous une assurance maladie de base ?

- Oui
- Non

A3. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

- Oui
- Non

A4. Quel est votre pays de naissance ?

A5. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Il s'agit des catégories INSEE. La catégorie "professions intermédiaires" correspond à une position intermédiaire entre cadres et employés. Ils travaillent dans l'enseignement, la santé et le travail social; parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçant et chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activités professionnelles

B. CONCERNANT LES ATCD OBSTÉTRICAUX DE LA PATIENTE :

B6. Ya t-il déjà eu un ou plusieurs accouchement (enfant né vivant ou mort) ?

- Non, il n'y a jamais eu d'accouchement
- Oui, il y a déjà eu un ou plusieurs accouchements

B7. Est-ce qu'il y a déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) par le passé ?

- Oui il y a déjà eu recours à une ou plusieurs IVG
- Non il n'y a jamais eu recours à une IVG

C. CONCERNANT L'IVG ET SA CONTRACEPTION :

C8. Quelle est la méthode de l'interruption volontaire de grossesse qui sera réalisé (IVG) ?

- IVG chirurgicale
- IVG médicamenteuse

C9. Quelle contraception est prévue après l'IVG ?

- Pilule
- Implant
- DIU
- Patch
- Anneau vaginal
- Diaphragme ou cape cervicale
- Spermicides
- Injections trimestrielles
- Préservatifs (masculins/féminins)
- Abstinence périodique
- Méthode du retrait pré coïtal
- Stérilisation à visée contraceptive
- Aucune contraception prévue

C10. La contraception est :

- Non prescrite au décours de l'IVG, la patiente doit revoir avec le professionnel de santé qui assure son suivi gynécologique (médecin de famille, sage-femme libérale, gynécologue)
- Seulement prescrite
- Prescrite et posée/injectée le même jour que l'IVG (DIU - Implant - Injections)

C11. Selon vous, le niveau de compréhension de la patiente concernant les explications médicales donnée est ?

- Parfait
- Moyen
- Imparfait

D. CONCERNANT LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ PRESCRIPTEUR DE LA CONTRACEPTION :

D12. Depuis quand êtes vous diplômé ?

- Vous êtes encore étudiant
- Diplômé depuis moins de 10 ans
- Diplômé depuis 10-20 ans
- Diplômé depuis plus de 20 ans

D13. Quelle est votre filière ?

- Maïeutique
- Médecine

Annexe n°4 : Score EPICES¹⁰

Calcul du score EPICES

| N° | Questions | Oui | Non |
|----|--|--------|-----|
| 1 | Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? | 10,06 | 0 |
| 2 | Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? | -11,83 | 0 |
| 3 | Vivez-vous en couple ? | -8,28 | 0 |
| 4 | Etes-vous propriétaire de votre logement ? | -8,28 | 0 |
| 5 | Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? | 14,80 | 0 |
| 6 | Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | -6,51 | 0 |
| 7 | Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 | 0 |
| 8 | Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | -7,10 | 0 |
| 9 | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants | -9,47 | 0 |
| 10 | En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin? | -9,47 | 0 |
| 11 | En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? | -7,10 | 0 |
| | constante | 75,14 | |

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
 Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

¹⁰ Source : Assurance maladie. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie. [en ligne]. (Consulté le 23/04/2018). Disponible sur : <http://gemsto.free.fr/gemstoprecarite18dec07epicescalcul.pdf>

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Metz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de BOUR Malika - Année 2018

La prévalence des méthodes contraceptives en post-IVG immédiat et ses facteurs de variabilité

Etude portant sur 231 cas d'IVG réalisées dans deux centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville en Moselle du 15 janvier 2018 au 28 février 2018

Résumé :

Introduction : En France, il y a ce qu'on appelle « le paradoxe Français », les français sont les plus gros consommateurs de contraceptifs en Europe, mais c'est également ceux qui ont le taux d'IVG le plus élevé. De plus, les IVG itératives qui ne cessent d'augmenter sont un réel problème de santé publique. Il est important d'agir de manière efficace en post-IVG immédiat, au niveau de la contraception. On peut s'interroger sur l'existence d'un nombre aussi élevé d'IVG de nos jours alors que les méthodes contraceptives sont nombreuses, fiables et disponibles.

Méthode : L'objectif principal de cette étude est de décrire la prévalence des différentes méthodes contraceptives prévues aux patientes en post-IVG immédiat. L'objectif secondaire est de voir s'il existe une différence du taux de CLAR prévue et posée selon différentes variables. Il s'agit d'une étude épidémiologique, multicentrique par questionnaire anonymes administrés auprès des usagères et des professionnels prescripteurs de la contraception en post-IVG immédiat. La population est constituée de 231 patientes réalisant une IVG dans les centres d'orthogénie du CHR Metz-Thionville.

Résultats : La pilule représente 51,1% (118) des contraceptifs prévue en post-IVG immédiat. Les CLAR représente seulement 22,9 (53) des contraceptifs prévue. On observe une différence statistiquement significative de CLAR prévu ou posé pour les variables : Âge de la patiente, niveau de compréhension de la patiente, l'année d'obtention du diplôme du professionnel prescripteur de la contraception.

Conclusion : D'autres études sont nécessaires, notamment auprès de tous les centres d'orthogénie de Moselle pour essayer de comprendre les freins à l'utilisation de CLAR.

Mots-clés : Post-IVG – Contraception – Centre d'orthogénie

Abstract :

Introduction : In France, there is what is called "the French paradox", the French are the largest consumers of contraceptives in Europe, but it is also the country that has the highest rate of abortion. In addition, iterative abortions that continue to increase are a real public health issue. It is important to act effectively in post-abortion, at the level of contraception. One can wonder about the existence of such a high number of abortions today while contraceptive methods are numerous, reliable and available.

Methods : The main objective of this study is to describe the prevalence of the different contraceptive methods that are planned to patients immediately after abortion. The secondary objective is to see if there is a difference in the predicted of long-acting reversible contraception CLAR rate and posed according to different variables. This is an epidemiological, multicentric study by anonymized questionnaires given to users and professionals prescribing immediate post-abortion contraception. The population consists of 231 patients performing an abortion in the orthogeny centers of the Metz-Thionville CHR.

Results : The pill represents 51.1% (118) of the contraceptives planned in immediate post-abortion. CLAR represent only 22.9 (53) of planned contraceptives. There is a statistically significant difference in CLAR predicted or posed for variables : patient's age, level of understanding of the patient, year of graduation of the prescribing professional.

Conclusion : More studies are needed, especially at all Moselle orthogeny centers to try to understand the limitations of the CLAR use.

Keywords : Post-abortion – Contraception – Orthogenic center