

Année 2021/2022

# Thèse

Pour le

## DOCTORAT EN MEDECINE Spécialité Médecine Générale

Diplôme d'État  
par

**Manon CORNAC**

Née le 24 mai 1994 à ALBI (81)

---

Analyse de la contraception utilisée un an après la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse au Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

---

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Caroline DI GUISTO, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marion CUSSOT, Médecine Générale, Orthogénie – CHRO – Orléans

Docteur François COULON, Médecine Générale – Tavers

**Directrice de thèse : Docteur Floriane BONNIN, Gynécologie Médicale – CHRO – Orléans**

## **RESUME :**

**Introduction :** En France, le taux d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) est stable depuis les années 1980, malgré une couverture contraceptive élevée. Un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie. Après une IVG, l'ovulation reprend le mois suivant : une contraception en post-IVG immédiat est donc primordiale. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français préconise de privilégier les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC) : implants, dispositifs intra-utérins au cuivre et systèmes intra-utérins au lévonorgestrel.

**Matériel et méthode :** Cette étude observationnelle, descriptive et monocentrique s'est déroulée au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Les patientes ayant réalisé une IVG du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2021 étaient sélectionnées. Le recueil de données a été réalisé sur dossiers informatiques et par appels téléphoniques pour connaître leur situation contraceptive début 2022. Les raisons d'un changement de méthode, la satisfaction et les difficultés rencontrées avec la contraception ont été demandées. Etaient incluses toutes patientes majeures ayant répondu au questionnaire téléphonique. L'objectif de notre étude était d'analyser le devenir de la contraception un an après une IVG.

**Résultats :** Notre étude a inclus 137 patientes. 59 % des patientes utilisaient toujours un an plus tard la contraception prescrite en post-IVG immédiat. Les LARC ont été poursuivies dans plus de 71 % des cas, avec un taux à 78 % pour l'implant. A contrario, les contraceptions orales étaient plus souvent abandonnées avec un taux de poursuite inférieur à 45 %. L'arrêt de la contraception prescrite était principalement dû à un problème de tolérance ou d'observance (44,6 %), mais aussi à un désir de grossesse (19,6 %).

**Conclusion :** Un an après la réalisation de l'IVG, la poursuite de la contraception initialement prescrite est significativement meilleure pour les LARC que pour les contraceptions orales. Au regard du taux de maintien et de satisfaction, on peut orienter les femmes vers une LARC en post-IVG-immédiat.

**Mots clés :** contraception, avortement, interruption volontaire de grossesse, contraception post-avortement, LARC

## **Analysis of the contraception used one year after abortion at the Regional Hospital Center of Orléans.**

### **ABSTRACT**

**Background :** In France, the rate of abortions has been stable since the 1980s, despite high contraceptive coverage. A third of women will have an abortion in their life. After an abortion, ovulation starts again the following month, so contraception post-abortion is essential. The French National College of Gynaecologists and Obstetricians recommends to favor long-acting reversible contraceptives (LARC): implants, intra-uterine devices with copper or levonorgestrel.

**Study design :** This observational, descriptive and monocentric study took place at the abortion center of the Orléans Regional Hospital Center. Patients who had an abortion from January 1 to March 31 2021 were selected. The data collection was based on computer files and on telephone calls. Reasons for change of method, satisfaction and difficulties with contraception were searched. All major patients who answered to the telephone call were included. The objective of our study was to analyze the use of contraception one year after an abortion.

**Results :** Our study included 137 patients. One year later, 59 % of patients still used the contraception prescribed in immediate post-abortion. In over 71 % of cases, LARC were continued, and rate of 78 % for implants. In contrast, oral contraceptives were more abandoned with a discontinuation rate of less than 45 %. The cessation of prescribed contraception was mainly due to a problem of tolerance or observance (44,6 %), but also for a pregnancy desire (19,6 %).

**Conclusions :** One year after abortion, the pursuit of the contraception initially prescribed is significantly better for LARC than oral contraceptives. Therefore, we can refer women to LARC in post-abortion.

**Keywords :** contraception, abortion, post-abortion contraception, LARC

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || ROBERT Jean ..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais |

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise .....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure .....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## Remerciements

**Au Professeur Henri MARRET**, pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**Au Docteur Cécile RENOUX**, pour m'avoir accompagnée tout au long de mon internat en tant que tutrice. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

**Au Docteur Floriane BONNIN**, pour avoir accepté d'encadrer ma thèse, pour ton soutien, ta disponibilité et tes précieux conseils. C'est un honneur d'avoir été ta première thésarde, merci d'avoir eu confiance en moi. Merci pour ta bienveillance et tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés au CIVG.

**Au Docteur François COULON**, mes sincères remerciements pour tout le savoir transmis et ton encadrement. Tu m'as communiqué l'amour pour la médecine générale, tes conseils me sont chers et je suis fière de continuer d'apprendre à tes côtés. Merci d'être mon mentor et d'avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui.

**Au Docteur Marion CUSSOT**, pour me faire l'honneur de juger mon travail aujourd'hui. Je te remercie pour tout ce que tu as pu m'apporter jusqu'ici. Tu fais partie de ces personnes dont il est important de s'entourer, toujours souriante, réconfortante et bienveillante. Une encadrante au CIVG, une partenaire de course, une future collègue de travail mais aussi une amie. Merci à toi et à ta famille.

**À l'ensemble de l'équipe du centre d'orthogénie du CHR d'Orléans**, pour tout ce que vous m'avez apporté. Un bel accueil lors de mon internat, un soutien lors de la réalisation de ce travail de thèse mais aussi une influence sur mon avenir professionnel. L'idée de venir travailler à vos côtés me réjouit.

**À l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de la MSP de Tavers**, pour votre accueil. Venir exercer la médecine générale dans votre structure est un plaisir. Merci de me supporter depuis déjà 2 ans. Franck, merci de m'avoir fait confiance en tant qu'adjointe.

**Aux Docteur BUSSEREAU, Docteur DANGLADES, Docteur DUBOIS, Docteur CARON, Docteur GABERT, Docteur GUERIN, Docteur KLIFA et Docteur VOISIN-RUFFIER.** Merci de m'avoir partagé vos connaissances, votre savoir-faire et votre vision d'exercer la médecine. Je souhaite à chaque interne de vous croiser lors de leur parcours.

À tous les praticiens que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, pour tout ce que vous m'avez enseigné. Chacun de vous a contribué au médecin que je suis devenue.

À toutes les équipes paramédicales que j'ai pu croiser et sans qui notre travail ne serait pas le même.

**À Anthony**, pour son regard de statisticien et ses conseils.

## **Merci à ma famille.**

**À mes parents**, pour m'avoir apporté tant de soutien depuis toujours et encore plus ces dix dernières années. Merci pour l'amour et les moments de partage que vous nous avez offert à Clément et moi. Merci d'être l'exemple parfait d'un couple uni quelles que soient les épreuves de la vie. Je vous aime.

**À ma mère**, merci Maman pour ton amour maternel sans faille. Merci d'être toujours présente avec tes solutions miracles pour me sentir mieux. J'espère être une femme, une épouse et une mère comme toi.

*Telle mère, telle fille...*

**À mon père**, merci Papa d'avoir toujours été là. Tu as toujours eu les mots justes pour me reconforter. Merci pour les valeurs que tu m'as transmises. Rigueur, persévérance et professionnalisme m'ont permis d'accomplir ces études.

*Vouloir, persévérer, réussir...*

**À mon frère**, merci Clément d'avoir été un frère extraordinaire jusqu'à maintenant. Je suis fière de notre lien fraternel. N'oublie pas que je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

**À mes cousins**, merci Sandra pour nos liens si importants à mes yeux. Merci d'être présents à mes côtés en ce jour.

**À mes tantes et oncles, grands-parents et grands-parents de cœur** pour votre soutien depuis le début.

**À ma belle-famille**, pour votre accueil et votre soutien depuis mon externat.

**Au Docteur Annie CHINCHOLLE**, de me faire l'honneur d'être présente en ce jour, devenir ta consœur est un réel plaisir. L'envie de faire médecin généraliste m'est venue en te côtoyant, j'espère te ressembler un jour. Merci d'avoir toujours pris soin de notre famille.

**À David**, mon Amour, mon Époux, merci d'être auprès de moi et de m'avoir apporté autant d'amour et de soutien jusqu'ici. Merci d'être celui qui me donne le sourire à tout moment. J'ai beaucoup de chance de partager ta vie, je t'aime très fort.

**À Manou et Papi**, mes deux anges gardiens, merci de me protéger de là où vous êtes.

**Merci à mes amis.**

**À mes 3 meilleures amies, le V.** Présentes à mes côtés depuis bientôt dix ans. Toujours là aux bons moments. **Charlotte**, tout le monde devrait prendre exemple sur ton optimisme et ta bonne humeur, merci pour ta franchise et ton amitié sans faille. **Claire**, ma belle artiste mais aussi ma belle-sœur. Tu m'as prouvé qu'amis et famille ne formaient qu'un. Merci de me faire rire avec tes blagues, d'être présente et réconfortante lorsque j'en ai besoin. **France**, ma globetrotteuse, tu seras quelques mois loin des yeux, mais toujours près du cœur. Merci d'avoir été présente quand il le fallait. Reviens en forme pour exercer ta si belle spécialité.

**À mes amis Limougeauds**, que de belles rencontres pendant l'externat, qui ont permis d'avancer au fur et à mesure durant ce long périple.

**À l'OCT Family**, merci pour tous nos moments de partage. Heureuse de voir prochainement la famille s'agrandir.

**À Audrey**, le souvenir d'une femme forte et battante.

**À mes co-internes** des urgences du CHRO, sans vous ce premier semestre n'aurait pas été le même. Merci pour votre présence dans les bons et moins bons moments.

**À mes amis olivetains**, Marion vivement nos après-midi couture, Pierre vivement ton super repas étoilé !

**À la Praline's Coloc**, merci pour ces trois semestres à vos côtés ! Les soirées ensemble ont fait défiler l'internat à toute vitesse.

**À mes amies du lycée**, pour une amitié qui dure malgré la distance.

## **Liste des abréviations**

- AG : anesthésie générale
- AL : anesthésie locale
- CHRO : Centre hospitalier régional d'Orléans
- CI : contre-indication
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- COP : contraception oestro-progestative
- DIM : département de l'information médicale
- DIU : dispositif intra-utérin
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- FCV : frottis cervico-vaginal
- GEU : grossesse extra-utérine
- HAS : Haute Autorité de santé
- IFOP : Institut d'études opinion et marketing
- IMC : indice de masse corporelle
- IP : indice de Pearl
- IST : infection sexuellement transmissible
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LARC : long-acting reversible contraceptives = contraceptifs réversibles à longue durée d'action
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- SA : semaine d'aménorrhée
- SIU-LNG : système intra-utérin au lévonorgestrel

# **TABLE DES MATIERES**

<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	14
<b>I. Introduction</b> .....	15
<b>II. Contexte</b> .....	17
a. L'interruption volontaire de grossesse .....	17
b. La contraception .....	18
c. Initiation de la contraception en post-abortum .....	22
<b>III. Matériel et Méthode</b> .....	23
a. Période et lieu de l'étude .....	23
b. Population de l'étude .....	23
c. Recueil de données .....	23
d. Outils statistiques .....	26
<b>IV. Résultats</b> .....	27
a. Inclusion .....	27
b. Description de la population et des IVG .....	27
c. Evolution de la contraception utilisée à l'issue de l'IVG .....	31
d. Analyse des facteurs influençant la poursuite ou non de la contraception prescrite en post-IVG immédiat .....	33
e. Information sur la contraception .....	37
<b>V. Discussion</b> .....	38
a. Principaux résultats .....	38
b. Forces et limites .....	39
c. Population étudiée .....	40
d. Evolution de la contraception dans le temps .....	41
e. Poursuite, satisfaction et problèmes .....	42
f. Information sur la contraception et ouverture en médecine générale .....	44
<b>VI. Conclusion</b> .....	45
<b>VII. Bibliographie</b> .....	46
<b>VIII. Annexes</b> .....	50
1. Efficacité des méthodes de contraception (HAS) .....	50
2. Contraceptions œstroprogestatives ou progestatives d'actions courtes ou moyennes commercialisées en France en 2021 (tableau par T. Linet, N. Dutriaux, G. Lannuzel et le collectif Formagny) .....	51
3. Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux combinés (ANSM) .....	53
4. Possibilité de prescription d'une contraception oestro-progestative en fonction des facteurs de risque vasculaire (CNGOF) .....	54

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

### **TABLEAUX**

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Analyse descriptive des IVG réalisées de janvier à mars 2021 dans notre population

Tableau 3 : Comparaison des patientes ayant poursuivi à un an d'une IVG la méthode contraceptive prescrite en post-IVG-immédiat avec celles qui l'ont arrêtée

Tableau 4 : Profil du maintien et de la satisfaction de chaque contraception durant l'année suivant la réalisation d'une IVG

Tableau 5 : Raisons de l'arrêt ou du changement de moyen contraceptif dans l'année suivant la réalisation d'une IVG dans notre population

### **FIGURES**

Figure 1 : Questionnaire téléphonique

Figure 2 : Diagramme de flux

Figure 3 : Méthodes contraceptives déjà essayées par notre population

Figure 4 : Répartitions des différents moyens contraceptifs utilisés par notre population aux différents temps de l'étude

## I. Introduction

En 2020, 222 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France (1). Le taux de recours diminue légèrement en métropole : en 2020 il est de 14,9 ‰ femmes âgées de 15 à 49 ans, contre 15,6 ‰ en 2019. Dans la région Centre Val de Loire, il est de 13,5 ‰ (1). Cependant, ces chiffres sont relativement stables depuis les années 1980 malgré une couverture contraceptive médicalisée élevée, c'est le « paradoxe français » (2).

Actuellement, une grossesse sur trois en moyenne n'est pas planifiée. Parmi celles-ci, 62 % conduisent à une IVG (3). Un tiers des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois (4). Ce chiffre est notamment expliqué par le recul de l'âge moyen du premier accouchement à 28,8 ans (5). C'est pourquoi, une contraception efficace et adaptée au mode de vie et aux choix de chaque femme est indispensable pour la prévention des grossesses non planifiées et leurs conséquences éventuelles telle que l'IVG (6).

Après une IVG, la reprise de l'ovulation est rapide puisqu'elle peut survenir dès le 8<sup>ème</sup> jour après l'IVG et chez plus de 90 % des femmes dans le mois suivant l'IVG (7). Par ailleurs, un quart des femmes ont des rapports sexuels non protégés avant la visite de contrôle (8). Il est donc primordial de proposer et de prescrire une contraception aux patientes dès les premières consultations. L'objectif de la contraception en post-IVG est également de limiter la récurrence de recours à l'avortement, qui est actuellement observée dans environ 33 % des cas (9).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a récemment publié des recommandations concernant la contraception post-IVG. Il préconise de privilégier les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC), dispositifs intra-utérins et implants, car elles améliorent l'observance et pourraient ainsi mieux prévenir la répétition des IVG (10).

Nous avons eu des retours de médecins généralistes concernant des demandes de retrait de LARC par des patientes ayant récemment réalisé une IVG, sans en connaître la proportion. Il y a peu de travaux en France concernant le devenir de la contraception à distance d'une IVG, hormis celui de Gallet-Chanu *et al.* qui date de 2011 (11).

Nous avons donc fait le choix d'étudier le devenir de la contraception un an après une IVG, dans le centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO). L'objectif de notre étude est d'analyser la poursuite des différents moyens de contraception au cours de l'année suivant l'IVG. Nous avons également essayé de connaître les facteurs pouvant influencer le maintien ou non de la contraception.

## II. Contexte

### a. L'interruption volontaire de grossesse

#### Cadre légal

L'IVG est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales. Elle est légalisée avec la loi Veil en 1975 et est remboursée par la sécurité sociale depuis 1982. La loi du 4 juillet 2001 a apporté plusieurs modifications à la législation de l'IVG :

- Le délai légal est étendu de 12 semaines d'aménorrhée (SA) à 14 SA.
- La méthode médicamenteuse devient possible en ville jusqu'à 7 SA.
- L'entretien social pré-IVG devient facultatif pour les majeures, mais doit obligatoirement être proposé et reste obligatoire pour les mineures.
- L'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour l'IVG et la contraception.
- Les praticiens souhaitant appliquer la clause de conscience sont tenus d'orienter sans délai la patiente vers un confrère qui pourra la prendre en charge (12).

L'IVG est un sujet d'actualité : la loi n° 2022-295, publiée le 2 mars 2022, vise à renforcer le droit à l'avortement en garantissant un meilleur accès à l'IVG. Elle prolonge le délai légal de l'IVG, de 14 SA à 16 SA. Elle permet aussi de pérenniser une mesure temporaire prise durant l'épidémie de COVID qui est le prolongement du délai de l'IVG médicamenteuse à domicile de 7 SA à 9 SA (13).

#### Déroulement de l'IVG

Elle se déroule en quatre temps. Lors de la première consultation (présentielle ou téléphonique depuis la crise sanitaire de 2020), des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou instrumentale). Un guide d'informations réalisé par le Ministère de la Santé est remis à la patiente (14). La datation de la grossesse est réalisée avec le calcul de la date des dernières règles et est confirmée par l'échographie. La contraception est également abordée dès cette étape.

Lors de la deuxième consultation, la patiente confirme sa demande d'IVG par écrit et remet son consentement au médecin ou à la sage-femme. La méthode d'IVG, ainsi que son lieu de réalisation sont choisis. Une contraception est généralement prescrite après discussion. Le

dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), un frottis cervico-vaginal (FCV), ainsi qu'une consultation avec la conseillère conjugale sont proposés.

Le troisième temps correspond à l'IVG elle-même. La méthode médicamenteuse consiste en l'administration séquentielle d'anti-progestérone (mifépristone) puis de prostaglandines (misoprostol) 24 à 48h plus tard. La méthode instrumentale, quant à elle, consiste en une dilatation cervicale puis aspiration du contenu utérin sous anesthésie locale (AL) (bloc paracervical ou intra-cervical) ou générale (AG). Une préparation cervicale est recommandée avec du mifépristone 24 à 48 heures avant l'aspiration et/ou du misoprostol 1 à 3 heures avant l'aspiration (10).

La quatrième étape correspond à la consultation de contrôle (présentielle ou téléphonique), qui n'est pas obligatoire, mais recommandée surtout lors des méthodes médicamenteuses. Elle a lieu 14 à 21 jours après l'IVG. Elle permet la vérification du succès de l'IVG, de discuter du vécu psychologique, mais également d'apprécier la tolérance de la contraception proposée lors des premières consultations, ou bien de l'initier ce jour-là.

Un entretien avec la conseillère conjugale est proposé en début de parcours et à la suite de l'avortement, afin d'accompagner correctement la patiente sur le plan psycho-social.

## b. La contraception

La contraception correspond à l'ensemble des méthodes réversibles (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée. En France, la Loi de Neuwirth autorise depuis 1967 la vente et l'utilisation des méthodes contraceptives. Le vote du remboursement des méthodes médicales (pilules et dispositifs intra-utérins) a permis leur diffusion et leur démocratisation. Depuis, la couverture contraceptive n'a eu de cesse de progresser. En 2013, 97 % des femmes âgées de 15 à 49 ans et soumises au risque de grossesse non prévue, utilisent une méthode de contraception, principalement des méthodes médicales (72 %)(15). La contraception doit être adaptée à chaque femme, à chaque moment de sa vie. Avant une prescription, toutes les méthodes devront être envisagées afin de choisir la méthode qui conviendra le mieux, celle qui entraînera le moins de contraintes pour la personne, qui sera la plus efficace possible, en respectant les contre-indications éventuelles. Les méthodes considérées efficaces, sont les

contraceptions hormonales et les dispositifs intra-utérins (16). Le CNGOF a mis à jour ses recommandations de prescription en 2018 (17), ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019 (18,19).

L'efficacité des différentes méthodes contraceptives est présentée en Annexe 1. L'Indice de Pearl (IP) est l'indice statistique représentant le nombre de grossesses observées pour cent couples utilisant une contraception donnée durant un an.

### **Les contraceptions oestroprogestatives (COP) (20,21) :**

Les COP sont composées d'hormones de synthèse : les œstrogènes et les progestatifs. La molécule d'œstrogène est, dans la majorité des pilules, la même depuis plus de 50 ans (éthinyloestradiol). Les doses utilisées varient de 15 µg à 40 µg. Les molécules progestatives dérivées de la testostérone sont classées par génération (en fonction de leur date de mise sur le marché). Des contraceptifs oraux contenant des molécules progestatives non dérivées de la testostérone sont aussi disponibles de façon plus récente, et notamment la drospirénone. Enfin, il existe aussi deux autres voies d'administration de cette contraception combinée : la voie vaginale (anneau vaginal) et la voie transdermique (patch) (Annexe 2).

La contraception oestro-progestative est associée à une majoration du risque thrombo-embolique, essentiellement veineux, variable selon le type et le taux d'œstrogène ainsi que la génération du progestatif (22). De nombreuses femmes acquièrent au cours de leur vie une contre-indication aux œstrogènes oraux, notamment du fait de leur âge et de leurs paramètres cardio-vasculaires et métaboliques (Annexe 3).

## **Les contraceptions progestatives (20,21) :**

### **La contraception microprogestative par voie orale :**

Deux molécules sont à notre disposition depuis des années. Il s'agit du lévonorgestrel et du désogestrel utilisés à petites doses. De plus, fin 2019 a été mise sur le marché une pilule composée de drospirénone (Annexe 2).

### **L'implant :**

Cet implant est mis en place au niveau sous-cutané de la face interne/inférieure du bras non dominant. Il est composé d'étonogestrel. Son efficacité théorique et pratique est la meilleure avec un IP à 0,05 (23), pour une durée maximale de 3 ans.

### **Les systèmes intra-utérins au lévonorgestrel (SIU-LNG) :**

Trois dispositifs sont à notre disposition. Ils contiennent entre 13,5 mg et 52 mg de lévonorgestrel délivré directement dans l'utérus. Ils sont mis en place pour une durée de 3 à 6 ans. Leur principal mécanisme d'action est une inhibition de la prolifération endométriale responsable du fort pourcentage d'aménorrhée.

La contraception microprogestative (pilule microprogestative, implant et SIU) est associée à une fréquence accrue de trouble du cycle menstruel (spotting et métrorragies) et à une possible aggravation d'une acné préexistante.

### **La contraception injectable intramusculaire :**

Le seul progestatif administré sous forme injectable est l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) à la dose de 150 mg tous les 3 mois. Cette contraception est très peu utilisée en France et a les mêmes contre-indications que les COP.

### **Les macroprogestatifs par voie orale :**

Ils sont utilisés pour le traitement de certaines pathologies gynécologiques (endométriose, adénomyose...). Ils n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché en tant que contraceptifs, mais sont parfois une bonne alternative à considérer (24).

## **Les contraceptions non hormonales (20,21) :**

### **Les dispositifs intra-utérins au cuivre :**

Les DIU peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité, en dehors de certaines contre-indications (malformations utérines, infections en cours ou saignements inexplicables). Avant la pose, le risque d'infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* doit être évalué et écarté, notamment en cas d'antécédent d'IST, d'infection génitale haute en cours ou récente, d'âge < 25 ans ou de partenaires multiples (19). Ils sont efficaces pour une durée de 5 ans. Les DIU au cuivre n'entraînent pas d'effet systémique mais peuvent majorer les dysménorrhées et les saignements menstruels.

### **Les méthodes barrières et naturelles :**

Ces méthodes sont peu fiables, contraignantes et présentent de gros taux d'échecs. 15,5 % des femmes utilisent le préservatif et 4,6 % les autres méthodes barrières (spermicide, diaphragme, cape cervicale, éponge vaginale) et naturelles (méthode des températures, la méthode Ogino ou la méthode basée sur l'étude de la glaire cervicale (Billings)).

Les facteurs associés à l'échec du préservatif sont le jeune âge, le statut d'étudiante, le célibat et la nulliparité (25). Mais il reste très utilisé chez les jeunes femmes. Les préservatifs contrairement aux autres méthodes permettent une protection contre les IST (21).

## **Les contraceptions réversibles de longue durée d'action (LARC) :**

Le groupe des LARC est composé de trois types de dispositifs :

- Les DIU au cuivre
- Les SIU au lévonorgestrel
- L'implant

### c. Initiation de la contraception en post-abortum

La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate, une contraception efficace est donc indispensable dès la réalisation de l'IVG (10,19). Le CNGOF a publié des recommandations pour chaque méthode contraceptive (10) :

Les COP et les pilules microprogestatives sont utilisables immédiatement après une IVG :

- En cas d'IVG instrumentale : la COP orale, la pilule microprogestative et le patch devraient être débutés le jour de l'aspiration. L'anneau vaginal devrait être inséré dans les cinq jours suivant l'IVG.
- En cas d'IVG médicamenteuse : la COP orale, la pilule microprogestative et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines. L'anneau devrait être inséré la semaine suivant la prise de mifépristone.

L'implant devrait être inséré précocement également :

- Le jour même de l'IVG si méthode instrumentale.
- A partir de la prise de mifépristone en cas d'IVG médicamenteuse.

Quel que soit le type de DIU ou SIU, il devrait être mis en place :

- Immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux ou de complication).
- Dans les dix jours après une IVG médicamenteuse, lors de la visite de contrôle, après s'être assuré de la vacuité utérine. Une autre contraception sera utilisée dans l'intervalle.

## III. Matériel et Méthode

### a. Période et lieu de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, monocentrique.

L'étude s'est déroulée dans le centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Nous nous sommes intéressés aux IVG réalisées du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2021. Le recueil des données a été effectué un an plus tard de janvier à mars 2022.

### b. Population de l'étude

#### Critères d'inclusion

Toutes patientes ayant réalisé une IVG, par méthode médicamenteuse ou instrumentale, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 31 mars 2021 étaient incluses dans l'étude.

#### Critères d'exclusion

Étaient exclues les patientes présentant l'un des critères suivants :

- Patientes mineures lors de l'avortement en 2021.
- Patientes n'ayant pas répondu aux appels téléphoniques ou ne souhaitant pas répondre au questionnaire.
- Patientes dont la barrière de la langue était trop importante, empêchant le bon recueil des réponses lors de l'appel.
- Patientes dont le numéro de téléphone n'était pas attribué ou étranger.

### c. Recueil de données

Pour étudier cette population, le projet d'étude a été enregistré auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

La liste des patientes ayant réalisé une IVG dans la période donnée a été demandée au département de l'information médicale (DIM).

Le recueil de données s'est fait en deux étapes : un questionnaire téléphonique et un recueil de données sur dossier informatique.

Le consentement d'autorisation d'appel de notre part et la contraception prescrite en post-IVG immédiat ont été recueillis sur les dossiers des patientes en amont de l'appel téléphonique.

### Questionnaire téléphonique

Dans un premier temps, nous avons appelé les patientes début 2022. Il a été décidé de réaliser au maximum trois tentatives d'appels. Notre objectif était de connaître leur situation contraceptive un an après leur IVG à l'aide d'un questionnaire court (Figure 1).

En 2021, il vous a été prescrit une contraception dans notre service.

1) Utilisez-vous toujours cette contraception ?

Si oui,

- Etes-vous satisfaite ?
- Avez-vous rencontré des difficultés avec cette méthode ? Lesquelles ?

Si non,

- Quelle(s) raison(s) vous a amené à changer de méthode contraceptive ?

2) Si vous avez changé de méthode, quelle contraception utilisez-vous actuellement ?

3) Rencontrez-vous des problèmes d'observance ou tolérance avec cette nouvelle méthode ? Lesquels ?

4) Comment jugez-vous la qualité de l'information reçue sur la contraception au CHRO ?

- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

5) Avant votre consultation dans notre service, aviez-vous déjà été informée sur la contraception ?

Figure 1 : Questionnaire téléphonique

## Recueil de données sur dossier informatique

Dans un deuxième temps, nous avons relevé des données informatiques des patientes incluses, c'est-à-dire ayant répondu au questionnaire téléphonique.

Ces données étaient sur le logiciel de l'hôpital Easily®. Pour 4 patientes, nous avons dû recueillir les données sur les dossiers papiers (période de transition vers la dématérialisation).

Les critères de l'ANSM (Annexe 2) et du CNGOF (Annexe 3) ont été utilisés pour déterminer les facteurs de risque, en particulier cardio-vasculaire, ayant une importance en vue de la prescription d'une contraception.

Les paramètres recueillis sur les dossiers étaient :

- Age.
- Indice de masse corporelle (IMC).
- Statut marital.
- Antécédents gynécologiques (chirurgicaux et médicaux) et obstétricaux (gestité, parité, césarienne, grossesse extra-utérine (GEU) et IVG).
- Tabagisme.
- Traitement en cours.
- Vécu de violences.
- Statut du frottis cervico-vaginal (FCV) de dépistage.
- Antécédent d'infection à *Papillomavirus humain* (HPV).
- Antécédent d'IST.
- Contre-indication(s) aux différentes méthodes contraceptives.
- Antécédents contraceptifs et les problèmes éventuels rencontrés.
- Contraception au moment de la conception donnant lieu à l'IVG.
- L'utilisation d'une mesure de rattrapage : contraception d'urgence, préservatif.
- Terme et méthode de l'IVG.
- Contraception choisie au cours de la consultation pré-IVG.
- Contraception réellement appliquée en post-IVG immédiat.
- Présence à la consultation post-IVG.
- Consultation avec la conseillère conjugale.

#### d. Outils statistiques

Les données recueillies ont été consignées dans une base Excel®.

Nous avons réalisé des analyses univariées. Le test du Chi<sup>2</sup> et le test de Fisher ont été utilisés pour les données qualitatives, exprimées en pourcentages. Les tests de Welch et Mann-Whitney ont été utilisés pour les variables quantitatives, exprimées en moyennes.

Le niveau de significativité a été fixé à 5 %, soit  $p < 0,05$ .

Pour tous les calculs statistiques nous avons utilisé le logiciel *Pvalue.io*® (26).

La rédaction de ce travail a été réalisé avec Word®.

## IV. Résultats

### a. Inclusion

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars 2021, 212 patientes ont bénéficié d'une IVG au CHRO. Après application des critères d'exclusion, 137 patientes ont pu être incluses définitivement pour l'étude statistique des données (Figure 2).

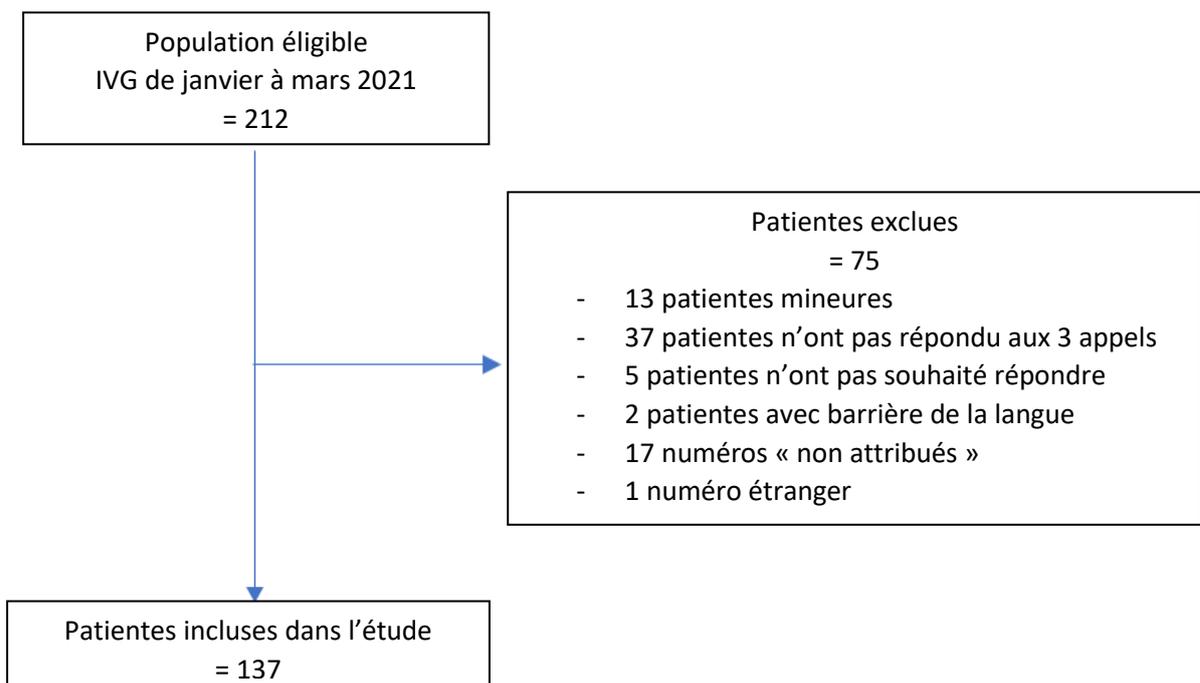


Figure 2 : Diagramme de flux

### b. Description de la population et des IVG

Le Tableau 1 décrit les caractéristiques des patientes incluses dans notre étude.

La moyenne d'âge était de 29,3 ans. Un quart d'entre elles étaient des femmes ayant subi des violences physiques et/ou psychologiques et/ou sexuelles par le passé ou bien dans le présent.

56 % des patientes avaient un frottis à jour, ce qui peut faire penser à un suivi régulier sur le plan gynécologique.

34 % des patients ont une contre-indication aux COP.

45 % ont pour antécédent une ou plusieurs IVG, et presque deux tiers d'entre elles ont des enfants.

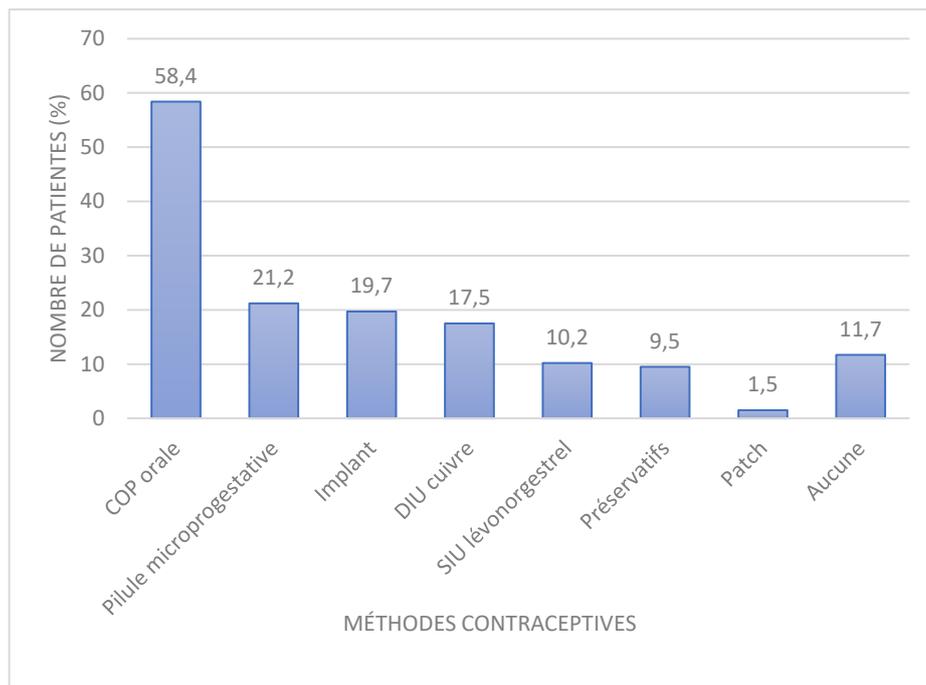
<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>n = 137 (%)</b>
Age (en années)	29,3 ± 6,63
<u>Vie de couple</u>	
Célibataires	64 (47 %)
En couple	72 (53 %)
<u>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</u>	
< 25	73 (53 %)
25 ≤ IMC < 30	44 (32 %)
≥ 30	20 (15 %)
Tabagisme actif	59 (43 %)
Antécédents troubles psychologiques	14 (10 %)
Consommation Cannabis	13 (9,5 %)
Victimes de violences	35 (26 %)
Antécédents Chlamydia +	12 (8,8 %)
<u>Frottis</u>	
< 3 ans	77 (56 %)
> 3ans	27 (20 %)
NC	24 (24 %)
Antécédents HPV +	8 (5,9 %)
Avec enfant(s)	88 (64 %)
<u>Antécédents IVG</u>	
1	44 (32 %)
≥ 2	17 (12,5 %)
Antécédents gynécologiques et obstétricaux (autres que cités au-dessus)	38 (28 %)
Contre-indications COP	47 (34 %)

*Les variables continues sont exprimées en moyennes ± écarts-type et les variables qualitatives en nombres (n) et pourcentages.*

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

Dans la Figure 3, on peut voir que la contraception majoritairement essayée en amont de l'IVG, est la pilule oestroprogestative chez 58 % des patientes. 71 % d'entre elles ont déclaré une mauvaise tolérance ou observance aux contraceptions précédemment utilisées.

Pour toutes contraceptions confondues, des difficultés ont été rencontrées dans 70 % des cas.



**Figure 3 : Méthodes contraceptives déjà essayées par notre population**

Le Tableau 2 décrit les caractéristiques des IVG réalisées. Le terme moyen des grossesses lors des avortements était de 8 semaines d'aménorrhées (SA) + 5 jours. La méthode médicamenteuse a été réalisée dans 54 % des cas contre 46 % pour la méthode instrumentale. On observe que 85 % des patientes ont honoré leur rendez-vous de contrôle.

<b>Circonstances et caractéristiques des IVG</b>	<b>n = 137 (%)</b>
Histoire d'oubli de pilule	52 (18 %)
Grossesses sur stérilet	6 (4,4 %)
Contraception d'urgence utilisée	7 (5,1 %)
Méthode utilisée	
Médicamenteuse	74 (54 %)
À l'hôpital	52 (38 %)
À domicile	22 (16 %)
Instrumentale	63 (46 %)
AG	44 (32 %)
AL	19 (14 %)
Consultation avec la conseillère conjugale	
Oui	91 (66 %)
Non	46 (34 %)
Consultation de contrôle	116 (85 %)
Téléphonique	24 (18 %)
Présentielle	92 (67 %)
Non honorée	21 (15 %)

**Tableau 2 : Analyse descriptive des IVG réalisées de janvier à mars 2021 dans notre population**

### c. Evolution de la contraception utilisée à l'issue de l'IVG

Les graphiques circulaires de la Figure 4 représentent la répartition des différentes contraceptions utilisées aux trois temps de l'étude : au moment de l'IVG, en post-IVG immédiat et un an après l'IVG.

Pendant la prise en charge de l'IVG, la contraception est prescrite lors des deux premières consultations, il arrive que certaines patientes changent d'avis le jour de la réalisation de l'IVG ou lors de la consultation de contrôle. C'était le cas pour 12 d'elles, soit 8,8 %.

On observe que 55 % des patientes n'avaient pas de contraception au moment de la grossesse non désirée. Pour les autres patientes il s'agissait d'échec de contraception.

A l'issue de l'avortement, 51 % des patientes ont bénéficié de la pose d'une LARC et 39 % ont préféré débiter une contraception orale.

71 % des patientes ont choisi une méthode contraceptive qu'elles n'avaient jamais essayé auparavant, et 8 % des femmes ont poursuivi la méthode de contraception avec laquelle elles ont eu la grossesse non désirée.

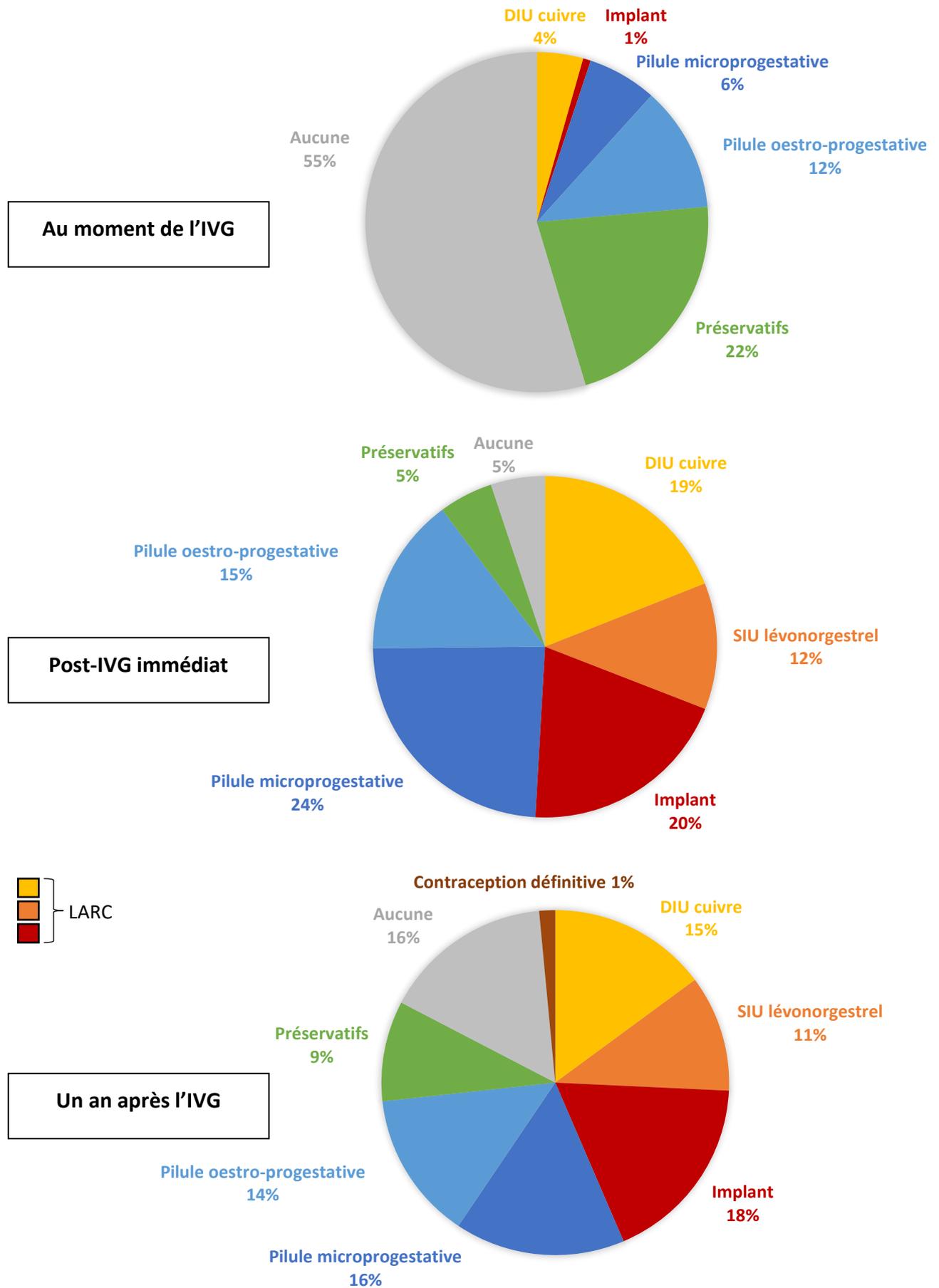


Figure 4 : Répartitions des différents moyens contraceptifs utilisés par notre population aux différents temps de l'étude

#### d. Analyse des facteurs influençant la poursuite ou non de la contraception prescrite en post-IVG immédiat

Le Tableau 3 permet de comparer les patientes ayant poursuivi la contraception prescrite en post-IVG immédiat avec celles qui ont fait le choix de l'arrêter durant l'année suivant l'IVG.

Au total, 41 % des patientes ont arrêté la contraception prescrite un an auparavant.

Nous pouvons observer qu'il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes de patientes concernant leur âge, leur statut marital, leurs antécédents d'IVG ou de parité. De plus, la méthode de réalisation de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale) ne semble pas influencer sur la poursuite ou non de la contraception.

Les patientes qui ont maintenu leur contraception ont statistiquement été plus présentes à la consultation de contrôle post IVG ( $p < 0,03$ ). On peut également penser que la réalisation d'une consultation de contrôle par téléphone n'a pas aidé à la poursuite de la contraception.

De plus, 80 % des patientes qui ont réalisé leur consultation de contrôle par téléphone avaient une pilule en post IVG immédiat.

Le maintien ou non de la contraception est significativement influencé par la méthode elle-même ( $p < 0,01$ ). En effet, les pilules représentent 56 % des contraceptions qui n'ont pas été maintenues. En parallèle, parmi les contraceptions toujours en place à 1 an, les pilules ne représentent que 27 % de celles-ci.

Le fait d'avoir rencontré des problèmes de tolérance ou d'observance ainsi que la satisfaction de la méthode contraceptive, a statistiquement influencé la poursuite de celle-ci ( $p < 0,001$ ).

	Poursuite de la contraception n = 81 (59 %)	Arrêt de la contraception n = 56 (41 %)	p
Age (en années)	29,4 ±6,83	29,2 ±6,39	ns*
En couple	44 (54 %)	28 (50 %)	ns
Avec enfant(s)	55 (68 %)	33 (59 %)	ns
Antécédents troubles psychologiques	11 (14 %)	3 (5,4 %)	ns
Victimes de violences	20 (25 %)	15 (27 %)	ns
Frottis			
< 3 ans	48 (59 %)	29 (52 %)	ns
> 3ans	16 (20 %)	17 (30 %)	
NC	17 (21 %)	10 (18 %)	
Contre-Indication COP	29 (36 %)	18 (32 %)	ns
Antécédents IST	14 (17 %)	7 (12 %)	ns
Antécédents IVG	37 (46 %)	24 (43 %)	ns
Consultation avec conseillère conjugale	52 (64 %)	39 (70 %)	ns
Connaissances antérieures sur la contraception	66 (81 %)	46 (82 %)	ns
Méthode de l'IVG			
Médicamenteuse	41 (51 %)	33 (59 %)	ns
Instrumentale	40 (49 %)	23 (41 %)	
Consultation de contrôle			
Présentielle	61 (75 %)	31 (55 %)	<b>0,03</b>
Téléphonique	9 (11 %)	12 (25 %)	
Non honorée	11 (14 %)	10 (18 %)	
Contraception choisie à l'issue de l'IVG			
Pilule microprogestative	13 (16 %)	20 (36 %)	<b>&lt; 0,01</b>
Pilule oestro-progestative	9 (11 %)	11 (20 %)	
Implant	21 (26 %)	6 (11 %)	
DIU cuivre	20 (25 %)	6 (11 %)	
SIU lévonorgestrel	12 (15 %)	5 (8,9 %)	
Préservatifs	3 (3,7 %)	4 (7,1 %)	
Aucune	3 (3,7 %)	4 (7,1 %)	
Problème(s) rencontré(s)			
Oui	29 (36 %)	32 (57 %)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	49 (60 %)	16 (29 %)	
NC**	3 (3,7 %)	8 (14 %)	
Satisfaction			
Oui	70 (86 %)	15 (27 %)	<b>&lt; 0,001</b>
Non	8 (9,9 %)	32 (57 %)	
NC**	3 (3,7 %)	8 (14 %)	

Seuil de significativité p-value :  $p < 0,05$  / \* ns : non significatif

\*\* NC (non concernées) : aucune contraception à l'issue de l'IVG, pilule non débutée, ou stérilet non posé

Les variables continues sont exprimées en moyennes ± écarts-type et les variables qualitatives en nombres (n) et pourcentages.

**Tableau 3 : Comparaison des patientes ayant poursuivi à un an d'une IVG la méthode contraceptive prescrite en post-IVG-immédiat avec celles qui l'ont arrêtée**

Nous pouvons voir pour chaque contraception la proportion de patientes qui l'ont maintenue, ainsi que la satisfaction des patientes envers celle-ci dans le Tableau 4.

L'implant est la méthode qui a été la plus maintenue : 78 % des patientes qui avaient choisi l'implant en post-IVG l'avaient toujours en place lors du questionnaire téléphonique.

C'est également le cas pour les deux types de dispositifs intra utérins : 71 % des SIU au lévonorgestrel étaient gardés par les patientes un an après leur pose, ainsi que 77 % des DIU au cuivre.

Concernant les patientes ayant choisi des contraceptions orales en post-IVG, plus de la moitié d'entre elles les ont arrêtées dans l'année. Ce taux important d'arrêts est dû à une insatisfaction liée à l'utilisation de la pilule microprogestative.

La répartition globale des moyens contraceptifs à un an de l'IVG est rappelée en Figure 4.

Méthodes contraceptives	Poursuite à un an (%)	Satisfaction durant l'année (%)
COP orale	45	75
Pilule microprogestative	39	45
Implant	78	70
DIU cuivre	77	69
SIU lévonorgestrel	71	76
Préservatifs	43	71
	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>

Seuil de significativité p-value :  $p < 0,05$

Tableau 4 : Profil du maintien et de la satisfaction de chaque contraception durant l'année suivant la réalisation de l'IVG

Les femmes chez qui une LARC a été posée en 2021, en post-IVG immédiat, se disent satisfaites de celle-ci, dans plus de deux tiers des cas.

Au total, 62 % sont satisfaites de la contraception prescrite, qu'elle soit maintenue ou non un an plus tard.

Nous avons demandé aux patientes qui ont poursuivi leur moyen de contraception si elles étaient satisfaites de celles-ci. Plus de 90 % des patientes ayant gardé une LARC ou la pilule oestro-progestative se disaient satisfaites ainsi que 77 % des femmes ayant poursuivi la pilule microprogestative.

Pour finir, nous avons demandé les raisons du changement ou arrêt du moyen contraceptif auprès des femmes. Nous avons pu les classer en cinq catégories relevées dans le Tableau 5. Les problèmes de tolérance les plus observés étaient des dysménorrhées, des ménométrorragies, l'apparition d'acné et une prise de poids. Concernant la mauvaise observance, des oublis de pilules étaient rapportés. Une patiente a arrêté sa contraception sur absence de renouvellement de son ordonnance.

Nous avons également relevé lors de nos appels que 12 patientes avaient eu une nouvelle grossesse (8,8 %). 5 d'entre elles ont abouti à un avortement dans l'année suivant l'IVG analysée dans notre étude (3,6 %).

4 patientes n'ayant souhaité aucune contraception en post-IVG immédiat ont fait la demande d'un moyen contraceptif durant l'année suivant leur avortement.

Raisons de l'arrêt ou du changement de méthode (n = 56)	n (%)
Problème(s) rencontré(s)	25 (44,6 %)
Désir de grossesse	11 (19,6 %)
Aucune raison	8 (14,2 %)
Plus de besoin de contraceptif*	8 (14,2 %)
Souhait d'une contraception**	4 (7 %)

\*plus de besoin contraceptif = patientes n'ayant plus de rapport sexuel.

\*\*Souhait d'une contraception = patientes n'ayant souhaité aucune contraception en post-IVG immédiat.

**Tableau 5 : Raisons de l'arrêt ou du changement de moyen contraceptif dans l'année suivant la réalisation d'une IVG dans notre population**

### e. Information sur la contraception

92 % de notre population ont trouvé que l'information reçue sur la contraception lors de leur prise en charge au centre d'orthogénie du CHRO était satisfaisante.

10 patientes l'ont perçue comme moyenne, et une seule comme mauvaise.

82 % des patientes ont déclaré avoir déjà eu une information sur la contraception avant leur passage dans notre service.

## V. Discussion

### a. Principaux résultats

Plus de la moitié des femmes de notre population ayant recours à l'IVG n'utilisaient pas de méthode de contraception lorsqu'elles se sont retrouvées enceintes. Pour celles qui avaient un moyen contraceptif, on retrouve 18 % d'échecs avec pilule sur oublis et 22 % avec le préservatif sur mauvais usage. Avant l'IVG de 2021, 70 % des patientes ont décrit une mauvaise tolérance et/ou observance aux différents moyens de contraception essayés.

Pour la contraception immédiate après l'IVG, 71 % des patientes ont choisi une méthode contraceptive qu'elle n'avait jamais essayé auparavant.

Plus de la moitié des patientes ont choisi une LARC, soit 31 % un DIU ou SIU et 20 % l'implant.

Dans notre étude, 59 % des patientes utilisaient toujours un an plus tard la contraception prescrite lors de la prise en charge de l'IVG. Il semblerait que la poursuite ou non d'un moyen contraceptif dépendait de certains facteurs. La présence à la consultation de contrôle pourrait favoriser la poursuite de la contraception. On observe également que les femmes qui l'ont maintenue et celles qui l'ont arrêtée n'utilisaient pas les mêmes moyens contraceptifs. De plus la satisfaction et la présence de problèmes rencontrés influençaient sur la poursuite ou non.

Un an après l'IVG, on observe que les LARC ont été poursuivies dans plus de 70 % des cas. Ce chiffre est opposable aux pilules microprogestatives et combinées qui étaient plus souvent abandonnées par les patientes dans l'année suivant l'IVG.

Plus de deux tiers des patientes de notre étude étaient satisfaites du moyen contraceptif choisi à l'issue de leur IVG. En revanche, plus de la moitié des patientes qui ont utilisé une pilule microprogestative après leur IVG l'ont mal tolérée.

La majorité des patientes qui n'ont pas poursuivi la contraception prescrite avaient rencontré un problème avec celle-ci dans l'année.

## b. Forces et limites

Notre étude étant monocentrique, il existe un biais de sélection de type effet-centre. Un biais de perdues de vue est également présent, du fait que nous ayons pris en compte uniquement les patientes ayant répondu au questionnaire. Il est possible qu'il y ait des différences entre les patientes ayant répondu au téléphone et celles qui ne l'ont pas fait. Cependant, la donnée « contraception prescrite en post-IVG immédiat » a été relevée pour toutes patientes éligibles pour notre étude, et nous avons observé une répartition similaire des différents moyens contraceptifs avec notre échantillon de 137 patientes. Cette diminution d'effectif peut en revanche entraîner un manque de puissance pour l'analyse des résultats.

Dans un second temps, un biais de classement est présent avec un biais de mémorisation et de déclaration de la part des patientes.

Concernant les forces de notre étude, nous avons eu un taux de réponse au téléphone satisfaisant de 65 %.

De plus, nous pouvons souligner l'originalité du travail. En France, le devenir de la contraception à distance d'une IVG a été analysé uniquement au CHRU de Lille il y a plus de 10 ans par Gallet-Chanu *et al.* (11).

On notera également que certains de nos résultats seront différents de la littérature, du fait des changements de pratiques en termes de moyens contraceptifs au cours des dernières décennies.

Le recrutement de notre population directement dans le service d'orthogénie permet probablement de limiter certains biais retrouvés lors d'une enquête auprès de la population générale. En effet, on observe dans ces études une sous déclaration des IVG et un biais de rappel (27,28).

### c. Population étudiée

L'âge moyen des patientes de notre population était 29,3 ans, ce qui est plus élevé que 27 ans et 26,6 ans dans les études de Crombé *et al.* (20) et Gallet-Chanu *et al.* (11). Cette différence s'explique par le fait que nous avons exclu les mineures de notre population. Notre chiffre est cependant en corrélation avec l'augmentation du recours à l'IVG chez les patientes de la tranche d'âge 25-29 ans relevée en 2019 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)(29).

L'antécédent d'IVG antérieure concerne 44,5 % des femmes de notre étude. Ce qui est différent de la population générale : en 2017, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évaluait ce chiffre à 32 % (30). Nous n'avons pas relevé le niveau socio-économique dans notre échantillon, mais il a été montré qu'un niveau social bas influençait de façon significative la répétition du recours à l'IVG (11,20). Il est donc possible qu'une des explications de notre chiffre soit une patientèle plus défavorisée.

La part de patientes ayant une contre-indication relative ou absolue aux contraceptions oestro-progestatives selon les recommandations de l'HAS et du CNGOF est de 34 % (22,31), ce qui est soutenu par l'étude de Gallet-Chanu *et al.* avec une proportion de 36 % (11). Ce taux important peut être expliqué par le taux de patientes tabagiques (43 %), qui est plus élevé que dans la population générale (26,5 % en 2019) (32). Interroger les patientes sur leur consommation de toxiques est nécessaire : cela peut entraîner des répercussions sur le choix de la contraception la plus adaptée pour chaque patiente.

Dans notre service, 46 % des IVG ont été réalisées par méthode instrumentale, ce qui semble être équivalent aux données d'avant crise sanitaire décrites en 2020 par Vilain *et al.* (29).

Avant l'IVG, les patientes avaient déjà essayé plusieurs moyens contraceptifs avec de nombreuses intolérances rencontrées. De plus, 55 % des patientes n'avaient pas de contraception lorsqu'elles ont eu la grossesse non désirée. On observe que ce chiffre est bien supérieur à la population générale : la proportion de femmes ayant une activité sexuelle sans contraception alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant est de 8 % en 2017 (33). D'après les données de Moreau *et al.*, les raisons invoquées par ces femmes sont les suivantes : le plus souvent elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes, d'autres n'avaient pas prévu d'avoir un

rapport sexuel à ce moment-là, d'autres encore rapportent avoir rencontré des problèmes avec les méthodes de contraception dans le passé tandis que certaines indiquent qu'elles n'avaient pas de partenaire régulier à ce moment-là (34).

#### d. Evolution de la contraception dans le temps

Dans notre étude, la situation contraceptive s'améliore fortement juste après l'IVG comme le retrouve Moreau *et al.* (25).

L'utilisation des méthodes contraceptives efficaces augmente : 90 % des femmes utilisent une contraception efficace en post-IVG immédiat contre 23,7 % avant IVG. L'utilisation des LARC passe de 5,13 % des patientes avant IVG à 51 % en post IVG immédiat. A contrario, l'utilisation des méthodes moins efficaces a diminué dans cette même période : de 22 % à 5,1 % pour les préservatifs. Les femmes sans contraception sont moins nombreuses : 5,1 % des femmes en post-IVG immédiat contre 55 % des femmes avant IVG.

Nos résultats illustrent également la baisse du recours à la pilule et le report vers le DIU et l'implant, constaté dans la population générale, à la suite de la polémique de 2013 concernant les événements indésirables des COP (35,36). En effet, en post-IVG, les femmes choisissaient moins la pilule mais deux fois plus le DIU et l'implant que dans l'étude nationale de 2007 (34).

L'amélioration de la situation contraceptive après IVG peut être considérée stable pour la plupart des méthodes dans le temps, à un an de la prescription. Nos données semblent plus favorables que celles retrouvées par Gallet-Chanu *et al.* (11) et Upadhyay *et al.* (37) mais avec des moyens contraceptifs différents.

Dans notre étude, en 2022, soit un an après les IVG réalisées, la répartition d'utilisation de la contraception intra-utérine, des implants et de la pilule oestro-progestative sont stables par rapport au post-IVG immédiat. L'utilisation de la pilule microprogestative est moindre à un an de l'IVG, qu'en post-IVG immédiat (16 % contre 24 % des patientes), mais elle reste meilleure qu'avant l'IVG. Concernant le préservatif, il est plus utilisé à distance de l'IVG qu'en post IVG immédiat. Quant aux femmes sans contraception, elles sont plus nombreuses en 2022 avec 16 % des patientes de notre population, sachant que la moitié d'entre elles n'ont pas de désir de grossesse. Cependant elles sont toujours moins qu'avant IVG.

## e. Poursuite, satisfaction et problèmes

Un an après l'IVG, la poursuite de la contraception initialement prescrite est vraiment différente en fonction des contraceptions. Le taux de suivi est supérieur à 71 % pour les LARC, avec un taux à 78 % pour l'implant. A contrario, les deux types de contraceptions orales sont poursuivies dans moins de la moitié des cas : 45 % pour la COP et 39 % pour la pilule microprogestative. Le type de contraception influence de façon significative sur la poursuite ou non à un an.

Concernant la prise en charge de l'IVG, un élément ressort dans notre étude : la réalisation de la consultation de contrôle en présentiel semble influencer de façon significative sur la poursuite de la contraception à distance de l'IVG.

Cependant il faut rester prudent avec ce résultat, car un biais de confusion peut être présent. Il y a significativement plus de patientes qui ont poursuivi leur contraception qui avaient honoré leur consultation de contrôle. Quand il s'agit d'une IVG médicamenteuse, c'est lors de la consultation post-IVG, que la LARC est posée. Nous pouvons donc penser que les patientes qui ont honoré en présentiel les consultations de contrôle avaient choisi une méthode contraceptive LARC. Nous avons pu observer que ce type de contraception avait un bon taux de poursuite. A contrario, les patientes qui ont eu une consultation post-IVG téléphonique ou qui n'ont pas honoré le rendez-vous, étaient peut-être aussi celles qui avaient choisi pilules ou préservatifs. Ces moyens contraceptifs ont eu un faible taux de poursuite.

Nous n'avons pas identifié de profil de femme (âge, parité, antécédent d'IVG antérieur, terme de grossesse, méthode d'IVG...) à risque d'arrêter la contraception à distance de l'IVG.

Les changements de moyen contraceptif sont majoritairement liés à des problèmes de tolérance et d'observance, comme retrouvé par Gallet-Chanu *et al.* et l'enquête COCON des années 2000 (38). On retient également qu'un arrêt sur cinq s'explique par un désir de grossesse.

Dans notre étude, un an après l'IVG, la satisfaction est bonne pour plus de deux tiers des patientes quel que soit le moyen contraceptif hormis pour la pilule microprogestative où seulement 45% des femmes sont satisfaites. En dehors du contexte de l'IVG, les taux de satisfactions retrouvés dans une étude publiée en 2018 par l'Institut d'étude d'opinion et

marketing(IFOP), sur échantillon national, sont de 46 % pour la pilule, 57 % pour le stérilet et 70 % pour l'implant concernant l'item « tout a fait satisfaites » (39). Nous sommes plutôt proches des résultats nationaux.

Dans l'année suivant l'IVG de notre population, 12 patientes ont été de nouveau enceintes. Parmi elles, 5 ont réalisé un nouvel avortement. Ces patientes-là n'avaient pas souhaité de contraception en post-IVG immédiat, ou n'ont pas débuté la pilule prescrite. Le nombre est trop faible pour pouvoir savoir si des facteurs de risque influencent la récurrence d'IVG. Il serait intéressant de réaliser une étude sur les IVG répétées, qui permettrait peut-être de mieux cibler les facteurs de risque, et de les prévenir lors de la prise en charge de ces femmes. Un travail sur la contraception post IVG répétée a été publié en 2018 par L'Heudé *et al.* (9), retrouvant une absence transitoire ou prolongée de la contraception. Le dépistage des ruptures de l'histoire contraceptive est donc primordial, afin d'adapter et de maintenir une contraception à chaque étape de la vie de la patiente. Certaines pratiques professionnelles observées ne favorisent pas la pose précoce des dispositifs LARC prescrits au moment de la prise en charge de l'IVG, contrairement aux nouvelles recommandations. L'évolution des pratiques professionnelles paraît encore nécessaire, pour tenter de contribuer à diminuer le recours répété à l'IVG.

Effectivement, la prescription de LARC en post IVG est importante. Le rôle potentiel de ces méthodes dans la réduction des grossesses non désirées et des IVG a fréquemment été rapporté dans la littérature. Une étude néo-zélandaise a montré que l'utilisation de ces méthodes en post-IVG, diminuait le recours à de nouvelles IVG dans les deux années suivantes (40).

## f. Information sur la contraception et ouverture en médecine générale

Malgré une bonne satisfaction des patientes concernant l'information sur la contraception, nous avons observé un taux d'arrêt important à un an des contraceptions orales. Il se peut que certaines patientes n'aient pas été suffisamment prévenues des effets indésirables possibles. Il sera donc nécessaire de prendre le temps de redonner les caractéristiques de la méthode choisie et de proposer un rendez-vous à distance pour une réévaluation de la tolérance.

Nous avons pu également noter que la majorité des patientes considéraient avoir déjà eu une information plus ou moins complète sur la contraception, avant leur passage dans notre service. Cette information était délivrée lors de cours d'éducation sexuelle durant leur scolarité, par leur médecin généraliste ou sage-femme, ou lors d'un précédent IVG. Cependant, il se peut que celle-ci était insuffisante au point où la moitié des patientes n'aient pas de contraception lors de la grossesse non désirée. L'éducation thérapeutique sur la contraception notamment par le médecin généraliste, est absolument nécessaire.

Cette étude, bien que réalisée dans un centre hospitalier, ouvre à certaines réflexions qui sont applicables dans un contexte de médecine générale. En effet, le rôle du médecin généraliste est primordial dans l'initiation d'un traitement et le suivi au long cours des patientes. Cela vaut pour la prise en charge des affections aiguës ou chroniques, mais aussi pour les contraceptions. Les consultations concernant le choix d'une contraception restent à part dans le sens où la patiente possède un large choix de possibilités. La discussion avec le médecin permet d'éliminer les contraceptions contre-indiquées, et de s'orienter vers la contraception la plus adaptée en fonction du profil de la patiente. Il joue un rôle d'orientation dans un premier temps et il est, la plupart du temps, le seul médecin que les patientes consultent. Il joue donc un rôle dans la réévaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance de la contraception choisie en prévention d'une IVG. Son rôle peut être aussi dans l'accompagnement de l'IVG avec l'administration des médicaments et le suivi de la bonne évolution de celle-ci. Comme en structure, c'est un moment clef pour réfléchir de nouveau, avec la patiente, à la contraception utilisée et de changer de méthode si nécessaire.

## VI. Conclusion

Dans notre étude, un an après la réalisation de l'IVG, 41 % des patientes ont arrêté la contraception prescrite initialement. La poursuite de la méthode contraceptive débutée en post-IVG immédiat est significativement meilleure pour les LARC. En effet, les trois quarts des patientes de notre étude l'ont poursuivie à distance de l'IVG et avec un bon taux de satisfaction. En opposition, nous avons observé que les pilules microprogestatives, qui ont moins de contre-indications à la prescription, sont moins bien tolérées et donc nettement plus arrêtées.

Au regard des taux de poursuite et de satisfaction, on peut orienter les femmes vers une LARC en post-IVG immédiat, même en cas de première prescription contraceptive comme le préconise le CNGOF.

Notre étude nous a permis d'observer que le *coaching* contraceptif pouvait améliorer la contraception en post-IVG précoce et à un an de l'évènement. Il serait intéressant de proposer une consultation de suivi dédiée à la contraception pour favoriser le maintien à plus long terme.

L'IVG correspond à une opportunité d'aborder les questions contraceptives et permet de remédicaliser la contraception tout en l'adaptant au mode de vie des femmes. Le temps consacré à l'information est primordial.

## VII. Bibliographie

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020.2021 Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
2. Institut national d'études démographiques. Why has the number of abortions not declined in France over the past 30 years ? 2004 Disponible sur : <https://www.ined.fr/en/publications/editions/population-and-societies/why-has-the-number-of-abortions-not-declined-in-france-over-the-past-30-years-en/>
3. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? Hum Reprod. 2006 ; 21(11) : 2862-7.
4. Institut national d'études démographiques. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. 2015. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/recours-moindre-ivg/#tabs-2>
5. Olivier A. A quel âge les Européennes ont-elles leur premier enfant ? 2021. Disponible sur <https://www.touteleurope.eu/societe/lage-des-femmes-a-la-naissance-du-premier-enfant-dans-lue/>
6. Inspection Générale des Affaires Sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article93>
7. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Return of Ovarian Function After Abortion. Clin Endocrinol (Oxf). 1978 ;8(2) :123-32.
8. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion — A Randomized Controlled Trial. PLOS ONE. 14 nov 2012 ;7(11) : e48948.
9. L'Heudé A. Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes Maritimes et du Var Est : réalités et perspectives [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2018.
10. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Vayssière C, Agostini A. Prise en charge de l'IVG : recommandations CNGOF pour la pratique clinique. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2020. 222 p.
11. Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG [Thèse d'exercice]. Lille ; 1969-2017, France : Université du droit et de la santé ; 2014.
12. République française. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.

13. République française. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.
14. Ministère de la Santé et de la Prévention. Guide IVG. 2018. Disponible sur : [https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_ivg\\_2018.pdf](https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2018.pdf)
15. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018 ;46(12) :777-85.
16. Haute Autorité de la Santé. contraception : focus sur les méthodes efficaces. 2013. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_focus\\_methodes\\_2013-05-22\\_18-09-55\\_328.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_focus_methodes_2013-05-22_18-09-55_328.pdf)
17. CNGOF. RPC 2018 Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2018>
18. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg)
19. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg)
20. Crombé P. Situation contraceptive au moment de l'interruption volontaire de grossesse : étude observationnelle dans le service d'orthogénie de l'hôpital Jeanne de Flandre [Thèse d'exercice]. Université de Lille ; 2019.
21. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015 ;44(10) :1127-34.
22. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Contraception hormonale et risque vasculaire. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018 ;46(12) :823-33.
23. Organisation Mondiale de la Santé. Efficacité des moyens contraceptifs. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
24. Marret H, Bonnin F, Dugué N. Prescription de macroprogestatifs oraux en alternative aux contraceptions validées : étude de pratiques en Région Centre. In : Congrès Pari(s) Santé Femmes. Paris, France ; 2021. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03139136>

25. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion : results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. oct 2010 ;82(4) :337-44.
26. Medistica. pvalue.io, une interface graphique au logiciel de statistique R pour les publications scientifiques médicales., 2019-22. Disponible sur : <https://www.pvalue.io>.
27. Moreau C, Bajos N, Bouyer J, Group TC. Question Comprehension and Recall : The Reporting of Induced Abortions in Quantitative Surveys on the General Population. *Popul Engl Ed* 2002-. 2004 ;59(3/4) :439-54.
28. Jones RK, Kost K. Underreporting of Induced and Spontaneous Abortion in the United States : An Analysis of the 2002 National Survey of Family Growth. *Stud Fam Plann*. 2007 ;38(3) :187-97.
29. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en#toc--sources-outils-enqu-tes>
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 | Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>
31. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire)
32. Santé Publique France. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Disponible sur : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020\\_14\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html)
33. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 Contraception. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
34. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;(1) :148-61.
35. Institut national d'études démographiques. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>

36. Sandrine Cabut. Le Monde.fr. Alerte sur la pilule de 3e et 4e génération. déc 2012  
Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation\\_1806485\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/14/alerte-sur-la-pilule-de-3e-et-4e-generation_1806485_1651302.html)
37. Upadhyay UD, Brown BA, Sokoloff A, Raine TR. Contraceptive discontinuation and repeat unintended pregnancy within 1 year after an abortion. *Contraception*. janv 2012 ;85(1) :56-62.
38. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2009 ;24(6) :1387-92.
39. IFOP. Contraception : pourquoi les femmes délaissent la pilule ? Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/contraception-pourquoi-les-femmes-delaissent-la-pilule/>
40. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2012 ;206(1) :37. e1-6.

## VIII. Annexes

### 1. Efficacité des méthodes de contraception (HAS)



## Efficacité des méthodes contraceptives

Efficacité contraceptive et taux d'abandon de la méthode après un an au États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011 b). Données extraites de « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », HAS 2013

Méthode	Taux de grossesse (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandon (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussell)	États-Unis (Trussell)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussell)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 <sup>1</sup>	0,2	20	15 <sup>1</sup>
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 <sup>1</sup>	0,6	22	15 <sup>1</sup>
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée oestroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 <sup>2</sup>		6 <sup>2</sup>		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Éponge <sup>3</sup>	24, 12 <sup>4</sup>	22 <sup>5</sup>	20, 9 <sup>6</sup>	64	62 <sup>5</sup>
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 – 5 <sup>7</sup>	49	48
Spermicides	29	22 <sup>5</sup>	18	58	62 <sup>5</sup>
Capot cervical	32, 16 <sup>8</sup>		26, 9 <sup>9</sup>		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussell 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009) ; En fonction du taux de grossesse au cours de la 1<sup>re</sup> année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1 – 9 : efficace ; 10 – 25 : modérément efficace ; 26 – 32 : moins efficace.

<sup>1</sup> tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; <sup>2</sup> diaphragme avec spermicide ; <sup>3</sup> les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; <sup>4</sup> femmes uni/multipares : 24 ; femmes nulipares : 12 ; <sup>5</sup> spermicide ou éponge ; <sup>6</sup> femmes uni/multipares : 20 ; femmes nulipares : 9 ; <sup>7</sup> méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; <sup>8</sup> femmes uni/multipares : 32 ; femmes nulipares : 16 ; <sup>9</sup> femmes uni/multipares : 26 ; femmes nulipares : 9.

#### Références

Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod* 2007;22(6):2422-7.

Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodriguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009;24(6):1387-92.

Organisation mondiale de la santé, École de santé publique Bloomberg, Agence des États-Unis pour le développement international. Planification familiale. Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève: OMS; 2011.

Trussell J. Summary table of contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Polcar M, ed. *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. New York: Ardent Media; 2011. p. <http://www.contraceptive-technology.com/>



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

## 2. Contraceptions œstroprogestatives ou progestatives d'actions courtes ou moyennes commercialisées en France en 2021 (tableau par T. Linet, N. Dutriaux, G. Lannuzel et le collectif Formagyn) (1/2)

Œstroprogestatifs Oraux										
Gen	Princeps	Génériques(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix* 3 cycles	Plaquette
2	Minidril	Ludal Gé, Zikiale Gé, Lovapharm Gé, Mlévoni 150	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Optidril	-	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Seasonique	-	Lévonorgestrel 150 µg - 0 µg	24-55 h	EE 30 µg - 10 µg		Non	-	20 - 25 €	Jours semaine
2	Leeloo Gé	Lovavulo Gé	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Optilova	Lolistrel, Mlévoni 100, DCI	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Adépal	Leeloo Continu	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2	Trinordiol	Pacilla - Gé	Lévonorgestrel 150 - 200 µg	24-55 h	EE 30 - 40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2*	Femi	Amarance Gé, Dally Gé, Evanezia Gé	Lévonorgestrel 50-75-125 µg	24-55 h	EE 30-30-40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2*	Optikinzy	Naravella	Norgestimate 250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	≈ 10 € (2,5 € Naravella)	≈ 25,30 €	Jours semaine
2*	Triafemi	-	Norgestimate 250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Jours semaine
3	Minesse, Melodia	Optinisse Gé 15, Edenelle Gé, DCI	Gestodène 60 µg	18 h	EE 15 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25,30 €	Numéros
3	Méliane, Harmonet	DCI, Carlin 20, Efezial 20, Felixita 20	Gestodène 75 µg	18 h	EE 20 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Jours semaine
3	Minulet	DCI, Carlin 30, Efezial 30, Felixita 30	Gestodène 75 µg	18 h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Jours semaine
3	-	Perleane	Gestodène 50-70-100 µg	18 h	EE 30-40-30 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25,30 €	Numéros
3	Mercilon	DCI, Desobel 20	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 20 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Jours semaine
3	Varnoline	DCI, Desobel 30	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Jours semaine
3	Varnoline continu	-	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25,30 €	Numéros

\* Hors honoraires de dispensation.

\* 3e génération mais pouvant être prescrit en 2e génération. Arrêt de commercialisation en France de Cilest et Tricilest.

## 2. Contraceptions œstroprogestatives ou progestatives d'actions courtes ou moyennes commercialisées en France en 2021 (tableau par T. Linet, N. Dutriaux, G. Lannuzel et le collectif Formagyn) (2/2)

Gestroprogestatifs Oraux de génération "Autre"										
Gen	Princeps	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Plaquette
3+	Belara	-	Chlormadinone 2 mg	34-39h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Belaracontin	-	Chlormadinone 2 mg	34-39h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Yaz	Rimendia, Izéane	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Jasminelle continu	Ethinyl/Drosipi Biogaran Continu	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Jasminelle	Belanette, Drosipbel 20, DCI	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Jasmine	Convuline, Drosipbel 30, DCI	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 30 µg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Misofla	-	Dienogest 2 mg	9-11h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
3+	Oeden	-	Dienogest 2 mg	9-11h	EE 30 µg		Non	≈ 10 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
-	Claira	-	Valérate-E2 0-2-3-0 mg	11h	Valérate-E2 3-2-2-1 mg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
-	Zoely	-	Nomegestrol 2,5 mg	46 h	17β-E2 1,5 mg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine
-	Drovells	-	Drospirénone 3 mg	40 h	E4 15 mg		Non	≈ 13 €	≈ 25-30 €	Jours semaine

Gestroprogestatifs percutanés										
Gen	Princeps	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Présentation
3	Evra	-	Norethisterone 0,020 mg	28 h	EE ≈ 40-60 µg*		Non	≈ 14 €	≈ 40 €	Patch
3	Nuvaring	Etoring	Etonogestrel ≈ 150 µg	29 h	EE ≈ 18 µg*		Non	≈ 10 €	≈ 30 €	Anneau vaginal

\* Concentration sanguine correspondant approximativement à la dose un OP Oral

Progestatifs										
Gen	Princeps	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Présentation
2	Microval	-	Levonorgestrel 30 µg	24 - 55 h	0		Remb.	1,69 €	3,12 €	-
3	Cérazette	-	Desogestrel 75 µg	30 h	0		Non	≈ 4 €	≈ 12 €	-
3	-	Antigène, Clareal, Desopop, Lacinette, Optimizette, DCI	Desogestrel 75 µg	30 h	0		Oui	1,90 €	3,12 €	-
3+	Slinda	-	Drospirénone 4 mg	40 h	0		Non	≈ 10 €	≈ 25-30 €	-
-	Depo-provera	-	DMPA 150 mg	> 960 h	0	Une injection / 3 mois	Remb.	-	3,44 €	Flacon 3 mL

\* Les microprogestatifs ne génèrent pas d'augmentation du risque thromboembolique quelque soit la génération.

Certains progestatifs antigonaotropes à forte dose (Colprone 5, Luteran 10, Luteryl 5, Surgestone 0.5) sont prescrit pendant 21/28 jours en contraception. Ces prescriptions, bien que remboursables, sont hors AMM.

Contraceptions d'urgence (de rattrapage)										
Gen	Princeps	Générique(s)	SPRM Dosage	1/2 vie.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Présentation
2	ElleOne	-	Ulipristal 30 mg	32 h	0	Contraception d'urgence	Remb.	17,50 €	-	Cp Unique
2	Norlevo	Levosolo, DCI	Levonorgestrel 1500 µg	24 - 55 h	0	Contraception d'urgence	Remb.	4,28 €	-	Cp Unique

**DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION  
CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS**

**Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé Caractéristique du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).**

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
  - o au cours de la première année d'utilisation ;
  - o lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou du norethistérone sont considérés comme ceux qui présentent le risque thromboembolique veineux (TEV) plus faible.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque (décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risque de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
  - o le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
  - o l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
  - o la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

**Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC. La patiente a-t-elle :**

- des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire, un angor ?
- un trouble personnel connu de la coagulation ?
- des antécédents de migraine avec aura ?
- un diabète avec complications vasculaires ?
- une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique  $\geq 160$  mmHg ou une pression diastolique  $\geq 100$  mmHg ?
- une hyperlipidémie importante ?
- une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est-elle prévue ? Si est le cas, suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.

**Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC**

- La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> ?
- La patiente a-t-elle plus de 35 ans ?
- La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est impératif de lui

**3. Document d'aide à la prescription de contraceptifs hormonaux combinés (ANSM)**

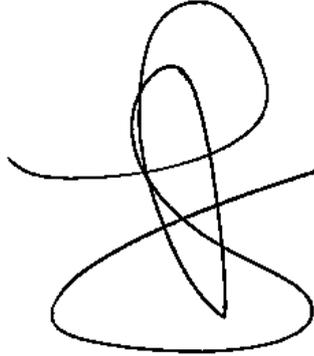
<input type="checkbox"/>	conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un événement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-elle une lipémie élevée ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle des migraines ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle diabétique ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectuée-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?
<b>La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risque de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation.</b>	
<b>Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>doit subir une intervention chirurgicale ;</li> <li>doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ;</li> </ul>	
<p>➢ Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.</p>	
<b>Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>fait des trajets prolongés (&gt; 4 heures) ;</li> <li>présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ;</li> <li>a accouché au cours des semaines précédentes.</li> </ul>	
<p>➢ Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.</p>	
<p>Veillez conseiller à votre patiente de vous informer en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. <b>Veillez encourager vivement vos patientes</b> à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.</p>	
<p><b>Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (<a href="http://www.ansm.sante.fr">www.ansm.sante.fr</a>) ou dans le dictionnaire Vidal®.</b></p>	

#### 4. Possibilité de prescription d'une contraception oestro-progestative en fonction des facteurs de risque vasculaire (CNGOF)

Facteur de risque artériel	Utilisation d'une CHC
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autres FDRV
Surpoids – obésité	Possible si pas d'autres FDRV
Tabac > 15 cig/jour	Possible si pas d'autres FDRV
Antécédents familiaux 1 <sup>er</sup> degré IDM ou AVC avant 55 ans (Homme) ou 65 ans (Femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie	
Non contrôlé	Contre-indication
Contrôlé	Possible si pas d'autres FDRV
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec CHC
Diabète de type II	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
	Possible si pas d'autres FDRV mais en seconde intention (1 <sup>er</sup> choix Contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre DRV
Facteur de risque veineux	Utilisation d'une CHC
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autres FDRV
Surpoids – obésité	Possible si pas d'autres FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 <sup>er</sup> degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

Vu, la Directrice de Thèse

Orléans, le 27 09 2022



Centre Hospitalier Régional d'Orléans  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
Docteur Floriane BONNIN  
RPPS 10101467495  
N° de Reseau 45 07 224 5813 01

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de  
Tours  
Tours, le

## CORNAC Manon

56 pages – 5 tableaux – 4 figures

### Résumé

**Introduction :** En France, le taux d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) est stable depuis les années 1980, malgré une couverture contraceptive élevée. Un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie. Après une IVG, l'ovulation reprend le mois suivant : une contraception en post-IVG immédiat est donc primordiale. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français préconise de privilégier les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC) : implants, dispositifs intra-utérins au cuivre et systèmes intra-utérins au lévonorgestrel.

**Matériel et méthode :** Cette étude observationnelle, descriptive et monocentrique s'est déroulée au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Régional d'Orléans. Les patientes ayant réalisé une IVG du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2021 étaient sélectionnées. Le recueil de données a été réalisé sur dossiers informatiques et par appels téléphoniques pour connaître leur situation contraceptive début 2022. Les raisons d'un changement de méthode, la satisfaction et les difficultés rencontrées avec la contraception ont été demandées. Etaient incluses toutes patientes majeures ayant répondu au questionnaire téléphonique. L'objectif de notre étude était d'analyser le devenir de la contraception un an après une IVG.

**Résultats :** Notre étude a inclus 137 patientes. 59 % des patientes utilisaient toujours un an plus tard la contraception prescrite en post-IVG immédiat. Les LARC ont été poursuivies dans plus de 71 % des cas, avec un taux à 78 % pour l'implant. A contrario, les contraceptions orales étaient plus souvent abandonnées avec un taux de poursuite inférieur à 45 %. L'arrêt de la contraception prescrite était principalement dû à un problème de tolérance ou d'observance (44,6 %), mais aussi à un désir de grossesse (19,6 %).

**Conclusion :** Un an après la réalisation de l'IVG, la poursuite de la contraception initialement prescrite est significativement meilleure pour les LARC que pour les contraceptions orales. Au regard du taux de maintien et de satisfaction, on peut orienter les femmes vers une LARC en post-IVG-immédiat.

**Mots clés :** contraception, avortement, interruption volontaire de grossesse, contraception post-avortement, LARC

### Jury :

Président du Jury : Professeur Caroline DI GUISTO

Directrice de thèse : Docteur Floriane BONNIN

Membres du jury : Docteur Cécile RENOUX

Docteur Marion CUSSOT

Docteur François COULON

Date de soutenance : Jeudi 20 octobre 2022