

UNIVERSITE DE NANTES

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2003

N°

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en médecine générale  
par

Stéphanie PLESSIS  
Née le 27-02-75

---

Présentée et soutenue publiquement le 3 Février 2004

---

**POURQUOI LES FEMMES QUI ONT RECOURS À L'IVG N'ONT ELLES PAS UTILISÉ LA  
CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE (LEVONORGESTREL)?**

---

Président : Monsieur le Professeur Lopez

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Meslé

## REMERCIEMENTS

### **A mon jury de thèse**

#### A Monsieur le Professeur Lombrail

Responsable du Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie de la faculté de médecine. Directeur du PIMESP.

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse, veuillez accepter ma profonde reconnaissance. Je vous remercie également de m'avoir aidée à l'analyse statistique de mes résultats et de m'avoir guidée dans leurs interprétations.

#### A Monsieur le Professeur Lopes

Praticien hospitalier de Gynécologie et Médecine de la Reproduction ; Responsable au centre de planification et d'éducation familiale.

Je vous remercie d'accepter de siéger à ce jury, soyez assuré de ma sincère considération.

#### A Monsieur le Professeur Philippe

Chef de service de Gynécologie Obstétrique, de Médecine de la Reproduction et Médecine Fœtale.

Pour avoir accepté de participer à ce jury, recevez tous mes sincères remerciements.

#### A Monsieur le Docteur Meslé

Médecin généraliste à Rezé et médecin responsable du centre de planification et d'éducation familiale et du centre d'interruption volontaire de grossesse de Saint- Jacques

Vous avez bien voulu vous intéresser à mon travail. Vous m'avez aidée et guidée dans celui-ci. Soyez assuré de ma reconnaissance pour votre disponibilité et l'attention apportée à la réalisation de cette thèse. Recevez mes sincères remerciements.

### **A toute l'équipe du centre de planification familiale de St-Jacques**

Les aides soignantes, les conseillères, les infirmières, les médecins. Merci de cet accueil chaleureux.

Et plus particulièrement aux secrétaires dont Madame Pesquer Carmela pour leur collaboration à l'enquête.

A toutes les consultantes pour avoir gentiment répondu à mes questions. Recevez ma profonde gratitude.

### **A tous mes amis**

#### A toute l'équipe de la mission de l'anophèle de 1997

Au cours de cette expérience et des années de faculté qui ont suivi, nous avons pu partager des moments inoubliables.

#### A Marion

Mille mercis pour ton amitié, d'être là pour tous ces instants de bonheurs et même dans les moments difficiles .Tu as su être là....A tous les moments qu'il nous reste à vivre...

#### A Lolo

Un grand merci pour MON professeur de lettres!!!!

A tous mes amis

Adeline, Anne-Laure, Arnaud, Céline, Franck, Guinou, Katia, Miloche, Pascal, Sabri, Sanie, Sylvain, Valentine, Vincent.

**Un grand merci**

A Madame le docteur Jarry

Médecin généraliste à Nantes qui m'a permis de suivre des consultations au planning familial ,de m'y intéresser, et d'initier ce travail.

Aux docteur Brunier et Dubois

Médecins généralistes à Pont-St-Martin et Montaigu qui m'ont transmis l'amour de leur métier.

A toute ma famille

A toi maman , à toi papa

Vous assez su être patients et me soutenir durant toutes ces années...

A mes beaux-parents

A toi Nathalie

Tu m'a permis depuis que je suis « petite » de comprendre mes leçons. Et oui ce n'est pas toujours facile d'être une grande sœur ! Merci de ta patience.

A toi Guigui

Merci pour tes nombreux conseils en informatique. Merci pour ton amour de chaque jour. Merci d'être là tout simplement...

## **abréviations**

A.M.M :	Autorisation de Mise sur le Marché
ASMR :	Amélioration du Service Médicale Rendu
B HCG :	Béta Hormone Chorionique Gonadotrophine
CUH :	Contraception d'Urgence Hormonale
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
DES :	Diéthylstilbestrol
DIU :	Dispositif Intra Utérin
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EE :	Ethinylestradiol
FSH :	Follicle Stimulating Hormone
INSERM:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
JO :	Journal Officiel
LH :	Luteinizing Hormone
LNG :	Lévonorgestrel
MFPF :	Mouvement Français pour le Planning Familial
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
NG :	Norgestrel
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RCP :	Résumé officiel des Caractéristiques du Produit

## Introduction

La contraception a été légalisée en France, grâce à la loi Neuwirth du 19 décembre 1967. C'est surtout le décret d'application de 1974 encore en vigueur qui a levé un certain nombre d'obstacles. Ainsi en France la couverture contraceptive est l'une des plus élevées au monde<sup>1</sup>. Malgré l'usage des méthodes contraceptives modernes qui s'est largement répandu et dont l'efficacité est élevée, le nombre de grossesses non voulues (350000 par an) et donnant lieu à un nombre élevé d'IVG (220000 par an) ne diminue guère en France depuis vingt ans<sup>2</sup>.

Ces grossesses non désirées se terminant très souvent par des avortements sont la plupart du temps douloureusement vécues par les femmes. Les risques médicaux de l'IVG sont faibles mais réels<sup>3</sup>. C'est un véritable problème de santé publique compte tenu du nombre de femmes concernées chaque année.

Bien que les grossesses non désirées ne soient pas seulement dues à des échecs de la contraception, une augmentation de la prévalence de la contraception de 50% diminuerait le nombre d'IVG de 32% [1].

Que peut-on faire pour en diminuer le nombre ? La Contraception d'Urgence Hormonale (CUH<sup>4</sup>), également connue sous le nom de « pilule du lendemain » ou contraception post coïtale, peut-elle les éviter ?

C'est une contraception exceptionnelle car la prévention des grossesses non souhaitées passe avant tout par l'utilisation des moyens de contraception, bien que la fidélité aux moyens contraceptifs, même chez les adultes, soit rarement optimale. Il n'est pas si facile de toujours se protéger, même si les techniques de contraception sont performantes et sûres : il faut compter les oublis de pilule, les incidents liés à la technique considérée, la difficulté de toujours planifier sa sexualité, les agressions sexuelles. Pour éviter que l'imprévu ne décide à sa place, une femme doit être vigilante quant à sa contraception. Maîtriser sa contraception, c'est se mettre en position de choix : pouvoir mieux prévoir l'arrivée d'un enfant, ne pas ou ne plus en faire.

Parmi les CUH à notre disposition, il en existait certains capables de réparer un grand nombre d'accidents et d'éviter beaucoup de grossesses involontaires comme les pilules associant oestrogènes et progestatifs, type Stédiril® ou Tétragynon® disponibles uniquement sur prescription (première Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le Tétragynon® spécifique de la CUH, en France, en janvier 1999). Il manquait cependant une CUH plus accessible, efficace et mieux tolérée. Le Lévonorgestrel (LVN<sup>4</sup>), commercialisé sous le nom de Norlevo®, répond depuis juin 1999 à ce besoin. Il présente une excellente tolérance, une remarquable efficacité ainsi qu'un faible coût. De plus l'absence d'oestrogènes dans sa composition limite ses contre-indications. Il est ainsi dispensé sans prescription médicale par les pharmaciens et les infirmières scolaires. Il possède aussi l'immense avantage d'être exonéré et gratuit chez les mineures qui en font la demande. Il est donc évident que la connaissance de la contraception d'urgence, et la facilité d'y avoir accès en cas de besoin, peuvent éviter un certain nombre de grossesses non désirées.

Cependant, malgré la très large médiatisation qui a accompagné l'arrivée du LVN, plusieurs questions peuvent se poser. Certes les femmes ont entendu parler de la C.U.H, mais connaissent-elles réellement les modalités exactes d'utilisation de cette méthode? Sont-elles suffisamment informées? Avec la dénomination populaire de « pilule du lendemain », n'ont-elles pas une connaissance erronée du délai de prise? Quelle est la place des professionnels de santé et plus particulièrement des pharmaciens, des infirmières scolaires, des médecins, et des enseignants dans l'information et la dispensation du LVN ?

Toutes ces interrogations m'ont amenée à m'intéresser au problème des femmes qui ont recours à l'IVG sans avoir utilisé la contraception hormonale d'urgence. Cette étude portera donc sur l'analyse prospective des femmes qui ont demandé une IVG au centre d'orthogénie de l'hôpital St-Jacques durant l'année 2003, afin de connaître la raison pour laquelle elles n'ont pas pris la CUH.

A cette fin, nous commencerons par étudier tout d'abord l'aspect théorique de la contraception d'urgence hormonale. Nous présenterons alors notamment les différentes méthodes de contraception

d'urgence, la description du LVN ainsi que les différentes sources d'information. Ensuite, après avoir défini les objectifs, matériels et méthodes nécessaires à notre étude, nous exposerons en détails les résultats auxquels celle-ci a mené.

<sup>1</sup> 60% des femmes de 20 à 44 ans ne souhaitant pas être enceintes utilisent la pilule, 23% le stérilet, 16% une méthode locale dont 10% le préservatif, 6% par des méthodes naturelles, moins de 5% des femmes exposées à un risque de grossesse et ne voulant pas d'enfants n'utilisent pas de contraception [2].

<sup>2</sup> Selon le rapport du Pr Nisand, il existe plus de 220000 IVG en France pour 730000 naissances (soit une IVG pour 3 naissances, soit un taux de 0, 52 IVG par femmes) et 150000 naissances non désirées ou non planifiées [3]. Sur 100 grossesses accidentelles, 53 sont dues à un rapport non protégé, 32 à un rapport protégé par une méthode contraceptive insuffisamment efficace, 15 à un oubli de contraception [4]. Les IVG enregistrées en 1990 correspondent à des taux de 22/100 naissances (30/100 après correction de la sous déclaration) et de 13/1000 femmes de 15 à 44 ans [1].

<sup>3</sup> Mortalité entre 0 et 2 pour 1 million d'IVG réalisés, perforations utérines, hémorragies, infections loco-régionales [4].

<sup>4</sup> Ces mots revenant très souvent et par souci de lisibilité, j'ai décidé de créer ces abréviations.

# **1ERE partie :La contraception d'urgence**

## **1 Réglementation française**

### **1.1 Loi Neuwirth du 19 décembre 1967**

Elle vise à légaliser la contraception[5].

### **1.2 Loi du 4 décembre 1974**

Elle modifie les dispositions adoptées en 1967. Elle autorise le remboursement des actes médicaux et des médicaments contraceptifs par la sécurité sociale, ainsi que leur prescription à titre gratuit, et sans autorisation parentale, aux mineures désirant garder le secret (la majorité civile ayant été abaissée à 18 ans en Juillet 1974) en rendant obligatoire l'ouverture d'un centre de planification familiale dans chaque centre de protection maternelle et infantile ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie[5].

### **1.3 AMM du Tétragynon ®**

L'Autorisation de la mise sur le marché du Tétragynon ® est obtenue en mars 1998[6].

### **1.4 AMM du Norlevo®**

L'Autorisation de la mise sur le marché du LVN( Norlevo®) est obtenue le 16 avril 1999 [6].

### **1.5 L'arrêté sur les substances vénéneuses**

Un arrêté du 27 Mai 1999, publié au Journal Officiel du 30 Mai 1999, exonère le LVN par voie orale de la réglementation des substances vénéneuses (liste 1) destinées à la médecine humaine [7].

### **1.6 le Norlevo® peut être délivré sans ordonnance**

Depuis le 31 Mai 1999, le Norlevo® peut être délivré sans ordonnance dans les officines [8].

### **1.7 Distribution du LVN par les infirmières scolaires**

En Mars 2000, un premier décret autorise la distribution du LVN par les infirmières scolaires [9].

### **1.8 Annulation de l'autorisation de la délivrance du LVN par les infirmières scolaires**

Le 30 Juin 2000, le Conseil d'Etat annule la circulaire autorisant les infirmières scolaires à délivrer LVN dans les collèges et les lycées [10].

## **1.9 Rétablissement de l'autorisation aux infirmières scolaires de distribuer le LVN**

Le 14 décembre 2000 la proposition de loi sur la contraception d'urgence hormonale est adoptée par le Sénat et l'Assemblée Nationale, rétablissant ainsi l'autorisation aux infirmières scolaires de distribuer le LVN dans les collèges et les lycées [11,12,80].

## **1.10 le Norlevo® est remboursable pas la Sécurité sociale**

Le décret du 18 Août 2001, le Norlevo® est remboursable à 65% par la Sécurité Sociale sur la base du prix public alors à 7,62 Euros sur présentation d'une prescription médicale [13].

## **1.11 Dispensation gratuite aux mineures du Norlevo®**

En Janvier 2002 dispensation gratuite aux mineures, en officine, du LVN non soumis à la prescription (Norlevo®) [14].

## **1.12 Prise unique de deux comprimés de Norlevo®**

Le Norlevo® a obtenu l'AMM pour une prise unique de deux comprimés en Juin 2003. Il a été commercialisé avec ce schéma posologique en septembre 2003.

## **1.13 Conclusion**

Il est important de noter que la contraception d'urgence à base de LVN seul est inscrite sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS (Janvier 2000)

On constate que sur une courte période de trois ans le cadre législatif en faveur de la contraception d'urgence a beaucoup évolué.

## **2.1 DEFINITION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE [15 ,16]**

La contraception d'urgence hormonale (dénomination reconnue par l'OMS) fait référence à un type de contraception particulière .C'est une méthode ponctuelle, de rattrapage, d'exception qui ne doit pas remplacer une contraception habituelle car elle est moins efficace et moins bien tolérée.

### **2.1 Quand y avoir recours ? [16]**

Elle doit être utilisée après un rapport sexuel non ou mal protégé potentiellement fertile pour prévenir une grossesse éventuelle non désirée, à n'importe quel moment du cycle :

- Les femmes qui ont eu involontairement ou non, des rapports sexuels isolés, non prévus et par conséquent habituellement des rapports non protégés. Les victimes d'agressions sexuelles appartiennent à ce groupe, et constituent d'ailleurs les premiers cas,
- Les jeunes couples ayant des rapports sexuels pour la première fois, représentent une proportion significative de ce groupe, du fait que le premier rapport sexuel est souvent non prévu et non protégé,
- Celles ayant utilisé des méthodes « naturelles » : échec du coït interrompu (éjaculation dans le vagin ou sur les parties génitales externes), erreur de calcul sur la date de l'ovulation (méthode de l'abstinence périodique) ou défaut d'abstinence pendant les jours de fécondité,
- Celles qui ont eu un accident au cours de leur expérience contraceptive :
  - oubli de la contraception hormonale régulière (si pilule oestroprogestative : délai supérieur à 12H, si pilule progestative microdosée : délai supérieur à 3 H),
  - déchirure, glissement, mauvaise introduction ou retrait du préservatif,
  - déplacement, déchirure, ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale,
  - En cas d'expulsion d'un stérilet ayant entraîné un risque d'une grossesse non désirée.

### **2.2 A qui s'adresse-t'elle ?**

Toutes les femmes en âge de procréer (même les mineures) et de tous les milieux sociaux sont concernées.

### **2.3 Quel délai pour l'utiliser ?**

Elle doit être utilisée après un rapport sexuel non ou mal protégé potentiellement fertile pour prévenir une grossesse éventuelle non désirée. Elle peut être prise jusqu'à 72 h après un rapport sexuel (selon l'AMM mais cependant elle peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2) en sachant que plus elle est prise rapidement , plus elle est efficace.

Les termes, contraception post-coïtale et surtout " pilule du lendemain" qui est le plus populaire et couramment utilisé, sont inappropriés car générateurs de confusion. Ils peuvent de plus constituer un obstacle à une utilisation plus étendue, car suggèrent une action urgente et immédiate.

Si le délai dépasse 72 heures, la contraception d'urgence n'est pas indiquée.

### **2.4 Assure-t-elle une contraception efficace jusqu'aux prochaines règles ?**

Non, certainement pas. On doit considérer que le rapport ne concerne que le rapport ayant motivé la prise. Il est donc impérativement recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local lors des rapports sexuels suivants jusqu'au retour des prochaines règles. Il faut envisager la mise en place d'une contraception régulière (si telle n'est pas le cas) avec un médecin.

## **2.5 Est-elle efficace si plusieurs rapports ont eu lieu à la suite au même moment ?**

Oui, Norlevo® est aussi efficace après un ou plusieurs rapports consécutifs à condition que tous les rapports aient eu lieu dans les 72 heures précédant la prise du médicament. En effet, l'efficacité des méthodes contraceptives d'urgence n'est remise en cause que lorsque les rapports ont eu lieu à des dates variées et éloignées dans le même cycle.

## **2.6 Peut-on l'utiliser comme une contraception régulière de routine?**

Non. La prise de toute CUH doit rester occasionnelle. Elle ne doit en aucun cas se substituer à une contraception régulière. Il faut savoir que cette méthode ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas. Au cours d'un même cycle, le fait de prendre plusieurs fois une CUH accroît le risque d'échec. Il faut donc recommander l'utilisation d'une contraception locale jusqu'aux prochaines règles et envisager la mise en place d'une contraception régulière.

# 3 MECANISMES D'ACTION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

## 3.1 Rappels physiologiques

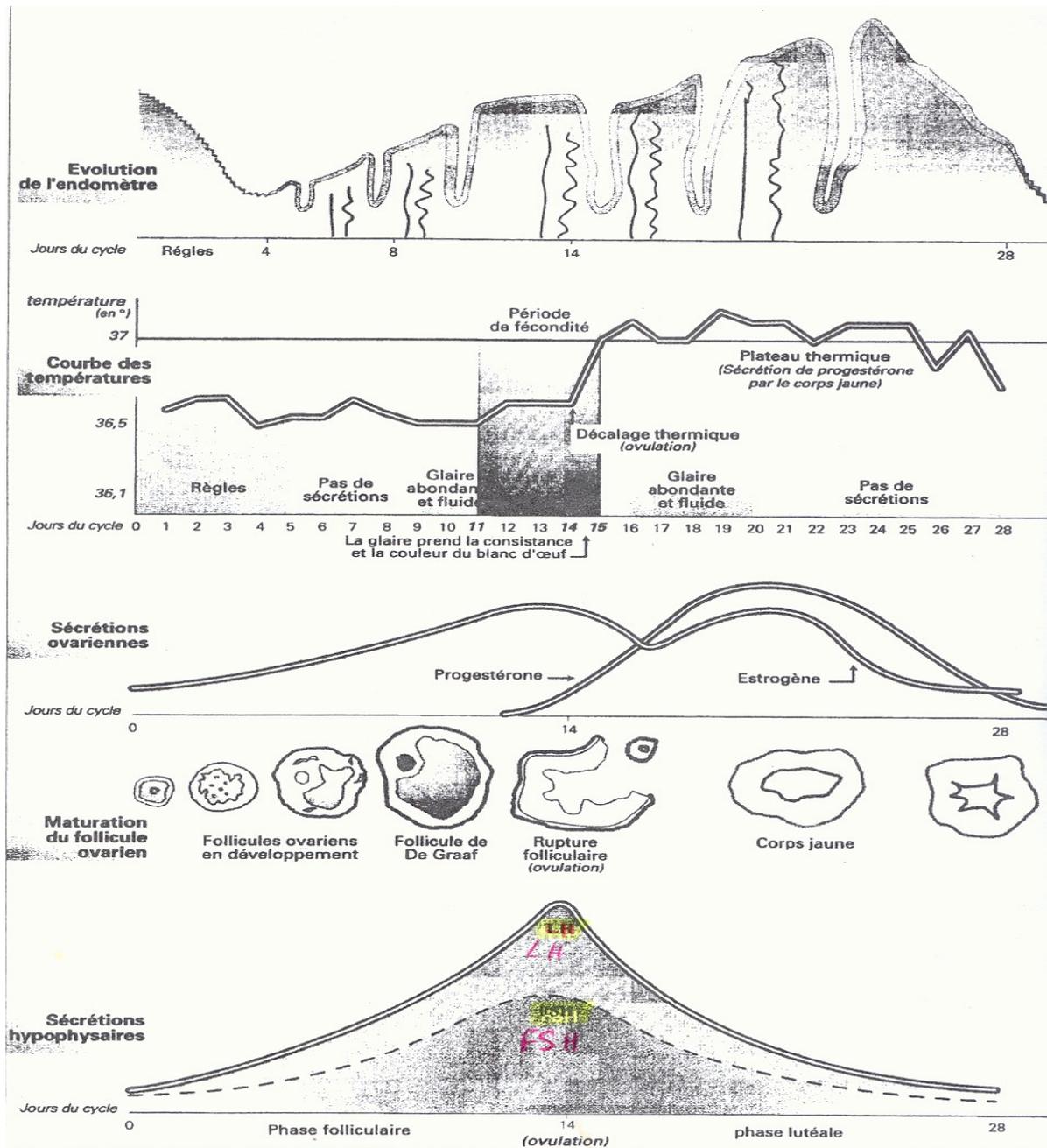


Figure 2 : Les variations physiologiques lors du cycle menstruel (2).

### **3.1.1 L'ovulation [17]**

Dès le stade embryonnaire, les ovaires possèdent un stock de plusieurs milliers de follicules primordiaux renfermant des ovocytes qui deviendront les futurs ovules.

Au début d'un cycle menstruel, quelques follicules se développent puis dégèrent sans stimulation hormonale. Au stade de la puberté sous stimulation de la FSH un seul de ces follicules va se développer complètement pour aboutir au follicule mûr de De Graaf. Les autres vont s'atrophier.

Les œstrogènes qui sont sécrétées en quantité plus importante pendant sa croissance interviennent notamment dans la prolifération de l'endomètre, dont l'épaisseur croît jusqu'à l'ovulation, ainsi que la sécrétion par le col d'un mucus cervical limpide en quantité plus ou moins abondante et filante.

Vers le 14<sup>ème</sup> jour d'un cycle de 28 jours, sous l'influence du pic de LH le follicule mûr finit par se déchirer et libère l'ovule :c'est l'ovulation. Une fois l'ovule expulsé, le follicule dégère en corps jaune. Les œstrogènes continuent à être sécrétés, mais le corps jaune commence aussi à sécréter la progestérone dont le rôle est de préparer la muqueuse utérine à recevoir l'œuf.

### **3.1.2 La fécondation et la nidation [18,19]**

L'ovule expulsé de l'ovaire pénètre dans les trompes où il progresse vers la cavité utérine grâce à des contractions de l'isthme et de la portion interstitielle de la trompe.

Lors d'un rapport sexuel, les premiers spermatozoïdes atteignent les trompes dans les 30 minutes qui suivent l'éjaculation. C'est là qu'à lieu la fécondation de l'ovocyte. L'œuf fécondé va y rester pendant 72H environ. Il est ensuite transporté dans la cavité utérine où il reste libre 3 jours. La nidation de l'œuf fécondé a lieu 6 jours après l'ovulation. A ce moment là , une grossesse commence. Le placenta en formation va alors sécréter très rapidement l'hormone chorionique gonadotrope(HCG). Elle stimule la sécrétion d'œstrogène et de progestérone par le corps jaune.

Si l'ovule n'est pas fécondé, il survit environ 24 H et le corps jaune régresse. Les règles surviennent et un nouveau cycle démarre.

Au cours d'un cycle, la fécondation est théoriquement possible dans les 5 jours qui précèdent l'ovulation puisque les spermatozoïdes peuvent survivre quelques jours dans les voies génitales supérieures féminines qui précèdent l'ovulation, et un jour après celle-ci compte tenu de la durée de vie de l'ovule. Pour une ovulation survenant au 14<sup>e</sup> jour, la période fertile s'échelonne donc du 9<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour.

Rappelons que la fécondabilité maximale d'un cycle féminin est de 25,4%; les risques de grossesse lors d'un rapport sont de 33,3% à JO, de 30,2% à J-1, de 8% à J-5et de 8% à J+1. L'indice de fécondité quand un couple a un rapport une fois par jour est de 45%. Il est de 17% quand il a un rapport une fois par semaine[20].

### **3.1.3 Le contrôle des fonctions ovariennes [17]**

Les fonctions ovariennes (sécrétion hormonale et ovulation) sont commandées par l'hypophyse qui sécrète les gonadotrophines :la LH et la FSH.

La FSH stimule la croissance des follicules ovariens tandis que la LH déclenche l'ovulation et stimule les sécrétions du corps jaune. Vingt-quatre heures avant l'ovulation, se produit un pic de sécrétion de LH et de FSH.

L'hypophyse est sous la dépendance de l'hypothalamus qui sécrète la GnRH commandant la synthèse et la libération à la fois de FSH et LH par les cellules gonadotropes hypophysaires.

## **3.2 La contraception d'urgence est-elle abortive?**

La science médicale considère que la grossesse débute quand l'œuf s'implante dans la paroi utérine. Les différentes méthodes agissent à ces différentes phases qui vont de la fécondation à l'implantation du blastocyste (avant la nidation) ce qui les distinguent d'un avortement. Avant la nidation, aucune variation biologique (B HCG plasmatique par exemple) ou échographique n'est observée [21,22]. Le terme d'avortement est utilisé lorsqu'on agit sur un embryon viable implanté dans l'endomètre, c'est à dire à partir du septième jour après l'ovulation[22].

Le caractère abortif ou contraceptif de la contraception d'urgence n'est pas reconnu par tous de façon univoque. Les hypothèses concernant le mode d'action de la contraception d'urgence méritent d'être élucidées afin d'affiner le schéma thérapeutique, mais aussi pour pouvoir démontrer que ces méthodes n'exercent pas d'effet abortif. Certains considèrent que, l'action pouvant se situer entre la fécondation et la nidation utérine, il s'agit d'une méthode contraceptive donc contraceptive, la poursuite de la grossesse restant hypothétique tant que l'embryon n'est pas implanté. Pour d'autres en revanche, la grossesse débutant dès la fécondation, toute action qui intervient ultérieurement constitue un acte abortif.

Les mécanismes d'action précis qui rendent efficaces la contraception d'urgence ne sont pas encore aujourd'hui complètement clarifiés [23]. L'importance du mécanisme d'action n'est pas négligeable puisque, pour une part de l'opinion publique, la contraception d'urgence est considérée comme une méthode abortive, c'est-à-dire agissant après l'implantation de l'œuf, ce qui constitue l'un des principaux arguments au refus de ce type de contraception.

Le mécanisme d'action des différentes méthodes de contraception d'urgence est énuméré dans le chapitre les correspondant.

Les différentes méthodes agiraient [23]:

- en inhibant ou en perturbant l'ovulation lorsqu'elle est sur le point de se produire
- en interférant avec l'ovulation, en modifiant ou en inhibant la motilité tubaire de l'ovule
- en modifiant l'endomètre, le rendant impropre à la nidation.

### **3.2.1 Effets sur l'ovulation**

Les rapports fécondants ont lieu le plus souvent avant l'ovulation et la prise de cette CUH est d'autant plus efficace qu'elle a lieu plus rapidement après le rapport sexuel, donc probablement si le produit est donné avant l'ovulation.

### **3.2.2 Effets sur la fécondation**

Il n'y a pas de mise en évidence directe d'une telle action des CUH, mais un tel effet ne peut pas être exclu. Le DIU peut compromettre la fécondation.

### **3.2.3 Effets sur le transport des gamètes**

Un tel effet n'a pas été mis en évidence chez la femme.

### **3.2.4 Effets sur la fonction du corps jaune**

Puisque le corps jaune dérive de l'évolution du follicule ovarien, les événements qui affectent le développement du follicule peuvent influencer la fonction du corps jaune.

### **3.2.5 Effets sur l'endomètre**

Cf. à la 1<sup>ère</sup> partie chapitre 4 sur les différentes méthodes de contraception

### **3.2.6 Risque abortif**

Il est très peu probable que les estrogènes, les progestatifs seuls ou associés, le danazol, puissent interrompre une grossesse qui se serait déjà implantée. Seul le mifépristone est efficace après l'implantation dans près de 80 % des cas. Puisque l'implantation survient 7 jours après l'ovulation, la contraception d'urgence utilisée 5 jours après le rapport sexuel ne peut pas interrompre une grossesse.

## **4 LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION D'URGENCE**

Les méthodes contraceptives d'urgence sont les suivantes : les contraceptions d'urgence hormonale et les dispositifs intra-utérins. Les différents types de CUH sont les suivants :

- des œstrogènes à fortes doses,
- de l'éthinylestradiol et du lévonorgestrel,
- des progestatifs contenant du lévonorgestrel,,
- le danazol,
- la mifépristone.

### **4.1 Les méthodes hormonales**

#### **4.1.1 Les méthodes qui ne sont plus utilisées.**

##### **4.1.1.1 Les œstrogènes à fortes doses**

Les oestrogènes seuls à forte dose [24,17].

[21] Dès les années 1960, de fortes doses d'œstrogènes ont été administrées avec succès dans un but contraceptif à la suite de viols. Puis d'importantes séries de femmes ayant reçu 25 à 50 mg / jour de diéthylstilbestrol (D.E.S), ou 0,5 à 2 mg / jour d'éthinylestradiol(EE) pendant 5 jours ont été publiées. Dans ces séries, les oestrogènes ont été administrés dans les 72 H suivant le rapport sexuel non protégé.

Posologie et délai d'action

La posologie habituelle est de 50 mg de D.E.S par 24 heures ou de 5 mg d'EE ou 30 mg d'œstrogènes conjugués par 24 heures pendant 5 jours. Ce protocole est à commencer dans les 72 heures suivant le rapport sexuel non protégé supposé fécondant.

Mode d'action [23]

Les oestrogènes à fortes doses agiraient certainement sur deux cibles préférentielles[17]:

- la lutéolyse,
- le développement anormal de l'endomètre.

En théorie, de fortes doses d'oestrogènes données avant l'ovulation pourraient rendre compte d'une inhibition du développement et de la maturation folliculaire ou la libération même de l'ovule. Cependant, aucune de ces actions n'a été mise en évidence.

Bien que de fortes doses d'oestrogènes affectent le transport de l'ovule chez certaines espèces animales, un tel effet n'a pas été mis en évidence chez la femme. Les premiers essais concernant de fortes doses d'oestrogènes, données après un rapport sexuel à des femmes susceptibles d'être enceintes, ont montré une forte incidence sur une grossesse ectopique.

En revanche, bien que l'administration après l'ovulation, d'œstrogènes empêche l'implantation de l'œuf chez certaines espèces animales, des effets similaires chez la femme ont été difficilement obtenus. Des changements mineurs des caractéristiques histologiques et biochimiques de l'endomètre ont lieu quand de fortes doses d'oestrogènes sont administrées après l'ovulation, mais ces effets ne semblent pas être suffisants pour empêcher l'implantation.

Avantages

L'utilisation des oestrogènes à fortes doses est la méthode hormonale la plus efficace à titre de

contraceptif d'urgence.

L'efficacité dépend de la dose administrée, de la nature de l'œstrogène et du temps écoulé entre le rapport supposé fécondant et le début du traitement et surtout de l'éventualité d'un nouveau coït non protégé en dehors du temps d'efficacité théorique du produit.

Le taux d'échec de l'EE est de 0,6 à 1,6%(l'EE est le plus efficace)[17].

Contre-indications

Les contre-indications sont celles des oestrogènes.

Inconvénients

La tolérance digestive de cette méthode est médiocre. Les femmes, ainsi traitées, se plaignent pour 50% d'entre elles de nausées, 20% d'entre elles de vomissements, mais également de mastodynies et de ménométrorragies. De plus, le suivi de la méthode est contraignant car il nécessite 5 jours de traitement. Elle nécessite aussi une prise de fortes doses d'œstrogènes.

Le risque de grossesse extra-utérine augmentent. Il existe aussi un risque tératogène et d'adénose génitale chez les enfants nés après échec de la contraception d'urgence avec de fortes doses de DES. Par conséquent suite à l'échec de cette méthode, il était conseillé d'avoir recours à une IVG [21].

Cette méthode n'est aujourd'hui plus utilisée à cause des fortes doses d'œstrogènes utilisées pendant une longue période (problème de compliance) avec des effets indésirables fréquents .

#### **4.1.1.2 Le danazol : Danatrol®**

Mode d'action et indication

C'est un androgène (dérivé synthétique de l'isoxazole de l'éthistérone). Cette substance antigonadotrope est dénuée de propriétés œstrogéniques et progestatives. Il inhibe la synthèse et la libération des gonadotrophines hypophysaires (FSH et LH) ce qui entraîne un freinage de l'activité ovarienne avec suppression de l'ovulation et atrophie de l'endomètre. (Effet lutéolytique)[24].

Des changements mineurs des caractéristiques histologiques et biochimiques de l'endomètre ont lieu quand du danazol est administré après l'ovulation, mais ces effets ne semblent pas être suffisants pour empêcher l'implantation. Dans une récente étude morphologique, l'administration après l'ovulation de danazol n'avait pas d'effets sur l'endomètre [23].

Il est actuellement utilisé en France dans les indications d'endométriose accompagnée ou non de stérilité et d'œdème angioneurotique héréditaire[26].

Efficacité

Il est testé comme contraceptif d'urgence depuis de nombreuses années car il n'aurait pas les effets indésirables des oestrogènes.

Une étude randomisée, compare l'association oestroprogestative à deux doses de 600 mg de danazol (prises à 12 heures d'intervalle et dans les 72 heures suivant un rapport à risque). Il semble moins efficace que la méthode de Yuzpe (Taux d'échec de 4.7% contre 2,62%) mais cependant il entraîne moins d'effets indésirables(30% contre 70% de nausées et 3% contre 25% de vomissements) [25].

Posologie [17]

600 mg en une seule prise, à répéter 12 H plus tard.

Contre-indications[26,24]

Ces contre-indications sont celles du traitement de l'endométriose ou de l' œdème angioneurotique :

- insuffisance hépatique, hépatite chronique ou récente,
- antécédents de thrombose artérielle ou veineuse,
- porphyrie,
- femmes enceintes ou qui allaitent.

Effets secondaires [26,24]

Les principaux effets secondaires sont :

-les effets androgéniques : acnée, séborrhée, hypertrichose, alopecie, raucité de la voix, augmentation de poids, hypertrophie clitoridienne,

Mais aussi :

-les effets endocriniens : spotting, aménorrhée, bouffée de chaleur, diminution du volume mammaire, - rash, prurit, éruption maculopapuleuse, érythème polymorphe, crampe, hépatite cytolytique, hépatite mixte, hépatite cholestatique, trouble de l'humeur, céphalée, nausée, trouble de la vision, augmentation de la glycémie, augmentation de la lipidémie, trouble vasculaire.

Conclusion

Cette méthode est simple, courte, assez efficace. Elle ne contient pas d'oestrogènes. Elle n'a pas été retenue par l'OMS car elle ne présente pas d'avantages apparents par rapport à l'utilisation des oestrogestatifs dans cette indication.

## 4.1.2 Les méthodes actuellement utilisées

### 1.1.1.1.1.1 Les associations oestroprogestatives (La méthode de Yuzpe [27])

La méthode hormonale oestroprogestative est plus connue sous le nom de méthode de Yuzpe, nom d'un médecin canadien qui l'a préconisée dans les années 1970. Elle consiste en l'association de 0.1 mg d'EE et de 1 mg de norgestrel(NG) (ou de 0.50 mg de LVN) pris en deux fois à 12 heures d'intervalle et dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non ou mal protégé. Il existe soit le Stediril® en prenant 2 comprimés (constitués chacun de 0,5mg de NG et 0.05 mg d'EE) 2 fois à 12 heures d'intervalle soit l'Adépal® (comprimés blancs ou orangés de 0,03 mg ou 0,04 mg d'EE+ 0,15 ou 0,20 mg de LVN selon les comprimés), le Minidril® (comprimés blancs constitués chacun de 0,15mg de LVN et 0.03 mg d'EE) ou le Trinordiol® (comprimés jaunes ou blancs constitués chacun de 0,125mg ou 0,075mg de LVN et 0.03ou 0,04 mg d'EE) en prenant 4 comprimés 2 fois à 12 heures d'intervalle.

Les autres comprimés qui ne contiennent ni LVN ni norgestrel n'ont jamais été évalués dans cette indication [27,21].

Le Tétragynon® [28] [29]

En France, depuis peu (mars 1998) une AMM a été obtenue dans l'indication de CUH. Elle est commercialisée sous le nom de Tétragynon®. Il est délivré à l'officine sur présentation d'une ordonnance. Cette spécialité est sur la liste 1 des substances vénéneuses et est remboursée à 65% par la Sécurité Sociale au prix public de 3,96 euros. Il présente une Amélioration du Service Médical Rendu importante (ASMR de niveau II). Pour la première fois, le conditionnement, les mentions légales et la notice patient sont adaptés à cette indication de CUH.

La boîte de Tétragynon® contient 4 comprimés enrobés, de couleur marron, dosés chacun à 0.050 mg d'EE et 0.250 mg de LVN, sous plaquette thermoformée (2 comprimés à prendre de suite, suivi de 2 autres comprimés 12 heures après).

Prescription de la méthode

C'est une méthode d'urgence. Les femmes doivent pouvoir se la procurer rapidement.

Elle doit être prise le plus rapidement possible : dans les 72 heures suivant le rapport non ou mal protégé. Il est également important que le délai de 12 heures entre les deux prises de pilules soit strictement respecté. En effet, cela permet de maintenir un taux hormonal stable durant 24 heures.

Dans la pratique, il est important d'aménager pour les patientes des horaires de prise de pilules de manière confortable, afin d'obtenir une meilleure observance.

Elle ne nécessite pas d'examen gynécologique, sauf cas exceptionnel (viol par exemple).

Un interrogatoire bien conduit, portant sur les antécédents personnels et familiaux et sur la date des dernières règles, est suffisant.

#### Efficacité de la méthode

L'efficacité de la méthode de Yuzpe a été évaluée par de nombreux auteurs. Trussel et ses collaborateurs réalisent une synthèse des résultats obtenus sur sept études effectuées entre 1982 (travaux de Yuzpe), 1992 (travaux de Glasier et de Weeb) et 1993 (HO et al) sur la méthode de Yuzpe [30]. Les données existantes sont réévaluées grâce aux travaux de Dixon (Les tables de Dixon permettent de calculer d'après la date du rapport dans le cycle, et l'âge de la patiente, la probabilité d'une grossesse.) et permettent de les valider en ce sens.

L'efficacité de la méthode sera alors calculée en évaluant le rapport entre le nombre de grossesses attendues et le nombre de grossesses évolutives.

Le taux d'efficacité en combinant les 7 études est de 72,5%. Il doit être en réalité plus élevé. Comme le dit l'auteur les femmes déjà enceintes avant la prise du traitement ont été comptabilisées, de même certaines sont devenues enceintes suite à un rapport sexuel survenu après le traitement.

Une autre étude plus récente conduite par OMS trouve un taux plus bas à 57% [31]. Trussel a donc reconduit une confrontation des résultats avec la même méthode qui augmente le taux à 75% [32].

En ce qui concerne l'efficacité en fonction du délai de prise, Trussel a comparé en 1996, 9 travaux de la littérature.

Les taux moyens d'échec au travers de toutes ces études sont :

- pour le premier jour de 1,58% (intervalle de confiance de 95%),
- pour le deuxième jour de 2,23%,
- pour le troisième jour de 2,01%.

Ces données ne sont pas statistiquement significatives selon les auteurs [33].

Les travaux de l'OMS vont à l'encontre de cette idée et montre une relation linéaire entre le délai de début de l'utilisation de la méthode et l'échec de celle-ci. Il faut donc continuer à insister sur une prise la plus précoce possible [31].

cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.10: Comparaison de l'efficacité de la méthode de Yuzpe avec le LVN. Efficacité de ces méthodes en fonction du délai de prise.

#### Contre-indications

Les contre-indications du Tétragynon® [26]:

- en cas d'antécédents personnels documentés thromboemboliques veineux ou artériels (en particulier phlébite, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...)
- en cas d'anomalies congénitales de la coagulation et autres causes de thrombophilie connue.

Les contre-indications habituelles des contraceptifs oraux utilisés au long cours doivent faire évaluer le rapport bénéfice-risque de ce traitement :

- affections cardiovasculaires : HTA, coronaropathies, valvulopathies, troubles du rythme thrombogène,
- pathologie oculaire d'origine vasculaire,
- diabète compliqué,
- tumeurs malignes du sein et de l'utérus,
- affection hépatique sévère ou récente,
- cholestase récurrente ou prurit récidivant lors d'une grossesse antérieure,
- herpès gestationis,
- hémorragie génitale non diagnostiquée,
- connectivite,
- porphyrie,
- tabagisme,
- otosclérose,
- tumeur hypophysaire,

- insuffisance rénale.

En cas d'allaitement, l'utilisation de cette méthode est déconseillée en raison du passage des oestroprogestatifs dans le lait .

Effets indésirables ( cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.8)

Il n'existe pas d'effets tératogènes. La méta-analyse publiée en 1990 par Bracken montre l'absence d'association entre malformation cardiaque ou malformation des membres et exposition précoce à une dose d'estrogènes. L'hormonothérapie est prise bien avant l'embryogénèse et de ce fait est considérée comme sans effet sur le futur embryon [34]. La méthode de Yuzpe, en cas d'échec, n'est donc pas une indication à un avortement thérapeutique.

Les autres effets indésirables sont vues ultérieurement dans la 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.8. (Comparaison entre la méthode de Yuzpe et le LVN).

Prise répétée [26]

L'utilisation répétée de la contraception d'urgence au cours d'un même cycle est à éviter. En effet, la prise cumulative au cours d'une forte dose d'hormones peut entraîner des troubles du cycle et augmenter les effets indésirables. Il est surtout important d'informer la patiente de la moindre efficacité de la méthode par rapport à une contraception classique. Ensuite le but est de comprendre pourquoi cette méthode est préférée.

Interactions médicamenteuses [26]

Les associations suivantes sont déconseillées en raison d'une diminution de l'efficacité contraceptive:

-ritonavir (Norvir®), modafinil (Modiodal®),

-inducteurs enzymatiques :anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine), rifabutine, rifampicine, griséofulvine ;

-modafinil

-L'association avec la ciclosporine (Néoral®) doit être prise en compte en raison d'une augmentation possible des taux circulants de ciclosporine, de la créatininémie et des transaminases.

Mécanisme d'action [23,21]

L'ensemble des études montrent que l'association oestroprogestative empêche parfois ou retarde l'ovulation. Bien qu'elle réduise l'amplitude du pic de LH du milieu du cycle (donnée avant ou après l'ovulation), et qu'elle diminue les concentrations sériques de progestérone durant la phase lutéale, on ne sait pas si ces changements sont incompatibles avec une grossesse.

Des changements mineurs des caractéristiques histologiques et biochimiques de l'endomètre ont lieu quand des combinaisons oestroprogestatives sont administrées après l'ovulation, mais ces effets ne semblent pas être suffisants pour empêcher l'implantation.

La méthode de Yuzpe bien que longtemps utilisée comme seul moyen de CUH est détrônée par le LVN. Celui-ci va être utilisé de préférence en raison de sa meilleure efficacité et sa meilleure tolérance (cf.1<sup>ère</sup> partie chapitre 5)

#### **4.1.2.2 Progestatifs seuls [27]**

Le LVN thème central de cette thèse, sera développé dans la 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.

### **4.1.3 Les perspectives d'avenir**

#### **4.1.3.1 La Mifépristone (RU 486) : Mifégyne®**

Le RU 486 est un stéroïde de synthèse. In vitro et in vivo, il exerce de puissantes activités antiprogestérone et antigluco-corticoïde, ainsi qu'une activité antiandrogène non négligeable[17].

La mifépristone dans cette indication n'a reçu aucune AMM. Elle est utilisée associée à la prostaglandine pour l'avortement jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, est uniquement à délivrance hospitalière avec dispositions particulières[27].

Elle a donné lieu à d'importantes recherches dans la contraception d'urgence. En effet, le RU 486, administré en phase lutéale, a des effets endométriaux (manifestations de type dégénératif, particulièrement au niveau du stroma et des cellules endothéliales), des effets lutéolytiques en détruisant le corps jaune (partiels en phase lutéale précoce, définitifs en phase lutéale tardive). Cet antiprogesterone semble donc tout à fait indiqué comme contraceptif post-coïtal, après un ou plusieurs rapports non protégés[17].

#### Mécanisme d'action[21,23]

Le RU 486 agirait en modifiant l'ovulation s'il est administré avant celle-ci, ou en rendant la muqueuse utérine impropre à la nidation s'il est administré après.

Sachant que l'implantation d'un œuf fécondé se produit dans les sept jours qui suivent l'ovulation, la prise de ce CUH jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé ne peut donc pas intervenir après la nidation et par conséquent ce traitement ne peut être considéré comme abortif.

Pendant la phase folliculaire il empêche l'ovulation.

Il induit une régression du corps jaune dans 50% des cas lorsqu'il est pris en milieu ou en fin de phase lutéale.

Lorsqu'il est administré immédiatement après l'ovulation, il retarde la maturation endométriale sans affecter la production hormonale ou les règles.

#### Efficacité et effets secondaires [21]

Une étude randomisée prospective a comparé 191 femmes ayant reçu le protocole de Yuzpe dans les 72 H suivant un rapport non protégé à 195 femmes ayant reçu 600 mg de mifépristone en une seule prise. 5 grossesses sur les 11 ont été observées avec le protocole de Yuzpe et aucune grossesse avec la mifépristone en une seule prise (Soit un taux de 0% contre 2,62%). Les effets secondaires étaient plus fréquents dans le protocole de Yuzpe avec 70% de nausées contre 37% et 25% de vomissements contre 3%. Cependant les retards de règles sont beaucoup plus fréquents[25].

Le deuxième essai a comparé le protocole de Yuzpe à la mifépristone 600 mg dans les 72H suivant un rapport sexuel non protégé. 800 femmes ont été incluse dans l'essai :4 grossesses ont été observées , toute dans le groupe protocole de Yuzpe.

De plus, la mifépristone est mieux tolérée que la méthode de Yuzpe notamment au plan digestif(40% contre 60% de nausées, 3% contre 17% de vomissements). En revanche, les règles suivant la prise furent plus souvent retardées chez 42% contre 13% d'entre elles. Ce retard peut aller jusqu'à 6 semaines. Ces retards sont très inquiétants pour les patientes qui ne sont vraiment rassurées que par la survenue de leurs règles[35].

Un essai plus récent [36], mené en 1999 étudie 1717 femmes qui ont été traitées par différentes doses de mifépristone: 10 mg, 50 mg, 600 mg, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. Quelque soit la dose utilisée, globalement l'efficacité a été de 85%. La dose n'influence pas l'efficacité. Par contre une dose de 10 mg a moins d'influence sur les effets secondaires : moins de retard dans le délai d'intervention des règles (18% contre 36% avec 600 mg). Il n'y a pas de différences dans les autres effets secondaires sauf pour l'asthénie qui est aussi moins fréquente (19,6% contre 24,2% avec 600 mg de mifépristone.) De plus le délai de prise jusqu'à 120 h n'influence pas l'efficacité.

Un essai encore plus récent [37] conduit sous l'égide de l'OMS en 2002 (Cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.10 comparant 10 mg mifépristone au LVN) a montré une efficacité semblable avec le LVN et un retard de règles plus fréquent pour la mifépristone. Cependant le retard de règles est inférieur dans cette étude de 9% (contre 15% dans l'essai antérieur). Ceci peut s'expliquer par le fait que les saignements survenant dans les 5 jours après la CUH étaient attribué au traitement et non pas aux règles et ainsi le retard de règle étaient surestimé. Il reste cependant plus fréquent après une prise de mifépristone que pour le LVN 5%).

### Contre-indications

Les contre-indications sont retenues pour la seule spécialité actuellement disponible en France, Mifégyne®, employée pour l'IVG. On ne peut donc pas préjuger de leur portée en contraception d'urgence.

### Conclusion

Le développement de cette méthode en CUH est en cours d'investigation. Elle est déjà utilisée en Chine en guise de CUH[16].

## **4.2 La méthode mécanique toujours d'actualité:le dispositif intra-utérin :le stérilet [27,21]**

Un DIU à forte teneur en cuivre( Gynelle 375®, Sertalia® ont une indication officielle en CUH ) peut être utilisé dans un délai de cinq jours après un rapport sexuel non protégé comme contraceptif d'urgence. Concernant pour les autres DIU au cuivre, les fiches d'information du dictionnaire Vidal n'évoquent pas la contraception postcoïtale mais rien ne s'oppose vraiment à leur utilisation dans cette indication. Cette méthode s'avère particulièrement appropriée lorsque la malade envisage d'y avoir recours en guise de contraceptif à long terme . Toutefois, lorsque le moment de l'ovulation peut être évalué, le DIU peut être posé au-delà des cinq jours suivant le rapport, si besoin est, à condition que la pose n'intervienne pas plus de cinq jours après l'ovulation.

### **4.2.1 Mécanisme d'action [23,21]**

Des incertitudes persistent quant au mécanisme d'action contraceptive du DIU dans le cas d'une contraception d'urgence .

Il aurait un effet sur la fécondation par ses effets toxiques directe sur le sperme mais aussi un effet délétère sur le zygote. Le cuivre, placé dans l'utérus interfère avec des processus enzymatiques ou d'autres mécanismes qui régulent l'implantation blastocystique. Les règles surviennent à la date habituelle mais, parfois en avance et parfois plus longues et plus abondantes, comme c'est habituel avec ce genre de contraception. L'insertion du DIU après l'ovulation est responsable de changements histologiques au niveau de l'endomètre, qui empêcherait l'implantation de l'œuf.

### **4.2.2 Efficacité et avantages**

C'est une méthode très efficace, puisqu'il est fait état à son sujet d'une efficacité largement supérieure à 99%. Le taux d'échec est évalué autour de 0,1% par tous les auteurs. Malgré cela, la pose d'un stérilet comme contraception d'urgence est une méthode peu employée .

Cette méthode peut être utilisée au-delà des 72 heures de la contraception hormonale d'urgence habituelle (Cependant bien que n'ayant pas l'AMM, Le LVN peut être utilisé jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2) . Théoriquement, il peut être posé jusqu'à cinq jours après le rapport supposé fécondant. En pratique, il peut être posé jusqu'à cinq jours après la date supposée la plus précoce de l'ovulation, quelle que soit la date du rapport non protégé. Le stérilet peut être posé jusqu'au moment théorique de l'implantation de l'œuf dans l'utérus, c'est-à-dire jusqu'à 7 jours avant la date prévue des règles. Il peut être laissé ou retiré après les règles selon le désir de la patiente. Il assure en outre une protection s'il y a eu plusieurs rapports non protégés au cours du cycle. Il peut être très utile pour des femmes qui désirent adopter ultérieurement ce moyen de contraception.

Cette méthode peut être également utilisée en cas de contre-indications à une contraception aux oestrogènes.

### **4.2.3 Inconvénients [27,17]**

Cette méthode présente néanmoins quelques inconvénients. La pose post ovulatoire du stérilet chez les jeunes filles nullipares, qui sont les candidates les plus nombreuses à la contraception d'urgence, est difficile et douloureuse.

De plus, le stérilet peut favoriser une éventuelle infection pelvienne chez la femme déjà infectée et éventuellement une stérilité tubaire. Comme nous pouvons le voir dans mon étude, une partie des patientes qui ont recours à la contraception d'urgence sont jeunes (46% ont moins de 25 ans) donc sont à haut risque de MST et notamment de chlamydie. Aussi, en cas de doute, un prélèvement vaginal s'impose au moment de la mise en place du DIU, ainsi que la mise de la patiente sous antibiothérapie (azithromycine 1g) en attendant son résultat.

Enfin, il faut qu'un médecin soit disponible et expérimenté pour sa pose.

### **4.2.4 Contre-indications[26,21]**

Les contre-indications sont nombreuses; un examen clinique préalable est indispensable.

#### **4.2.4.1 Liste des contre-indications absolues**

- une grossesse établie ou suspectée,
- antécédent de grossesse extra-utérine ,
- une infection puerpérale ou des complications infectieuses consécutives à un avortement (actuelle ou pouvant remonter à trois mois),
- une infection génitale haute (actuelle ou pouvant remonter à trois mois ou antécédents d'inflammation récidivante),
- une cervicite ou vaginite aiguë non traitée,
- une malignité confirmée ou soupçonnée des voies génitales,
- une anomalie congénitale ou un fibrome de l'utérus déformant la cavité et rendant impossible la pose d'un DIU,
- une tuberculose génito-urinaire avérée,
- des saignements génitaux inexplicables (suspicion de pathologie grave),
- allergie connue ou suspectée au cuivre,
- maladie de Wilson ,
- troubles de la coagulation sanguine,
- valvulopathie à risque d'endocardite [17],
- thérapie au long cours par des corticostéroïdes ou des immunosuppresseurs[17] ,
- les ménorragies avec anémie non corrigée.

#### **4.2.4.2 Liste des contre-indications relatives [17] :**

- antécédent de GEU ,
- le post-partum immédiat ,
- le diabète non équilibré ,
- nulliparité ,
- traitement anti-inflammatoires au long court de même que la prise de tétracycline,
- post-partum ,
- sténose cervicale ,
- les femmes à partenaire sexuels multiples ,
- antécédent de salpingite ,
- dysménorrhée ,
- cicatrices utérines provenant d'une intervention chirurgicale antérieure autre qu'une césarienne ou d'une perforation antérieure de l'utérus.

La nulliparité constitue une contre indication absolue pour certains et relative pour d'autres, pour

d'autres elle n'est même pas mentionnée. Cependant il faut noter qu'il existe un DIU : « Sertalia® » qui a l'AMM pour la nullipare.

Les contre-indications indiquées sur le Vidal varient en fonction du nom du DIU utilisé.

#### **4.2.5 Incidents et accidents [38]**

- Perforation lors de la pose,
- infection,
- ménorragies, dysménorrhée,
- expulsion,
- migration en dehors de l'utérus .

#### **4.2.6 Sélection des patientes**

La pose d'un DIU est un acte médical qui nécessite un interrogatoire bien précis. Il faut donc :

- écarter l'éventualité d'une grossesse chez la patiente en déterminant la date des dernières règles et demander si elles étaient normales;
- déterminer la date et l'heure du premier et du dernier rapport sexuel non protégé (en cas de doute, effectuer un test de grossesse)
- enregistrer les antécédents médicaux et gynécologiques (noter les maladies actuelles, y compris les MST passées et les facteurs de risque de MST tels que plusieurs partenaires sexuels.
- effectuer un examen physique, y compris une visualisation au spéculum du col de l'utérus et un examen pelvien bimanuel.
- effectuer tout autre examen requis par les antécédents médicaux.

#### **4.2.7 Prix**

Le prix de Sertalia est de 50,34 euros, celui de Gynelle 375 est de 27,44 euros. Tous les deux sont remboursés à 65% par la sécurité sociale sur la base de 27,44 euros.

#### **4.2.8 Conclusion**

C'est une méthode contraceptive d'urgence très intéressante par son efficacité et son délai relativement long pour son utilisation (cependant le LVN bien que n'ayant pas l'AMM pour un délai de 5 jours est utilisé comme telle), mais elle nécessite un dispositif médical important et contraignant pour sa pose. Il faut également considérer les effets indésirables et les complications possibles. Pour toutes ces raisons les indications en contraception d'urgence sont limitées et il est peu utilisé en France.

Les femmes multipares, ayant des relations stables et désirant utiliser ce DIU pour une contraception de longue durée seront les principales intéressées.

### **4.3 Conclusion[17]**

Les méthodes actuellement disponibles pour la CUH sont le schéma de Yuzpe, le LVN, et le DIU.

Sachant que la progestérone joue un rôle important dans la mise en route d'une grossesse, on teste actuellement une antiprogestérone, la mifépristone (Mifégyne®) pour la CUH. Une dose unique de 10 mg prise dans les 5 jours suivant le rapport non protégé est efficace à 85% . D'autres substances, comme la gestrinone, qui sert au traitement de l'endométriose, sont évaluées dans l'intention d'accroître l'efficacité de cette approche. D'autres antiprogestérone sont à l'étude dans cette indication.

## **5 DESCRIPTIF DU LEVONORGESTREL**

### **5.1 Introduction**

Pendant de nombreuses années, aucune spécialité n'a obtenu, en France, une indication officielle dans la CUH. Le LVN constituait une bonne alternative, en cas de contre-indications aux oestrogènes. Il est commercialisé sous le nom de Microval® à la dose de 0.03 mg par comprimé. Pour utiliser le LVN comme CUH, afin d'obtenir la dose de 0.75 mg, il faut prendre 25 comprimés de Microval® (peu commode) et ce, à répéter 12 heures plus tard et dans les 72 heures suivant le rapport à risque. Le Microval® n'a pas d'AMM pour cette indication. Cette méthode efficace, bien tolérée sur le plan digestif, entraînant de manière peu fréquente des retards de règles, paraissait être une méthode d'avenir[27].

De nombreuses études menées dans les années 90 ont comparé l'efficacité de cette méthode à celle des autres méthodes de CUH. Ce n'est qu'en mars 1999, qu'une AMM est obtenue pour le Norlevo® dosé à 0.75 mg en contraception d'urgence et enregistré dans la majorité des pays Européens fin mars 2000 par une procédure de reconnaissance mutuelle. Développé par le Laboratoire HRA-Pharma dès 1996 et commercialisé en France par les laboratoires BESINS-ISCOVESCO fin mai 1999, le Norlevo® est un nouveau produit dans le domaine de la CUH. Il représente un progrès capital en terme d'efficacité et de tolérance[15].

C'est une nouvelle spécialité progestative pure qui se présente sous forme d'une plaquette thermoformée de 2 comprimés, contenant chacun 750 microgrammes de LVN, sans oestrogène associé, devant être pris à 12 heures d'intervalle dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou mal protégé à n'importe quel moment du cycle.

Son autorisation de mise sur le marché a été obtenue, en France, en avril 1999. Il a été soumis à une mesure de délistage autorisant sa délivrance sans prescription médicale en juin 1999 [7].

On peut également noter que le LVN seul (2 prises de 0,75 mg) a été inscrit sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS en janvier 2000.

Il est ainsi la première CUH sans oestrogène en vente libre en pharmacie. Il est remboursé à 65% par la sécurité sociale sur présentation d'une prescription médicale depuis Août 2001.

Son dossier d'évaluation clinique repose principalement sur un essai multicentrique, randomisé, en double aveugle, qui a comparé le LVN non associé à une association estroprogestative (méthode de Yuzpe) chez 1998 femmes ayant des cycles menstruels réguliers. Les femmes ont été réparties en deux groupes comparables et ont reçu soit le LVN (750 mcg), soit l'association estroprogestative EE (100 mcg) + LVN (500 mcg) ; l'un ou l'autre étant à prendre au plus tard dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé unique, suivi d'une nouvelle prise 12 heures au plus tard. Les résultats d'analyse sont indiqués dans la 1<sup>ère</sup> partie chapitre 5.10[31].

Le NorLevo® a presque totalement supplanté le second progestatif d'urgence actuellement disponible, le Tetragynon®, alors même qu'il coûte environ deux fois plus cher(3,96 euros contre 7,93 euros).

### **5.2 Propriétés toxicologiques [15]**

Il n'a pas été rapporté d'effet grave après absorption de fortes doses de contraceptifs oraux[24]. Le surdosage peut entraîner des nausées et des hémorragies de privation. Il n'y a pas d'antidote spécifique et le traitement est symptomatique.

#### **5.2.1 Toxicité aiguë**

Les doses létales 50 du LVN, administré chez le rat par voie intra péritonéale, sous-cutanée et orale sont respectivement de 1470 mg/kg et >5 g/kg.

Chez la souris, les doses létales 50 sont de 2990 mg/kg par voie intra péritonéale et >5 g/kg par voies sous-cutanée et orale.

Ces études démontrent clairement que le LVN ne présente pas de signe de toxicité aiguë.

### **5.2.2 Toxicité à doses répétées**

Les études de toxicité à long terme ont été réalisées chez le rat et le singe par voie orale pendant 12 mois avec des doses largement supérieures aux doses utilisées en thérapeutique.

La première étude, destinée à déterminer le potentiel toxique du LVN administré par voie orale chez la ratte pendant douze mois aux doses de 0,0005-0,01-0,5-25 mg/kg/j avec un groupe placebo.

La deuxième a également été conduite afin de déterminer les manifestations toxiques du LVN administré par voie orale chez la guenon pendant douze mois aux doses de 0,00025-0,025-0,25-2,5 mg/kg/j avec un groupe placebo.

Aucun signe de toxicité n'a été observé dans ces deux études durant la période de traitement.

## **5.3 Fonction de reproduction, mutagénicité et carcinogénicité [15]**

L'administration du LVN n'a pas d'incidence sur le taux de fertilité de la souris et n'a entraîné aucun effet embryotoxique ou tératogène. Concernant le risque malformatif éventuel en cas d'échec d'un traitement contraceptif d'urgence par LVN (750 mcg) non associé, le RCP de Norlevo® précise: " les résultats de nombreuses études épidémiologiques avec les progestatifs permettent d'écarter, à ce jour, un risque malformatif. Dans le cas d'une prise de LVN supérieur à 1,5 mg, on ne connaît pas les conséquences chez l'enfant [41]. L'utilisation clinique à long terme du LVN démontre que ce progestatif ne possède ni activité mutagène, ni potentiel carcinogène, comme l'ont montrés de nombreux tests.

## **5.4 Indications [26]**

Comme nous l'avons vu, c'est une méthode contraceptive d'urgence que l'on doit utiliser dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé (selon l' AMM mais cependant elle peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2) ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, et notamment dans les cas suivants:

- rupture, ou oubli d'un préservatif,
- oubli du contraceptif oral au-delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise ou la non reprise d'une plaquette le jour prévu après 7 jours d'interruption. A noter durant la première semaine du cycle qu'il existe un risque de grossesse non seulement en cas de rapport sexuel non protégé après l'oubli d'un comprimé oestroprogestatif mais également en cas de rapport un peu avant l'oubli (dans les 5 jours qui précèdent)[39,40] ,
- déplacement ou expulsion d'un dispositif intra-utérin,
- déplacement ou ablation trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape contraceptive,
- échec de la méthode du coït interrompu,
- rapport sexuel pendant la période supposée fertile lors de la méthode de l'abstinence périodique (méthodes des températures),
- viol.

## **5.5 Posologie et mode d'administration [41,15]**

Le mode d'emploi doit être respecté scrupuleusement pour une efficacité optimale.

Le traitement consiste en la prise orale de deux comprimés en une seule prise. Les deux comprimés doivent être pris le plus tôt possible, si possible dans les 12 heures qui suivent le rapport à risque et dans les 72 heures (selon l' AMM mais cependant elle peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2) après le rapport.

Il peut être pris à n'importe quelle période du cycle.

Après utilisation de la CUH, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif) jusqu'au retour des règles suivantes car cette CUH ne protège pas du risque de grossesse jusque-là.

## 5.6 Contre-indications [26]

Il n'existe pas de contre-indication formelle à son utilisation.

Toutefois, il se peut qu'une éventuelle hypersensibilité au LVN ou à l'un de ses excipients le contre-indique, comme par exemple une intolérance au lactose.

Les personnes souffrant des pathologies suivantes ne pourront l'utiliser car ils peuvent diminuer l'efficacité du médicament:

- syndrome de malabsorption sévères lié à la maladie de Crohn,
- déficit en lactose,
- antécédents de salpingites ou des grossesse extra-utérine(On ignore si cette méthode de contraception peut interrompre une grossesse ectopique, et on ne peut pas exclure qu'une grossesse ectopique puisse continuer à se développer même si des saignements sont apparus.),
- déconseillé en cas d'atteinte hépatique sévère.

En l'absence de mention dans le RCP du LVN, la prise répétée du médicament au cours d'un même cycle n'est pas contre-indiquée.

## 5.7 Mises en garde et précautions d'emploi [41]

La contraception d'urgence est une méthode occasionnelle. Elle ne doit en aucun cas se substituer à une contraception régulière. Cette méthode ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas, surtout si la date du rapport non protégé est incertaine.

S'il survenait un retard des règles de plus de 5 jours ou l'apparition de saignements anormaux à la date présumée des règles, ou des symptômes de grossesse, il est impératif de vérifier l'absence de grossesse par un test ou consulter un médecin.

En cas de vomissements dans les deux à trois heures suivant la prise des deux comprimés, il est recommandé de prendre immédiatement deux autres comprimés.

Il n'est pas recommandé d'utiliser Norlevo® plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel, en raison d'un taux élevé d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel.

On conseillera à la femme ayant recours à l'utilisation répétée de cette méthode, de choisir une méthode contraceptive au long cours, bien mieux adaptée.

En cas de diarrhée grave et persistante > 24H, il se peut que l'efficacité du LVN soit diminuée, suite à une mauvaise absorption de la CUH[17].

L'utilisation de la contraception d'urgence ne protège pas contre le SIDA ou les Infections Sexuellement Transmissibles, et ne dispense donc pas des précautions d'usage.

En cas d'allaitement, le LVN est sécrété dans le lait. Il est donc recommandé d'allaiter immédiatement avant de prendre les comprimés et d'éviter d'allaiter pendant au moins 6 heures après la prise.

## 5.8 Effets indésirables

Dans l'essai analysé [31], les événements indésirables, statistiquement moins fréquents dans le groupe lévonorgestrel (750 mcg) non associé que dans le groupe ayant reçu l'association éthinylestradiol (100 mcg) + lévonorgestrel (500 mcg), sont :

- Les nausées (23,1% versus 50,5%),
- Les vomissements (5,6% versus 18,8%),
- Les vertiges (11,2% versus 16,7%),
- L'asthénie (16,9% versus 28,5%),

- Les céphalées (16,8% versus 20,2%),
- Les tensions mammaires ( 10,8% versus 12,1%),
- Les douleurs abdominales basses (17,6 % versus 20,9%).

Comme on peut le remarquer des douleurs abdominales basses, des céphalées, une sensation de tension mammaire ont été observés chez environ 10% à 20% des femmes, sans différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

Les nausées, les vomissements, et l'asthénie disparaissent en générale dans les 48h après la prise du second comprimés. Les migraines, les vertiges disparaissent aussi rapidement.

En revanche, des tensions mammaires, des spotting et des saignements irréguliers ont été rapportés dans 3 à 17% des cas et peuvent persister jusqu'aux prochaines menstruations.

L'incidence de perturbation des règles n'a pas été statistiquement différente entre les groupes:

- 57% des femmes ont eu des règles dans les 3 jours suivant le jour prévu,
- 15% des femmes ont eu un retard entre 3 et 7 jours,
- 13% des femmes ont eu un retard supérieur à 7 jours,
- 15%des femmes les ont eu prématurément.

La durée des règles a été habituelle pour les femmes des deux groupes: 4,7 jours en moyenne.

L'essai conduit sous l'égide de l'OMS réalisé par Herten et coll en 2002 compare l'efficacité de la prise de 10 mg de mifépristone à 1,5 mg de LVN pris en une dose ou en 2 doses séparées de 12 heures[37]. Il a trouvé des effets secondaires moins fréquents pour le LVN à 1,5mg pris en 2 doses séparées de 12 heures par rapport à l'essai précédent. Pour le LVN à 1,5mg pris en 2 doses séparées de 12 heures les nausées sont de 15%( contre 23%), les vomissements de 1,4%(contre 5%). Il existe de grandes variations de taux d'effets secondaires entre les centres. Par conséquent les variations constatées entre les études peuvent s'expliquer par les différents centres participant à l'étude. Les effets indésirables ont été modérés, et du même ordre dans les 3 groupes : principalement des métrorragies dans les 7 jours (31 % des cas avec le LVN), et des nausées (environ 15 %). Le retard de règles est plus fréquent après une prise de mifépristone (9% contre 5%).

## 5.9 Interactions médicamenteuses [41]

La prise simultanée de médicaments inducteurs enzymatiques est à prendre en considération. Le métabolisme du Norlevo® est accéléré par la prise concomitante médicaments suivants:

- certains anticonvulsivants (phénobarbital: Gardéнал®, phénytoïne: Dihydan®, primidone : Mysoline®, carbamazépine : Tégréтол®),
- certains antibiotiques (rifabutine: Ansatipine®, rifampicine: Rifadine®, Rifater®, Rifinah®),
- certains antifongiques (griséofulvine :Griséfuline®),
- certains antiviraux : ritonavir.

L'efficacité du Norlevo® peut être diminuée en cas de prise simultanée de ces médicaments.

Certains auteurs préconisent de doubler les doses de LVN à administrer chez les femmes traitées par ce type de molécules mais rien n'est réellement établi. Il faudra dans cette éventualité redouter la survenue de vomissements et leur conséquence propre sur l'efficacité de la CUH [17].

## 5.10 Efficacité

De nombreuses études sont menées dès le début des années 1990 afin de démontrer l'efficacité supérieure du LVN sur la méthode de Yuzpe. En effet, du fait qu'il soit mieux toléré et qu'il n'est pas les contre-indications lié à l'œstrogène un taux d'efficacité supérieur à la méthode de Yuzpe lui permettrait de le supplanter.

Ho et Kwan en 1993, montrent un taux d'échec identique 2,9% pour le LVN contre 3,5% pour la méthode de Yuzpe avec un taux de succès théorique de 60% pour le LVN contre 59% avec cependant

moins d'effets secondaires. En utilisant les données de Dixon, le nombre de grossesses observé est plus bas que celui attendu qui est significatif statistiquement [6,42].

Ensuite l'étude réalisée en 1998 par l'OMS montre un pourcentage de grossesses plus faible sous LVN non associé 1,1 % (contre 3,2 % parmi les femmes du groupe association oestroprogestative). Toutes les grossesses recensées dans cet essai ont été intra-utérines. Le taux de grossesse prévenu (comparer au taux prévu sans traitement) est de 85% contre 57% avec la méthode combinée [31]. Cependant une nouvelle étude par Trussell montre une efficacité de la méthode de Yuzpe de 75%[30,32].

Dans l'étude de 1998 de l'OMS une plus grande efficacité lors de la prise précoce des traitements contraceptifs d'urgence a été notée. Le risque de grossesse passe de 2% (< 24H) à 4,1% (24-48H) puis 4,7% (49-72h) pour le groupe Yuzpe ; de 0,4% (< 24H) à 1,2% (24-48H) puis 2,7 % (49-72h) pour le LVN[31]. Ceci a conduit Piaggio G. et coll à recommander les premières prises d'un traitement contraceptif d'urgence par voie orale le plus tôt possible après un rapport sexuel. Le retard de la première prise de 12 H, augmente le risque de grossesse de 50%[43].

Un essai encore plus récent [37] conduit sous l'égide de l'OMS réalisé par Herten et coll en 2002 compare l'efficacité de la prise de 10 mg de mifépristone à 1,5 mg de LVN pris en une dose ou en 2 doses séparées de 12 heures. L'efficacité est équivalente avec les 3 traitements (Taux d'efficacité est de 81% avec la mifépristone, 82% avec une dose unique de 1,5 mg LVN, 77% avec deux doses de 0,75 mg de LVN à 12 heures d'intervalle). Dans l'étude de l'OMS le taux de grossesse était moins élevé. Cependant cette différence n'est pas significative (Qui-test)[31,36]. Le taux de grossesse est plus élevé lorsque la contraception est administrée 4 à 5 jours après un rapport non protégé (2,67% dose unique de 1,5 mg LVN ; 2,44% avec deux doses de 0,75 mg de LVN à 12 heures d'intervalle ; 2,19% avec la mifépristone) que dans les 72 premières heures (1,69% avec deux doses de 0,75 mg de LVN à 12 heures d'intervalle ; 1,48% avec la mifépristone ; 1,34% avec une dose unique de 1,5 mg LVN ).

## 5.11 Délivrance

Le LVN est exonéré de la liste des substances vénéneuses et peut donc être dispensé par les pharmaciens sans prescription médicale, alors que Tétragynon® , inscrit sur la liste 1, nécessite une prescription médicale pour être dispensé par un pharmacien.

A ce jour, Norlevo® dont le prix est en moyenne de 7,62 euros est remboursé à 65% par la sécurité sociale, ainsi que le Tétragynon® , à 3,96 euros les 4 comprimés.

## 5.12 Mécanisme d'action [15]

Le LVN agirait principalement par blocage ou retardement de l'ovulation, empêchant la fécondation en cas de rapport sexuel non protégé[44,45].

Parallèlement les progestatifs perturberaient la migration des spermatozoïdes dans la cavité utérine en modifiant la glaire cervicale. Cet effet demande que le traitement soit commencé très tôt après le rapport sexuel du fait de la rapidité du transport des spermatozoïdes du vagin aux trompes[45].

Enfin le mécanisme hypothétique des progestatifs qui rendraient l'endomètre impropre à la nidation n'a pas été démontré. En effet il a été évoqué qu'ils gêneraient l'implantation de l'œuf fécondé dans la cavité utérine. Une étude récente rejette ce mécanisme douteux [45]. En revanche, bien que l'administration après l'ovulation, de LVN empêche l'implantation de l'œuf chez certaines espèces animales, des effets similaires chez la femme ont été difficilement obtenus[23].

## 5.13 Noms de marque dans le monde

Norlevo® est aujourd'hui commercialisé dans presque toutes les contrées européennes et en Afrique du Sud. Il est délivré dans plus de vingt cinq pays sous des noms de marque différents( Duofem®, Vermagest®, Vika®, Vikela®.) Son lancement est programmé prochainement dans de nombreux pays

d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie du Sud-Est [46].

Du fait de son inscription au remboursement, Le Norlevo® ne peut plus faire l'objet de messages d'information auprès du public, notamment sur les ondes radios en vertu de l'article L 5122-6 du code de la santé publique relatif à la réglementation de la publicité sur les médicaments. En octobre 2002 le laboratoire HRA Pharma commercialise le LVN sous un autre nom que le Norlevo® : Vikela®. Il est non remboursable par la sécurité sociale, ce qui autorise une information directe et une large communication auprès du grand public( Publicité à travers les revues féminines, la télévision). Vikela®, a obtenu l' AMM en Juillet 2001 [47]. Son prix est cher de 14,93 euros, soit le double du Norlevo®.

Des réticences se sont fait sentir. Le résultat de ce dédoublement du LVN sous des noms différents expose les patientes à un risque de confusion. De plus, le contenu de la brochure de 12 pages que la firme HRA Pharma a conçue pour les patientes a été trouvé inacceptable tant sur le fond que sur la forme[48]. Elle n'a donc pas été diffusée. Pour éviter tout débat juridique inutile et permettre la citation du nom de marque dans des messages d'information, notamment des brochures, il suffirait de modifier la législation afin que Norlevo® fasse l'objet d'une dérogation à l'article L.5122-6, comme c'est le cas pour les vaccins et les produits anti-tabac. On pourrait aussi tout simplement habituer les professionnels et les patients à parler en dénomination commune internationale (DCI) [48].

## 5.14 Schéma posologique simplifié

Afin d'améliorer la CUH, les chercheurs s'efforcent de faciliter l'emploi de la CUH en éliminant la nécessité d'une deuxième prise.

L'OMS a effectué une étude portant sur 4136 femmes environ[37] . Elle vise à comparer l'efficacité contraceptive de l'administration d'une dose unique de 1,5 mg de LVN à celle de deux doses de 0,75 mg chacune. En terme d'efficacité les résultats ont été équivalents avec les deux traitements( Taux de grossesse évitées : 77% lors de deux prises contre 82% lors d'une prise unique). Elle est également bien tolérée. Il n'y a pas augmentation des effets secondaires.

C'est sur cette base que l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé a approuvé la modification de posologie de la spécialité Norlevo® : les deux comprimés doivent désormais être administrés en une prise unique[15]. Ce nouveau schéma posologique, plus simple, permet d'assurer une meilleure observance, ce qui conditionne l'efficacité du traitement.

## 5.15 Conclusion

Le LVN apporte une amélioration importante par rapport aux CUH contenant des oestrogènes combinés:

- Son efficacité est plus élevée,
- Sa tolérance est significativement meilleure,
- Il n'a pas les contre-indications liées à la présence d'oestrogènes,
- L' administration est plus simple (2 comprimés à prendre en même temps),
- Grâce à sa disponibilité hors prescription l'accès rapide en est facilité(contrairement à toutes les autres méthodes). D'autant plus qu'on sait que l'efficacité de la CUH est meilleure si elle est initiée tôt,
- La délivrance est gratuite pour les mineurs qui en font la demande(pharmacie, infirmerie scolaire, centres de planification et d'éducation familiale).

## 6 LES DIFFERENTES SOURCES D'INFORMATIONS

### 6.1 Le pharmacien

#### 6.1.1 Législation et exonération du Norlevo®

Depuis le 31 Mai 1999, le Norlevo® peut être délivré sans ordonnance dans les officines. En effet un arrêté du 27 Mai 1999, publié au Journal Officiel du 30 Mai 1999, exonère le LVN par voie orale de la réglementation des substances vénéneuses (liste 1) destinées à la médecine humaine. La dose est de 1,5 mg à prendre en une fois. Ainsi, cet arrêté donne au Norlevo® un statut de médicament hors prescription, non vigneté, disponible sans ordonnance[7]. Le prix de vente est alors "libre" pour le pharmacien.

Depuis le décret du 18 Août 2001, le Norlevo® est remboursable à 65% par la Sécurité Sociale sur la base du prix public alors à 7,62 Euros sur présentation d'une prescription médicale[13].

Depuis le 10 Janvier 2002 (décret 2002-39 du 9 janvier 2002), un décret a été publié au journal officiel permettant aux mineures sur simple déclaration orale de se procurer le Norlevo® dans les officines, de façon gratuite et anonyme, sous réserve d'un interrogatoire, ajusté à la situation de détresse et d'urgence de la personne mineure, mené par le pharmacien[14]. Sur le plan pratique, le pharmacien devra remplir une feuille de soin adressée à la caisse d'assurance maladie dont il dépend. Cette feuille de soin, qui tient lieu de facture, permettra au pharmacien d'être remboursé de l'avance des frais engagés. Elle ne comportera pas l'identification de l'assuré, ni celle du bénéficiaire. Seuls devront figurer la vignette du Norlevo®, le cachet et la signature du pharmacien[49]. La Caisse nationale d'assurance maladie communiquera chaque année au ministère chargé de la Sécurité sociale le nombre de boîtes ainsi délivrées à des mineures[50].

#### 6.1.2 Réflexion sur la clause de conscience

La mise sur le marché du Norlevo® a soulevé de nombreuses interrogations sur la bonne attitude du pharmacien d'officine lors de la dispensation de ce produit.

Le débat au sujet du Norlevo® a été largement médiatisé, mais peut se résumer à une question: les pharmaciens peuvent-ils faire valoir «une clause de conscience» ?, ont-ils pour obligation de délivrer le Norlevo® ?

Le Norlevo® possède une AMM. C'est un médicament. A ce titre le Code de la Santé Publique (art.R.5015) prévoit que le pharmacien ne peut refuser de dispenser un médicament que si la santé du patient lui paraît l'exiger.

Le pharmacien est également assujéti aux règles du Code de la Consommation. En France, le « refus de vente » constitue une faute pénale, à moins que le vendeur puisse faire valoir un « motif légitime ». En matière de médicament contraceptif, la cour de cassation a clairement indiqué que le refus de dispensation ne peut se fonder « au nom de la conviction personnelle »

Si le mode d'action du Norlevo® le positionnait comme « un produit abortif », la discussion d'une éventuelle clause de conscience des pharmaciens pourrait être envisagée. Mais la situation est différente puisque le Norlevo® est un produit contraceptif et non « un produit abortif ». En effet, il intervient avant l'implantation de l'œuf dans l'utérus. D'ailleurs, si la femme est déjà enceinte avant la prise de Norlevo®, sa grossesse évoluera normalement.

Certains, il est vrai, considèrent que dès lors qu'il y a eu fécondation, l'œuf doit être considéré comme un être vivant. Il considère donc que le Norlevo® est un variant de l'IVG. Chacun est libre, bien entendu, de ses convictions et de ses jugements moraux. Mais la loi s'impose à tous (article L 122-1 du code la consommation) : « il est interdit de refuser à un consommateur la vente d'un produit ou la

prestation d'un service, sauf motif légitime, et de subordonner la vente d'un produit à l'achat concomitant d'un autre produit ou d'un autre service ainsi que de subordonner la prestation d'un service à celle d'un autre service ou à l'achat d'un produit. »[51].

### **6.1.3 Le rôle du pharmacien et la conduite à tenir face à une demande de contraception d'urgence [52].**

La CUH est efficace quand elle est administrée le plus tôt possible, au mieux dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé.

Notons tout de même que la dispensation d'un médicament ne serait être assimilée à « une vente libre ». Le pharmacien est tenu d'apprécier l'intérêt de la santé de la personne qui s'adresse à lui. Il est en première ligne dans la prise en charge .C'est pourquoi, face à une demande de CUH et du fait du peu de risque de la méthode, le pharmacien se doit de poser à la femme concernée des questions simples mais permettant une délivrance dans les meilleures conditions.

#### **6.1.3.1 Cinq questions sont essentielles:**

De quand date le rapport sexuel non protégé?

Quelle est la date des dernières règles et étaient-elles normales?

S'il y a suspicion de grossesse, le pharmacien doit signaler l'inactivité de la CUH dans ce cas précis. En cas de retard de règles, il doit conseiller à la femme concernée d'effectuer un test de grossesse et de consulter un médecin.

Quelles sont les raisons de la demande?

Cette question peut paraître indiscreète, mais elle n'en reste pas moins très importante.

Quels sont les antécédents gynécologiques?

L'utilisation de Norlevo® est déconseillée dans certains cas (Cf. 1<sup>ère</sup> partie 5.6). En cas de doute, le pharmacien devra orienter la femme vers un médecin.

Quels sont les traitements médicamenteux en cours?

L'efficacité du Norlevo®, en présence de certains médicaments, est susceptible d'être diminuée voire abolie(Cf. 1<sup>ère</sup> partie 5.9).

Le pharmacien se doit, comme tout professionnel de santé, d'écouter la patiente pour chercher à comprendre ce qui l'a conduite à cette situation, afin de mieux la conseiller par la suite. Il peut en fonction du contexte l'orienter à consulter un médecin ou l'hôpital (Viol, risque d'infection sexuellement transmissible).

#### **6.1.3.2 Conseils lors de la délivrance :**

Alors, après être allé chercher la boîte de Norlevo®, le pharmacien doit expliquer avec précision le mode d'emploi du CUH, afin d'assurer l'efficacité du traitement. Il doit s'assurer de la bonne compréhension du protocole d'administration du Norlevo® par la femme la requerrant, précautions à prendre en cas de vomissements...

Le pharmacien doit prévenir sa patiente quant à d'éventuels effets secondaires qui ne durent généralement pas plus de 24 heures.

La patiente doit être également prévenue du délai variable de la survenue de ses prochaines règles et de la nécessité d'utiliser un contraceptif local efficace jusqu'à l'arrivée de ces dernières. Préciser que si le retard excède plus de cinq jours, il faudra effectuer un test de grossesse et consulter un médecin.

La dispensation du Norlevo® est en outre l'occasion d'orienter ou de réadapter la patiente sur les différentes méthodes de contraception régulière et efficace. Il est important qu'elle comprenne que l'utilisation de la CUH doit rester exceptionnelle et que son efficacité n'est pas totale. On peut alors la diriger vers un médecin (gynécologue ou généraliste) ou vers le centre de planification familiale le plus proche.

Il rappellera également les précautions à prendre pour prévenir des maladies sexuellement transmissibles. Le préservatif est alors le seul outil efficace quand il est bien utilisé.

Tout cela est très théorique. Le pharmacien doit s'adapter à la personne qui est en face de lui. Les femmes et d'autant plus les mineures demandant la contraception d'urgence sont souvent gênées et surtout arrivent dans un état de stress qui ne leur permet pas de retenir ou même de comprendre les conseils prodigués par le pharmacien. Il est important, dans ce cas de disposer de la documentation adéquate simple et illustrée qui reprend point par point tous les conseils énoncés ci-dessus. Il est également nécessaire de disposer d'un espace de confidentialité suffisant pour mettre à l'aise la patiente et répondre à ses questions à l'abri des oreilles indiscretes.

Avant tout, le pharmacien ne doit pas porter de jugement. On voit mal les raisons qui s'opposeraient à la dispensation de la CUH à l'officine. Le refus ferait recourir aux femmes le risque d'une grossesse non désirée, voire d'une IVG (ce qui permet d'éviter les situations de grandes difficultés qui en découlent).

### **6.1.3.3 Les questions les plus pertinentes au sujet du LVN.**

Le pharmacien doit pouvoir répondre à différentes questions susceptibles de lui être posées par la femme requérant la CUH :

- Qu'est-ce que la CUH dite « pilule du lendemain »?
- Peut-on prendre une CUH quel que soit le moment du cycle ?
- Quand peut-on utiliser la CUH ?
- Assure-t-elle une contraception efficace jusqu'aux prochaines règles ?
- Est-elle efficace si plusieurs rapports ont eu lieu à la suite au même moment ?
- Quand surviennent les règles après la prise de la CUH?
- La prise de la CUH modifie-t-elle les réponses des tests de grossesse ?
- Après la prise, quand peut-on mettre en place une contraception régulière ?
- Quelle est la fécondité lors du ou des cycles consécutifs à la prise de la CUH ?
- Constitue-t-elle une protection contre les maladies sexuellement transmissibles ?
- Peut-on y avoir recours quel que soit son âge ?
- Peut-on l'utiliser comme une contraception régulière de routine ?
- Est-elle contre-indiquée en cas d'allaitement?
- Quels sont les effets secondaires possibles après absorption ?
- Que faire en cas de vomissement après la prise ?
- Que faire en cas de règles anormales après la prise ?
- Que faire si vous êtes déjà enceinte lors de la prise ?
- Si un enfant ou un animal domestique absorbe par erreur le ou les comprimés de LVN ?
- Faut-il arrêter la pilule habituelle lorsque l'on prend le Norlevo® pour oubli de cette dernière ?

### **6.1.4 Quelques réticences de la profession [53]**

En Alsace, où la DRASS a mené l'enquête\* entre le 1er janvier 2002 et le 30 juin 2002, le constat est en demi-teinte : parmi les 6876 délivrances de Norlevo® réalisées durant le premier semestre 2002 dans la région (soit en moyenne près de 5 boîtes par mois et par pharmacie), 967 concernaient des mineures. Sur la même période, seulement deux refus francs de délivrance de la CUH ont été constatés. L'enquête a donc plutôt porté sur les conditions de cette délivrance. Si 61 % des pharmaciens « demandent toujours s'ils s'adressent à la future utilisatrice », ils sont aussi 38,6 % à ne « jamais » demander à l'utilisatrice si elle est mineure. « Certaines mineures ne sont donc pas informées de la gratuité du Norlevo® à laquelle elles ont pourtant droit », commente Barbara Neiertz qui a mené l'enquête. Quant

à l'entretien préalable à la délivrance aux mineures, pourtant vivement recommandé dans la rédaction du décret du 9 janvier 2002, il est réalisé par 45,8 % des officinaux seulement. « Quarante pour cent des jeunes-filles refusent cet entretien », se défendent les pharmaciens. En revanche, lorsqu'il est réalisé, l'entretien aborde comme il se doit les conditions et les modes de délivrance (80 % des pharmaciens), l'intérêt d'une contraception régulière (74,4 %) et d'un suivi médical (43 %). Enfin, les pharmaciens alsaciens délivrent volontiers (66,1 %) une brochure d'information sur la contraception. Une autre enquête, menée en région parisienne, dans le nord et l'ouest de la France, auprès des pharmaciens en avril 2002 et janvier 2003, met quant à elle en évidence un autre constat : la délivrance de la CUH en province et à Paris souffre de grandes disparités. Plus précisément, les pharmaciens parisiens pratiquent largement moins que leurs confrères de province la délivrance gratuite aux mineures. « Il faut dire, explique Jean-Jacques des Moutis, président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'Ile-de-France, que, après le lancement de l'AME (aide médicale d'Etat), les débordements du régime de CMU, et l'historique chargé de la carte Paris Santé, la mise en place de la CUH gratuite aux mineures a été, à Paris, la goutte qui a fait déborder le vase. »

Ainsi, après avoir pris connaissance des résultats de la première vague d'enquête d'avril 2002 qui témoigne de seulement 25 % de dispensation gratuite en Ile-de-France contre 88 % dans l'ouest de la France, Jean-Jacques des Moutis adressait en septembre 2002 un courrier à ses confrères parisiens par lequel il les sommait, au nom de toute la profession, de remplir leurs obligations professionnelles. D'autant, précisait le courrier, que les difficultés de remboursement ont été levées en juillet 2002. Aujourd'hui interrogé par «le Quotidien», le président de l'Ordre d'Ile-de-France estime que ni la clause de conscience ni les difficultés de remboursement ne peuvent être déceimment invoquées pour refuser la délivrance gratuite de Norlevo® aux mineures. «Nous ne pouvons échapper à notre mission», insiste-t-il, avant de conseiller comme dernier recours d'orienter les adolescentes vers un confrère disposé à assurer ce rôle.

Enfin, dernier résultat de l'enquête parisienne, en janvier 2003, seulement 28 % des pharmaciens d'Ile-de-France ont délivré gratuitement la «pilule du lendemain» (contre 25 % en avril 2002). Alors que, à la même période, 74 % de leur confrères du nord de la France réalisaient cette délivrance.

### **6.1.5 Conclusion**

Ce chapitre rappelle le rôle central et le rôle de proximité du pharmacien dans le système de santé français. Les pharmaciens d'officine font partie des professionnels de santé les plus facilement accessibles : l'accès à l'officine est libre, à tout moment pendant les heures d'ouverture et de garde, et sans rendez-vous. Il joue un rôle majeur en matière de conseil et, au-delà, se voit impliqué davantage dans la gestion d'un problème de santé publique. Le pharmacien d'officine dispose ainsi d'une nouvelle opportunité de valoriser son rôle au sein du système de soins français et doit donc le faire.

## **6.2 Les infirmières scolaires : les circonstances de délivrance de la C.U.H à l'école**

Les infirmières scolaires ont un rôle de proximité. Elles accueillent les élèves pour tout motif concernant la santé. Elles peuvent répondre plus facilement aux interrogations des adolescents et les orientent si nécessaire vers le médecin ou l'assistante sociale. Elles assurent une mission d'éducation à la santé et à la sécurité, d'une part, au niveau collectif en organisant des séances d'éducation à la santé avec les enseignants et en participant aux actions de prévention définies dans le projet santé intégré au projet d'établissement, d'autre part, au niveau individuel, suite à une demande de l'élève, du personnel, ou des parents.

Elles entretiennent des contacts avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et les autres services de prévention.

### **6.2.1 Protocole de délivrance de la contraception d'urgence hormonale par l'infirmière scolaire.**

Dans une lettre adressée le 13 Décembre 1999 aux Proviseurs des lycées et Principaux des collèges, le Ministre délégué chargé de l'enseignement scolaire a présenté un protocole national sur l'organisation des soins et des urgences en milieu scolaire. Ce dispositif permet aux infirmières et aux médecins scolaires de délivrer un CUH dans les cas d'extrême urgence et de détresse caractérisée[9]. Le Bulletin Officiel de l'Education Nationale du 6 janvier 2000 avait déjà défini le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences, et en particulier celui de la délivrance de la CUH en milieu scolaire, presque un an avant le vote de la loi. Le chapitre du protocole relatif à la CUH comporte trois volets. Le premier porte d'une part sur la conduite à tenir en cas d'erreur de prise de contraceptif, et d'autres part sur la conduite à tenir en cas d'erreur de prise de contraceptifs d'urgence. Le second est une présentation du Norlevo® résumant le RCP de la spécialité. Le troisième volet, dit « fiche infirmière », précise les modalités selon lesquelles les infirmières scolaires doivent répondre en situation d'urgence contraceptive[12].

En Mars 2000, un premier décret autorise la distribution du Norlevo® par les infirmières scolaires [9]. Mais les associations de défense de la famille et de lutte contre l'avortement et aussi les parents et certains professionnels de santé ont demandé au Conseil d'Etat l'annulation de la disposition de cette circulaire. Ils ont mis en avant le non respect de la loi Neuwirth datant du 28 Décembre 1967 qui soumet la délivrance des contraceptifs hormonaux à une double contrainte: la prescription médicale et la vente en pharmacie[10]. En conséquence, le 30 Juin 2000, le Conseil d'Etat annule la circulaire autorisant les infirmières scolaires à délivrer la pilule du lendemain dans les collèges et les lycées. Le Gouvernement réagit et précise «qu'il est de son devoir de protéger la santé et l'intégrité des jeunes. Ce devoir devient absolu quand la jeune fille doit affronter dans la solitude et sans autre recours possible la détresse d'une éventuelle grossesse non désirée». La loi Neuwirth est alors révisée. Ce n'est qu'en Décembre 2000 que la proposition de loi sur la CUH est adoptée par le Sénat et l'Assemblée Nationale, rétablissant ainsi l'autorisation aux infirmières scolaires de distribuer le Norlevo® dans les collèges et les lycées [11].

Les infirmières scolaires disposent d'une fiche technique définissant la posologie, les indications, les précautions d'emploi, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses du Norlevo®.

### **6.2.2 Dans quelles mesures le Norlevo® peut-il être délivré dans les établissements scolaires ? [12,54]**

Les conditions dans lesquelles cette délivrance doit être effectuée sont définies en quatre points par la fiche infirmière(cf.annexes) également intégrée dans ce protocole.

#### **6.2.2.1 Entretien de l'infirmière avec l'adolescente.**

Un dialogue doit être engagé avec l'élève afin de la mettre en confiance et lui faire préciser différents points:

- nature de la demande,
  - date du rapport sexuel non protégé (était-il forcé ? Elle doit dans ce cas prendre avis auprès de l'hôpital. Elle dispose également du numéro de téléphone de SOS femmes violées),
  - prise éventuelle d'une contraception (si oui laquelle et s'agit-il d'un oubli de pilule ?),
  - date des dernières règles,
  - antécédents médicaux(salpingites, grossesses extra-utérines...),
  - connaissance du partenaire (en cas de doute, l'infirmière doit penser au risque de MST. Elle doit alors prendre avis. Elle dispose du numéro de téléphone de Sida info service. Elle peut également demander l'avis d'un médecin ou de l'hôpital),
  - est-elle suivie par un médecin ?, un gynécologue ou un centre de planification familiale?,
- Elle doit tenter d'amener l'adolescente à prévenir ses parents.

### **6.2.2.2 Décision pour la mise en place d'une éventuelle CUH**

Des conditions différentes sont définies suivant qu'il s'agit d'une adolescente mineure ou majeure :

\* pour l'adolescente mineure : L'infirmière recherche les modalités les plus appropriées en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève pour entrer en contact avec l'un de ses parents (téléphone, rendez-vous) aux fins d'informer celui-ci des différentes possibilités de contraception d'urgence, de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments (pharmacies, médecins, centres de planification familiale), et de l'aider ainsi à trouver la solution adéquate.

Si l'élève refuse catégoriquement que sa famille soit associée à sa démarche, l'infirmière prend rendez-vous en urgence auprès du centre de planification, si besoin est, l'accompagne dans ce centre.

Si l'une de ces structures n'est pas immédiatement accessible, et s'il existe une situation de détresse caractérisée, l'infirmière pourra à titre exceptionnel et dans le cas où le rapport sexuel remonte à moins de 72 heures (selon l' AMM le Norlevo® doit être utilisé dans les 72 heures mais cependant il peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2), délivrer le Norlevo® à l'élève, aux fins de permettre d'éviter par la CUH une grossesse non désirée à un âge précoce. Il conviendra dans ce cas de s'assurer de la prise effective par l'élève des 2 comprimés.

\*Pour l'adolescente majeure : L'infirmière adresse l'élève au centre de planification familiale ou aux urgences hospitalières en l'aidant à prendre rapidement un rendez-vous. Elle lui propose d'entrer en contact avec sa famille.

En cas d'inaccessibilité de ces structures, il sera indiqué à la jeune fille la possibilité de se procurer le Norlevo® en pharmacie.

A titre exceptionnel, notamment en cas d'éloignement géographique, et si le rapport sexuel remonte à moins de 72 heures (selon l' AMM le Norlevo® doit être utilisé dans les 72 heures mais cependant il peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2), l'infirmière pourra délivrer le Norlevo® à l'élève majeure.

### **6.2.2.3 Rédaction d'un compte-rendu**

L'infirmière doit rédiger un compte-rendu écrit, daté et signé sur le « cahier de l'infirmière » que l'adolescente soit mineure ou majeure. Elle doit remplir la fiche qui l'aidera à prendre la bonne décision et à l'orienter au mieux. Elle doit tenir un cahier résumant l'acte accompli.

Dans tous les cas de figure, il sera indiqué à l'élève que la CUH ne constitue pas une méthode habituelle de contraception, qu'elle est réservée aux situations d'urgence et de détresse, qu'elle n'est pas efficace dans tous les cas et qu'enfin ce médicament ne saurait lui être délivré à répétition ( Une prise répétée de Norlevo® peut entraîner des perturbations du cycle et que, dans ces conditions, son usage ne saurait être banalisé).

Au-delà de 72 heures (selon l' AMM le Norlevo® doit être utilisé dans les 72 heures mais cependant il peut être utilisée jusqu'à 5 jours : cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2), l'adolescente sera informée qu'il n'y a plus d'indication possible pour la CUH et devra impérativement être orientée vers un centre de planification, l'hôpital ou un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles.

### **6.2.2.4 Accompagnement psychologique et suivi médical de l'élève**

L'infirmière scolaire doit s'assurer de l'accompagnement psychologique et du suivi médical de l'élève (par un médecin ou au planning familial), de l'efficacité de la CUH en conseillant notamment un test de grossesse lorsqu'un retard des règles est constaté, de la prévention par rapport aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA et discuter de débiter une contraception régulière.

L'infirmière peut prendre, si nécessaire, les conseils du médecin de l'éducation nationale.

En fin d'année scolaire l'infirmière prépare un rapport à l'intention de l'inspection d'académie sur le nombre de demandes enregistrées, le nombre d'élèves auxquelles un CUH a été administré et de celles orientées vers d'autres structures.

### **6.2.3 Bilan de 6 mois de délivrance du Norlevo® par les infirmière scolaires.**

A la demande du ministre de l'Education nationale, un bilan des six mois de janvier à juin 2000 a été effectué dans les collèges et lycées[55]. Ces données ont été recueillies sur 22 académies sur les 30 que compte la France.

Les résultats sont les suivants:

-Demands de Norlevo® de la part des élèves: 7074 demandes d'élèves dont 4720 élèves mineures et 2354 majeures. Les infirmières scolaires ont délivré à 1618 élèves le Norlevo®, soit une délivrance directement à l'infirmerie scolaire pour 3 orientations. Cette proportion a été la même qu'il s'agisse de lycées d'enseignement général, de lycées professionnels ou de collèges.

-Le suivi des élèves : Dans tous les cas, qu'elle ait ou non délivré le Norlevo®, l'infirmière a orienté l'élève vers le centre de planification familiale : 50% des élèves ont été suivi par le centre , 39% par l'infirmière, 8% par un médecin et 3% par une assistante sociale. Ce bilan quantitatif est positif.

L'esprit du protocole (écouter les difficultés des élèves, les guider et, en cas d'extrême urgence, administrer une CUH) a été respecté par l'ensemble des infirmières.

La mise en place de ce dispositif a permis une augmentation de la fréquentation des centres de planification familiale et du planning familial. Il a permis de répondre à des situations d'urgence et a suscité des réactions positives.

La Direction de l'enseignement scolaire a récemment rendu public le bilan de la CUH en milieu scolaire [56]:

De septembre 2001 à juin 2002, 15 171 élèves sont venues à l'infirmerie pour une CUH. Parmi elles, 74,2 % étaient mineures. Sur l'ensemble des demandes, 64,1 % ont justifié la délivrance de Norlevo® (dont 74,2 % de mineures). Sur les 15 171 élèves venues à l'infirmerie, 9 040 (soit 59,5 %), dont 6 693 mineures, ont été orientées vers le centre de planification ou d'éducation familiale.

### **6.2.4 Conclusion**

La délivrance du Norlevo® à l'école est une avancée capitale dans la prévention des grossesses non désirées chez l'adolescente. Malgré tout il subsiste deux problèmes majeurs:

- Inégalité de présence des infirmières scolaires dans les établissements scolaires. En France, tous les établissements scolaires ne bénéficient pas d'une infirmière scolaire. Il existe une grande disparité entre les établissements scolaires, et particulièrement entre les collèges, puisque tous ne bénéficient pas d'un poste d'infirmière scolaire.

Concernant les collèges, seuls les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté en sont dotées car les élèves amenés à travailler sur des machines sont considérés à risque.

Concernant les lycées, on peut différencier deux types d'infirmières scolaires, selon qu'il y ait ou non d'internat au sein de l'établissement. Les infirmières scolaires d'internat sont présentes toute la semaine scolaire. En revanche les infirmières scolaires d'externat n'effectuent que quelques heures pendant la semaine scolaire. Il faut tout de même noter que chaque action mise en place par la dite infirmière devra être validée par le proviseur de l'établissement en question. Ainsi, les informations que recevront les élèves au sein d'un établissement scolaire dépendront donc en grande partie de la «politique générale» menée par l'établissement en la matière.

- La fermeture des établissements scolaires en période de vacances scolaires (période à risque pour les adolescentes)

C'est pourquoi, la délivrance sans prescription médicale du Norlevo® en pharmacie et la gratuité aux mineures prolongent l'action menée au sein des établissements scolaires et permettent ainsi d'assurer la sécurité des jeunes filles tout au long de l'année.

## **6.3 Les médecins, les centres de planification et d'éducation familiale et les hôpitaux**

### **6.3.1 Le rôle du médecin généraliste**

Face à une demande de CUH, le médecin généraliste doit recevoir la patiente dans des délais les plus brefs possibles. Il doit analyser la situation clinique, prescrire si besoin une CUH, expliquer les modalités de prise, inciter à lire la notice fournie avec la boîte de médicament, faire face éventuellement à des problèmes de violences sexuelles, prévenir dans certains cas le risque de MST, commencer une démarche éventuelle de contraception au long cours, prendre en charge l'anxiété souvent générée par le contexte et envisager une nouvelle consultation si nécessaire. L'examen gynécologique, toujours souhaitable lors d'une demande de contraception, n'est pas indispensable dans ce cas d'urgence.

Selon une étude réalisée auprès de médecins généralistes sur la CUH du Maine et Loire entre octobre 2001 et Janvier 2002 par une étudiante en médecine générale, 85% des médecins interrogés, estiment être suffisamment informés sur la CUH. Cependant on s'aperçoit qu'un tiers des médecins interrogés n'ont pas conscience qu'il existe un risque de grossesse à n'importe quel moment du cycle et donc n'en informent pas leurs patientes. De même la moitié ne savent pas le délai d'oubli (de 3 heures) de la pilule microprogestative à ne pas dépasser pour ne pas diminuer son efficacité. 70% donnent le délai limite de 72H pour la prise de la CUH[57].

La connaissance de la CUH par le médecin généraliste reste donc encore imprécise mais il ne s'agit pas d'un motif de consultation fréquent ce qui peut expliquer le niveau de leurs connaissances.

En effet 60% des médecins interrogés disent avoir prescrit une CUH dans les trois derniers mois. Ils prescrivent en moyenne 2 CUH sur 3 mois. Ceci est inférieur aux pharmaciens qui délivrent, en moyenne trois boîtes de Norlevo® par mois. Néanmoins, cela nous permet de remarquer que la délivrance possible du Norlevo® sans ordonnance, n'a pas complètement écarté le médecin généraliste de la prescription de CUH. Au vu des résultats, on peut conclure que le médecin généraliste reste tout à fait concerné par le problème de la CUH dans sa pratique quotidienne puisqu'il continue à en prescrire malgré la délivrance possible sans ordonnance et qu'il est amené à délivrer des informations assez concrètes sur le sujet à ses patientes.

70% des médecins ont donné une information à une femme sur la CUH dans les trois derniers mois. Cette information est majoritairement donnée quand la femme est confrontée à un problème de contraception(83%), à plus de 72% quand la patiente la demande et enfin dans moins de 40% des cas lors d'une prescription de pilule. Les médecins délivrent l'information sur la CUH quand la femme est confrontée au problème et en a donc besoin. D'ailleurs cette information est surtout réservée à la tranche d'âge des 15-25 ans. Par contre l'information en préventif est moins donnée ou majoritairement par des femmes médecins (51,5% des femmes en parlent lors de la prescription de pilule contre 32,1% d'hommes).

Les médecins de campagne sont plus en faveur de la délivrance du Norlevo® sans ordonnance à 67 % (contre 55% de l'ensemble des médecins). Peut-être est-ce lié à un problème de disponibilité. 75% des femmes pensent que l'information sur la CUH est insuffisamment diffusée. Dans environ 80% des cas, les femmes souhaiteraient être informées par un professionnel de santé que ce soit leur médecin généraliste (46,5%) ou leur gynécologue (33%)[57].

Le médecin, bien informé des modalités d'utilisation de la CUH, doit être un acteur attentif dans cette démarche de médecine préventive et de santé publique.

### **6.3.2 Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) [5].**

Il en existe 3 à Nantes :

- 1 à l'hôtel Dieu qui s'occupe aussi des abus sexuels, des femmes enceintes en difficultés psycho-

sociales et assure des consultations de sexologie,

- 1 à l'hôpital Saint-Jacques qui pratique également les IVG et réalise des vasectomies( contraception définitive par ligature des canaux déférents),

- et 1 géré par le Mouvement Français pour le Planning Familial. C'est une association créée à Nantes en 1964. Les statuts sont établis suivant la loi de 1901. Les objectifs: droit à la contraception et à l'avortement, mouvement d'éducation populaire, mouvement féministe.

Le centre de planification a comme mission :

1 : Consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité.

2 : Diffusion d'informations, et actions individuelles et collectives de prévention, portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres ou à l'extérieur, en liaison avec les autres organismes et collectivités concernées.

3 : Préparation à la vie du couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial.

4 : Entretiens préalables à l'IVG.

5 : Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG.

6 : Dépistage de l'infection par VIH.

7 : Dépistage et traitement des MST.

Pour les mineurs qui en font la demande, anonymat et gratuité des consultations, des examens, des produits contraceptifs et des traitements en rapport avec les infections sexuellement transmissibles. Les personnes (en particulier les étrangers sans papier) ne bénéficiant pas de couverture sociale sont également prise en charge.

Les CPEF fonctionnent en partenariat avec l'éducation nationale pour des interventions en milieu scolaire ou d'autres partenaires au gré des demandes (municipalités, associations...).

Il y a plus de 1000 CPEF en France : 1/3 est implanté dans les hôpitaux publics, 1/6 est directement géré par des communes surtout dans la région parisienne, 1/10 est géré par des associations comme le MFPPF, une partie est directement géré par les départements dans les centres de PMI, des dispensaires ou des centres sociaux surtout dans les départements d'outre-Mer.

En dehors des CPEF, il existe des établissements d'information, de consultation et de conseil familial. Ce sont des associations à but non lucratif qui ont pour mission, après agrément par la préfecture de participer à l'action d'information, d'éducation, de prévention et de planification familiale.

Elles assurent :

- des consultations ou conseils sur la relation conjugale et familiale,

- des consultations sociales prévues par le code de la santé en ce qui concerne l'IVG,

- des informations collectives auprès des établissements scolaires et des collectivités demandeuses,

- et pour certaines, après agrément, des consultations médicales.

On dénombre huit associations de ce type :

- le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPPF) dans 63 départements,

- Couple et Famille,

- L'Association Française des Centres de Conseil Conjugal (AFCCC),

- L'École des Parents et Educateurs,

- L'Association des Familles Rurales,

- Le Centre National d'Information des Droits de la Femme,

- Le Centre de Liaison des Etudes et Recherches,

- Les Centres de Préparation au Mariage.

La limite de ces centres étant la répartition géographique, ils privilégient les grandes villes limitant ainsi l'accès aux femmes vivant en milieu rural.

### **6.3.3 Les hôpitaux**

Les services d'urgences gynécologiques sont accessibles à tous, sont ouverts 24 H sur 24 et peuvent constituer un des maillons pour la délivrance de la CUH.

## **6.4 Les établissements scolaires.**

*« On apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut révéler. »*

Cette phrase pourrait résumer les efforts qui restent à effectuer en matière d'éducation à la sexualité et aux différentes méthodes de contraception.

L'évolution des mentalités ne passe pas seulement par des campagnes d'information grand public, aussi efficaces soient-elles. L'efficacité de ces dernières dépend directement de la capacité des personnes potentiellement concernées à comprendre le message. Or, pour le comprendre, encore faut-il avoir été formé. C'est à ce titre qu'il a semblé nécessaire aux pouvoirs publics ont décidé de développer l'éducation à la santé et à la sexualité dans les établissements scolaires [58]. Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation. Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques ( grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles) et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain. Cette éducation, doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun. Plusieurs textes spécifiques sont venus en 1996 (Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et à l'éducation à la sexualité) puis en 1998 (Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida ), instaurer l'organisation de séquences d'éducation à la sexualité et mettre en place un dispositif de formation des personnels. Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception ont désormais complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 aux termes duquel "Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène..." . Dans cette nouvelle perspective, il est nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de définir les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée, en précisant les modalités de mise en œuvre, et le pilotage du dispositif. Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 (relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida).

### **6.4.1 Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire**

L'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, des informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. Ainsi de leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement. Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

### **6.4.2 La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité**

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non.

#### **6.4.2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves.**

#### Programme de l'éducation nationale :

L'éducation sexuelle et la contraception à l'école sont abordées d'une part par le biais du programme scolaire proprement dit, au cours de l'enseignement des sciences de la vie et de la terre, d'autre part par des séquences d'éducation à la sexualité. Les enseignements, à tous les niveaux (tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale) offrent l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité. Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques. Au cours de l'année ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida. En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves. A cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

#### A l'école primaire :

L'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Un nombre de trois séances annuelles est fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation.

#### Au collège et au lycée :

Les modalités d'organisation et la planification de ces séances sont inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif. Les modalités d'organisation des séances - durée, taille des groupes - sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants.

### **6.4.2.2 Des actions individuelles**

Certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

### **6.4.3 La prise en charge**

À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité. Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet. Il peut être fait appel à des interventions extérieures avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public. Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique. Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école.

## **6.5 Les autres sources d'informations**

### **6.5.1 L'état**

L'état semble s'être mobilisé pour développer l'information sur la contraception. Pour preuve, une première campagne récente de sensibilisation: « la contraception, à vous de choisir la vôtre », a été lancée à l'échelle nationale en Janvier 2000 dans un but avoué de prévenir les grossesses précoces et les IVG en mobilisant tous les acteurs locaux institutionnels et associatifs. Les supports de communication ont compris d'une part les médias (spots radio et télévisuels), les plates forme téléphonique, et d'autre part les affichettes et un guide d'information de poche (présentant les principaux modes de contraception), ont été diffusés dans de nombreux points d'information et de consultation. Parmi les supports publicitaires, deux messages de 30 secondes consacrés tout spécialement à la CUH ont été diffusés sur certaines ondes radio. Il avait été mis en place un comité de pilotage qui assurait la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation au cours de l'année 2000. Cependant ces informations ont été trop brèves. Par exemple les spots de télévision de même que les messages radios n'ont été diffusés que pendant 3 semaines. De même les annonces de presse n'ont été diffusées que pendant deux mois dans 8 magazines grand public et dans la presse jeunes [59].

Notons qu'une nouvelle campagne grand public a été reconduite le 9 janvier 2002[60]. Elle était construite autour du slogan : «La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place». Cette campagne était fondée sur des outils destinés aux professionnels de santé et aux acteurs locaux rassemblés au sein de comités de pilotage départementaux. Les supports médiatiques utilisaient une campagne d'affichage, trois spots radiophoniques et un dispositif spécifique pour les départements d'Outre-mer, des kits de communication, et des mémos contraception.

Une attention particulière a été portée aux adolescent(e)s, scolarisé(e)s et non scolarisé(e)s, aux professionnels de santé et aux relais de terrain diffusant l'information au plus près du public.

Ces campagnes étaient d'autant plus importantes que la dernière campagne de communication publique consacrée exclusivement à la contraception remonte à l'année 1982. Depuis les campagnes d'information étaient davantage orientées vers la prévention du SIDA et l'usage du préservatif. Il faudrait à l'avenir développer une information permanente.

### **6.5.2 Les médias**

Les médias servent comme on l'a vu de relais : télévision, radios, journaux spécialisés. De même les moyens de communications actuels (les numéros verts ou les sites internet) permettent de donner des informations.

### **6.5.3 Les laboratoires**

Les laboratoires sont à même de diffuser une certaine information auprès des professionnels de santé et de la population générale. Toutefois la concurrence n'est pas de mise pour les CUH (Seulement deux CUH ont l'AMM en France actuellement). On peut noter que l'entreprise pharmaceutique qui commercialise le Norlevo® a édité un guide d'information et a développé un site internet, consultable par tous[46].

Il reste encore des efforts à faire pour que l'information sur la CUH soit diffusée correctement à toutes les femmes qui peuvent un jour y avoir recours.

## **2ème partie : Objectifs , matériel et méthode**

### **1 objectifs**

A travers certains facteurs, comme les facteurs socio-démographiques (âge, état civil, nationalité, niveau d'études, activité professionnelle), cette étude s'efforcera d'analyser les différents comportements contraceptifs qui peuvent amener les femmes à cette situation d'échec.

Le premier objectif de cette thèse est de faire le point sur la connaissance de la contraception d'urgence hormonale en 2003 chez les femmes qui demandent une IVG (trois ans et demi après l'autorisation gouvernementale de délivrance de la CUH sans ordonnance dans les pharmacies et deux ans après que les infirmières scolaires l'aient eue dans les collèges et lycées). En connaissent-elles l'existence? Savent-elles comment l'obtenir et comment l'utiliser ? Faut-il améliorer l'information sur la CUH? Est-elle suffisamment rentrée dans les mœurs?

Le deuxième objectif de cette étude est d'analyser et d'exploiter les raisons (si ces femmes la connaissent) pour lesquelles elles ne l'utilisent pas?

### **2 Matériel et méthode**

#### **2.1 Matériel**

Il s'agit d'une étude prospective qui a été menée au centre d'orthogénie, de planification et d'éducation familiale de l'hôpital St-Jacques à Nantes.

L'activité [61] d'I.V.G de ce centre est d'en moyenne 2000 actes par an (soit environ 1 % de l'activité en France si on considère que 220000 actes sont effectués chaque année). Il réalise également environ 6000 consultations médicales durant la même période. Il s'agit de consultations pré IVG, post IVG, de contraception, des échographies de datation, et des consultations gynécologiques. Enfin 2500 entretiens avec des conseillères ont lieu .

#### **2.2 Etude**

L'étude s'est déroulée au cours des mois de janvier 2003 à avril 2003 auprès de 498 femmes qui demandaient une IVG. L'intérêt était de faire le point sur la CUH étant donné la gravité de la survenue d'une grossesse non désirée à toute époque de la vie. L'étude s'est effectuée sous forme d'un questionnaire qui comprenait trois parties:

- une partie permettant de situer les facteurs socio-démographiques de la femme,
- une partie évaluant leurs connaissances sur la CUH,
- Une partie évaluant les raisons de la non-utilisation de la CUH.

Le questionnaire était composé uniquement de treize questions simples et fermées afin de faciliter la saisie de l'information. Il a été soumis à l'accord du responsable du centre ( le Docteur Meslé), puis a été présenté par les secrétaires aux femmes qui demandaient une IVG à leur arrivée. Celui-ci était délivré en main propre afin d'insister sur son intérêt et d'en préciser l'anonymat. Il n'existait de plus aucun critère d'exclusion.

Afin que l'anonymat du questionnaire soit garanti, nous avons proposé aux femmes de le remplir en salle d'attente et de l'y déposer dans une urne en attendant la consultation de la conseillère ou du médecin.

Dans la dernière partie de ce questionnaire je leur proposais, si elles avaient éventuellement des

questions, de les poser au cours de la consultation. Le fait de ne pas répondre devant nous au questionnaire a permis non seulement de respecter l'anonymat mais également d'éviter certains biais dans leurs réponses, biais dus à la crainte d'être jugées sur leur éventuelle ignorance.

J'ai décidé d'établir un questionnaire le plus court possible, afin d'obtenir une meilleure disponibilité des femmes interrogées. Nous avons pu constater par la suite que ni l'enquête en elle-même, ni notre façon de procéder n'avait semblé les gêner.

## **2.3 Méthode**

L'ensemble des résultats obtenus a été traité par informatique avec le logiciel "Microsoft EXCEL 2000".

## **3<sup>ème</sup> Partie : Les résultats**

L'ensemble des femmes interrogées a été analysé dans un premier temps. Lorsqu'une différence (entre sous-groupes de femmes ou entre les résultats d'une étude) est signalée, c'est un test statistique (le chi-deux de Pearson) qui a été effectué et est significatif à un niveau inférieur à 5 %.

732 femmes ont demandé une IVG de la période du 1 janvier au 30 avril 2003.

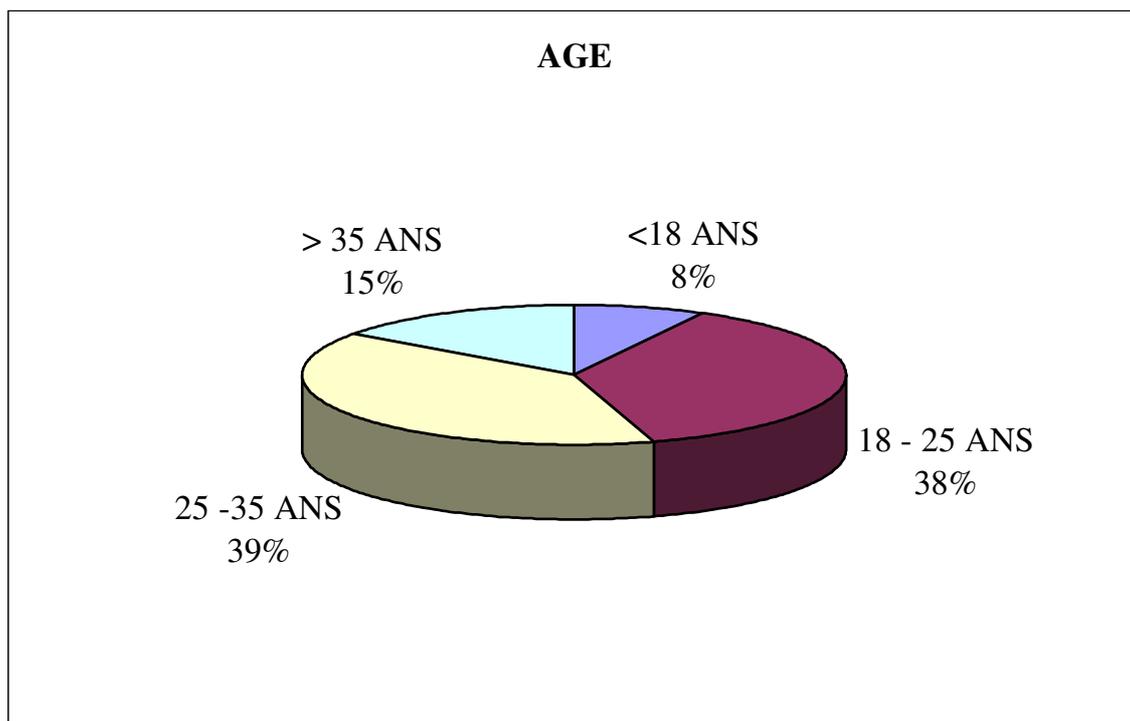
178 femmes n'ont pas remis le questionnaire soit 24,5% de l'échantillon total. 55 questionnaires étaient inexploitable soit 7,5% de l'échantillon total (dont 5 réponses incohérentes ; 6 non remplis ; 44 questionnaires trop incomplets.)

498 femmes en demande d'une IVG entrent dans l'étude soit 68% de l'ensemble de l'échantillon initial. Les données socio-démographiques obtenues sur 4 mois d'étude en ce qui concerne les tranches d'âge, l'état civil, l'activité professionnelle montrent des résultats différents de ceux obtenus durant une année au centre de planification de St-Jacques. L'échantillon n'est donc pas représentatif d'une activité annuelle. Seule la nationalité est comparable (Utilisation du test statistique du chi-deux de Pearson pour l'analyse).

En fin de questionnaire, je proposais aux femmes de me soumettre des remarques éventuelles sur celui-ci. Les 29 remarques obtenues sont variées : 6 femmes me félicitent des questions posées, 1 autre trouve que le questionnaire est trop indiscret, une autre que les questions sont trop catégoriques, 1 autre que le questionnaire est sans intérêt, une autre qu'il manque d'objectivité, une autre qu'il est à revoir, 2 autres précisent plus particulièrement la question n°6 et la n°13. D'autres font plus des remarques d'ordre générale : 4 m'expliquent l'échec de leur contraception, 1 qu'il n'y a pas assez d'information donnée à la population sur le Norlevo®, une autre que la CUH est utilisé comme contraceptif par certaines femmes, 1 autre que la CUH doit être plus accessible financièrement pour les plus de 18 ans, 3 autres qu'elles ne connaissent pas le Norlevo®, 1 autre qui voudrait que je donne des explications sur le Norlevo® une fois le questionnaire rempli. Pour cette dernière remarque, je voulais préciser que je proposais aux femmes qu'à la suite de ce questionnaire, de poser si besoin des questions au médecin ou à la conseillère conjugale.

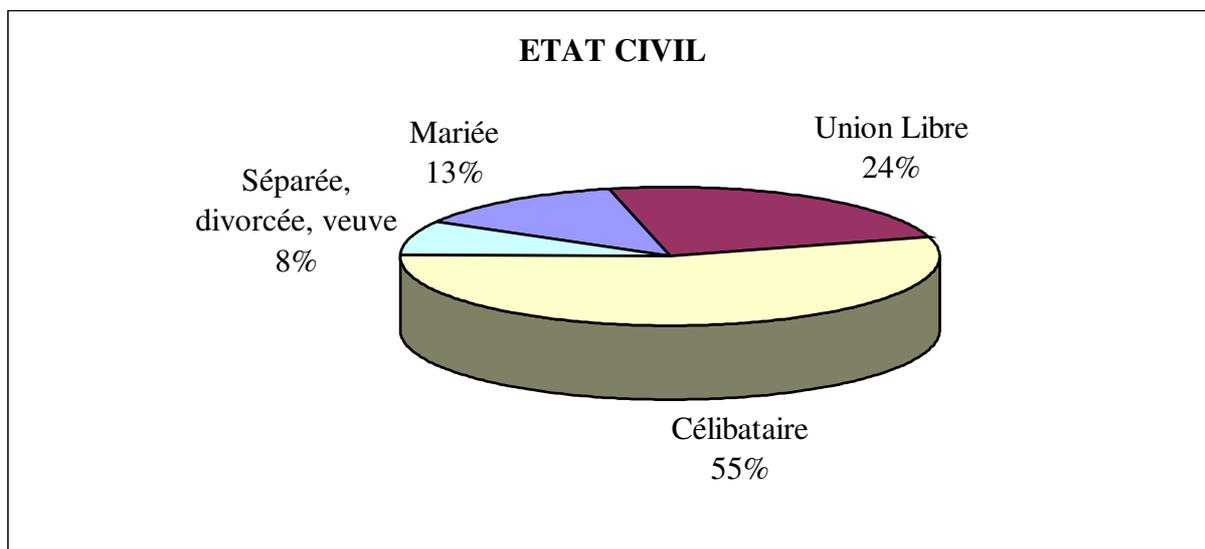
### **1 Profil de la population étudiée**

#### **1.1 Age**



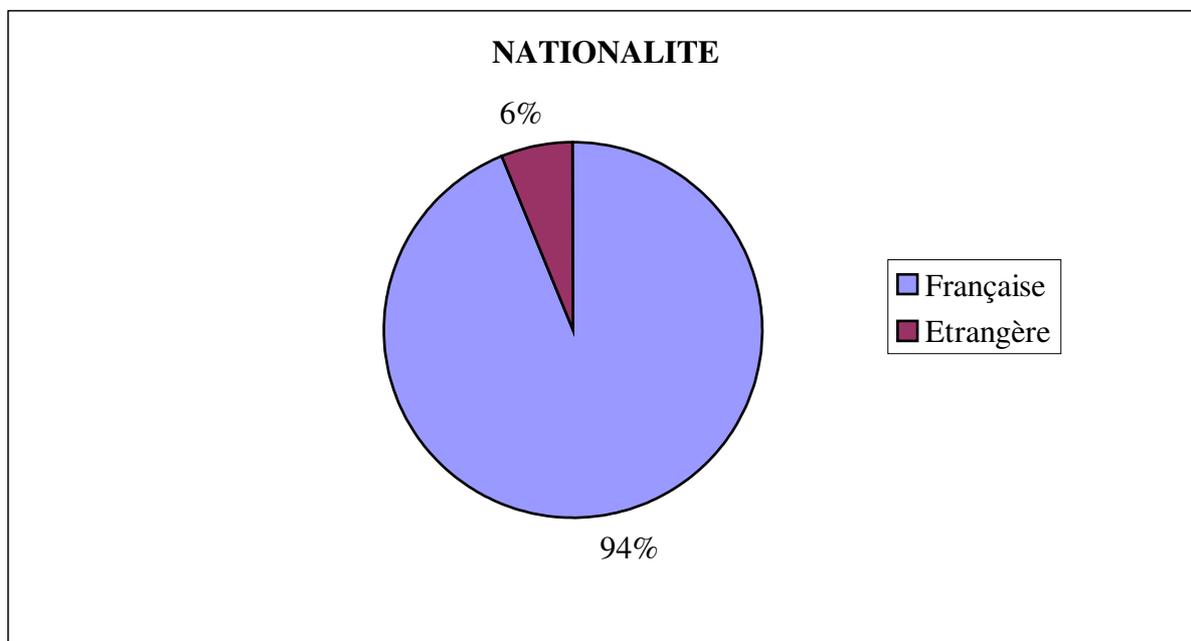
77% des femmes interrogées ont un âge compris entre 18 et 35 ans. Elles représentent la majorité. Les mineures représentent 8% des demandes. Les femmes de plus de 35 ans sont de 15%.

## 1.2 Etat civil



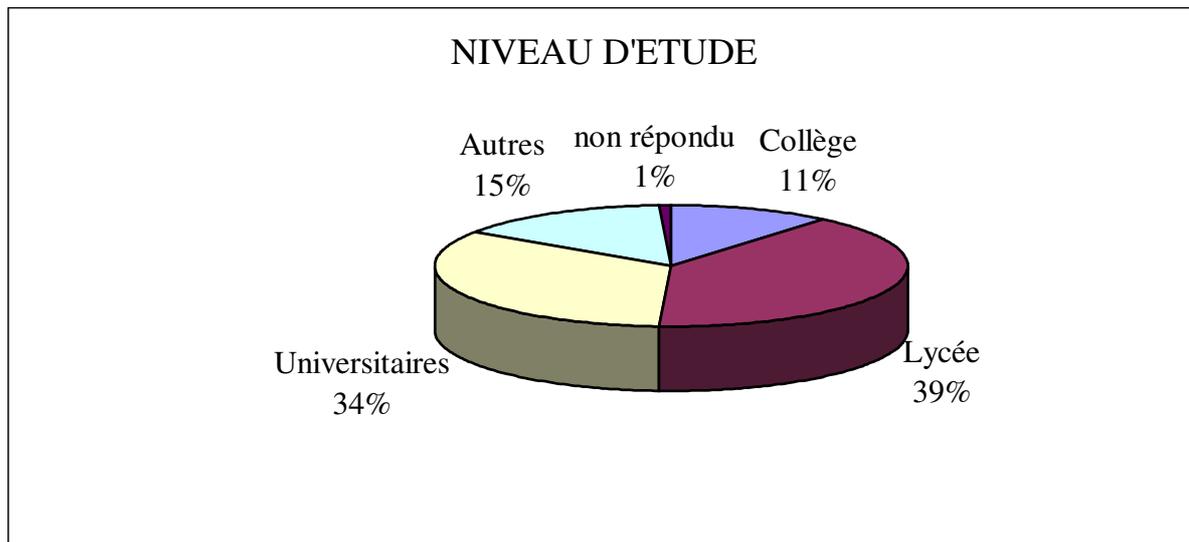
Les demandes sont surtout importantes chez les femmes célibataires (55%) et chez celles vivant en union libre (24%), soit au total 79% de l'échantillon.

## 1.3 Nationalité



Les étrangères représentent 6% de l'échantillon.

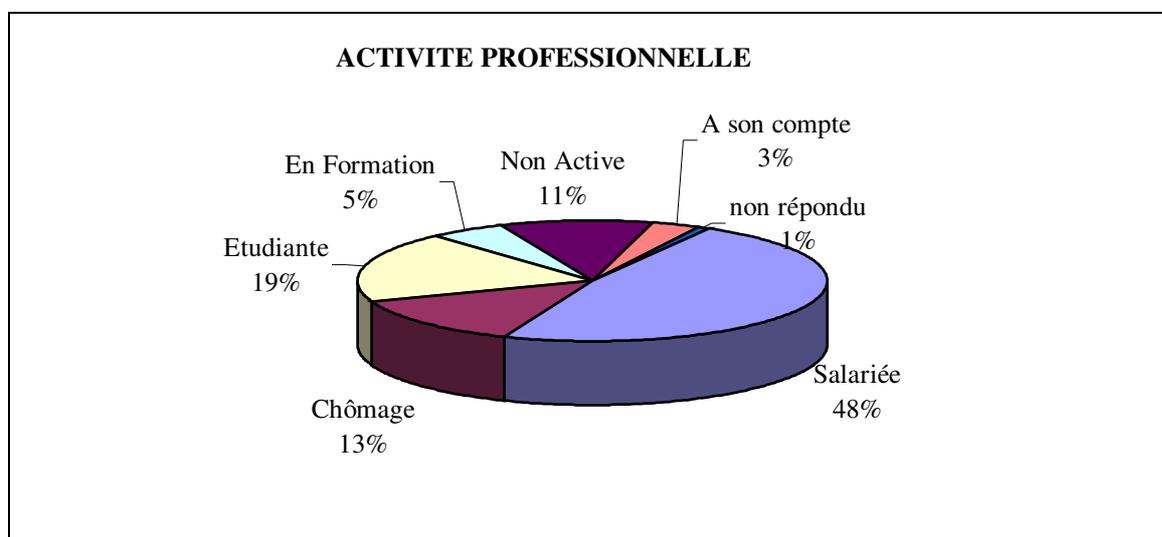
## 1.4 Niveau d'étude



39% des femmes sont de niveau lycéen. Suivi par 34% qui sont de niveau universitaire.

15% des femmes sont d'un autre niveau : 3,5% ont un BTS, 1,5% ont un BEP, 1% ont un CAP, 1% sont de niveau universitaire, 1% sont de niveau lycéen, 0,5% ont un bac professionnel, 2,5% n'ont pas de niveau d'études, 4% sont de niveaux variés.

Nous reverrons plus loin que le niveau d'étude a un impact sur les réponses aux questionnaires.



## 1.5 Activité professionnelle

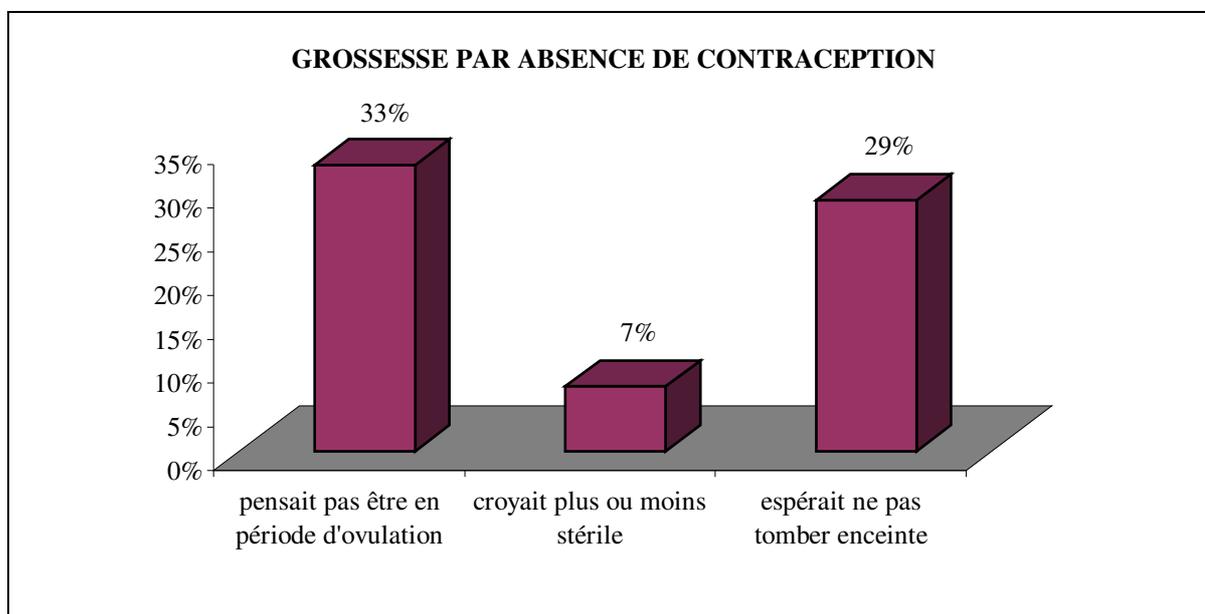
La moitié des femmes questionnées est salariée (48%).

Un quart suit un cursus scolaire (24%).

11% sont inactives, 13% sont au chômage, 3% ont une profession libérale.

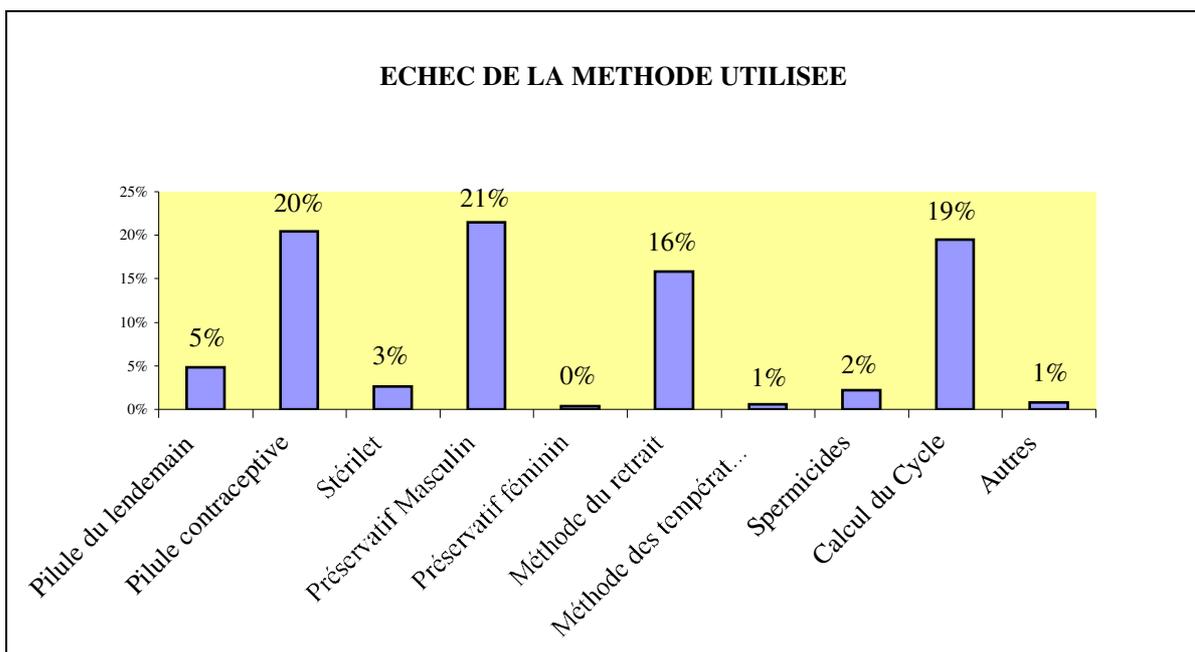
## 2 Mode de contraception précédent la grossesse

### 2.1 Absence de contraception



69% des femmes interrogées ont répondu qu'elles n'avaient pas de contraception dont 33% des femmes qui ne pensaient pas être en période d'ovulation, 29% qui espéraient ne pas tomber enceinte, 7% qui se croyaient plus ou moins stériles.

## 2.2 Méthodes utilisées



88% des femmes questionnées utilisent une contraception :

36% des femmes emploient des méthodes « naturelles » qui sont peu efficaces.

44% ont utilisé des moyens efficaces (préservatifs, contraception, stérilet).

Pour les moyens considérés comme efficaces, les échecs prédominent pour le préservatif masculin (21%) et la pilule contraceptive (20%).

Pour les méthodes naturelles, les échecs prédominent pour le calcul du cycle (19%) et la méthode du retrait (16%).

A noter que 5% ont eu un échec de la pilule du lendemain.

Profil de l'utilisation des contraceptions en fonction des catégories socio-démographiques des femmes :

### 2.2.1 Echec de la pilule contraceptive.

Il existe dans mon étude 20% d'échecs avec la pilule contraceptive. Ce sont les femmes de 18-25 ans (26%,  $p < 0,02$ ), de niveau lycéen (25%,  $p < 0,01$ ) qui ont le taux d'échec le plus élevé. A l'inverse ce sont les femmes de plus de 35 ans (11%,  $p < 0,02$ ), de niveau universitaire (11%,  $p < 0,02$ ) qui ont le taux d'échec le plus bas. Il n'y a pas de différences significatives entre les autres catégories.

### 2.2.2 Echec du préservatif.

Il existe 21% d'échec avec le préservatif masculin. Il n'y a pas de différences significatives entre les différentes catégories.

### 2.2.3 Echec du calcul du cycle .

19% des femmes questionnées ont un échec du calcul du cycle. Les femmes de niveau universitaire (25%,  $p < 0,01$ ), celles de profession libérale (41%,  $p < 0,02$ ) ont un taux le plus élevé. A l'inverse celles de niveau lycéen (14%,  $p < 0,02$ ) ont un taux le plus bas. Il n'y a pas de différences significatives entre

les autres catégories.

#### **2.2.4 Echec de la méthode du retrait.**

16% des femmes de l'enquête ont un échec de la méthode du retrait. Les célibataires (20%,  $p < 0,02$ ), les femmes séparées, divorcée ou veuves (17,5%,  $p < 0,02$ ), celles de profession libérale (35%,  $p < 0,02$ ) ont un échec plus élevé. Il n'y a pas de différences significatives entre les autres catégories.

#### **2.2.5 Echec de la CUH**

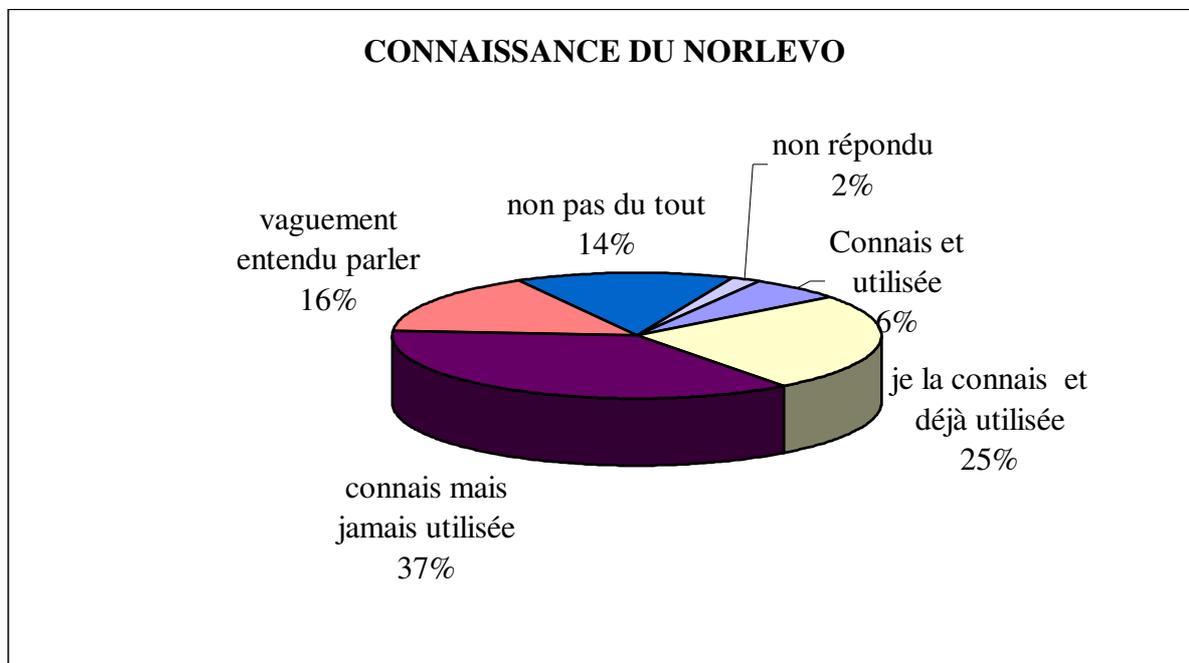
5% ont utilisé la CUH pour éviter cette grossesse.

Ce sont essentiellement les célibataires (7%,  $p < 0,02$ ), celles en formation (15,4%,  $p < 0,01$ ) et les étudiantes (8,5%,  $p < 0,05$ ) qui l'ont utilisée.

#### **2.2.6 Echec du stérilet**

Il existe 3% d'échec avec le stérilet. Il n'y a pas de différences significatives entre les différentes catégories.

### 3 Connaissance de la CUH par les patientes



#### 3.1 Surestimation des connaissances

68% des femmes questionnées qui demandent une IVG, disent connaître la CUH dont 6% l'ont utilisée pour éviter cette grossesse et 25% l'ont déjà utilisée.

23% des femmes qui prétendent la connaître en connaissent les modalités d'utilisation (délai de 72H et l'obtention chez le pharmacien sans ordonnance), ce qui représente sur l'échantillon total 15%.

Les femmes qui ignorent la CUH (30% dans l'échantillon) sont surtout :

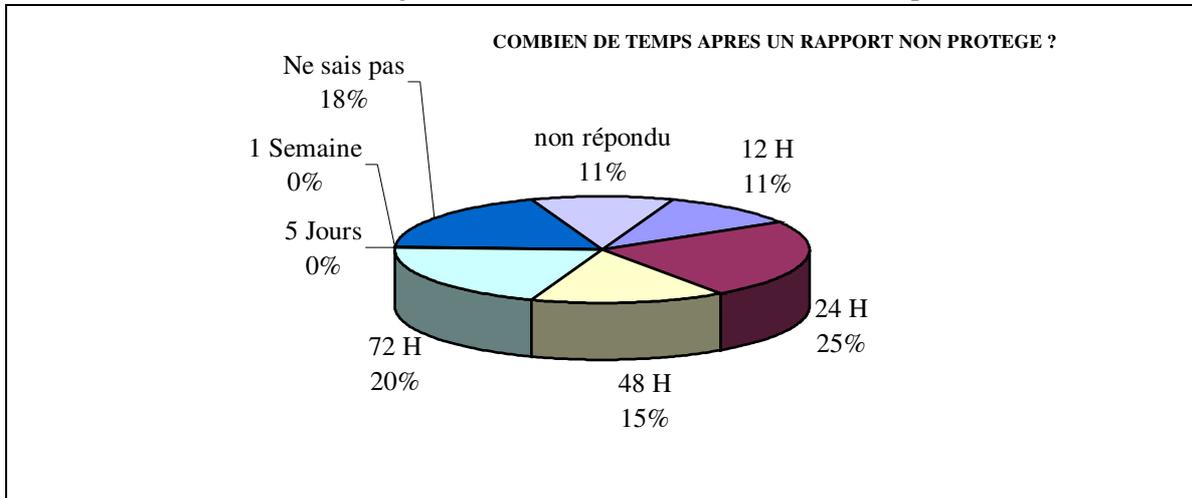
- des femmes non actives (47%,  $p < 0,01$ )
- celles d'un niveau collège (46,5%,  $p < 0,01$ )
- des femmes mariées (46%,  $p < 0,01$ )
- celles de 25-35 ans (41,5%,  $p < 0,01$ )

Les femmes qui pensent connaître le mieux la CUH sont surtout (68% dans l'échantillon):

- des étudiantes (83%,  $p < 0,01$ )
- des 18-25 ans (83%,  $p < 0,01$ )
- des célibataires (74%,  $p < 0,01$ )

### 3.2 Connaissances sur le délai entre le rapport et la prise de la C.U.H.(cf. :discussion sur la prolongation de délai à 5 jours.)

Seules 20% des femmes interrogées connaissent le délai maximum de 72 H pour l'utilisation.



25% pensent qu'elles avaient jusqu'au lendemain pour la prendre.

51% en tout ne connaissent pas les délais exacts.

29% ne savent pas ou n'ont pas répondu.

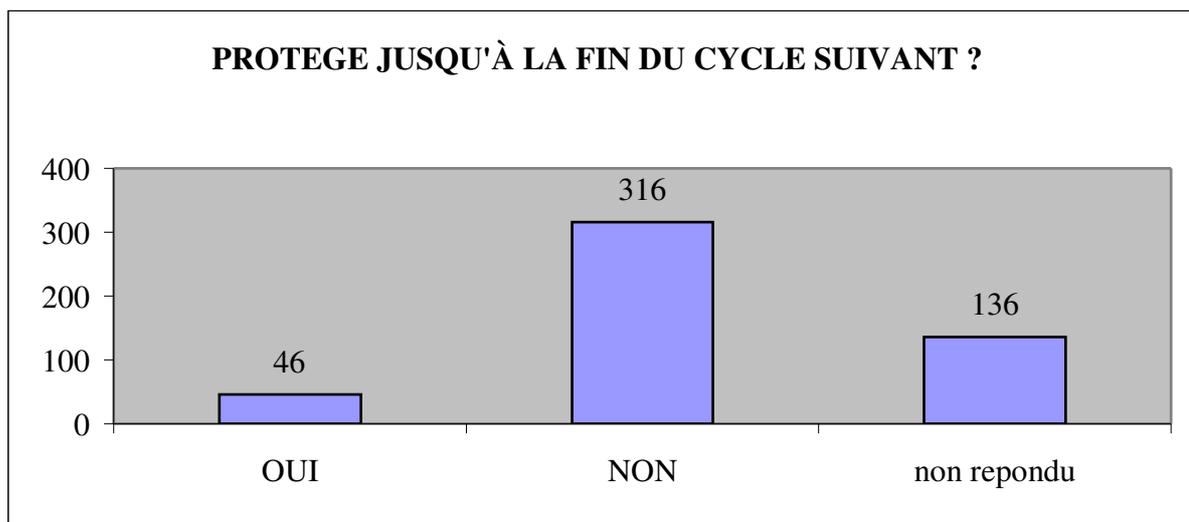
Les femmes qui connaissent le mieux le délai de 72H sont (20% dans l'échantillon global):

- les étudiantes (31%,  $p < 0,01$ ),
- celles de 18-25 ans (30%,  $p < 0,01$ ),
- les femmes en formation (27%,  $p < 0,01$ ),
- les célibataires (26,5%,  $p < 0,01$ ).

A l'inverse les femmes qui connaissent le moins le délai de 72H :

- les femmes mariées (6%,  $p < 0,05$ ),
- les femmes de plus de 35 ans (8%,  $p < 0,02$ ),
- celles de profession libérale (12%,  $p < 0,02$ ),
- celles au chômage (19,5%,  $p < 0,01$ ),
- les femmes salariées (17,5%,  $p < 0,01$ ).

### 3.3 Connaissances sur l'efficacité pour protéger les rapports sexuels suivants



64% des femmes questionnées savent que la CUH ne protège pas des rapports sexuels suivant. A l'inverse 9% des femmes pensent qu'elle protège des rapports sexuels suivant. 27% n'ont pas répondu. Les femmes qui savent le mieux qu'elle ne protège pas des rapports sexuels suivants sont(64% en moyenne):

-celles de niveau universitaire (70%,  $p < 0,01$ )

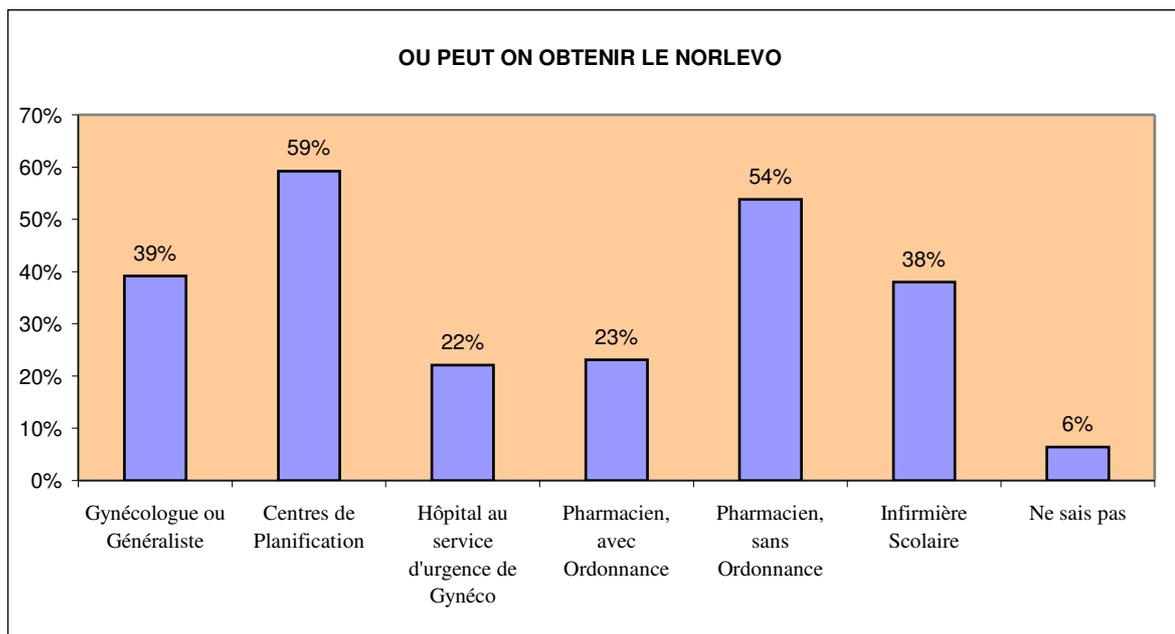
Les femmes qui pensent le plus qu'elle protège des rapports sexuels suivant sont (9% en moyenne):

- celles de niveau collègue (27%,  $p < 0,01$ )

-les femmes divorcées, veuves, ou séparées (17,5%,  $p < 0,02$ )

-les femmes non actives (17%,  $p < 0,02$ )

### 3.4 Connaissances sur les lieux d'obtention de la C.U.H.



Le premier lieu cité par les femmes questionnées pour l'obtention de la CHU est le centre de planification familiale (59%) mais il faut spécifier que l'enquête ayant lieu dans un centre de planification, les femmes y ont donc pensé naturellement.

Plus de la moitié des femmes sait qu'il ne faut pas obligatoirement une ordonnance préalable pour l'obtenir. Cependant un quart pense encore qu'il faut nécessairement une ordonnance pour l'obtenir. 39% citent le médecin généraliste et 38% les infirmières scolaires pour pouvoir l'obtenir.

Les femmes les mieux informées pour l'obtenir chez le pharmacien, sans ordonnances sont :

- les étudiantes (75,5%,  $p < 0,01$ ),
- celles de 18-25 ans (70,5%,  $p < 0,01$ ),
- les célibataires (65%,  $p < 0,01$ ).

Les femmes moins informées sont :

- les femmes mariées (26%,  $p < 0,01$ ),
- celles de plus de 35 ans (29%,  $p < 0,01$ ),
- celles de niveau collège (30,5%,  $p < 0,01$ ),
- celles en union libre (42,5%,  $p < 0,01$ ),
- celles de 25-35 ans (45%,  $p < 0,01$ ),
- les femmes salariés (48%,  $p < 0,05$ ).

Seulement 1,4% des femmes questionnées (7 au total) connaissent toutes les possibilités qui leurs sont offertes pour obtenir la CUH et 2 sur les 7 connaissent le délai d'utilisation (Soit 0,4% de l'échantillon).

### 3.5 Origines de ces connaissances.

Les femmes questionnées citent en premier (47%) les médias comme source d'informations de la CUH. Les amies sont également une source importante puisque 30% des femmes les nomment mais

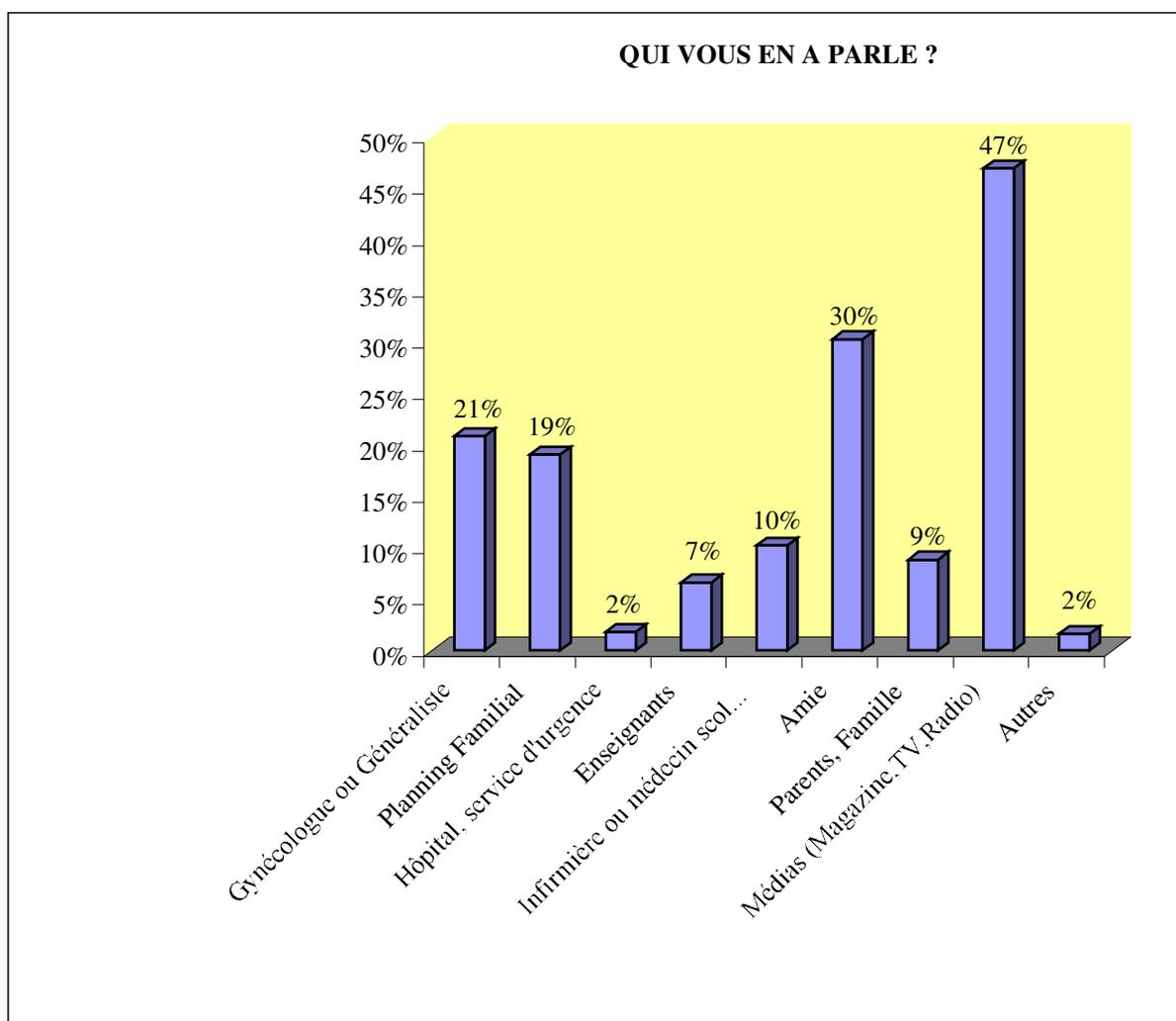
cependant il faut se méfier des informations erronées. Il en est de même pour les informations qui proviennent à 9% par la famille.

21% de l'information est donnée par les médecins et 19% par le planning familial. Il faut donc continuer à insister sur l'éducation à la santé.

10% des femmes ont eu l'information en milieu scolaire par des médecins scolaires ou par des infirmières et pour 7% des femmes par des enseignants. Les mineures ne représentent que 8% de ce questionnaire et dans leur catégorie ce taux reste faible mais est significativement différent en étant plus élevé que le taux général : 33% par les infirmières ou médecin scolaire( $p<0,02$ ) et 15% par les enseignants( $p<0,01$ ).

### 3.6 Connaissances et caractéristiques des femmes qui ont utilisé la CUH

Il faut noter que 31 femmes interrogées disent avoir utilisé la CUH pour éviter cette grossesse. Soit 6% de l'échantillon.



Ce sont essentiellement les célibataires (8,8%,  $p<0,01$ ), celles de 18-25 ans (9,6%,  $p<0,02$ ) et les étudiantes (11,7%,  $p<0,01$ ) qui l'ont utilisé le plus. A l'inverse ce sont les femmes mariées (0%, $p<0,05$ ) et les femmes non actives (0%, $p<0,05$ ) qui ne l'ont pas utilisé.

42% ( $p<0,01$ ) connaissaient le délai de prise de la C.U.H (contre 25% dans l'échantillon général).

84% ( $p<0,01$ ) savent qu'elle peut être obtenue en pharmacie sans ordonnance (contre 54% dans l'échantillon général).

6,5% (contre 9% dans l'échantillon général) pensent qu'elle reste efficace lors des rapports sexuels

suyvants. Il n'est pas possible de savoir si l'échec de la CUH est le résultat d'une mauvaise utilisation ou d'une mauvaise efficacité. Cependant il n'y a pas de différences significatives de ces femmes par rapport aux autres sur le niveau des connaissances de l'efficacité ou non lors des rapports sexuels suyvants.

### **3.7 Connaissances liées au niveau scolaire.**

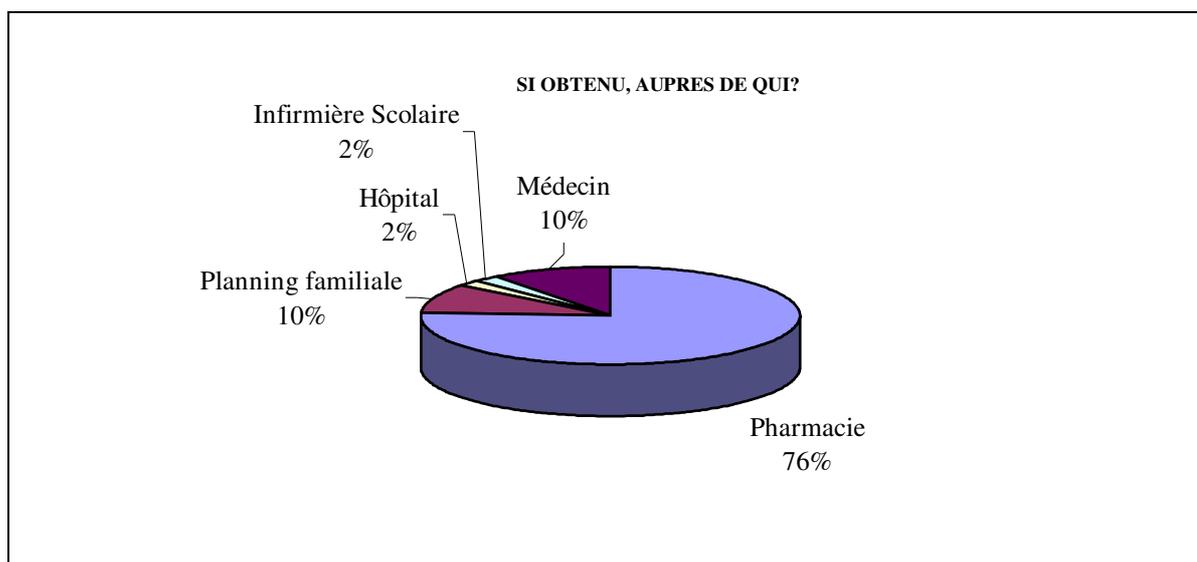
On s'aperçoit que pour les femmes questionnées de niveau collègue :

- 46,5 % ( $p < 0,01$ ) d'entre elles (contre 31%) ne connaissent pas la CUH,
- 27% ( $p < 0,01$ ) d'entre elles (contre 9%) pensent qu'elle protège des rapports sexuels suyvants,
- 30,5% d'entre elles (contre 54%) savent qu'on peut se la procurer chez le pharmacien sans ordonnance ( $p < 0,01$ ).

Les différences constatées sont non significatives pour celles de niveau lycéen ou universitaires (Qui-2).

On s'aperçoit ainsi du manque d'information qui est plus net lorsque le niveau d'études est inférieur, c'est à dire de niveau collègue.

#### 4 Par quel professionnel la C.U.H a-t-elle été obtenue ?

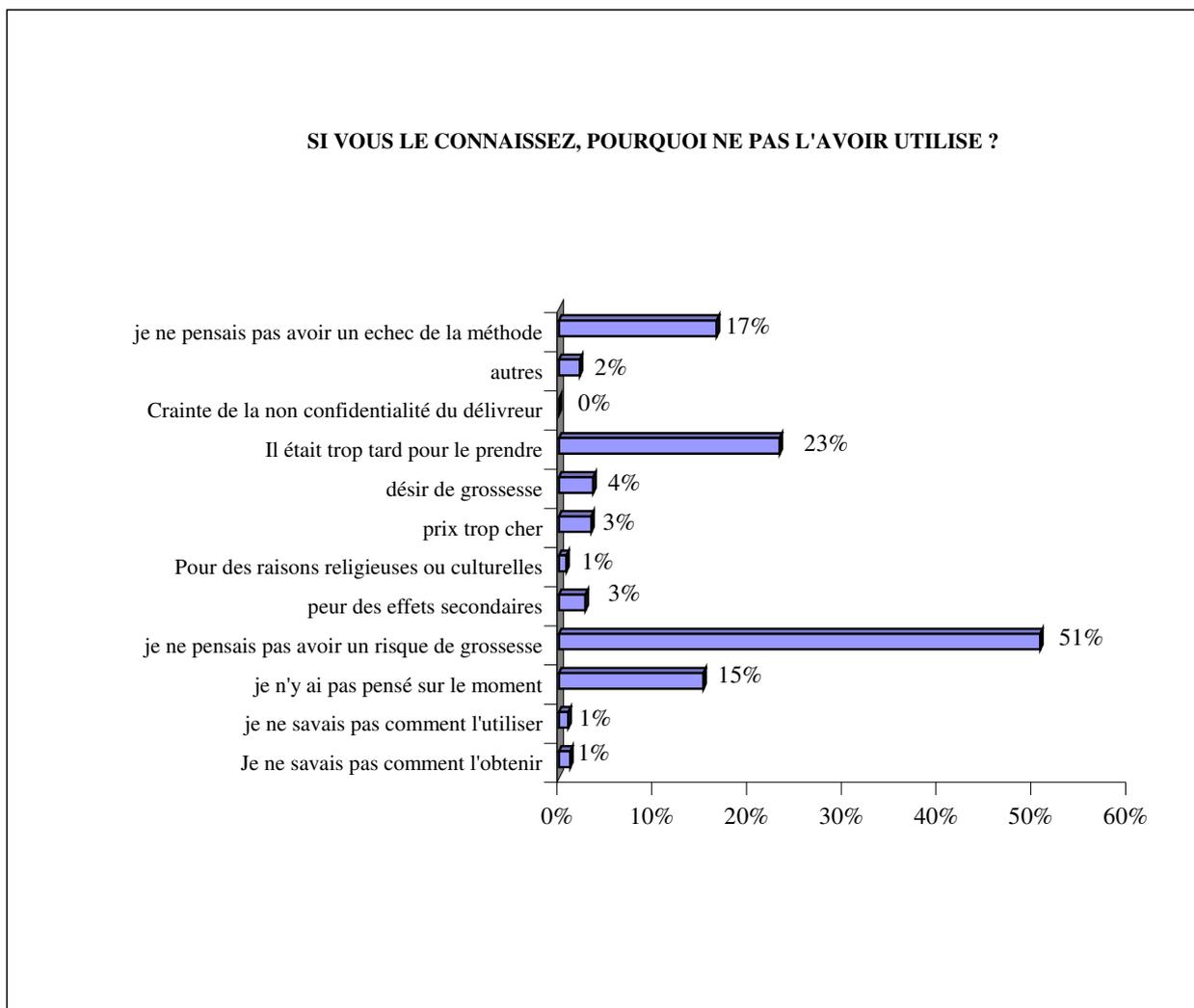


$\frac{3}{4}$  des femmes interrogées ont obtenue la CUH par le pharmacien.

La délivrance par les infirmières reste faible puisqu'elle n'est que de 2%.

10% des femmes l'ont obtenue par le médecin ainsi que pour 10% par le planning familial.

## 5 Raisons de la non-utilisation de la C.U.H.



Le principal obstacle à l'utilisation de la CUH est le manque de connaissance des risques de grossesse (51%). Quelle que soit la méthode utilisée (pilule, stérilet, retrait, préservatif) entre 44% et 50% ne pensaient pas avoir un risque de grossesse.

Bien que l'efficacité de ces différentes méthodes soit inégale, on peut supposer que la femme qui adhère à une méthode la pense efficace.

Pour 23% des femmes, il était trop tard pour utiliser la CUH.

17% ne pensaient pas avoir un échec de la méthode utilisée.

15% n'ont pas pensé sur le moment à prendre la CUH.

Les moyens pour obtenir la CUH ou l'utiliser ne semblent pas être un obstacle puisque seulement 1% ne l'ont pas utilisé pour cette raison.

3% indiquent un prix trop cher. Toutes les informations sur les modalités de prise en charge de la CUH ne sont pas encore parfaitement connues.

3% ont peur des effets secondaires. Est-ce dû au tétragnon® moins bien supporté ou le fait que beaucoup de femmes ont des effets secondaires avec leur contraception hormonale ?

4% ont un désir de grossesse exprimé sans désir d'enfants.

1% seulement ne l'ont pas utilisée pour des raisons religieuses ou culturelles.

## **6 Conclusion générale sur les résultats**

68% des femmes questionnées disent connaître la CUH. Mais seulement 23% d'entre elles en connaissent les modalités d'utilisation (délai de 72H et l'obtention chez le pharmacien sans ordonnance), ce qui représente sur l'échantillon total 15%.

Les informations proviennent surtout des médias (47%), ce qui souligne leur impact auprès du public. Les amies sont également une source importante (30%) mais cependant il faut se méfier des informations erronées. Il s'agit surtout du manque de connaissance des risques de grossesse qui est le plus important obstacle (51%) à l'utilisation de la CUH chez ces femmes qui disent la connaître mais qui ne l'ont pas utilisée.

## 4<sup>ème</sup> Partie : Discussion

### 1 Matériel et méthodologie

- Le taux de participation au questionnaire a été très satisfaisant.

- L'étude a été réalisée de janvier à avril 2003. L'échantillon obtenu n'est pas représentatif au niveau des données socio-démographiques de l'activité annuelle de l'hôpital St-Jacques. Cependant il faut noter que cette comparaison a été effectuée sur le rapport d'activité 2002 et non 2003 (année en cours et donc non encore analysée). De plus il faut préciser que le nombre mensuel d'IVG subit des variations saisonnières qui sont constatées chaque année de façon similaire : on observe une baisse en février, en août et en novembre. Cette variation doit être prise en compte [62].

-les biais : j'ai volontairement retiré de l'échantillon 5 questionnaires qui me paraissaient incohérents, 44 autres également car ils étaient trop incomplets.

-le recrutement : un quart des femmes en demande d'une IVG n'a pas remis le questionnaire. Nous n'avons aucune possibilité de savoir si elles correspondaient à une catégorie particulière. Nous ne pouvons faire que des suppositions : ainsi l'impossibilité pour certaines femmes analphabètes ou étrangères de remplir seules le questionnaire a pu nuire à la représentativité de l'échantillon.

-le questionnaire : -La question n°1 aurait dû faire état de l'âge précis des femmes pour en faire la moyenne et permettre d'exploiter différents critères en fonction de l'âge et non pas d'une catégorie d'âge. De même à la question n° 2 il aurait été préférable de séparer les femmes en catégorie : divorcées, séparées et veuves, afin d'avoir la possibilité d'en analyser chacune. Eventuellement si l'échantillon était faible (ce qui est le cas), il y avait toujours la possibilité de les regrouper.

-La question n° 6 devait être confuse : bien qu'il n'y eût qu'une seule réponse à donner, les femmes ont souvent coché à la fois dans la catégorie « pas de contraception » et dans la catégorie « échec de la méthode utilisée ». Peut-être ont-elles une attitude contradictoire vis-à-vis de leur mode de contraception ?

De plus elles ne pouvaient cocher qu'une case pour expliquer l'échec de la méthode contraceptive. Or après analyse des réponses nous nous sommes rendus compte qu'elles utilisaient parfois des méthodes différentes au cours d'un même cycle, voire plusieurs modes de contraception en même temps. C'est sans doute pour cette raison que les réponses ont parfois été multiples.

-A la question n°7, 31 femmes ont répondu avoir utilisé la CUH pour éviter cette grossesse. Cependant à la question n°6, 24 ont noté qu'elles avaient eu un échec de la CUH. Cette différence en nombre s'explique peut-être par le fait que la question n°6 demandait une réponse unique. Avant d'avoir eu un échec de la CUH, elles avaient certainement dû connaître l'échec de leur méthode habituelle, qui a dû leur sembler prépondérant. Certaines n'ont donc pas mentionné l'échec de la CUH. De plus à cette question, j'ai séparé volontairement les femmes qui ne connaissaient pas du tout le Norlevo® de celles qui en avaient vaguement entendu parler. Cette distinction n'apporte rien aux résultats du questionnaire.

- La question n° 8 demandait le délai de prise. Il faut noter que le compte rendu de l'étude réalisée par l'OMS sur 4136 femmes ayant pris une CUH dans un délai de 120 H après un rapport sexuel a été publié en décembre 2002, un mois avant mon étude (Cf. 4<sup>ème</sup> partie chapitre 6.2). Bien qu'elle soit toujours efficace jusqu'à 5 jours, prescrite comme telle, il n'y a pas d'AMM. Les femmes n'ont pas pu être informées d'une éventuelle prolongation du délai. Le délai maximum considéré comme exact est de 72 heures.

-A la question n°9 il manquait une case « ne sait pas » puisque nous pouvons nous apercevoir que 136 femmes n'ont pas répondu.

- Il aurait été intéressant, compte tenu qu'il s'agit d'une thèse de médecine générale, de savoir si ces femmes avaient un médecin généraliste. Ainsi à la question n° 11 il apparaît que seules 1/5 des femmes ont eu connaissance de la CUH par leur médecin. Il aurait été intéressant de savoir si chacune en avait un, pour connaître le pourcentage de celles qui avaient été informées par cette voie.

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des femmes sur le LVN. Le deuxième objectif était de comprendre les raisons pour lesquelles elles ne l'avaient pas utilisé, dans le cas où elles le connaissaient.

Après avoir établi une caractérisation de l'ensemble des femmes en demande d'IVG, nous étudierons les éventuels liens entre ces caractéristiques socio-démographiques et les connaissances relatives à la CUH d'une part et les raisons de sa non-utilisation d'autre part.

## **2 Profil de la population étudiée**

### **2.1 Age**

Les IVG touchent toutes les tranches d'âge. Les trois quarts sont âgées de 18 à 35 ans.

Selon le rapport d'activité du centre d'orthogénie de St-Jacques, il y a peu de changements d'une année sur l'autre, avec une augmentation progressive de la tranche des 25-35 ans depuis 3 ans (1999-2002) [61]. Le constat par la DRESS du taux des IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans de 1990 à 1997, est plutôt stable au-delà des 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. Les différences de taux d'IVG, observées selon l'âge des femmes, illustrent les moments de la vie pendant lesquels le risque d'IVG peut se révéler plus ou moins important. Ces différences peuvent aussi indiquer des évolutions de comportement d'une génération à l'autre, les plus jeunes remplaçant leurs aînées au fil du temps [62].

Le taux d'avortements pour 100 conceptions est étroitement lié à l'âge de la femme au moment de la conception. Il était, en 1989, de 62% à 14-15 ans ; 50% à 16-17 ans ; 36% à 18-19 ans ; 14 % à 25-29 ans et de 48% à 40-44 ans [4].

On peut isoler une catégorie particulière de risque épidémiologique, les mineures. En effet le risque d'une utilisation répétée de l'avortement est plus grand lorsque la première interruption a été subie avant 20 ans. A un âge donné et quel que soit cet âge, la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente suivant le nombre déjà subis mais aussi avec l'âge de la première IVG: vivre un avortement à 15-17 ans, ou deux à 20 ans, c'est appartenir à un groupe de femmes plus enclines que d'autres à recourir par la suite à ce mode de prévention des naissances. Chez les femmes ayant avorté en 1979, alors qu'elles étaient âgées de 20 à 25 ans, la probabilité de subir un nouvel avortement dans les douze années qui suivaient était de l'ordre de 20% s'il était le premier, de 26% si c'était le deuxième et de plus de 40% si c'était le troisième[1].

### **2.2 Etat civil**

La moitié des femmes interrogées était célibataire. Par ailleurs les trois quarts des demandes concernaient des femmes célibataires ou vivant en union libre.

Cette proportion se retrouve également dans le dossier de presse sur la contraception de 1999[4] et par le Dr Nisand[1]. Ce sont essentiellement les femmes qui vivent seules qui ont recours à l'IVG : en 1990, 51% des femmes ayant eu une IVG étaient célibataires[4,1].

### **2.3 Nationalité**

Le pourcentage de femmes d'origine étrangère est de 6%.

### **2.4 Niveau d'étude**

Le niveau d'étude est élevé puisque les trois quarts ont un niveau égal ou supérieur au secondaire. On

constate en fonction du niveau d'études des différences de connaissances. Nous y reviendrons plus tard.

## **2.5 Activité professionnelle**

Comme on peut le remarquer toutes les catégories socioprofessionnelles ont recours à l'IVG (Constaté également par I.Nisand[1]).

## **3 Mode de contraception précédent la grossesse actuelle**

### **3.1 Absence de contraception**

69% ont coché une des réponses de la partie « pas de contraception ».

A l'inverse 88% utilisent une contraception, ce qui semble paradoxal.

On peut constater qu'il existe un flou dans les réponses puisque certaines ont répondu à la fois qu'elles n'avaient pas de contraception et qu'elles avaient eu un échec de la méthode utilisée. Dans une étude réalisée en 1998 sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les CPEF du Val de Marne, il est constaté qu'il existe un écart important entre la contraception que les femmes disent utiliser, et celle qu'elles avaient réellement au moment du dernier rapport sexuel. Parmi les femmes qui ont débuté leur vie sexuelle depuis moins de un an, 28 disent qu'elles n'ont aucune contraception. En réalité 47% n'avaient aucune contraception lors du dernier rapport sexuel [63]. De même une étude norvégienne a montré que quelques femmes, bien qu'ayant arrêté leur pilule le cycle précédent, indiquaient toujours l'utiliser au moment de la conception [64].

Dans différentes études, 3% des femmes n'utilisent pas de moyen de contraception alors qu'elles n'ont pas de désir de conception et ont des relations sexuelles[64]. Parmi les femmes en demande d'IVG, dans l'étude de L. Young, 36% n'ont pas utilisé de méthode contraceptive[65], 39% selon le rapport de l'hôpital St-Jacques [61]. Une grossesse non planifiée sur trois est due à une absence de contraception. Toutes les grossesses non désirées ne sont donc pas dues à une absence de contraception mais sont également la conséquence d'un échec de contraception [64].

### **3.2 Méthodes utilisées**

88% utilisent une contraception (36 % emploient des méthodes « naturelles » réputées peu efficaces et 44% ont utilisé des moyens efficaces (préservatifs, pilule, stérilet)).

Dans l'étude Cocoon de 2000 ce taux est plus faible. 65% des grossesses non planifiées sont dues à un échec de contraception (taux encore plus faible dans l'étude de Trussel aux USA : 50%) : 21% avec la pilule, 12% avec le préservatif, 9% avec le stérilet, 22% avec une méthode naturelle (à noter que ces taux reflètent les grossesses non planifiées et non les demandes d'IVG, sachant que 50% des grossesses non planifiées se terminent par une IVG) [64]. A St-Jacques, le taux d'échec est de 51% (18% avec la pilule, 12% avec le préservatif, 1% avec le stérilet, 7% avec la méthode du retrait, 20% avec la méthode de calcul du cycle)[61]. Ce taux élevé (retrouvé dans mon étude) est sans doute dû au fait que ces femmes utilisent parfois plusieurs méthodes simultanément ou que celles-ci varient au cours du cycle. Les réponses sont donc multiples ce qui augmente le taux de contraception issu du questionnaire.

Dans mon étude j'ignore si le pourcentage d'échecs des différentes méthodes est lié à leur mauvaise utilisation ou bien à leur plus fréquente utilisation par rapport à l'ensemble des méthodes utilisées.

Différents auteurs ont souligné la nécessité de savoir si la méthode de contraception est appropriée au contexte social et affectif. Le manque d'informations peut expliquer une partie des échecs de la

contraception . Il faut également choisir la méthode la plus appropriée en fonction du contexte de vie de la femme (fréquence des relations sexuelles, milieu social, style de vie) pour réduire les échecs par mauvaise utilisation [64].

### **3.2.1 Echec de la pilule contraceptive**

1/5 des échecs semblent dus à la pilule contraceptive. Or le taux d'échecs théorique est de 0,5%[4].

Différentes études ont contribué à comprendre les raisons de ces échecs :

Une étude réalisée par Aubeny et al sur 3316 femmes qui prennent la pilule, a montré que 23% des femmes sous pilule ont oublié de la prendre pendant un jour ou plus, au cours du dernier mois d'utilisation et que dans 42% des cas, l'oubli survient dans la semaine qui suit l'arrêt de 7 jours de la pilule contraceptive. Un tiers des femmes n'a pas pris de mesures suite à cet oubli. Ainsi, de façon à prévenir l'oubli suite à un arrêt d'une semaine, prescrire une pilule en continu pourrait réduire l'oubli par mégarde des premiers jours du cycle. A noter que l'oubli est plus fréquent chez les femmes de 30-34 ans qui vivent en couple, ainsi que chez celles de 18-24 ans qui vivent seules [66]. De même l'équipe Cocon montre que 60% des femmes enceintes et ne désirant pas l'être utilisant la pilule affirment l'avoir mal utilisée (prise tardive ou oubli) [64].

Dans l'étude de l'INSERM de 1999, 65% des femmes utilisant la pilule l'ont déjà oubliée dans les douze derniers mois dont 6% ont eu recours à la CUH. Sur l'ensemble de ces femmes, 86% déclarent cependant connaître la CUH[67].

Ces échecs, comme le montrent ces différentes études, sont dus essentiellement à un problème d'observance du traitement. Il est donc primordial d'insister sur la prise régulière de la pilule mais également d'informer des conduites à tenir en cas d'oublis de prises ou de vomissements survenant peu de temps après.

Pour une meilleure observance, des travaux sont en cours pour élaborer des transporteurs d'hormones qui, après absorption orale, libéreront des molécules actives durant des semaines, voire des mois. Toutes les voies sont explorées, de la nasale à la percutanée. Des cartes à puce libérant sur programme, à l'heure désirée, la quantité de la substance souhaitée, sont au stade expérimental[68].

Comme il a été vu dans plusieurs études, la distribution des méthodes contraceptives varie avec l'âge [2]. La pilule est l'apanage des femmes les plus jeunes [2]. 85,5% utilisent la pilule chez les 20-25 ans, 63,2% chez les 26-34ans, 47,4% chez les 35-44 ans, 36,2% chez les 45-54 ans[69]. Dans mon étude : ce sont les 18-25 ans qui ont le taux d'échec le plus élevé. Il est certainement dû à une utilisation plus importante. Les plus de 35 ans ont quant à eux le taux le plus bas. De même celles d'un niveau lycée ont le taux d'échec le plus élevé, à l'inverse des universitaires qui ont le taux le plus bas.

Il n'y a pas de différences significatives entre les autres catégories socio-démographique. Selon N.Bajos, la pilule n'est pas nécessairement la méthode la plus appropriée pour celles qui ont des rapports irréguliers, surtout chez les jeunes qui ont souvent de longues périodes sans partenaire[64].

L'inobservance du traitement pose d'autant plus problème que, comme nous le verrons plus tard, les femmes, suite à un échec de la pilule, n'ont pas le réflexe d'utiliser une CUH.

### **3.2.2 Echec du préservatif**

Il existe 21% d'échecs avec le préservatif masculin. Il n'y a pas de différences significatives entre les différentes catégories socio-démographiques.

L'efficacité des préservatifs n'est pas parfaite en raison des accidents lors de l'utilisation (préservatifs percés, déchirés, ayant glissé ou étant restés dans le vagin) qui sont fréquents. Plusieurs études [67,64,70] le constatent :

Ainsi, dans l'étude de l'INSERM 31% des femmes de 18-44 ans ont déjà eu dans les douze derniers mois un problème avec le préservatif (déchiré ou resté dans le vagin). 58% n'ont pas pris la CUH suite à ce problème alors que 76% la connaissaient [67].

53% des femmes enceintes et ne désirant pas l'être, utilisant le préservatif, citent un mauvais usage [64]. 14% des jeunes filles non vierges disent avoir eu un problème avec le préservatif [70].

La distribution des méthodes contraceptives varie avec l'âge. Ainsi dans une enquête menée chez les 13-21 ans en 1997, nous nous apercevons que le préservatif est la méthode contraceptive la plus utilisée au cours du premier rapport à 95%[70]. Le préservatif est surtout utilisé par les jeunes et décroît avec l'âge (53,4% pour les 15-19 ans, 23,9% pour les 20-25ans, environ 15% pour les plus de 25 ans) [69].

Les rapports des jeunes sont souvent irréguliers et imprévus[64].

Il est donc nécessaire que les campagnes d'informations s'orientent sur cette population et insistent sur l'emploi de la double protection : pilule et préservatif. Cette association pilule et préservatif reste faible : L'enquête de Lemort et al le démontre puisqu'elle a été utilisée à 10% chez les 13-21 ans [70], de même dans l'étude de Leridon, 28% des 18-19 ans l'utilisent[2]. Même si le préservatif prévient les MST, il faut éviter qu'il ne devienne une méthode contraceptive.

Quelle que soit l'utilisation du préservatif (contraceptive ou de protection contre les MST), il faut tendre à une amélioration de leur efficacité (préservatifs plus solides) et à une meilleure diffusion des préservatifs féminins qui procure une autonomie à la femme tout en la protégeant contre les MST[68].

Enfin il faut souligner que les échecs du préservatif sont d'autant plus graves que la prise de la CUH reste rare.

### **3.2.3 Echecs des méthodes naturelles (calcul du cycle et retrait)**

1/3 des femmes de mon étude emploie des méthodes « naturelles »( 19% ont un échec du calcul du cycle et 16% ont un échec de la méthode du retrait). Cependant certaines utilisent les deux méthodes à la fois, ce rapport est donc probablement surestimé. Dans l'enquête menée par l'équipe Cocon, 26% des femmes enceintes utilisant la méthode naturelle et ne souhaitant pas de grossesse évoquent un mauvais calcul du cycle, mais surtout 67% des femmes citent un retrait tardif [64].

La méthode du calcul du cycle reste aléatoire. Comme le montre Wilcox, seules 30% des femmes entrent dans la fenêtre fertile entre le 10ème et 17ème jour. Les autres femmes sont fertiles avant ou après cette fenêtre même si elles ont des cycles réguliers [71]. L'étude multicentrique de l'OMS sur la méthode d'ovulation a montré un taux d'échecs global de 20% par an tous cycles confondus[17]. Une personne sur trois a un échec avec la méthode du retrait[4].

### **3.2.4 Echec de la CUH**

6% ont utilisé la CUH pour éviter la grossesse. Ces femmes connaissent mieux que les autres le délai de prise et la possibilité d'obtenir la CUH chez le pharmacien sans ordonnance. Il n'existe pas de différences significatives entre ces femmes et les autres au niveau des connaissances sur l'inefficacité de la CUH lors des rapports sexuels suivants.

Mon étude ne permet pas de savoir si les IVG sont le résultat d'une mauvaise utilisation ou d'une mauvaise efficacité de la CUH.

Cf 4<sup>ème</sup> partie chapitre 4.6 sur les caractéristiques des femmes qui ont utilisé la CUH.

### **3.2.5 Echec du stérilet**

Le stérilet présente un taux d'échec de 3%. Dans mon étude, il n'y a pas de différences significatives entre les différentes catégories socio-démographiques. Cependant on peut remarquer que l'utilisation du stérilet augmente avec l'âge (1,6 % chez les 20-25 ans, 20,6% chez les 26-34 ans, 34,7% chez les 35-44 ans et 36,6 % chez les 45-54 ans)[69].

## **4 Connaissance de la CUH par les patientes**

## 4.1 Surestimation des connaissances

Un quart des femmes interrogées a déjà utilisé la CUH. Ce résultat est retrouvé par d'autres : Aneblom décrit un taux de 22% chez les femmes en demande d'une IVG[72], 24% d'après Perslev[73], 37,5% d'après L Young[65]. De plus 6% des femmes interrogées l'ont utilisée pour éviter leur grossesse actuelle (6,6% [73], 3%[72]).

L'analyse du questionnaire révèle aussi que les 2/3 des femmes qui demandent une IVG connaissent la CUH, ce qui est relativement élevé. Cela apparaît encore davantage dans l'étude réalisée auprès de femmes suédoises, où 83% affirmaient connaître l'existence de la CUH[72]. Cependant le rapport de 2001 de l'INSERM sur les connaissances et pratiques de la CUH en France montre que les réponses des femmes sur la connaissance de la CUH sont influencées par les formulations utilisées et par la disposition des questions dans le questionnaire. En effet il existe une différence entre les connaissances spontanées (c'est à dire formulées par les femmes qui la citent spontanément en début de questionnaire et/ou qui l'ont déjà utilisée) qui représentent 19% et les connaissances effectives (formulées à la question « que peut faire une femme pour éviter d'être enceinte à la suite d'un rapport sexuel sans contraception » en sachant que plusieurs questions sur la CUH ont déjà été posées) qui représentent 71%[74]. Certaines femmes s'informent donc sur la CUH au fur et à mesure du questionnaire.

Ainsi on peut expliquer que dans mon étude seulement 1/4 des femmes affirmant la connaître, en connaît réellement les modalités d'utilisation (c'est à dire le délai de 72H et l'obtention chez le pharmacien sans ordonnance), ce qui représente 15 % de l'échantillon total.

La connaissance de la CUH varie en fonction du niveau d'étude, de l'âge, de l'état civil, et de la profession. Dans mon étude il ressort que les femmes qui affirment le moins la connaître appartiennent essentiellement à ces catégories: femmes mariées, de niveau collègue, âgées de 25-35 ans, non actives. A l'inverse ce sont les étudiantes, les 18-25 ans, les célibataires qui prétendent la connaître le mieux. A noter que les effets d'âge et de diplômes se conjuguent sans doute. Ce résultat est retrouvé dans plusieurs études sur la CUH [74,73,75]. Ce constat est ainsi confirmé en partie par le rapport de 2001 de l'INSERM sur les connaissances et pratiques de la CUH en France. Il montre que les femmes qui connaissent la CUH ont un niveau d'études plus élevé que les autres. De plus, plus les femmes sont jeunes, plus elles connaissent la CUH [74]. Perslev décrit aussi qu'elles sont plus jeunes (moyenne d'âge 26 ans), ont un niveau d'étude plus élevé, sont plus souvent célibataires ou vivent avec leurs parents [73]. De même pour Smith, le niveau de connaissance de la CUH est supérieur chez les plus jeunes, et les célibataires [75].

De plus, pour Smith et Perslev, celles qui connaissent le mieux la CUH utilisent plus régulièrement une contraception [73,75]. Certains auteurs précisent également qu'en ce qui concerne les méthodes utilisées au cours de la vie, les femmes qui ont utilisé le préservatif ou le calcul du cycle connaissent mieux la CUH : c'est le cas pour H.Goulard[67]. Ce lien entre utilisation actuelle du préservatif et connaissances sur la CUH est également retrouvé par Ellerston et al (2000) ainsi que Glasier et Baird (1998) [74]. A l'inverse Smith décrit qu'il n'y a aucun lien entre les deux [75], de même selon Perlev[73].

Savoir qu'il est possible de recourir à la CUH en cas de rapport sexuel non ou mal protégé ne préjuge pas pour autant d'une utilisation efficace. Encore faut-il que les femmes sachent où se la procurer et connaissent les délais d'utilisation.

## 4.2 Connaissances sur le délai entre le rapport et la prise de la CUH

Seulement 20% des femmes interrogées connaissent le délai maximum de 72 heures pour l'utilisation. Le terme de pilule du lendemain entraîne une grande confusion quant aux délais puisque 25% pensent qu'elles n'ont que jusqu'au lendemain pour la prendre.

1/3 des femmes ne sait pas ou n'a pas répondu. Aucune n'a donné un délai supérieur à 72 heures.

En tout, la moitié d'entre elles ne connaît pas les délais exacts, ce qui contribue très certainement à diminuer le nombre d'utilisatrices potentielles parce qu'elles pensent qu'elles ont dépassé le délai

maximum pour la première prise.

Cette constatation est également retrouvée dans différentes études, avec parfois des pourcentages de connaissances plus élevés [67,74,65,75,72,73] :

Dans une étude réalisée en 1999 par l'unité 569 de l'INSERM, parmi les utilisatrices potentielles de la CUH ( c'est-à-dire les femmes qui ont actuellement des rapports sexuels, ne sont pas stériles, ne sont pas enceintes et ne souhaitent pas le devenir, n'ont pas de contraception et celles qui ont eu un problème avec leur contraception dans les douze derniers mois), soit 13% de l'échantillon, 74% déclarent savoir dans quel délai la prendre et seulement 24% donnent la réponse exacte[67].

Ce pourcentage est plus élevé d'après L.Young : en 1994, la moitié des femmes en attente d'une IVG qui avaient entendu parler de la CUH, connaissait le délai de 72 heures [65]. De même d'après les résultats de Perslev, 56% des femmes connaissent le délai de 72H [73]. Dans le rapport de Smith, 94% des femmes connaissaient la CUH, mais seulement 39% connaissaient le délai [75]. Dans l'étude réalisée auprès de femmes suédoises, 83% connaissaient l'existence de la CUH, 38% donnaient le délai de 72 heures [72]. D'autres études montrent une connaissance variant de 7 à 42%. La majorité sous-estime le délai [73,72].

Il faudra donc s'attacher, à l'avenir, à parler aux femmes de "contraception hormonale d'urgence" et de "pilule d'urgence", afin que ces termes leur deviennent aussi familiers que celui de "pilule du lendemain".

La connaissance de la CUH varie en fonction du niveau d'étude, de l'âge, de l'état civil et de la profession. Ainsi dans mon étude je constate que ce sont essentiellement les étudiantes, les 18-25 ans, celles en formation et les célibataires qui connaissent le mieux le délai de 72H. A l'inverse les femmes qui connaissent le moins le délai de 72H sont les femmes mariées, les femmes de plus de 35 ans, les profession libérales, celles au chômage et les salariées.

### **4.3 Connaissances sur l'efficacité pour protéger les rapports sexuels suivants.**

9% des femmes questionnées pensent que la CUH reste efficace pour protéger les rapports sexuels suivants.

Parmi ces femmes, celles qui savent le mieux que la CUH ne protège pas des rapports sexuels suivants sont celles d'un niveau universitaire. A l'inverse, celles qui pensent le plus qu'elle protège des rapports sexuels suivants sont celles d'un niveau collège mais également les femmes divorcées, veuves ou séparées et les femmes non actives.

### **4.4 Connaissances sur les lieux d'obtention de la CUH**

Afin de pouvoir utiliser la CUH, les femmes doivent en effet connaître le délai, mais aussi les différents lieux où l'on peut l'obtenir.

59% des femmes interrogées citent en premier lieu le centre de planification familiale. Il faut cependant spécifier que l'enquête avait lieu au centre de planification de St-Jacques. Les femmes y ont donc pensé naturellement.

La moitié cite en second lieu la pharmacie et sait qu'il ne faut pas obligatoirement une ordonnance médicale pour obtenir la CUH. Ce constat est confirmé par l'étude de H.Goulard et al datant de 1999[74].

Les mieux informées de la possible obtention sans ordonnance chez le pharmacien, sont les étudiantes, les 18-25 ans, les célibataires.

Les moins informées sont les femmes de niveau collège, les plus de 25 ans, les femmes mariées ou en union libre, les salariées.

Les médecins généralistes arrivent en 3<sup>ème</sup> position (39%), de même que les infirmières scolaires (38%).

Ce dernier taux monte même à 49% chez les mineures (non significatif).

Seulement 1,4% des femmes (c'est-à-dire 7 sur 498) connaissent toutes les possibilités qui leur sont offertes pour obtenir la CUH et donc pourront se la procurer dans n'importe quelles circonstances et uniquement 2 sur les 7 connaissent le délai d'utilisation (soit 0,4% de l'échantillon).

Il faudra donc veiller dorénavant, à chaque fois que l'on prodiguera des informations sur la CUH, à spécifier tous les endroits possibles où les femmes sont susceptibles de l'obtenir afin de les préparer à toute éventualité, quelle que soit leur situation.

## 4.5 Origines de ces connaissances.

Les femmes questionnées ont eu connaissance de la CUH par différentes sources.

Pour commencer, 47% des femmes sont informées par les médias, qui sont leur source d'information principale. Ce résultat est confirmé par d'autres études avec un taux arrivant à 50% [72] et 56% [75]. L'article L. 5122-6 du code de la santé publique interdit toute publicité auprès du public pour un médicament remboursable. Etant donné la place des médias dans l'information, il suffirait de modifier la législation afin que Norlevo® fasse l'objet d'une dérogation à cet article, comme c'est le cas pour les vaccins et les produits anti-tabac. On permettrait ainsi la citation du nom de marque dans des messages d'information, notamment des brochures et les femmes seraient donc probablement mieux informées. On pourrait aussi tout simplement inciter les professionnels et les patients à parler en dénomination commune internationale (DCI) [48].

En seconde position sont citées les proches : 30% des femmes ont été informées par des amies et 9% par la famille. Ces sources d'information sont également importantes. Des résultats similaires ont été rapportés dans différentes études [63,70]. 30% proviennent des amis dans l'étude de Young [65], 27% dans celle de Smith [75] et, 43% dans celle de Aneblom [72]. Cependant il faut se méfier d'un "bouche à oreille" délétère pour la transmission d'informations les plus justes possibles.

21% sont informées par leur médecin généraliste et/ou par leur gynécologue. Ils sont donc cités en 3<sup>ème</sup> position seulement. Dans différentes études ce taux est plus bas (entre 4,5% et 7,3% [72,75]). Différentes raisons peuvent motiver le médecin à transmettre l'information aux femmes : il a été noté dans une thèse de médecine générale que l'information survient dans 41% des cas après un rapport à risque, dans 4,5% des cas lors d'une demande d'IVG et dans 36,4% lors d'une première prescription de pilule [57]. Il y a donc un travail de prévention qui est insuffisamment fait par les médecins. Ce travail pourrait être fait en même temps que la prescription d'une contraception. En précisant également les échecs possibles de la contraception utilisée, le médecin pourrait prescrire une CUH à utiliser éventuellement en cas de problème... Il faut donc continuer à insister auprès des médecins sur l'importance de l'éducation à la santé.

16,5% des femmes questionnées citent le milieu scolaire comme l'origine de leur connaissance. Dans la catégorie des mineures (minoritaires dans l'étude), le taux d'informations provenant du milieu scolaire reste faible mais est significativement différent, en étant plus élevé que le taux général. Par conséquent, si l'information en milieu scolaire commence juste à être diffusée, les tranches d'âge supérieures n'y ont peut-être pas toutes eu accès. Les lois permettent une éducation sexuelle en milieu scolaire (réf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 6.4.). Il faut donc continuer à promouvoir l'information qui reste insuffisante.

On peut donc constater, après avoir énuméré les différentes sources d'information, qu'il reste beaucoup d'efforts à faire dans ce domaine afin d'éviter que le "bouche à oreille" ne nuise à la transmission d'informations les plus exactes possibles.

Nous pouvons attendre pour les femmes, sur le plan individuel, une amélioration des conditions de prévention de l'avortement et une responsabilité nouvelle qui doivent être soutenues par le corps médical et le personnel éducateur.

## **4.6 Caractéristiques des femmes qui ont utilisé la CUH.**

D'après les résultats du questionnaire, ce sont essentiellement les célibataires, les 18-25 ans et les étudiantes qui ont utilisé le plus la CUH. A l'inverse ce sont les femmes mariées et les femmes non actives qui ne l'ont pas utilisée. La faible taille de l'échantillon de cette catégorie de femmes (31 personnes) incite à rester prudent quant à l'interprétation des résultats. Cependant ils sont en partie confirmés par différentes études [67,76,73]. D'après l'étude de Perslev, parmi les femmes en demande d'une IVG, les utilisatrices de la CUH sont célibataires, nullipares et davantage éduquées [73]. De même, selon l'équipe de l'INSERM, le pourcentage d'utilisatrices de la CUH est plus élevé chez les jeunes, chez les célibataires, et chez les femmes les plus diplômées [67]. Sorensen montre également que les utilisatrices (en demande d'une IVG) ont un niveau d'étude plus élevé et sont mieux informées [76]. Ellerston montre que les femmes vivant seules ont plus souvent expérimenté la CUH et que son utilisation est plus fréquente chez les femmes sans enfant [67]. L'équipe de l'INSERM rajoute d'ailleurs que les femmes ayant eu recours à l'IVG ont plus souvent utilisé la CUH (21% contre 6%)[67]. Ce résultat est cependant contredit par Kosunen [67] et Perslev [73].

## **4.7 Conclusion**

D'une manière générale, il ressort de mon étude que les étudiantes, les célibataires, les 18-25 ans sont celles qui disent le mieux connaître la CUH et qui en effet savent mieux le délai, le fait qu'elle ne protège pas des relations sexuelles suivantes, et l'obtention sans ordonnance chez le pharmacien. Cette constatation a été retrouvée dans de nombreuses études dont celle de Perslev [73]. En effet, celui-ci affirme que la catégorie des femmes qui a des connaissances sur la CUH (c'est-à-dire le délai et comment l'acquérir) est essentiellement celle des femmes jeunes, plus instruites, célibataires. Il rajoute aussi celles vivant chez les parents et utilisant plus souvent une contraception.

Dans mon étude ce sont les femmes plus âgées, d'un niveau collègue et mariées qui la connaissent le moins.

Il semble que l'information donnée en milieu scolaire porte ses fruits puisque ce sont les 18-25 ans et les étudiantes qui sont les plus informées. D'une manière générale le niveau de connaissance de la CUH augmente avec le niveau d'étude. Par ailleurs, les célibataires sont plus importantes dans cette tranche d'âge (53%).

Il faudra donc peut-être plus cibler l'information sur les populations à risque.

## **5 Par quel professionnel la C.U.H a-t-elle été obtenue ?**

3/4 des femmes ont obtenu la CUH par le pharmacien ce qui s'explique par le rôle central, de proximité de celui-ci dans le système de santé français. Les pharmaciens d'officine font partie des professionnels de santé les plus facilement accessibles : l'accès à l'officine est libre à tout moment pendant les heures d'ouverture et de garde et sans rendez-vous (cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 6.1.).

La délivrance par les infirmières scolaires reste faible. Leur rôle est surtout d'écouter les difficultés des élèves, de les guider et, seulement en cas d'extrême urgence, de leur administrer une CUH (cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 6.2).

## **6 Raisons de la non-utilisation de la CUH**

## 6.1 Le manque de connaissances du risque de grossesse

Dans les dix dernières années, plusieurs publications ont montré la nécessité de renforcer et d'étendre la connaissance de la CUH. Cependant, malgré une amélioration des connaissances des femmes en CUH, son utilisation n'est pas plus importante.

Ainsi les résultats de mon enquête montrent que pour 51% des femmes questionnées, le manque de connaissance des risques de grossesse est le plus important obstacle à l'utilisation de la CUH. Ce constat est retrouvé dans la littérature [67,72,76]. Aneblom et al le suggèrent dans une étude sur 591 femmes suédoise dans un centre d'IVG [72]. Dans une autre étude réalisée à HongKong auprès de 200 femmes ayant eu recours à l'IVG, parmi celles qui connaissent la CUH, l'absence de notion de risque de grossesse est la raison principale du non-recours après un rapport sans contraception (42%)[67]. L'étude réalisée à Copenhague retrouve un pourcentage moins important : 36% n'étaient pas conscientes du risque de grossesse et n'ont donc pas pris de CUH[76].

Connaître la CUH est essentiel mais pas suffisant. L'utilisation de la C.U.H exige à la fois de la connaître mais également d'évaluer le risque de grossesse. La négligence de ce risque même chez les femmes qui en ont la connaissance est surprenante.

Sorensen s'est intéressé à connaître le profil des femmes qui avaient une connaissance du risque de grossesse [76]. Il a différencié, parmi les femmes qui connaissaient le risque de grossesse, celles connaissant la CUH des autres : elles sont plus jeunes et ont un niveau d'étude plus élevé. Ensuite parmi celles informées du risque de grossesse et connaissant la CUH, il a différencié celles ayant utilisée la CUH des autres : elles sont plus âgées, ont un niveau d'étude plus élevé, une relation plus stable et ont plus souvent utilisé la CUH antérieurement [76]. L'information doit donc s'adresser à une population précise.

Cette méconnaissance du risque de grossesse se retrouve non seulement chez les femmes ayant connu l'échec d'une méthode de contraception, comme on pourrait le croire, mais aussi chez celles qui n'utilisent pas de contraception. Différents auteurs le soulignent [63,64]. L'étude de Cohall auprès d'une population d'adolescentes le confirme : 53% de jeunes filles déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel non protégé au cours des 6 derniers mois, et seulement 32% ont eu conscience de prendre un risque d'avoir une grossesse non désirée [63]. De même selon N.Bajos, une grossesse non planifiée sur trois est due à une absence de contraception (64% des femmes dans ce cas ne se considèrent pas à risque de grossesse) [64].

Si certaines femmes n'ont pas conscience d'un risque de grossesse, d'autres femmes ne savent pas quoi faire suite à un rapport non protégé, bien qu'elle pensent avoir un risque de grossesse. H. Goulard décrit que sur l'ensemble des femmes du questionnaire, une sur quatre ne sait pas ce qu'il convient de faire à la suite d'un rapport sexuel sans contraception si elle veut éviter une grossesse [67].

Le seul moyen de lutter efficacement contre cet état de fait réside dans l'éducation des femmes sur toutes les situations à risque existantes et dans l'information sur la conduite à tenir face à des erreurs ou échecs éventuels, et ce afin que la CUH devienne une pratique courante en cas de problème. Il semble particulièrement important d'insister sur l'utilité et les indications de la CUH (cf. 1<sup>ère</sup> partie chapitre 2.2.) en cas de simple doute et non uniquement de certitude sur l'existence d'un risque de grossesse. Dans cette situation le temps est très précisément limité et il ne faut absolument pas attendre.

Dès qu'il y a la moindre crainte de grossesse non désirée, il convient d'utiliser la CUH. Celle-ci peut être prescrite toutes les fois où il y a eu un rapport non ou mal protégé, quel que soit le moment du cycle (l'ovulation n'étant pas fixe).

## 6.2 Le délai dépassé pour prendre la CUH

Pour un quart des femmes interrogées, il était trop tard pour prendre la CUH. Y ont-elles pensé trop tard ? Cela montrerait l'intérêt de prolonger le délai d'utilisation. Ou bien n'ont-elles pas eu le temps de se la procurer ? Et par conséquent connaissaient-elles vraiment toutes les possibilités pour l'obtenir rapidement ?

Afin d'améliorer la CUH, des chercheurs ont recherché s'il était possible de prolonger le délai de 72 heures qui est fixé à la mise en route de la thérapie. Ainsi en décembre 2002 a été publiée une étude de l'OMS portant sur 4136 femmes ayant pris une CUH dans un délai de 120 H après un rapport sexuel. Cette étude comparait l'efficacité contraceptive de l'administration d'une dose unique de 1,5 mg de LVN à celle de deux doses de 0,75 mg prises à 12 h d'intervalle [37]. Le taux de grossesse était évidemment plus élevé lorsque cette contraception était administrée 4 à 5 jours après un rapport non protégé (de 2,19% à 2,67% suivant le délai) que dans les 72 premières heures (de 1,34% à 1,69%) mais la différence n'est pas significative. Certes, le traitement perd de son efficacité après 72 heures, mais il faudrait malgré tout le proposer aux femmes jusqu'à cinq jours après un rapport non protégé puisque le risque de grossesse pourrait encore être réduit.

Dans une autre étude publiée en 2001, des chercheurs québécois ont constaté que le taux de grossesse était beaucoup plus faible chez les femmes traitées par association d'EE et de LVN jusqu'à cinq jours après un rapport non protégé que chez celles qui n'avaient pas bénéficié de la CUH. Le taux de grossesse pour le groupe ayant reçu la CUH avant 72 H était de 0,8% et de 1,8 % pour le groupe des 72-120 heures (alors que le taux de grossesse attendu selon le modèle de Wilcox était de 8,6%). L'efficacité de la méthode oscillait entre 72 % et 87 % chez les 169 femmes qui avaient été traitées dans un délai de trois à cinq jours après une relation non protégée (contre 87% à 90% pour les autres). Dans les deux groupes la CUH réduit significativement le risque de grossesse[77]. En étudiant les demandes de CUH on s'aperçoit que 3,5% des femmes ont dépassé le délai de 72H[63].

Ainsi, lorsque le délai de prise est dépassé, cette prolongation de délai peut être recommandée comme alternative au dispositif intra-utérin (surtout quand il n'est pas possible pour la femme d'y avoir recours). Ces données nous permettent de croire que la recommandation selon laquelle il convient de commencer la CUH sous 72 heures impose des restrictions inutiles. Pour cette raison la prescription jusqu'à 5 jours est réalisée dans les faits bien qu'elle n'ait toujours pas reçu d'AMM.

### **6.3 Echec de la méthode utilisée**

17% des femmes questionnées ne pensaient pas avoir un échec de la méthode utilisée. 1/5 n'allait donc pas utiliser la CUH. Connaissent-elles vraiment bien la méthode qu'elles utilisent ? Et dans quels cas celle-ci n'est-elle pas efficace ? Connaissent-elles son taux d'efficacité ? Beaucoup d'interrogations se posent face à ces échecs.

Différentes études constatent que les femmes n'ont pas d'explication à ces échecs car elles pensent certainement que la méthode est fiable[64,74,57,67,59]. Dans l'étude Cocoon, si la plupart des femmes connaît la raison pour laquelle elles ont eu un échec de leur contraception, elles sont cependant 23% à ne pas avoir d'explication à cet échec. Chez celles utilisant la pilule 21,5% ne savent pas, 58% pour le stérilet, 19% pour le préservatif et 7% pour les méthodes naturelles[64].

Cependant la raison de l'échec paraît parfois évidente. En effet certaines femmes ne savent pas qu'il existe un risque de grossesse suite à un oubli de pilule. Selon H. Goulard, si 97% des femmes de l'étude connaissent spontanément la CUH, 31% seulement ne savent pas les risques de grossesse en cas d'oubli de pilule[74].

Elles sont plus d'un tiers à penser que les pilules oestroprogestatives peuvent être oubliées plus de 24 H sans risque de grossesse. Quant à celles utilisant les pilules microprogestatives, elles sont 58% à ignorer que celle-ci ne doit pas être prise avec un retard de plus de 3 heures car l'efficacité contraceptive est alors diminuée. Or ces situations de rupture avec une contraception efficace sont parfois inévitables [57]. Parmi les femmes qui utilisent actuellement la pilule, 65% l'ont déjà oubliée dans les douze derniers mois. Parmi celles-ci seulement 6% ont eu recours à la CUH alors que 86% déclarent la connaître[67].

En ce qui concerne le préservatif, l'étude de H.Goulard ne précise pas le problème survenu avec celui-ci. En tout cas elles sont 58% à ne pas prendre de CUH suite à un problème de préservatif alors que 76% la connaissent[67]. L'étude précise que seules 30% des femmes ont eu recours à la CUH bien qu'elles déclarent la connaître, suite à un problème rencontré avec l'utilisation du préservatif ou suite à

l'oubli de pilule [67].

Certaines femmes adhèrent à leur méthode de contraception, et ne la remettent pas en cause. C'est le cas entre autres pour celles qui utilisent le calcul du cycle. Ainsi comme le montre N Bajos, parmi les 26% de femmes enceintes utilisant la méthode naturelle, 7% n'ont pas d'explication à l'échec [64]. En effet plus de 80% des femmes pensent avoir une fenêtre fertile assez facile à repérer au cours de leur cycle et souvent pensent ne pas être enceintes après qu'un rapport non protégé s'est produit, selon elles, hors de la fenêtre fertile. Seulement 10 % des femmes savent qu'il y a un risque de grossesse à n'importe quel moment du cycle[57]. Nous pouvons donc penser qu'il existe un défaut d'information concernant la période fertile [57]. De même il est écrit dans le dossier de presse du 11 janvier 2000 que la méthode du retrait et celle des températures sont considérées comme fiables par respectivement 42% et 18% des femmes [59].

## **6.4 Ne pas penser à la CUH**

15% des femmes n'ont pas pensé sur le moment à utiliser la CUH.

Ne serait-t'il pas envisageable de prescrire la CUH en même temps qu'une contraception régulière, tout en ayant un rôle dans l'éducation du patient? Il serait abusif de comparer la CUH au préservatif mais en l'ayant à proximité dans leur portefeuille, peut-être y penseraient-elles davantage en cas de nécessité? Dans l'étude de Young, 62% des femmes en attente d'une IVG auraient utilisé la CUH si elles l'avaient eu à domicile[65]. Des réticences peuvent se manifester vis-à-vis de cette pratique par peur d'abus de son utilisation. Cependant, une étude écossaise aurait mis en évidence que les femmes qui avaient du Norlevo® en réserve à domicile n'en consommaient pas de façon abusive et que cette prescription de précaution avait tendance à réduire le nombre de grossesses non désirées [78].

De plus différentes recherches montrent qu'il ne semble pas que cette pratique entraîne une baisse de la vigilance contraceptive[67,78,63]. En effet plusieurs études dont celle de Kosunen et Glasier [78] concluent à l'absence d'effets négatifs de la CUH sur les pratiques contraceptives des femmes adultes et adolescentes[67]. L'étude de Lovvorn montre que la diffusion de la CUH n'empêche nullement l'utilisation d'une contraception régulière ou ne favorise pas l'abandon d'une pratique régulière [67]. Prudhomme évoque qu'il n'y a pas d'argument permettant de penser que la CUH retarde la mise en route d'une contraception régulière, mais qu'au contraire elle peut en constituer la première étape [63]. Rowlands le confirme[67]

## **6.5 Autres raisons**

3,5% des femmes ont un désir de grossesse exprimé sans désir d'enfant. Sont-elles ambivalentes ou ont-elles besoin de se rassurer sur leur fertilité ?

## CONCLUSION

Malgré les limites liées à la taille de l'échantillon, l'analyse descriptive des données de cette étude fait apparaître les points essentiels qui permettent de connaître les raisons de la non-utilisation de la contraception d'urgence hormonale.

Au total, 6% des femmes ont déclaré avoir utilisé la CUH pour prévenir la grossesse actuelle.

Parmi les autres, les deux obstacles principaux évoqués par les femmes pour expliquer la non-utilisation de la C.U.H alors qu'elles disent la connaître est la non conscience du risque de grossesse pour la moitié d'entre elles et un quart jugeait qu'il était trop tard pour la prendre.

Bien qu'il apparaisse qu'une large majorité la connaît (68%), la plupart semble la connaître très mal car seul 1/5 de ces 68% est réellement au courant du délai de 72 heures maximum après le rapport, et la moitié seulement de l'obtention sans ordonnance en pharmacie, ce qui représente sur l'échantillon total 15 % de personnes complètement informées de toutes les modalités.

Enfin un très faible pourcentage de patientes (1,4%) est capable de citer l'ensemble des lieux où il est possible d'obtenir la C.U.H, et donc peut se la procurer dans n'importe quelles circonstances.

L'utilisation de la C.U.H exige à la fois non seulement de la connaître mais également d'être capable d'évaluer le risque de grossesse. Le simple fait de la connaître est essentiel mais insuffisant. En effet le plus important obstacle à l'utilisation de la C.U.H est avant tout le manque de connaissance des risques de grossesse après un rapport sexuel [76,74].

Au-delà de l'accès facilité à la CUH, le premier objectif est donc de faire prendre conscience aux femmes que les rapports sexuels présentent potentiellement un risque de grossesse. Etant donné qu'un pourcentage important de femmes rencontre des problèmes avec leur méthode de contraception et s'expose ainsi à une grossesse, il s'agit d'inciter la femme à remettre en cause l'efficacité de sa contraception, afin qu'elle puisse le cas échéant faire appel à une contraception d'urgence.

Le deuxième objectif est de renforcer l'information des femmes sur les modalités d'obtention et le délai de prise de la contraception d'urgence hormonale.

Des actions d'information et de prévention sont donc indispensables à mener dans ce sens.

En prolongement de cette thèse on pourrait également s'attarder sur le profil psychosocial des femmes recourant à des IVG itératives (une étude réalisée au centre d'IVG du CHU de Dijon [79] montre d'ailleurs une progression à 19% de celles-ci). En effet cette population de récidivistes connaît bien les moyens de contraception et leurs possibles échecs. Ce paradoxe peut s'expliquer par l'ambivalence du désir de grossesse et du non-désir d'enfant. Le contexte socio-économique de ces femmes, qui rend difficile l'accueil d'un enfant et la grande instabilité conjugale de ce type de population doivent nous faire envisager la prévention de la récurrence bien en amont du simple problème de la contraception.

## **bibliographie**

[1] NISAND I. Comment diminuer le nombre des IVG en France? Gynécologie obstétrique et fertilité :volume 31, n° 6, p 499-503,juin 2003

[2] LERIDON et coll. La médicalisation croissante de la contraception en France Population et sociétés ,Juillet-Août 2002, 281

[3] BOGHINA C., PHILIPPE H.J. IVG. La revue du praticien.2002,52,451

[4] Ministère de la santé. La contraception en France. Dossier de presse 1999

[5] MESLE. Sexualité et contraception. Cours du premier cycle des études médicales 1<sup>ère</sup> année

[6] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Caractéristiques actuelles du médicament selon la commission de la transparence.  
<http://www.agmed.sante.gouv.fr>

[7] « Arrêté du 27 Mai 1999 portant modification aux exonérations à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine » Journal Officiel du 30 Mai 1999 :7982

[8] La revue prescrire  
Contraception d'urgence par lévonorgestrel :hors prescription  
Sept 1999,19(198) :590

[9]La revue prescrire. Norlevo® :dispensation possible par les infirmières en milieu scolaire.Mars 2000,204,199

[10]La revue prescrire. Norlevo® :décision du conseil d'état sur la dispensation en milieu scolaire.Sept 2000,209,592

[11]. « Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence - Journal officiel du 14 décembre 2000 :19830

[12] Le bulletin officiel « Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement »  
6 Janv 2000, Hors série n° 1 :26 p

[13]Le quotidien du pharmacien. Norlevo® rembourse. Oct 2001

[14]« Décret n°2002-39 du 9 janvier relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence »Journal officiel du 10 Janvier 2002 :590

[15] LABORATOIRE HRA Pharma. Norlevo® 750 microgrammes, comprimés. Brochure scientifique- Octobre 2003

[16]WINIKOFF B., WYMELENBERG S., ULMAN A. -Guide de la contraception- Paris : Odile Jacob, 1999-216p

[16]WINKLER M.-Contraceptions mode d'emploi-France :Au diable vauvert, 2001-p73-

- [17]SERFATY D.- Contraception- Abrégés Masson , 2<sup>ème</sup> édition, 2002
- [18] TOURNAIRE Physiologie de la grossesse,2<sup>ème</sup> édition, 1991, Masson
- [19] HEFFNER L.J. Reproduction humaine, Sciences médicales série Laennec, mars 2003, de boeck
- [20] LOPEZ. Certificat de gynécologie-obstétrique. Faculté de médecine de Nantes 1998
- [21] La revue prescrire. Contraception post coïtale. Fév 1995,15(148) :126-129
- [22] La revue prescrire. Contraception post coïtale. Oct 1995,155,715
- [23] GLASIER A. Drug therapy: Emergency Postcoïtal Contraception. N.England J.Med,1997,337,15, 1058-1064
- [24] <http://www.biam2.org/accueil.html>. Banque d'information automatisé de données française
- [25] WEBB A.M.C et coll Comparison of Yuzpe regimen, danazol, and mifepristone (RU 486) in oral postcoïtal contraception. BMJ, 1992,305,927-931
- [26]Dictionnaire Vidal 2002. Résumé des caractéristiques du produit
- [27] AUBENY E. La revue du praticien. Contraception d'urgence. Nov 1997,N 339,11-14
- [28] Agence française de securité sanitaire des produits de santé. Commission de la transparence. Avis du 30 mai 2001 sur le Tetragynon®
- [29] Résumé des caractéristiques du produit (RCP) :Tetragynon®
- [30] TRUSSEL J. et coll. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1998, 57, 363-369
- [31]HERTZEN et al. WHO Task Force on Postovulatory Methods of fertility regulation « randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception”. Lancet 1998;352:428-433
- [32] TRUSSEL J, RODRIGUEZ G., ELLERTSON C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1999 ,59,147-51
- [33] TRUSSEL J., The Yuzpe regimen of emergency: how long after the morning after? Obstetrics and gynecology 1996,88(1),150-154
- [34] BRACKEN M.B., Oral contraception and congenital malformation in offsprings:a review and meta-analysis of the prospective studies, Obstétrics and Gynécology,76, 1990,552-557,
- [35]GLASIER A. et coll. Mifepristone (RU 486) compared with high dose estrogen and progestogen for emergency postcoïtal contraception, New Engl. J. Med. 1992, 327, 1041-1044
- [36]HERTZEN et al. WHO Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Comparison of

three single doses of mifepristone as emergency contraception Lancet,1999,353,697-702

[37] HERZEN et coll. :“Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception :a WHO multicentre randomised trial”Lancet 2002;360:1803-10

[38]GIRAUD J.R. et al . Gynécologie :connaissances et pratique  
Abrégés Masson 4<sup>ème</sup> édition, Nov 2002,233

[39]La revue prescrire. Risque de grossesse après rapport précédant oubli pilule  
Oct 2002,232,716

[40]La revue prescrire. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Mai 2001,217,394-395

[41] Résumé des caractéristiques du produit (RCP) : Norlevo®

[42] HO P.C et coll . A prospective randomized comparison of Levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. Human reproduction 1993,8(3):389-392

[43] PIAGGIO G et coll Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen  
The lancet 1999,353,721

[44]HAPANGAMA D. and coll The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle Contraception 2001, 63,123-129

[45]MARIONS Lena ,MD, Ph D.Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel :mechanism of action The Am Coll of Obstet and Gynecologists ,100,1,2002

[46]Les questions les plus fréquentes sur le Norlevo®. <http://www.norlevo.com>: site du laboratoire HRA-Pharma

[47]Le quotidien du pharmacien. Vikela®. Oct 2002 D.Doukhan, Ch Micas, Ch Nicolet

[48] Contraception d'urgence Vikela®: non à la pseudo-information industrielle au prix fort! Point de vue de la rédaction prescrire La revue prescrire Déc 2002 ,22,234,822

[49] Le quotidien du pharmacien. Pilule du lendemain :les conditions de délivrance enfin fixées. Janv 2002,J Gravier

[50]La revue prescrire. Norlevo® :gratuité pour les mineures. Fev 2002,225,113

[51] Site internet du code de la consommation :[www.auracom.fr/cconso/](http://www.auracom.fr/cconso/)

[52] La revue prescrire. Lévonorgestrel pour la contraception d'urgence. Oct 1999,19(199) :643-646

[53]Le quotidien du pharmacien. Améliorer l'accès aux mineures. D Doukhan Mars 2003

[54] La revue prescrire. Norlevo® en milieu scolaire :dispositions pratiques. Mai 2001,217,350

[55] ALVIN P., JC MAGNIER. La revue du praticien. Les mineures et la pilule du lendemain. 2002,52,4,353-355

- [56]Le quotidien du pharmacien. Le norlevo® à l'école. Mars 2003
- [57] SUPIOT R. L'information sur la contraception d'urgence en médecine générale –Enquête auprès de 86 médecins généralistes et de 82 femmes du Maine et Loire Dec 2002 ,Faculté de médecine d'Angers
- [58] L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire N°2003-027 du 17-2-2003.<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>. Page consultée le 08.12.2003.
- [59] Ministère de la santé. Campagne d'information sur la contraception. 11 Janvier 2000. Dossier de presse
- [60] “la contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place ”. <http://www.droitsdesfemmes.org/sante.htm> (Page consultée le 08.12.2003).
- [61]Centre d'orthogénie, Centre de planification et d'éducation Familiale de l'hôpital Saint Jacques 2002. Rapport d'activités
- [62] LE CORRE M . Ministère de l'emploi et de la solidarité. DRESS. Les IVG en 1998. Etudes et résultats. juin 2000,69
- [63]PRUDHOMME M., PERRIOT Y., LEROUX M. C. Délivrance de la contraception d'urgence, en 1998, dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val de Marne. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2001 ;29 :129-136
- [64] Bajos N. et coll. Contraception :from accessibility to efficiency European Society of Human Reproduction and Embryology 18,5,994-999,2003
- [65]YOUNG L.et coll. Emergency contraception. Why women don't use it. N.Z.Med.J. 1995,108,145-148
- [66] AUBENY E. et coll. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2002;7:155-161
- [67]GOULARD H , BAJOS N., JOB-SPIRA N. l'équipe Cocon. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynécologie Obstétrique et Fertilité .volume 31,n°9 p 724-729 Sept 2003
- [68] BELAISCH J. Des progrès sont-ils à faire en contraception ?Gynécol Obstét Fertil 2001 ;29 :773-4
- [69] Baromètre santé 2000
- [70]LEMORT M.F.,LEMORT J.P., LOPEZ P. La contraception au cours du premier rapport sexuel: enquête réalisée auprès de 467 jeunes filles de 13 à 21 ans dans l'agglomération nantaise. Contracept.Fertil.Sex.,1999,27,3,197-202
- [71] WILCOX A. et coll The timing of the fertile window in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study ;BMJ, 2000,321,1259-1262
- [72]ANEBLUM G., LARSSON M., ODLING V., TYDEN T. Knowledge, use and attitudes towards

emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion ,BJOG 2002,109,n°2, 155-160

[73]PERSLEV A.,et coll Emergency contraception: knowledge and use among Danish women requesting termination of pregnancy Contraception 2002,66,427-431

[74] GOULARD et coll. Connaissances et pratiques de la contraception d'urgence en France. INSERM paris Février 2001

[75] SMITH H et coll Emergency contraception : a survey of women's knowledge and attitudes British Journal of Obstetrics and Gynecology nov 1996,103, 1109-1116

[76]SORENSEN M.B., PEDERSEN B.L. ,NYRNBERG L.E. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognised unprotected intercourse, Contraception 2000;62;1-3

[77] RODRIGUES I.et coll Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse Am J Obstet Gynecol 2001,184:531-537

[78] GLASSIER A., M.D, BAIRD D.,SC. D.The effect of self-administering emergency contraception, N. Engl J of Medecine,1998;339;n° 1;p1-4

[79] DOUVIER S. ,LORDIER-HUYNH B., ROUSSEAU T., REYNAUD I. Etude comparative entre 1982 et 1996 sur le principal centre de côte d'Or. Analyse des femmes ayant des interruption volontaires de grossesses itératives. Gynécol Obstét Fertil 2001 ;29 :200-10

[80]La revue prescrire. Norlevo® légalement sans prescription. Janv 2001,213,31

## **Annexes**

### Questionnaire

---

*Je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire. Ces informations sont anonymes et aucun moyen de reconnaissance n'est possible. Le but est d'améliorer la prévention des grossesses non désirées chez les femmes qui demandent l'interruption volontaire de grossesse.*

### **ETUDE SUR LA CONNAISSANCE DU NORLEVO® (CONTRACEPTION D'URGENCE) MIEUX CONNU SOUS LE NOM DE PILULE DU LENDEMAIN.**

#### **1) ÂGE**

- 1 < 18 ans
- 2 18 - 25 ans
- 3 25 - 35 ans
- 4 > 35 ans

#### **2) ÉTAT CIVIL**

- 1 - Mariée
- 2 - Union libre
- 3 - Célibataire
- 4 - Séparée, divorcée, veuve

#### **3) NATIONALITE**

- 1 - Française
- 2 - Etrangère            En France depuis le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **4) NIVEAU D'ÉTUDES**

- 1 - Collège
- 2 - Lycée
- 3 - Universitaires

4 - Autres

Préciser.....

**5) ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE:**

1 - Salariée

2 - Chômage

3 - Etudiante

4 - En formation

5 - Non active

6 - A son compte \_\_\_\_\_

-

**6) a quoi attribuez-vous votre grossesse actuelle? (1 RÉPONSE AU MAXIMUM)**

1) Pas de contraception

- 1 - Je ne pensais pas être en période d'ovulation
- 2 - Je me croyais plus ou moins stérile
- 3 - J'espérais ne pas tomber enceinte

2) Echec de la méthode utilisée

- 1 - Echec de la pilule du lendemain
- 2 - Echec de la pilule contraceptive
- 3 - Echec du stérilet
- 4 - Echec du préservatif masculin
- 5 - Echec du préservatif féminin
- 6 - Méthode du retrait
- 7 - Echec de la méthode des températures
- 8 - Echec des spermicides
- 9 - Calcul du cycle

3) Autres :

Préciser : .....

**7) A propos de la contraception d'urgence : connaissez -vous la pilule du lendemain (norlevo®) ?**

- 1 - Oui je la connais et je l'ai utilisée pour éviter cette grossesse
- 2 - Oui je la connais et je l'ai déjà utilisée
- 3 - Oui je la connais mais je ne l'ai jamais utilisée
- 4 - J'en ai vaguement entendu parler

5 - Non pas du tout

**8) apres un rapport non protégé, combien de temps avez -vous pour prendre le norlevo® ?**

- 1 - 12 H
- 2 - 24 H
- 3 - 48 H
- 4 - 72 H
- 5 - 5 Jours
- 6 - 1 semaine
- 7 - Ne sais pas

**9) Pensez - vous que le norlevo® reste efficace pour protéger les rapports sexuels suivants jusqu' à la fin du cycle ?**

Oui      Non

**10) Où peut-on obtenir le norlevo®? (Plusieurs réponses possibles)**

- 1 - Chez le gynécologue ou le médecin généraliste
- 2 - Aux centres de planification
- 3 - A l'hôpital au service d'urgences de gynécologie
- 4 - Chez le pharmacien, avec ordonnance
- 5 - Chez le pharmacien, sans ordonnance
- 6 - Par l'infirmière scolaire
- 7 - Ne sais pas

**11) Si vous connaissez le norlevo®, qui vous en a parlé ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)**

- 1 – Gynécologue, médecin généraliste

- 2 - Planning Familial
  - 3 - Hôpital, services d'urgences
  - 4 - Enseignants
  - 5 - Infirmière scolaire, médecin scolaire
  - 6 - Amie
  - 7 - Parents, Famille
  - 8 - Médias (magazine, TV, radio...)
  - 9 - Autres
- Préciser.....

**12) Si vous avez déjà utilisé le norlevo®, par qui l'avez vous obtenu ?**

.....

**13) Si vous connaissiez le norlevo®, pourquoi ne pas l'avoir utilisé? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 - Je ne savais pas comment l'obtenir
  - 2 - Je ne savais pas comment l'utiliser
  - 3 - Je n'y ai pas pensé sur le moment
  - 4 - Je ne pensais pas avoir un risque de grossesse
  - 5 - Je ne pensais pas avoir un échec de la méthode utilisée
  - 6 - Peur des effets secondaires
  - 7 - Pour des raisons religieuses ou culturelles
  - 8 - Prix trop cher
  - 9 - Désir de grossesse
  - 10 - Il était trop tard pour le prendre
  - 11 - Crainte de la non confidentialité du délivreur ou prescripteur du médicament
  
  - 12 - Autres
- Préciser:.....

Remarques éventuelles sur le questionnaire :

*A la suite de ce questionnaire si vous avez des questions ,vous pouvez les poser au médecin ou à la conseillère conjugale. Merci de votre collaboration .*

*Stéphanie Plessis, Interne en Médecine.*

---

tableaux

Résultats de l'enquête réalisé à l'hôpital St-Jacques

ÂGE	498	ETAT CIVIL	498	NATIONALITE	498	NIVEAU D'ETUDE	498	ACTIVITE PROFESSIONNELLE	498	GROSSESSE CAR PAS DE CONTRACEPTION	343	ECHEC DE LA METHODE UTILISEE	442
<18 ANS	39	Mariée	65	Française	468	Collège	56	Salariée	238	pensait pas être en période d'ovulation	163	Pilule du lendemain	24
18 - 25 ANS	187	Union Libre	120	Etrangère	30	Lycée	197	Chômage	66	croyait plus ou moins stérile	37	Pilule contraceptive	102
25 -35 ANS	197	Célibataire	273			Universitaires	167	Etudiante	94	espérait ne pas tomber enceinte	143	Stérilet	13
> 35 ANS	75	Séparée, divorcée, veuve	40			Autres	74	En Formation	26			Préservatif Masculin	107
						non répondu	4	Non Active	53			Préservatif féminin	2
								A son compte	17			Méthode du retrait	79
								non répondu	4			Méthode des températures	3
												Spermicides	11
												Calcul du Cycle	97
												Autres	4

CONNAISSANCE DE LA PILULE DU LENDEMAIN	498	COMBIEN DE TEMPS APRES UN RAPPORT NON PROTEGE	498	PROTEGE JUSQU'À LA FIN DU CYCLE SUIVANT ?	498	OU PEUT ON OBTENIR LE NORLEVO	1204	QUI VOUS EN PARLE	729	SI ACHETER, AUPRES DE QUI?	144	SI VOUS LE CONNAISSEZ, POURQUOI NE PAS L'AVOIR UTILISE	603
Connais et utilisée	31	12 H	54	OUI	46	Chez le Gynécologue ou Généraliste	195	Gynécologue ou Généraliste	104	Pharmacie	109	Je ne savais pas comment l'obtenir	6
		24 H	119	NON	316	Aux centres de Planification	295	Planning Familial	95	Planning familiale	14	je ne savais pas comment l'utiliser	5
je la connais et déjà utilisée	125	48 H	76	non répondu	136	A l'Hôpital au service d'urgence de Gynéco	110	Hôpital, service d'urgence	9	Hôpital	3	je n'y ai pas pensé sur le moment	76
		72 H	100			Chez le Pharmacien, avec Ordonnance	115	Enseignants	33	Infirmière Scolaire	3	je ne pensais pas avoir un risque de grossesse	253
connais mais jamais utilisée	182	5 Jours	1			Chez le Pharmacien, sans Ordonnance	268	Infirmière ou médecin scolaire	51	Médecin	15	peur des effets secondaires	14
vaguement entendu parler	78	1 Semaine	0			Par l'infirmière Scolaire	189	Amie	151			Pour des raisons religieuses ou culturelles	4
non pas du tout	72	Ne sais pas	92			Ne sais pas	32	Parents, Famille	44			prix trop cher	17
non répondu	10	non répondu	56					Médias (Magazine, TV, Radio)	234			désir de grossesse	18
								Autres	8			Il était trop tard pour le prendre	116
												Crainte de la non confidentialité du délivreur	0
												autres	11
												je ne pensais pas avoir un échec de la méthode utilisée	83

Illustration partielle du tableau réalisé pour le calcul du Qui-2

GROUPE	Fiche de	Etat civil	Niveau d'étude	Age	Nationalité	Profession	Mariée	QUI2	Union Libre	QUI2	Célibataire	QUI2
		1	2	3	4	5	Nbre	Autres	Nbre	Autres	Nbre	Autres
<b>et à tenir le registre des demandes</b>												
Nb		31	24	31	31	30	0	31	6	25	24	7
Connais et utilisée		125	109	125	125	125	0	31	101	86	39	
je la connais et déjà utilisée	Rannel : tout rann	156	133	156	156	155	7	149	30	126	110	46
total:		182	156	182	182	181	25	157	47	135	92	90
connais mais jamais utilisée	l'autre. De plus l	338	289	338	338	336	32	306	77	261	202	136
total:		78	63	78	78	77	15	63	22	56	33	45
vaguement entendu parler	juste une chance d	72	58	72	72	71	15	57	20	52	32	40
non pas du tout		150	121	150	150	148	30	120	10,39	42	108	1,53
total:		53	45	53	53	54	5	48	14	39	32	21
12 H	Commission Nat	119	103	119	119	118	28	268	68	228	175	121
12 H-Autres		76	65	76	76	76	18	212	54	176	144	86
24 H	Date de la deman	100	85	100	100	99	24	249	62	211	168	105
24 H-Autres	INOM (3 premiere	1	1	1	1	1	29	220	62	187	135	114
48 H		47	44	47	47	45	0	1	0	1	1	0
48 H-Autres		316	263	316	316	316	33	315	82	266	206	142
72 H	Date des demiere	266	228	267	267	264	17	249	51	215	177	89
72 H-Autres		195	161	195	195	192	48	184	69	163	96	136
5 Jours	(si incon	294	255	294	294	289	46	257	73	230	155	148
5 Jours-Autres		110	91	110	110	107	29	265	73	221	173	121
OUI	(si incon	115	101	115	115	114	36	168	47	157	100	104
NON	Date et heure du	189	168	189	189	186	49	339	101	287	205	183
							16	99	33	82	57	58
							49	334	87	296	216	167
							18	171	43	146	114	75
							47	262	77	232	159	150

(Si oui, il est déconseillé d'administrer du Norlevo sans avis médical)

Décisions prises :

- Prise immédiate de Norlevo : Oui  Non

Si oui : date et heure de l'administration du premier comprimé :  /  /  à  hr  min

Date et heure prévues pour la seconde prise :  /  /  à  hr  min

- Autre décision : Oui  Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Famille informée par la jeune fille: Oui  Non

Rendez vous pris (cochez la case correspondante)

Chez un médecin  Au planning familial

Autre décision : \_\_\_\_\_

Suivi éventuel : \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière

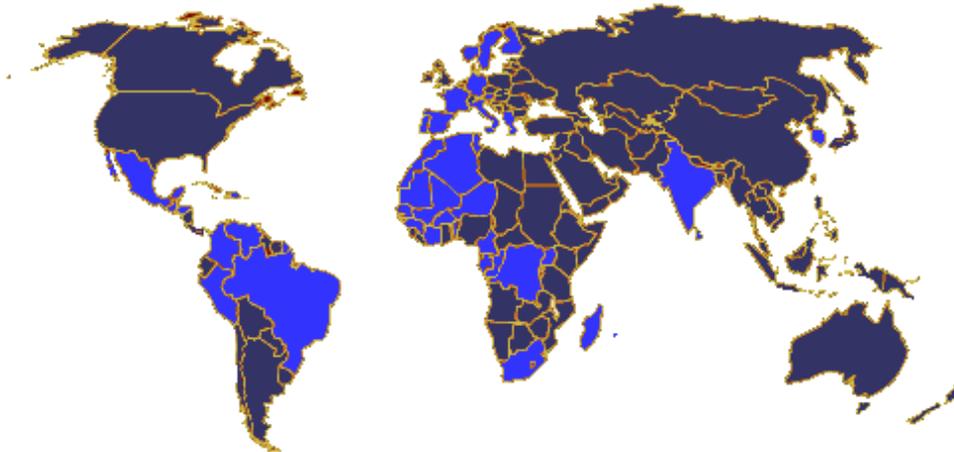
fiche infirmière

## Noms commercial du lévonorgestrel dans le monde

---



Norlevo®, Vika®, Vikela® et Duofem® is available in



AFRICA

ASIA

AMERICAS

EUROPE

MIDDLE EAST  
NORTH AFRICA

OCEANIA

- . [South Africa](#)
- . [Cameroon](#)
- . [Madagascar](#)
- . [Mauritius](#)
- . [Benin](#)
- . [Congo Brazzaville](#)
- . [Congo Kinshasa](#)
- . [Guinea](#)
- . [Ivory Coast](#)
- . [Mauritania](#)
- . [Senegal](#)
- . [Gabon](#)
- . [Mali](#)

- . [India](#)
- . [Taiwan](#)
- . [Sri Lanka](#)
- . [South Korea](#)

- . [Brazil](#)
- . [Venezuela](#)
- . [Mexico](#)
- . [French Guyana](#)
- . [Peru](#)
- . [Colombia](#)

- . [Belgium](#)
- . [Finland](#)
- . [France](#)
- . [Netherland](#)
- . [Greece](#)
- . [Denemark](#)
- . [Luxembourg](#)
- . [Italy](#)
- . [Germany](#)
- . [Sweden](#)
- . [Norway](#)
- . [Austria](#)
- . [Balkan Countries](#)
- . [Portugal](#)
- . [Spain](#)

- . [Algeria](#)
- . [Morocco](#)
- . [Tunisia](#)

Vu, le Président du jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

**NOM : PLESSIS**

**PRENOM : Stéphanie**

**Titre de la thèse : Pourquoi les femmes qui ont recours à l'IVG n'ont-elles pas utilisé la contraception hormonale d'urgence (levonorgestrel)?**

**RESUME**

Le nombre de grossesses non voulues et donnant lieu à une IVG ne diminue guère en France depuis vingt ans, malgré l'usage des méthodes contraceptives modernes qui s'est largement répandu et dont l'efficacité est élevée. En cas d'échec de la méthode initiale, la contraception d'urgence hormonale peut être utilisée. On constate que sur une courte période de trois ans le cadre législatif en faveur de la contraception d'urgence (et plus particulièrement du levonorgestrel) a beaucoup évolué. Cette thèse présente les résultats d'une étude prospective qui a été menée au centre d'orthogénie, de planification et d'éducation familiale de l'hôpital St-Jacques auprès des femmes qui demandent une IVG. Son but est de comprendre les raisons de la non-utilisation de la contraception d'urgence hormonale. L'analyse descriptive des données de cette étude fait apparaître les points essentiels qui permettent de connaître ces raisons, la plus importante étant le manque de connaissance des risques de grossesse après un rapport sexuel. Par ailleurs il apparaît qu'une large majorité des femmes qui pensent connaître la contraception d'urgence hormonale, ne connaît pas les modalités d'utilisation et les possibilités offertes pour se la procurer.

**MOTS-CLES**

**Contraception d'urgence (hormonale et Dispositif intra-utérin), Levonorgestrel, IVG, santé publique, conduites à risque de grossesse, échecs de la contraception**