

Etat des lieux de l'utilisation de la
contraception d'urgence chez les
femmes en demande d'interruption
volontaire de grossesse au centre
hospitalier de Calais.

Etude réalisée auprès de 119 femmes

Mémoire rédigé et soutenu par BELLEVILLE Camille

sous la direction de HUTIN Camille.

Promotion Maïa : année 2015-2020

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire, mais aussi toutes les personnes qui m'ont soutenue dans mes études de sage-femme.

Mes remerciements vont tout d'abord à ma directrice de mémoire Camille Hutin, merci pour ta réactivité, tes conseils, et le temps que tu m'as consacré.

Je remercie le service d'orthogénie de Calais, et plus particulièrement les sages femmes qui y travaillent : Odile, Juliette, Aline, et Camille. ; ainsi que les aides soignantes: Karine, Brigitte et Sylvie, sans qui cette étude n'aurait pas pu avoir lieu.

Je remercie Sophie Carpentier pour l'aide qu'elle m'a apporté pour l'utilisation du logiciel Epidata.

J'adresse mes remerciements à mes parents, mes grands parents, ma sœur, mes amis et mon amoureux, qui m'ont soutenue durant ces cinq années d'étude.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	2
INTRODUCTION	3
PARTIE 1 : Contexte	4
I) Les interruptions volontaires de grossesse en France	4
1) Définition	4
2) Quelques dates clefs :.....	4
3) Epidémiologie.....	5
II) La contraception en France	6
1) Les moyens de contraception les plus utilisés	6
2) La contraception au moment de l'IVG.....	7
III) La contraception d'urgence	8
1) Définition	8
2) Les différents modes de contraception d'urgence en France.....	8
3) Utilisation de la contraception d'urgence en France	11
4) Coût et accessibilité.....	12
5) La prescription et la délivrance à l'avance de la PCU	12
IV) Place de la sage- femme	14
1) En matière d'IVG	14
2) En matière de contraception d'urgence	14
PARTIE 2 : Matériel et méthode	15
I) Méthodologie.....	15
1) Type d'étude	15
2) Population.....	17
3) Objectifs de l'étude	17
4) Analyse des données	17
II) Résultats	19
1) Profil des patientes.....	19
2) Connaissance de la contraception d'urgence	22
3) Sources d'informations.....	27
4) Expérience personnelle	28
5) Prescription anticipée.....	32
6) Croisements et tests statistiques	34

PARTIE 3 : Analyse des résultats, discussion et propositions	37
I) Limites et atouts de l'étude	37
1) Population.....	37
2) Enquête.....	37
3) Support	38
II) Analyse et discussion.....	38
1) Profil des patientes.....	38
2) Freins à l'utilisation de la CU :.....	41
3) Prescription et délivrance anticipée.....	45
III) Ouverture et propositions	47
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES	56

GLOSSAIRE

CNOSF : Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CU : Contraception d'urgence

CUH : Contraception d'urgence hormonale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

GNP : Grossesse non prévue

INPES : Institut National de prévention et d'éducation pour la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LARC : Long Acting Reversible Contraception ou contraceptifs à longue durée d'action

LNG : Lévonorgestrel

PCU : pilule contraceptive d'urgence

QCM : question à choix multiple

SA : Semaine d'aménorrhée

SG : Semaine de grossesse

SIU : Système intra utérin (Mirena®, Jaydess®, Kyleena®)

UPA : Ulipristal acétate

INTRODUCTION

J'ai eu l'idée de ce sujet suite à mon stage dans le service d'orthogénie du centre hospitalier de Calais en septembre 2019. J'ai été interpellée par la sous-utilisation de la contraception d'urgence (CU) dans ce bassin de vie, amenant les patientes à consulter pour des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

En France, 30% des grossesses sont non prévues. Parmi celles-ci, deux sur trois surviennent sous contraception, et une grossesse non prévue (GNP) sur deux donne lieu à une IVG(1).

La couverture contraceptive française est élevée, et 87,4% des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception. Parmi elles, 33,2% utilisent la pilule, 15,5% le préservatif et 4,6% d'autres méthodes telles que le diaphragme, la cape, et les méthodes traditionnelles (méthode des températures, retrait)(2). Au total plus d'une française sur deux utilise donc une contraception dont les taux d'efficacité pratique sont bas (3).

La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé en France. Une femme prend en moyenne dans sa vie plus de 8 000 comprimés à heure fixe, il semble donc difficile de ne pas en oublier un... (4) En 2010, 66% des femmes sous pilule déclaraient l'oublier au moins une fois par an et 21% des femmes au moins une fois par mois. Une étude de Cohorte en 2002 a montré que 23% des femmes avaient oublié leur pilule au dernier cycle, parmi ces femmes, 32% n'avaient rien fait (5).

Seul 6,2% des femmes exposées à un risque de GNP ont recours à la CU. L'étude Cocon de 2000 a montré que 20% des GNP étaient liées à un oubli de pilule(6).

L'accès à la CU est facilité depuis 1999, car elle est disponible en pharmacie sans ordonnance, cependant son taux d'utilisation reste insuffisant pour contre balancer le nombre d'IVG, qui reste stable depuis les années 90.

La majorité des pilules contraceptives d'urgence (PCU) est vendue le dimanche, jour de fermeture de la majorité des pharmacies d'officine (7). Il y a donc un accès plus difficile à la PCU ce jour, ce qui allonge le délai de prise, or nous savons que plus elle est utilisée tôt après le rapport sexuel à risque, plus elle est efficace. Une prescription et une délivrance à l'avance de la PCU semblerait donc intéressante afin de faciliter son accès.

La sage-femme étant l'un des acteurs principaux dans la prévention des GNP, nous nous sommes interrogées sur les freins de l'utilisation de la CU. Nous avons mis en place une étude au centre d'orthogénie de l'hôpital de Calais afin d'évaluer le niveau de connaissance des patientes en matière de CU, d'établir les freins à son utilisation, et d'évaluer les besoins en matière de prescription anticipée. Tout ceci dans l'intention d'améliorer et d'adapter l'information donnée par les professionnels de santé, en fonction des besoins des patientes. Et ainsi, d'améliorer les pratiques en matière de prévention des grossesses non désirées.

PARTIE 1 : Contexte

I) Les interruptions volontaires de grossesse en France

1) Définition

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est l'arrêt volontaire d'une grossesse non souhaitée. Celle-ci peut avoir lieu jusque 12 semaines de grossesses (SG), soit 14 semaines d'aménorrhées (SA). Deux méthodes sont possibles pour arrêter le développement de la grossesse : la méthode médicamenteuse ou chirurgicale. La méthode sera choisie en fonction du souhait de la patiente, et du terme de la grossesse. (8)

2) Quelques dates clés :

1967 : Loi Neuwirth : **autorisation de la contraception** et suppression des dispositions législatives interdisant la prophylaxie anticonceptionnelle. (9)

1974 : **Remboursement de la contraception** par la Sécurité sociale.

Autorisation des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) à délivrer gratuitement et anonymement la contraception sur prescription médicale, aux mineures souhaitant garder le secret.

1975 : Loi Veil : **L'IVG n'est plus punie par la loi.** (10)

1999 : **Autorisation de la vente de pilule contraceptive d'urgence (PCU) au Lévonorgestrel (LNG) sans prescription médicale.**

2000 : Autorisation des infirmières scolaires à délivrer la PCU au LNG aux mineures et majeures des collèges et des lycées dans les cas d'urgence et de détresse.

Autorisation des pharmaciens à délivrer de la PCU au LNG à titre gratuit aux mineures désirant garder le secret.

2001 : Loi Aubry : Accès facilité à contraception et légalisation de la stérilisation.

Le délai de l'IVG est allongé à 12SG, soit 14 SA.

L'entretien pré IVG devient facultatif pour les majeures.

L'accord parental pour les mineures n'est plus obligatoire, mais se transforme en un accord d'un adulte majeur choisi par la patiente.

2009 : Loi HPST : les **sages-femmes sont autorisées à prescrire toutes les méthodes de contraception**, les infirmiers et les pharmaciens peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux pour une durée de 6 mois maximum. Les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé sont autorisés à délivrer une contraception notamment d'urgence.

L'Ulipristal acétate (UPA) obtient son AMM.

2013 : L'IVG est prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

Autorisation de la vente en ligne (pour les pharmaciens titulaires d'une officine de pharmacie) **de tous les médicaments non soumis à une prescription médicale obligatoire.** La PCU au LNG fait donc partie de cette liste.

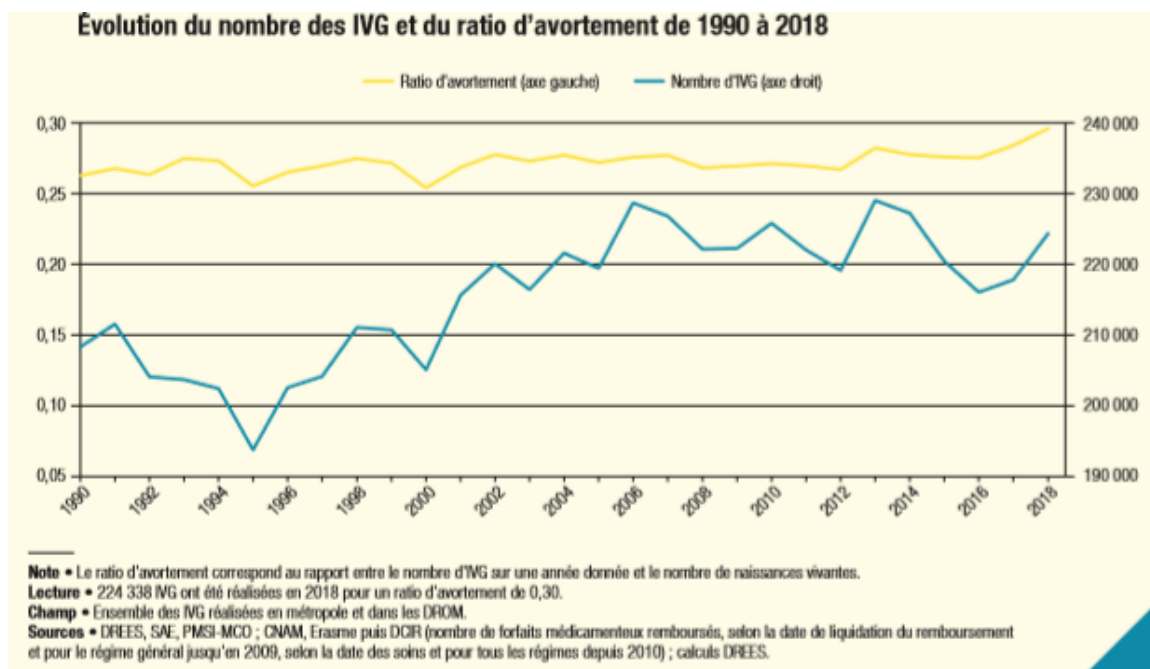
2015 : **Autorisation de délivrance de la PCU à l'UPA sans ordonnance(11). Et gratuite pour les mineures (12).**

2016 : Le délai de réflexion à l'IVG de 7 jours est supprimé pour les majeures, mais est réduit à 48h pour les mineures.

Le cadre législatif en France a énormément évolué ces dernières années permettant un accès facilité à la contraception et notamment à la contraception d'urgence, ainsi qu'à l'IVG.

3) Epidémiologie

En France le **nombre d'IVG reste stable** (environ 200 000 par an) **depuis les années 1990**, et ce, malgré un accès facilité à la contraception. (13)



En 2018, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), a recensé **224 338 IVG réalisés**. On observe qu'environ 7 500 IVG ont été effectuées de plus par rapport à 2017. Le taux de recours à l'IVG s'élève à 15,4 pour 1000 femmes. (13)

Depuis plusieurs années, le **taux chez les femmes de 20 à 24 ans, est le plus élevé** de toutes les tranches d'âge. Cela s'explique par le report de l'âge de la maternité en France (14). En 2018, ce taux reste stable, alors qu'il est en baisse chez les plus jeunes (15-24 ans) et en augmentation chez les plus âgées (25-44 ans). (Annexe I)

a. Les IVG dans les hauts de France

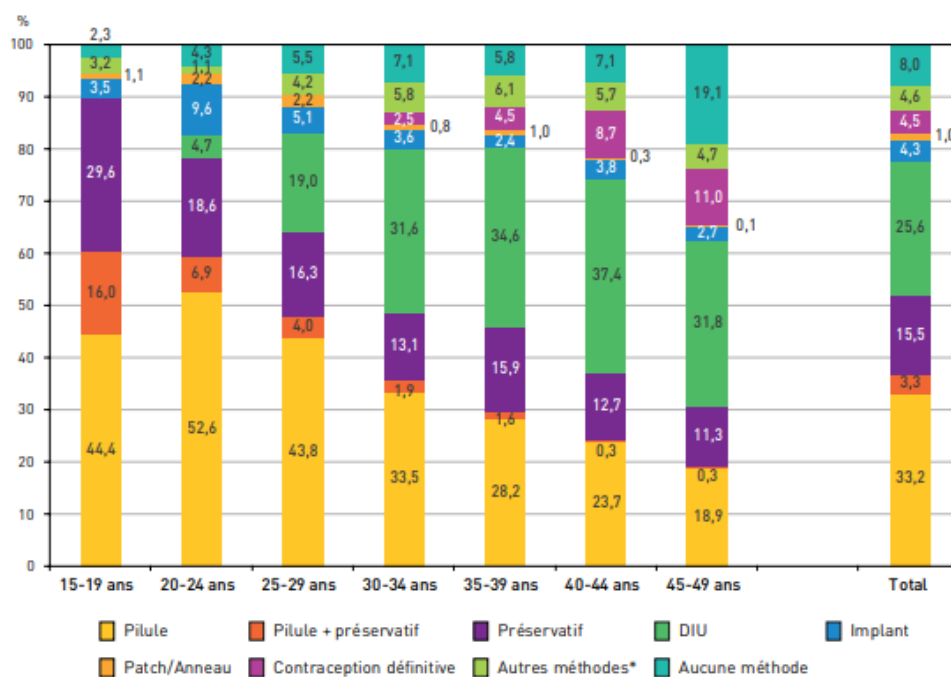
Dans les Hauts de France, 17 841 IVG ont été réalisés en 2018. Avec un taux de 13,4 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, ce taux étant inférieur à la moyenne nationale (15,4), mais reste tout de même **l'un des plus élevé de France**. (Annexe II).

II) La contraception en France

1) Les moyens de contraception les plus utilisés

Selon le baromètre santé 2016, la **couverture contraceptive est élevée** : 87,4% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception (2).

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Parmi les 4315 femmes âgées de 15 à 49 ans, et ne souhaitant pas avoir d'enfant, interrogées pour le baromètre santé 2016 (2), 71,9 % (soit 3241) sont concernées par la contraception, parmi elles :

- 33, 2% utilisent la pilule comme moyen de contraception. Ce moyen reste en France le plus utilisé, et une femme sur deux y a déjà eu recours (16).
- 15,5% utilisent le préservatif.
- 4,6% utilisent d'autres méthodes telles que : le diaphragme, la cape, et les méthodes traditionnelles (méthode des températures, retrait).
- 8,0 % déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse.

Au total, **53,3 %**, soit plus de la moitié des françaises interrogées utilisent la pilule, le préservatif ou d'autres méthodes. Or, ces moyens de contraception sont reconnus comme les moins fiables par l'OMS (17), et ont les **taux d'efficacité pratique les plus bas** du panel de la contraception (3) :

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Il s'agit de moyens qui peuvent mener à l'utilisation de la CU, lorsque l'échec de la méthode contraceptive est objectivée par l'utilisateur. **Ainsi plus de la moitié des femmes utilisant une contraception en France sont susceptibles d'avoir recours à la CU.**

2) La contraception au moment de l'IVG

Malgré une couverture contraceptive large, les échecs contraceptifs sont fréquents : d'après l'étude COCON de 2000 (pas de données plus récentes), près de **30% des grossesses sont des grossesses non prévues**, et **la moitié de ces grossesses donnent lieu à une IVG (1)**. **Deux tiers de ces grossesses non prévues surviennent chez des femmes utilisant une contraception.** (18)

En effet, d'après l'étude de C. Moreau datant de 2011 (19) ; parmi les 62,9% de femmes possédant une contraception au moment de l'IVG ; 60,4% utilisent la pilule, le préservatif ou d'autres méthodes barrières ou naturelles. Cependant, **seul 1,2% déclarent avoir utilisé la CU.**

Situation contraceptive des femmes en France dans le mois où la grossesse a débuté

Situation contraceptive avant l'IVG	%
Pas de contraception	35,9
DIU, implant	1,7
Patch/anneau vaginal	0,8
Pilule	26,7
Préservatif	15,9
Autres méthodes barrières ou naturelles	17,8
Contraception d'urgence	1,2

III) La contraception d'urgence

1) Définition

La contraception d'urgence est définie par la Haute autorité de santé comme « les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif) ». (20) (21)

2) Les différents modes de contraception d'urgence en France

En France, il existe deux méthodes : la pilule d'urgence, méthode hormonale, encore appelée « pilule du lendemain » ou « pilule du surlendemain » ; et la méthode mécanique, le dispositif intra utérin (DIU) au cuivre. (2) (22)

Les pilules contraceptives d'urgence, utilisées actuellement, sont : lévonorgestrel (Norlevo[®], Levonorgestrel Biogaran, Levonorgestrel Mylan) et ulipristal d'acétate (Ellaone[®]). (23)

a. Contraception d'urgence hormonale :

Tableau 1. Produits utilisés pour la contraception d'urgence disponibles en France

	Méthode	Classe	Produit	Posologie recommandée	Indication
Pilule contraceptive d'urgence (PCU)	Lévonorgestrel (LNG)	Hormone – progestatif	Norlevo 1,5 mg [®] , Lévonorgestrel Biogaran 1 500 µg	1,5 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive
	Ulipristal acétate (UPA)	Modulateur des récepteurs de la progestérone	EllaOne 30 mg [®]	30 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive

(7)

i. Norlevo[®] (Lévonorgestrel)

Principe actif :

Cette CU est constituée de Lévonorgestrel (LVG) dosé à 1,5mg. Il s'agit d'un progestatif, le même que celui utilisé dans la contraception orale dite de « deuxième génération ». (24)

Posologie :

1,5mg, soit 1 comprimé en une prise unique.

Action :

Elle agit en inhibant ou retardant le pic de LH, et donc l'ovulation, mais ne fonctionne pas si l'implantation de l'œuf a déjà commencé ou si l'ovulation est en cours ou a déjà eu lieu.

Norlevo[®] peut être utilisée dans un délai maximal de 72h (3 jours) après le rapport non ou mal protégé ou en cas d'échec de contraception. Cette CU peut être utilisée à n'importe quel moment du cycle.

Efficacité :

Plus elle est utilisée tôt après le rapport, plus elle est efficace. (20)

Son efficacité peut être diminuée, si elle est prise en même temps qu'un inducteur enzymatique ou un produit à base de millepertuis (24).

Comme pour une pilule contraceptive classique, si dans les 3h suite à la prise du comprimé des vomissements ont lieu, la CUH ne sera pas efficace, et elle devra être prise une seconde fois.

Contre-indications :

La seule contre-indication, est l'hypersensibilité au LNG ou à un des excipients. (25) Cette pilule d'urgence ne contre-indique pas la poursuite d'une pilule contraceptive régulière ni l'allaitement maternel. (26)

Effets indésirables :

Il est possible suite à l'utilisation de Norlevo[®] d'être sujet à : des nausées, des douleurs abdominales, des vomissements, des vertiges, des céphalées, une asthénie, un dérèglement hormonal transitoire (règles précoces ou retardées, métrorragies, mastodynies), une réaction allergique.

ii. Ella one[®] (Ulipristal acétate)

Principe actif :

Le principe actif utilisé est l'Ulipristal d'acétate (UPA) dosé à 30mg. Il s'agit d'un modulateur du récepteur de la progestérone, qui a des effets antagonistes et partiellement agonistes (27).

Posologie :

Ella One[®] se prend en prise unique, soit un comprimé par voie orale.

Délais d'utilisation :

Le plus tôt possible et au plus tard 120h (5 jours) après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

Action :

L'UPA agit en inhibant ou retardant l'ovulation, en se liant aux récepteurs de la progestérone, il est possible qu'il réduise l'efficacité d'une contraception hormonale. Il est donc conseillé d'utiliser les préservatifs après sa prise. (20)

L'UPA aurait aussi selon la « Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare » (Royaume Uni) une action sur l'endomètre. (28)

Efficacité :

Tout comme pour Norlevo[®], plus elle est utilisée tôt, plus elle est efficace ; les inducteurs enzymatiques peuvent diminuer son efficacité ; et des vomissements dans les 3h suivant la prise peuvent empêcher son action.

Contre-indications (25):

Il n'y a pas de contre-indications strictes à son utilisation, mais il est déconseillé de l'utiliser dans les cas suivant : insuffisance hépatique chronique, asthme sévère, allergies à l'UPA ou à certains excipients. La poursuite de l'allaitement maternel n'est pas contre indiquée (29).

Effets indésirables :

Ce sont les mêmes que Norlevo[®], des troubles de l'humeur peuvent s'y ajouter.

b. Le dispositif intra utérin au cuivre

Méthode	Classe	Produit	Posologie recommandée	Indication
DIU au cuivre*	Contraception intra-utérine	Différents types autorisés pour la contraception	Le DIU est laissé en place jusqu'à ce qu'un diagnostic de grossesse ait été écarté ou peut-être conservé comme moyen de contraception pendant 5 ans	Contraception d'urgence dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, ou jusqu'à 5 jours après la date présumée d'ovulation

(7)

Action :

Le DIU au cuivre agit tout d'abord au niveau de la cavité utérine, le cuivre entraîne une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre, ce qui empêche l'implantation de l'œuf fécondé (l'implantation ayant lieu au 6^{ème} ou 7^{ème} jour après la fécondation), on parle d'effet anti-nidatoire.

Efficacité :

Il s'agit de la méthode disponible la plus efficace. Son efficacité est de 99% s'il est utilisé dans les 5 jours maximum suivant le rapport non ou mal protégé. Il constitue un moyen de contraception au long terme, car une fois mis en place, il est efficace pour 5 ans. (30)

Contre-indications (31) :

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre sont :

- infection puerpérale en post-partum
- en post-abortum : immédiatement après un avortement septique
- maladie inflammatoire pelvienne en cours
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours
- tuberculose génito-urinaire avérée
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave)
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- cancer du col utérin
- cancer de l'endomètre
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Il n'est pas recommandé de poser un DIU :

- dans la période de post-partum (comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement)
- lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles.

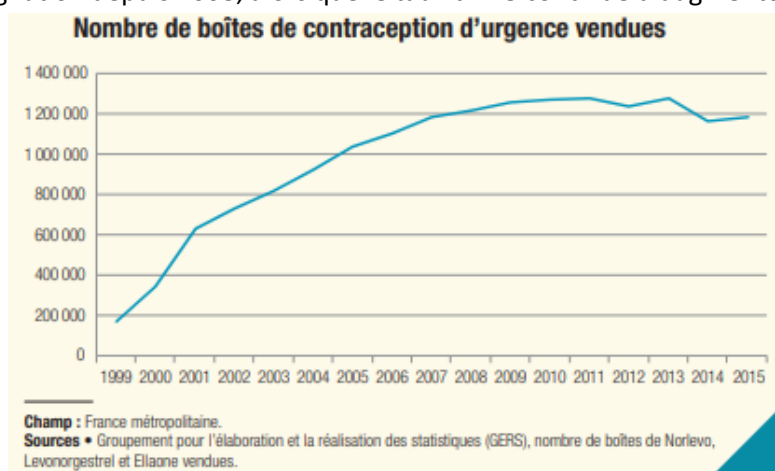
Effets indésirables :

Ils peuvent être : des douleurs, des contractions utérines et saignements, l'expulsion du dispositif, la perforation utérine, des modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, dysménorrhées).

3) Utilisation de la contraception d'urgence en France

En 2016, **6,2%** des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois (32), et 1 337 000 pilules d'urgence ont été vendues (23).

Le taux de PCU vendue n'a cessé d'augmenter depuis sa mise sur le marché en 1999. On observe cependant une stagnation depuis 2008, alors que le taux d'IVG continue d'augmenter (7).



L'Inpes a dressé un tableau comparatif des baromètres santé 2000, 2005 et 2010, celui ci montre que la proportion de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la CU augmente de façon générale.

Tableau 5. Proportion (en %) de femmes sexuellement actives ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence selon l'âge au moment de l'enquête, en 2000, 2005 et 2010

Groupe d'âge	2000 %	2005 %	2010 %
15-17 ans	12,3	27,9	40,6
18-19 ans	10,9	30,1	43,7
Total 15-19 ans	11,6	29,0	42,4
20-24 ans	15,7	29,8	43,3
25-29 ans	11,0	19,4	34,7
30-39 ans	8,3	11,8	20,9
40-49 ans	5,5	6,4	11,0
Total 15-49 ans	8,8	14,4	23,9

Source : Inpes, Baromètre Santé 2000, 2005, 2010

Il existe un paradoxe entre l'utilisation de la CU, et le taux d'IVG. En effet, **si le taux de CU utilisé par les 20-24 ans est l'un des plus importants dans la population, c'est cette tranche d'âge qui a le plus recours à l'IVG.**

Une étude de Cohorte (33) a été menée en 2002 sur 3316 françaises utilisant la pilule comme moyen de contraception, elle a montré que **23% de ces femmes ont oublié un comprimé sur leur dernier cycle.** Et, parmi ces dernières, **32% n'ont rien fait après l'oubli de leur pilule**, 39% se sont référées à la notice, 28% ont demandé conseil (63% à leur gynécologue, 18% à leur médecin traitant, 17% à leur entourage et 11% à leur pharmacien) (5).

Cela signifie donc qu'une femme sur quatre déclarait avoir oublié sa pilule sur le dernier cycle, et que parmi ces femmes, un tiers n'avait rien fait et s'était donc exposée à un risque de grossesse non prévue.

L'utilisation de la CU a donc augmenté au cours de ces dernières années, mais elle reste tout de même insuffisante par rapport au nombre de rapports sexuels à risque. Il y a une véritable sous utilisation de ce produit.

4) Coût et accessibilité

a. La PCU

i. En pharmacie :

L'accès à la PCU est possible en France sans prescription médicale depuis 1999 pour le LNG (Norlevo[®]) et depuis 2015 pour l'UPA (Ellaone[®]) (11).

Elle est dispensée de manière anonyme et gratuite pour les mineures sans obligation de présentation de la carte d'identité nationale et en cas de prescription médicale, elle est remboursée à hauteur de 65% par la sécurité sociale.

Le coût pour les PCU varie selon les laboratoires (prix sans honoraire de dispensation du pharmacien) (27) (24) :

- Ellaone[®] : 16,48€
- Norlevo[®] : 3,26€
- Lévonorgestrel Biogaran : 3,26€
- Lévonorgestrel Cristers : 2,48€
- Lévonorgestrel EG : 2,48€
- Lévonorgestrel Mylan : 2,48€
- Lévosolo : prix libre

ii. Dans les CPEF :

Elle est disponible gratuitement pour les mineures, et les majeures sans couverture sociale.

iii. Après des infirmières scolaires, et des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé :

La CPU est disponible gratuitement et anonymement pour les élèves de collèges et lycées, ainsi que pour les étudiants (mineures ou majeures).

b. Le DIU au cuivre

Il n'est disponible que sous prescription médicale, et est pris en charge à hauteur de 65% par la sécurité sociale.

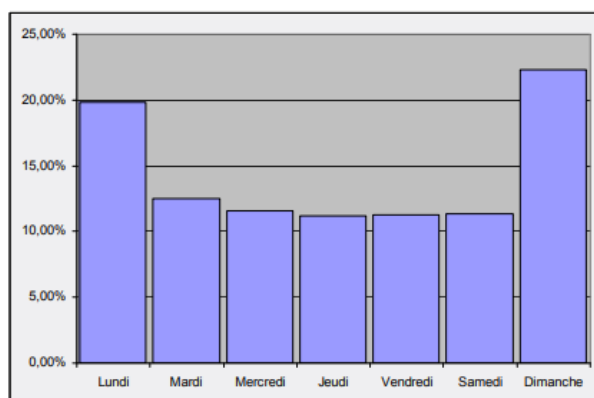
La prise d'un rendez vous pour une consultation médicale rapide, consistant en un interrogatoire et un examen clinique (à la recherche d'éventuelles contre-indications, d'une potentielle infection génitale basse) est donc nécessaire avant la pose (20).

Son coût varie en fonction de la pharmacie et du laboratoire, en moyenne son prix est de 30€.

5) La prescription et la délivrance à l'avance de la PCU

Selon les bases de données Celtipharm, et l'étude menée par l'HAS en 2013 concernant la prescription et la délivrance à l'avance de la PCU (7), les pharmacies délivrent **23% des PCU le dimanche**, et 20% le lundi. La majorité des PCU est donc vendue le dimanche, jour de fermeture de la majorité des officines en France.

Figure 3. Distribution par jour de la semaine des ventes de PCU (LNG et UPA) en pharmacie en 2010-2011



Les patientes qui y ont recours le dimanche doivent donc se rendre dans des pharmacies de garde, ce qui ne facilite pas l'accès et **allonge le temps entre le rapport à risque et la prise du comprimé**. Or nous savons qu'**au plus la CU est utilisée tôt après le rapport à risque, au plus elle est efficace**. Il est donc légitime de se demander si une prescription et une délivrance à l'avance ne permettraient-elles pas aux femmes de prendre le comprimé plus rapidement.

La revue systématique de la littérature menée par l'HAS a montré que les femmes ayant reçu la CU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et de l'utiliser dans des délais plus courts. Cependant elle montre également que la fourniture à l'avance de la PCU ne réduit pas le taux de grossesses non prévues, car même si les femmes possèdent une PCU à leur domicile, elles n'ont pour la majorité pas la notion de risque de grossesse, et les effets secondaires craints freinent son utilisation.

La HAS recommande donc :

- D'envisager une **prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas** dans certaines situations. **Ces situations ne peuvent pas être caractérisées** a priori. Elles peuvent inclure les situations suivantes : les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. : difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l'étranger, les **femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces** (selon l'OMS : les méthodes barrières, les spermicides et les méthodes naturelles : retrait et méthodes de retrait et les méthodes visant à identifier la période de l'ovulation de manière à éviter d'avoir des rapports sexuels féconds à ce moment-là).
- Une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence devrait s'accompagner systématiquement d'une **information personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence** ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST. La HAS ne recommande cependant pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique.
- **Informers les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence**, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, **à l'occasion de tout contact relatif à la contraception**, la sexualité ou la délivrance de préservatifs avec des professionnels de santé, des relais associatifs, les dispositifs d'éducation à la santé ou les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Il est cependant, important de rappeler que cette étude se base sur des essais dont la majorité ont été conduits aux Etats Unis, aucun n'a eu lieu en France.

Dans les recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives de l'OMS(17), on retrouve : « Un approvisionnement par avance en PCU **peut être fourni** à une femme pour garantir que ces pilules soient à sa disposition lorsqu'elle en aura besoin et qu'elle puisse les prendre dès que possible après un rapport non protégé. », la prescription à l'avance est donc exposée comme une possibilité, mais n'est pas recommandée de façon systématique.

IV) Place de la sage- femme

1) En matière d'IVG

Depuis la loi santé de 2016, les sages-femmes peuvent prescrire et réaliser des IVG médicamenteuses. (34)

Les compétences de la sage-femme en matière d'IVG sont susceptibles d'évoluer au cours des prochaines années ; le Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) a monté un plaidoyer en Janvier 2020 pour une pleine compétence en matière d'IVG, avec notamment comme demande, la réalisation des IVG chirurgicales. (35)

2) En matière de contraception d'urgence

La sage-femme peut prescrire la CUH (36). Elle est également habilitée à prescrire et poser le DIU au cuivre (37).

Les compétences de la sage-femme en matière d'IVG et de CU, la place donc au centre de la prévention des grossesses non désirées.

PARTIE 2 : Matériel et méthode

I) Méthodologie

1) Type d'étude

a. Parcours de la patiente et mise en place de l'étude :

Afin de mieux comprendre le déroulement de notre étude, nous avons décidé d'expliquer le parcours de la patiente majeure dans le service d'orthogénie du CH de Calais. Il se déroule en plusieurs temps, de la façon suivante :

- Dans un premier temps, la consultation « pré-IVG 1 » a lieu avec une sage-femme ou un médecin. Durant cette consultation la femme annonce son désir d'interruption de grossesse. Un interrogatoire est mené, afin de dépister d'éventuelles contre-indications. Les différents moyens d'IVG et de contraception sont alors expliqués. La grossesse est ensuite datée à l'aide d'une échographie, et la patiente reçoit des informations quant aux différents moyens d'IVG, sur leurs avantages, inconvénients et leurs risques. Les diverses méthodes de contraception envisageables lui sont également expliquées. A l'issue de ces explications, la patiente choisit si elle souhaite avoir recours à une IVG médicamenteuse ou chirurgicale. Une fois la décision prise, la programmation du parcours est organisée. Un entretien psychosocial est proposé si elle le souhaite, celui-ci sera prévu avec une conseillère conjugale du CPEF. Au décours de cette consultation, plusieurs options :
 - Si une IVG médicamenteuse (en hospitalisation ou à domicile) est envisagée, et la patiente ne souhaite pas de délais de réflexion supplémentaire : la prise de Mifépristone (Mifégyne®) peut avoir lieu.
 - Si une IVG chirurgicale est envisagée, et la patiente est nullipare ou à 12 SA ou plus, la prise d'un comprimé de Mifégyne® est envisagée 48h avant le curetage.
- Dans un second temps : la consultation « pré-IVG 2 » peut être réalisée à la suite de la consultation « pré-IVG 1 ». Néanmoins, si la patiente a besoin d'un délai de réflexion ou simplement pour des raisons d'organisation (dû à la date prévue d'hospitalisation ou à la vie personnelle de la patiente) ; cette consultation sera fixée un autre jour. C'est lors de la consultation « pré-IVG 2 » que la mifégyne est prise.
- Le troisième temps, a lieu 48h après la prise de Mifégyne®, et il consiste :
 - Pour les IVG chirurgicales : à l'hospitalisation et à la réalisation de l'aspiration.
 - Pour les IVG médicamenteuses : à la prise de Misoprostol (Gymiso®) en hospitalisation ou au domicile.
- Le quatrième et dernier temps de la prise en charge est la consultation « post IVG », elle permet de vérifier l'efficacité de la méthode choisie, de faire le point sur la contraception, et de diagnostiquer d'éventuelles complications.

Suite à mon stage dans le service en Esma 4, j'ai pris contact avec Mme Smague et Mme Pasquier (Sages-femmes coordinatrices du service) en Septembre 2019; afin de leur faire part de mon projet d'étude, qui m'ont répondu favorablement, et m'ont remis une autorisation d'étude (Annexe III).

Nous avons également pris contact avec la maternité de Boulogne-sur-Mer afin d'étendre l'étude. Une autorisation d'étude avait été donnée par la cadre du service, mais la prise de contact avec le personnel soignant assurant l'activité du service d'orthogénie s'est avérée difficile, et malgré de nombreuses relances, cela n'a pas abouti.

b. Méthode de recueil

L'étude réalisée était une étude **mono centrée prospective descriptive**. Elle a eu lieu dans le centre d'orthogénie du centre hospitalier de Calais, sur une période s'étalant du 15 Octobre 2019 au 31 Janvier 2020.

Le nombre d'IVG dans ce centre en 2019 était de 516 (Annexe IV), soit une moyenne d'environ 43 IVG par mois. Nous avons donc choisi de programmer l'étude sur 4 mois afin d'obtenir environ 120-150 questionnaires. 180 questionnaires ont donc été déposés dans le service.

Notre étude s'appuie sur la distribution de questionnaires remis aux femmes ayant recours à l'IVG. Celui-ci leur était distribué à leur arrivée dans le service avant la première consultation (« Pré IVG 1 »), par les aides-soignantes qui assurent l'accueil des patientes. Ce moment étant le plus propice, car après leur arrivée, les patientes sont dirigées dans une salle d'attente, ce qui leur laisse le temps de remplir tranquillement le questionnaire. De plus, les résultats ne seraient pas biaisés par les informations sur la CU pouvant être données lors de la première consultation.

A la suite de la consultation, les patientes se voyaient proposer une « fiche réponse » au questionnaire. Cette dernière était constituée : d'une définition de la CU, des différents moyens de CU; de leurs délais d'utilisation, de leurs remboursements ; ainsi que d'un rappel sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (Annexe V).

Camille Hutin, directrice de l'étude travaillant dans le service, nous n'avons pas eu de difficultés particulières au recueil des données.

Les questionnaires étaient ensuite récupérés de façon anonyme et placés dans une pochette prévue à cet effet.

c. Outils de recherche

Le questionnaire (Annexe VI) était composé de quatre parties, avec au total vingt-trois questions.

La première partie (page 1 ; questions 1 à 4) permettait l'approche de la patiente, avec des questions d'ordre général sur les connaissances en contraception d'urgence, ainsi nous n'étions pas trop intrusives dès les premières questions posées. Cette partie comportait une question fermée, une question à choix multiple, une question ouverte, et une échelle d'auto-évaluation.

La seconde partie concernait le profil socio-économique (page 2 ; questions 5 à 11). La troisième partie portait sur les connaissances et les sources d'informations (pages 2 et 3 ; questions 12 à 17). Et pour terminer la quatrième partie était relative à l'expérience personnelle des patientes (page 3 et 4 ; questions 18 à 23).

Avant de commencer à distribuer le questionnaire, ce dernier a été testé auprès de proches ne faisant pas parti du milieu médical ou paramédical, afin de s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci.

2) Population

a. Population cible/ population source

La population cible est la totalité des patientes ayant recours à une IVG dans le centre d'orthogénie de Calais. La population source est l'ensemble des patientes ayant consulté en vue de réaliser une IVG pendant la période s'étalant d'Octobre 2019 à Janvier 2020.

b. Critères d'inclusion

Pour être inclus à notre étude, les critères étaient les suivants :

- Être majeure.
- Être en demande d'IVG, peu importe la méthode choisie.
- Accepter de participer à l'étude.

c. Critère d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Patientes mineures.
- Patientes ne parlant pas le français, ou ne sachant pas l'écrire.

3) Objectifs de l'étude

Le but de l'étude est d'évaluer le niveau de connaissance des patientes en matière de contraception d'urgence, d'établir les freins à son utilisation, d'évaluer les besoins en matière de prescription anticipée, et d'apporter une information claire sur le sujet grâce à la fiche récapitulative distribuée à la suite de la consultation.

Tout ceci dans l'intention d'améliorer et d'adapter l'information donnée par les professionnels de santé, en fonction des besoins des patientes. Et ainsi, d'améliorer les pratiques en matière de prévention des grossesses non désirées.

4) Analyse des données

Nous avons saisi les données avec le logiciel Excel. Le tableau ainsi obtenu a permis de réaliser l'analyse. Les variables quantitatives ont été traduites en moyennes et médianes, et les variables qualitatives en pourcentages.

Puis nous avons retranscrit les données dans le logiciel Epidata Analysis afin de croiser certaines des données, nous avons rencontré Sophie Carpentier (Sage-femme d'Oréhane : Organisation Régionale Hauts de France Autour de la Périnatalité), qui nous a aidé à l'utilisation du logiciel.

Nous avons donné 180 questionnaires dans le service, au total 152 questionnaires remplis ont été récupérés, et 28 questionnaires vierges ont été récupérés. 33 n'étaient pas exploitables, car le verso n'avait pas été rempli, ou car il s'agissait de mineures (critère d'exclusion), nous avons donc obtenu 119 questionnaires exploitables.

Ainsi nous avons récupéré 84,4% (N=180) des questionnaires donnés. Et le taux de questionnaires exploitables était de 78,3 %(N=152).

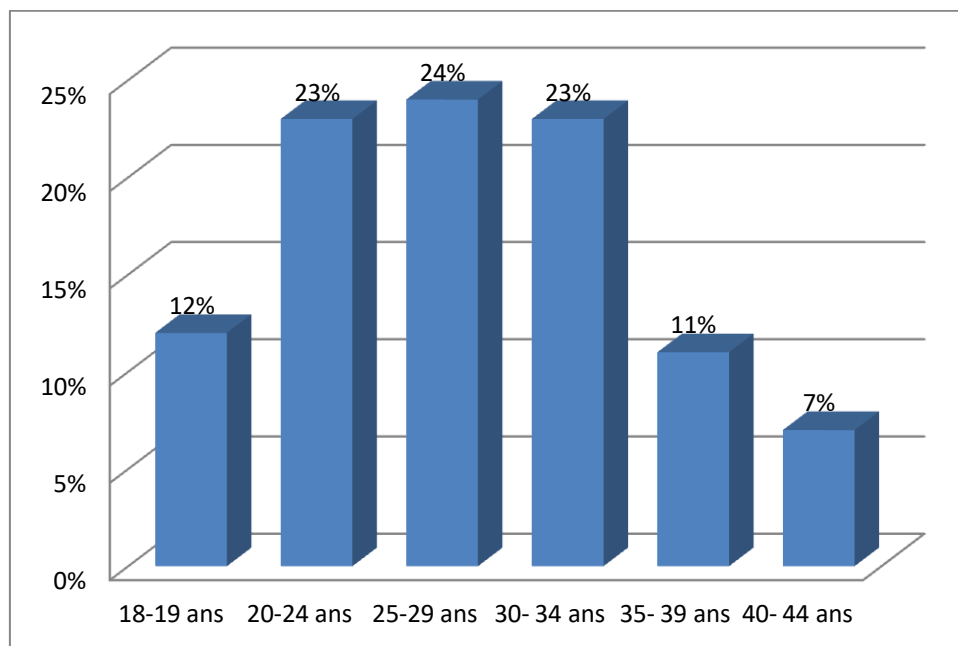
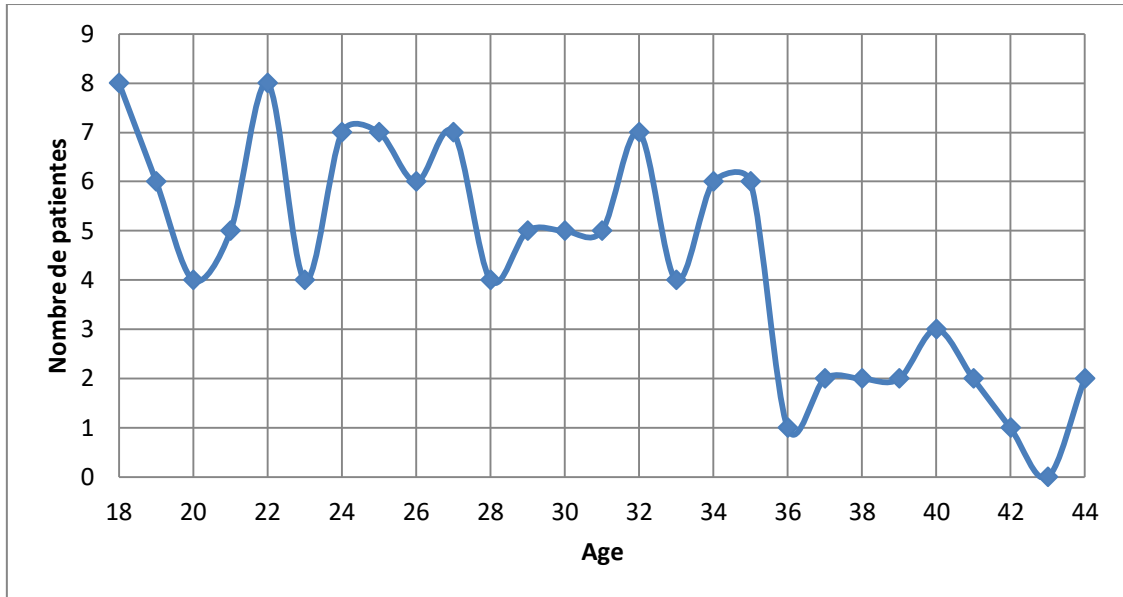
180 « fiches réponses » avaient également été données au départ, et 68 ont été récupérées à la fin de l'étude, ce qui signifie que sur les 152 questionnaires remplis ; 40 patientes n'ont pas eu de fiche réponse.

II) Résultats

1) Profil des patientes

a. Age

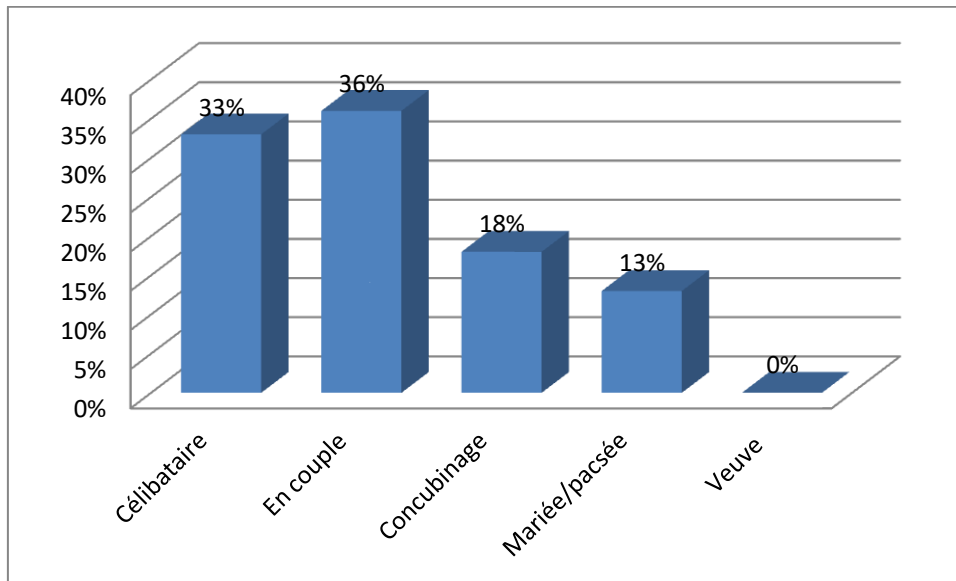
Figure N°1 et 2 : Répartition selon l'âge (N=119)



L'âge moyen des patientes est de **27,9 ans**, et l'âge médian est de 27ans. La classe d'âge des **25-29 ans** est la catégorie d'âge la plus représentée avec un taux de 24%.

b. Statut conjugal

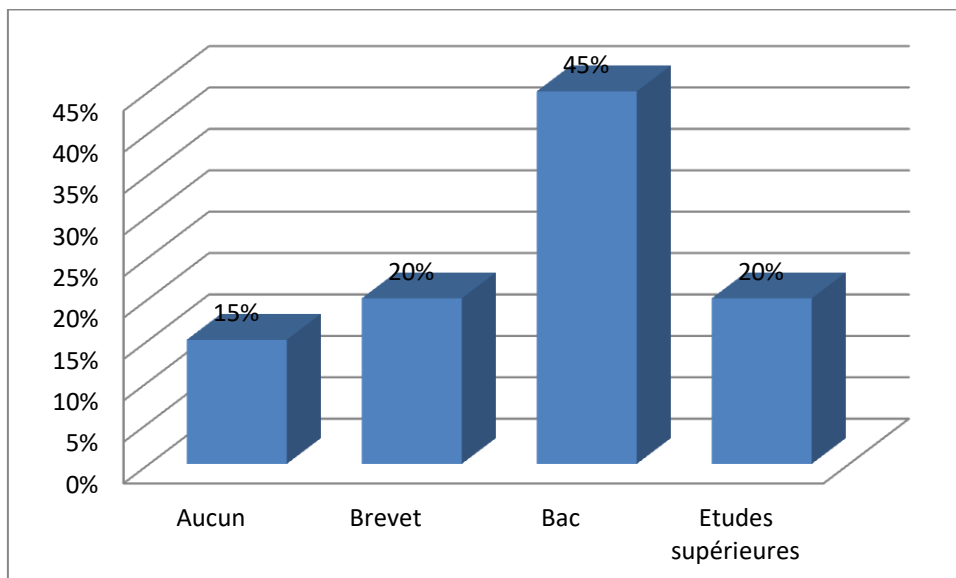
Figure N°3 : Statut conjugal (N=119)



La majorité des patientes est **en couple** (36%).

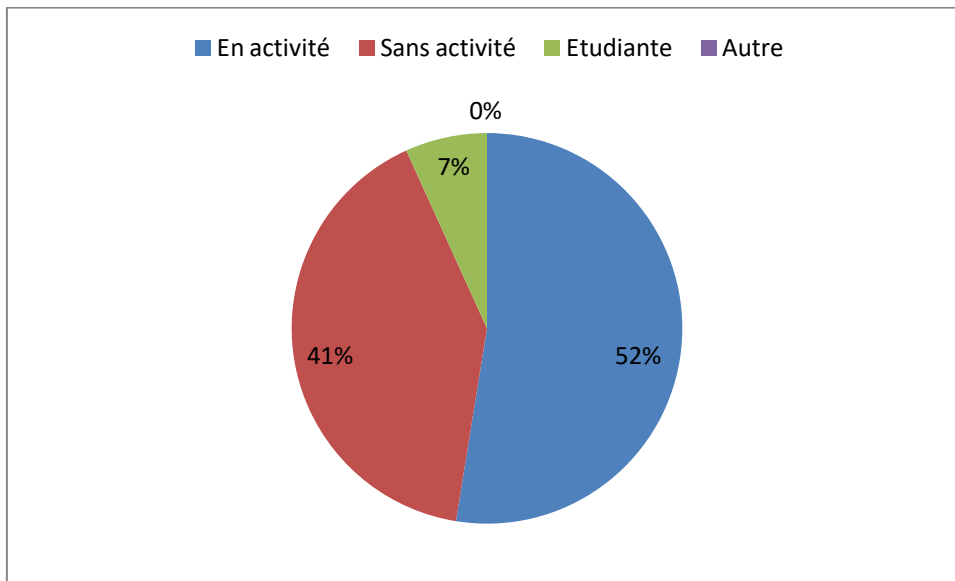
c. Niveau d'étude et situation professionnelle

Figure N°4 : Niveau d'études (N=119)



Plus de la moitié (65% : 45% + 20%) ont un **niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat**.

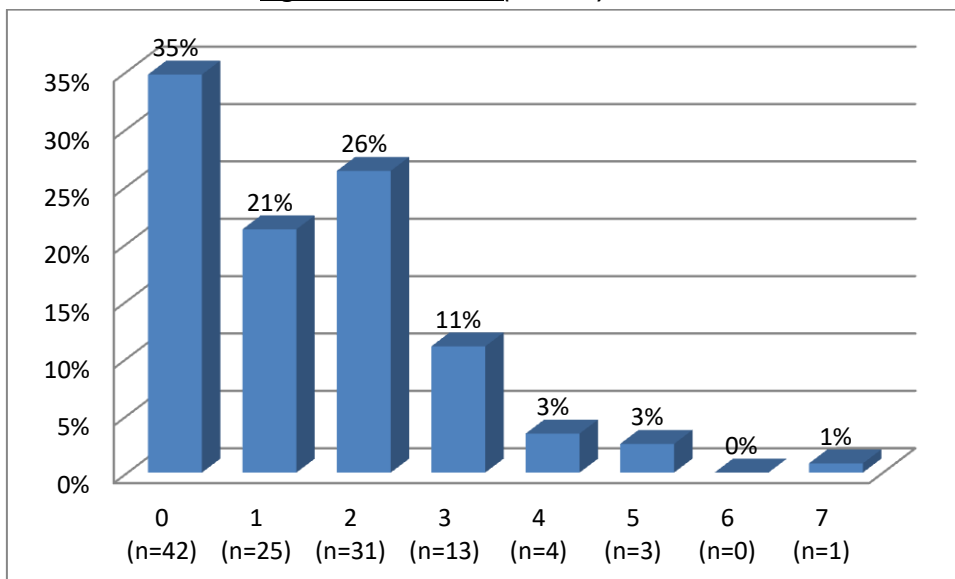
Figure N°5 : Situation professionnelle (N=119)



52% des patientes interrogées ont une **activité professionnelle**.

d. Antécédents

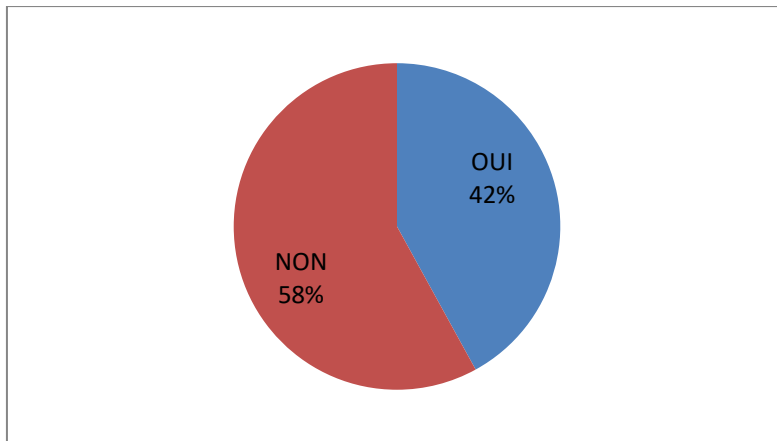
Figure N° 6: Parité (N=119)



Plus d'un tiers des patientes (35%) est **nullipare**. 21% sont des primipares, et 44% sont des multipares.

e. Caractéristiques gynécologiques

Figure N° 7: Suivi gynécologique régulier(N=119)



Plus de la moitié (58%) n'ont **pas un suivi gynécologique régulier**.

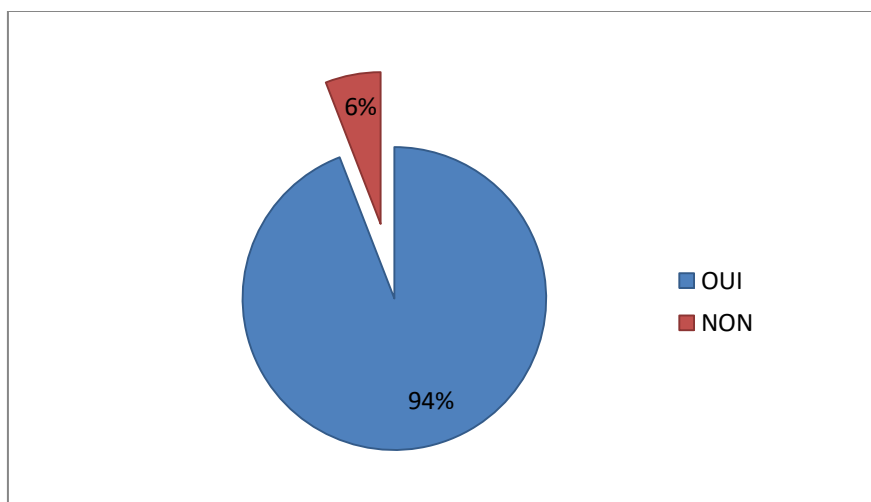
Tableau N° 1: Moyen de contraception avant l'IVG(N=119)

	Effectif	Pourcentage
Anneau	0	0%
Patch	1	0,8%
SIU	1	1,7%
DIU cuivre	7	5,9%
Implant	1	0,8%
Pilule	54	45,4%
Aucun	54	45,4%

45,4% des patientes n'utilisent **aucun moyen de contraception**, et 45,4% utilisent la **pilule**.

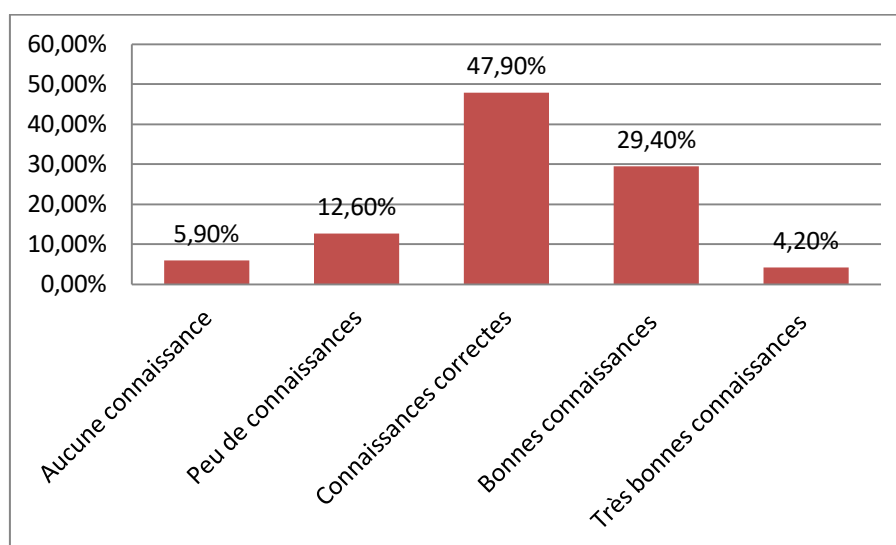
2) Connaissance de la contraception d'urgence

Figure N° 8: Avez-vous déjà entendu parlé de la CU ? (N=119)



6% de l'échantillon n'a **jamais entendu parler** de la contraception d'urgence.

Figure N°9: Autoévaluation sur les connaissances en matière de CU (N=119) :



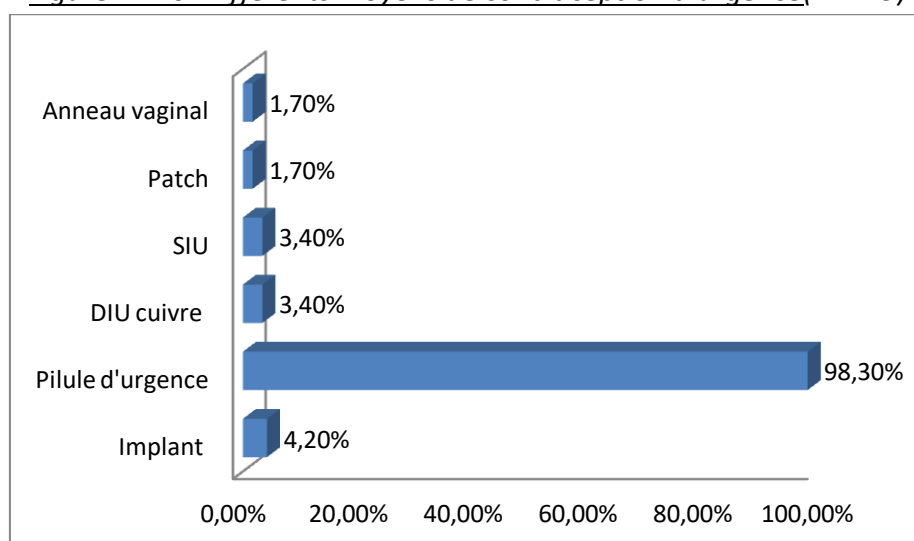
Afin de pouvoir analyser les résultats obtenus, nous avons classé la note d'auto-évaluation donnée par chaque patiente de la façon suivante :

- [0-1[: Aucune connaissance.
- [1-4[: Peu de connaissances.
- [4-7[: Connaissances Correctes
- [7-10[: Bonnes connaissances.
- 10 : Très bonnes connaissances

La moyenne d'autoévaluation est de 5,33 sur 10 et la médiane de 5.

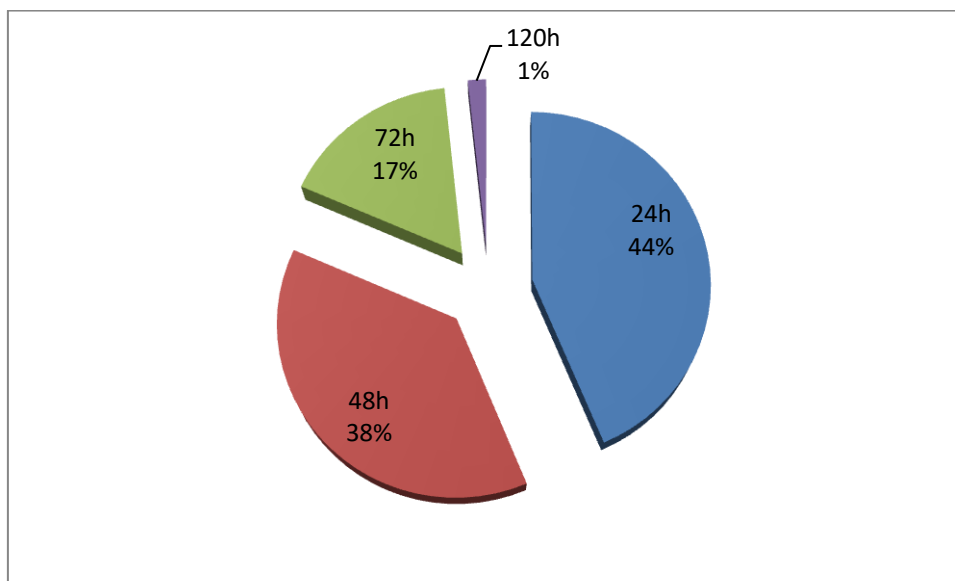
Presque la moitié des patientes pensent avoir des connaissances correctes en matière de CU, et presque une sur trois pensent avoir de bonnes connaissances.

Figure N° 10: Différents moyens de contraception d'urgence(N=119)



La majorité (98,3%) **connait la pilule d'urgence** comme moyen de CU. Le **DIU au cuivre** n'a été **cité que par 3,4%** de la population.

Figure N° 11: Délai d'utilisation maximal (N=119)



44% des patientes pensent que le délai d'utilisation maximal est de **24h**. 38% pensent que ce délai est de 48h.

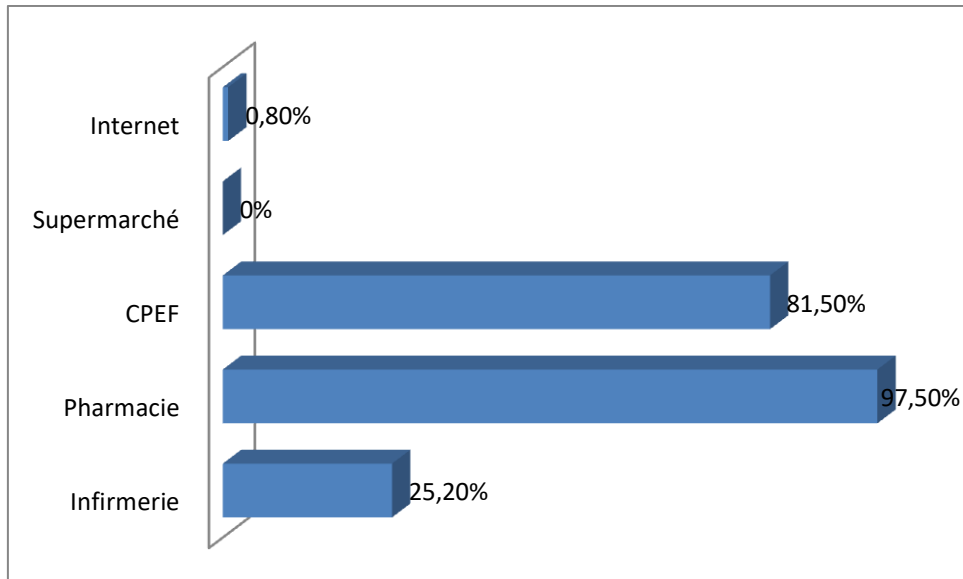
Tableau N° 2: Conséquences de la CU sur la santé (N=119)

	Effectif	Pourcentage
Sans effet	77	64,7%
Plutôt risqué	38	31,9%
Tout à fait risqué	4	3,4%
→ <i>Modification du cycle</i>	1	
→ <i>Risque de fausse couche pour les grossesses suivantes</i>	1	
→ <i>Risque de stérilité</i>	1	
→ <i>Cancérogène</i>	1	

Pour **quasiment deux tiers** de la population (64,7%), l'utilisation de la contraception d'urgence est **sans effet pour la santé**.

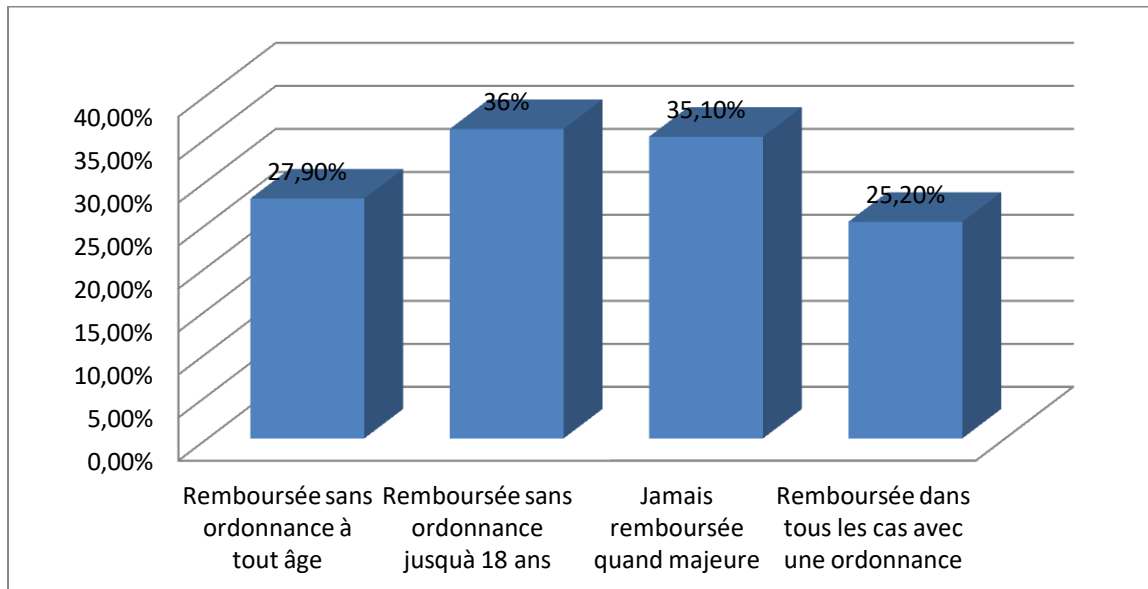
Pour une faible partie (3,4%) son utilisation est tout à fait risquée avec comme effets cités : la modification du cycle, le risque de fausse couche pour les grossesses suivantes, le risque de stérilité, l'effet cancérogène.

Figure N° 12: Lieu de délivrance (N=119)



A la question à choix multiple (=QCM) : « Où peut-on se procurer la pilule d'urgence ? » ; 97,5% ont répondu qu'elle était disponible **en pharmacie**, 81,5% pensent qu'elle est disponible au **CPEF** ; 25,2% pensent qu'on peut se la procurer **par l'infirmière scolaire**, et une personne (0,8%) pense qu'on peut se la procurer sur **Internet**.

Figure N° 13: Remboursement (N=111)



Plus d'un tiers des femmes interrogées pensent que la PCU n'est jamais remboursée lorsqu'on est majeure. Et 27,9% pensent qu'elle est remboursée sans ordonnance à tout âge.

a. Score obtenu :

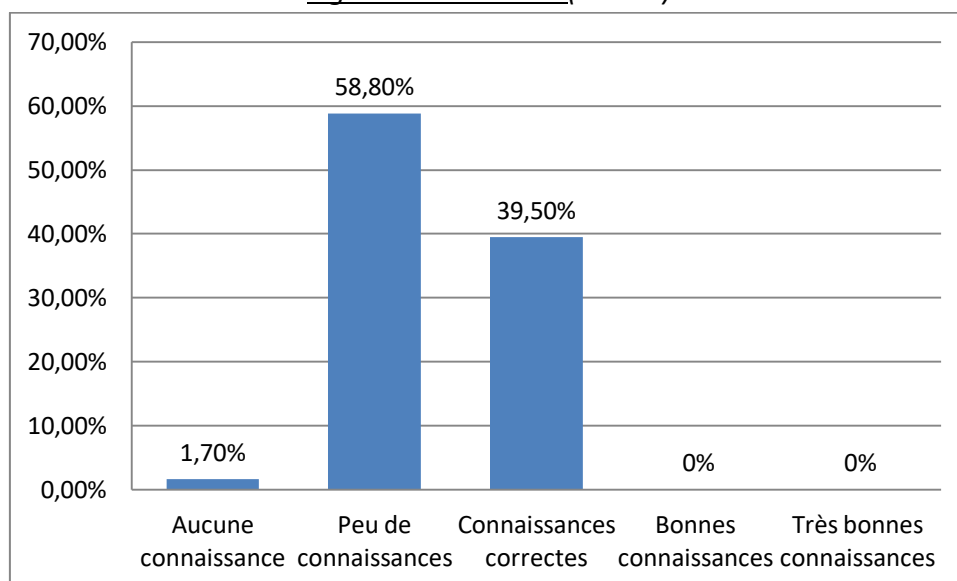
Afin de pouvoir évaluer les connaissances des patientes en matière de CU, nous avons établi un « score » à partir des 6 questions portant sur les connaissances.

Il a été réalisé de la façon suivante :

- Pour les QCM à réponses multiples (questions 12, 15, 16,17) :
 - o Si pas d'erreur : 1 point
 - o Si une erreur : 0,5 point
 - o Si 2 erreurs : 0,25 point
 - o Si plus de 2 erreurs : 0 point
- Pour les QCM à réponse unique (questions 13, 14):
 - o Réponse correcte : 1 point
 - o Réponse incorrecte : 0 point

Ce score a ensuite été reporté afin d'établir une « note » sur 10, que nous avons pu comparer avec l'auto évaluation faite en début de questionnaire.

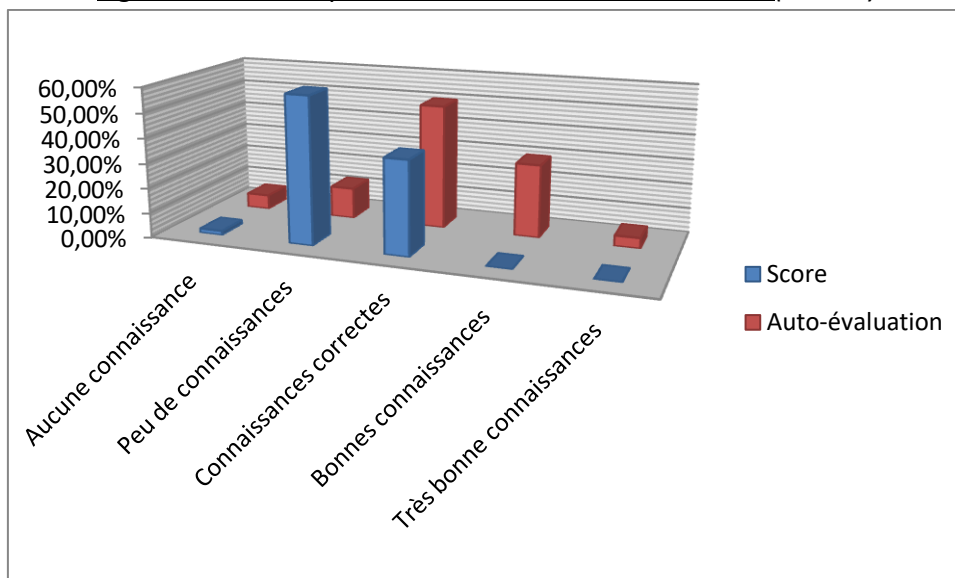
Figure N° 14: Score (N=119)



Plus de la moitié des patientes ont obtenu un score qui les classe dans la catégorie « peu de connaissances », et 39,5% dans « connaissances correctes ». Aucune des patientes n'a obtenu un score permettant de les classer dans la catégorie « bonnes ou très bonnes connaissances ».

La moyenne obtenue au score que nous avons fixé est de 3,7 sur 10, et la médiane de 3,75.

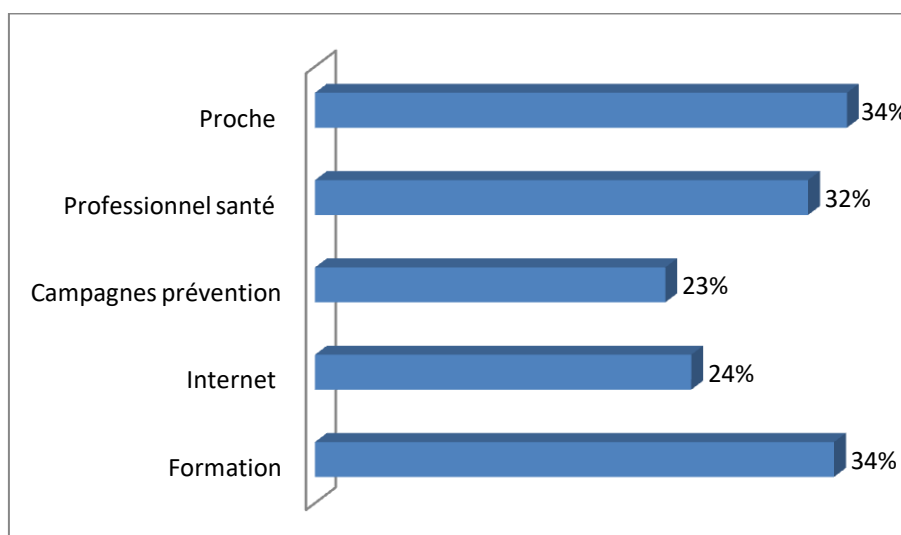
Figure N° 15: Comparaison score et auto-évaluation (N=119)



Alors que la majorité des femmes pensent avoir des connaissances correctes en matière de CU, en réalité, le « score » qu’elles ont obtenu au questionnaire les classe pour la grande majorité dans la catégorie « peu de connaissances ».

3) Sources d'informations

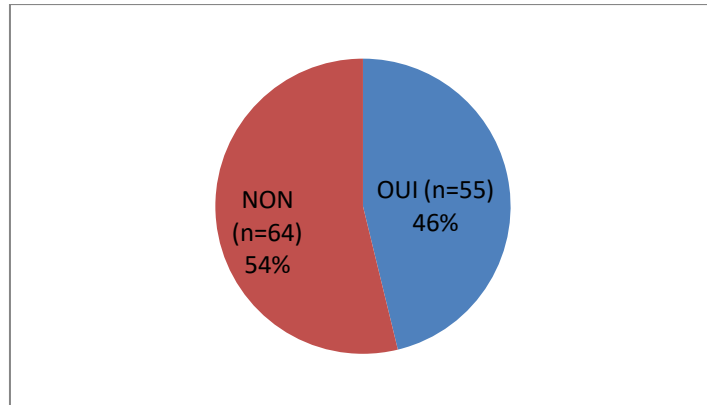
Figure N°16 : sources d'informations (N=119)



Un tiers des femmes ont entendu parler de la contraception d’urgence par un proche, par un professionnel de santé ou lors d’une formation pendant les études.

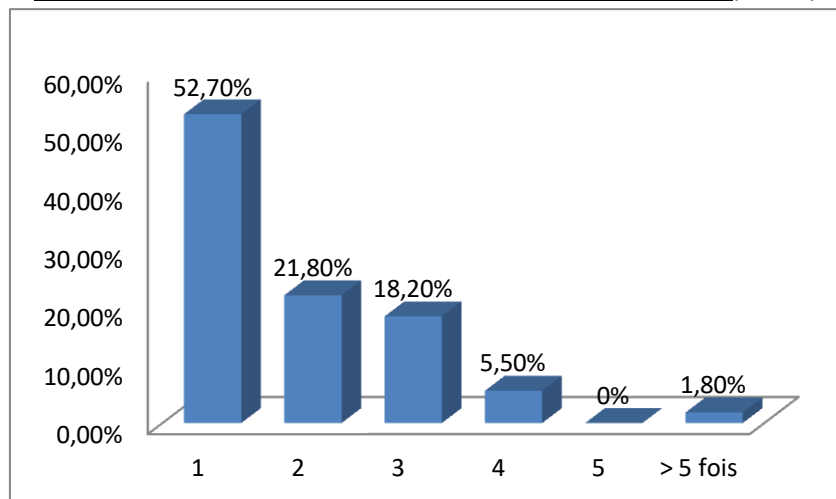
4) Expérience personnelle

Figure N°17: Avez-vous déjà eu recours à la CU ? (N=119)



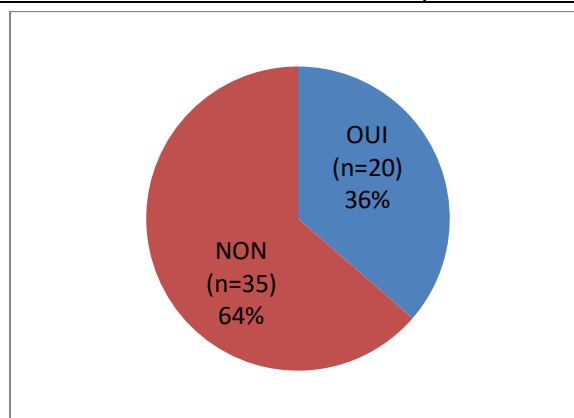
54% des patientes soit 64 n'ont jamais eu recours à la CU.

Figure N°18: Combien de fois avez-vous utilisé la CU ? (N=55)



Parmi les 55 femmes qui ont déjà utilisé la CU, plus de la moitié ne l'a utilisé qu'une fois.

Figure N°19: Avez-vous du vous rendre dans une pharmacie de garde ? (N=55)



Parmi les 55 femmes ayant déjà utilisé la CU, 36%, soit plus d'une patiente sur trois a dû se rendre dans une pharmacie de garde pour se la procurer.

Tableau N°3: Freins à l'utilisation de la CU(N=40)

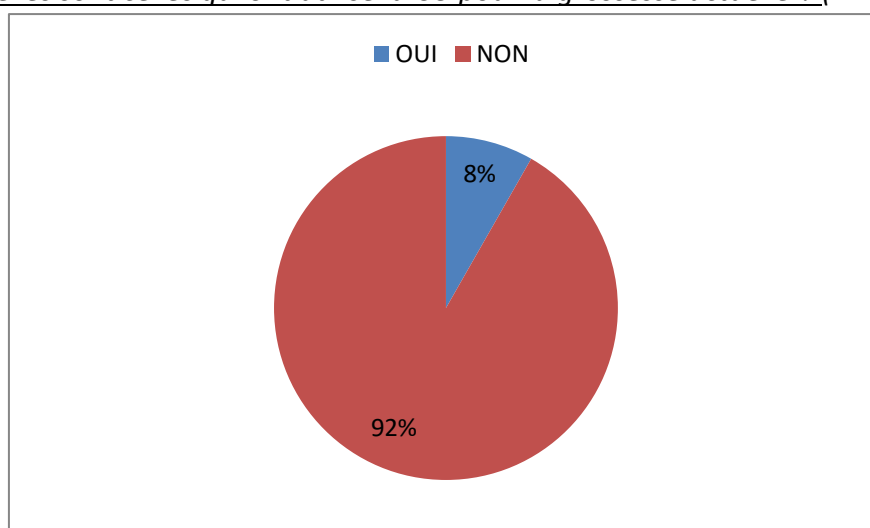
	Effectif	Pourcentage
Rien	16	40%
Grossesse initialement désirée	2	5%
Pharmacie fermée	7	17,5%
Pas de notion de risque	6	15%
Délai dépassé	2	5%
Financement	1	2,5%
Pas d'ordonnance	1	2,5%
Pas de moyen de transport	1	2,5%
Peur des conséquences pour la santé	3	7,5%
Être en voyage à l'étranger	1	2,5%

Seul 40 patientes ont répondu à cette question ouverte, soit 33,6% de l'effectif total (119 patientes).

Dans l'ordre croissant, les freins retrouvés sont :

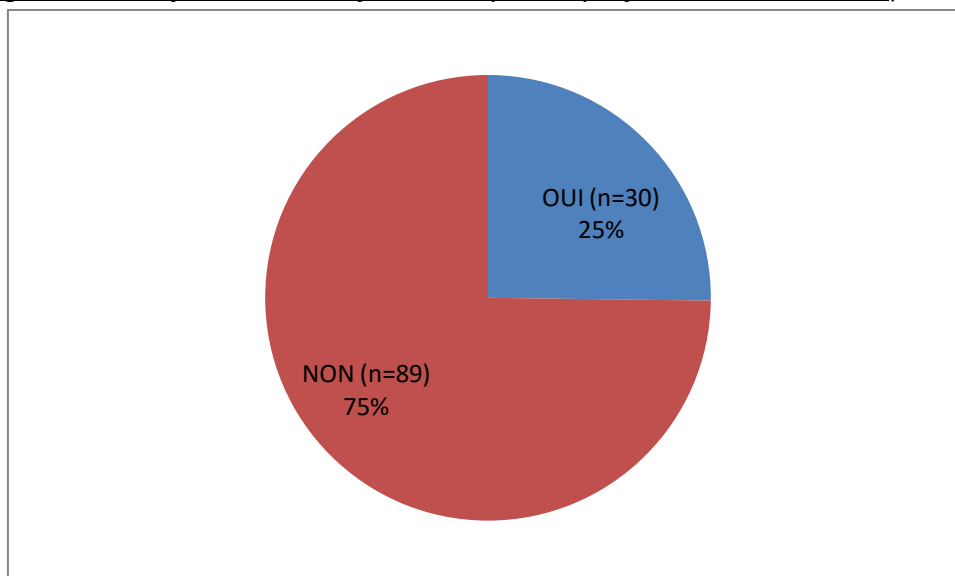
- Pas de frein (40%)
- Jour de fermeture de la pharmacie (17,5%)
- Pas de notion de risque de grossesse (15%)
- Peur des conséquences pour la santé (7,5%)
- La grossesse était initialement désirée (5%)
- Le délai d'utilisation était dépassé (5%)
- Pas d'ordonnance pour se procurer la CU (2,5%)
- Pas de moyen de transport (2,5%)
- Fait d'être en voyage à l'étranger (2,5%)

Figure N°20 : Parmi les femmes ayant la pilule, le patch ou aucun moyen de contraception, quelles sont celles qui ont utilisé la CU pour la grossesse actuelle ? (N=109)



Parmi les femmes étant susceptibles d'utiliser la CU, 92% ne l'ont pas utilisé pour la grossesse actuelle.

Figure N°21: Sujet de la CU déjà abordé par un professionnel de santé (N=119)



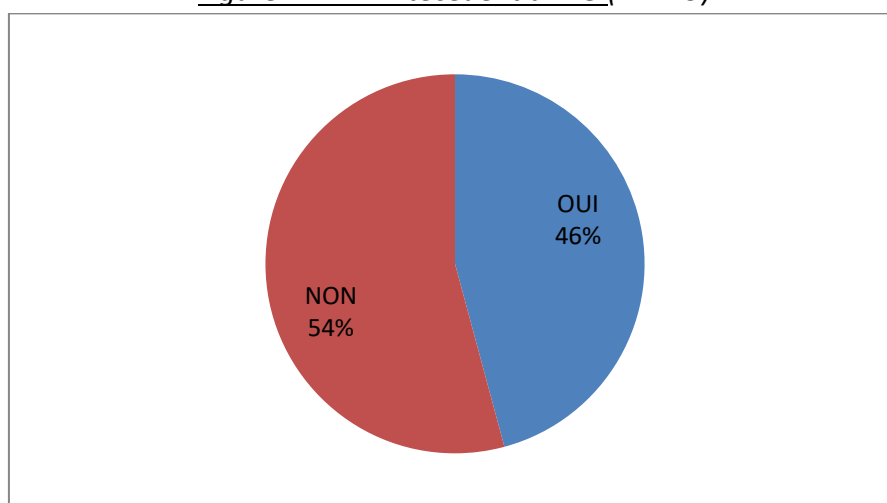
Pour 3 femmes sur 4, le sujet de la CU n'a jamais été abordé par un professionnel de santé.

Tableau N° 4: Dans quelles circonstances la CU a-t-elle été abordée ? (N=30)

	Effectif	Pourcentage
Consultation gynécologique	12	40%
Consultation médecin traitant	1	3,3%
CPEF	2	6,7%
IVG antérieures	7	23,3%
Interventions pendant les études	8	26,7%

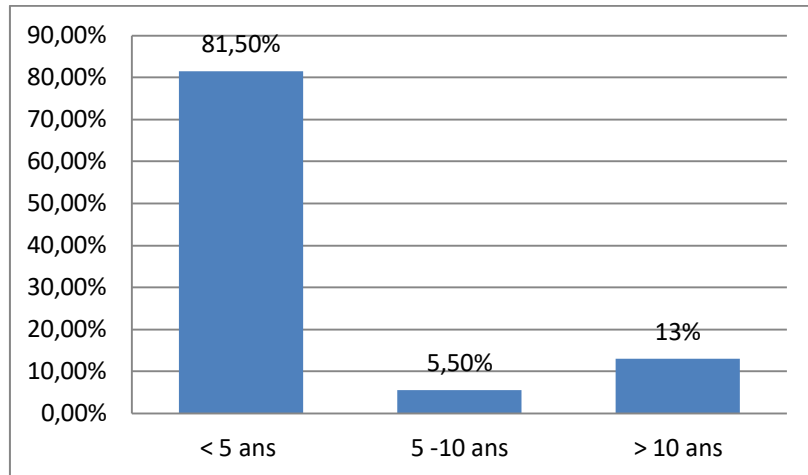
Parmi les femmes pour qui la CU a déjà été abordée par un professionnel de santé (N=30) ; 40% ont eu des informations en consultation gynécologique, 23,3% lors d'un IVG antérieure, et 26,7% lors d'une formation pendant des études.

Figure N°22 : Antécédent d'IVG (N=119)



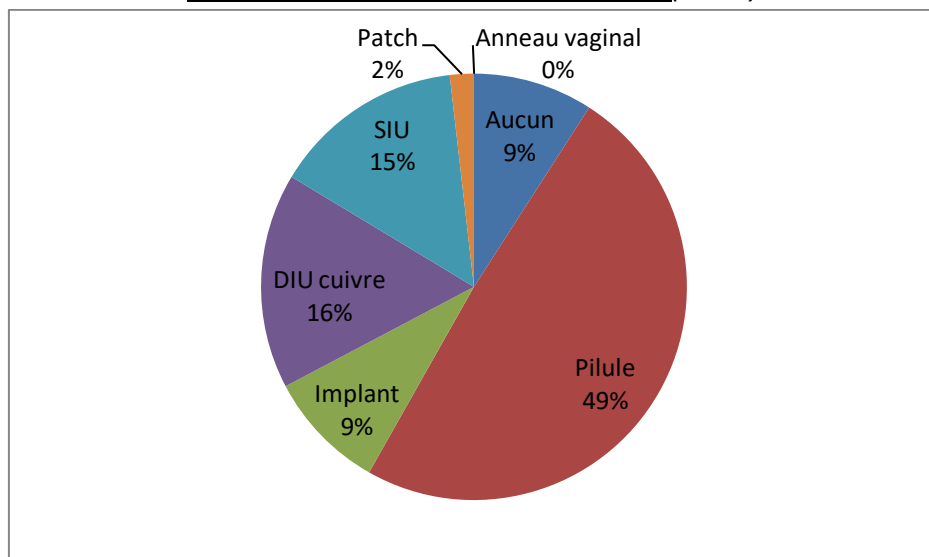
54% des femmes interrogées n'ont jamais eu recours à l'IVG.

Figure N°23 : Date antécédent d'IVG (N=55)



81,5% des femmes ayant un antécédent d'IVG, y ont eu recours il y a moins de 5 ans.

Figure N°24 : Contraception post IVG (N=55)

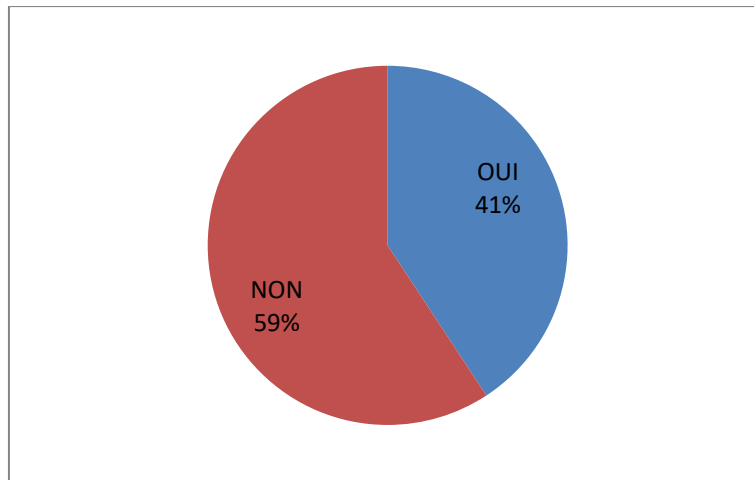


Parmi les 55 femmes ayant déjà eu recours à l'IVG : près d'une femme sur deux a choisi d'utiliser la pilule comme moyen de contraception à la suite de son IVG.

9% n'a pas repris de contraception, et 40% d'entre elles ont choisi des moyens au long cours (Implant, DIU au cuivre, SIU).

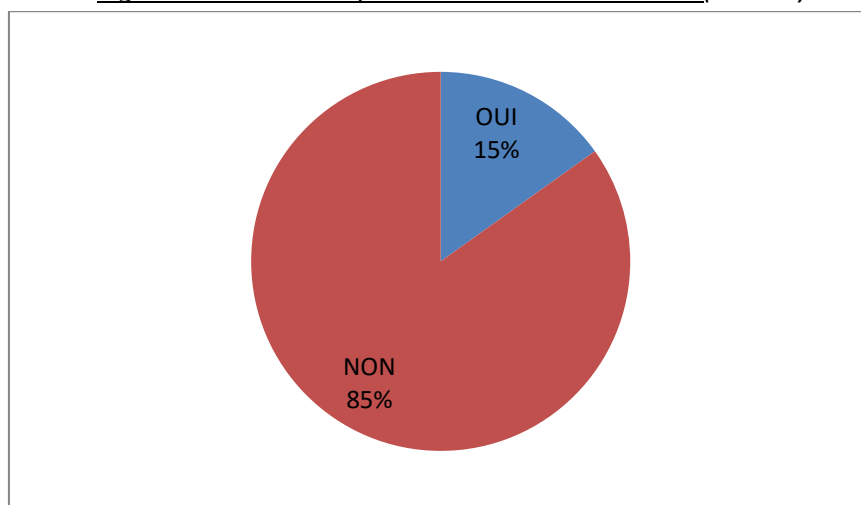
5) Prescription anticipée

Figure N°25 : Prescription à l'avance de la PCU, si pilule choisie (N=27)



Parmi les 27 patientes ayant choisi la pilule comme moyen de contraception après l'IVG, 59% ne se sont pas vu proposer une prescription à l'avance pour la PCU.

Figure N°26 : Prescription à l'avance de la PCU (N=119)



15%, soit 18 femmes sur les 119 interrogées se sont déjà fait prescrire la PCU à l'avance, parmi ces 18 femmes, 11 d'entre elles, sont celles ayant répondu « OUI » à la question « Si vous avez choisi comme contraception la pilule, vous a-t-on proposé une prescription pour la PCU ? ».

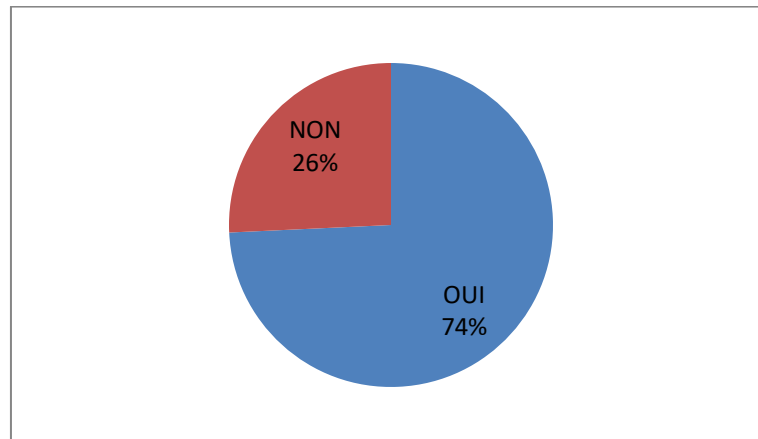
Donc seul 7 femmes se sont vues prescrire la CU à l'avance en dehors d'un contexte d'IVG soit 5,8% de toutes les femmes interrogées, alors qu'elles sont 91,6% de la population étudiée à utiliser des moyens de contraception qui peuvent nécessiter la prise de la PCU en cas d'oubli (pilule, aucun moyen de contraception, patch).

Tableau N° 5: Quel professionnel de santé vous a prescrit la PCU à l'avance ? (N=18)

	Effectif	Pourcentage
Gynécologue	3	17%
Sage-femme	13	72%
Médecin traitant	0	0%
CPEF	2	11%

Parmi les 18 patientes ayant reçu une prescription de PCU à l'avance, la majorité (72%) a été prescrite par une sage-femme.

Figure N°27 : Aimeriez vous avoir une PCU d'avance chez vous ? (N=101)



101 femmes ont répondu à cette question, soit 85% de la population totale.
Parmi elles, trois femmes sur quatre souhaiteraient avoir une PCU d'avance chez elle.

6) Croisements et tests statistiques

Tableau de croisement N°1 :

VARIABLES	Tranches d'âge						Total
	18-25 ans		25-44 ans				
① Niveau d'études							
Inférieur au baccalauréat	20 (47,6%)		20 (26%)				40(33,6%)
Supérieur au baccalauréat	22 (52,4%)		57 (74%)				79(66,4%)
② Parité							
	18-19ans	20-24ans	25-29ans	30-34ans	35-39ans	40-44ans	
Nullipare	13 (92,9%)	14(50%)	9(31%)	3 (11,1%)	1(7,7%)	1(12,5%)	41 (34,5%)
Primipare	0	7(25%)	10(34,5%)	6(22,2%)	1(7,7%)	1(12,5%)	25 (21%)
Multipare	1(7,1%)	7(25%)	10(34,5%)	18(66,7%)	11(84,6%)	6(75%)	53 (44,5%)
③ Déjà entendu parlé de la CU?							
OUI	13(92,9%)	26(92,9%)	28(96,6%)	25(92,6%)	12(92,3%)	8 (100%)	112 (94,1%)
NON	1(7,1%)	2(7,1%)	1(3,4%)	2(7,4%)	1(7,7%)	0	7 (5,9%)
④ Remboursement ?							
Remboursée sans ordonnance à tout âge	3(21,4%)	9(32,1%)	7(24,1%)	6(22,2%)	3(23%)	3(37,5%)	31(26%)
Remboursée sans ordonnance jusque 18 ans	8(51,1%)	11(39,3%)	11(37,9%)	6(22,2%)	0	0	40(33,6%)
Jamais remboursée quand on est majeure	3(21,4%)	10(35,7%)	9(31%)	12(44,4%)	4(30,8%)	1(12,5%)	39(32,8%)
Remboursée dans tous les cas avec une ordonnance	4(28,6%)	6(21,4%)	7(24,1%)	5(18,5%)	4(30,8%)	2(25%)	28(23,5%)
⑤ Délai d'utilisation							
24h (1 jour)	4(28,6%)	15(53,6%)	9(31%)	12(44,4%)	8(61,5%)	4(50%)	52(43,7%)
48h (2 jours)	6(42,9%)	11(39,3%)	11(37,9%)	9(33,3%)	5(38,5%)	3 (37,5%)	45(37,8%)
72h (3 jours)	4(28,6%)	2(7,1%)	9(31%)	4(14,8%)	0	1(12,5%)	20(16,8%)
120h (5 jours)	0	0	0	2 (7,4%)	0	0	2(1,7%)
⑥ Effets sur la santé ?							
Sans effet	10(71,4%)	17(60,7%)	17(58,6%)	18(66,7%)	10(76,9%)	5(62,5%)	77(64,7%)
Plutôt risqué	2(14,3%)	10(35,7%)	12(41,4%)	8(29,6%)	3(23,1%)	3(37,5%)	38(31,9%)
Tout à fait risqué	2(14,3%)	1(3,6%)	0	1(3,7%)	0	0	4(3,4%)

Tableau de croisement N°2 :

VARIABLES	Date du dernier IVG			Total
	Moins de 5ans	Entre 5 et 10ans	Plus de 10 ans	
Moyen de contraception				
Aucun	14 (31,8%)	1 (33,3%)	4 (57,1%)	19 (35,2%)
Pilule	24 (54,5%)	2 (66,7%)	2 (28,6%)	28 (51,9%)
Implant	0	0	0	
DIU cuivre	4 (9,1%)	0	1 (14,3)	5 (9,3%)
DIU hormonal	2 (4,5%)	0	0	2 (3,7%)
Patch	0	0	0	
Anneau vaginal	0	0	0	

Tableau de croisement N°3 :

		AGE							
① Déjà utilisé la CU ?	Obst.	Sum	Mean	Variance	Dev standart	IC 95%	Std Err		
OUI	55	1531	27,8	39,03	6,25	26,15-29,53	0,84		
NON	64	1796	28	50,95	7,14	26,28-29,85	0,89		
② Déjà utilisé la CU ?	Mini	p5	p10	p25	Médiane	p75	p90	p95	Maxi
OUI	18	18	19,6	24	27	32	37	39,2	42
NON	18	18	19	22	27	33,75	39	41	44

Tableau de croisement N°4 :

VARIABLE	Déjà utilisé la CU ?		
	OUI	NON	Total
① Age	Chi 2 non réalisable (n<5), Fischer exact (nombre de variable >2) non réalisable		
18-19 ans	5 (9,1%)	9 (14,1%)	14 (11,8%)
20-24 ans	13 (23,6%)	15 (23,4%)	28 (23,5%)
25-29 ans	16 (29,1%)	13 (20,3%)	29 (24,4%)
30-34 ans	13 (23,6%)	14 (21,9%)	27 (22,7%)
35 -39 ans	6 (10,9%)	7 (10,9%)	13 (10,9%)
40 – 44 ans	2 (3,6%)	6 (9,4%)	8 (6,7%)
② Situation professionnelle	Chi 2 non réalisable (n<5), Fischer exact (nombre de variable >2) non réalisable		
En activité	33(53,2%)	29 (46,8%)	62 (52,1%)
Sans activité	20 (40,8%)	29 (59,2%)	49 (41,2%)
Etudiante	2 (25%)	6 (75%)	6,7%
③ Dernier diplôme	Test : Chi 2 p=0,1821		
Aucun	4 (7,3%)	13 (20,3%)	17 (14,3%)
Brevet	10 (18,2%)	13 (20,3%)	23 (19,3%)
Bac	27 (49,1%)	27 (42,2%)	54 (45,4%)
Etudes supérieures	14 (25,5%)	11 (17,2%)	25 (21%)
④ Situation maritale	Test : Chi 2 p=0,0499		
En couple	32 (58,2%)	48 (75%)	80 (67,2%)
Célibataire	23 (41,8%)	16 (25%)	39 (32,8%)
⑤ Suivi gynécologique régulier	Test : Chi 2 p=0,6132		
OUI	24 (43,6%)	25 (39,1%)	49 (41,2%)
NON	31 (56,4%)	39 (60,9%)	70 (58,8%)
⑨ Antécédent IVG ?	Test : Chi 2 p=0,1868		
OUI	29 (52,7%)	26 (40,6%)	55 (46,2%)
NON	26 (47,3%)	38 (59,4%)	64 (53,8%)

Tableau de croisement N°5 :

VARIABLES	Utilisation de la CU pour la grossesse actuelle		Comparaison des groupes Total
	OUI	NON	
⑤ Age	Chi 2 non réalisable (n<5), Fischer exact (nombre de variable >2) non réalisable		
18-19 ans	1 (10%)	13 (11,9%)	14 (11,8%)
20-24 ans	2 (20%)	26 (23,6%)	28 (23,5)
25-29 ans	0	29 (26,6%)	29 (24,4%)
30-34 ans	6 (60%)	21 (19,3%)	27 (22,7%)
35 -39 ans	1 (10%)	12 (11%)	13 (10,9%)
40 – 44 ans	0	8 (7,3%)	8 (6,7%)
⑥ Situation professionnelle	Test : Chi 2		p=0,9106
En activité	5 (50%)	57 (52,3%)	62 (52,1%)
Sans activité	4 (40%)	45 (41,3%)	49 (41,2%)
Etudiante	1 (10%)	7 (6,4%)	8 (6,7%)
⑦ Dernier diplôme			
Aucun	1 (10%)	16 (14,7%)	17 (14,3%)
Brevet	1 (10%)	22 (20,2%)	23 (19,3%)
Bac	6 (60%)	48 (44%)	54 (45,4%)
Etudes supérieures	2 (20%)	23 (21,1%)	25 (21%)
⑧ Situation maritale	Test : Fisher exact		p= 1,0000
En couple	7 (70%)	73 (67%)	80 (67,2%)
Célibataire	3 (30%)	36 (33%)	39 (32,8%)
④ Suivi gynécologique régulier ?	Test : Fischer exact		p= 0,0895
OUI	7 (70%)	42 (38,5%)	49 (41,2%)
NON	3 (30%)	67 (61,5%)	70 (58,8%)
⑨ Antécédent IVG ?	Test : Fisher exact		p= 1,0000
OUI	5 (50%)	50 (45,9%)	55(46,2%)
NON	5 (50%)	59 (54,1%)	64 (53,8%)

Tableau de croisement N°6 :

VARIABLES	CU déjà prescrite à l'avance ?		Comparaison des groupes Total
	OUI	NON	
① Suivi gynécologique régulier	Test : Chi 2		p=0,0621
OUI	11 (22,4%)	38 (77,6%)	
NON	7 (10%)	63 (90%)	
② Antécédent IVG ?	Test : Chi 2		p=0,0036
OUI	14 (77,8%)	41 (40,6%)	55 (46,2)
NON	4 (22,2%)	60 (59,4%)	64 (53,8%)
③ Utilisation pour la grossesse actuelle ?	Test : Fisher exact		p=0,0436
OUI	4 (22,2%)	6 (5,9%)	10 (8,4%)
NON	14 (77,8%)	95 (94,1%)	109 (91,6%)

PARTIE 3 : Analyse des résultats, discussion et propositions

I) Limites et atouts de l'étude

1) Population

Nous avons eu un taux de participation de 84,4% à l'étude. Parmi ces questionnaires, 78,3% étaient exploitables, nous avons ainsi obtenu un échantillon représentatif de la population que nous cherchions à étudier, ce qui constitue un point fort du projet.

Malheureusement, pour des questions législatives, nous n'avons pu recueillir les questionnaires des mineures, qui constituent 4,8% des IVG du centre d'orthogénie de Calais (Annexe IV) et 7,1 IVG pour 1000 selon les chiffres DREES 2018 (Annexe I). Cela constitue un des principaux biais de l'étude.

L'étude n'a également pas pris en compte les IVG réalisés hors centre hospitalier et notamment dans le CPEF de Calais, qui s'élèvent à 60 en 2019, mais la majorité de ces femmes sont des mineures, qu'on ne peut donc pas inclure dans l'étude.

Il existe un biais de sélection, la population interrogée est en situation d'échec contraceptif, et n'a soit pas utilisé la CU, soit elle n'a pas « fonctionné ».

2) Enquête

Un seul centre de la région du Nord Pas de Calais a été étudié, il aurait été intéressant de pouvoir étendre l'étude à d'autres centres du même bassin de vie, partageant les mêmes données socio démographiques que le Calais. C'est cependant ce que nous avons essayé de faire en contactant le centre de Boulogne sur Mer, mais cela n'a pas abouti.

Le fait que l'étude soit prospective est un des atouts, cela permet des données plus fiables que si nous avons fait une étude rétrospective.

Le type d'étude utilisé peut être discuté. En effet, nous avons choisi de réaliser un questionnaire contenant une question ouverte (question 18 Annexe VI) sur les freins d'utilisation de la CU, nous avons préféré cela à une QCM afin de ne pas influencer la réponse des patientes interrogées, mais malheureusement, nous n'avons reçu que 40 réponses soit 33,6% de l'effectif total.

Une QCM ou une étude qualitative sur ce point aurait été intéressante afin de mieux étudier les freins à l'utilisation de la CU. Cependant, une étude qualitative ne nous aurait pas permis d'obtenir autant de réponses, et la qualité des statistiques aurait été diminuée.

3) Support

Le questionnaire était relativement court, mais complet, ce qui a permis un taux de participation important, car les femmes avaient assez de temps pour le remplir en salle d'attente.

Le plus du support est la « fiche réponse au questionnaire » (Annexe V), cela a permis aux femmes qui le souhaitaient de repartir avec une information claire concernant la CU.

Nous savons que ces femmes en demande d'IVG sont dans un état émotionnel difficile, et ne sont donc pas forcément disponibles pour écouter des informations, surtout lorsque la demande ne vient pas d'elles. Ainsi, avec cette fiche, les patientes repartent chez elle avec des informations qu'elles pourront lire lorsqu'elles seront plus disponibles, et qu'elles pourront transmettre à leurs enfants et à leur entourage.

Aux questions 11 et 22 (Annexe VI), nous avons interrogé les patientes sur leur contraception avant et après l'IVG, cette question était constituée d'une QCM, mais nous n'avions pas mis le choix « préservatifs » dans les réponses. Ceci constitue une limite du support, car les femmes utilisant ce moyen ont donc renseigné la case «Aucune contraception ».

II) Analyse et discussion

Le but de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissances des patientes en matière de CU, d'établir les freins à son utilisation, d'évaluer les besoins en matière de prescription anticipée.

Les hypothèses principales sont qu'il y a une sous utilisation de la CU, et que les connaissances des femmes à ce sujet sont souvent erronées. Les femmes en situation d'IVG sont une population à cibler pour la prescription anticipée de PCU.

1) Profil des patientes

a. Âge

L'âge moyen des patientes interrogées était de 27,9 ans, et l'âge médian de 27ans. La classe d'âge des 25-29 ans est la catégorie d'âge la plus représentée avec un taux de 24%. Peu après on retrouve les 20-24 ans et les 30-34 ans qui représentent chacun 23% de l'échantillon étudié.

En 2011, la moyenne d'âge des femmes ayant recours à l'IVG était de 27,5 ans en France. (38)

L'échantillon semble représentatif de la population nationale, car les chiffres de la DREES de 2018 parus en septembre 2019 (Annexe I) montrent que ce sont les femmes âgées de 20 à 24 ans qui ont le plus recours (27,3 pour 1000), avec quasiment à égalité les 25-29ans. En revanche les femmes de 30-34 ans sont plus nombreuses dans notre étude qu'au niveau national.

Ces résultats peuvent s'expliquer par un report de l'âge de la maternité (30,7 ans en moyenne en France). (14) (39)

b. Situation conjugale

Deux tiers des patientes sont en couple, en concubinage, mariées ou pacsées (au total 67%). Alors qu'en 2011, en France il s'agissait de 48,3% des femmes ayant recours à l'IVG. (40) (Annexe VII) Le taux très élevé de notre population peut s'expliquer en partie par l'exclusion des mineures de l'étude. En effet c'est pour cette classe d'âge que la proportion de célibataire est la plus élevée.

c. Niveau d'étude et situation professionnelle

Dans notre échantillon, 52% des patientes interrogées ont une activité professionnelle, 7% sont étudiantes et 41% sont sans activité.

Les chiffres obtenus pour les femmes en activité sont comparables à ceux des femmes en demande d'IVG en France de 2011 (51,6%). Nous pensions obtenir un taux de patientes sans activité plus important au vu du taux de chômage de la ville de Calais : 27,7% en 2016 (41) (contre une moyenne d'environ 10% dans la population française en 2016).

En revanche, seulement 7% des patientes de notre étude étaient étudiantes, contre 19% en 2011, cette différence peut également s'expliquer par le fait que les mineures ont été exclues.

Deux femmes sur trois (65%) ont un niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat. Selon les chiffres de la DREES de 2007 (42) (pas de données plus récentes) 36% des femmes ayant recours à l'IVG de 25 à 44 ans ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Dans notre étude (tableau de croisement N°1, ①), 26% des femmes de 25 à 44 ans ont un niveau inférieur au baccalauréat. Selon les chiffres de l'INSEE de 2016, à Calais, 45,2% des femmes n'avaient pas le baccalauréat (43). Cela montre donc que les femmes ayant recours à l'IVG sont aussi diplômées que l'ensemble des femmes du même âge.

d. Antécédents gynécologiques :

i. Parité :

Plus d'un tiers (35%) des patientes étaient des nullipares, 21% des primipares et 44% des multipares. La majorité des femmes ayant recours à l'IVG dans le service d'orthogénie de Calais étaient donc des multipares.

Notre échantillon possède moins de nullipare que la population recensée dans la ville de Calais, et plus de multipares (43). Ces chiffres pourraient s'expliquer par le nombre d'IVG réalisé dans le post partum, qui augmente donc la part de multipare. Il aurait donc été intéressant de demander à ces femmes, l'âge du dernier enfant, afin d'évaluer le nombre d'IVG ayant lieu dans le post partum, car nous savons qu'ils représentent 5% de la totalité des IVG(44).

Le nombre d'enfant de l'échantillon étudié augmente de façon logique avec l'âge (Tableau de croisement N°1, ②), et à partir de 30 ans, près de neuf femmes sur dix (89,58%) ont déjà un enfant, ceci correspondant avec la moyenne de 30,7 ans du premier enfant en France.

i. Un recours moindre à l'IVG, mais de façon plus souvent répété :

Près de la moitié des patientes (46%) interrogées ont déjà eu recours à une IVG. Ce taux est supérieur aux chiffres nationaux de la DREES de 2018; 30 % des femmes concernées par une IVG en milieu hospitalier déclaraient avoir déjà un antécédent d'IVG (13).

Dans notre étude, parmi les 55 femmes ayant déjà eu recours, 44 y ont eu recours il y a moins de 5 ans, soit 80%.

Cela montre bien qu'il y a un recours moindre à l'IVG, mais de façon plus souvent répétée (38).

ii. Contraception au moment de l'IVG, une majorité susceptible d'utiliser la CU :

L'étude de C.Moreau de 2011 (19) a montré que 62,9% des femmes utilisent un moyen de contraception au moment de l'IVG. Nous avons donc comparé cette étude à la notre :

Contraception au moment de l'IVG :

	Etude de C.Moreau de 2011	Centre d'orthogénie de Calais (Octobre 2019 à Janvier 2020)
Moyen de contraception au moment de l'IVG		
Pilule	26,7%	45,4%
Patch/Anneau vaginal	0,8%	0,8%
DIU ou Implant	1,7%	6,7%
Préservatifs	15,9%	--
Méthodes barrières ou naturelles	17,8%	--
Total	62,9%	54,6%
Total sans préservatifs et méthodes barrières ou naturelles	29,2%	54,6%

Dans notre enquête, nous avons omis de faire apparaître dans nos choix de contraception le préservatif, et les méthodes barrières ou naturelles, ainsi cela augmente la proportion de femme ayant coché la réponse « aucune contraception ». Le taux de femmes ayant un moyen de contraception est donc en réalité supérieur au taux que nous avons obtenu, ceci expliquant la différence avec l'étude de 2011.

Si on compare les chiffres sans les préservatifs et les méthodes barrières ou naturelles, nous obtenons un taux bien supérieur à l'étude de 2011.

Ceci peut s'expliquer par la proportion élevée de femmes ayant déjà eu recours à l'IVG (46%), et étant sorti du parcours avec une méthode de contraception.

En effet parmi les 55 femmes ayant un antécédent d'IVG, près de la moitié avaient choisi la pilule comme moyen de contraception à la suite, 9% n'avaient pas utilisé de moyen de contraception, 2% avaient choisi le patch, et 40% avaient choisi des moyens à longue durée (15% SIU, 16% DIU cuivre, 9% implant).

44 de ces femmes y ont eu recours il y a moins de 5 ans (tableau de croisement N°2) et parmi elles :

Méthode de contraception	Après l'IVG<5ans	Avant l'IVG actuel
Aucun	3	21
Pilule	23	17
Implant	4	0
DIU cuivre	7	3
SIU	6	2
Patch	1	1
Anneau	0	0
Total	44	44

- 1 femme avait choisi le patch, qu'elle a conservé
- 6 femmes avaient choisi un SIU, et deux tiers d'entre elles l'ont retiré et sont passées à la pilule.
- 7 femmes avaient choisi un DIU cuivre : 4 d'entre elles l'ont retiré, parmi elles, 3 ont repris une pilule, et une n'a pas repris de moyen de contraception.
- 4 femmes s'étaient fait poser un implant, et les 4 l'ont fait retirer, 3 n'ont repris aucun moyen de contraception, et une a pris le relais avec la pilule.
- 23 avait choisi la pilule, 17 d'entre elles l'ont continué, et 5 d'entre elles l'ont arrêté.

- 3 n'avait aucun moyen de contraception. Et n'en ont à priori pas repris.

Cela signifie donc que parmi les 93% (41 patientes sur 44) étant sorties de leur parcours d'IVG avec un moyen de contraception il y a moins de 5 ans, plus de la moitié (56%) a arrêté ou changé de moyen de contraception pour de multiples raisons.

Or nous savons que le changement de contraception constitue un facteur de risque de grossesse non prévue (4). Ces femmes ont donc été exposées à un risque de grossesse accru, et sont donc susceptibles d'avoir eu recours à la CU. Il aurait été intéressant de demander à la totalité de l'échantillon si elle avait récemment changé de moyen de contraception.

Au total, dans notre étude **91,6% des femmes étaient susceptibles d'utiliser la contraception d'urgence**. En effet, 45,4% utilisaient la pilule, dont l'indice d'efficacité pratique est faible, 0,8% utilisaient le patch et 45,4% n'avaient pas de moyen de contraception, ou utilisaient le préservatif.

- ⇒ Les femmes ayant recours à l'IVG au CH de Calais sont donc majoritairement des multipares en couples, ayant une activité professionnelle et un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. Elles ont pour beaucoup déjà eu recours à l'IVG et possèdent un moyen de contraception.

e. Profil type de l'utilisatrice de la CU :

Le baromètre santé 2016 a édité un rapport, mettant en avant les facteurs associés au recours à la CU au cours des douze mois précédents l'enquête (32) (Annexe VIII). Selon cette étude, les femmes ayant le plus recours à la CU étaient des femmes âgées de 15-19 ans, et aucune différence dans le recours à la CU n'était observée selon le niveau d'études.

Nous n'avons pas retrouvé les mêmes caractéristiques dans notre population ; dans notre étude, l'âge moyen d'utilisation à la CU est de 27,8 ans, et les 25-29 ans semblent un peu plus l'utiliser que les autres catégories d'âge. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les mineures ont été exclues.

Que ce soit au cours de leur vie ou pour la grossesse actuelle, les femmes étant en activité ou ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au bac ont un peu plus recours à la CU que les autres catégories, sans pour autant qu'il y ait une différence significative, ce qui rejoint le baromètre santé.

On observe également un peu plus d'utilisatrices en couple, on peut tenter d'expliquer cette différence par le fait que ces femmes ont peut être plus conscience du risque de GNP.

2) Freins à l'utilisation de la CU :

Parmi ces femmes, il y a une sous utilisation de la CU, ce qui est sans surprise dans ce contexte d'IVG. 92% des femmes susceptibles de l'utiliser au vu de leur moyen de contraception ne l'ont pas utilisée (Figure N°20). Quelles sont les raisons de cette sous utilisation ?

a. Manque de connaissances

i. Des usagers :

Une étude téléphonique a été menée en France pour le baromètre santé 2016 auprès de 1445 femmes et 1426 hommes âgés de 15 à 29 ans, elle a établie les connaissances des femmes et des hommes en matière de CU :

TABLEAU I | Perceptions et connaissances sur la contraception d'urgence (%) par sexe et par tranche d'âge

	15-19 ans				20-24 ans				25-29 ans				p âge
	Total	F	H	p F/H	Total	F	H	p F/H	Total	F	H	p F/H	
Connaissance de la contraception d'urgence	97,5	98,9	96,2	*	97,0	98,1	95,8	ns	94,8	95,5	94,2	ns	##
Contraception d'urgence perçue comme efficace	70,2	73,0	67,4	ns	74,2	74,3	74,2	ns	75,0	74,7	75,4	ns	ns
Contraception d'urgence perçue comme risquée pour la santé	47,3	48,8	45,8	ns	59,9	62,2	57,6	ns	55,1	56,3	54,0	ns	###
Connaissance de la gratuité pour les mineures	82,9	86,5	79,3	*	84,9	87,3	82,5	ns	81,6	80,3	82,9	ns	ns
Connaissance de la délivrance sans autorisation parentale	84,0	87,6	80,5	*	83,7	90,8	76,5	***	77,4	82,0	72,7	**	##
Connaissance de la délivrance sans ordonnance	86,4	91,0	81,8	**	84,8	90,6	78,8	***	75,8	78,7	72,6	ns	###

En 2016, plus de 95 % des moins de 30 ans déclaraient connaître la contraception d'urgence ; dans notre étude, 94% de l'échantillon total, et 94,4% des moins de 30 ans (Tableau de croisement N°1, ③) déclaraient avoir déjà entendu parler de la CU. Les femmes ayant recours à l'IVG au CH de Calais ont donc connaissances de l'existence de la CU, au même titre que la population féminine française.

Type de CU : Le DIU au cuivre peu cité :

La PCU est très largement connue par la population étudiée, puisqu'elle a été citée par 98,3% des patientes, en revanche le DIU n'est lui cité que par 3,4% de la population (4 patientes). Ce dernier reste plus difficile à mettre en place, ce qui peut expliquer qu'il soit peu connu des femmes.

Remboursement de la CU ; de fausses idées :

Notre enquête a montré que seulement une patiente sur trois savait que la PCU est remboursée sans ordonnance pour les mineures. Parmi les 20-24 ans, 39,3% avaient connaissance de ce remboursement, contre 87,3% dans le baromètre santé.

Nous avons pu constater que cette notion est mieux maîtrisée par les 18-19 ans (51,1%) puis cela diminue avec l'âge, en effet, aucune des 21 patientes âgées de 35 à 44 ans n'avaient connaissance de cette notion.

Il est important de souligner que près de la moitié (44,4%) des patientes âgées de 30 à 34ans pensent que la CU n'est jamais remboursée lorsqu'on est majeure. Le fait que la CU soit remboursée dans tous les cas avec une ordonnance n'est connu que pour 23,5% de la totalité de l'échantillon.

Une patiente ne connaissant pas les modalités de remboursement, a énoncé le coût de la CU comme un frein à son utilisation.

Un délai maximal d'utilisation méconnu :

Nos résultats pour cet item rejoignent ceux du baromètre santé publique 2016 (2). Le délai maximal de 120 heures, correspondant au délai de l'UPA est cité par 1,7% des personnes, soit 2 femmes (moins de 1 % pour le baromètre). Le délai de 72 heures, correspondant au délai du LNG est cité par 16,8 % des répondantes (même taux que le baromètre). Le délai de 24 heures est le plus souvent cité (43,7%), suivi du délai de 48 heures (37,8%).

Le délai maximal d'utilisation de 120 heures n'est donc que très peu connu par les femmes en demande d'IVG au CH de Calais, tout comme pour la population française. Tandis que le délai de 24 heures est cité par près d'une femme sur deux, sans différence significative entre les classes

d'âge. L'usage courant de l'expression « pilule du lendemain » en est pour beaucoup, celle-ci laissant penser, que la PCU n'est utilisable que pendant 24 heures.

Or l'étude menée pour le baromètre santé 2016 a montré que les femmes ayant une bonne connaissance des délais de prise déclarent un recours plus fréquent à la PCU.

Des craintes sur les conséquences pour la santé:

Le baromètre France 2016 a montré que plus de sept jeunes de moins de 30 ans sur dix considèrent que la contraception d'urgence est « plutôt » ou « tout à fait » risquée pour la santé, ceci constituant un frein à l'utilisation de celle-ci. Selon une étude Australienne (45) ; seules 45,2 % des femmes considèrent la contraception d'urgence comme une méthode sûre pour la santé des femmes ;17,7 % la considèrent comme dangereuse, et 12,7 % comme un facteur réduisant la fertilité à long terme. 33% des femmes ayant envisagé l'utilisation de la contraception d'urgence, n'y ont finalement pas recouru par craintes de ses effets secondaires à court ou long terme.

Ici, pour la majorité des femmes interrogées la PCU est sans effet sur la santé. Pour un tiers des patientes, il existe tout de même un risque pour la santé à l'utilisation de celle-ci, celui-ci étant plus cité par les 25-29 ans. Cela pouvant s'expliquer par la « crise de la pilule » de 2013, qui a eu lieu, au moment où ces femmes étaient en âge d'aborder la contraception.

Une faible partie de l'échantillon (3,4%) pensent que la PCU est « tout à fait risquée » pour la santé, et qu'elle peut aller jusqu'à engendrer : un risque de stérilité, un effet cancérigène, un risque de fausse couche pour les grossesses suivantes, et des modifications du cycle. Trois femmes ont clairement exprimé le fait qu'elles avaient peur des conséquences sur leur santé et que cela constituait un frein à l'utilisation de la CU.

Les taux retrouvés dans notre étude sont inférieurs à ceux du baromètre, les femmes du service d'orthogénie du CH de Calais ont pour la majorité des connaissances justes concernant les effets de la PCU.

Les lieux de délivrance plutôt bien connus :

En ce qui concerne les lieux où se procurer la PCU, les femmes semblaient toutes connaître au moins un endroit où se la procurer.

Cependant le fait que la PCU soit disponible auprès de l'infirmière scolaire n'est connu que par une patiente sur quatre. Ceci pouvant s'expliquer par le faible taux d'étudiantes de notre échantillon.

Une surestimation des connaissances :

Les patientes ont réalisé une autoévaluation de leurs connaissances plus élevée que leurs connaissances réelles (Figure N°15). Alors qu'elles pensent avoir pour la majorité des « connaissances correctes », le score réel qu'elles ont obtenu les classe pour une grande majorité dans la catégorie « peu de connaissances ».

⇒ Les réponses fournies ont montré que les femmes ont pour la plupart des connaissances erronées en matière de CU, elles pensent avoir un niveau de connaissance correcte, mais en réalité, de nombreux éléments sont incorrects.

Ces idées faussées et notamment le fait qu'elles ne connaissent pas le délai maximal d'utilisation constitue un frein au recours à la CU, et les expose ainsi d'avantage à un risque de GNP.

ii. Des professionnels de santé :

Le manque de connaissances n'est pas seulement présent chez les utilisatrices, mais il l'est aussi chez les professionnels de santé.

Ce côté n'a pas été approfondi dans notre étude, cependant plusieurs études ont montré que les professionnels de santé ont une connaissance limitée de la PCU. Une étude menée auprès de professionnels de santé aux Etats-Unis (46) a montré que 46 % considéraient qu'il existe des effets indésirables graves associés à la PCU, 27 % déclaraient craindre des malformations à la naissance causées par la PCU.

Le mémoire de Sarah Walker (47) rejoint cette idée, et a également montré qu'il existait un manque d'informations et de connaissances des pharmaciens d'officine des Hauts de France.

b. Manque d'information :

Tout cela amène à s'interroger sur les informations données aux femmes en matière de CU. L'HAS recommande « d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception ».

Cependant, l'enquête Fécond a montré que la CU est évoquée par seulement 36 % des gynécologues et 11 % des généralistes au cours de la dernière année (16).

Dans notre étude, les résultats sont similaires, pour les trois quarts de ces femmes, la CU n'a jamais été abordée par un professionnel de santé. Pour celles pour qui elle a été traitée, elle l'a majoritairement été lors d'une consultation gynécologique.

Nous pourrions penser que ces chiffres peuvent s'expliquer par le manque de suivi gynécologique (58% des patientes n'ont pas de suivi gynécologique régulier), cependant pour la majorité des femmes ayant un suivi gynécologique régulier le sujet n'a jamais été abordé en consultation (67,3%).

c. Manque de perception du risque de grossesse :

Parmi les réponses que nous avons obtenues, la majorité des femmes n'a pas identifié de frein à l'utilisation de la CU; et 15% des participantes expriment clairement que le fait qu'elles n'avaient pas notion du risque de grossesse constitue un frein. Une grande partie de l'échantillon (66,4%) n'a pas répondu à cette question. Cela laisse penser, qu'elle n'avait pas identifié de freins à l'utilisation de la CU ; et cela probablement parce qu'elles n'ont pas perçu la nécessité de l'utiliser, par manque de perception du risque de grossesse.

Cette idée est retrouvée dans la littérature dans de nombreuses études, et notamment dans une étude française réalisée auprès de 1365 femmes en demande d'IVG : « seulement 38,4 % des femmes interrogées étaient conscientes du risque de grossesse au moment du rapport sexuel considéré ; 32,2 % ne pensaient pas être à risque, tandis que 25,5 % ne pouvaient identifier le rapport en question »(48).

Cette étude a également montré que les femmes en couple, qui sont sous pilule contraceptive, et qui ont déjà des enfants ont moins conscience de ce risque. Or notre échantillon est constitué pour la majorité de cette catégorie de patientes.

En plus de ce manque de perception de la grossesse, il est retrouvé chez ces femmes une minimisation du risque de grossesse (« ça ne m'arrivera pas... ») qui entraîne une non utilisation de la CU.

d. Problème d'accès :

i. Lié aux contraintes horaires :

Pour sept femmes le fait que le jour d'utilisation de la CU tombe un jour de fermeture de la pharmacie constitue un frein à son utilisation.

Dans notre étude plus d'une femme sur trois ayant déjà utilisé la CU dans sa vie a dû se rendre dans une pharmacie de garde pour l'obtenir. Nous avons également vu dans la section précédente que la majorité des CU étaient vendue le dimanche. Ce qui signifie que le besoin en PCU est le plus fort le dimanche, et que pour autant il s'agit du jour où elle est le moins accessible.

Pour l'obtenir le dimanche, les jours fériés, ou aux horaires de fermeture d'une officine classique, il faut donc se rendre dans une pharmacie de garde dont l'accès est souvent plus difficile. Elles se trouvent souvent à une plus grande distance du domicile qu'une pharmacie classique, et ce particulièrement en milieu rural. Et, pour des raisons de sécurité ; afin d'obtenir l'adresse de la pharmacie de garde de nuit, il faut se rendre au commissariat de police, et justifier d'un motif valable.

ii. Lié aux contraintes géographiques :

Une patiente a également pointé le frein du moyen de transport. Cela pose la question de l'inégalité d'accès géographique, il existe un accès relativement facile aux officines en France, mais quelques disparités persistent, et certaines régions y ont moins accès que d'autres (49). Cependant, ce frein est difficilement valable pour la région des Hauts de France, puisqu'il s'agit d'une des régions où il y a le plus de pharmacie en France.

3) Prescription et délivrance anticipée

Pour répondre à ce frein lié à l'accessibilité, nous avons souhaité étudier la prescription et la délivrance anticipée de la PCU dans notre échantillon.

a. Un taux de prescription à l'avance faible dans les suites de l'IVG :

Une patiente a cité dans la question ouverte sur les freins le fait de ne pas avoir d'ordonnance. Cependant comme nous l'avons expliqué dans la première partie, la PCU au LNG est disponible depuis 1999 sans ordonnance, et l'UPA depuis 2015. Cela souligne donc de nouveau que le manque de connaissance, ou d'information qui constituent des freins majeurs à l'utilisation de la PCU.

Dans notre échantillon, parmi les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG et ayant choisi la pilule comme moyen de contraception à la suite de leur IVG, seul 41% se sont vu proposer une PCU à l'avance. Ce taux ne comprend pas les femmes ayant choisi d'autres moyens de contraception pouvant nécessiter d'utiliser la CU, tels que le préservatif, le patch, l'anneau ou les méthodes naturelles ; Or elles sont tout de même 11% à avoir choisi ces moyens. Le taux véritable est donc inférieur au taux obtenu.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'HAS ne recommande pas de prescrire la PCU à l'avance dans les suites d'une IVG. Cependant cette période constitue une période à risque, car il s'agit en général d'un changement de contraception, et nous avons vu qu'il s'agit d'un moment accru de risque de GNP.

b. Les sages-femmes principaux prescripteur

Les sages-femmes constituent le principal prescripteur à l'avance de la PCU dans notre échantillon. Puisque parmi les 18 femmes s'étant vu prescrire une PCU à l'avance, 13 avaient été prescrites par une sage-femme.

Il aurait été intéressant de savoir pour les femmes utilisant la pilule, par qui celle-ci était prescrite. Nous savons que 42% de notre échantillon avait un suivi gynécologique régulier, et que 45,4% utilisaient la pilule. Ainsi nous aurions su si ces femmes sous pilules étaient les mêmes que celles ayant un suivi gynécologique. Car les études ont montré que la pilule contraceptive est majoritairement prescrite et renouvelée les médecins généralistes (16). Or la thèse de Aimi-Lelong de 2013 menée auprès de 300 médecins généralistes du Nord a montré que la majorité ne se sent pas à l'aise pour parler de contraception d'urgence par manque de connaissance, et expriment des réticences envers celle-ci (50).

c. Un recours plus important lorsque la CU est délivrée à l'avance ?

Le fait de prescrire la PCU à l'avance permettrait de limiter le frein lié à l'accès de la CU.

Cependant pour juger de l'efficacité de ce moyen, il paraît important d'évaluer l'utilisation de la PCU chez les femmes ayant déjà pu bénéficier d'une prescription à l'avance. Dans notre étude, sur les 18 femmes ayant eu une prescription à l'avance de PCU, 4 d'entre elles l'ont utilisée pour la grossesse actuelle, le taux d'utilisation est presque 4 fois plus important que chez les femmes n'ayant pas eu de prescription anticipée (5,9%) (Tableau de croisement N°6).

⇒ Le recours à la PCU semble donc plus important lorsque celle-ci est délivrée à l'avance.

Il aurait cependant été intéressant de demander si la PCU qu'elles ont utilisée était celle qu'elles avaient à leur domicile. Car dans notre question, nous avons demandé si elles avaient déjà eu dans leur vie une prescription anticipée de PCU, mais le fait d'en avoir déjà eu une ne veut pas dire que celle qu'elles ont utilisé pour éviter la grossesse actuelle est une PCU délivrée à l'avance...

La HAS ne recommande pas de prescrire de façon systématique la PCU à l'avance, mais recommande d'informer sur la contraception d'urgence lors de tout contact relatif à la contraception. Dans notre échantillon, pour trois femmes sur quatre la CU n'a jamais été abordée par un professionnel de santé, or ces femmes ont pour la très grande majorité déjà eu soit un enfant soit une IVG, et donc déjà reçu une information relative à la contraception. Cela peut s'expliquer par la multitude de sujet à aborder, et le peu de temps possible d'attribuer à chaque consultation.

Nous avons vu dans la partie étudiant les freins à l'utilisation de la CU que le manque de connaissance est l'un des principaux freins à l'utilisation de cette dernière. Le fait de proposer systématiquement une prescription anticipée permettrait d'aborder le sujet de la CU de manière systématique et ainsi d'améliorer les connaissances des femmes à ce sujet.

d. Limites de la prescription et délivrance à l'avance

Nous avons également vu dans les freins à l'utilisation de la CU que de nombreuses femmes n'avaient pas notion du risque de grossesse. Ainsi pour ces femmes, même si elles avaient une PCU chez elle, elles ne l'auraient pas utilisée par manque de perception du risque.

Dans la littérature il est également rapporté que de nombreux praticiens sont freinés à la prescription à l'avance car ils craignent que cela favorise les comportements sexuels à risque, cependant, aucun effet négatif n'a été démontré sur les IST, les rapports sexuels non protégés ou sur l'utilisation de la contraception régulière.

e. Souhait des femmes

Dans notre étude trois femmes sur quatre interrogées ont exprimé le souhait d'avoir une méthode de rattrapage d'avance à leur domicile. Si nous suivons les recommandations de l'HAS concernant la démarche de counseling, qui préconisent un choix personnalisé après une information éclairée (51), trois femmes sur quatre devraient alors avoir eu une prescription anticipée de PCU.

III) Ouverture et propositions

1) Améliorer les connaissances

a. Des usagers :

i. En matière de CU

Il est important d'aborder la CU lors de chaque contact contraceptif, comme le recommande l'HAS. Les femmes ont connaissance de l'existence de la PCU, mais ne connaissent pas ou ont de fausses idées quant aux modalités d'utilisation de celle-ci. Il apparaît donc indispensable d'informer les femmes et cela dès les premiers rapports sexuels.

Depuis 2001, la loi prévoit qu'au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être prévues par les collèges et lycées. Cependant l'éducation sexuelle reste encore peu encadrée et négligée dans de nombreux établissements scolaires, et d'après une enquête réalisée par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, en 2016, 25% des écoles déclaraient n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation à la sexualité (52).

Les séances d'éducation sexuelle, les campagnes de promotion de la CU, les publicités, sont donc à promouvoir, et constituent un point à améliorer en vue d'augmenter les connaissances des femmes en matière de CU.

ii. Sur les situations à risque de grossesse

Nous avons vu que la non perception du risque de grossesse est l'une des causes de non utilisation de la CU. Il apparaît donc important d'informer les femmes et les hommes sur ces situations qui constituent des risques de GNP, sur la bonne utilisation du préservatif, ainsi que des conséquences de diarrhées ou de vomissements sur l'absorption de la pilule, sur le fonctionnement du cycle féminin.

La prévention des GNP passe donc également par une information liée à l'échec contraceptif.

iii. Sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule :

Le mémoire de Fengler.J de 2015 a également montré que les femmes méconnaissent la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Elle ne savent pas quand prendre la PCU, mais également qu'après l'utilisation de la PCU, une méthode contraceptive locale supplémentaire doit être mise en place. La non application de ces conduites peut entraîner une GNP. Il apparaît donc primordial de rappeler aux femmes et aux hommes ces principes lors de tout contact contraceptif.

Des outils ont été mis en place par le CPEF afin de faciliter la compréhension des utilisatrices, et notamment une application pour smartphone « pill' oops ».

Néanmoins, améliorer les connaissances des femmes sur la contraception demande du temps aux professionnels de santé, et on pourrait donc supposer qu'une consultation supplémentaire dédiée spécialement à la contraception en parcours d'IVG serait intéressante. Mais

l'étude de Dufour.P de 2017 (53) avait montré que la majorité des femmes ne souhaite pas avoir une consultation en plus . Il semble donc indispensable de pouvoir offrir à ses femmes des supports supplémentaires, tels que des applications sur Smartphone ou des supports papiers sur lesquels elles pourront s'appuyer.

b. Des professionnels de santé :

Comme nous l'avions évoqué précédemment, le manque de connaissances n'est pas seulement présent chez les utilisatrices, mais il l'est aussi chez les professionnels de santé. Pour bien informer, il faut soit même être bien informé. Il est donc indispensable que les professionnels au cœur de la prévention des GNP se forment de façon continue sur ce sujet en constante évolution.

En France comme le montre le baromètre 2016, il subsiste une sorte de « norme contraceptive » : les femmes les plus jeunes se voient plus souvent prescrire la pilule, et puis il y a une augmentation des méthodes LARC avec l'âge (2).

Il apparaît donc important de sensibiliser les professionnels de santé à la méthode du counselling, et de prendre en charge les patientes dans leur globalité.

2) Sensibiliser les professionnels de santé à la proposition de prescription à l'avance de la PCU en parcours d'IVG :

La HAS ne recommande pas de prescrire de façon systématique la PCU en même temps que la pilule contraceptive en parcours d'IVG. Cependant le fait de PROPOSER la PCU de façon systématique dans cette situation permettrait d'aborder le sujet et d'adapter nos pratiques aux choix des femmes. Cela permettrait de délivrer une information claire sur le sujet, et ainsi de rectifier les nombreuses fausses idées, qu'elles pourront ensuite transmettre à leurs proches.

3) Elargir le remboursement de la PCU aux hommes :

La contraception n'est pas qu'une affaire de femmes... L'implication du compagnon dans la contraception du couple favorise l'observance et l'acceptation de la méthode. Ainsi en plus de favoriser le partage de responsabilité entre hommes et femmes, élargir le remboursement de la PCU aux hommes pourrait augmenter l'utilisation de celle-ci.

4) Améliorer le choix de la contraception post IVG :

a. Promouvoir les méthodes de contraception longue durée (LARC) ?

Le CNGOF conseille depuis 2016 de promouvoir les méthodes LARC (Long Acting Reversible Contraception) ou contraceptifs à longue durée d'action, dans les suites d'une IVG (54). En effet, l'utilisation de ces derniers semble diminuer la répétition des IVG.

Cependant, comme nous l'avions vu dans notre enquête, la contraception est souvent susceptible de changer après l'IVG, puisque une femme sur deux avait changé de contraception moins de 5 ans après l'IVG antérieure. Cette idée est retrouvée dans d'autres études, et notamment dans le mémoire d'une sage-femme, Amor.N, datant de 2015 : 90% des patientes avaient débuté une nouvelle contraception suite à l'IVG, et 65% ont opté pour une LARC ; cependant 6 mois après l'IVG, 21% avaient abandonné le nouveau contraceptif (55).

Cela montre donc bien que dans les suites d'une IVG comme dans la vie génitale d'une femme, la contraception la mieux adaptée à la femme reste donc bien celle qu'elle choisit. Il est du devoir du praticien d'informer sur les taux d'efficacité pratiques de chaque méthode, mais la méthode la plus efficace restera celle choisit par la patiente.

Il semble néanmoins important d'informer de manière systématique sur l'importance d'un suivi gynécologique régulier en parcours d'IVG, ainsi que sur la méthode de rattrapage du DIU au cuivre qui reste la méthode la plus efficace, mais la moins bien connue.

b. La pilule en continu

Nous savons que le post IVG constitue en général un moment de changement de contraception, et donc un facteur de risque d'oubli de contraception, et notamment d'oubli de pilule.

L'étude Coraliance a montré que l'arrêt d'une semaine pour les pilules à base d'œstrogène et de progestérone favorise l'oubli. Ainsi, il serait intéressant pour cette population de femmes de conseiller la prise de la pilule en continu sans interruption entre les plaquettes, afin d'améliorer l'observance.

c. Importance de la consultation post IVG :

La consultation post IVG permet de réévaluer la tolérance ainsi que l'observance de la contraception mise en place dans les suites de l'IVG. Cependant, suite à mon stage dans le service d'orthogénie de Calais, j'ai pu constater que de nombreuses femmes ne se rendent pas à cette consultation, il paraît donc important d'insister dès le début de la prise en charge sur l'importance de cette consultation.

Suite à la pandémie du Covid 19, les consultations post IVG ont été remplacées par des téléconsultations ou des consultations téléphoniques, et les patientes ne se déplacent plus qu'en cas de complications. Les sages-femmes ont observé que le taux d'absentéisme avait énormément diminué ; le fait de se déplacer constituait peut être un frein pour ces femmes. Cette méthode constitue donc une perspective intéressante à creuser après cette crise sanitaire.

5) Ouverture vers d'autres sujets de recherche :

J'ai pu constater lors de mon stage dans le service d'orthogénie de Calais que de nombreuses femmes qui avaient recours à l'IVG se trouvaient être des femmes en post partum. Le post partum est un moment où le choix des femmes en matière de contraception est limité. En effet il s'agit d'une période particulière où il existe de nombreuses perturbations anatomiques et psychologiques (hypercoagulabilité et allaitement maternel limitant le recours aux œstrogènes, fragilité psychique...) qui peut parfois empêcher le recours à la contraception habituelle. Il s'agit donc d'un moment à risque de GNP... Il serait donc intéressant de dresser un état des lieux de l'utilisation de la CU dans le post partum, ainsi que d'étudier l'intérêt de la prescription à l'avance de la PCU à cette période de la vie d'une femme.

Une étude se penchant sur les informations données par les professionnelles de santé aux patientes au sujet de la CU serait également intéressante. Et permettrait d'améliorer la formation des praticiens, en fonction des informations manquantes et ainsi d'améliorer la prévention des GNP.

CONCLUSION

Malgré un accès facilité à la contraception en France, le nombre d'IVG reste stable. Les femmes y ont moins recours, mais de façon plus répétée. Peu de femmes ont recours à une méthode de rattrapage à la suite d'un échec contraceptif. Nous nous sommes donc penchées sur la question de la CU, et nous avons essayé de dresser un état des lieux de l'utilisation de la CU chez les femmes en demande d'IVG, et ce notamment afin de définir les freins à son utilisation.

Nous avons donc réalisé une étude quantitative dans le service d'orthogénie de Calais, grâce à des questionnaires distribués aux patientes.

Il en ressort de notre enquête que 94% de ces femmes ont déjà entendu parler de la CU. Le DIU au cuivre reste lui très peu connu alors qu'il constitue la méthode de rattrapage la plus efficace disponible actuellement. Il subsiste une méconnaissance des modalités de remboursement de la PCU, ainsi que du délai d'utilisation maximal. Et une femme sur trois pense que son utilisation est risquée pour la santé. Au total de nombreuses fausses idées sont donc répandues sur la CU, ce qui amène les femmes à surestimer leur niveau de connaissances en la matière, constituant le principal frein à son utilisation.

Ce manque de connaissance peut s'expliquer par un manque d'informations. En effet dans notre enquête pour trois femmes sur quatre la CU n'a jamais été abordée par un professionnel de santé.

En plus de ce manque de connaissance et d'information, le manque de perception du risque de grossesse semble constituer l'un des principaux freins à l'utilisation de la CU.

Une femme sur trois ayant déjà utilisé la PCU au cours de sa vie a du se rendre dans une pharmacie de garde, rendant son accès plus difficile. Nous avons interrogé ces femmes sur la prescription et la délivrance anticipée de la PCU. Parmi les patientes ayant déjà pu bénéficier d'une prescription à l'avance, nous avons pu observer un recours plus important à la CU pour la grossesse actuelle. Et trois femmes sur quatre interrogées souhaiteraient avoir une PCU d'avance à leur domicile.

Cependant notre étude n'interrogeait que les patientes majeures, il serait donc intéressant de la prolonger chez les mineures.

La promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit donc être soutenue dans un contexte de stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod Oxf Engl. mai 2003;18(5):994-9.
2. Rahib Delphine, Le guen Mireille, Lydie Nathalie. Baromètre Santé publique France 2016 [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
3. Assurance maladie. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
4. Aubin.C, Jourdain Menninger.D, Chambaud.L. Inspection générale des affaires sociales. « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence ».
5. Lydia Marié-Scemama, Marie-Paule Bersani-Richert. Le schéma continu : la solution contre l'oubli [Internet]. REVUE GENESIS. N°181. Octobre/Novembre 2014. [cité 19 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/le-schema-continu-la-solution-contre-loubli/>
6. Delphine Rahib,Nathalie Lydié et le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Juin 2018.
7. Haute Autorité de santé. Recommandations en santé publique: Contraception d'urgence prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013;125.
8. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - interruption volontaire de grossesse IVG [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur:
https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/interruption_volontaire_de_grossesse/13940
9. Gubin É. Bibia Pavard, Florence Rochefort et Michelle Zancarini-Fournel, Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975. Clio Femmes Genre Hist. 2014;n° 40(2):320a-320a.
10. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. Population. 2004;Vol. 59(3):409-18.
11. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. VIDAL. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur:
https://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
12. Assurance Maladie. Contraception [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>

13. Annick Vilain (DREES). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé, Etudes et Résultats. N°1125. Septembre 2019 [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
14. Henri Leridon, Nathalie Bajos, Caroline Moreau. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Population et sociétés. N°407. Décembre 2004. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/pourquoi-le-nombre-d-avortements-n-a-t-il-pas-baisse-en-france-depuis-30-ans/>
16. Nathalie Bajos, Caroline Moreau, Aline Bohet. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. N°492. Septembre 2012. [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>
17. Organisation mondiale de la santé. Département de santé et recherche génésiques. "Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives". 3^{ème} édition 2017.[Internet]. [cité 20 mars 2020].
Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf;jsessionid=35A1DCB853679778D920132404B75DB8?sequence=1>
18. Bajos N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 1 mai 2003;18(5):994-9.
19. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Française Aff Soc. 22 juin 2011;(1):148-61.
20. Haute autorité de santé. Fiche Mémo: Contraception d'urgence. Décembre 2013, Mise à jour Juillet 2019. [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
21. Organisation mondiale de la santé. Contraception d'urgence. Février 2018. [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
22. Assurance maladie. Comprendre la contraception d'urgence. Février 2020. [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception-urgence/comprendre-contraception-urgence>
23. Serfaty David. Contraception. Edition Elsevier Masson. 4^{ème} Edition; Avril 2011.
24. NORLEVO - VIDAL . Mars 2020.[Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/norlevo-65157.htm>
25. Agence Nationale Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des Caractéristiques du Produit, Norlevo. Janvier 2014. [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0235171.htm>

26. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Lévonorgestrel - Grossesse et allaitement. Novembre 2018. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=976
27. VIDAL. ELLAONE. Février 2020. [Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp3914-ELLAONE.html>
28. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Clinical Guideline: Emergency Contraception. March 2017.[Internet]. [cité 9 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>
29. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Ulipristal-Grossesse et allaitement. Février 2020. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=953
30. Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger, Laurent Chambaud (Inspection générale des affaires sociales). La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Octobre 2009. [Internet]. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
31. Haute Autorité de Santé. Document de synthèse, Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponible. Mars 2013, Mise à jour Novembre 2017. [Internet].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
32. Rahib D, Lyidé.N (Santé Publique France). L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. Juin 2018.
33. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. Septembre 2002;7(3):155-61.
34. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Communiqué de presse : La loi de santé a été publiée au Journal officiel. Janvier 2016.[Internet]. [cité 17 mars 2020].
Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-loi-de-sante-a-ete-publiee-au-journal-officiel/>
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Plaidoyer du CNOSF pour une pleine compétence orthogénique des sages-femmes. Janvier 2020. [Internet]. [cité 16 mars 2020].
Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/plaidoyer-du-cnosf-pour-une-pleine-competence-orthogenique-des-sages-femmes/>
36. Code de santé publique. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires - version consolidée. Octobre 2011.
37. Code de santé publique. Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire. Juin 2006.
38. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Popul Sociétés. 2015;N° 518(1):1.

39. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fécondité – Bilan démographique 2019. Janvier 2020 [Internet]. [cité 30 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>
40. Ministère des Solidarités et de la Santé. IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. Juillet 2016.[Internet]. [cité 27 mars 2020].
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/ivg-etat-des-lieux-et-perspectives-d-evolution-du-systeme-d-information>
41. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Comparateur de territoire – Commune de Calais (62193). Septembre 2019.[Internet]. [cité 27 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-62193>
42. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Francaise Aff Soc. 22 juin 2011;(1):116-47.
43. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Dossier complet – Commune de Calais (62193). Mars 2020. [Internet]. [cité 30 mars 2020].
Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-62193#chiffre-cle-2>
44. Mulet.F, Descamps.P, Lansac.J. Après une grossesse interrompue ou non : prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. 5 sept 2006;1059-62.
45. Hobbs MK, Taft AJ, Amir LH, Stewart K, Shelley JM, Smith AM, et al. Pharmacy access to the emergency contraceptive pill: a national survey of a random sample of Australian women. Juin 2014. 83(2):151-8. [Internet].
Disponible sur:
https://www.parliament.vic.gov.au/images/stories/documents/council/SCLSI/Community_Pharmacy/Submissions/Sub_10_Womens_Health_Victoria_30062014.pdf
46. Goyal M, Zhao H, Mollen C. Exploring emergency contraception knowledge, prescription practices, and barriers to prescription for adolescents in the emergency department. Pediatrics. mars 2009;123(3):765-70.
47. Sarah Walker. Connaissances et pratiques des pharmaciens d'officine en matière de délivrance de contraception d'urgence. Ecole de sages-femmes du CHRU de Lille; Juin 2019.
48. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. Contraception. 1 mars 2005;71(3):202-7.
49. Ordre National des Pharmaciens. Cartes départementales - officines. Avril 2020. [Internet]. [cité 2 avr 2020].
Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>
50. Naïma-Lelong Clothilde. La contraception d'urgence : opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord. Thèse de doctorat de médecine. Mars 2013. [Internet]. [cité 13 avr 2020].
Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-459>

51. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2019. [Internet]. [cité 9 avr 2020].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
52. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Juin 2016. [Internet]. [cité 13 avr 2020].
Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hcefh/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la>
53. Dufour Priscillia. Connaissance des femmes en parcours d'interruption volontaire de grossesse sur la contraception. [Mémoire]. Ecole de sages-femmes du CHRU de Lille.; 2017.
54. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse. 2016. [Internet]. [cité 13 avr 2020].
Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>
55. Amor.N. Contraception du post abortum: évaluation à 6 mois. Mémoire de sage-femme. 2015.

ANNEXES

I – Evolution des taux de recours à l’IVG selon l’âge de 1990 à 2018.

II – Les IVG selon la région de résidence de la femme, DREES.

III – Autorisation d’étude CH de Calais.

IV – Nombre d’IVG au CH de Calais.

V – Fiche réponse questionnaire.

VI – Questionnaire.

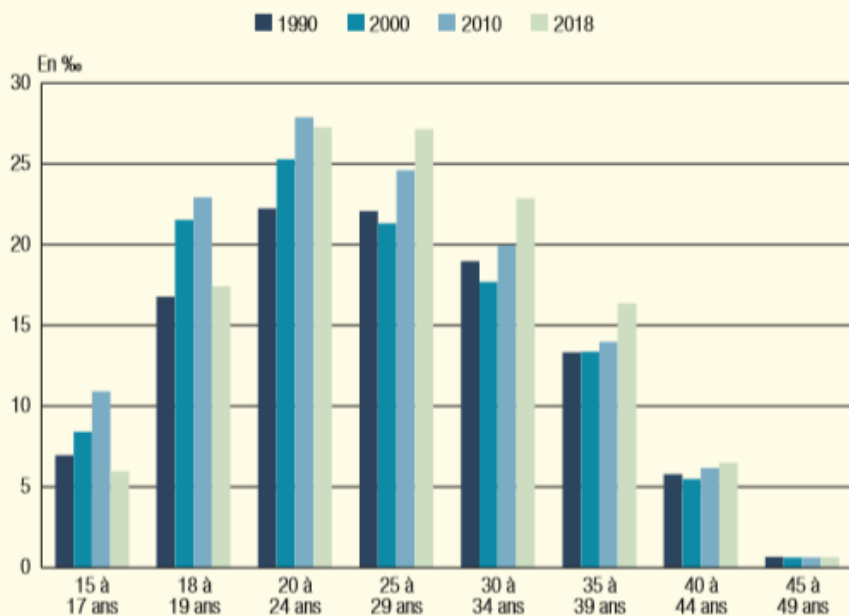
VII – Caractéristique des femmes au moment de l’IVG.

VIII – Facteurs associés au recours à la contraception d’urgence au cours des douze derniers.
Baromètre santé 2016, France.

IX – Freins à l’utilisation de la PCU, Recommandation en Santé Publique HAS 2013.

Annexe I :

GRAPHIQUE 3
Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018



Lecture • Le taux de recours à l'IVG est de 27,3 pour 1 000 femmes de 20 à 24 ans en 2018.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans, de 50 ans ou plus ou dont l'âge est inconnu).

Sources • CNAM, Erasme puis DCIR (nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation du remboursement et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH, PMSI ; Insee, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2018 ; calculs DREES.


TABLEAU 1
Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé et CPEF	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ² pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Grand-Est	13 067	91	1 130	14 288	12,2	5,0
Nouvelle-Aquitaine	12 831	705	3 235	16 771	13,9	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 833	768	4 573	23 174	13,4	5,0
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	83	1 413	6 949	12,4	5,6
Bretagne	7 025	122	755	7 902	11,8	4,8
Centre-Val de Loire	5 722	134	1 079	6 935	13,4	6,5
Corse	1 060	2	183	1 245	17,6	2,8
Ile-de-France	34 766	2 383	16 554	53 703	18,0	6,2
Occitanie	15 687	260	4 538	20 485	16,7	6,4
Pays de la Loire	8 210	9	452	8 671	10,9	4,1
Hauts-de-France	15 276	196	2 369	17 841	13,5	7,1
Normandie	7 020	108	1 490	8 618	12,6	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 541	283	7 116	22 940	22,0	8,1
Total résidentes en France métropolitaine	159 491	5 144	44 887	209 522	15,0	5,9
Guadeloupe ¹	1512	5	1 785	3 302	38,5	14,6
Martinique	1682	3	441	2 126	27,7	14,5
Guyane	1265	103	1 236	2 604	35,3	18,0
La Réunion	2939	6	1 583	4 528	21,8	12,4
Mayotte	1346	2	307	1 655	24,8	19,3
Total résidentes dans les DROM	8 744	119	5 352	14 215	27,8	15,1
Femmes dont la résidence est inconnue³		27	291	318		
Total résidentes France entière	168 235	5 290	50 530	224 055	15,4	6,3
Résidentes à l'étranger	283			283		
Total IVG réalisées	168 518	5 290	50 530	224 338	15,5	6,4

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.

1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

2. Calculé en rapportant les IVG de 15-49 ans aux femmes de 15-49 ans.

3. Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

Lecture • En 2018, 14 288 IVG ont concerné des femmes résidant dans la région Grand-Est.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.

Sources • DREES, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2018 ; CNAM, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins.

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Enquête auprès des patientes

DATE de la demande d'autorisation :
 Identification de l'ETUDIANT :
 Nom : BEUVEVILLE Prénom : Camille

Veuillez agraffer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données...)

THEME de la recherche :
Etat des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'IVG.

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :
PROBLEMATIQUE:
 Quelles sont les connaissances des femmes ayant recours à l'IVG sur la contraception d'urgence ?

ENQUETE:
 Des questionnaires seront distribués aux patientes à leur arrivée en salle d'attente. Ils seront anonymes.
 Ils seront ensuite récupérés à la sortie du service dans une boîte mise à disposition, garantissant l'anonymat.
 Les patientes ne sachant pas lire ou écrire le français, ainsi que les mineures seront exclues de cette enquête.

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
<u>Mme Camille HUTIN</u> Sage femme	<input checked="" type="checkbox"/> questionnaire <input type="checkbox"/> guide d'entretien <input type="checkbox"/> recueil de données	

LIEU(x) de l'enquête : CALAIS

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
<u>Service d'orthogénie</u>		

Date et signatures :

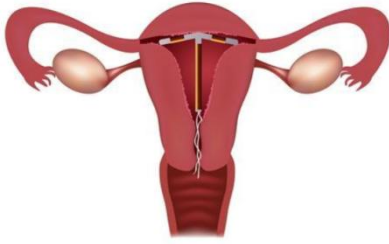
Autorisation du chef de pôle :
 Autorisation de la sage-femme coordinatrice :

20.09.2019

CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS
 M^{me} Virginie SMAGUE
 Sage-Femme Coordinatrice en Méthodologie
 03 21 46 34 29
 Partie 2 : « la méthodologie »
 Version 2018-19

Annexe IV :

		2016	2017	2018	2019
	Nb total IVG	340	474	496	516
	Evolution	37%	39,4%	4,6%	4,0%
Mineures	≤15 ans	10	6	7	7
	16 ans	3	15	11	6
	17 ans	11	13	12	12
	% mineures	7,1%	7,2%	6,0%	4,8%
	Age moyen	27,2	28,2	28,3	28,5
Type IVG	Médicamenteuse	131	349	390	382
	Chirurgicale	209	124	106	134
	Taux méthode médicamenteuse	38,5%	73,6%	78,6%	74,0%
Complications	Hospi ≥ 1 nuit	16	8	5	1
Consultations	Total	538	1041	1223	1169



LA CONTRACEPTION D'URGENCE



Qu'est ce que la contraception d'urgence ?

Elle désigne les méthodes contraceptives que l'on peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (oubli de pilule, déchirure/glisement/fuite du préservatif).

Quels sont les moyens de contraception d'urgence ?

Il existe deux types de contraception d'urgence, qui vous sont expliqués dans le tableau suivant :

Méthode		Quand l'utiliser ?	Prix	Comment l'obtenir ?
Contraception d'urgence hormonale (« pilule du lendemain »)	Norlevo [®] (Lévonorgestrel)	Dans les 72h (3 jours) suivant le rapport maximum. → d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé.	De 2,48 à 3,28 €	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie → Gratuit et anonyme pour les mineures (sans prescription, et sans carte d'identité) → Remboursée à 65% pour les majeures, avec une prescription. • Centre de planification et d'éducation familiale → Gratuit pour les mineures et majeures sans couverture sociale. • Infirmierie scolaire → Gratuit et anonyme pour les élèves de collèges et lycées (mineures ou majeures) • Services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé → Gratuit et anonymes pour les étudiants (même majeurs).
	Ellaone [®] (Ulipristal acétate)	Dans les 120h (5 jours) suivant le rapport maximum. → d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé.	16,48€	
Dispositif intra utérin au cuivre (« Stérilet au cuivre »)		La pose peut avoir lieu jusque 120h (5 jours) maximum après le rapport à risque. → représente une méthode de contraception régulière et efficace, pendant 5 ans.	30,50€	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie → Prescription nécessaire par un médecin ou une sage-femme. Remboursé à 65%.

NB : Si vous vomissez dans les 3 heures suivant la prise du comprimé de Norlevo[®] ou d'Ellaone[®], le comprimé risque de ne pas être efficace. Dans ce cas, reprenez immédiatement un comprimé.

Les effets de la contraception d'urgence sur la santé ?

Comme pour tout médicament, il existe des effets indésirables relatifs à la prise de la contraception d'urgence, mais son utilisation n'est pas dangereuse pour la santé.

Cependant, elle ne peut tout de même pas remplacer une contraception régulière.

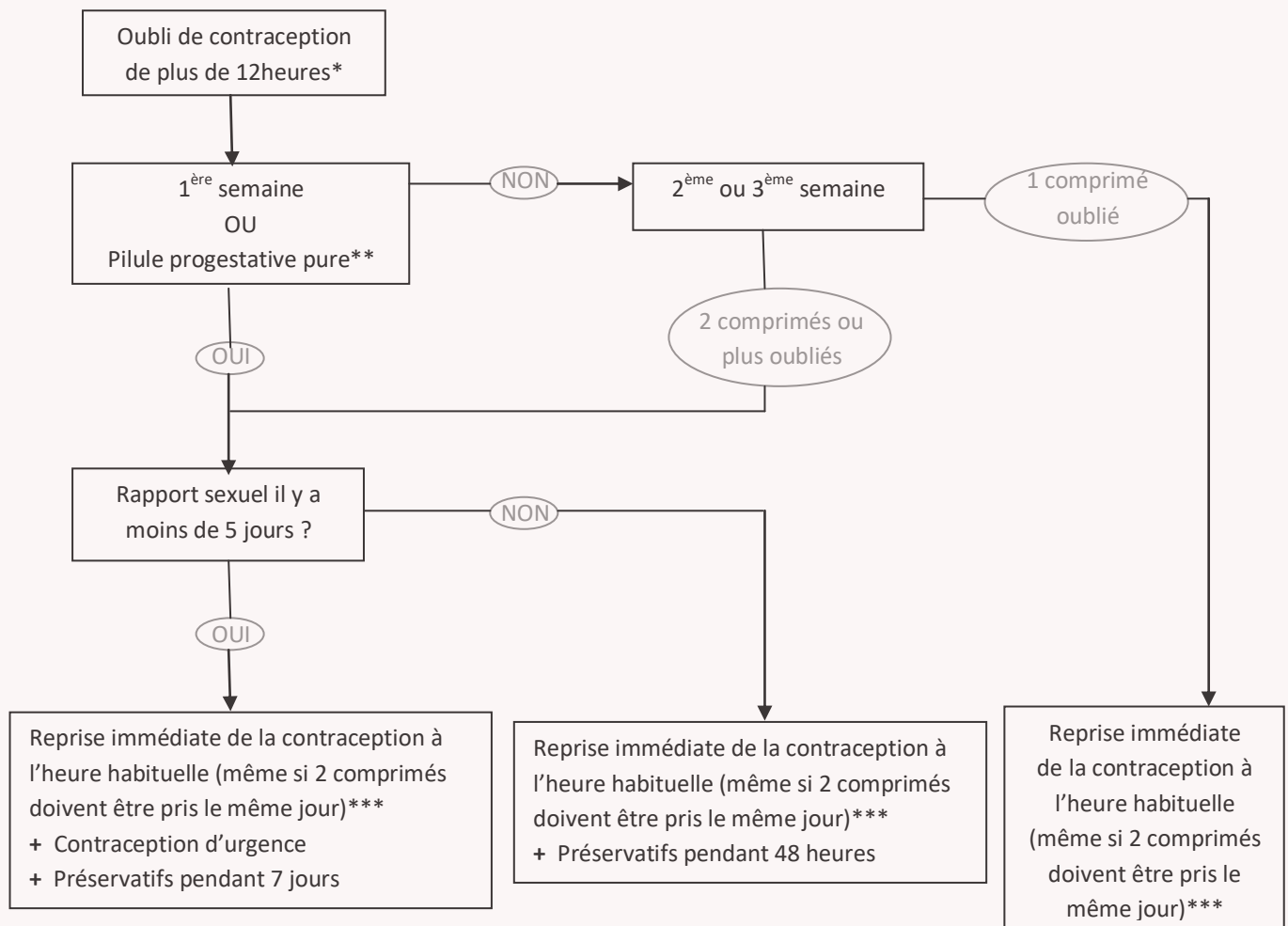
Comment savoir si la contraception d'urgence a fonctionné ?

Dans la grande majorité des cas, les règles suivant la prise de Norlevo[®] ou Ellaone[®] sont normales, et surviennent à la date prévue ou plus tôt.

Si les règles sont de faible abondance ou en cas de retard de règles de plus de 7 jours, il est conseillé de réaliser un test de grossesse, afin de s'assurer de l'efficacité du traitement.

En cas de doute sur une éventuelle grossesse, n'hésitez pas à consulter un professionnel de santé.

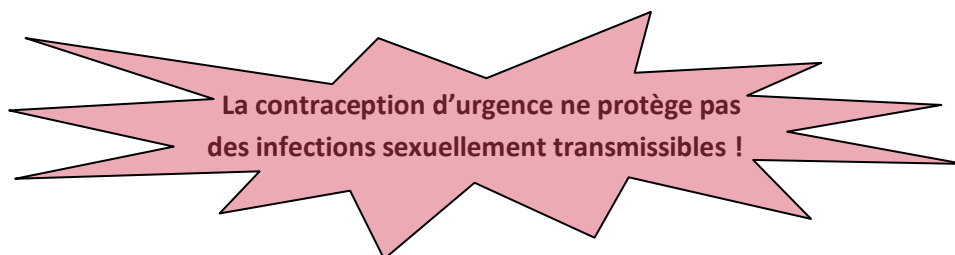
Rappel : Que faire en cas d'oubli de pilule ?



*Oubli de plus de 3heures uniquement pour la pilule Microval®.

**Pilule progestative pure = Microval®, Cérazette®, Optimizette®, Antigone®, Desopop®, Diamilla®, Clareal 0,75mg®, Désogestrel biogaran 75®, Desogestrel EG 0,075mg®, Désogestrel Mylan 75®, Désogestrel Teva 75®, Desogestrel Zentiva 75®.

***Si il reste moins de 7 comprimés actifs sur la plaquette en cours, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption, en jetant si il y en a, les éventuels comprimés inactifs.



Pour plus d'informations, n'hésitez pas à en discuter avec l'équipe médicale.

Voici quelques sites utiles :

- ✓ https://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/que-faire-en-cas-de-probleme.htm?gclid=EA1aIQobChMly4i3ienI5AIVTLTtChOpXw-MEAAAYASAAEgL4_vD_BwE
- ✓ <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>

Annexe VI :

Mesdames,

Je suis Camille, étudiante sage-femme en 5^{ème} et dernière année à l'école du CHRU de Lille.

Je réalise pour mon mémoire un état des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse.

Cette étude a pour but, d'aider les professionnels à améliorer leurs pratiques en matière de prévention des grossesses non désirées, en leur permettant d'accentuer l'information donnée aux patientes sur la contraception d'urgence, en fonction des méconnaissances.

Ce questionnaire est bien sûr anonyme, et non obligatoire.

1. Avez-vous déjà entendu parler de la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

2. Où avez-vous entendu parler de la contraception d'urgence : *Plusieurs réponses possibles.*

- Lors d'une formation (études, lycée...)
- Sur internet
- Via les campagnes de prévention
- Par un professionnel de santé
- Par un proche

3. Qu'est ce que la contraception d'urgence pour vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Comment auto évaluez-vous vos connaissances en contraception d'urgence ?

Cochez la note que vous vous donneriez.



Je n'ai aucune
connaissance

Je pense être
bien informée

5. Quel âge avez-vous ? ans
6. Votre situation professionnelle : *Une seule réponse possible.*
- En activité
 - Sans activité
 - Etudiante
 - Autre :
7. Quel est votre dernier diplôme obtenu ? *Une seule réponse possible.*
- Aucun
 - Brevet
 - Bac
 - Etudes supérieures
8. Votre situation maritale : *Une seule réponse possible.*
- En couple
 - Mariée / pacsée
 - Célibataire
 - Concubinage
 - Veuve
9. Combien d'enfants avez-vous ?
10. Avez-vous un suivi gynécologique régulier (une consultation de routine par an) ?
- Oui
 - Non
11. Quel moyen de contraception utilisez-vous ? *Une seule réponse possible.*
- Aucun
 - Pilule
 - Implant
 - Dispositif intra-utérin (=stérilet) au cuivre
 - Dispositif intra-utérin (=stérilet) hormonal (Mirena[®], Kyleena[®], Jaydess[®])
 - Patch
 - Anneau vaginal
12. Selon vous, les moyens de contraception suivants sont-ils des moyens de contraception d'urgence ? *Plusieurs réponses possibles.*
- Implant
 - Pilule d'urgence (Encore appelée « pilule du lendemain »)
 - Dispositif intra utérin (stérilet) au cuivre
 - Dispositif intra utérin (stérilet) hormonal
 - Patch
 - Anneau vaginal

13. Jusque combien de temps après un rapport à risque peut-on utiliser la pilule d'urgence ? *Une seule réponse possible.*

- 24h (1 jour)
- 48h (2 jours)
- 72h (3 jours)
- 120h (5 jours)

14. La prise de la contraception d'urgence, est : *Une seule réponse possible.*

- Sans risque pour la santé
 - Plutôt risquée pour la santé
 - Tout à fait risquée pour la santé → Quels sont les risques selon vous ?
-

15. Où peut-on se procurer la pilule d'urgence ? *Plusieurs réponses possibles.*

- A l'infirmierie de l'école (Collège, lycée, fac...)
- A la pharmacie
- Dans un centre de planification familial
- Dans un supermarché
- Sur internet

16. En pharmacie, la pilule d'urgence est : *Plusieurs réponses possibles.*

- Remboursée sans ordonnance à tout âge.
- Remboursée sans ordonnance jusqu'à la majorité.
- N'est jamais remboursée lorsqu'on est majeur.
- Remboursée dans tous les cas avec une ordonnance.

17. Après avoir oublié votre pilule, si vous prenez la pilule d'urgence : *Plusieurs réponses possibles.*

- Il n'est pas nécessaire de prendre le comprimé du jour.
- La plaquette de pilule doit être arrêtée, et reprise au cycle suivant.
- La pilule doit être continuée normalement.
- Il est nécessaire d'utiliser des préservatifs.

18. Qu'est ce qui pourrait vous empêcher de prendre la contraception d'urgence ?

.....

.....

.....

.....

19. Avez-vous déjà eu recours à une contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

→ Si Oui :

- Avez-vous du vous rendre dans une pharmacie de garde (Nuit, Dimanche ou jour férié) pour vous la procurer ?

- Oui
- Non

- Combien de fois l'avez-vous utilisée ?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 fois | <input type="checkbox"/> 4 fois |
| <input type="checkbox"/> 2 fois | <input type="checkbox"/> 5 fois |
| <input type="checkbox"/> 3 fois | <input type="checkbox"/> Plus de 5 fois |

20. Pour la grossesse actuelle, avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

21. Un professionnel de santé a-t-il déjà abordé le sujet de la contraception d'urgence avec vous ?

- Oui
- Non

→ **Si Oui**, Dans quels circonstances ?

.....

.....

.....

22. Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse (=IVG) ?

- Oui → Il y a Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans Plus de 10 ans
- Non

→ **Si Oui**, après votre dernière IVG, quel moyen de contraception avez-vous choisi ? *Une seule réponse possible.*

- Aucun
- Pilule
- Implant
- Dispositif intra-utérin (=stérilet) au cuivre
- Dispositif intra-utérin (=stérilet) hormonal (Mirena[®], Kyleena[®], Jaydess[®])
- Patch
- Anneau vaginal

→ **Si vous avez choisi comme contraception la pilule**, vous a-t-on proposé une prescription pour la pilule contraceptive d'urgence ?

- Oui
- Non

23. La pilule d'urgence vous a-t-elle été prescrite à l'avance, en même temps que votre contraception ?

- Oui
- Non

→ **Si Oui**, quel professionnel de santé vous l'a prescrite ?

- Gynécologue
- Sage-femme
- Médecin traitant
- Centre de planification et d'éducation familiale

→ **Si Non**, aimeriez vous en avoir une d'avance chez vous ?

- Oui
- Non

Merci beaucoup pour l'aide que vous m'apportez!
Une fiche récapitulative sur la contraception d'urgence vous sera donnée lors de votre entretien, si vous le souhaitez.
N'hésitez pas à la réclamer !

Annexe VII :

➤ **Tableau 1 - Caractéristiques des femmes au moment de l'IVG (pour 100 IVG)**

Caractéristiques	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Situation conjugale						
<i>Vit seule</i>	44,1	51,1	54,6	-	-	51,7
<i>Vit en couple</i>	55,9	48,9	45,4	-	-	48,3
Lieu de naissance						
<i>France</i>	82,6	-	-	83,7	84,2	83,7
<i>Etranger</i>	17,4	-	-	16,3	15,8	16,3
Activité professionnelle						
<i>En emploi</i>	51,2	45,3	49,5	47,7	51,9	51,6
<i>Au chômage</i>	10,5	12,9	10,2	11,4	9,2	10,8
<i>Au foyer</i>	19	16,6	15,3	14,5	13,3	12,1
<i>Etudiante, élève</i>	14,6	19,8	18,6	19,9	18,8	19
<i>Autre</i>	4,7	5,4	6,5	6,5	6,7	6,5

Champ : France métropolitaine.

Source : INED (bulletins IVG).

Annexe VIII :

Tableau 2

Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence (CU) au cours des douze mois précédant l'enquête. Baromètre santé 2016, France

	N	%	ORa	p	[IC95%]		N	%	ORa	p	[IC95%]
Âge (ans)						Grossesse non prévue au cours des 12 derniers mois					
15-19	155	21,4	2,63	**	1,38-5,03	Non	3 188	5,6	1		
20-24	375	9,8	1			Oui	207	13,8	2,43	**	1,31-4,48
25-29	504	8,7	0,88		0,43-1,78	p	***				
30-39	1 165	5,2	0,73		0,34-1,58	A eu une IST au cours des 12 derniers mois					
40-49	1 196	1,5	0,30	**	0,13-0,69	Non	3 330	5,9	1		
p	***					Oui	65	23,6	2,48	*	1,13-5,46
Niveau d'études						p					
Sans diplôme	126	3,7				Méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête					
Inférieur au Bac	599	5,8				Pilule	543	13,9	1		
Bac ou équivalent	824	9,1				Préservatif	1 178	7,3	0,54	*	0,34-0,85
Bac à Bac+3	1 074	4,8				Autre méthode hormonale	30	14,6	0,49		0,16-1,47
Bac+4 ou plus	772	6,7				LARC	1 040	2,3	0,27	***	0,14-0,50
p						Autre	139	8,4	0,52		0,19-1,46
Situation professionnelle						Aucune					
En emploi	2 470	4,6	0,90		0,43-1,88	465	2,0	0,27	**	0,10-0,72	
Étudiant / apprenti	406	14,7	1			p	***				
Chômage	323	6,8	1,11		0,50-2,48	Détails d'efficacité déclarée pour la CU					
Inactif	166	3,8	1,05		0,35-3,12	Moins de 24h	1 783	3,9	0,58	**	0,38-0,88
Autre	30	1,8	0,56		0,08-3,98	Entre 24h et 120h	1 518	9,8	1		
p	***					Plus de 120h / Ne sait pas	94	0,6	0,12	*	0,01-0,96
Taille d'agglomération						p					
Moins de 100 000 habitants	1 805	3,8	1			Efficacité perçue de la CU					
Plus de 100 000 habitants	962	5,1	1,12		0,69-1,83	Bonne	2 421	8,1	1		
Région parisienne	628	15,0	4,11	***	2,61-6,48	Mauvaise	690	2,5	4,00	***	2,10-7,63
p	***					Ne sait pas	284	0,3	0,11		0,01-1,50
Revenu perçu						p					
À l'aise / ça va	2 044	6,4				Risque perçu de la CU					
C'est juste	839	5,9				Risquée	1 667	8,6	1		
Difficultés / dettes	510	6,3				Pas risquée	1 437	4,8	0,35		0,06-2,06
p						Ne sait pas	291	1,0	0,49		0,08-2,90
En couple au moment de l'enquête						p					
Oui	2 381	1,1	1			Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois					
Non	1 014	10,9	0,87		0,52-1,44	Oui	672	6,6			
p	***					Non	2 723	6,1			
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						p					
1	3 018	4,6	1			Date de la dernière consultation gynécologique					
2	211	14,8	1,76		0,92-3,36	Moins d'un an	2 280	6,5			
3 ou +	166	22,2	3,41	***	1,88-6,19	Plus d'un an	1 078	5,2			
p	***					Jamais	37	15,5			
						p					

Population d'étude : femmes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, n'utilisant pas une contraception définitive au moment de l'enquête.

Lecture : à caractéristiques sociodémographiques et d'activité sexuelle égales, le fait de déclarer une grossesse non prévue dans l'année précédant l'enquête multiplie par 2,43 [1,31-4,48] le recours à la CU.

LARC : contraceptif à action longue tel que dispositif et système intra-utérin, implant, injections.

Seules les p-values significatives ont été indiquées : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Annexe IX :

Tableau 9. Freins au recours à la contraception d'urgence

Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence
Au niveau des usagers
Manque de perception du risque de grossesse
Manque de connaissance de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès
Attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence
Craintes du regard social et de la stigmatisation
Craintes des effets indésirables de la contraception d'urgence
Au niveau des professionnels
Manque de connaissance de la contraception d'urgence
Manque de perception de l'utilité de la contraception d'urgence
Manque d'information fournie aux femmes
Attitudes moralisatrices
Au niveau structurel
Problèmes d'accès géographique et/ou d'horaires
Législation restrictive de délivrance en milieu scolaire
Législation de délivrance gratuite limitée aux mineures filles
Coût financier

Titre : Etat des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse au centre hospitalier de Calais.

Résumé :

- **Contexte :** En France, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste stable, 30% des grossesses sont non prévues, et ce malgré un accès facilité à la contraception. Plus de la moitié des françaises utilisent des moyens de contraception dont les taux d'efficacité pratique sont bas. Et pourtant une très faible proportion a déjà utilisé une stratégie de rattrapage.
- **Matériel et Méthode :** 119 patientes ayant eu recours à l'IVG entre Octobre 2019 et Janvier 2020 dans le service d'orthogénie du centre hospitalier de Calais ont répondu à un questionnaire. Cette étude quantitative a permis d'établir le niveau de connaissance de ces femmes, les freins à l'utilisation des méthodes de rattrapage, et d'évaluer les besoins en matière de prescription à l'avance.
- **Résultats :** Les freins retrouvés sont : un manque de connaissance des usagers et des professionnels de santé, un manque de perception du risque de grossesse, des difficultés d'accès. Trois femmes sur quatre interrogées souhaiteraient avoir une pilule contraceptive d'avance chez elles.
- **Discussion et conclusion :** Il apparaît donc important d'améliorer les connaissances des femmes et des hommes sur la contraception d'urgence, sur les situations à risque de grossesse, et sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Le remboursement de la pilule contraceptive d'urgence aux hommes ainsi que la proposition systématique d'une prescription anticipée semblent être des solutions qui pourraient permettre d'améliorer l'utilisation des méthodes de rattrapage.

Summary :

- **Context:** In France, the number of voluntary terminations of pregnancy remains stable, 30% of pregnancies are unplanned, despite easy access to contraception. More than half of French women use contraceptive methods with low practical effectiveness rates. And yet a very small proportion has already used a catch-up strategy.
- **Material and Method:** 119 patients who had an abortion between October 2019 and January 2020 in the orthogonic department of the Calais hospital centre answered a questionnaire. This quantitative study made it possible to establish the level of knowledge of these women, the obstacles to the use of remedial methods, and to assess the need for prescription in advance.
- **Results:** The obstacles found were: a lack of knowledge of users and health professionals, a lack of perception of the risk of pregnancy, and difficulties of access due to time constraints. Three out of four women surveyed would like to have a contraceptive pill at home in advance.
- **Discussion and conclusion:** It therefore seems important to improve women's and men's knowledge of emergency contraception, of situations at risk of pregnancy, and of what to do if they forget to take the pill. Reimbursement of the emergency contraceptive pill to men and the systematic proposal of early prescription seem to be solutions that could improve the use of catch-up methods.

Mots-clés :

Contraception d'urgence – IVG – Emergency contraception – Prescription anticipée

Auteur : Camille Belleville