

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018-60

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Charlotte ZAGDOUN épouse LEPONT

née le 27 Janvier 1989 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 5 Juin 2018

**ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE
CHEZ LES FEMMES EN DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE EN PAYS DE LA LOIRE : ÉTUDE TRANSVERSALE
MULTICENTRIQUE ET PROSPECTIVE CHEZ 667 PATIENTES.**

Président: Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie WYLOMANSKI

Membres du jury : Madame le Docteur Pauline JEANMOUGIN

Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU

REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Rémy Senand d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Je remercie le Docteur Pauline Jeanmougin et le Docteur Stéphane Ploteau d'avoir accepté de juger mon travail. Merci également pour votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Je remercie le Docteur Sophie Wylomanski d'avoir accepté de diriger cette thèse. Depuis les urgences gynéco, en passant par le centre Simone Veil, puis pendant tes consultations, tu me guides et me formes. Merci pour ta rigueur, ta pédagogie et ton engagement pour ce travail, je t'en suis très reconnaissante.

Je remercie Madame Morgane Péré pour votre aide précieuse dans l'analyse des résultats.

Je remercie Monsieur Damien Fairier pour votre aide dans les démarches administratives.

Je remercie le Docteur Anne-Sophie Coutin pour votre aide dans la mise en place de mon étude.

Je remercie tous les médecins, sages-femmes, cadres et secrétaires des différents centres d'IVG qui ont participé à ce travail.

Je remercie toutes les patientes qui ont donné de leur temps pour que ce travail existe.

Je remercie Mathieu, Annie et papa pour leurs relectures attentives.

Je remercie tous les praticiens qui m'ont entourée et formée pendant mon internat, particulièrement les médecins généralistes de mes stages qui m'ont confortée dans mon choix de la médecine générale : les Docteurs Antoine Robine, Pascale Canfrère, Emmanuel Branthomme, François Volny, Sylvie Gauthier, Zacharie Fawaz, Marion Lassalle-Gérard, Jean-Yves Guillet, Patrick Dubreil, et leurs associés.

Je remercie également toute l'équipe médicale du cabinet Bizienne à Guérande qui m'a accueillie cette année et fait confiance. Merci pour vos encouragements et le temps accordé pour réaliser cette thèse.

Je remercie mes parents de m'avoir permis de faire ces études, de m'avoir supportée de la difficile P1 jusqu'ici, de m'avoir toujours poussée et encouragée dans cette voie. Votre confiance en moi m'a permis de devenir l'adulte que je suis aujourd'hui, et je vous en suis très reconnaissante.

Je remercie mon Bon-Papa qui a largement contribué à mon orientation vers ces études. Tu restes mon modèle, et je suis admirative de ton parcours de vie.

Je remercie Anne-Claire, Arthur, Philippine et Océane, mes frère et sœurs, de m'avoir toujours entourée. Nos moments de retrouvailles en famille sont tellement vivants, appréciables et conviviaux ! Merci également à Damien (et à tous les autres à venir... !) d'agrandir notre famille, tu as su comprendre l'esprit Zagdoun !

Je remercie Annie et Jean-Paul, mes beaux-parents, pour votre bienveillance et votre disponibilité sans faille pour m'aider à trouver le temps de réaliser cette thèse.

Je remercie toutes mes belles-sœurs et beaux-frères, et mes 12 neveux et nièces pour tous les moments partagés en famille, dans le fief brévinois ou ailleurs !

Je remercie Anne-Claire et Olivier, Edith et Hubert, Aude, Momo, Titi, Riton, Thomas et Lucille, Sophie et Guillaume, Constance et Aymeric, Laure et Benoît, Armelle, Nico, Romain, Elisabeth et Eric, Priscille et François... et j'en oublie sûrement ! Merci pour votre amitié sans faille au sein du groupe Jules Verne puis avec tous ces moments partagés ensemble autour d'un feu, d'une guitare, d'une bière, d'un apéro, d'une raclette, à Nantes, Lyon, Abomey, Samoëns, Compiègne, Saint Frajou ou Pornichet !

Je remercie Laura et Benjamin, Anne et Max, Alice et Quentin, mes co-internes de la team Bellier, pour ce fameux semestre dont on parle et reparle encore ! et pour tous les moments partagés ensemble par la suite.

Je remercie Anne-Claire, Ligea, Marion, Lucie, Blandine, Laure, les copines d'externat, puis d'internat. Merci pour les entraînements de D4, les week-ends au ski, à Berlin, à Angers ou Paris, les cours de danse, sortie en canoë sur l'Erdre, les apéro, restau, brunchs...et tous les bons moments à venir !

Je remercie Nolwen et Clarisse, les copines de la première heure sans qui le passage de la P1 n'aurait pas été possible !

Je remercie Antoine, la vie sans toi serait si fade. Merci pour ton Amour, ton écoute, ta patience et ton soutien. Tu es mon guidon, ma béquille, et le pédalier qui me fait avancer dans la vie ! Merci pour tous les projets qu'on fait ensemble !

A Titouan, mon petit cœur d'amour, tu auras peut être un jour la curiosité de lire cette thèse... et au(x) autre(s) à venir... !

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	7
CONTEXTE GÉNÉRAL	8
INTRODUCTION.....	11
I.1. Généralités sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les grossesses non prévues (GNP)	11
I.1.1. Définitions des IVG et GNP	11
I.1.2. Epidémiologie des IVG et des GNP	11
I.1.3. Caractéristiques des femmes en demande d'IVG.....	13
I.2. La couverture contraceptive en France	14
I.2.1. Dates importantes et évolutions législatives.....	14
I.2.2. La contraception régulière : moyens disponibles en France à l'heure actuelle	16
I.2.3. Marché actuel de la contraception	19
I.2.4. La contraception d'urgence (CU)	22
I.2.5. Utilisation de la CU en France	26
I.3. Problématique.....	28
MATÉRIEL ET MÉTHODE	29
II.1. Objectifs et critères d'évaluation	29
II.2. Population étudiée.....	29
II.3. Design et déroulement de l'étude	30
II.4. Recueil des données et statistiques	31
II.5. Aspects administratifs, réglementaires et considérations éthiques	33
RÉSULTATS	34
III.1. Caractéristiques des patientes	34
III.1.1. Caractéristiques du recrutement.....	34
III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes	34
III.1.3. Caractéristiques gynécologiques des patientes	36
III.2. Utilisation de la Contraception d'Urgence	40
III.3. Objectif secondaire : connaissances des femmes sur la CU	42
III.4. Objectif secondaire : comparaison des femmes utilisatrices de la CU aux non utilisatrices pour cette grossesse et dans leur vie	47
III.5. Sources d'information	53

III.6. Désir d'avoir en avance la CUH	53
DISCUSSION	54
IV.1. Principaux résultats	54
IV.2. Validité interne : atouts et limites de l'étude.....	55
IV.3. Validité externe : comparaison des résultats avec les données de la littérature	56
IV.3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population	56
IV.3.2. Statut contraceptif et causes d'échec	57
IV.3.3. Une sous-utilisation de la CU due principalement au manque de perception du risque de grossesse	58
IV.3.4. Connaissances des femmes sur la CU	58
IV.3.5. Y a-t-il un profil particulier d'utilisatrices de CU ?	59
IV.4. Axes d'amélioration et pistes de réflexion	61
IV.4.1. Améliorer les connaissances des femmes sur les situations à risque de grossesse.....	61
IV.4.2. Améliorer l'information sur la conduite à tenir lors de l'oubli de contraception régulière	62
IV.4.3. Améliorer les connaissances du délai d'utilisation de la CUH.....	64
IV.4.4. La délivrance à l'avance de la CUH	64
IV.4.5. Promouvoir les contraceptifs de longue durée d'action	65
IV.4.6. Pistes de réflexions	66
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	69
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	83

ABRÉVIATIONS

ACOG: American congress of obstetricians and gynecologists
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AMM : Autorisation de mise sur le marché
BEP : Brevet d'étude professionnelle
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CE : Communauté européenne
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CI : Contre-indication
CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français
COCON : Cohorte sur la contraception
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CU : Contraception d'urgence
CUH : Contraception d'urgence hormonale
DIU : Dispositif intra utérin
DPC : Développement professionnel continu
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EI : Effet indésirable
FECOND : Fécondité contraception dysfonction sexuelle
GNEDS: Groupe nantais d'éthique en santé
GNP : Grossesse non prévue
HAS : Haute autorité de santé
HFI: Hormon free intervall (intervalle libre sans hormones)
IC : Indice de confiance
IDE : Infirmière diplômée d'état
IMC : Indice de masse corporelle
INED : Institut national d'études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LARC : Long acting reversible contraception (contraception de longue durée d'action)
LH : Hormone lutéinisante
LVG : Lévonorgestrel
OMS : Organisation mondiale de la santé
OR : Odd ratio
QCM : Question à choix multiple
QCS: Question à choix simple
RCOG: Royal college of obstetricians and gynaecologists
RSN : Réseau sécurité naissance
RSNP : Rapport sexuel non protégé
SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SA : Semaine d'aménorrhée
UPA : Ulipristal acétate

CONTEXTE GÉNÉRAL

Depuis de nombreuses années, il existe en France un paradoxe concernant la contraception. En effet, malgré un taux de couverture contraceptive élevé, le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste stable autour de 220 000 par an (1).

En 2014, près de 97 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant une activité sexuelle et ne désirant pas de grossesse, utilisent une méthode contraceptive (2). Parmi tous les moyens existants, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée par les françaises (notamment chez les 20-24 ans) ; vient ensuite le Dispositif Intra Utérin (DIU) puis le préservatif. La stérilisation reste une méthode très peu employée en France alors qu'elle est la première méthode utilisée dans le monde (3) (4).

Une des explications est la présence en France d'une «norme contraceptive» (5) : préservatifs utilisés en début de vie sexuelle, puis utilisation de la pilule pendant la relation en couple stable, puis le DIU une fois le nombre d'enfants désirés atteint.

Mais en 2012-2013, suite à une plainte d'une victime d'accident vasculaire cérébral imputé à une pilule de 3^e génération, on assiste à la «crise de la pilule». Elle mène au déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération en 2014. Depuis cette polémique, une femme sur cinq déclare avoir changé de moyen de contraception. C'est ce que révèle l'enquête FECOND (Fécondité Contraception Dysfonction sexuelle) de 2013 réalisée par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) et l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques). On observera alors une nette diminution de l'utilisation de la pilule au profit d'autres méthodes (DIU, implant, préservatif ou méthodes dites « naturelles ») (2).

Ainsi en 2016, même si la pilule reste la méthode la plus utilisée, son utilisation diminue, tout comme celle du patch et de l'anneau contraceptifs. A l'inverse, l'utilisation de l'implant contraceptif continue d'augmenter. Celle du DIU reste quant à elle relativement stable (4).

Malgré cette large couverture contraceptive, les échecs de contraception sont fréquents puisqu'une grossesse sur trois est déclarée non prévue (GNP) ; et parmi elles, les deux tiers surviennent sous contraception (6). Ces échecs ont des conséquences, car d'après l'étude COCON (Cohorte sur la Contraception) en 2000, réalisée à partir d'une cohorte de 15 000 françaises de 18 à 44 ans, plus de 50% des GNP ont donné lieu à une IVG (7). Plus d'une femme sur trois aura recours à l'IVG au moins une fois dans sa vie (8).

La large diffusion des moyens de contraception a permis de faire diminuer le nombre de GNP mais pas le nombre d'IVG. Le nombre de femmes en situation de GNP demandant une IVG augmente (9).

Les échecs de contraception s'expliquent en partie par la différence entre l'efficacité théorique des contraceptifs et l'efficacité pratique (en utilisation courante). Par exemple, la pilule œstroprogestative a un indice de Pearl en utilisation optimale de 0,1 (soit 0,1% de grossesses sur 12 mois), et entre 6 et 8 en utilisation courante (10). L'efficacité contraceptive dépend de l'observance des femmes. Or, celle-ci est parfois insuffisante, liée : à des difficultés

dans la vie relationnelle et amoureuse (relation instable), des difficultés financières, aux périodes de transition contraceptive, à la mauvaise adhérence de la femme qui n'a pas elle-même choisi sa contraception...

Parfois, cet échec est simplement lié à l'oubli de pilule. C'est un phénomène très fréquent : selon les résultats de l'étude GRECO réalisée en 2004, portant sur 551 patientes enceintes alors qu'elles prenaient une contraception orale, 60,8% des échecs de contraception étaient liés aux oublis (11). Dans l'étude COCON de 2000, on estime que 20% des GNP étaient liées à l'oubli de pilule (7). En moyenne, plus de 8 000 comprimés doivent être pris à la même heure quotidiennement dans la vie d'une femme (de 17 à 50 ans), il est donc bien difficile pour une femme de n'en oublier aucun (10).

Les contraceptifs de longue durée d'action (DIU, implant) sont une solution face aux difficultés d'observance (indice de Pearl respectivement à 0,8 et 0,1) et permettraient de diminuer le nombre de GNP et d'IVG. Mais ces méthodes sont parfois mal connues des patientes et/ou des professionnels de santé (idées reçues : les DIU provoquent la stérilité, sont déconseillés aux nullipare...) (12). Cela nécessite une information délivrée correcte par le professionnel, et, comme le mentionnait la campagne nationale de prévention de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2007, un choix de la méthode par la patiente : « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » (13). De plus, le professionnel doit savoir poser un implant ou un stérilet, lorsque ce n'est pas le cas, cela peut être un frein pour les femmes à l'accès à ces contraceptifs (6).

Si la femme a conscience de l'inefficacité de sa contraception, lors d'un rapport sexuel à risque, elle peut utiliser la contraception d'urgence (CU) pour limiter le risque de GNP. La CU est disponible en France depuis 1999 et, si elle est de plus en plus connue par les femmes (10), elle reste largement sous utilisée. D'après l'enquête COCON réalisée en 2000, seulement 11% des femmes exposées à une GNP avait utilisé la CU (7). En 2012, dans une enquête concernant 5 pays européens dont la France, 7170 femmes sexuellement actives étaient interrogées dont 2119 femmes exposées aux GNP. Parmi celles exposées aux GNP, seulement 24% avaient utilisé la CU (20% en France) (14).

Malgré les campagnes de prévention et d'information, et une meilleure accessibilité à la CU, son taux d'utilisation reste insuffisant pour avoir une conséquence sur le nombre d'IVG. Dans cette étude européenne (14), les raisons de non utilisation de la CU étaient en premier la non réalisation du risque de grossesse, puis un défaut de connaissances sur son utilisation.

Dans ce contexte, il paraît important d'évaluer plus précisément la non utilisation et la mauvaise utilisation de la CU auprès des femmes en demande d'IVG. L'objectif de ce travail est donc de décrire les freins à l'utilisation de la CU : le non usage ou le mésusage de la CU auprès des patientes d'un centre d'IVG (CIVG), de décrire les caractéristiques des femmes en fonction de l'utilisation qu'elles ont ou non de la CU. Un second objectif est de réévaluer en 2017, les connaissances sur la CU des patientes consultant en CIVG. L'enjeu étant par la suite de discuter les axes d'amélioration de l'utilisation de la CU, dans le cadre d'une meilleure stratégie de prévention des GNP.

Dans une première partie de ce travail, les différents moyens de contraception et contraception d'urgence disponibles en France ainsi que l'épidémiologie de l'IVG et des GNP seront brièvement rappelés. La deuxième partie sera consacrée à l'étude de l'usage de la CU réalisée au sein des CIVG de Pays de la Loire. Enfin, les résultats de cette étude seront discutés.

INTRODUCTION

I.1. Généralités sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les grossesses non prévues (GNP)

I.1.1. Définitions des IVG et GNP

La GNP est une grossesse survenant suite à un rapport sexuel non protégé (par absence de contraception) ou mal protégé (par échec de la contraception utilisée), alors que la femme ne souhaite pas être enceinte. Près d'une femme sur six en situation de GNP choisit l'IVG (15).

L'IVG est l'arrêt volontaire d'une grossesse pour une raison non médicale. C'est la loi Veil du 17 janvier 1975 qui a dépénalisé l'avortement en France. En Juillet 2001, la loi Aubry apporte des modifications. L'IVG est alors possible jusqu'à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhées (SA) ; l'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures, et l'accord parental obligatoire pour les mineures est transformé en accord d'un adulte majeur référent choisi par la patiente. En 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'assurance maladie. En 2016, le délai légal de réflexion de 7 jours est supprimé mais maintenu à 48 heures pour les mineures.

L'IVG peut être médicamenteuse ou instrumentale (sous anesthésie locale ou générale). En dehors de l'hôpital ou des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), l'IVG médicamenteuse est réalisable en cabinet de ville par les médecins généralistes conventionnés avec un CPEF, et par les sages-femmes.

I.1.2. Epidémiologie des IVG et des GNP

En France, le nombre d'IVG reste stable depuis de nombreuses années (autour de 220 000 par an). On observe une légère baisse seulement depuis trois ans : 229 000 en 2013, 218 000 en 2015, 211 900 en 2016 (dont 197 800 en métropole) (16).

En 2016, le taux de recours à l'IVG est de 13,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine. Il reste le plus élevé pour les 20-24 ans : 26 IVG pour 1000 femmes, même si celui-ci tend à diminuer. Il augmente chez les 25-39ans, et diminue nettement chez les mineures depuis 2010 (16). (Figure 1)

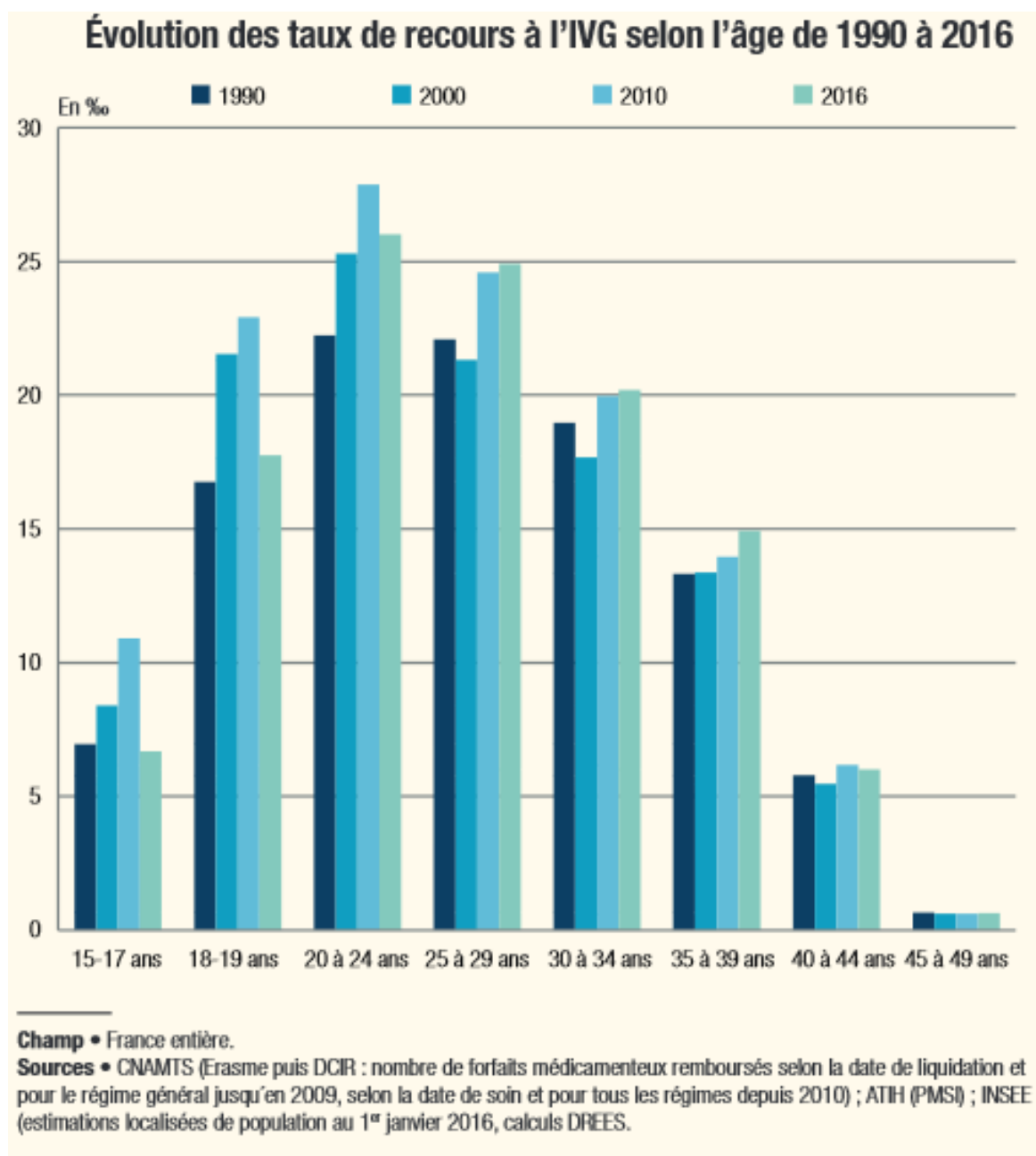


Figure 1 : évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2016 (16)

M.Mazuy et son équipe ont analysé, en 2014 et 2015, les bulletins statistiques remplis lors des IVG. Ce bulletin est distribué par le ministère de la Santé et rempli par le praticien lors de l'IVG. Il contient les données relatives au lieu d'acte de l'IVG, les données sociodémographiques et médicales de la femme (tout en conservant son anonymat), le mode d'IVG réalisé, et les données relatives à la consultation post-IVG. Cette analyse nous a permis d'observer que moins de femmes ont recours à l'IVG (33% en 2011, versus 38% en 2002) mais plus souvent de façon répétée (8)(17). En effet, la probabilité pour une femme d'avoir une deuxième IVG passe de 28% en 2002 à 41% en 2011 ; ainsi 9,5% des femmes ont deux IVG dans leur vie, 4,1% en ont trois ou plus (18). De plus, 25% des IVG itératives ont lieu dans l'année et demie qui suit l'IVG précédente. Les femmes qui ont recours à l'IVG

dans leur vie le font en moyenne 1,5 fois (17). Une femme sur trois a recours à l'IVG au cours de sa vie (8).

En France, près de 30% des grossesses sont des GNP (7), ce qui correspond à un taux de prévalence à 3,26% en 2010 (c'est-à-dire 3,26% des femmes en âge de procréer ayant des rapports sexuels avec ou sans contraception) (15).

D'après l'étude COCON en 2000, plus de 50% des GNP ont donné lieu à une IVG (7).

En France, il existe de larges disparités territoriales. En métropole, les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés en Ile de France (16,4 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) et en Corse (17 pour 1000). Dans les Départements et Régions d'Outre-mer le taux moyen est de 25,2 pour 1000. (16)

La région Pays de Loire a le taux le plus faible de France (10,3). En effet, sur les 211 900 IVG réalisées en France en 2016, 8161 IVG l'ont été en Pays de la Loire, dont 7906 en établissement hospitalier (16.) Cette population semble donc intéressante à étudier.

I.1.3. Caractéristiques des femmes en demande d'IVG

Dans une étude réalisée en 2001 auprès de 645 femmes françaises ayant une GNP, S.Sihvo et son équipe ont tenté d'identifier les caractéristiques des femmes choisissant une IVG lorsqu'elles étaient face à une GNP (19). Ce choix variait en fonction de leurs âges. Les femmes âgées de moins de 25 ans avaient plus facilement recours à l'IVG si elles avaient fait plus d'études (niveau supérieur à Baccalauréat+2) ou si elles étaient célibataires. Pour les femmes âgées de 25 à 34 ans, si le nombre d'enfants voulu était déjà atteint, elles s'orientaient vers l'IVG, ou si leur couple était instable. Après 35 ans, elles choisissaient l'IVG si la grossesse n'était pas compatible avec leur carrière professionnelle ou quand leur couple était instable.

A.Vilain a analysé en 2011 les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) étudiant les femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 : les femmes réalisant une IVG avaient plus souvent fait des études supérieures mais avaient moins souvent un emploi au moment de la grossesse (20). Dans cette même analyse, une sur deux avait moins de 27 ans et 45% des femmes déclaraient être en couple.

Mieux connaître les femmes en demande d'IVG, nous permettrait peut-être de mieux cibler notre information afin de prévenir les situations de GNP et d'IVG. Pour éviter une grossesse, de nombreux moyens de contraception sont disponibles en France, quel est l'état de la couverture contraceptive à l'heure actuelle en France?

I.2. La couverture contraceptive en France

I.2.1. Dates importantes et évolutions législatives

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth abroge la loi de 1920 et permet la légalisation de la contraception. Elle est mise en application en 1972.

En 1974, les pilules contraceptives sont remboursées par l'assurance maladie, et sont accessibles pour les mineurs sans autorisation parentale dans les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

En avril 1999, le NORLEVO® au lévonorgestrel (LVG) obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM) comme contraceptif d'urgence, et la loi du 13 décembre 2000 permet sa délivrance sans ordonnance en pharmacie. C'est également en 1999 que l'implant contraceptif obtient son AMM.

Le 4 juillet 2001, la loi Aubry facilite l'accès à la contraception et légalise la stérilisation.

En 2002, le patch EVRA® (Norelgestromine/Ethinylestradiol) obtient l'AMM. A cette même date, la contraception d'urgence est disponible de façon gratuite et anonyme sans ordonnance pour les mineures.

En 2003, l'anneau vaginal NUVARING ® (Ethinylestradiol/étonogestrel) obtient l'AMM.

En 2006, les génériques du NORLEVO® obtiennent leurs AMM (Lévonorgestrel EG 1,5mg et Lévonorgestrel MYLAN 1,5mg).

L'Ulipristal Acétate (UPA) commercialisé sous le nom d'ELLAONE® obtient son AMM en 2009.

En 2012, les pharmaciens et infirmiers peuvent renouveler une prescription médicale de certains contraceptifs oraux pour 6 mois maximum.

En 2013, les mineures ont accès à certains contraceptifs de façon gratuite dans les pharmacies après une prescription auprès d'un médecin.

La polémique concernant les pilules de 3^e et 4^e générations mènera en 2014 au déremboursement par l'assurance maladie de celles-ci.

En Avril 2015, l'UPA devient accessible sans ordonnance en pharmacie.

Le décret d'application du 29 juin 2016 de la loi de financement de la sécurité sociale permet pour les mineures d'au moins quinze ans, une prise en charge par l'assurance maladie des frais d'examen de biologie, de consultation médicale annuelle et de suivi de la contraception, ainsi que les frais de pose et de retrait d'un dispositif intra-utérin.

Ainsi, le cadre législatif a beaucoup évolué permettant un recours facilité à l'avortement et l'essor des méthodes contraceptives, aujourd'hui variées. Quels sont les moyens à disposition aujourd'hui et quelles sont leurs modalités d'action?

I.2.2. La contraception régulière : moyens disponibles en France à l'heure actuelle

I.2.2.1. La contraception hormonale

Tableau 1 : contraception œstroprogestative

Œstro-progestative	Utilisation	Effets indésirables (EI)	Coût
Pilules	-sur ordonnance. -un comprimé par jour à heure fixe sur ou 3 ou 4 semaines -classées selon le type et dose d'estrogène ou la génération de progestatif	-risques thromboembolique veineux (TEV) et artériel dépendant de la dose d'EthinylEstradiol -nausées, mastodynies, céphalées, acné, spottings.	1 à 2 € /plaquette, remboursé à 65% par l'assurance maladie pour les 1 ^e et 2 ^{ème} générations
Patch EVRA®	-sur ordonnance -timbre de 20 cm2 à coller sur la peau 1 fois par semaine sur 3 semaines	-Mastodynies, réactions locales.	en moyenne 15€ (une boîte de 3 patches), non remboursé
Anneau NUVARING®	-sur ordonnance -anneau flexible de 54mm de diamètre se plaçant manuellement au fond du vagin. en place 3 semaines	-expulsion -infections vaginales -mastodynies, céphalées, acné, dépression, nausées	en moyenne 16€, non remboursé

Mécanisme d'action de tous les œstroprogestatifs combinés : blocage de l'ovulation par rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus et l'hypophyse ; modification de la glaire cervicale devenant imperméable à la migration des spermatozoïdes ; modification de l'endomètre devenant impropre à la nidation.

Efficacité : indice de Pearl 0,3 en utilisation optimale mais entre 6 et 8 en utilisation courante

Contre-indications (CI) absolues : antécédents thromboembolique veineux ou artériel ou prédisposition aux thromboses (troubles lipidiques sévères, diabète avec lésions vasculaires, hypertension artérielle), cancers hormonaux dépendants, hépatopathies graves, pancréatite, migraine avec aura ou migraine simple avec facteurs de risque cardiovasculaires, méningiomes, tumeurs hypophysaires, connectivites, association avec inducteurs enzymatiques, saignements vaginaux inexpliqués. Le tabac est une CI relative.

Tableau 2 : contraception progestative

Progestative	Utilisation	Efficacité	Contre-indications	Coût
Pilule	-sur ordonnance -en continu sur 28 jours à heure fixe	Pearl 0,3 (8 en pratique courante)	-thromboses veineuse en cours -cancer du sein ou de l'utérus -hépatopathies sévères	1 à 2 €/plaquette, remboursé à 65%
Implant sous cutané Nexplanon®	-sur ordonnance et nécessitant un professionnel formé à la pose -bâtonnet 4cm de long posé pour 3 ans dans la face interne du bras	Pearl <0,1	-idem pilules	105,32€ remboursé à 65%
Injectable Depo Provera®	-injection par voie intramusculaire en début de cycle. - efficace pendant 3 mois.	Pearl 0,3	-idem pilule - obésité, diabète, hypertension artérielle -non recommandé chez adolescentes ou femmes à risque d'ostéoporose	environ 3,5€ remboursé à 65%
DIU hormonal	-sur ordonnance et nécessitant un professionnel formé à la pose -dispositif en forme de « T » de 3,5 cm de long, contenant du LVG posé dans l'utérus -efficace entre 3 et 5 ans selon le DIU	Pearl 0,2-0,4	-idem pilule -grossesse -malformation utérine ou gros fibrome, - cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre -IST ou infection génitale haute en cours ou <3 mois, tuberculose génitale.	entre 100 et 115€ remboursé à 65%

Mode d'action des progestatifs: modification de l'endomètre, rendent la glaire imperméable, diminution de la mobilité tubaire, blocage de l'ovulation pour certaines pilules.

Effets indésirables : aménorrhée, spotting, kystes ovariens, acné, céphalées, mastodynies, œdèmes, baisse de la libido, troubles de l'humeur, hématome lié à la pose pour l'implant, diminution de la densité minérale osseuse pour les injections.

I.2.2.2. Contraception non hormonale

Tableau 3 : contraception non hormonale

	Utilisation	Efficacité	Effets Indésirables (EI) et Contre-indications (CI)	Coût
DIU au cuivre	-sur ordonnance et nécessitant un professionnel formé à la pose -dispositif en forme de « T », à bras flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. - efficace pendant 4 à 10 ans.	-Pearl entre 0,6 et 0,8 - action par modification des spermatozoïdes et effet inflammatoire sur l'endomètre	CI : idem DIU hormonal (sans les CI liées aux hormones) EI : liés à la pose (douleur, malaise vagal, risque de perforation utérine), dysménorrhées, risque d'expulsion	30,5 €, remboursé à 65%
Préservatifs masculins ou féminins	-méthode barrière -protège des IST -un à chaque rapport	Pearl 14 pour le masculin et 21 pour le féminin.	risque de rupture ou de glissement	0,5 à 2€, non remboursé
Diaphragme cape cervicale et spermicides	- laissé en place 6h après le rapport -cape réutilisable	Pearl 18-29 (spermicides) 6-32 (diaphragme ou cape)		20€ (spermicides) et 60€ (cape), non remboursés. 30-45€ (diaphragme), remboursé de 3,14 euros
Méthodes naturelles	Ogino (abstinence périodique), calcul des températures, Billings (observation de la glaire), le retrait, méthode de l'allaitement maternel exclusif et de l'aménorrhée			Gratuit mais Pearl 20

I.2.2.3. Contraception définitive

Depuis la loi du 4 juillet 2001, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France après un délai de réflexion de 4 mois. Cette méthode n'est accessible qu'aux personnes majeures. Il n'y a pas d'âge minimum ou de nombre d'enfant suffisant pour y avoir accès. Elle est irréversible. Elle est remboursée par l'assurance maladie. C'est le moyen de contraception le plus répandu dans le monde (3).

Chez la femme, elle se fait soit par ligature des trompes par voie coelioscopique, vaginale ou abdominale (sous anesthésie générale), soit, jusqu'en 2016, par obturation tubaire par hystéroscopie (sans anesthésie, sous anesthésie locale ou générale) par insertion d'ESSURE®. Il s'agit d'un micro-ressort en nitinol qui, une fois en place, provoque une réaction tissulaire naturelle et une fibrose autour et à l'intérieur de l'implant. L'efficacité est immédiate par ligature des trompes (Pearl à 0,5) et efficace au bout de 3 mois avec les ESSURE® (Pearl 0,5). Cependant, depuis août 2017, ESSURE® n'a plus l'AMM en France du fait d'une suspension de marquage CE (Communauté Européenne).

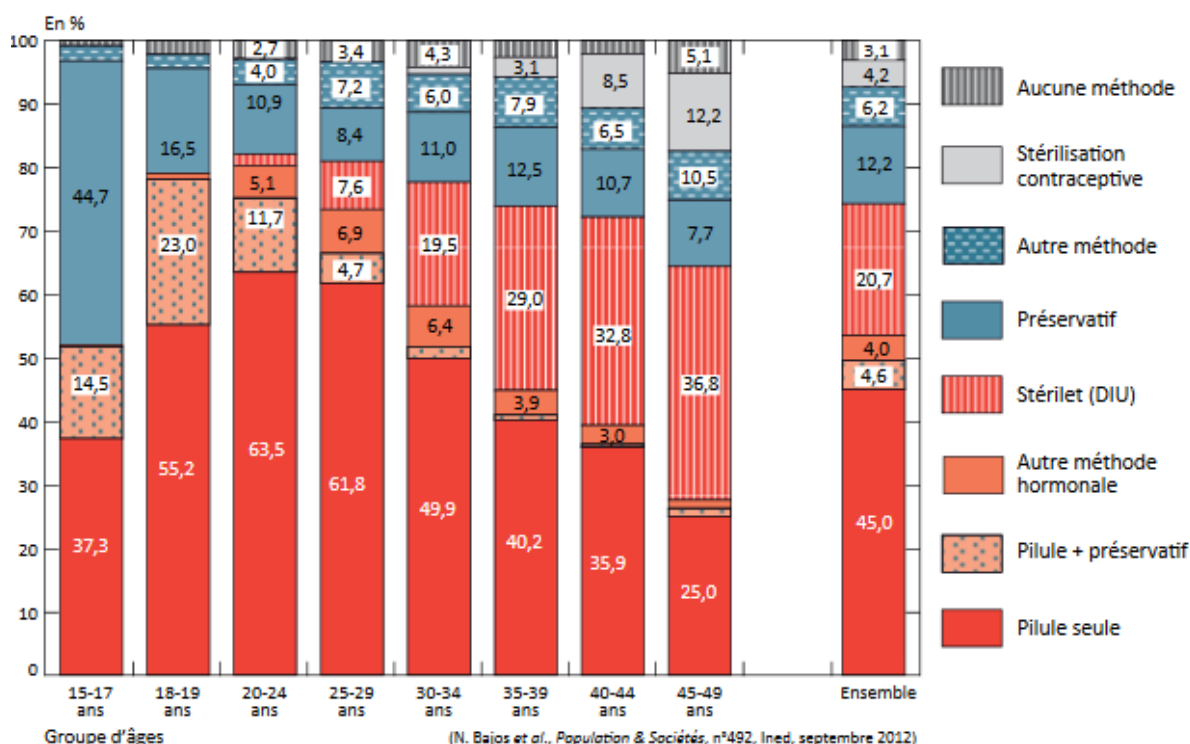
Chez l'homme, la vasectomie est la ligature des canaux déférents. C'est un acte chirurgical réalisé sous anesthésie locale ou générale. Elle est efficace au bout de 3 mois (Pearl à 0,1).

I.2.3. Marché actuel de la contraception

La France a donc une très large couverture contraceptive.

N.Bajos et son équipe ont analysé en 2014, les données de l'enquête FECOND concernant un échantillon de plus de 5000 femmes et plus de 3000 hommes de 15 à 49 ans interrogés par téléphone sur leurs pratiques contraceptives. D'après cette enquête, plus de 97% des femmes ayant une activité sexuelle et ne souhaitant pas de grossesse utilisent un moyen de contraception (2).

Les pratiques contraceptives ont beaucoup évolué ces dernières années. La pilule reste le contraceptif le plus utilisé par les françaises (notamment chez les 20-24 ans) en 2015 ; vient ensuite le DIU puis le préservatif (Figure 2). La stérilisation reste une méthode très peu employée en France alors qu'elle est la première méthode dans le monde (3) (4).



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

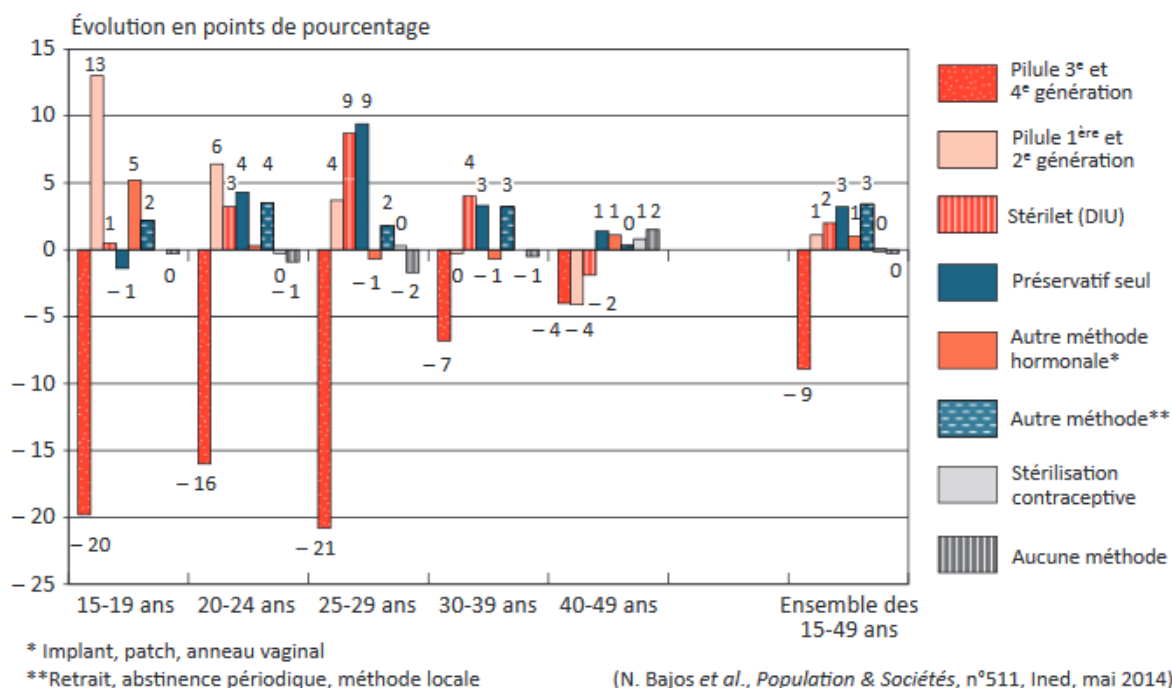
Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 2: Méthodes utilisées en France selon l'âge des femmes (2)

Une des explications est la présence en France d'une «norme contraceptive» (5) : préservatifs utilisés en début de vie sexuelle, puis utilisation de la pilule pendant la relation en couple stable, puis le DIU une fois le nombre d'enfants voulus atteint.

Mais depuis la crise de la pilule en 2012, qui a mené au déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération, une femme sur cinq déclare avoir changé de moyen de contraception (2). L'utilisation de la pilule œstroprogestative continue de diminuer en France, passant de 50 millions d'unités vendues à 43,7 en 2016, notamment les pilules de 3^e et 4^e génération (25 millions en 2012 versus 8 millions en 2016) (4). La seule pilule œstroprogestative qui progresse est celle contenant 20 µg d'Ethinyl-Estradiol et 100 µg de lévonorgestrel, elle représente un tiers du marché de pilules combinées.

Cette diminution de l'utilisation de la pilule se fait au profit du choix d'autres méthodes (DIU, implant, préservatif ou méthodes dites « naturelles ») (Figure 3)



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Lecture : la proportion de femmes de 25-29 ans utilisant une pilule de 3^e ou 4^e génération a baissé de 21 points entre 2010 et 2013 (28 % en 2010 et 7 % en 2013).

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 3 : évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes (2)

Les ventes des autres œstrogénostatifs (anneau vaginal et patch) diminuent également.

Les pilules progestatives pures progressent (8 millions en 2011, plus de 12 millions en 2016). La plus utilisée étant celle au désogestrel 75 µg (90% du marché des pilules progestatives pures).

Concernant les LARC (contraceptif réversible de longue durée d'action), les ventes d'implant augmentent : 170 000 en 2012, plus de 220 000 en 2016. Le marché des DIU est relativement stable (autour de 380 000 unités par an) (4).

Malgré cette large couverture contraceptive, encore 3% des femmes n'utilisent pas de contraception alors qu'elles n'ont pas de souhait de grossesse. Et il ne suffit pas d'avoir une contraception pour que celle-ci soit à 100% efficace. Ainsi, l'absence, l'échec, l'oubli ou le mésusage du contraceptif peuvent mener à une grossesse. Lorsque la femme a conscience du risque de grossesse, la contraception d'urgence existe pour diminuer ce risque. Quels sont les moyens disponibles en France ? Comment faut-il les utiliser ?

I.2.4. La contraception d'urgence (CU)

I.2.4.1. Définition

La CU est une méthode hormonale ou mécanique pour diminuer le risque de grossesse non désirée après un rapport sexuel à risque c'est-à-dire non ou mal protégé. Elle peut être aussi appelée contraception post-coïtale ou de rattrapage.

En France, il existe deux méthodes : la méthode hormonale par pilule (communément appelée pilule du lendemain ou du surlendemain, CUH) et la méthode mécanique par DIU au cuivre.

En France, 2 types de CUH sont actuellement utilisés : le lévonorgestrel (LVG) et l'ulipristal acétate (UPA).

I.2.4.2. Modalités sur la contraception hormonale d'urgence (CUH)

- Le LVG (21)

Le LVG (NORLEVO®) a obtenu l'AMM comme CUH en France en 1999. Elle est accessible sans ordonnance en pharmacie depuis mai 1999 ; et depuis 2000, elle peut être délivrée par les infirmières scolaires.

Elle est remboursée à 65% par la sécurité sociale sur ordonnance depuis 2001. Elle est disponible de façon gratuite et anonyme sans ordonnance pour les mineures depuis 2002.

D'autres génériques existent depuis 2006 : LEVONORGESTREL EG 1,5mg et LEVONORGESTREL MYLAN 1,5mg. Le LEVONORGESTREL BIOGARAN 1500µg est également sur le marché comme CUH.

Mode d'action : Le LVG agit en bloquant ou retardant le pic de LH (Hormone Lutéinisante), et donc l'ovulation. Le LVG n'est pas efficace si la phase d'augmentation de LH a commencé (soit environ 24 heures avant l'ovulation) et donc n'entraîne pas l'interruption d'une éventuelle grossesse existante (non abortif).

Utilisation : Prise d'un comprimé par voie orale de 1,5 mg de LVG au plus tôt après le rapport sexuel non protégé (RSNP) pour une efficacité optimale, au mieux dans les 12 heures et au plus tard dans les 72 heures. Elle peut être prise à n'importe quel moment du cycle. Si des vomissements surviennent dans les 3 heures après la prise, il est conseillé de reprendre un comprimé.

Plusieurs comprimés peuvent être pris au cours d'un même cycle mais la prise de CUH ne doit pas se substituer à une contraception régulière. De plus, il est recommandé après la prise, d'utiliser une contraception locale (par préservatif par exemple) jusqu'aux règles suivantes. La contraception hormonale régulière peut être débutée ou poursuivie (tout en utilisant des préservatifs les 7 jours suivant la prise de LVG). Si les règles sont anormales ou absentes il

est recommandé d'effectuer un test de grossesse. Son utilisation n'exempt pas des précautions à prendre contre les infections sexuellement transmissibles.

Efficacité : Elle dépend du délai d'utilisation après le RSNP et diminue avec le délai de prise. Elle est estimée à 95% dans les 24 heures, 85% dans les 24 à 48 heures et à 58% entre 49 et 72 heures (10). Son efficacité semble diminuer lorsque l'indice de masse corporelle (IMC) augmente ou lors de maladie de malabsorption (exemple : maladie de Crohn). Son métabolisme est accéléré si elle est prise en même temps que des inducteurs enzymatiques ou hépatiques (anticonvulsivants, anti rétroviraux, anti tuberculeux), c'est pourquoi il est recommandé de prendre une double dose de LVG ou d'utiliser plutôt un DIU comme CU.

Contre-indications (CI) et précautions d'emploi : pratiquement aucune CI en dehors d'une hypersensibilité à la substance ou aux excipients. Elle est cependant déconseillée s'il existe des antécédents de salpingite ou de grossesse extra utérine (risque de grossesse ectopique), s'il existe une atteinte hépatique sévère, ou des antécédents personnels thromboemboliques (ou facteurs de risque de thrombophilie). L'allaitement n'est pas recommandé pendant les 8 heures suivant la prise du comprimé.

Si une grossesse est découverte à postériori, le LVG n'est pas tératogène, et n'a aucun effet sur la fertilité.

Effets Indésirables : ils sont en général modérés et de courte durée (dans les 48 heures). Les plus fréquents sont des vertiges, des céphalées, des nausées ou douleurs abdominales, une tension mammaire, un retard de règles, des métrorragies, de la fatigue. Il peut aussi y avoir des diarrhées ou vomissements et une dysménorrhée.

- L'UPA (22)

L'UPA a obtenu l'AMM en mai 2009 comme CUH et est commercialisée en France sous le nom d'ELLAONE® (labo HRA Pharma S.A). Elle est remboursée par l'assurance maladie depuis décembre 2010, et est disponible sans ordonnance en pharmacie depuis avril 2015.

Mode d'action : L'UPA est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone et se lie donc avec une forte affinité au récepteur de la progestérone humaine. Il agit par inhibition ou retard de l'ovulation via la suppression du pic de LH. Par comparaison au LVG, l'UPA est aussi efficace au début du pic de LH en retardant la rupture folliculaire. Par contre, comme le LVG, il n'est pas efficace après l'ovulation.

Utilisation : Prise d'un comprimé de 30 mg d'UPA au plus tôt après le RSNP et au plus tard dans les 120 heures (5 jours). L'UPA peut être pris à n'importe quel moment du cycle. Si des vomissements surviennent dans les 3 heures après la prise, il est conseillé de reprendre un comprimé. Toute grossesse doit être exclue avant la prise d'UPA.

Il est recommandé après la prise, d'utiliser une contraception locale (par préservatif par exemple) jusqu'aux règles suivantes.

L'UPA peut diminuer l'efficacité d'une contraception hormonale régulière, c'est pourquoi il est recommandé par le CNGOF d'attendre 7 jours après la prise d'UPA pour la débiter. Il faut donc avoir une protection locale pendant 14 jours (7 jours pour éviter les interférences avec l'UPA et 7 jours pour que la contraception hormonale soit efficace) (23).

Si les règles sont anormales ou absentes il est recommandé d'effectuer un test de grossesse.

Efficacité : L'UPA est efficace jusqu'à cinq jours (120 heures) après le RSNP. La méta analyse (24) publiée en 2010 dans le Lancet permettait de comparer l'efficacité de l'UPA versus le LVG en terme de diminution du risque de GNP. Les résultats suggéraient une meilleure efficacité de l'UPA quel que soit le délai de prise (de 0 à 120 heures) après le rapport sexuel à risque : OR 0,55 (IC 0,32-0,93) ; et dans les 24 premières heures, l'UPA est presque trois fois plus efficace que le LVG : OR 0,35 (IC 0,11-0,93). Le CNGOF recommande donc l'UPA en première intention pour la CUH (23).

Son efficacité semble diminuer lorsque l'IMC augmente mais le bénéfice reste grand vis-à-vis du risque de GNP.

Contre-indications et précautions d'emploi : pratiquement aucune CI en dehors d'une hypersensibilité à la substance ou aux excipients. L'UPA est déconseillé en cas d'asthme sévère, de traitement par glucocorticoïde oral ou inducteur enzymatiques, ou bien s'il existe une atteinte hépatique sévère. L'allaitement n'est pas recommandé pendant une semaine suivant la prise du comprimé (conseils de tirer puis de jeter le lait).

Si une grossesse est en cours, l'UPA ne l'interrompt pas et ne semble pas avoir d'effet tératogène. Il n'a aucun effet sur la fertilité.

Effets Indésirables : céphalées, nausées ou douleurs abdominales, dysménorrhée. Globalement, sa tolérance est très bonne.

I.2.4.3. Le dispositif intra utérin comme CU

Il s'agit de la méthode de CU la plus efficace. Il est soumis à prescription médicale et doit être posé dans les cinq jours après le RSNP. Son utilisation nécessite donc une consultation avec un médecin ou une sage-femme dans ce délai (ce qui peut représenter un frein à son utilisation) (10). Il agit en inhibant l'implantation de l'œuf. Avant la pose, les risques infectieux doivent être bien évalués. Il a l'avantage de fournir à la femme une contraception de longue durée. Une étude sur une cohorte de 1963 femmes de 18 à 44 ans demandant une CU dans les 72 heures après un RSNP a d'ailleurs montré un taux d'abandon très faible (6%) dans l'année qui suivait sa pose (25).

Contre-indications : malformation utérine, infection génitale en cours ou hémorragie génitale inexpliquée

Effets indésirables : expulsion, perforation utérine, infections génitales, dysménorrhées ou hyperménorrhées secondaires.

I.2.4.4. Coût et accessibilité de la CU

Les conditions d'accès et de délivrance sont identiques pour le LVG et l'UPA en France. Il est possible de les trouver :

-en pharmacie, avec ou sans ordonnance (d'un médecin ou d'une sage-femme). Elle est remboursée à 65% par l'assurance maladie sur ordonnance. Elle est gratuite et anonyme pour les mineures de plus de 15 ans (prise en charge 100% par l'assurance maladie). Les mineures n'ont pas besoin de prouver leur âge, une simple déclaration orale suffit. Le pharmacien se doit de réaliser un entretien avec la patiente pour s'assurer des bonnes conditions d'utilisation de la CUH et pour effectuer en même temps une prévention des infections sexuellement transmissibles.

-dans les CPEF. Elle est délivrée de façon gratuite et anonyme pour les mineures ainsi que pour les majeures n'ayant pas de couverture sociale.

-par les infirmières scolaires des collèges et lycées. La délivrance est anonyme pour toutes les élèves mineures ou majeures.

-dans les services de médecine préventive universitaires et interuniversitaires. La délivrance y est gratuite et anonyme pour toutes les étudiantes mineures ou majeures.

Les coûts diffèrent en fonction des spécialités :

Tableau 4 : les CUH commercialisées en France et leurs coûts

CUH	Coût (hors honoraire de dispensation de la pharmacie)
NORLEVO®	5,12€
Lévonorgestrel BIOGARAN®	5,12€
Lévonorgestrel MYLAN®	3,04€
Lévonorgestrel EG®	3,04€
ELLAONE® (UPA)	18,28€

Pour le DIU au cuivre, il est soumis à une prescription médicale obligatoire. Il est remboursé à 65% par l'assurance maladie et coûte un peu plus de 30€ (en fonction de la marque, et si un kit de pose est compris dans la boîte). Cependant il est gratuit pour les mineures de plus de 15 ans.

En dehors des CPEF où son accès est plus simple (car professionnels et matériels présents sur place), son accessibilité est beaucoup plus réduite que la CUH car il nécessite une consultation rapide (dans les 5 jours après le RSNP), avec un professionnel formé à la pose et une évaluation des risques infectieux.

I.2.5. Utilisation de la CU en France

Depuis la facilitation de l'accès à la CUH en 1999 les ventes n'ont cessé d'augmenter. Depuis 2002, date à laquelle le NORLEVO® est devenu disponible sans ordonnance, les ventes ont doublé (Figure 4). En 2009 en revanche, l'arrivée de l'UPA sur le marché n'a pas augmenté massivement les ventes. On observe seulement une stagnation modérée depuis 2012, moment de la « crise de la pilule ».

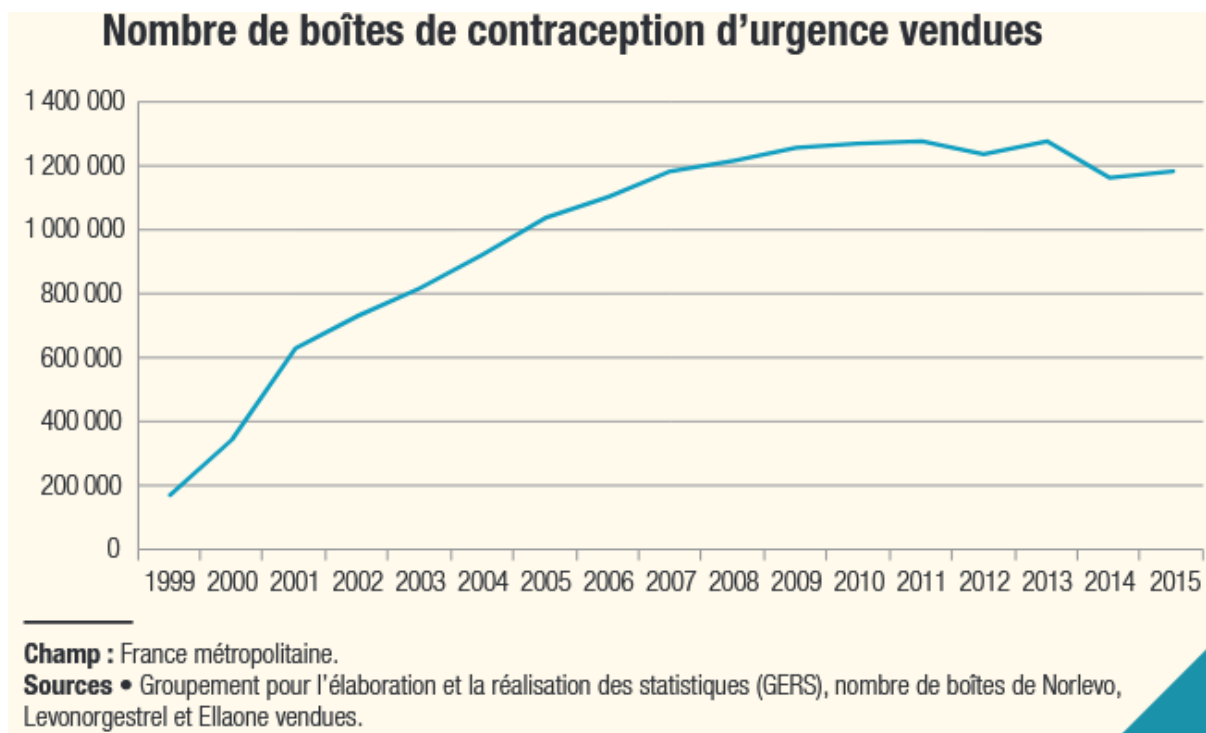


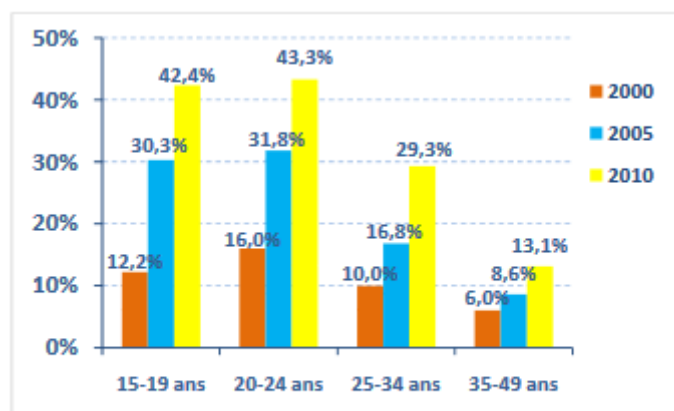
Figure 4 : nombre de boîtes de CU vendues (1)

En 2016, 1 337 000 plaquettes de CUH ont été vendues (4).

Dans plus de 90% des cas, l'accès à la CUH se fait directement sans ordonnance en pharmacie. L'accès via l'infirmière scolaire est très minoritaire (moins de 3% des mineures ayant utilisé la CUH).

Si le nombre de boîtes de CU vendue augmente, le nombre d'utilisatrices aussi. En effet, en 2000, seulement 9% des femmes de 15 à 49 ans ayant des rapports sexuels déclaraient avoir

utilisé la CU au moins une fois dans leur vie. En 2010, ce chiffre augmente à 24%, soit près d'une femme sur quatre de 15 à 49 ans, et 40% des moins de 25 ans (26). (Figure 5)



Source : Baromètres santé 2000-2005-2010, INPES

Figure 5 : proportion des femmes ayant utilisé la CU au moins une fois dans leur vie par tranche d'âge

Les principales raisons d'utilisations données pour l'utilisation de la CU en 2005 étaient d'une part l'échec de la contraception habituelle (30% par oubli de pilule et 31% pour rupture de préservatif) et d'autre part l'absence de contraception (17%) (10). Mais cette utilisation reste insuffisante. En effet, seulement 25% de femmes ayant eu un problème de préservatif dans le dernier mois ont utilisé la CU (selon l'enquête FECOND de 2010) (27).

Dans une étude européenne en 2012 de 5 pays dont la France, interrogeant 2119 femmes exposées aux GNP, seulement 24% avaient utilisé la CU (20% en France) (14). Les raisons de non utilisation de la CU étaient en premier la non réalisation du risque de grossesse, puis un défaut de connaissances sur son utilisation. Les femmes en ont souvent entendu parler mais ont de fausses croyances et des informations erronées. En effet, dans une enquête de l'INPES sur la connaissance des français en matière de contraception réalisée en 2007, plus d'un tiers des personnes qui disaient connaître la CU connaissaient le délai d'utilisation, ou encore pensaient qu'elle était destinée uniquement au moins de 25 ans (12).

Malgré les campagnes de prévention et d'information, et une meilleure accessibilité à la CU, son taux d'utilisation reste insuffisant pour avoir une conséquence sur le nombre d'IVG. Dans ce contexte, il paraît important d'évaluer plus précisément la non utilisation et la mauvaise utilisation de la CU auprès des femmes en demande d'IVG.

I.3. Problématique

Malgré une large couverture contraceptive en France, le nombre d'IVG change peu d'une année sur l'autre. Ce taux n'est pas uniquement dû aux échecs ou absence de contraception mais aussi aux modes d'utilisation de la contraception régulière (arrêt, oubli, transition...), qui dépendent de la situation affective, professionnelle, sociale ou financière dans laquelle la femme se trouve. Ainsi au cours de sa vie toute femme peut se retrouver face à une situation à risque de GNP, car il n'est pas si facile de toujours bien se protéger. Dans ce cas, la CU existe et permet de diminuer ce risque de GNP. Les évolutions de lois facilitant son accès ont permis d'en augmenter les ventes. Mais, même si elle est bien connue de la plupart des femmes, elle est sous utilisée. Les femmes en ont-elles une bonne connaissance ? Ont-elles les bonnes informations ?

Les femmes en demande d'IVG sont de fait, en échec de CU (par non ou mauvaise utilisation). Sont-elles bien informées ? Quels sont leurs souhaits d'information ? Pourquoi ne l'ont-elles pas utilisée ? Si elles l'ont utilisée pourquoi cela n'a pas marché ? Quelles sont leurs connaissances vis-à-vis de la CU ?

L'objectif de cette étude est de décrire les freins à l'utilisation de la CU chez les femmes en demande d'IVG. Les objectifs secondaires sont d'une part de décrire les connaissances de ces femmes sur la CU, et d'autre part de comparer les populations de femmes ne l'utilisant pas à celles l'ayant utilisée afin par la suite d'adapter une meilleure stratégie de prévention des GNP.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Objectifs et critères d'évaluation

- Objectif principal et critère d'évaluation principal

L'objectif principal de l'étude était de décrire les freins à l'utilisation de la CU chez les femmes en demande d'IVG.

Le critère d'évaluation principal était la réponse à la question 18 du questionnaire sur l'utilisation ou non pour cette grossesse de la CU et les raisons d'échec ou de non utilisation (annexe 1).

- Objectifs secondaires et critères d'évaluation

Les objectifs secondaires étaient d'une part de décrire les connaissances des femmes sur la CU, et d'autre part, de comparer les populations de femmes ayant utilisé la CU à celle ne l'ayant pas utilisée.

Pour l'objectif « connaissance des femmes sur la CU », les critères d'évaluation étaient les réponses aux questions 13, 14, 15, 16, 17 et 19 s'intéressant au délai d'action, aux conditions d'obtention, au mécanisme d'action de la CU.

Pour l'objectif « comparaison des populations de femmes ayant utilisé la CU à celle ne l'ayant pas utilisée » les critères d'évaluation étaient les réponses aux questions 1 à 12 concernant les données sociodémographiques et gynécologiques.

II.2. Population étudiée

- Population étudiée

L'étude concernait les femmes consultant en CIVG pour une demande d'IVG en Pays de la Loire.

Dans la région Pays de la Loire, en 2015, 8241 IVG ont été réalisées, dont 8108 dans les 20 CIVG recensés dans le Réseau Sécurité-Naissance (RSN) de Pays de la Loire (soit 98% des IVG de la région).

Les centres d'IVG de Pays de Loire contactés via le RSN de Pays de Loire étaient : Centre Hospitalier (CH) d'Ancenis, CH de Châteaubriant, CH de Cholet, CH de Fontenay, CH La-Roche-sur-Yon, CH de Laval, CH du Mans, CH Les Sables d'Olonne, CH de Saumur, CH de Saint-Nazaire, CHU d'Angers (Centre Flora Tristan), CHU de Nantes (centre Simone-Veil),

Clinique Jules-Verne (centre Clotilde Vautier), Clinique Brétéché, CH Château-Gontier, CH Mayenne, Clinique Tertre Rouge, CH PSSS, CH Challans, CH Luçon.

Il s'agissait d'une étude observationnelle. Le recrutement était réalisé sur la période du 28/10/2017 au 09/02/2018. Un minimum de 100 patientes était attendu.

- Critères d'inclusion

L'étude incluait toutes les femmes mineures ou majeures en demande d'IVG consultant dans un CIVG de Pays de la Loire acceptant de participer à l'étude.

- Critère d'exclusion

Les femmes ne parlant ou ne lisant pas français étaient exclues de l'étude.

II.3. Design et déroulement de l'étude

- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique multicentrique régionale transversale non contrôlée prospective.

- Description détaillée des paramètres d'évaluation

Le questionnaire distribué était composé de 3 parties (annexe 1) :

- La première partie reprenait les informations personnelles sociodémographiques et gynécologiques (questions 1 à 8) : âge, situation personnelle, nationalité, niveau d'étude, situation professionnelle, nombre de grossesse, et d'enfants et antécédents d'IVG. Une seule réponse était admise pour chaque question (QCS).

- La deuxième partie concernait leur statut contraceptif (questions 9 à 12) : présence ou non d'un suivi gynécologique et par qui (QCS), la contraception au moment de la conception (plusieurs réponses possibles via un QCM), puis les raisons de l'échec de la contraception si elles en avaient une (QCM), ou les raisons de l'absence de contraception (QCM).

- La troisième partie concernait la contraception d'urgence (questions 13 à 21) : connaissance de l'existence des 3 types de contraception d'urgence (QCS 13), évaluation des connaissances sur le rôle, le mode d'action, les modalités de prise et d'accès de la pilule contraceptive d'urgence (QCS 14), connaissance du délai maximal d'efficacité des deux types de pilules (QCS 15), connaissance des lieux d'obtention de celles-ci (QCM 16), utilisation dans leur vie de la pilule contraceptive d'urgence (QCS 17), utilisation pour cette grossesse de la pilule contraceptive d'urgence (QCS 18) et dans chaque cas modalité d'obtention et raison de l'échec (QCS) ou raisons de non utilisation (QCM), auto-évaluation de leur niveau d'information sur la contraception d'urgence (QCS 19), sources d'information (QCM 20), et souhait à l'avenir d'avoir la CUH en avance (QCS).

- Déroulement de l'étude

Les CIVG de Pays de la Loire appartenant au RSN de Pays de la Loire ont été contactés par mail au mois d'octobre 2017 pour obtenir un accord pour participer à l'étude, puis une deuxième relance par mail a été réalisée. Les questionnaires ont été distribués pendant la période 28/10/2017 au 09/02/2018 aux femmes lors de la consultation de demande d'IVG au sein des différents CIVG de la région Pays de la Loire ayant accepté de participer à l'étude en fonction de l'organisation de chaque centre : soit par la secrétaire à l'accueil du centre, soit par la conseillère conjugale, le médecin ou la sage-femme qui effectuait la consultation. Il nécessitait environ 5-10 minutes de remplissage. Il était par la suite relevé de façon anonyme à l'accueil du centre. Chaque questionnaire était accompagné d'une feuille d'information expliquant brièvement l'objectif de l'étude et certifiant l'anonymat de la patiente (annexe 1).

Le remplissage du questionnaire par la femme impliquait donc son consentement à l'étude.

- Calendrier de l'étude

-19 octobre 2017 : premier contact par mail envoyé de l'investigateur principal aux CIVG de Pays de la Loire présentant le sujet de l'étude et les modalités de réalisation de celle-ci.

-23 octobre 2017 : relance par mail des centres n'ayant pas répondu.

-Du 23 octobre au 13 novembre 2017 : début d'inclusion dans les différents CIVG ayant accepté de participer à l'étude : dépôt des questionnaires, boîtes de retours et stylos, information aux personnels des centres présents le jour du dépôt (secrétaire, médecin, cadre sage-femme).

-de novembre 2017 à janvier 2018 : contacts téléphoniques de l'investigateur aux CIVG pour connaître le nombre de questionnaires remplis, les retours et questions éventuelles en lien avec l'étude, la nécessité ou non de matériel à fournir.

-9 février 2018 : fin du recrutement et saisie des données.

II.4. Recueil des données et statistiques

- Recueil des données

Le recueil des données de chaque personne se prêtant à la recherche était via les questionnaires. Les données ont été transposées dans un tableur Excel dont l'investigateur principal est le responsable.

Les questionnaires étant anonymes, aucune donnée nominative n'a été recueillie dans le cadre de cette recherche. Il n'est donc pas possible pour l'investigateur principal de retrouver l'identité des participantes.

Les données seront conservées par l'investigateur pendant 5 ans.

- Méthodes Statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant la moyenne, l'écart-type, la médiane et les différents quartiles. Les variables catégorielles ont été décrites par les effectifs et les fréquences des différentes modalités.

L'objectif principal de l'étude était de décrire les freins à l'utilisation de la CU. Les caractéristiques ont été décrites selon l'utilisation de la CU pour la grossesse actuelle : estimer le pourcentage de femmes ayant utilisé une pilule contraceptive d'urgence avec son intervalle de confiance à 95 % et décrire les causes d'échec ; pour les femmes ayant répondu NON : décrire les freins à son utilisation.

Le premier objectif secondaire était la détermination des connaissances des femmes de la CU. Pour cela, les réponses aux questions 13 à 17 ont été décrites de la façon suivante :

-Pour les questions 13, 15, 16 et 17 les variables catégorielles ont été décrites.

-Pour la question 14, un score de connaissance sur 10 a été créé. Une réponse correcte correspondait à 1 point tandis qu'une réponse fausse ou cochée « ne sais pas » correspondait à 0 point. Le score a été décrit en utilisant la moyenne, l'écart-type et la médiane. Une analyse de la variance des scores en fonction des réponses à la question 19 (auto-évaluation des connaissances concernant la CU) a ensuite été réalisée. Pour cela, une analyse ANOVA a été réalisée.

Le second objectif secondaire était la comparaison des populations de femmes ayant utilisé la CU à celle ne l'ayant pas utilisée (questions 1 à 12). Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant la moyenne, l'écart-type, et la médiane. Les variables catégorielles ont été décrites par les fréquences des différentes modalités. Toutes ces caractéristiques ont été comparées selon l'utilisation ou non de la CU (dans leur vie et à l'occasion de la grossesse actuelle). Un test de comparaison des moyennes de Student a été utilisé pour les variables aléatoires continues. Un test d'indépendance du Chi2 a été utilisé pour les variables aléatoires catégorielles. Une régression logistique multivariée a été réalisée afin de déterminer les facteurs d'utilisation de la CU.

Degré de signification statistique prévu : Le risque de première espèce α a été fixé à 0.05.

Toutes les données manquantes ont été décrites et il n'y a pas eu d'imputation des données manquantes.

II.5. Aspects administratifs, réglementaires et considérations éthiques

Cette recherche n'était pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de l'article L.1121-1 et R.1121-1 du code de la santé publique. Elle n'entrait pas dans le champ de la loi Jardé.

Les données étaient anonymes. Cette étude n'entrait pas dans le cadre de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004.

Information du patient : L'investigateur s'engageait à informer le patient de façon claire et juste du protocole (note d'information en annexe 1). Il a remis aux patientes un exemplaire de la note d'information. Celle-ci précisait la possibilité pour la patiente de refuser de participer à la recherche et de se retirer à tout moment.

Consentement : Le remplissage du questionnaire anonyme par les patientes, informées par écrit, impliquait leur consentement à l'étude.

Cette recherche a été soumise au GNEDS (Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé) et a obtenu un avis favorable le 12/02/2018.

RÉSULTATS

III.1. Caractéristiques des patientes

III.1.1. Caractéristiques du recrutement

Sur les 20 CIVG des Pays de la Loire, 10 (50%) ont participé à l'étude : CH de Châteaubriant, CH de Fontenay, CH La-Roche-sur-Yon, CH de Saumur, CH de Saint- Nazaire, CHU d'Angers (Centre Flora Tristan), CHU de Nantes (centre Simone Veil), Clinique Jules Verne à Nantes (centre Clotilde Vautier), CH Mayenne, CH Challans. Dans ces 10 CIVG, 667 questionnaires ont été recueillis entre le 28/10/2017 et le 09/02/2018. Sur l'ensemble des centres, le taux de participation a été de 46% (Tableau 5).

Tableau 5: répartition des réponses des CIVG et taux de participation

CIVG	Nombre d'IVG annuel en 2016*	Nombre de patientes éligibles sur la période de recrutement	Nombre de questionnaire recueillis	Taux de participation (pourcentage)
CH de Châteaubriant	124	31	22	71%
CH de Fontenay	145	36	4	11%
CH La Roche-sur-Yon	673	168	89	53%
CH de Saumur	264	66	24	36%
CH de Saint- Nazaire	637	159	104	65%
CHU d'Angers	1175	294	162	55%
CHU de Nantes	1598	400	170	43%
Clinique Jules-Verne	775	194	63	32%
CH Mayenne	128	32	7	22%
CH Challans	151	38	22	58%
Total	5670	1417	667	46%

* source sae-diffusion.sante.gouv.fr

III.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes en demande d'IVG interrogées dans notre étude sont présentées dans le tableau 6.

L'âge moyen des femmes en demande d'IVG était de 28,7 ans $\pm$ 6,9 ans avec une médiane à 29 ans. La plus jeune avait 15 ans et la plus âgée 49 ans. Il y avait 10 mineures parmi les patientes interrogées.

Dans notre étude, 641 patientes déclaraient être françaises (soit plus de 96% de l'échantillon). Deux patientes n'ont pas répondu à cette question. Parmi les 24 patientes non françaises, il y avait 6 européennes (Angleterre, Belgique, Monténégro, Portugal, Roumanie), 11 africaines

(Congo, Gabon, Maroc, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal, Madagascar), 2 américaines (Colombie, Haïti) et 1 asiatique (Azerbaïdjan).

Plus de la moitié des patientes déclaraient ne pas vivre seules : 48,5% étaient en couple et 14% étaient mariées. Les célibataires représentaient 33,4% de l'échantillon et 3,8% déclaraient être divorcées.

Seulement 39 femmes (5,8%) n'avaient aucun diplôme, et une femme sur cinq (près de 20% pour chaque catégorie) avait le niveau soit BEP/CAP, soit Baccalauréat, soit Bac+2, ou soit supérieur à Bac+2.

La majorité des femmes déclaraient être actives : 433 (64,9%) avaient un emploi et 79 (11,8%) étaient étudiantes ou élèves. Les 21 patientes ayant répondu « autre » précisaient être en formation (12 d'entre elles), saisonnière, en congé parental, en disponibilité ou encore en service civique.

Tableau 6 : caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées (n=667)

Variable	Catégorie	Femmes incluses (n = 667)
Age, moyenne (écart-type)		28.7 (6.9)
Catégorie d'âge, n(%)	15-20	99 (14.8)
	21-25	139 (20.8)
	26-30	163 (24.4)
	31-35	143 (21.4)
	35-49	120 (18)
	Inconnue	3 (0.4)
Situation personnelle, n(%)	Célibataire	221 (33.1)
	En couple	321 (48.1)
	Mariée	93 (13.9)
	Divorcée	25 (3.7)
	Veuve	2 (0.3)
	Inconnue	5 (0.7)
Nationalité, n(%)	Française	641 (96.1)
	Autre	24 (3.6)
	dont:	
	Africaine	11 (1.6)
	Américaine	2 (0.3)
	Asiatique	1 (0.1)
	Européenne	6 (0.9)
Niveau d'étude, n(%)	Inconnue	2 (0.3)
	Pas de diplôme	39 (5.8)
	Brevet des collèges	34 (5.1)
	BEP/CAP	160 (24)
	Baccalauréat	154 (23.1)
	Bac+2	128 (19.2)
	Supérieur à Bac+2	148 (22.2)
Situation professionnelle, n(%)	Autre	4 (0.6)
	Emploi	433 (64.9)
	Chômage	84 (12.6)
	Femme au foyer	49 (7.3)
	Etudiante	79 (11.8)
	Autre/inconnue	22 (3.3)

III.1.3. Caractéristiques gynécologiques des patientes

Les caractéristiques gynécologiques des femmes en demande d'IVG interrogées dans notre étude sont présentées dans le tableau 7.

Pour un tiers des femmes, cette grossesse était la première. Les grandes multigestes (6 grossesses ou plus) représentaient 8,7% de notre échantillon.

Trois-cent-trois femmes (45,4%) déclaraient ne pas avoir d'enfant, et 238 femmes (35,7%) avaient deux ou trois enfants (multipares).

Deux femmes sur trois (63,4%) venaient pour une première IVG.

Quatre-cent-quarante-sept femmes (67%) avaient un suivi gynécologique, dont 38,7% par un gynécologue et 16,9% par leur médecin traitant.

Une femme sur trois déclarait n'avoir aucune contraception au moment de la conception. Trente pourcents utilisaient la pilule (la liste des pilules nommées par les femmes est présentée en annexe 3), majoritairement des pilules de 2^{ème} génération, 27,9% utilisaient le préservatif, et 7,8% des méthodes naturelles. Les contraceptions « autre » citées étaient : l'implant, le patch, la ligature par clips, anneau, injections, spermicides.

Tableau 7 : caractéristiques gynécologiques des femmes interrogées (n=667)

Variable	Catégorie	Femmes incluses (n = 667)
Gestité, n(%)	<i>Primigeste</i>	223 (33.4)
	<i>Multigeste</i>	384 (57.6)
	<i>Grande multigeste</i>	58 (8.7)
	<i>Inconnue</i>	2 (0.3)
Parité, n(%)	<i>Nullipare</i>	303 (45.4)
	<i>Primipare</i>	119 (17.8)
	<i>Multipare</i>	238 (35.7)
	<i>Grande multipare</i>	5 (0.7)
	<i>Inconnue</i>	2 (0.3)
Antécédent d'IVG, n(%)	<i>Non</i>	423 (63.4)
	<i>Oui</i>	242 (36.3)
	<i>dont:</i>	
	<i>1 IVG</i>	147 (22.0)
	<i>2 IVG</i>	44 (6.6)
	<i>3 et + IVG</i>	39 (5.8)
	<i>Inconnu</i>	2 (0.3)
Suivi gynécologique, n(%)	<i>Non</i>	217 (32.5)
	<i>Oui</i>	447 (67.0)
	<i>dont:</i>	
	<i>Médecin traitant</i>	113 (16.9)
	<i>Gynécologue</i>	258 (38.7)
	<i>Autres</i>	53 (7.4)
	<i>Mixte</i>	24 (3.6)
	<i>Inconnu</i>	3 (0.4)
Contraception au moment de la conception, n(%)	<i>Pilule</i>	202 (30.3)
	<i>Préservatif</i>	185 (27.9)
	<i>DIU hormonal</i>	9 (1.3)
	<i>DIU cuivre</i>	20 (3.0)
	<i>Méthodes naturelles</i>	52 (7.8)
	<i>Autres méthodes</i>	13 (1.9)
	<i>Aucune contraception</i>	222 (33.3)

Pour les femmes ayant une contraception au moment de la conception, les trois circonstances d'échec de la contraception utilisée les plus fréquemment citées ont été l'oubli de la pilule (26.8%), un glissement ou une rupture de préservatif (26.8%) ou une circonstance inconnue (28.7%) (Figure 6). La liste des réponses « autre » est présentée en annexe 4.

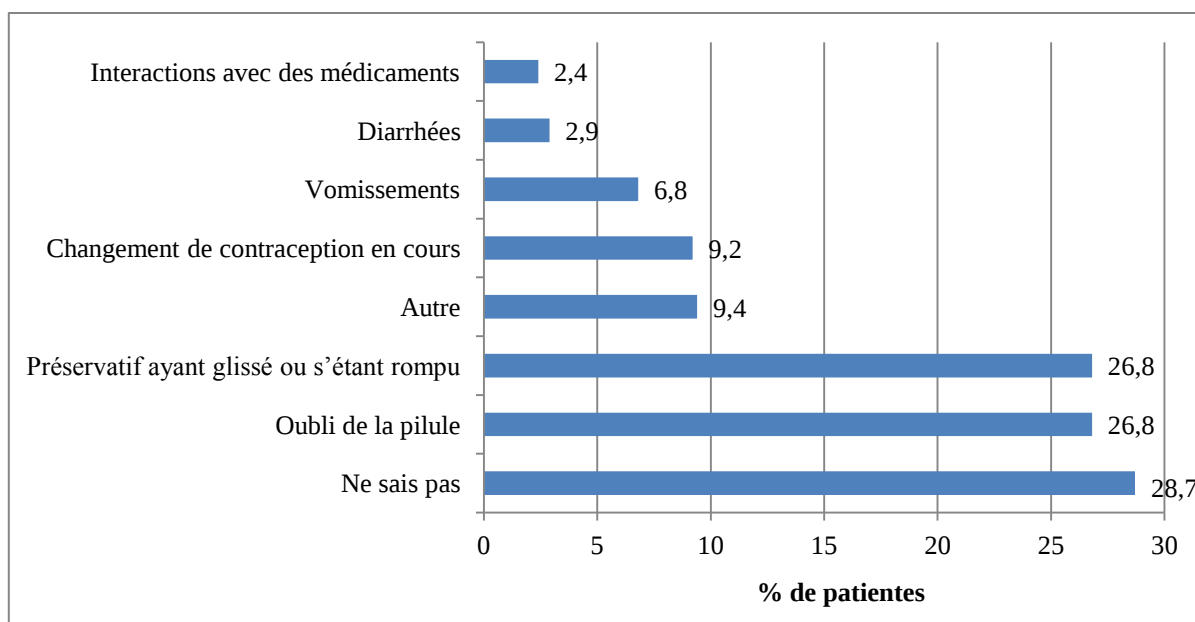


Figure 6 : Circonstances d'échec de la contraception utilisée pour cette grossesse

Pour les femmes n'ayant pas eu de contraception au moment de la conception, les trois raisons de non utilisation d'une contraception les plus fréquemment citées ont été un souhait de changement de contraception (18.5%), des rapports sexuels très irréguliers (25.7%) et des raisons autres (34.2%) (Figure 7). La liste des raisons « autre » est présentée en annexe 5.

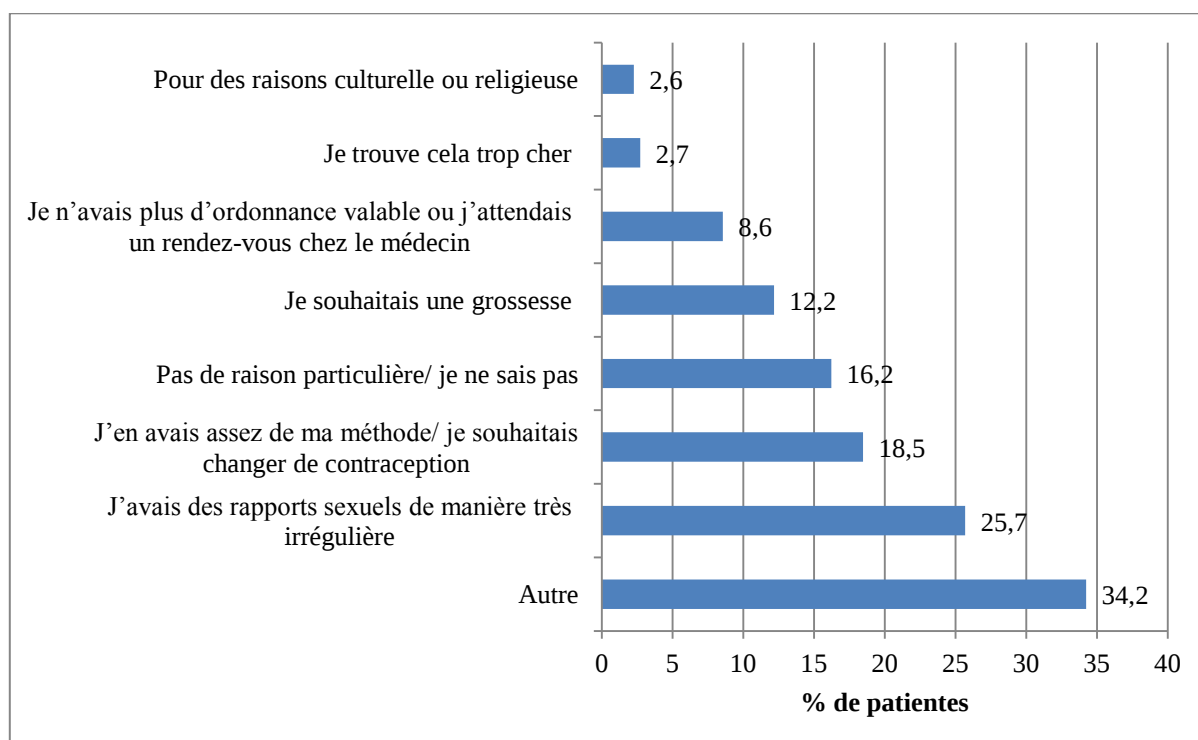


Figure 7 : Raisons de non utilisation d'une contraception au moment de la conception

III.2. Utilisation de la Contraception d'Urgence

Sur les 667 femmes ayant répondu au questionnaire de l'étude, seules 657 ont répondu à la question concernant l'utilisation de la CU (10 données manquantes). Parmi ces 657 femmes, 63 ont utilisé une pilule contraceptive d'urgence pour cette grossesse. Le pourcentage de femmes ayant utilisé une pilule contraceptive d'urgence pour cette grossesse avec son intervalle de confiance à 95 % s'élevait donc à 9,6% IC_{95%} [7.3 ; 11.8] (Tableau 8)

Tableau 8 : Répartition des femmes selon le critère de jugement principal

Utilisation de la CU	Effectif	Pourcentage	IC 95%
NON	594	90.4	[88.2 ; 92.7]
OUI	63	9.6	[7.3 ; 11.8]
Total	657	100	/
Données manquantes = 10			

Parmi les 63 patientes ayant utilisée la CU, 54 (85.7%) l'ont obtenue en pharmacie sans ordonnance, 6 (9.5%) en pharmacie avec ordonnance, et 3 (4.8%) dans d'autres lieux (Tableau 9).

Tableau 9 : Lieu d'obtention de la CU utilisée pour cette grossesse

Lieu d'obtention de la CU	Effectif N=63	Pourcentage
Pharmacie sans ordonnance	54	85.7
Pharmacie avec ordonnance	6	9.5
Au planning familial	1	1.6
À l'école	1	1.6
Je l'avais déjà chez moi (prescrite par médecin traitant)	1	1.6

Plus de la moitié des patientes (n=35, 56.5%) ne savaient pas pourquoi la CU utilisée n'avait pas marché ; 16 (25.8%) l'ont probablement prise trop tard et 8 (12.9%) ont eu d'autres rapports sexuels non protégés pendant le cycle. Une patiente n'a pas répondu à cette question (Tableau 10).

Tableau 10 : Raisons d'échec de la CU

Raisons d'échec de la CU	Effectif N=62	Pourcentage
Prise trop tard	16	25.8
Je ne sais pas	35	56.5
Autre rapport sexuel à risque pendant le cycle	8	12.9
Autre	3	4.8

Parmi les 594 patientes n'ayant pas utilisé la CU pour cette grossesse (90,4% de notre échantillon), 354 (62%) ne pensaient pas pouvoir être enceintes, 165 (29%) ne pensaient pas avoir un échec de leur contraception et 112 (20%) estimaient qu'il était trop tard pour la prendre (Figure 8)

Les « autres raisons » évoquées (44 patientes) sont présentées en annexe 2. Treize patientes précisait « je ne connais pas » ou « je n'y ai pas pensé ».

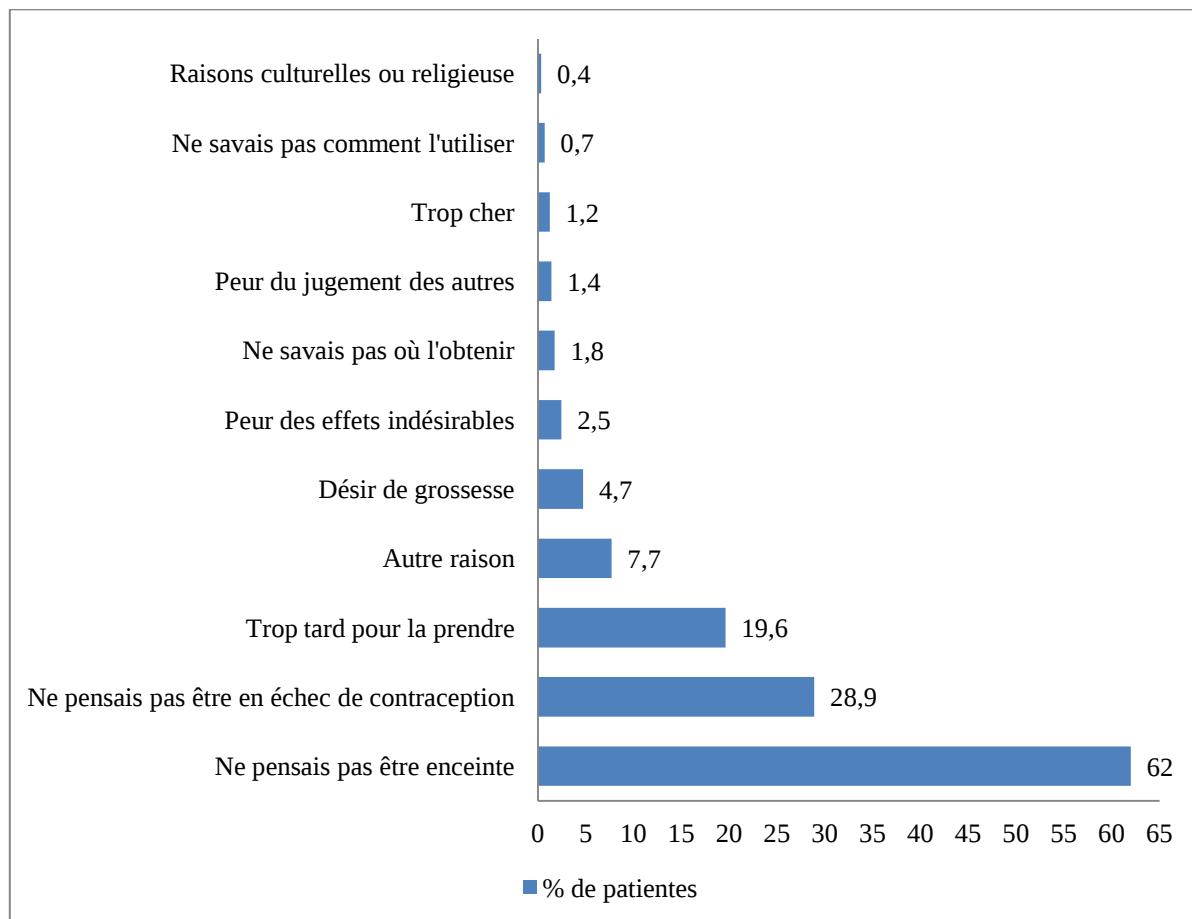


Figure 8 : Raisons de non utilisation de la CU

III.3. Objectif secondaire : connaissances des femmes sur la CU

- En ont-elles déjà entendu parler ?

Plus de 8 femmes sur 10 déclaraient avoir déjà entendu parler de la pilule NORLEVO® ou encore Lévonorgestrel (dite « la pilule du lendemain »).

A l'inverse, seulement 19% des femmes connaissaient le DIU comme CU, et 26% déclaraient avoir déjà entendu parler de la pilule ELLAONE® ou encore Acétate d'ulipristal (dite « la pilule du surlendemain »).

Tableau 11: connaissance de l'existence des différents moyens de contraception d'urgence

	NORLEVO®		ELLAONE®		DIU comme CU	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
OUI	542	82.5	174	26.5	125	19
NON	115	17.5	483	73.5	531	81
Données manquantes	10	/	10	/	11	/

- Connaissances du rôle, du mode d'action, des modalités de prise et d'accès de la CUH

Le score moyen sur 10 de connaissance des patientes était de $6,5 \pm 2,2$, avec une médiane à 7/10. Dix-huit femmes n'ont pas répondu à cette question, 24 ont eu 0 point et 18 ont eu 10/10.

Pour chaque item, la répartition des réponses était la suivante :

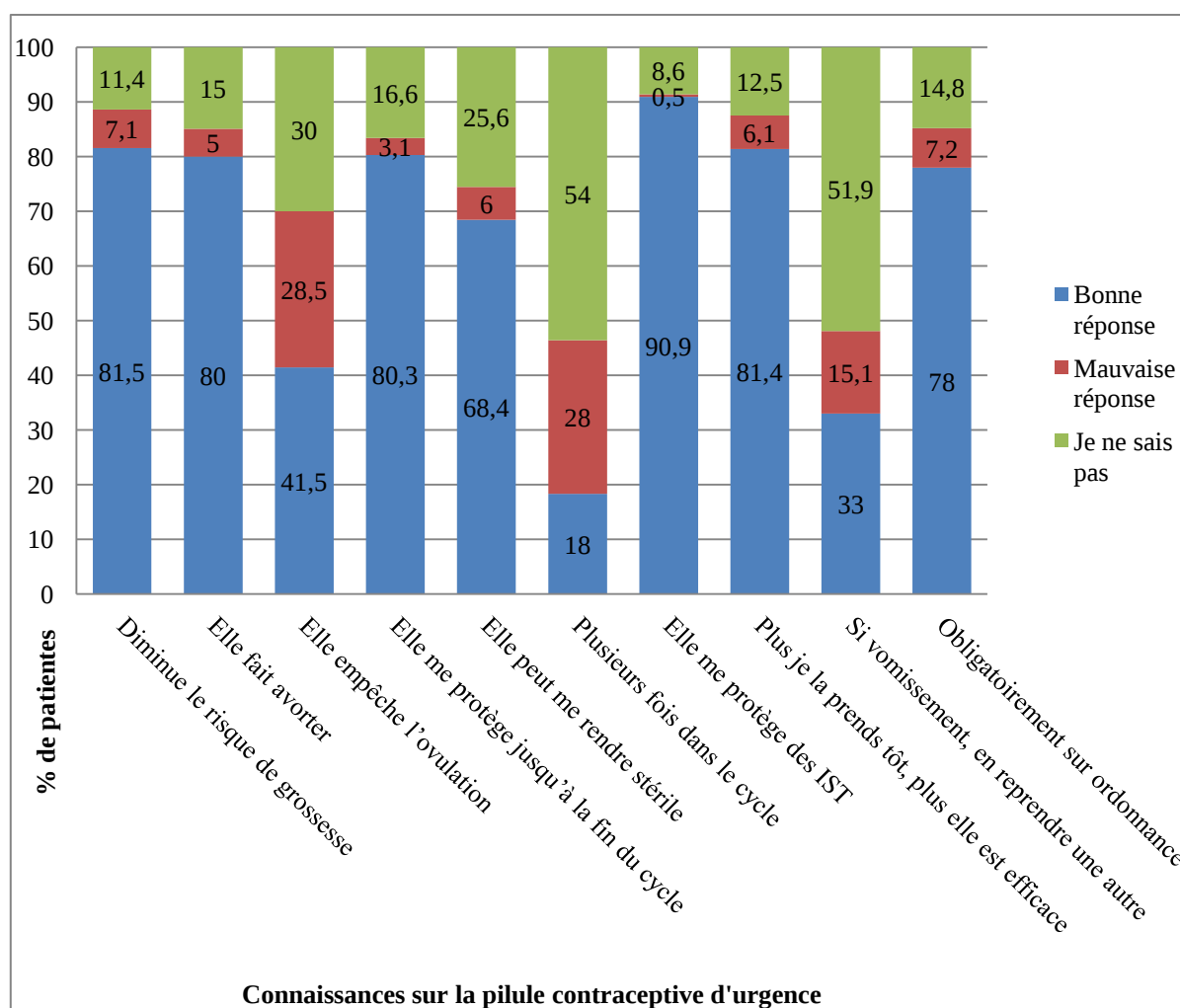


Figure 9 : répartition des connaissances sur la CUH

Plus de 80% des femmes savaient : que le rôle de la CUH est de diminuer le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé (RSNP), qu'elle n'est pas abortive, qu'elle ne protège pas jusqu'à la fin du cycle s'il y a d'autres RSNP, qu'elle ne protège pas des IST, qu'elle est plus efficace si elle est prise tôt après le RSNP. Soixante-dix-huit pourcents des femmes pensaient à juste titre qu'une ordonnance n'est pas obligatoire pour l'obtenir.

A l'inverse, plus de la moitié ne connaissait pas son mode d'action (blocage de l'ovulation), près d'une sur trois ne savait pas que la CUH n'a pas d'effet sur la stérilité (25% ne savait pas et 6% pensait qu'elle peut rendre stérile).

Plus de la moitié des femmes ne savait pas qu'on peut la prendre plusieurs fois dans le cycle ou encore qu'il faut en reprendre une autre en cas de vomissement dans les 3H après la prise.

- Connaissance du délai d'efficacité de la CUH

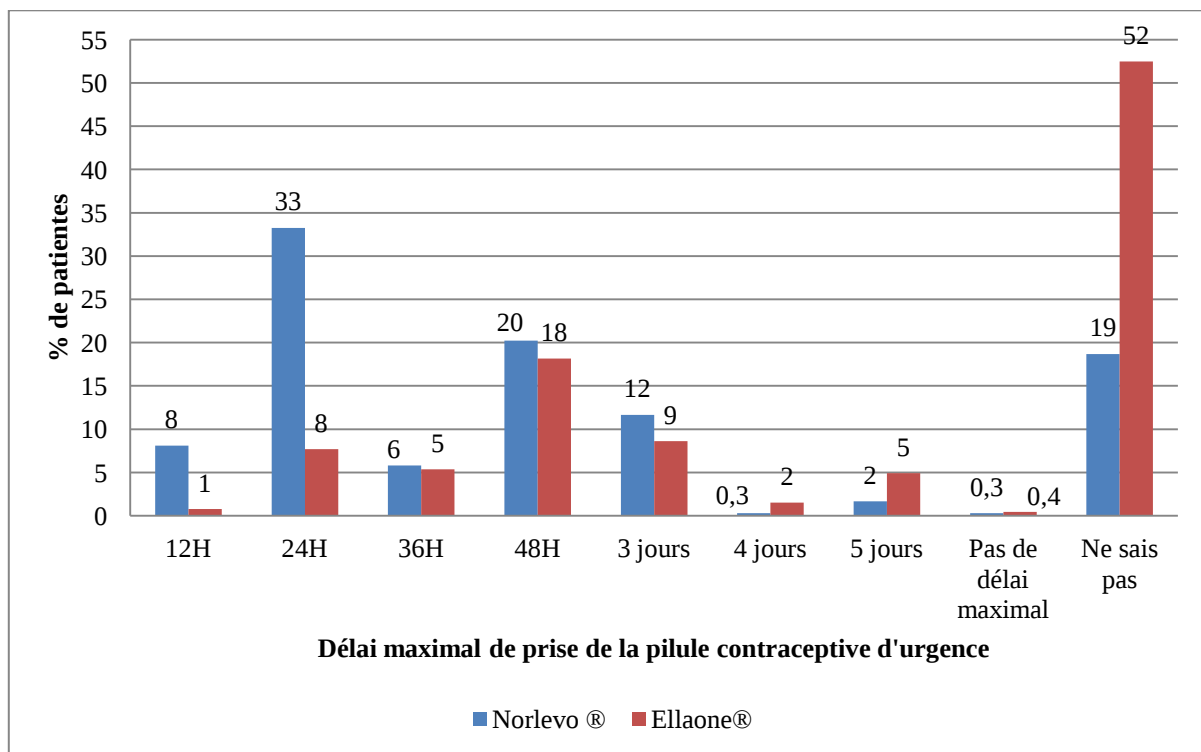


Figure 10 : connaissance du délai maximal d'efficacité de la CUH

Seulement 12% des femmes connaissent le délai maximal d'efficacité de 3 jours pour le NORLEVO®, et 5% le délai de 5 jours pour ELLAONE®.

Plus de 2 femmes sur 3 sous-estimaient le délai du NORLEVO®, et plus de la moitié des femmes ne connaissent pas le délai pour ELLAONE®.

- Connaissance des lieux d'obtention de la CUH

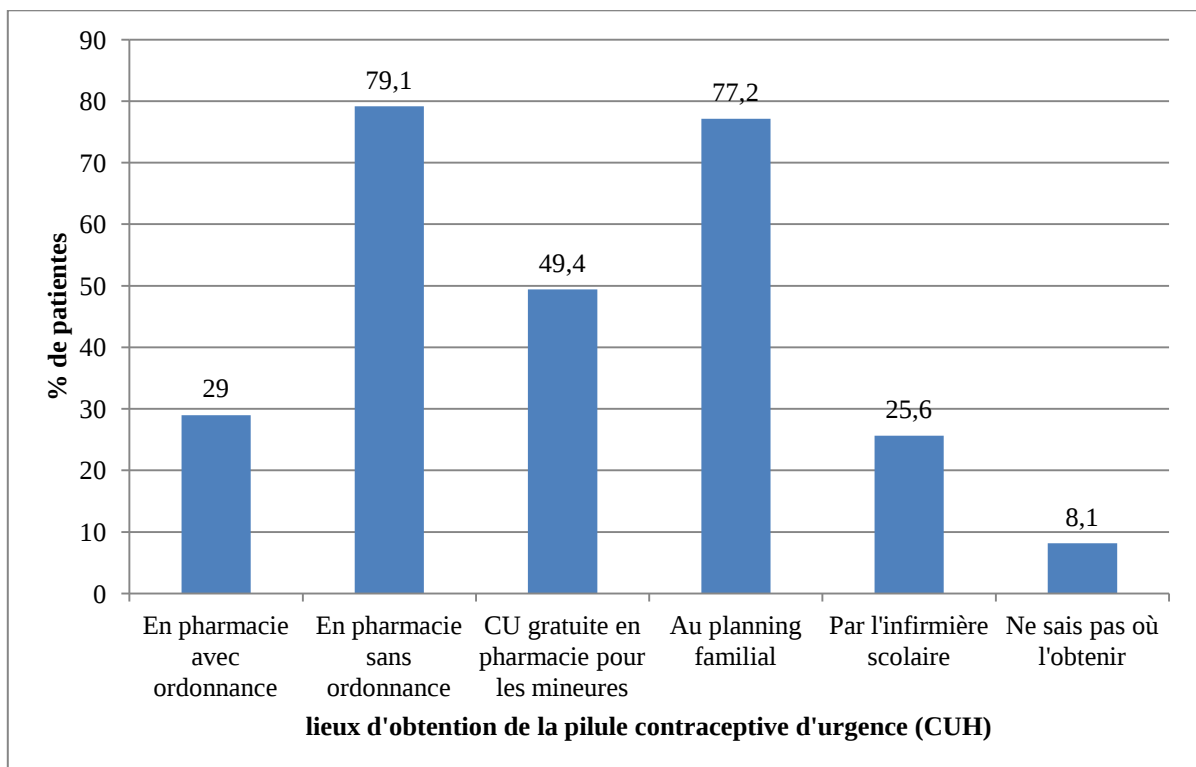


Figure 11 : connaissance des lieux d'obtention de la CUH

La plupart (79%) des femmes savaient qu'elle est disponible en pharmacie sans ordonnance mais paradoxalement seulement 29% ont répondu qu'on pouvait l'obtenir en pharmacie avec une ordonnance.

- Utilisation dans leur vie de la CUH

Trois-cent-cinquante-six femmes, soit 54% de l'échantillon, déclaraient avoir déjà utilisé la CUH au cours de leur vie. Onze patientes n'ont pas répondu à cette question.

- Auto-évaluation des connaissances sur la CU

A la question « comment pensez-vous être informée sur la contraception d'urgence ? », 48% ont répondu « correctement », 39% ont répondu « insuffisamment », 7% ont répondu « parfaitement », et 6% ont répondu « pas du tout ».

Nous avons comparé les réponses à cette question avec les moyennes des scores de connaissance obtenus via les 10 items de la question 14. Les différences entre certaines moyennes de connaissances étaient significativement différentes ($p < 0.0001$).

Tableau 12 : Analyse de la variance des scores en fonction de l'auto-évaluation des connaissances

	Pas du tout N=40	Insuffisam- ment N=244	Correcte- ment N=305	Parfaite- ment N=43	Total N=632	p- value
score de connaissance CU (/10)	N=40	N=243	N=301	N=41	N=625	<.0001
Min-Max	[0;8]	[0;10]	[0;1]	[0;10]	[0;10]	
Moyenne	3.4	6.2	7.2	7.3	6.6	
Ecart-type	2.6	2	1.6	2.3	2.1	
Médiane	3	7	7	8	7	
Q1-Q3	[1.5;5]	[5;8]	[6;8]	[6;9]	[6;8]	

Il existait une cohérence entre le score de connaissances réelles et l'auto-évaluation de leurs connaissances : plus les femmes se sentaient informées, plus leurs moyennes de score étaient élevées.

L'effectif de chaque item « parfaitement », « correctement », « insuffisamment » et « pas du tout » définissait un groupe. Nous avons comparé les groupes 2 à 2.

Les moyennes de score entre les groupes « parfaitement – insuffisamment », « parfaitement – pas du tout », « correctement – insuffisamment », « correctement – pas du tout » et « insuffisamment – pas du tout » étaient significativement différentes.

Les moyennes de score entre les groupes « parfaitement » et « correctement » n'étaient pas significativement différentes.

Pour une meilleure visibilité, on représente la répartition des scores pour chaque groupe sous forme d'un graphique dit « boxplot ».

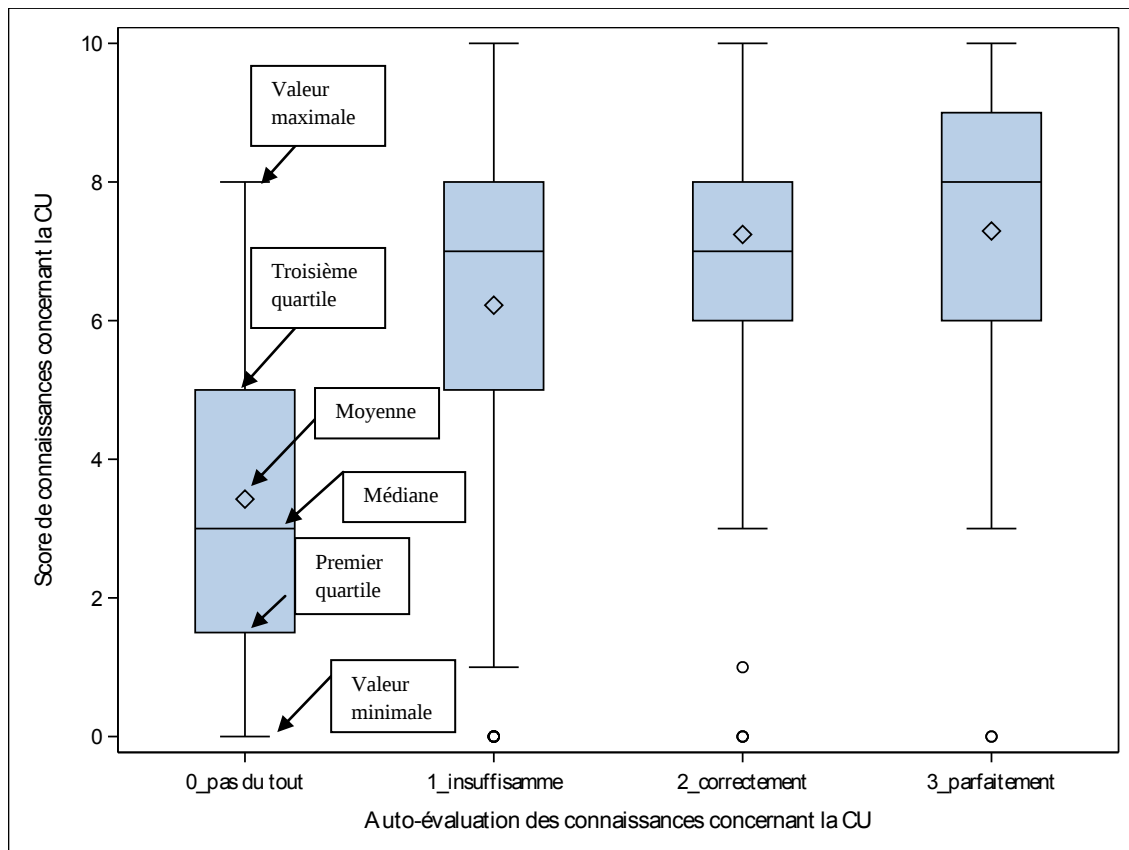


Figure 12 : Graphique Boxplot : scores de connaissance en fonction de l'auto évaluation de leurs connaissances

III.4. Objectif secondaire : comparaison des femmes utilisatrices de la CU aux non utilisatrices pour cette grossesse et dans leur vie

Concernant les femmes qui ont utilisé la CU pour cette grossesse :

Six-cent-cinquante-sept femmes ont répondu à la question concernant l'utilisation de la CU pour cette grossesse. Nous avons formé deux groupes : celles répondant « oui » étaient nommées « utilisatrices » (N=63), et celles répondant « non » étaient nommées « non utilisatrices » (N=594).

La comparaison des données sociodémographiques entre les deux groupes est présentée dans le tableau 13.

L'âge des patientes entre les deux groupes était significativement différent. Les utilisatrices étaient plus jeunes : leur moyenne d'âge était de 26,7 ans alors que les non utilisatrices avaient une moyenne d'âge de 28,9 ans ($p=0,018$).

Il existait également une différence statistique significative entre les groupes ($p=0,040$) concernant la situation professionnelle. On observait deux fois plus d'étudiantes ou élèves parmi les utilisatrices (22,2% versus 10,9% chez les non utilisatrices), et elles avaient moins souvent un emploi (52,4%) que les non utilisatrices (66,3%).

Il n'existait pas de différence significative concernant la situation personnelle ($p = 0.924$), la nationalité ($p=0,080$) et le niveau d'étude ($p = 0.269$) entre les deux groupes.

Tableau 13 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques

Variable	Catégorie	Non utilisatrices (n = 594)	Utilisatrices (n=53)	P.value
Age, moyenne (écart-type)		28.9 (7)	26.7 (6.4)	0.018
Situation personnelle, n(%)	<i>Célibataire</i>	195 (33.1)	23 (36.5)	0.924
	<i>En couple</i>	288 (48.9)	29 (46)	
	<i>Mariée</i>	83 (14.1)	8 (12.7)	
	<i>Divorcée/veuve</i>	23 (3.9)	3 (4.8)	
Nationalité, n(%)	<i>Française</i>	17 (2.9)	5 (7.9)	0.080
	<i>Autre</i>	575 (97.1)	58 (92.1)	
Niveau d'étude, n(%)	<i>Inférieur au BAC</i>	211 (35.5)	22 (34.9)	0.269
	<i>Baccalauréat</i>	139 (23.4)	12 (19)	
	<i>Bac+2</i>	116 (19.5)	9 (14.3)	
	<i>Supérieur à Bac+2</i>	128 (21.5)	20 (31.7)	
Situation professionnelle, n(%)	<i>Emploi</i>	394 (66.3)	33 (52.4)	0.040
	<i>Chômage</i>	75 (12.6)	7 (11.1)	
	<i>Femme au foyer</i>	43 (7.2)	5 (7.9)	
	<i>Etudiante</i>	65 (10.9)	14 (22.2)	
	<i>Autre/inconnue</i>	17 (2.9)	4 (6.3)	

La comparaison des données gynécologiques entre les deux groupes est présentée dans le tableau 14.

Il n'existait pas de différence significative concernant la gestité ($p=0.461$), la parité ($p=0.747$), les antécédents d'IVG ($p=0.134$) et la déclaration d'un suivi gynécologique ($p=0.582$).

Concernant la contraception au moment de la conception, il n'existait pas de différences significatives en ce qui concerne l'utilisation de la pilule ($p=0.631$), le DIU hormonal ($p=0.999$), le DIU cuivre ($p=0.245$), les méthodes naturelles ($p=0.462$), ainsi que la non utilisation d'une contraception ($p=0.635$). Cependant, 42,9% des utilisatrices et 26,1% des non utilisatrices déclaraient avoir utilisé un préservatif au moment de la conception. La différence était significative entre les deux groupes ($p=0,007$).

Tableau 14: Comparaison des caractéristiques gynécologiques

Variable	Catégorie	Non utilisatrices (n = 594)	Utilisatrices (n=53)	P.value
Gestité, n(%)	<i>Primigeste</i>	200 (33.7)	20 (31.7)	0.461
	<i>Multigeste</i>	345 (58.2)	35 (55.6)	
	<i>Grande multigeste</i>	48 (8.1)	8 (12.7)	
Parité, n(%)	<i>Nullipare</i>	269 (45.4)	30 (47.6)	0.747
	<i>Primipare</i>	104 (17.5)	13 (20.6)	
	<i>Multipare</i>	215 (36.3)	20 (31.7)	
	<i>Grande multipare</i>	5 (0.8)	0 (0)	
Antécédent d'IVG, n(%)	<i>Non</i>	382 (64.4)	34 (54)	0.134
	<i>Oui</i>	211 (35.6)	29 (46)	
Suivi gynécologique, n(%)	<i>Non</i>	191 (32.2)	23 (36.5)	0.582
	<i>Oui</i>	402 (67.8)	40 (63.5)	
Contraception au moment de la conception, n(%)	<i>Pilule</i>	182 (30.8)	17 (27)	0.631
	<i>Préservatif</i>	154 (26.1)	27 (42.9)	0.007
	<i>DIU hormonal</i>	9 (1.5)	0 (0)	0.999
	<i>DIU cuivre</i>	20 (3.4)	0 (0)	0.245
	<i>Méthodes naturelles</i>	48 (8.1)	3 (4.8)	0.462
	<i>Autres méthodes</i>	11 (1.9)	2 (3.2)	0.361
	<i>Aucune contraception</i>	201 (34)	19 (30.2)	0.635

Concernant les circonstances de l'échec, il existait une différence statistique significative entre les groupes pour la raison « préservatif ayant glissé ou s'étant rompu » ($p=0,001$) : 48,8% des utilisatrices identifiaient cette raison versus 24,1% des non utilisatrices. De même, les non utilisatrices répondaient plus fréquemment « ne sais pas » (30,1%) que les utilisatrices (16,3%) ($p=0,0493$). Il n'existait pas de différence significative entre les groupes pour les autres circonstances d'échec proposées dans le questionnaire.

Concernant les femmes qui ont utilisé la CU dans leur vie :

Six-cent-cinquante-six femmes ont répondu à la question concernant l'utilisation de la CU dans leur vie. Nous avons formé deux groupes : celles répondant « oui » étaient nommées « utilisatrices dans leur vie » ($N=356$), et celles répondant « non » étaient nommées « non utilisatrices dans leur vie » ($N=300$).

La comparaison des données sociodémographiques entre les deux groupes est présentée dans le tableau 15.

Les « utilisatrices dans leur vie » étaient statistiquement plus jeunes (moyenne 27,8 ans et médiane à 27 ans) que les « non utilisatrices dans leur vie » (moyenne 29,7 ans et médiane à 30 ans) ($p<0,001$).

Il existait une différence significative de situation personnelle entre les deux groupes ($p<0,001$). Les « utilisatrices dans leur vie » étaient moins souvent divorcées (3,1% versus

4,7%), moins souvent mariées (8,2% versus 20,7%), mais plus souvent en couple (54% versus 42,5%) que les « non utilisatrices dans leur vie ».

Il existait une différence significative de niveau d'étude entre les deux groupes ($p=0,002$). Les « utilisatrices dans leur vie » faisaient plus d'étude supérieures au Bac+2 (27,5% versus 15,7%) que les « non utilisatrices dans leur vie ».

Il n'y avait pas de différence significative de nationalité ($p=0,0999$) ou de situation professionnelle ($p=0,063$) entre les deux groupes.

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques

Variable	Catégorie	Non utilisatrices dans leur vie (n = 300)	Utilisatrices dans leur vie (n=356)	P.value
Age, moyenne (écart-type)		29.7 (7)	27.8 (6.8)	< 0.001
Situation personnelle, n(%)	<i>Célibataire</i>	96 (32.1)	122 (34.7)	< 0.001
	<i>En couple</i>	127 (42.5)	190 (54)	
	<i>Mariée</i>	62 (20.7)	29 (8.2)	
	<i>Divorcée/veuve</i>	14 (4.7)	11 (3.1)	
Nationalité, n(%)	<i>Française</i>	288 (96.6)	344 (96.6)	0.999
	<i>Autre</i>	10 (3.4)	12 (3.4)	
Niveau d'étude, n(%)	<i>Inférieur au BAC</i>	122 (40.7)	111 (31.2)	0.002
	<i>Baccalauréat</i>	72 (24)	80 (22.5)	
	<i>Bac+2</i>	59 (19.7)	67 (18.8)	
	<i>Supérieur à Bac+2</i>	47 (15.7)	98 (27.5)	
Situation professionnelle, n(%)	<i>Emploi</i>	203 (67.7)	224 (62.9)	0.063
	<i>Chômage</i>	35 (11.7)	47 (13.2)	
	<i>Femme au foyer</i>	27 (9)	21 (5.9)	
	<i>Etudiante</i>	25 (8.3)	53 (14.9)	
	<i>Autre/inconnue</i>	10 (3.3)	11 (3.1)	

La comparaison des données gynécologiques entre les deux groupes est présentée dans le tableau 16.

Les « utilisatrices dans leur vie » avaient statistiquement moins d'enfants ($p<0,001$). Elles étaient plus souvent nullipares (53,5% versus 36,3%) que les « non utilisatrices dans leur vie ».

Les « utilisatrices dans leur vie » avaient statistiquement plus d'antécédents d'IVG (40,6% versus 31%) que les « non utilisatrices dans leur vie » ($p=0,014$)

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant leur gestité ($p=0,318$) et leur suivi gynécologique ($p=0,2723$).

Tableau 16: Comparaison des caractéristiques gynécologiques

Variable	Catégorie	Non utilisatrices dans leur vie (n = 300)	Utilisatrices dans leur vie (n=356)	P.value
Gestité, n(%)	<i>Primigeste</i>	93 (31)	128 (36.1)	0.318
	<i>Multigeste</i>	178 (59.3)	200 (56.3)	
	<i>Grande multigeste</i>	29 (9.7)	27 (7.6)	
Parité, n(%)	<i>Nullipare</i>	109 (36.3)	190 (53.5)	< 0.001
	<i>Primipare</i>	55 (18.3)	62 (17.5)	
	<i>Multipare</i>	131 (43.7)	103 (29)	
	<i>Grande multipare</i>	5 (1.7)	0 (0)	
Antécédent d'IVG, n(%)	<i>Non</i>	207 (69)	211 (59.4)	0.014
	<i>Oui</i>	93 (31)	144 (40.6)	
Suivi gynécologique, n(%)	<i>Non</i>	91 (30.3)	122 (34.4)	0.311
	<i>Oui</i>	209 (69.7)	233 (65.6)	

Une analyse multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs de risque d'utilisation de la CU. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 17.

Les femmes mariées avaient une probabilité plus faible d'utiliser la CU que les célibataires (OR 0.48 (0.26, 0.89) ; p=0,02).

Un niveau d'étude strictement inférieur à Bac+2 diminuait la probabilité d'utiliser la CU, et ce d'autant plus que le niveau d'étude était bas (pour un niveau bac+2 : OR 0.54 (0.31, 0.92) ; p=0,023 et pour un niveau inférieur au bac : OR 0.35 (0.21, 0.61) ; p<0,001).

Les femmes ayant deux enfants ou plus avaient une probabilité plus faible que les nullipares d'utiliser la CU (OR 0.44 (0.2, 0.94) ; p=0,03).

Les femmes ayant des antécédents d'IVG avaient une probabilité plus élevée d'utiliser la CU que celles venant pour leur première IVG (OR 1.68 (1.08, 2.6) ; p=0,021).

L'âge, la nationalité, la situation professionnelle, la gestité et le suivi gynécologique n'étaient pas des facteurs influençant la prise de CU.

Tableau 17: Facteurs de risque d'utilisation de la CU (analyse multivariée)

Variables	Catégories	OR (95%CI)	P
Age (référence = 35-49)	<i>15-20</i>	1.89 (0.84, 4.29)	0.126
	<i>21-25</i>	1.4 (0.73, 2.71)	0.313
	<i>26-30</i>	1.38 (0.78, 2.44)	0.264
	<i>31-35</i>	1.09 (0.64, 1.86)	0.759
Situation personnelle (référence = Célibataire)	<i>Divorcée/veuve</i>	0.94 (0.37, 2.42)	0.901
	<i>En couple</i>	1.21 (0.83, 1.78)	0.322
	<i>Mariée</i>	0.48 (0.26, 0.89)	0.020
Nationalité (référence = Française)	<i>Autres nationalité</i>	0.91 (0.36, 2.27)	0.832
Niveau d'étude (référence = Supérieur à BAC+2)	<i>Bac+2</i>	0.54 (0.31, 0.92)	0.023
	<i>Baccalauréat</i>	0.44 (0.26, 0.74)	0.002
	<i>Inférieur au BAC</i>	0.35 (0.21, 0.61)	< 0.001
Situation professionnelle (référence = Emploi)	<i>Chômage</i>	1.08 (0.64, 1.83)	0.772
	<i>Etudiante</i>	1.28 (0.67, 2.43)	0.452
	<i>Femme au foyer</i>	0.93 (0.48, 1.81)	0.836
	<i>Autre/inconnue</i>	0.87 (0.33, 2.28)	0.781
Gestité (référence = Primigeste)	<i>Multigeste</i>	2 (0.95, 4.22)	0.070
Parité (référence = Nullipare)	<i>Primipare</i>	0.51 (0.24, 1.06)	0.070
	<i>Multipare</i>	0.44 (0.2, 0.94)	0.033
IVG (référence = Non)	<i>Oui</i>	1.68 (1.08, 2.6)	0.021
Suivi gynécologique (référence = Non)	<i>Oui</i>	1.00 (0.68, 1.48)	0.996

OR > 1 signifie une augmentation de la probabilité d'utilisation de la CU.

III.5. Sources d'information

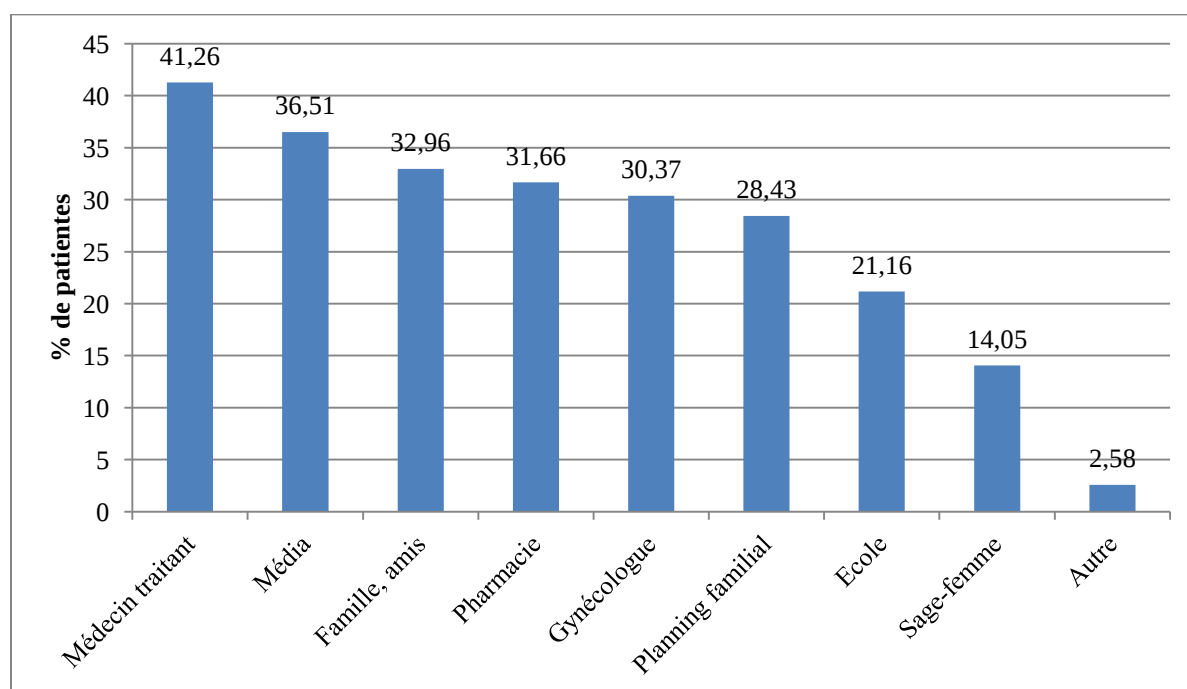


Figure 13 : sources d'information sur la CU

III.6. Désir d'avoir en avance la CUH

Trois-cent-quarante patientes (soit 54,5%) souhaiteraient avoir en avance chez elle la CUH.

DISCUSSION

IV.1. Principaux résultats

Il existe dans la littérature peu d'études s'intéressant aux raisons d'échec ou de non utilisation de la CU chez les femmes en demande d'IVG. Comme attendu, dans cette étude peu de femmes l'avaient utilisée (9,6%). Il a été retrouvé dans ce travail que la cause principale de non utilisation était la non perception du risque de grossesse (62%).

En cas d'utilisation de la CU, la raison de son échec était majoritairement non identifiée par la patiente (56%).

Concernant le profil des utilisatrices et des non utilisatrices, il a également été mis en évidence des différences. A propos de la grossesse en cours, les utilisatrices étaient significativement plus jeunes (26,7 ans versus 28,9 ans), plus souvent étudiantes ou élèves (22,9% versus 10,9% chez les non utilisatrices) et avaient moins souvent un emploi (52,4% versus 66,3%). Elles utilisaient plus souvent un préservatif comme contraception régulière (42,9% versus 26,1%). Elles identifiaient la rupture ou le glissement de celui-ci plus souvent comme cause de la grossesse (48,8% versus 24,1%) que les non utilisatrices.

Pour les femmes ayant déjà utilisé la CU dans leur vie, leur profil était également différent des « non utilisatrices dans leur vie ». Elles étaient également significativement plus jeunes (27,8 ans versus 29,7 ans), moins souvent divorcées (3,1% versus 4,7%) ou mariées (8,2% versus 20,7%), mais déclaraient plus souvent être en couple (54% versus 42,5%). Les utilisatrices avaient fait plus d'études supérieures au niveau Bac+2 (27,5 versus 15,7%). Concernant leurs antécédents gynécologiques, les utilisatrices étaient plus souvent nullipares (53,5% versus 36,3%) et avaient déjà réalisé une IVG antérieurement (40,6% versus 31%). Dans l'analyse multivariée, le fait d'être mariée ($p=0,02$) ou d'avoir fait des études de niveau inférieur au bac+2 ($p=0,023$) ou d'avoir déjà au moins deux enfants ($p=0,033$) étaient des facteurs de risques de non utilisation de la CU. A l'inverse, avoir un antécédent d'IVG apparaissait comme un facteur favorisant la prise de CU ($p=0,021$).

Concernant leurs connaissances de la CU, grâce au questionnaire créé pour ce travail, il a été montré au sein de notre population, qu'elles étaient plutôt satisfaisantes sur le mode d'action, les modalités d'accès et d'obtention, et que les femmes savaient bien auto-évaluer leurs connaissances. Cependant, même si la plupart des femmes savait que plus elle est prise tôt plus elle est efficace, le délai exact d'efficacité de la CUH était très peu connu (12% de résultats exacts pour le NORLEVO® et 5% pour ELLAONE®), et était largement sous-estimé. D'autre part, le DIU comme CU était très peu connu des femmes (19%), de même que la pilule ELLAONE® (26%).

IV.2. Validité interne : atouts et limites de l'étude

- Atouts

Comme précédemment évoqué, peu d'auteurs se sont intéressés à la problématique de l'utilisation de la CU auprès de femmes en situation d'échec de celle-ci. Au vue de la littérature, ce travail apparaît donc original avec des données descriptives qu'il convient de discuter.

De plus, la méthodologie de l'étude (étude prospective, multicentrique) et une taille d'échantillon importante ont permis des analyses statistiques avec une puissance satisfaisante.

Il existe néanmoins des biais dans l'étude qu'il convient de rappeler.

- Biais de sélection

Population étudiée :

Notre étude concernait les femmes en situation de grossesse non désirée demandant une IVG et de fait, en échec de CU par non ou mauvaise utilisation de celle-ci. Il aurait été intéressant de comparer notre population de femmes à celles ayant pris une CU et pour lesquelles elle aurait fonctionné, afin de mieux identifier les raisons d'échec de la CUH. Cependant il est difficile de retrouver cette population de femmes pour laquelle la CU a fonctionné.

Seuls 10 CIVG, sur les 20 existants de la région Pays de la Loire, ont accepté de participer à l'étude, ce qui ne permet pas d'obtenir une exhaustivité des résultats. De même, il existe de fortes disparités sur le nombre d'IVG en fonction des régions, rendant difficile la généralisation des résultats (16).

Les questionnaires ont été remplis uniquement par les personnes motivées par le sujet, acceptant de participer à l'étude, et comprenant et lisant bien le français. Cela constitue un biais de sélection de notre échantillon et à nouveau un manque de représentativité de la population étudiée.

Questionnaire :

Bien que le questionnaire ait été construit à partir d'études publiées, il n'était pas validé, ce qui ne permet pas une reproductibilité de l'étude.

Comparaison des groupes :

Dans l'étude de l'objectif secondaire comparant les utilisatrices aux non utilisatrices pour cette grossesse, les effectifs des groupes étaient déséquilibrés. Le nombre d'utilisatrices était assez faible, ce qui a pu entraîner un manque de puissance de l'étude et de nombreux résultats non significatifs. Une étude à plus grande échelle serait un moyen d'éviter ce biais.

- Biais de mesure :

Biais de mémorisation :

Nous n'avons pas pu vérifier les données sociodémographiques de chaque patiente puisque les questionnaires étaient strictement anonymes. De plus, les réponses recueillies faisaient appel à des éléments pouvant paraître parfois anciens pour elles, et faisant appel à leurs expériences ou leurs vécus (mode de contraception, nom de la pilule utilisée, souvenir du rapport à risque, sources d'information...). Les réponses déclaratives pouvaient donc être faussées, ce qui constitue un biais d'information pour notre étude. Par exemple, la cause d'échec de CU « prise trop tard » a pu être sous-estimée car les patientes devaient d'abord se souvenir du délai entre la prise de la CUH et le RSNP, puis du type de CUH utilisé (car la fenêtre d'action de l'UPA est plus grande que celle du LVG).

Effet Hawthorne :

Il est possible que les patientes interrogées aient eu le « désir de bien répondre » aux questions posées ou se soient senties jugées. Elles ont pu modifier leurs comportements dans leurs réponses aux questions, ce qui constitue un biais de mesure pour notre étude.

- Discussion de la méthode

Une étude qualitative sur les représentations qu'ont les femmes de la CU et les causes d'échec ou de non prises d'une contraception régulière aurait pu être intéressante pour mieux comprendre certaines raisons de non utilisation de la CU insuffisamment exploitées dans les QCM. En effet, un nombre important de patiente avait répondu « autre raison » à ces questions, posées sous forme de QCM ou QCS (peu de réponses « libres »). Cependant une étude qualitative à si grande échelle reste difficilement réalisable et la méthode quantitative était adaptée aux objectifs fixés.

IV.3. Validité externe : comparaison des résultats avec les données de la littérature

IV.3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

- Age

L'âge moyen des femmes de notre échantillon était de 28,7 ans et la médiane à 29 ans. En 2011, les femmes ayant recours à l'IVG en France avaient en moyenne 27,5 ans (8). Cependant dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était les 25-30 ans (25%) alors qu'en 2016, ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui restaient les plus concernées par l'IVG en France (16). La répartition des âges des femmes de notre échantillon a pu être biaisée par le taux de réponse, on peut supposer que les 20-24 ans ont un peu moins répondu au questionnaire que les 25-30 ans.

- Nationalité

La quasi-totalité (96%) des patientes de l'étude déclaraient être françaises. En 2007, parmi les femmes qui ont eu une IVG en France, 11% avaient une nationalité étrangère (6% dans la population générale) (20). Les patientes ne parlant pas et lisant pas le français ont été exclues de l'étude et peuvent donc expliquer cette différence.

- Situation personnelle

En France métropolitaine, en 2007, 45% des femmes ayant eu une IVG déclaraient être en couple (20). En 2011, c'était 48% des femmes (28). Notre échantillon semble représentatif de la population française car 48,5% des femmes de l'étude déclaraient être en couple au moment de la demande d'IVG et 14% étaient mariées.

- Niveau d'étude et situation professionnelle

Dans notre étude, on observait une répartition homogène du niveau d'étude des femmes : une sur cinq avait soit le baccalauréat soit le niveau bac+2 soit supérieur à bac+2. Lorsqu'elles étaient classées par âge, on observait plus de bac +2 chez les moins de 20 ans que dans les autres classes d'âge (37%). Mais c'est également chez les moins de 20 ans qu'il y avait le plus de femmes sans diplômes (13% versus 6% de notre échantillon). Ces résultats sont proches de ceux de la population générale : après 25 ans les femmes ayant recours à l'IVG sont aussi diplômées que l'ensemble des femmes du même âge (par exemple 22% des femmes avaient le niveau Bac+2) (20).

En France, 55% des femmes ayant réalisé une IVG en 2007 avaient un emploi (comparé à 63% des femmes de la population générale en 2007 (20) et 63% des femmes de la région Pays de la Loire en 2014 (29)). Notre échantillon semble comparable avec ces résultats puisque 65% des femmes déclaraient avoir un emploi. De même, 12% des femmes de l'échantillon étaient au chômage, ce qui est très proche des 11% de femmes ayant réalisé une IVG en 2011 (28). Dans la région Pays de la Loire en 2014, 27,4% des femmes de 15-24 ans étaient au chômage. Ce qui est proche des chiffres de notre étude : 21% des 15-20 ans et 14% des 20-25 ans (30).

IV.3.2. Statut contraceptif et causes d'échec

Plus d'une femme sur trois de notre étude n'avait aucun moyen de contraception, ce qui rejoint les données de l'étude française réalisée par Moreau.C et son équipe en 2010 concernant le statut contraceptif de 7541 femmes avant et après leur IVG : 34% n'avait pas de contraception dans le mois précédant la grossesse (31). Les raisons énoncées étaient le manque de perception du risque de grossesse (29%) et l'absence de partenaire régulier (16%) (31). Dans notre étude, 26% identifiaient des rapports sexuels irréguliers comme cause d'absence de contraception, et 18% un changement de contraception en cours.

Pour celles utilisant une contraception, dans cette même étude de 2010, 27% utilisaient une pilule, 18% les méthodes naturelles, et 16% un préservatif. Dans notre étude, les moyens de

contraception les plus utilisés étaient la pilule (30,5%), puis le préservatif (28%) et enfin les méthodes naturelles (8%). Ces trois méthodes ne sont pas considérées comme les plus efficaces (indices de Pearl plus élevés que pour les LARC) car sont soumises à une grande variabilité d'efficacité selon l'utilisation qu'en ont les femmes. Les échecs de ces contraceptifs par oubli de pilule ou par rupture de préservatif étaient d'ailleurs les deux causes principales identifiées par les patientes de l'étude, tout comme dans l'étude française de 2010.

IV.3.3. Une sous-utilisation de la CU due principalement au manque de perception du risque de grossesse

Moins de 10% des femmes de notre étude avaient utilisé la CUH pour prévenir cette grossesse. Ce chiffre reste très faible au regard des 66% des femmes de l'étude qui avaient une contraception avant cette grossesse et des 71% d'entre elles qui identifiaient une cause d'échec de cette contraception et donc pour lesquelles l'utilisation de la CU avait toute sa place. Ce résultat est tout de même concordant avec les données de la littérature. Dans une étude suédoise en 2000 (32), concernant 518 femmes en demande d'IVG, seulement 15 femmes (2,8%) avaient utilisé la CUH, mais elles étaient près de 22% à l'avoir déjà utilisée dans leur vie (54% dans notre étude).

Un autre travail de thèse, étudiant le recours à la CU chez 353 femmes en demande d'IVG dans trois CIVG du Limousin en 2017, a retrouvé un chiffre similaire au notre (7%) (33).

Dans la population générale, en 2010, 11% des 15-29 ans déclaraient avoir déjà utilisé la CU au cours des 12 derniers mois (34).

Les femmes utilisent donc très peu la CU, même lorsqu'elles ont conscience du risque de grossesse. En effet, d'après l'enquête COCON en 2001 seulement 11% des femmes exposées à une GNP avait utilisé la CU (7).

En 2012, dans une enquête réalisée dans 5 pays européens dont la France, 7170 femmes sexuellement actives étaient interrogées et 2119 femmes avaient été exposées aux GNP. Parmi celles exposées aux GNP, 24% avaient utilisé la CU (20% en France) (14). Le frein principal à l'utilisation de la CU était la non perception du risque de grossesse pour plus de la moitié d'entre elles, tout comme dans notre étude (62%).

IV.3.4. Connaissances des femmes sur la CU

Même si elles l'utilisent peu, les femmes de notre étude ont de bonnes connaissances globales sur la CUH.

La plupart des femmes (82%) avaient déjà entendu parler du NORLEVO®. Ce résultat est proche de celui retrouvé dans l'étude de Goulard et al. réalisée en 2002, étudiant le profil de

1639 femmes françaises de 18 à 44 ans dont 397 interrogées sur la CUH par LVG (35). Dans cette étude, 71% des femmes déclaraient connaître la CUH, mais seulement 9% l'avait déjà utilisée au cours de leur vie. Il n'y avait pas de différence entre les utilisatrices et les non utilisatrices sur leurs connaissances sur les modalités d'accès. Cependant, seules 25 % des femmes connaissaient le délai maximal de 72 heures (c'était seulement 12% des femmes dans notre étude). L'expression largement utilisée « pilule du lendemain » dans le langage courant peut malheureusement contribuer à ce phénomène.

Dans une autre étude suédoise en 2000 (32), sur 518 femmes en demande d'IVG interrogées, 83% avaient déjà entendu parler de CUH mais seulement 38% connaissaient le délai de prise.

Plus récemment, en 2014, dans l'étude européenne précédemment citée (14), un tiers des femmes ne savait pas le fonctionnement et présentait de fausses croyances à son égard (aboutit à l'infertilité, fait avorter...), et certaines des utilisatrices se sentaient jugées et coupables de l'utiliser.

Si la CUH semble être connue d'une large partie des femmes, leur sous-estimation du délai d'efficacité reste donc une cause majeure de frein à son utilisation, les femmes pensant à tort qu'elles ont dépassé le délai maximal d'utilisation.

En ce qui concerne les connaissances des femmes sur l'UPA (existence et délai d'utilisation) et le DIU comme CU, celles-ci sont très limitées dans ce travail. La disponibilité de l'UPA sur le marché ne date que de 2009, et elle est accessible librement en pharmacie depuis moins de trois ans, cela peut être une explication de ce résultat. Une autre hypothèse à ce résultat peut être une insuffisance d'informations par les professionnels de santé ou des médias aux patientes. De nombreuses femmes citaient un professionnel de santé comme source d'informations pour la CU (40% le médecin traitant, 30% le gynécologue, 31% la pharmacie, 28% le planning...). Or si le professionnel lui-même ne détient pas et ne délivre pas ces informations, comment la femme peut-elle acquérir ces connaissances ? Par exemple, P.Kalt a démontré dans sa thèse en 2012 (36) que seulement 19% des médecins généralistes interrogés connaissaient le DIU comme CU, et 27% l'UPA (ELLAONE®). Malheureusement, il y a eu peu d'études réalisées évaluant les connaissances des professionnels sur ELLAONE® et le DIU comme CU depuis cette date (et donc après son accès libre en pharmacie).

IV.3.5. Y a-t-il un profil particulier d'utilisatrices de CU ?

A notre connaissance, il n'est pas retrouvé d'études françaises publiées dans la littérature analysant le recours à la CUH chez des femmes en demande d'IVG en CIVG permettant une comparaison avec les résultats de cette étude. Néanmoins, G.Audot a réalisé pour sa thèse de médecine une étude similaire (33), chez 353 patientes en demande d'IVG dans trois CIVG du Limousin. Elle ne retrouvait pas de différence significative de profil socio démographique (pour les critères également étudiés dans cette étude) chez les utilisatrices et les non

utilisatrices. Cependant ses résultats ont pu être biaisés par un manque de puissance (seulement 26 patientes dans le groupe utilisatrices).

Dans notre étude, que ce soient « les utilisatrices pour cette grossesse » ou « les utilisatrices dans leur vie », le seul critère commun pour lequel la différence était significative avec celles n'utilisant pas la CUH, était l'âge. Les utilisatrices étaient plus jeunes que les non utilisatrices.

On peut penser que cette population de femmes jeunes a une information plus récente (donnée à l'école ou pendant leurs études) et qu'elles se sentent peut être plus concernées par les campagnes d'information liées à la sexualité ou à la contraception. De plus, on peut supposer que les femmes plus âgées ont moins conscience du risque de grossesse non prévue ou qu'elles accepteraient plus facilement la grossesse initialement non prévue. Elles ne doivent pas être oubliées dans notre devoir d'information, et cette information sur la CU doit être répétée tout au long de la vie de la femme au cours de chaque consultation liée à la contraception par exemple ou simplement lors de son suivi gynécologique.

On peut remarquer que ce résultat est en accord avec ceux de différentes études analysant le profil des femmes utilisant la CUH en population générale. En effet, la première étude en France étudiant le profil des femmes utilisant la CUH par LVG a été réalisée en 2002, 3 ans après l'accès libre en pharmacie du LVG, et concernait 1639 femmes de 18 à 44 ans (35). L'objectif était de mieux connaître ces femmes, et savoir si elles étaient différentes des non utilisatrices.

Dans cette même étude, les utilisatrices étaient plutôt jeunes et célibataires mais il n'y avait pas de différences significatives retrouvées en ce qui concerne la religion, ou leur niveau d'étude. Elles avaient plus de partenaires sexuels au cours de leur vie et avaient plus souvent recours à une méthode de contraception dite moins efficace (préservatif masculin ou les méthodes naturelles). Dans notre étude on observait plus de femmes ayant utilisé un préservatif pour cette grossesse et identifiant la rupture ou le glissement de celui-ci comme cause de la grossesse que chez les non utilisatrices. Le préservatif est en effet un des moyens de contraception dont on peut le plus facilement et rapidement se rendre compte de son risque d'échec de protection s'il est rompu puisqu'il est concomitant au rapport sexuel. On peut tenter d'expliquer ce résultat aussi par la « démedicalisation » de la CU. En effet, dans notre étude les utilisatrices se procuraient la CU en accès direct en pharmacie c'est-à-dire sans consultation ou ordonnance préalable, or celles-ci utilisent plus le préservatif que les autres qui est également un moyen de contraception ne nécessitant pas de consultation obligatoire ou de prescription. La délivrance de l'information par les médias prend alors tout son sens pour ces patientes qui ne consulteraient pas pour la contraception.

Dans l'étude suédoise de 2000 à propos de 591 patientes (32), les plus jeunes (14-19ans) semblaient également être les mieux informées.

Plus récemment en 2015, dans une étude en Italie sur 1775 femmes, Bastianelli.C et son équipe ont décrit les caractéristiques des femmes qui demandaient une CUH (37). Les résultats montraient qu'elles avaient en moyenne 26 ans, étaient non mariées (ce qui rejoint les résultats de l'étude de 2002 en France), plus de la moitié était encore étudiante et la moitié

avait fait des études secondaires. Les femmes de notre étude ayant déjà utilisé la CU dans leur vie étaient également plus jeunes, moins souvent mariées et étaient plus de niveau supérieur à bac+2. Pour ces résultats, on peut supposer que la femme en situation considérée comme stable (mariée) et ayant déjà des enfants est peut-être plus susceptible d'accepter une grossesse même si elle n'est pas initialement prévue.

Par ailleurs, dans notre étude, elles venaient plus souvent pour une IVG répétée. Il semble que ces femmes avaient une meilleure maîtrise de leur fécondité car mettaient plus en œuvre des méthodes pour choisir le moment opportun pour accueillir un enfant. L'information délivrée sur la CU pendant leurs précédentes IVG leur a probablement permis de plus utiliser la CUH (même si elle n'a pas fonctionné pour cette grossesse). L'information sur la CU a donc largement sa place lors du parcours d'IVG.

Ainsi la délivrance et la répétition de l'information doivent être constantes tout au long de la vie de la femme et non pas seulement au jeune âge. Le but est bien sûr d'augmenter le nombre d'utilisatrices potentielles de CUH pour diminuer le nombre de GND.

IV.4. Axes d'amélioration et pistes de réflexion

IV.4.1. Améliorer les connaissances des femmes sur les situations à risque de grossesse

Il a été retrouvé dans cette étude que le facteur majeur de non utilisation de la CU était la non perception du risque de grossesse. Cependant nous n'avons pas interrogé spécifiquement les femmes sur leurs connaissances des situations à risque de grossesse. Dans la littérature, certaines équipes françaises et européennes se sont intéressées à cette question (14, 35, 43). On peut en ressortir trois axes d'amélioration :

-mieux informer les femmes sur le fonctionnement du cycle féminin, par exemple sur la période d'ovulation (plus à risque de grossesse lors de RSNP). Le but serait d'améliorer les connaissances des patientes qui n'ont pas de contraception ou qui utilisent une contraception non hormonale (méthodes naturelles ou mécanique) considérée comme peu efficace en utilisation courante.

-une méthode de contraception choisie par la patiente pour qu'elle soit pleinement actrice dans la maîtrise de sa fécondité. Le but serait une meilleure observance et donc une meilleure efficacité contraceptive.

-améliorer les connaissances de la patiente sur sa contraception (mode d'action, contenu, efficacité, effets indésirables...), lutter contre les idées reçues et les fausses croyances détournant parfois la femme de certains moyens de contraception, et mieux connaître et informer sur la conduite à tenir lors de l'échec de celle-ci (cf. paragraphe suivant)

IV.4.2. Améliorer l'information sur la conduite à tenir lors de l'oubli de contraception régulière

Pour effectuer un lien entre la prise régulière de la contraception et l'utilisation de la CU, deux points sont essentiels à détailler : l'oubli de contraception régulière ainsi que la conduite à tenir dans ce cas, et le phénomène de non persistance de la contraception régulière.

Selon l'étude française GRECO (11) de 2004, portant sur 551 femmes enceintes alors qu'elles prenaient une contraception orale, les oublis, mêmes uniques, étaient identifiés comme la première cause d'échec de la pilule. Dans l'étude COCON, il était également rapporté que 20% des femmes oublièrent un comprimé par cycle et 7% plusieurs comprimés (7)(35).

Dans une revue de la littérature publiée en 2017 (38), l'oubli de un à trois comprimés par plaquette apparaissait fréquemment (15 à 51% des utilisatrices) surtout chez les adolescents dans les 3 premiers mois d'utilisation. Les raisons évoquées étaient la difficulté d'avoir une prise à heures fixes, le risque d'oubli pendant les vacances, les horaires décalés dans certains type d'emploi, les effets secondaires mal tolérés, le manque d'implication dans la décision initiale d'utiliser une pilule, ou le manque de motivation.

Or le risque de grossesse dépend du nombre d'oubli (il augmente avec le nombre d'oubli) et du moment de l'oubli. En effet, pendant l'Hormon Free Intervall (HFI ou intervalle libre sans hormone entre deux plaquettes), la croissance folliculaire reprend. Sept jours consécutifs de prise de pilule sont nécessaires pour bloquer la croissance folliculaire et donc l'ovulation. L'oubli d'un comprimé ou plus pendant la première semaine de plaquette, ou l'augmentation de l'HFI de plus de 7 jours font courir le risque de l'ovulation. Par contre, un ou plusieurs oublis pendant la troisième semaine de prise de pilule semblent moins à risque. Il est alors recommandé de supprimer l'HFI si des oublis ont lieu pendant cette période.

En 2004, l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) (39) a publié des recommandations à appliquer en cas d'oubli :

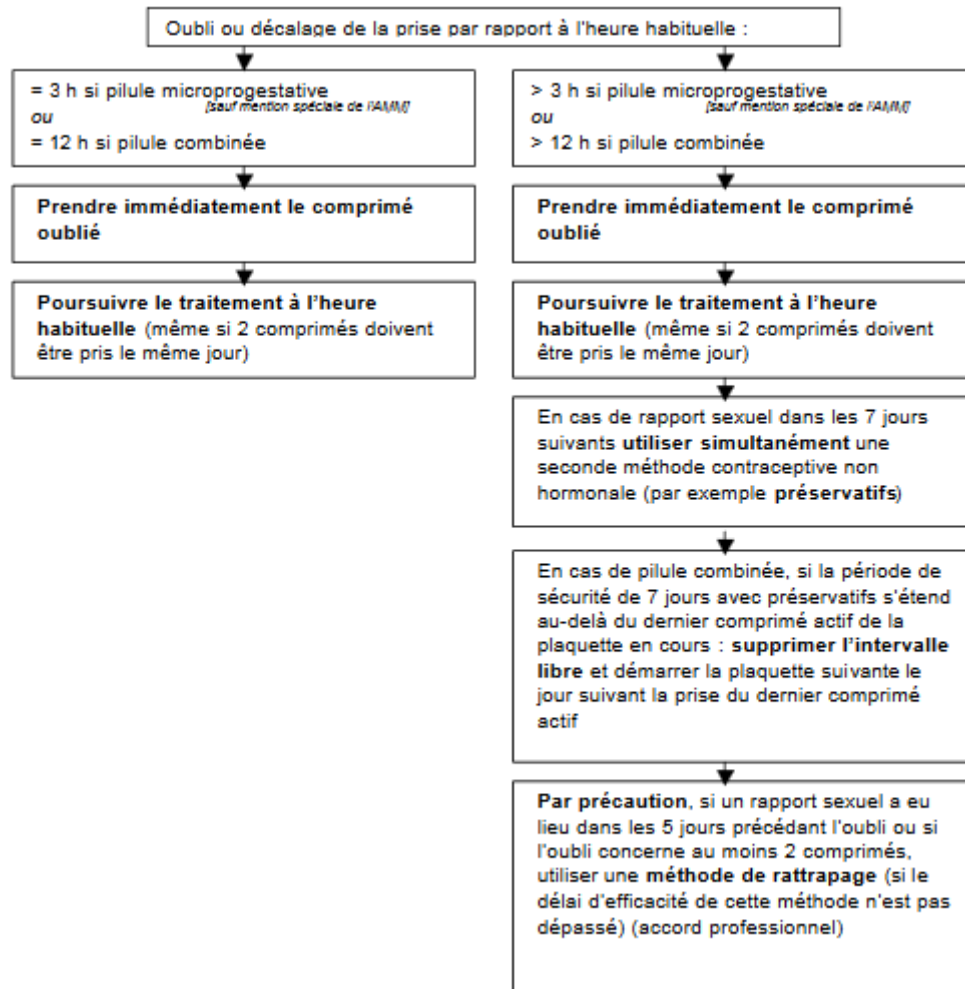


Figure 14 : conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Ces recommandations diffèrent en fonction des pays. Par exemple en 2008, la SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada) a publié des recommandations de la conduite à tenir pour l'oubli de chaque moyen de contraception (une pour la pilule œstroprogestative, une pour le patch, pour l'anneau, une pour la pilule progestative pure) (40). Les principales différences avec celles de l'ANAES sont : la définition de l'oubli (plus de 24 heures entre deux comprimés pour la SOGC, et un décalage de 12 heures par rapport à la prise habituelle pour la définition française), le nombre de comprimés oubliés (un seul comprimé pour l'ANAES quelle que soit la période d'oubli, et un la première semaine ou trois comprimés pendant les 2ème ou 3ème semaines pour la SOGC). L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (41) ou encore le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (42) du Royaume Uni, ont aussi publié leurs propres recommandations. Elles sont parfois plus complexes mais peut être aussi moins contraignantes dans certaines situations. Il n'y a donc pas de consensus international, mais l'objectif reste le même : trouver l'équilibre entre simplicité de la conduite à tenir (pour avoir une meilleure observance) et efficacité (pour couvrir toutes les situations à risques).

Avec ces différentes recommandations il est donc difficile pour les professionnels de santé de communiquer aux patientes des informations claires et uniformes.

En France, C.Jamin et M.Lachowski (43) ont étudié en 2015 chez 3375 femmes françaises, l'influence des troubles de la persistance de la contraception orale dans le risque de GNP. Ainsi, ils ont montré que 30% des femmes ayant des rapports sexuels dans les douze derniers mois avaient eu un arrêt transitoire de deux mois en moyenne de leur moyen de contraception. Les causes évoquées étaient l'irrégularité des rapports sexuels, le rejet de la méthode utilisée ou l'absence de prescription valide. Parmi ces femmes, 60% ont connu une situation à risque de grossesse et seulement 20% ont eu recours à la CU (notamment par méconnaissance de la CU et de son utilisation).

Le rôle du médecin généraliste paraît donc primordial non seulement dans l'information à l'initiation de la méthode de contraception, mais aussi à chaque renouvellement pour s'assurer de la bonne observance et persistance de celle-ci, et de rappeler à chaque fois la conduite à tenir en cas d'oubli, voire de prescrire à l'avance si besoin la CUH (cf paragraphe IV.4.4)

IV.4.3. Améliorer les connaissances du délai d'utilisation de la CUH

La méconnaissance du délai d'efficacité de la CUH apparaît comme un frein majeur à son utilisation. Multiplier la formation des professionnels de santé sur la CU et son utilisation leur permettrait de mieux diffuser l'information. De même, multiplier les moyens d'information et les répéter peuvent être des pistes pour pallier à ce frein car toutes les femmes ne consultent pas au moment de la situation à risque. Cette information spécifique peut passer par le biais de campagnes publicitaires, spots télévisuels, internet, séances d'éducation sexuelle à l'école ou pendant les études.

IV.4.4. La délivrance à l'avance de la CUH

Dans notre étude, une femme sur deux désirait l'avoir en avance. Pour en optimiser l'accès et l'utilisation, différentes équipes américaines ont évalué l'efficacité et les risques de la délivrance à l'avance de la CUH. Dans une revue Cochrane, Polis et al. ont analysé ces essais contrôlés randomisés (44) et n'ont pas montré de bénéfice en terme de baisse du nombre de GNP. La HAS ne recommande donc pas sa prescription à l'avance de façon systématique (45). Cependant, dans ces essais, les femmes ayant reçu la CUH à l'avance étaient plus susceptibles de l'utiliser et ce dans des délais plus courts. Il paraît donc indispensable, au moins de proposer systématiquement à la femme une ordonnance de CUH à chaque renouvellement ou consultation concernant la contraception.

IV.4.5. Promouvoir les contraceptifs de longue durée d'action

- Les Long Acting Reversible Contraception (LARC)

Les LARC sont des contraceptifs dits à longue durée d'action. Les DIU et l'implant en font partie. Ils présentent de nombreux avantages. Ils sont faciles à utiliser car une fois en place, la femme n'a plus besoin d'y penser. Il n'y a pas de problèmes d'observance ou d'oubli. Leur efficacité est importante : indice de Pearl entre 0,05 et 0,6. Ils sont réversibles (par comparaison à la stérilisation).

Une étude sur une cohorte de 10 000 femmes de 14 à 45 ans sur 3 ans (nommée CHOICE) a été menée aux Etats Unis en 2015 pour promouvoir les LARC (46) (47) (48). Les femmes se voyaient proposer une contraception gratuite réversible, et une information sur les LARC. Au début de l'étude, deux femmes sur trois choisissaient un LARC et, au bout de trois ans, 67,2% l'avaient gardé. A l'inverse, seulement 31% des femmes qui avaient une autre méthode l'avaient poursuivie.

Dans cette même étude, l'utilisation des LARC chez les femmes de 15 à 19 ans a montré une diminution des GNP. En effet, au bout de trois ans, les taux de grossesse, d'IVG et de naissance étaient divisés par cinq par comparaison des femmes du même âge aux Etats-Unis.

Leur utilisation est donc vivement recommandée par la HAS depuis 2004 (notamment pour l'utilisation des DIU même chez les nullipares), le CNGOF (Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français) (49) ou l'ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) (50).

Leur utilisation a d'ailleurs augmenté depuis la crise de la pilule et l'autorisation de mise sur le marché de l'implant (21% des femmes utilisent un DIU, et 2,6% un implant). Cependant des réticences persistent de la part des médecins ou des patientes quant à leur utilisation. En effet, du côté des patientes, il existe encore des fausses croyances. Selon l'enquête de l'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) menée en 2007 auprès de personnes de 15 à 75 ans (12), seulement un français sur deux pense qu'on ne peut pas utiliser le DIU chez une nullipare.

Dans une autre étude française menée par le groupe FECOND (Fécondité Contraception Dysfonction sexuelle) en 2014, basée sur un groupe de 3563 femmes de 15 à 49 ans à risque de GNP et sur un groupe de 364 médecins généraliste et 401 gynécologues, il a été mis en évidence de nombreuses fausses croyances (51). Une femme sur cinq pensait que le DIU altérait la fertilité, une sur deux pensait que le DIU n'était pas confortable. Seulement un tiers des médecins généralistes trouvait que le DIU était la méthode réversible la plus efficace, un sur deux avait peur des infections ou des grossesses extra utérines, et la grande majorité attribuait le DIU aux femmes non nullipares. Parmi les femmes qui utilisaient le DIU, elles étaient quatre fois plus à être suivies par un gynécologue plutôt qu'un médecin généraliste. La prescription et la pose d'un DIU nécessitent en effet une bonne connaissance et une formation à la pratique du praticien.

Dans le contexte de l'IVG, de récentes recommandations ont été publiées par le CNGOF (52) (49). Les LARC apparaissent comme des contraceptifs de premiers choix pour les adolescentes du fait de leur efficacité sur la prévention des GNP, et sont recommandés en post IVG immédiat car ils semblent éviter la répétition des IVG.

- De la CU à la contraception régulière par LARC

Lors de la délivrance de la CU, le professionnel de santé doit fournir l'information nécessaire pour l'accès à une contraception régulière. Il faut soit en initier une, soit réadapter le choix de contraception par rapport aux besoins et attentes de la femme. La mise en place d'un DIU au cuivre en tant que CU permet bien-sûr d'obtenir une protection de longue durée et d'éviter de nouvelles situations à risque.

Dans une étude française publiée en 2009 réalisée à partir de la cohorte COCON, il a été étudié les situations contraceptives de 272 femmes avant et six mois après l'utilisation de la CU (53). Soixante et onze pourcents des femmes n'avaient pas changé de moyen de contraception : 41% avaient gardé une contraception considérée comme efficace (contraception hormonale, DIU, stérilisation), 30% avaient gardé une méthode peu efficace (méthodes naturelles, préservatifs, spermicides ou aucune contraception). Seulement 20% avaient changé pour une méthode considérée comme plus efficace. Il apparaît donc indispensable de mieux promouvoir les LARC pour diminuer le risque de GNP.

Pour cela, il est nécessaire de former d'avantage de praticiens à sa pose. En effet, le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus sollicité par les femmes en ce qui concerne la contraception, mais nombreux sont ceux qui ne réalisent malheureusement pas ce geste. Proposer plus de sessions de formation pour les généralistes via les DPC (développement professionnel continu), ou mieux former les étudiants en médecine pendant leur internat par exemple pourrait être un axe d'amélioration.

IV.4.6. Pistes de réflexions

Pour mieux cerner les connaissances des femmes sur la CU, il serait intéressant de comparer la population de femme l'ayant utilisée et pour laquelle elle a fonctionné, à notre population. Il paraît cependant difficile d'identifier ces femmes car les moyens d'accès à la CU sont multiples et il faudrait suivre ces femmes pour vérifier l'absence de grossesse par la suite.

Il aurait été également intéressant de comparer les connaissances des utilisatrices avec les non utilisatrices afin de mieux identifier les informations faisant défaut aux non utilisatrices.

Une étude évaluant l'information délivrée par les professionnels de santé sur la CU permettrait également d'identifier les lacunes des professionnels et de proposer des formations adaptées pour y pallier.

Une recommandation claire sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception orale simplifierait la délivrance de l'information par les professionnels et leur acceptabilité par les patientes.

Enfin, le DIU est présenté comme la CU de choix car plus efficace et apportant une couverture contraceptive longue et durable. Cependant, l'utilisation du DIU comme CU impose une consultation à la suite du rapport à risque, ce qui pose le problème de la reconnaissance d'un rapport à risque et de l'accès en urgence à un professionnel de santé en mesure de poser le DIU. Dans notre étude, nous avons seulement évalué la connaissance de l'existence de cette solution par les femmes. On pourrait envisager une étude sur son acceptabilité par les patientes : quelles sont les femmes qui choisiraient cette méthode si elle leur était plus systématiquement proposée ? Quelles seraient leurs peurs ou réticences ?

CONCLUSION

La CU est un moyen pour la femme de maîtriser sa fécondité. Bien qu'elle soit disponible depuis 1999, il existe peu de littérature sur son (non)utilisation chez les femmes en demande d'IVG. Ce travail multicentrique et prospectif est donc original.

Dans cette étude il ressort que si la plupart des femmes en demande d'IVG en ont entendu parler, très peu l'utilisent (9,6%). Lorsque c'est le cas, les causes d'échec restent majoritairement inconnues, ou liées à une prise trop tardive ou bien à la présence d'autres RSNP dans le cycle. Le frein majeur à la non utilisation de CU est la non perception du risque de grossesse (62%). De meilleures connaissances par la femme du cycle féminin, des méthodes de contraception régulière, des situations à risque de grossesse permettraient une meilleure prise de conscience de ce risque.

Si les femmes ont de bonnes connaissances globales sur la CUH (rôle, disponibilité, lieux d'obtention), la méconnaissance et la sous-estimation de son délai d'efficacité sont le deuxième frein à son utilisation (12% de résultats exacts pour le NORLEVO® et 5% pour ELLAONE®). Les professionnels de santé, les médias, les pouvoirs publics, ont chacun leur rôle à jouer dans la diffusion de ces informations pour augmenter les connaissances des femmes et donc diminuer le risque de GNP.

Enfin, s'il n'existe pas de « profil type » d'utilisatrices de CU chez les femmes en demande d'IVG, les femmes jeunes sembleraient, au vue de cette étude, plus l'utiliser que les autres. Elles sont probablement mieux ciblées par les campagnes d'information et ont donc une meilleure maîtrise de leur fécondité. Dans notre étude, elles utilisaient plus souvent un préservatif comme contraception et identifiaient la rupture ou le glissement de celui-ci comme cause de la grossesse. Il est donc plus facile dans cette circonstance d'identifier à un instant donné un rapport à risque contrairement à un oubli de pilule qui ne permet pas de faire le lien entre un rapport à risque et cet oubli. Par ailleurs, dans cette étude, être mariée, avoir au moins deux enfants et avoir fait des études de niveau inférieur au bac+2 semblaient être des facteurs limitant l'utilisation de la CU. A l'inverse les femmes ayant des antécédents d'IVG étaient plus susceptibles de l'utiliser.

L'information sur la CU doit donc être intensifiée tout au long de la vie et notamment répétée aux femmes plus âgées que ce soit lors de l'initiation ou le renouvellement d'une contraception ou de tout autre circonstance amenant à parler de sexualité ou de contraception (comme l'IVG par exemple) afin d'augmenter le nombre d'utilisatrices potentielles et diminuer le risque de GNP.

BIBLIOGRAPHIE

1. DRESS. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. juin 2016 [cité 6 juill 2017]; (968). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
2. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? *Popul Sociétés*. 2014;(511).
3. INED. La contraception dans le monde. 2014 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/>
4. Serfaty D. Le marché de la contraception en France en 2016 : la contraception oestroprogestative continue de diminuer. Société Française de Gynécologie. mars 2017.
5. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Evolution du recours à l'ivg en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol*. mars 2012;14(1).
6. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. 2013 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
7. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Job-Spira N, Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod*. 2003;18(5):994-9.
8. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Sociétés*. janv 2015;(518):4.
9. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Popul Sociétés*. déc 2004;(407).
10. Aubin C. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. IGAS; 2009. Report No.: RM2009-104A.
11. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;(34):120-6.
12. INPES. Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. 2007 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
13. INPES. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. 2007 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>

14. Nappi RE, Lobo Abascal P, Mansour D, Rabe T, Shojai R. Use of and attitudes towards emergency contraception : a survey of women in five european countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19:93-101.
15. Vigoureux S. Epidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;(45):1462-76.
16. DRESS. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. juin 2017 [cité 23 févr 2018];(1013). Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
17. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;(69):365-98.
18. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2012. Avortements suivant le nombre d'avortements antérieurs. [cité 12 août 2016]. Disponible sur: http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2012/T32_2012.html
19. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminsky M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. 2003;8(57):601-5.
20. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;(1):116-47.
21. Résumé des caractéristiques du produit - NORLEVO 1,5 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments. 2017 [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60812935&typedoc=R>
22. Résumé des caractéristiques du produit - Ellaone 30mg comprimé- Agence européenne des médicaments. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2017/20170608138177/anx_138177_fr.pdf
23. Jamin C, Agostini A, Asselin I, Ben M'Barek I, Bettahar K, Carbonne B, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015
24. Glasier A, Cameron S, Fine P, Logan S, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010; 375; 555-62.
25. Wu S, Godfrey E, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C, et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicenter, cohort clinical trial. *Br J Obstet Gynecol*. 2010;(117):1205-10.
26. Données sur la contraception et l'IVG en France. CRIPS Provence Alpes Côte d'Azur, dossier de synthèse documentaire et bibliographique.2012 [cité 20 juill 2017]. Disponible sur : http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Dossier_doc_Donnees_sur_la_contraception_et_l_IVG.pdf

27. Bajos N, Bohet A, Le Guen M. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Popul Sociétés*. sept 2012;(492):4.
28. Commission IVG - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. IVG: État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. 2016 [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf
29. INSEE. EMP T2 - Activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2014 en région Pays de la Loire. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-52>
30. INSEE. EMP T4-Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2014 en Pays de Loire. [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-44>
31. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. oct 2010;82(4):337-44.
32. Aneblom G, Larsson M, Odland V, Tyden T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among swedish women presenting for induced abortion -. *Int J Obstet Gynaecol*. 2002;109:155-60.
33. Audot G. Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les patientes en demande d'interruption volontaire de grossesse: état des lieux en Limousin (353 patientes). [Thèse d'exercice].France: Université de Limoges ; 2017.
34. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
35. Goulard H, Bajos N, Job-Spira N, Cocon Group. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003;(31):724-9.
36. Kalt P. La contraception d'urgence : à propos de l'évaluation des connaissances des médecins généralistes vosgiens (dans le but d'une action de formation médicale continue). [Thèse d'exercice].France: [Faculté de Nancy]. Université de Lorraine; 2012.
37. Bastianelli C, Rosato E, Farris M, Benagiano G. Emergency contraception : a survey of 1773 women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016.
38. Chabbert-Buffet N, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A, et al. Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017.
39. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique. ANAES; 2004 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
40. Missed hormonal contraceptives : new recommendations. *J Gynaecol Obstet Can*. nov 2008;11(30):1050-62.

41. OMS | Contraception d'urgence. 2017 [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
42. Faculty of sexual and reproductive healthcare clinical Guidance : Combined Hormonal Contraception. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011
43. Jamin C, Lachowski M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2015;
44. Polis C, Grimes D, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper C. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev*; 2007.
45. Recommandations en santé publique Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. HAS; 2013 [cité 4 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf#Contraception-Sante-publique-Reco2clicsv3.indd%3A.2962
46. Schmidt E, James A, Curran K, Peipert J, Madden T. Adolescent Experiences with IUDs: a Qualitative Study. *J Adolesc Health*. 2015;4(57):381-6.
47. Secura G, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel C, Zhao Q, et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;(371):1316-23.
48. Diedrich J, Zhao Q, Madden T, Secura G, Peipert J. Three-year Continuation of Reversible Contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;5(213):662.
49. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;(45):1596-603.
50. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice, Long-Acting Reversible Contraception Working Group. ACOG Committee Opinion no. 450: Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;6(114):1434-8.
51. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France: women's and physician's perspectives. *Contraception*. 2014;1(89):9-16.
52. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1568-76.
53. Moreau C, Trussell J, Michelot F, Bajos N. The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives: results from a french national cohort study. *Am J Public Health*. mars 2009;99(3):441-2.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information et questionnaire

Annexe 2 : Autres raisons de non utilisation de la CU pour cette grossesse

Annexe 3 : Types de pilules utilisées par les femmes

Annexe 4 : Autres réponses de circonstances d'échec à la contraception initiale pour cette grossesse

Annexe 5 : Autres réponses de raison de non utilisation d'une contraception au moment de la conception

LETTRE D'INFORMATION

Madame,

Actuellement interne en médecine générale en dernière année, j'effectue cette année ma thèse pour mon Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, sous la direction du Dr Sophie Wylomanski, gynécologue-obstétricien.

L'objectif de ma thèse est d'identifier les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence, afin d'améliorer la prévention des grossesses non désirées.

Mes recherches passent par le biais de ce questionnaire qui ne vous prendra que **quelques minutes** à remplir. Ce questionnaire est bien sûr **anonyme**, vous pouvez être assurée de la confidentialité des informations recueillies.

Si vous avez la moindre question ou inquiétude, n'hésitez pas à en parler avec le médecin, la sage-femme, l'infirmière ou la conseillère conjugale qui vous a accueillie. Vous pouvez également me contacter par mail si des interrogations subsistent (dr.lepont@gmail.com).

A tout moment, vous pouvez bien sûr décider de ne plus participer à mon étude, cela ne modifiera en rien votre prise en charge.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Charlotte Lepont

A) Informations personnelles

1) Quel âge avez-vous ? ans

2) Quelle est votre situation personnelle ?

- ☐ Célibataire ☐ Mariée
- ☐ Divorcée ☐ Veuve
- ☐ En couple (concubinage/pacsée/union libre)

3) Quelle est votre nationalité ?

- ☐ Française
- ☐ Autre, précisez :

4) Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Pas de diplômes
- ☐ Brevet des collèges
- ☐ BEP/ CAP
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Bac+2
- ☐ Supérieur à Bac+2
- ☐ Autres, précisez :

5) Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- ☐ Emploi ☐ Etudiante ou élève
- ☐ Femme au foyer ☐ Au chômage
- ☐ Autre, précisez :

6) Combien avez-vous eu de grossesse(s) ? (en comptant la grossesse actuelle/enfants/ fausses couches /Interruption Volontaire de Grossesse)

- ☐ Nombre :

7) Combien avez-vous d'enfants ?

- ☐ Aucun ☐ Nombre :

8) Avez-vous déjà eu des IVG (avortement) ?

- ☐ Non ☐ Oui, nombre:

.....

Si oui, après votre dernière IVG, vous as t'on prescrit la pilule contraceptive d'urgence ?

- ☐ Oui ☐ Non

B) Contraception

9) Avez-vous un suivi gynécologique ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par qui ?

- ☐ Sage-femme
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Planning Familial
- ☐ Gynécologue
- ☐ Autre, précisez :

10) Quelle était votre contraception au moment de la conception ? (plusieurs réponses possibles)

☐ Pilule, laquelle :



☐ Préservatif



☐ Dispositif intra utérin hormonal (stérilet hormonal)



☐ Dispositif intra utérin au cuivre (stérilet au cuivre)

- ☐ Aucune
- ☐ Méthodes naturelles (le retrait, prise de température, méthode Ogino...)
- ☐ Autres, précisez :

11) Si vous aviez une contraception, quelles sont les circonstances de l'échec ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Interactions avec des médicaments
- ☐ Oubli de pilule
- ☐ Vomissements
- ☐ Diarrhées
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Préservatif ayant glissé ou s'étant rompu
- ☐ Changement de contraception en cours
- ☐ Autres, précisez :

12) Si vous n'aviez pas de contraception, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je souhaitais une grossesse
- ☐ J'avais des rapports sexuels de manière très irrégulière
- ☐ Pour des raisons culturelle ou religieuse
- ☐ Pas de raison particulière/ je ne sais pas
- ☐ J'en avais assez de ma méthode/ je souhaitais changer de contraception
- ☐ Je n'avais plus d'ordonnance valable ou j'attendais un rendez-vous chez le médecin
- ☐ Je trouve cela trop cher
- ☐ Autres, précisez :

C) La Contraception d'urgence

13) Avez-vous déjà entendu parler ?

- De la pilule NORLEVO® ou encore Lévonorgestrel (dite « la pilule du lendemain »)
☐ Oui ☐ Non
- De la pilule ELLAONE® ou encore Acétate d'ulipristal (dite « la pilule du surlendemain »)
☐ Oui ☐ Non
- Du Dispositif intra utérin au cuivre comme contraception d'urgence
☐ Oui ☐ Non

14) En ce qui concerne la pilule contraceptive d'urgence :

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Elle diminue le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Elle fait avorter | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Elle empêche l'ovulation | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Elle me protège jusqu'à la fin du cycle si j'ai d'autres rapports non protégés | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Elle peut me rendre stérile | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Je peux la prendre plusieurs fois dans le cycle | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Elle me protège des Infections Sexuellement Transmissibles | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Plus je la prends tôt, plus elle est efficace | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Si je vomis dans les 3 heures après la prise, je dois en reprendre une autre | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |
| Je dois obligatoirement avoir une ordonnance pour l'obtenir | ☐ Vrai | ☐ Faux | ☐ Ne sais pas |

15) Cochez la bonne réponse :

- Après un rapport sexuel non protégé, pour être **efficace**, NORLEVO® ou encore Lévonorgestrel (dite « la pilule du lendemain ») doit être prise dans un **délai maximal** de :
☐ 12H ☐ 24H ☐ 36H ☐ 48H ☐ 3 jours ☐ 4 jours ☐ 5 jours
☐ Pas de délai maximal ☐ Ne sais pas
- Après un rapport sexuel non protégé, pour être **efficace**, ELLAONE® ou encore Acétate d'ulipristal (dite « la pilule du surlendemain ») doit être prise dans un **délai maximal** de :
☐ 12H ☐ 24H ☐ 36H ☐ 48H ☐ 3 jours ☐ 4 jours ☐ 5 jours
☐ Pas de délai maximal ☐ Ne sais pas

16) Vous pouvez obtenir la pilule contraceptive d'urgence (plusieurs réponses possibles)

- ☐ En pharmacie avec une ordonnance
- ☐ En pharmacie sans ordonnance
- ☐ Gratuitement en pharmacie pour les mineures
- ☐ Au planning familial
- ☐ Par l'infirmière scolaire
- ☐ Je ne sais pas

17) Dans votre vie, avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive d'urgence ?

- ☐ Oui ☐ Non

18) Pour cette grossesse, avez-vous utilisé la pilule contraceptive d'urgence ?

- ☐ Oui ☐ Non

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI :

Comment vous l'avez obtenue ? (une réponse)

- ☐ Au planning familial
☐ A l'école
☐ En pharmacie avec une ordonnance
☐ En pharmacie sans ordonnance
☐ Je l'avais déjà chez moi,

Si vous l'aviez chez vous, qui vous l'a prescrite ou remise ?

- ☐ Sage-femme
☐ Médecin traitant
☐ Infirmière scolaire
☐ Planning familial
☐ Gynécologue
☐ Autre, précisez :
.....

Pour vous, pourquoi n'a-t-elle pas marché ?

- ☐ Prise trop tard
☐ Autre rapport sexuel à risque pendant le cycle
☐ Autre, précisez :
☐ Je ne sais pas

SI VOUS AVEZ REPONDU NON :

Pourquoi vous ne l'avez pas utilisée ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Désir de grossesse
☐ Pour des raisons religieuses ou culturelles
☐ Elle est trop chère
☐ Je ne savais pas comment l'obtenir
☐ Je ne pensais pas que je pouvais être enceinte
☐ Je ne savais comment l'utiliser
☐ Je ne pensais pas avoir un échec de ma contraception
☐ Peur des effets indésirables
☐ Il était trop tard pour la prendre
☐ Peur de la non confidentialité et/ou du jugement de la personne qui me l'aurait donnée ou prescrite
☐ Autre, précisez :

19) Comment pensez-vous être informée sur la contraception d'urgence ?

- ☐ Parfaitement ☐ Correctement ☐ Insuffisamment ☐ Pas du tout

20) Quelles sont vos sources d'information pour la contraception d'urgence? (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Sage-femme | ☐ Médecin traitant | ☐ Pharmacie |
| ☐ Amis, famille | ☐ Gynécologue | ☐ Planning familial |
| ☐ Ecole | ☐ Média (internet/radio/magasins/télévision) | ☐ Autre, précisez : |

21) Aimeriez-vous en avoir en avance chez vous ?

- ☐ Oui ☐ Non

Merci pour votre participation

Annexe 2 : Autres raisons de non utilisation de la CU pour cette grossesse

- Alitement temporaire, mobilité réduite
- Contexte festif, consommation d'alcool, oubli
- Dimanche donc je ne savais pas où me la procurer
- Il était impossible de se la procurer ce jour-là pour moi
- J'ai déjà ma pilule
- J'attendais mes règles
- J'en avais déjà pris une le même mois
- J'étais aux USA
- J'étais à l'étranger et ne savais pas comment l'obtenir
- Je l'avais déjà prise 3 fois en 4 mois
- Je ne prends aucune contraception
- Je pensais que j'étais en fin de cycle (ovulation passée)
- Je pensais que mon ovulation était passée
- Je savais que je prenais des risques mais j'espérais passer au travers
- La pharmacienne m'a conseillée de ne pas la prendre si cela avait lieu sur le 14e jour alors cela augmenterait le risque au lieu de le diminuer...
- Maladie rare je n'ai pas le droit à la pilule
- Ne connais pas/pas pensé
- Pas de traitement
- Peur qu'elle ne fonctionne pas
- Probabilité âge/grossesse pas courante (45 ans)
- Symptômes pré ménopause
- Séparation avant de savoir que j'étais enceinte
- Un peu trop je m'en foutiste
- Un professionnel de la santé m'a certifié que la pilule du lendemain faisait que retarder l'ovulation de 3 jours, me sachant dans cette période j'ai tenté une autre solution, mais tardivement (prise de vitamine C dans le vagin toutes les 12H)
- Voulais garder pour d'autres occasions car au bout de trois elle peut me rendre stérile
- Vu mon âge on se croit en pré ménopause

Annexe 3 : Types de pilules utilisées par les femmes

Nom de pilule	Effectif
Adépal	6
Clareal	1
Curacné gé	1
Cérazette	5
Daily gé	18
Désobel	1
Désogestrel	3
Evanecia	1
Jasmine	1
Jasminelle	1
Leeloo	24
Ludéal	14
Microval	2
Minesse	1
Minidril	8
Optidril	3
Optilova	14
Optimizette	18
Optiva 20	1
Pacilia gé	1
Qulaira	1
Stederil	1
Trinordiol	9
Varnoline	1

Annexe 4 : Autres réponses de circonstances d'échec à la contraception initiale pour cette grossesse

- Absence de protection
- Absence de retrait, questionnements importants sur les éventuels effets secondaires à long terme "d'ingestion d'hormone", hésitation depuis longtemps avec stérilet hormonal
- Arrêt puis reprise de pilule
- Aucun contraceptif qui me convient après en avoir essayé plusieurs
- Besoin de retirer mon stérilet car mycoplasme à soigner
- Changement de côté de patch
- Choc émotionnel
- Clips desserrés ou partis
- Contre-indication médicale (diabète)
- Décalage horaire lors d'un voyage
- Erreur d'appréciation du cycle entre mon conjoint et moi
- Inconscience
- Je ne me pensais pas fertile pour plusieurs raisons et nous faisons néanmoins attention aux périodes d'ovulation
- Je ne souhaite plus ingérer d'hormones
- Je pensais être stérile
- Je souhaitais une grossesse
- Maladie rare
- Mal de ventre
- Mauvais calcul
- Mauvaise réaction aux hormones
- Oubli ovule
- Ovulation précoce
- Pas fiable
- Pas le droit aux hormones et stérilet rejeté
- Plus d'ordonnance de pilule optimizette
- Plus d'ordonnance valable /attente rdv médecin
- Pourcentage d'échec de ma contraception
- Prise de poids
- Problème de tension, opération des artères
- Retrait non efficace, et je ne supporte pas la pilule et trouve ça trop cher
- Règles abondantes
- Souhait de grossesse
- Stérilet déplacé
- Stérilet dans le col
- Tabac +pilule pas recommandé
- Vasectomie en cours

Annexe 5 : Autres réponses de raisons de non utilisation d'une contraception au moment de la conception

- Accouchement puis conisation, pas eu le temps de reprendre un contraceptif
- Alcoolémie
- Analyse de sang
- Après accouchement récent, pas de reprise de pilule car ludeal n'était pas compatible avec l'allaitement et je ne voulais pas changer de pilule (peur des conséquences hormonales)
- Arrêt minidril pour test hormonal
- Arrêt pilule car trop de saignements et oubli préservatif
- Attente diagnostic SEP
- Attente ligature trompes
- Aucune contraception ne me correspond
- Beaucoup d'essai de contraception non concluant
- Changement traitement épileptique
- Cholestérol
- Comme mon amoureux, je n'aime pas l'idée de prendre un "médicament", de m'infliger une dose hormonale...j'ai un peu peur du stérilet
- Conseil gynécologique
- Difficultés à avoir une grossesse
- Désir de grossesse irréal, assez inconscient dans le cadre d'une relation particulière à la fois intense et toxique
- Effets de prise de pilule sur le long terme sur la santé
- Effets secondaires
- Effets secondaires trop importants
- En attente de pose de stérilet
- En instance de séparation avant nous voulions un 3eme enfant
- Grossesse peu probable car 5 ans de PMA pour mes 2 grossesses précédentes
- Grossir, dérèglement
- Infertilité masculine secondaire à une chimiothérapie
- Insuffisance ovarienne et ménopause précoce
- Intolérance
- Intolérance aux contraceptions hormonales et gyneco n'ayant pas voulu me poser un stérilet au cuivre
- J'attendais mes règles pour mettre mon stérilet
- J'avais des infections pouvant être liées à mon stérilet et je n'étais pas contre une grossesse
- Je ne voulais plus la prendre
- Je pensais avoir passé ma période d'ovulation
- Je souhaite ligature des trompes
- Je viens d'accoucher
- La pilule m'a été déconseillée
- Ligature en cours
- Marre des dégâts physiques
- Mauvais calcul de cycle
- Mauvais pour la santé
- Mauvais pour la santé, pas naturel
- Médecin traitant décédé
- Ne supporte plus de contraception
- Oubli de changer l'implant
- Oubli préservatif

- Pas confiance aux composants
- Pas envie de prendre des médocs tous les jours
- Pas eu le temps de pose après ma dernière grossesse
- Peur de ne pas pouvoir tomber enceinte après
- Peur des hormones
- Pilule, implant stérilet cuivre ne me conviennent pas
- Problème
- Problème de santé
- Raison de santé (pilule)
- Rdv après accouchement trop loin et n'a pas prescrit de pilule en attendant
- Refus de traitement médicamenteux
- Retour de couche, changement de contraception
- Retrait de stérilet, kyste à répétition et opération
- Sans préservatif suite à fin de règles
- Soins médicaux
- Soucis de santé avec les pilules et stérilets
- Stérilité de mon conjoint
- Tolérance

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 2 : évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2016

Figure 2 : méthodes utilisées en France selon l'âge des femmes

Figure 3 : évolution des méthodes de contraception utilisées en France entre 2010 et 2013 selon l'âge des femmes

Figure 4 : nombre de boîtes de CU vendues

Figure 5 : proportion des femmes ayant utilisé la CU au moins une fois dans leur vie par tranche d'âge

Figure 6 : circonstances d'échec de la contraception utilisée pour cette grossesse

Figure 7 : raisons de non utilisation d'une contraception au moment de la conception

Figure 8 : raisons de non utilisation de la CU

Figure 9 : répartition des connaissances sur la CUH

Figure 10 : connaissance du délai maximal d'efficacité de la CUH

Figure 11 : connaissance des lieux d'obtention de la CUH

Figure 12 : graphique Boxplot : scores de connaissance en fonction de l'auto évaluation de leurs connaissances

Figure 13 : sources d'information sur la CU

Figure 14 : conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Tableau 6 : contraception œstroprogestative

Tableau 7 : contraception progestative

Tableau 8 : contraception non hormonale

Tableau 9 : les CUH commercialisées en France et leurs coûts

Tableau 10: répartition des réponses des CIVG et taux de participation

Tableau 11 : caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées (n=667)

Tableau 12 : caractéristiques gynécologiques des femmes interrogées (n=667)

Tableau 13 : répartition des femmes selon le critère de jugement principal

Tableau 14 : lieux d'obtention de la CU

Tableau 15 : raisons d'échec de la CU

Tableau 16 : connaissance de l'existence des différents moyens de contraception d'urgence

Tableau 17: analyse de la variance des scores en fonction de l'auto-évaluation des connaissances

Tableau 18: comparaison des caractéristiques sociodémographiques

Tableau 19 : comparaison des caractéristiques gynécologiques

Tableau 20 : comparaison des caractéristiques sociodémographiques

Tableau 16 : comparaison des caractéristiques gynécologiques

Tableau 17 : Facteurs de risque d'utilisation de la CU (analyse multivariée)

Vu, le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Vu, le Directeur de Thèse,

Madame le Docteur Sophie Wylomanski,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse :

ÉTAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE CHEZ LES FEMMES EN DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN PAYS DE LA LOIRE : ÉTUDE TRANSVERSALE MULTICENTRIQUE ET PROSPECTIVE CHEZ 667 PATIENTES.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré une large couverture contraceptive en France, le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste relativement stable. La contraception d'urgence (CU) est un moyen disponible depuis 1999 pour diminuer le risque de grossesse non prévue. Si sa diffusion et son accessibilité n'ont cessé de croître, son utilisation reste faible. L'objectif principal de cette étude était de décrire les freins à l'utilisation de la CU chez les femmes en demande d'IVG. Les objectifs secondaires étaient d'une part de décrire les connaissances des femmes sur la CU, et d'autre part, de comparer les populations de femmes ayant utilisé la CU à celles ne l'ayant pas utilisée pour cette grossesse et dans leur vie. **Matériel et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, multicentrique, régionale, transversale et prospective. Elle concernait les femmes consultant en centre d'IVG pour une demande d'IVG en Pays de la Loire. Un questionnaire relevant des données sociodémographiques et gynécologiques, des informations sur leur contraception au moment de la conception et évaluant leurs connaissances sur la contraception d'urgence leur était remis. **Résultats :** Six-cent-soixante-sept patientes de 10 centres d'IVG de Pays de la Loire ont répondu au questionnaire entre le 28/10/2017 et le 09/02/2018. Seulement 9,6% d'entre elles avaient utilisé la CU. Les raisons d'échec de celles-ci étaient majoritairement inconnues des femmes (56%). Le frein principal de non utilisation était la non perception du risque de grossesse (62%). Les femmes avaient de bonnes connaissances sur le mode d'utilisation et les lieux d'obtention de la CU hormonale, mais sous-estimaient largement son délai d'efficacité, ce qui semblait représenter un frein à son utilisation. Il n'existait pas de « profil type » des patientes utilisatrices de la CU. Cependant, les utilisatrices de la CU pour cette grossesse semblaient significativement plus jeunes (26,7 ans versus 28,9 ans), étaient plus souvent étudiantes ou élèves (22,9% versus 10,9%), et avaient moins souvent un emploi (52,4% versus 66,3%). Elles avaient plus souvent utilisé le préservatif pour cette grossesse (42,9% versus 26,1%), et identifié la rupture ou le glissement de celui-ci comme cause de la grossesse (48,8% versus 24,1%). Les femmes qui avaient déjà utilisé la CU dans leur vie étaient quant à elles significativement plus jeunes (27,8 ans versus 29,7 ans), plus souvent nullipares (53,5% versus 36,3%) et venaient plus souvent pour une IVG répétée (40,6% versus 31%). Dans l'analyse multivariée, le fait d'être mariée, ou d'avoir fait des études de niveau inférieur au bac+2, ou d'avoir déjà au moins deux enfants, apparaissaient comme des facteurs de non utilisation de la CU. A l'inverse, avoir déjà des antécédents d'IVG semblait être un facteur favorisant la prise de CU. **Conclusion :** Améliorer les connaissances des femmes sur les situations à risque de grossesse et le délai d'efficacité de la CU pourrait améliorer son recours et donc diminuer le risque de grossesse non prévue.

MOTS-CLÉS

Contraception d'urgence, interruption volontaire de grossesse, grossesse non prévue