

**Université de Limoges**  
**Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2017  
par

**Géraldine AUDOT**

née le 8 décembre 1989, à Tulle

**Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les  
femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse :  
état des lieux en Limousin (353 patientes).**

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

Présidente

Monsieur le Professeur AUBARD Yves

Juge

Madame le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

Madame le Docteur MOLLARD Joëlle

Juge

Madame le Docteur LARROQUE Delphine

Membre invité







**Université de Limoges  
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

**Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine**

présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2017  
par

**Géraldine AUDOT**

née le 8 décembre 1989, à Tulle

**Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les  
femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse :  
état des lieux en Limousin (353 patientes).**

Examineurs de la thèse :

Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

Présidente

Monsieur le Professeur AUBARD Yves

Juge

Madame le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

Madame le Docteur MOLLARD Joëlle

Juge

Madame le Docteur LARROQUE Delphine

Membre invité



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L.
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE

<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

<b>STURTZ Franck</b>	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES Richard</b>	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU Nicole</b>	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX Denis</b>	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE Alain</b>	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE Pascale</b>	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON Philippe</b>	REANIMATION
<b>VINCENT François</b>	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK Pierre</b>	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN Catherine</b>	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES  
MEDICALES**

<b>BRIE Joël</b>	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	--

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

<b>AJZENBERG Daniel</b>	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BARRAUD Olivier</b>	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU Sylvie</b>	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE Bernard</b>	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel

**DUMOITIER** Nathalie



## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**MENARD** Dominique

**PREVOST** Martine

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**HOUDARD** Gaëtan

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule

## **PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS** Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

**MERLE** Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MOULIES** Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

**VALLAT** Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

**VIROT** Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1<sup>er</sup> septembre 2016

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2015

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BLANC</b> Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CHUFFART</b> Etienne	ANATOMIE
<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>KASPAR</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie- Traumatologie)
<b>OLOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE
<b>ASSIKAR</b> Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BIANCHI</b> Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE

<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CASSON-MASSELIN</b> Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>CHAPELLAS</b> Catherine	REANIMATION
<b>CHATAINIER</b> Pauline	NEUROLOGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GONZALEZ</b> Céline	REANIMATION
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B
<b>HOUMAÏDA</b> Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAVIGNE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LE BIVIC</b> Louis	CARDIOLOGIE
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>MATT</b> Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE
<b>PAPON</b> Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>PETITALOT</b> Vincent	CARDIOLOGIE
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE
<b>ROGER</b> Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>SAINT PAUL</b> Aude	PNEUMOLOGIE
<b>SCOMPARIN</b> Aurélie	O.R.L.
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	CANCEROLOGIE
<b>TRIGOLET</b> Marine	PEDIATRIE

**CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

(du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 octobre 2018)

Dédicace

*Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver*

**Pierre Dac**

## Remerciements

---

### Au Jury de cette thèse

A Madame le Professeur Marie Pierre Teissier-Clément

J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de vos enseignements facultaires et d'apprendre à vos côtés dans le service de médecine interne B. J'admire votre professionnalisme et votre humanité.

Trouver un sujet de thèse n'a pas été une mince affaire, vous m'avez aidée à me réorienter et vous m'avez accompagnée en acceptant de diriger ce travail.

Aujourd'hui, vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance.

A Monsieur le Professeur Yves Aubard, pour avoir accepté de juger ce travail.

J'ai fait mes premiers pas d'étudiante en médecine à vos côtés, en tant que « bouture de deuxième année » et mon externat a été bercé par quelques uns de vos enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, pour avoir accepté de juger ce travail.

Votre investissement dans nos études est exemplaire, j'ai apprécié les échanges que nous avons pu avoir au cours de ces trois dernières années. Soyez assurée de mon estime.

A Madame le Docteur Joëlle Mollard, pour avoir accepté de juger ce travail.

J'ai pu apprécier la qualité de votre pédagogie lors des formations de DIU de gynécologie et DU de contraception. Vous avez également pris le temps de me guider à l'initiation de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Delphine Larroque pour avoir accepté de juger ce travail.

J'ai débuté le stage à tes côtés pleine de doutes et j'en suis ressortie des projets plein la tête. Tu m'as réconfortée dans mon choix. Merci pour tout ce que tu m'as appris, médicalement et humainement.

Ta présence dans ce jury me touche et je t'en suis très reconnaissante.

## A ma famille

A Maman, la féministe, à qui je dédie ce travail. Il paraît que rien n'arrive par hasard. Il est certain que si j'en suis ici aujourd'hui c'est grâce à toi. Tes qualités humaines seront toujours un exemple pour moi. Merci pour ton soutien, ta présence et ton amour.

A Papa, pour ton amour plus distant mais pas moins présent, pour les valeurs que tu nous as transmises, le goût des choses simples de la vie. Je serai toujours admirative de ton savoir faire, j'ai encore beaucoup à apprendre ...

A Jean Luc, mon Joli Papa. Tout le monde n'a pas la chance d'avoir deux Papas ! Tu as su faire ta place parmi nous et maintenant ce petit accent lotois ne nous surprend même plus. Merci pour avoir supporté les aléas de mon adolescence, merci pour ta disponibilité, ta gentillesse.

A Rémi, mon grand frère, je n'aurais jamais réussi la P1 sans tes petits plats ! Merci pour les longues discussions politiques, sociologiques voire philosophiques mais aussi pour tous les moments de vie commune, des vacances en famille aux soirées arrosées. Si différents et si complices, je suis très fière de cette relation.

A Amandine, pour supporter Rémi au quotidien et tempérer un peu ses ardeurs, quelle belle petite famille !

A Adèle, un petit rayon de soleil, c'est tellement chouette de te voir grandir ; et une petite pensée pour Emile qui va bientôt agrandir la famille.

A tous les autres, tantes et oncles, cousines et cousins, plus ou moins éloignés mais auxquels je pense aujourd'hui, à mes grands parents qui seraient sûrement fiers.

A ma belle famille : Isa, Lulu, Marine et Emilie ; c'est un régal de s'intégrer parmi vous, dès le premier instant, on se tutoie, on se sent chez soi, quelle chance j'ai ! Merci pour les kirs au bord de la piscine, les sessions cheval, les sessions avion, les Noël, les vacances au ski, à Narbonne ... ! Encore de très bons moments en perspective, j'en suis certaine.



## A mes amis

Aux Vecteurs, mes racines : Nanou, Clairette, Chlo, Jo, Mary, sans oublier Boni ! Depuis ces nombreuses années, et malgré quelques changements de cap récents, on ne s'est jamais vraiment quitté. Je vous aime bordel !

A Dadane, qui s'est montré patient et compréhensif malgré de longues périodes sans nouvelle. Notre amitié compte beaucoup pour moi.

Aux Globe Trotteurs, les carabins avec qui cette aventure a commencé ! Chloé et Maité, mes Totally spies, vous étiez à la fois ma force et mon bol d'air, et heureusement que je vous avais pour me garder la place dans l'amphi ! Popo et Claire, l'ADEMSIL, le Sénégal, ses gertogal et sa tourista, que de souvenirs ! Amandine, ta bonne humeur, toujours partante, c'est un délice d'être ton amie ! Claire, mon acolyte d'internat avec qui j'ai partagé les galères du début, les longues heures de cours, mais aussi de très chouettes moments ! Les copains, Mathieu, Matthieu, Bidou, Sam, Valentin, PJ, parce qu'il faut bien des mecs pour allumer le barbeuc (et jouer à Mario Kart ...) ! Les nouveaux venus (et pas des moindres !) Naïra, Martin, Adrien, Romain, Perrine ; à Valentine et à Bob, la nouvelle génération... Entre Dax et les Sables, les prochaines sessions retrouvailles s'annoncent fort sympathiques !

A Charly, tu fais partie de tous mes souvenirs d'externat, toi et ton tigre-peluche, toi et ta fâcheuse manie à te retrouver tout nu en toute circonstance. Merci pour tous ces bons moments.

A Marion et Guillaume, à Céline, des amitiés un peu plus distantes mais c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

A Bruno, accroche-toi, tu le mérites ! Au plaisir de venir visiter Renne avec toi.

A Léa, sans qui l'AIMGL aurait été moins colorée.

A Gaëlle et Marion, nos « mamans associatives ».

A Marion, heureuse que tu poses tes valises dans ta ville de cœur, mais je regrette déjà nos petits resto entre filles. Merci pour ces longues discussions à refaire nos études, notre travail, le monde ...

Aux néo-limougeaudois, aux co-internes de Thomas qui m'ont très vite acceptée ! Merci pour les soirées barbeuc, pool party et autres débauches, passées et à venir !

A Matthieu, Evan, Guigui et Bertrand, bien que je n'assume pas à 100% le côté golfeur de Thomas, je dois admettre que ça lui réussit !

A Tiffany et Hélène, des maîtresses de maison hors pair !

A Justine, qui est aussi improbable qu'adorable, j'espère que tu trouveras ton bonheur professionnel pas trop loin de nous (pense à la maison médicale de Rodez) !

A Olivia et son accent Toulousain, la joie de vivre incarnée !

A Cécilia et son sourire rayonnant.

A Clément, Louis, Princia, Marine, Romain et tous ceux que j'oublie ...

## **A mes compagnons de route et maîtres de stages**

A l'équipe de la polyclinique et aux internistes du CHU, qui ont été témoins et victimes des balbutiements de mes prescriptions ; à l'équipe de St Ju, grâce à laquelle je me suis réconciliée avec les urgences.

A la Médecine interne B, merci à mes co-internes Maud, Léa, Camille, Béa, travailler à vos coté a été un vrai plaisir, aux endoc Anne, Marion, Sika, Sophie, grâce à qui je n'ai plus peur de l'insuline (et des diabétiques), à Pauline, qui n'était jamais très loin ...

A Gilles et Sandrine pour votre générosité. Les consultations à la Sout' n'étaient pas de tout repos, à l'image de mes longues heures de retard mais je garde un excellent souvenir des 6 mois passés avec vous. J'ai beaucoup appris et vous m'avez tant donné. Merci.

A Jean Claude qui m'a fait découvrir et adorer la médecine sur le plateau de mille vaches, à Aline et Johann, des maitres de stages comme j'en souhaite à tous les internes.

A Annabel et Mathieu, à la principauté de cardio de St Yrieix. Je n'ai jamais autant hésité aux choix de stage, et quel stage ! J'étais comme un poisson dans l'eau, la reine des poissons ! Riche en apprentissages et une super expérience humaine. Si j'étais cardiologue, je n'hésiterai pas une seconde à venir travailler avec vous ! Ne changez rien, merci merci merci ! Et rendez-vous cet été aux marchés nocturnes.

## **A Thomas,**

Que dire ... J'ai parfois l'impression que tu sais mieux que moi ce qui me rend heureuse. Sans toi je serai probablement devenue une spécialiste aigrie, un mauvais chirurgien, un odieux professeur, quelqu'un qui cherche sa place... Tu m'as soutenue, rassurée, épaulée, parfois bousculée et je ne t'en remercierai jamais assez. Tu connais mes difficultés à faire des choix, et pourtant je n'ai pas hésité une seconde quand il s'est agi de nous, de nous séparer temporairement ou de rester ensemble, où que ce soit. Et voilà maintenant 7 ans que l'on partage tout (ou presque) des rires aux larmes, du boulot aux loisirs, nos familles, nos amis ... un équilibre parfait. Rassure-toi, je ne vais pas te demander en mariage, mais j'espère que l'avenir nous réserve d'aussi belles années, et pour une fois, je ne doute pas.

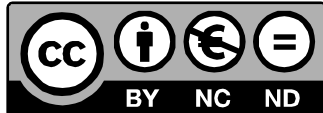
## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Table des illustrations.....	21
Table des tableaux.....	22
Liste des abréviations.....	23
Introduction .....	24
I. Historique et évolution législative de la contraception.....	27
I.1. Naissance de la contraception .....	27
I.2. Législation de la contraception et de l'avortement.....	32
II. Les contraceptions d'urgence actuelles et leur mode d'action .....	37
II.1. Rappel sur le cycle menstruel .....	37
II.2. Modalités d'action des contraceptions d'urgence actuelles .....	42
III. Utilisation de la contraception d'urgence en France .....	52
III.1. Modalités d'accès à la contraception d'urgence .....	52
III.2. Données sur le recours à la contraception d'urgence en France.....	53
IV. Matériel et méthode .....	60
IV.1. Objectifs et type d'étude .....	60
IV.2. Elaboration et distribution du questionnaire .....	60
IV.3. Recueil et analyse statistique des données .....	62
V. Résultats.....	63
V.1. Utilisation d'une CU au cours du cycle menant à cette IVG .....	63
V.2. Description de la population et comparaison des profils des 2 groupes...66	
V.3. Connaissances des patientes en termes de contraception d'urgence.....74	
V.4. Expériences antérieures et représentations.....78	
V.5. Information reçue sur la contraception d'urgence .....	82
V.6. Analyses des raisons de non utilisation de la CU .....	86
VI. Discussion .....	90
VI.1. Principaux résultats .....	90
VI.2. Validité interne : les faiblesses de l'étude .....	95
VI.3. Comparaisons des résultats avec la littérature .....	97
VI.4. Perspectives et voies de recherche .....	102
Conclusion .....	105
Références bibliographiques.....	106
Annexes .....	111
Serment d'Hippocrate.....	121

## Table des illustrations

---

Figure 1 - "Paragon" le préservatif réutilisable en caoutchouc.....	27
Figure 2 - Eponge contraceptive - Royaume Uni 1901 – 1930 .....	28
Figure 3 - Pessaire cervico-utérin en « fourchette » – Europe 1880-1936 .....	29
Figure 4 - Première clinique du planning familial – Holloway – 1921 .....	30
Figure 5 -Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale .....	35
Figure 6 - Schéma général d'une ovulation .....	37
Figure 7 - Délai d'utilisation possible des pilules contraceptives d'urgence selon le diamètre folliculaire au moment du rapport sexuel (selon C. Jamin).....	47
Figure 8 - Evolution de l'utilisation des méthodes contraceptives en France de 1978 à 2010 chez les femmes de 20 à 44 ans .....	53
Figure 9 - Méthodes de contraception les plus utilisées en fonction des pays ....	54
Figure 10 - Evolution des ventes de contraception d'urgence de 1999 à 2015 ...	56
Figure 11 - Carte d'information des patientes sur la contraception d'urgence .....	58
Figure 12 - Raisons d'échec de la contraception d'urgence.....	64
Figure 13 - Raisons principales de non utilisation de la CU .....	65
Figure 14 - Répartition des patientes selon la classe socio-professionnelle .....	67
Figure 15 - Répartition des patientes dites « inactives ».....	68
Figure 16- Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG.....	70
Figure 17 - Causes de la grossesse actuelle identifiées par les patientes .....	72
Figure 18 - Répartition des problèmes d'utilisation des contraceptifs habituels ..	73
Figure 19 - Répartition des patientes selon la connaissance du délai d'utilisation d'une PCU.....	74
Figure 20 - Répartition des patientes selon les lieux de délivrance des CU cités	75
Figure 21 - Répartition des patientes selon la connaissance de l'alternative aux PCU .....	76
Figure 22 - Evaluation de l'accessibilité à la PCU par les patientes .....	79
Figure 23 – Sources de l'information reçue .....	85
Figure 24 - Avis des patientes sur l'information sur la CU.....	85
Figure 25 - Répartition selon le moyen de contraception.....	87

## Table des tableaux

---

Tableau 1 – Précautions d'utilisation du lévonorgestrel et de l'ulipristal acétate	49
Tableau 2 - Différence d'efficacité théorique et pratique des contraceptions	55
Tableau 3 - Répartition des patientes selon le critère de jugement principal	63
Tableau 4 - Répartition des patientes selon leur âge	66
Tableau 5- Répartition des patientes selon l'activité professionnelle	67
Tableau 6- Répartition des patientes dites « inactives »	68
Tableau 7 - Répartition selon leur couverture sociale	69
Tableau 8 - Répartition selon le nombre d'enfant(s)	70
Tableau 9 - Répartition selon leur moyen de contraception avant l'IVG	71
Tableau 10 - Réponses sur la nécessité d'une ordonnance pour obtenir une PCU	75
Tableau 11 - Connaissance du risque de grossesse au cours du cycle menstruel	77
Tableau 12 - Connaissance du risque de grossesse en cas d'oubli de pilule	77
Tableau 13 - Répartition selon les antécédents de prescription anticipée	78
Tableau 14 - Répartition selon les antécédents d'utilisation d'une CU	78
Tableau 15 - Répartition selon les antécédents de difficultés d'obtention	79
Tableau 16 - Evaluation de l'accessibilité selon les lieux d'habitation	80
Tableau 17 - Répartition selon les craintes d'utilisation	80
Tableau 18 - Répartition selon les craintes d'utilisation - détails	81
Tableau 19 - Répartition selon l'information reçue	82
Tableau 20 - Répartition selon la source de l'information reçue	82
Tableau 21 - Répartition selon l'information reçue - soignants	83
Tableau 22 - Répartition selon l'information reçue - autres sources	83
Tableau 23 - Connaissances du délai d'utilisation selon l'information reçue	84
Tableau 24 - Connaissance du délai d'utilisation selon la source d'information	84
Tableau 25 - Répartition selon la raison de non utilisation de la CU	86
Tableau 26 - Répartition selon l'âge	86
Tableau 27 - Répartition selon le nombre d'enfant(s)	87
Tableau 28- Répartition selon l'efficacité du moyen de contraception	88
Tableau 29 - Répartition selon la conscience du risque de grossesse	89
Tableau 30 - Répartition selon la connaissance du délai d'utilisation	89

## Liste des abréviations

---

ACS : aide à la complémentaire santé  
CMU : couverture maladie universelle  
CPEF : centre de planification et d'éducation familiale  
CU : contraception d'urgence  
DIU : dispositif intra – utérin  
DIU Cu : dispositif intra - utérin au cuivre  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
FSH : follicle stimulating hormone  
GnRH : gonadotropin releasing hormone  
HAS : Haute autorité de santé  
hCG : human chorionic gonadotropin  
IC : intervalle de confiance  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IMC : indice de masse corporelle  
INED : Institut national d'études démographiques  
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques  
InVS : Institut de veille sanitaire  
IST : infections sexuellement transmissibles  
IVG : interruption volontaire de grossesse  
LH : luteinizing hormone  
LNG : lévonorgestrel  
MFPF : Mouvement français pour le planning familial  
MLAC : Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PCU : pilule contraceptive d'urgence  
PMI : protection maternelle et infantile  
POP : pilule œstro-progestative  
RR : risque relatif  
RSNP : rapport sexuel non protégé  
SIU : système intra – utérin (ou dispositif intra – utérin hormonal)  
SPRMs : modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone  
UPA : ulipristal acétate  
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

## Introduction

---

Depuis la législation sur la contraception en France par la loi Neuwirth en 1967, le paysage contraceptif s'est bien étoffé et a vu naître de nombreux moyens permettant aux femmes de choisir le plus adapté à leur mode de vie et à leur sexualité.

Cependant, un triste constat accompagne cette évolution : le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste stable depuis une dizaine d'années aux alentours de 220 000 par an. Si cette stabilité cache en réalité une meilleure couverture contraceptive et une augmentation du recours à cet acte en cas de grossesse imprévue, ce taux reste préoccupant et le corps médical se doit de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour le faire baisser.

La contraception d'urgence est une contraception de rattrapage pouvant être utilisée, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : « en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou la déchirure du préservatif), le viol ou des rapports non protégés sous la contrainte ».

Les méthodes disponibles en France sont là aussi multiples et depuis quelques années, les gouvernements s'attachent à faciliter leur accès notamment avec la délivrance sans ordonnance en pharmacie, anonyme et gratuite pour les mineures, des pilules contraceptives d'urgence. Malgré ces mesures, les contraceptions d'urgence restent sous-utilisées en France. Les pilules contraceptives d'urgence font notamment l'objet de fausses représentations largement relayées par les forums internet : risque de stérilité, mécanisme abortif, auxquelles s'ajoute l'ambiguïté du terme « pilule du lendemain ». Le discours officiel a lui-même pu alimenter ces fausses croyances : par crainte qu'elle se substitue aux méthodes contraceptives régulières, il a été très insistant sur le fait que cette méthode ne devait pas être utilisée régulièrement, discours pouvant être interprété comme un risque pour la santé suite à une utilisation répétée.

En 2009, l'arrivée de l'ulipristal acétate a permis d'allonger le délai d'utilisation de 72 à 120 heures après le rapport à risque et depuis 2015, il est soumis aux mêmes conditions d'accès que son prédécesseur, le lévonorgestrel.

Mais qu'en est-il en réalité ? Quelle est l'utilisation de cette méthode d'urgence chez les patientes en situation de difficultés contraceptives ?



Après un tour d'horizon historique et législatif, nous aborderons en première partie les différentes contraceptions d'urgence actuelles, leur mode d'action ainsi que l'état des lieux de leur utilisation en France. En seconde partie, ce travail s'interrogera sur le recours et l'échec de la contraception d'urgence chez les femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse en Limousin. Il tentera ainsi d'apprécier les freins à son efficacité et à son utilisation.

## **PREMIERE PARTIE**

### **Généralités sur la contraception d'urgence**

# I. Historique et évolution législative de la contraception

« Pour prévoir l'avenir, il faut connaître le passé, car les événements de ce monde ont en tout temps des liens aux temps qui les ont précédés » (Nicolas Machiavel).

## I.1. Naissance de la contraception

On ne peut envisager la contraception d'urgence sans l'intégrer dans le paysage contraceptif. Si l'on conçoit que l'abstinence et le retrait existent depuis la nuit des temps, on n'imagine pas que les récits antiques regorgent de recettes contraceptives plus originales les unes que les autres. Ils prouvent l'intérêt de l'Homme pour la régulation de sa reproduction depuis des milliers d'années.

### I.1.1. Développement des méthodes mécaniques

Le préservatif fit son apparition au XVI<sup>ème</sup> siècle en Europe : après le rustique fourreau égyptien, le papier de soie huilé en Chine, les écailles de tortue au Japon, il fallut attendre 1564 pour une conception plus médicale avec Gabriello Fallopius. Cet anatomiste italien inventa un fourreau de toile de lin imbibé d'un antiseptique, principalement dans le but de lutter contre un des maux de ce siècle : la syphilis. Par la suite, ils furent fabriqués en boyau d'animaux, en caoutchouc puis apparurent le latex et le polyuréthane au XX<sup>ème</sup> siècle [1]. Il fut mis de côté suite au développement des méthodes hormonales puis revint au premier plan dans les années 1980 avec la découverte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).



Figure 1 - "Paragon" le préservatif réutilisable en caoutchouc

Source : Science Museum  
<http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/objects/display?id=91928&keyw=ords=condoms>

Parallèlement, les méthodes barrières féminines furent développées à partir des pessaires de l'Egypte ancienne. En 1750, Casanova préconisait à ses prétendantes d'utiliser la moitié d'un citron évidé (ancêtre de la cape cervicale). Le premier préservatif féminin « Le Pratique » fut commercialisé en 1908. Les éponges contraceptives, introduites dans le vagin au contact du col au moment du rapport sexuel, étaient très largement utilisées à la fin du XIX<sup>ème</sup> et au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Les gels, crèmes, ovules spermicides apparurent dans les années 1950. Le préservatif féminin actuel fut commercialisé en France en 1999 [1].



Figure 2 - Eponge contraceptive - Royaume Uni 1901 – 1930  
Source : Science Museum  
<http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/objects/display?id=91900>

Le premier dispositif intra utérin fut inventé par un physicien allemand, Richard Richter : l'introduction d'un fil métallique dans l'utérus permettrait d'éviter les grossesses. Toujours en Allemagne, le docteur Ernest Gräfenberg eut ensuite l'idée d'utiliser des anneaux en métal comme pessaires cervico-utérins : « the silver Gräfenberg ring ». En forme de tige ou de fourchette (figure 3), ils étaient insérés au niveau du col utérin, retirés régulièrement souvent au moment des règles. Leur réutilisation était à l'origine de nombreuses infections génitales.

L'essor de cette technique eut lieu dans les années 1960 avec la découverte du polyéthylène, plastique biologiquement inerte. En 1969, Zipper et Tatum inventèrent un stérilet dont le revêtement en cuivre provoquerait une « inflammation de l'endomètre le rendant impropre à la nidation ». En 1976, on vit apparaître les stérilets libérant de la progestérone.



Figure 3 - Pessaire cervico-utérin en « fourchette » – Europe 1880-1936 (taille réelle = 2-3 cm de longueur)

Source : Science Museum

<http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/objects/display?id=92334>

### I.1.2. Développement des méthodes hormonales

Le début du XX<sup>ème</sup> siècle vit naître la contraception hormonale. En France, la loi de juillet 1920 interdisait l'avortement et la promotion des moyens anti-conceptionnels. L'Eglise catholique condamna en 1930 l'emploi de tout moyen contraceptif. Ailleurs dans le monde, les connaissances sur le cycle menstruel se solidifiaient. En 1928, le gynécologue autrichien Hermann Knaus précisa la découverte du japonais Kyusaku Ogino et mit au point la méthode Ogino-Knaus. Elle consiste à déterminer la période pendant laquelle la fécondation est possible et a fortiori, la période pendant laquelle le risque de grossesse est moindre. En 1921, le docteur Marie Stopes publia un des premiers guides contraceptifs et ouvrit une clinique de « Birth control » au Nord de Londres, à Holloway (figure 4). Par la suite, quatre noms furent principalement associés au développement des méthodes contraceptives hormonales : Margaret Sanger, une infirmière new yorkaise qui créa la ligue américaine de contrôle des naissances ; Katharine Mc Cormick, une milliardaire américaine qui finança une grosse partie des recherches ; et les docteurs Gregory Pincus et John Rock, biologiste et gynécologue américains.



Figure 4 - Première clinique du planning familial  
– Holloway – 1921

Source : <https://mariestopes.org/about-us/our-history/>

Elle était initialement composée d'un progestatif seul, la norethisterone mais sa prise quotidienne provoquait des effets indésirables non acceptables. Elle fut ensuite associée au mestranol dont le métabolite actif est l'éthinylestradiol, pour composer la première pilule contraceptive combinée appelée Enovid® [2]. Elle fut commercialisée pour la première fois en Allemagne fédérale en 1956 puis acceptée par la Food and Drugs Administration aux Etats Unis dans le traitement des désordres menstruels en 1957 et en Mai 1960 à visée contraceptive. A noter que cette première pilule oestro-progestative comprenait 150 µg de mestranol (équivalent à une dose de 100 µg d'éthinylestradiol) et 9,85 mg de norethisterone. Les doses ont été diminuées à 75 µg de mestranol et 5 mg de norethisterone en raison de plusieurs cas rapportés de pathologies thrombo-emboliques et de nombreux effets secondaires (nausées, gastralgies, céphalées...) [3].

### **I.1.3. La contraception d'urgence**

Le concept de contraception d'urgence naquit parallèlement au développement de la contraception hormonale. Au début des années 1960, on découvrit que l'administration de fortes doses d'œstrogènes seuls (5 mg d'éthinylestradiol ou 25 à 50 mg de diethylstilbestrol par jour pendant 5 jours) représentait une méthode efficace pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé (taux de grossesse inférieur à 1%).

Cependant, elle était très mal tolérée (nausées, vomissements, métrorragies) et associée à un risque tératogène avec le diethylstilbestrol [4].

Le docteur Albert Yuzpe, médecin gynécologue canadien, développa par la suite une méthode combinée. Le principe de cette « méthode Yuzpe » était d'administrer plusieurs comprimés de pilule œstro-progestative et de répéter cette prise à 12 heures d'intervalle. L'étude initiale fut faite avec 200 µg d'éthinylestradiol et 2 mg de dl-norgestrel administrés en deux fois dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé. En France, la méthode Yuzpe fut commercialisée de 1998 à 2004 sous le nom de Tetragynon<sup>®</sup>. Elle consistait en deux prises espacées de 12 heures d'un comprimé de 50 µg d'éthinylestradiol et 250 µg de lévonorgestrel dans les 72 heures après le rapport sexuel. L'efficacité de cette méthode restait bonne mais il persistait de nombreux effets indésirables [4].

Dans les années 1980, une nouvelle piste apparut : celle des modulateurs des récepteurs de la progesterone de 1<sup>ère</sup> génération, la mifepristone (Mifégyne<sup>®</sup>) ou RU 486<sup>®</sup>. Le principe était de « bloquer » l'action proliférative progestative sur l'endomètre en deuxième partie de cycle. Son administration pouvait se faire dans un délai plus long après le rapport à risque et provoquait une desquamation de l'endomètre donc des pseudo-menstruations qu'il y ait eu implantation d'un ovocyte fécondé ou non [4]. Actuellement, cette méthode a également été abandonnée en France suite à des questions éthiques compte tenu de ce rôle abortif mais elle reste utilisée comme traitement médicamenteux des interruptions volontaires de grossesse. Elle est encore utilisée comme contraception d'urgence dans certains pays comme la Chine ou la Russie. Son efficacité semble similaire au lévonorgestrel seul [5].

Il fallut attendre les années 1990 pour commencer à entendre parler de la pilule contraceptive d'urgence progestative à base de lévonorgestrel. Son autorisation de mise sur le marché en France date de 1999 avec une meilleure efficacité et une meilleure tolérance que la méthode combinée [6]. Initialement, deux comprimés de lévonorgestrel 0,75 mg à 12 heures d'intervalle devaient être pris puis la posologie a été simplifiée à un comprimé de 1,5 mg en une prise (2002) [5].

Plus récemment, une nouvelle molécule a été étudiée et commence à détrôner le lévonorgestrel : l'ulipristal acétate, un modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone (SPRMs) de 2<sup>ème</sup> génération.

Il a été accepté comme contraception d'urgence par la commission européenne en Mai 2009 avec une dose unique de 30 mg à prendre dans les 5 jours après le rapport à risque. Il est également à l'étude comme contraception au long cours, notamment en administration locale par un anneau vaginal [3].

Par ailleurs, la première utilisation du dispositif intra utérin au cuivre dans la contraception d'urgence fut décrite par Lippes dans les années 1970 [7]. Il était initialement dédié aux femmes présentant une contre-indication à l'administration d'œstrogènes ou lorsque le délai de 72 heures était dépassé [4]. Les réticences quant à la pose d'un dispositif intra utérin chez les femmes nullipares ont été un frein majeur à son utilisation. Son indication comme contraception d'urgence a par la suite été étendue à toutes les femmes, compte tenu d'une très grande efficacité, mais il reste encore très peu utilisé.

## **I.2. Législation de la contraception et de l'avortement [8] [9] [10] [11]**

Les législations de la contraception et de l'avortement sont intimement liées. Imbriquée entre progrès de la médecine et naissance de l'éthique, au cœur de l'évolution de nos sociétés, de la morale et des mœurs, cette législation a fait l'objet de nombreux débats et polémiques.

### **I.2.1. Un préambule hostile**

En 1810, sous Napoléon, l'article 317 du code pénal « condamnait aux fers médecins, chirurgiens et pharmaciens impliqués dans l'avortement » ainsi que les patientes y ayant recours.

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'arrivée en France du mouvement néomalthusien répandit le concept de « limitation des naissances ». Ainsi, Paul Robin, figure emblématique de ce mouvement, fonda en 1889 un centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels à Paris. Il créa la Ligue de la régénération humaine et réclama la législation de l'avortement pour limiter les drames liés aux pratiques clandestines.



Les remèdes abortifs apparurent dans les journaux, les avortements étaient pratiqués par des médecins, des sages-femmes mais aussi (à moindre coût) par des femmes non diplômées, les « faiseuses d'ange ».

Ce mouvement dut faire face aux ligues pro-natalistes, en plein essor dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec la création de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française en 1896.

Dans le contexte post première guerre mondiale, la maternité devint un enjeu de société, la France avait subi une forte diminution de sa démographie, il fallait repeupler. Ainsi, en 1920, une loi fut adoptée : elle interdisait l'avortement et sa promotion ainsi que celle des moyens anticonceptionnels à l'exception du préservatif qui permettait de lutter contre les maladies vénériennes. La formation à la contraception fut interdite pendant les études médicales.

La loi du 15 février 1942 fit de l'avortement un crime contre la sureté de l'Etat et donc passible de la peine de mort. Pour l'exemple, une avorteuse (Marie Louise Giraud) fut guillotinée en 1943. Dans ce contexte, le régime de Vichy créa le Conseil National de l'Ordre des Médecins, chargé de l'application des mesures disciplinaires.

### **I.2.2. La loi Neuwirth et la loi Veil : le virage des années 1960**

Ce fut aux Etats Unis et en Angleterre, avec Margaret Sanger et Mary Stopes, que la théorie du Birth Control renaquit.

En 1930, l'Eglise anglicane se prononça en faveur de l'usage des contraceptifs dans le cadre du mariage. Le gouvernement anglais mit en place l'enseignement des moyens contraceptifs.

Dans les années 1950, le débat revint sur la table en France avec la fondation du mouvement Maternité Heureuse dont les objectifs étaient de « lutter contre les avortements clandestins, d'assurer l'équilibre psychologique du couple et d'améliorer la santé des mères et des enfants ». En 1955, l'avortement thérapeutique fut autorisé.

En 1960, le mouvement Maternité Heureuse prit de l'ampleur et devint le Mouvement français pour le planning familial (MFPF). L'opinion générale était de plus en plus sensible aux idées du MFPF, la fréquentation des centres fut de plus en plus importante. Coté professionnel, les médecins étaient plutôt hostiles à ces idées en dehors de quelques militants. Parmi eux, le docteur Henri Fabre fonda le premier centre d'information et de prescription contraceptive en 1961.

Entre 1956 et 1967, 11 propositions de loi ayant pour but de modifier la loi de 1920 furent rejetées.

Le 19 décembre 1967, la loi proposée par le député Lucien Neuwirth fut adoptée après divers amendements. Elle autorisait la fabrication, l'importation et la dispensation des contraceptifs. Mais elle restait encore très restrictive : contrôle médical, contraceptifs dispensés avec ordonnance et tickets de carnets souches (comme les toxiques), pose des stérilets uniquement en milieu hospitalier, consentement écrit des parents pour les mineurs (de moins de 21 ans), aucun remboursement par la sécurité sociale, maintien de l'interdiction de la publicité. Il fallut attendre 1987 pour que la publicité du préservatif soit autorisée dans le cadre de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et 1991 dans le cadre de la contraception. L'information concernant la loi Neuwirth diffusait très mal, une enquête de janvier 1968 montrait que 81% des Français ne la connaissaient pas. Les années 1968 furent marquées par un front de libération sexuelle et les idées pro-contraception, pro-avortement se popularisèrent.

Le 5 avril 1971, la revue *Le Nouvel Obs* publia le « Manifeste des 343 salopes » : 343 femmes dont des célébrités déclarèrent avoir avorté et réclamèrent « le libre accès aux moyens anticonceptionnels et à l'avortement ».

La loi du 4 décembre 1974 (loi n° 74-1026) compléta la loi Neuwirth et étendit l'accès à la contraception : consentement parental non obligatoire pour les mineurs de 18 à 21 ans, suppression du carnet à souche, remboursement de certaines spécialités par la Sécurité sociale et délivrance gratuite sur prescription de certains dispositifs par les centres de planification familiale. En 1973, les différents mouvements pro-avortement et le MFPF se fédérèrent et créèrent le Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC). L'opposition s'organisa elle aussi, autour du mouvement *Laissez les vivre*. Alors que le planning familial et certains médecins déclaraient pratiquer des avortements clandestins, 10 000 médecins signèrent un appel pour le « Respect de la vie ».

Les débats sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) étaient houleux. Dans ce contexte, Simone Veil, ministre de la Santé sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing préparait une loi d'encadrement médical de l'avortement. Elle visait à lutter contre les inégalités sociales créées par les grossesses non désirées, à éviter les conséquences dramatiques des avortements clandestins et à diminuer le nombre d'avortements en favorisant la diffusion de la contraception.

La loi fut adoptée le 29 Novembre 1974 à 284 voix contre 189 et promulguée pour 5 ans le 18 janvier 1975 (Loi n° 75-17).

Elle suspendait l'article 317 du code pénal pour 5 ans mais les lois de 1920 et 1923 n'avaient pas été abrogées. L'avortement hors conditions prévues par la loi restait un délit (jusqu'à 10 semaines de grossesse chez une femme en situation de détresse, après un délai de réflexion de 7 jours et avec le consentement parental pour les mineurs).

Elle fut de nouveau promulguée à 5 ans, le 31 décembre 1979 (Loi n° 79-1204) avec quelques modifications et notamment la précision de « l'obligation hospitalière ». L'article 317 du code pénal fut aboli. L'accord du juge des enfants pouvait pallier à l'absence de consentement parental pour les mineurs.

La loi permettant le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale fut votée le 31 décembre 1982 (Loi n° 82-1172).

En 1988, la Mifégyne® ou RU 486® obtint une autorisation de mise sur le marché pour le traitement médicamenteux de l'IVG.



Figure 5 -Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale  
26 novembre 1974

Source : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/simone-veil-2010.asp>

### **I.2.3. De 1990 à nos jours : l'accessibilité à la contraception et à l'IVG**

En Avril 1999, le lévonorgestrel (Norlevo<sup>®</sup>) obtint une autorisation de mise sur le marché comme contraception d'urgence.

La **loi du 13 décembre 2000** (Loi n°2000-1209) relative à la contraception d'urgence permit la délivrance sans prescription médicale et par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse.

La **loi Aubry du 4 juillet 2001** (Loi n° 2001-588) modifia les modalités d'accès à l'IVG : extension du délai légal à 12 semaines de grossesse, entretien social facultatif pour les majeures, anonymat et gratuité pour les mineures, méthode médicamenteuse possible en ambulatoire, développement de l'information à la sexualité dans les collèges et lycées (trois séances annuelles).

La **loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009** (Loi n° 2009-879) autorisa les sages femmes à prescrire une contraception hormonale hors situations pathologiques, à poser des dispositifs intra utérins. Les services de médecine préventive universitaires furent autorisés à délivrer une contraception.

En octobre 2009, l'ulipristal acétate (EllaOne<sup>®</sup>) fut commercialisé comme contraception d'urgence, remboursé à partir de septembre 2010, et disponible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures en avril 2015.

La **loi du 17 décembre 2012** (Loi ° 2012 – 1404) de financement de la Sécurité sociale permit la prise en charge de l'IVG à 100%, le remboursement à 100% des certains contraceptifs pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

En janvier 2014, un amendement supprima la notion de détresse dans les conditions d'accès à l'IVG.

La **loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016** (loi n° 2016-41) supprima le délai de réflexion de 7 jours, autorisa les sages femmes à pratiquer une IVG médicamenteuse et les centres de santé à pratiquer des IVG instrumentales.

*Ainsi, le cadre législatif a beaucoup évolué depuis les lois Neuwirth et Veil permettant un recours facilité à l'avortement et l'essor des méthodes contraceptives, aujourd'hui variées. Le développement des contraceptions d'urgence s'est fait parallèlement à celle des contraceptifs de long cours. Quels sont les moyens à disposition aujourd'hui et quelles sont leurs modalités d'action?*

## II. Les contraceptions d'urgence actuelles et leur mode d'action

### II.1. Rappel sur le cycle menstruel [8] [12] [13]

Le cycle menstruel correspond à l'ensemble des phénomènes physiologiques qui mettent en place chez la femme, les conditions requises pour une éventuelle fécondation.

Il comprend deux phases successives, la phase folliculaire et la phase lutéale, séparées par l'ovulation. L'ovulation va reposer sur la maturation d'un gamète (ovocyte) qui sera libéré une fois arrivé à maturité et pourra être fécondé par un spermatozoïde.

#### II.1.1. Régulation endocrine du cycle menstruel

Le contrôle endocrine de la fonction gonadique a lieu au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique, siège d'un fin jeu de stimulations et rétro-contrôles permettant une coordination étroite entre les différentes structures.

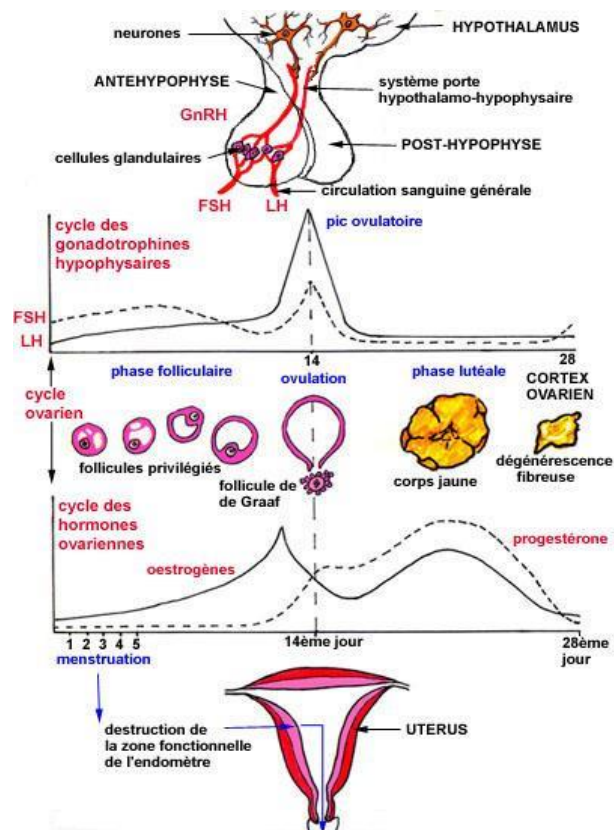


Figure 6 - Schéma général d'une ovulation

Source : <http://www.cngof.fr/cycle-menstruel/297-schema-general-d-une-ovulation>

Le premier étage de cette régulation endocrinienne se situe au niveau de l'hypothalamus : les neurones à gonadotropin releasing hormone (GnRH) sont situés dans l'hypothalamus médiobasal et antérieur. Ils sont dotés d'une propriété intrinsèque : capacité sécrétoire d'une neuro-hormone, la GnRH qui sera libérée au niveau des cellules anté-hypophysaires. Cette sécrétion est autonome, discontinue et rythmique. De nombreux facteurs endogènes vont pouvoir moduler cette sécrétion, en la stimulant ou en l'inhibant. Ainsi, certaines molécules comme les œstrogènes vont pouvoir inhiber ou stimuler la sécrétion de GnRH en fonction de leur concentration plasmatique, du moment du cycle et du récepteur activé [14].

Le taux plasmatique de GnRH est indosable car sa demi-vie est très courte : 2 à 8 minutes. Les caractéristiques des pulses de sécrétion de GnRH vont varier au cours du cycle et le rythme sera maximal en période pré-ovulatoire.

Une fois libérée au niveau du système porte hypothalamo-hypophysaire, la GnRH va se fixer sur les cellules gonadotropes anté-hypophysaires qui elles - mêmes ont la propriété de sécréter deux hormones gonadotrophines : la luteinizing hormone (LH) et la follicle stimulating hormone (FSH). La GnRH va ainsi stimuler la libération de gonadotrophines hypophysaires. Le caractère pulsatile de la production de GnRH est primordial. Le rythme des pulses va permettre de réguler préférentiellement les sécrétions de LH ou de FSH, indispensables à la croissance et à la maturation folliculaires [15].

La demi-vie des gonadotrophines LH et FSH, respectivement 20 et 60 minutes, permet leur dosage dans le sang circulant et l'analyse indirecte de la fonction ovarienne.

### **II.1.2. Folliculogenèse et ovogenèse**

Les récepteurs aux gonadotrophines sont situés à l'étage ovarien, au niveau des follicules. Les follicules se forment au cours de la vie intra utérine au 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. Ils se développent à partir des ovogonies puis se bloquent dans leur développement (stade prophase I) au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse. A noter qu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse, on compte 7 millions de follicules ovariens, à la naissance 1 000 000 et le stock continue de diminuer au cours de la période d'activité génitale avec une forte accélération à partir de 38 ans. Après la puberté, l'activation de la sécrétion pulsatile gonadotrope va permettre l'entrée en croissance des ovocytes restés quiescents dans l'ovaire : c'est le début de la folliculogenèse et de l'ovogenèse.

Un follicule ovarien est constitué d'un ovocyte, de la granulosa et de la thèque. Ils sont disposés en périphérie de chaque ovaire.

Au cours de la folliculogénèse, les follicules vont subir des phénomènes de croissance et maturation aboutissant au recrutement d'un follicule dominant, élu, qui permet la maturation d'un ovocyte, capable d'être fécondé au décours de la rupture folliculaire (ovulation). On observe ainsi dans un ovaire plusieurs types de follicules selon leur degré de maturation :

- le follicule primordial (35  $\mu\text{m}$  de diamètre) : ovocyte I (bloqué en prophase I de méiose au stade diplotène) entouré d'une assise de cellules aplaties ;
- le follicule primaire (45  $\mu\text{m}$  de diamètre) : ovocyte I entouré d'une membrane hyaline puis d'une assise de cellules cubiques ;
- le follicule secondaire (50 à 180  $\mu\text{m}$  de diamètre) : ovocyte I entouré de plusieurs couches cellulaires, les cellules de la granulosa qui acquièrent les caractéristiques de cellules endocrines stéroïdogènes. La couche péri-ovocytaire entre en contact avec l'ovocyte via le développement de pseudopodes, de jonctions d'ancrage (desmosomes) et de jonctions communicantes. Le stroma périphérique se différencie en thèque interne constituée de cellules stéroïdogènes et en thèque externe correspondant à un tissu conjonctif protecteur. Une fois que le follicule a atteint un diamètre de 150  $\mu\text{m}$ , il est appelé follicule pré antral ;
- le follicule antral (0,2 à 10 mm de diamètre) ou follicule tertiaire : il subit une croissance importante. Les cellules de la granulosa sécrètent un liquide riche en eau et en acide hyaluronique qui formera une cavité appelée la cavité antrale ou antrum ;
- le follicule mature ou follicule pré-ovulatoire de De Graaf (20 mm de diamètre) : la cavité antrale occupe la plus grande partie du follicule, l'ovocyte est entouré d'une mince couche de cellules péri-ovocytaires disposées en couronne (« Corona Radiata ») et les cellules de la granulosa sont regroupées en amas.

La stimulation des follicules par les gonadotrophines LH et FSH va permettre la synthèse des stéroïdes ovariens. Les cellules de la granulosa répondent principalement à la FSH mais également à la LH en fin de phase folliculaire et les cellules de la thèque interne répondent aux stimuli de la LH.



Ainsi le cycle menstruel va résulter de la coordination entre l'activité sécrétoire ovarienne rythmée par l'horloge hypothalamo-hypophysaire et le développement endométrial.

### II.1.3. Déroulement du cycle menstruel

La première partie du cycle menstruel correspond à la phase folliculaire. Sa durée est variable. Elle débute le premier jour des règles et s'achève au moment de l'ovulation. L'initiation de la folliculogenèse est indépendante des gonadotrophines : c'est le recrutement initial où un petit nombre de follicules primordiaux va débuter sa maturation pour devenir des follicules pré-antraux. Cette maturation dure environ 120 jours. S'en suit le recrutement cyclique qui permettra à certains follicules pré-antraux de passer au stade antral. L'un d'eux sera ensuite sélectionné pour devenir un follicule dominant. Ce recrutement cyclique est lui, sous la dépendance des gonadotrophines. A noter qu'au cours de ces deux phases, de nombreux follicules primordiaux et secondaires qui débutent leur recrutement n'aboutiront pas, entreront en atresie et ainsi involueront.

La **phase folliculaire précoce** (J1 à J7) débute avec la lyse du corps jaune formé au cycle ovarien précédent (ovocyte non fécondé). La chute des taux d'estradiol et d'inhibine A (sécrétés par le corps jaune) va entraîner une levée du rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire permettant une stimulation de la sécrétion de FSH : on parle de l'« ouverture de la fenêtre FSH ». Cette sécrétion va provoquer le recrutement cyclique et donc permettre la formation des follicules antraux (formation d'une dizaine de follicules antraux chaque mois). Par ailleurs, la chute de la progestéronémie va être à l'origine de la desquamation endométriale.

Le taux de FSH continue d'augmenter progressivement et va stimuler la croissance et la maturation des follicules sélectionnés. Cette stimulation se fait de manière asynchrone, chaque follicule ayant une sensibilité propre à la FSH. Ainsi, ce sera le follicule le plus sensible qui continuera sa croissance et sa différenciation pour atteindre le stade de follicule pré-ovulatoire de De-Graaf. Le follicule parvenu à maturité atteint un diamètre supérieur à 16 mm.

La **phase folliculaire tardive** débute au 8<sup>ème</sup> jour du cycle : la fenêtre FSH se ferme par rétro-contrôle négatif de l'estradiol et de l'inhibine B synthétisés par les cellules de la granulosa des follicules recrutés.



Seul le follicule dominant persiste et finit sa maturation sous l'action de la FSH et de la LH. A noter que la phase folliculaire n'est pas uniquement régulée de manière endocrine, de nombreux facteurs locaux intra-ovariens semblent également impliqués.

Au niveau endométrial, la phase folliculaire est une phase de croissance. L'estradiol sécrété par les follicules en développement favorise la prolifération de la muqueuse.

Classiquement, il est décrit que l'**ovulation** a lieu vers le 14<sup>ème</sup> jour du cycle. La synthèse d'estradiol au sein du follicule dominant augmente, la sécrétion pulsatile de GnRH s'accélère, la sensibilité des cellules antéhypophysaires à la GnRH augmente, provoquant in fine un pic hormonal de LH et un pic moins marqué de FSH. L'ovulation a lieu en deux temps : la reprise de la méiose ovocytaire pour obtenir un ovocyte prêt à être fécondé puis la rupture de la paroi folliculaire avec libération de l'ovocyte dans les trompes utérines où il survivra 24 à 48 heures maximum. Les cellules de la granulosa se lutéinisent pour former le corps jaune.

La **phase lutéale** débute une fois l'ovulation terminée. La sécrétion de GnRH ralentit, le corps jaune se forme sous l'action de la LH. Il va produire de la progestérone qui augmente la température corporelle et freine la prolifération endométriale induite par l'estradiol. Les glandes endométriales vont subir des modifications structurelles afin de rendre la muqueuse propre à la nidation : on parle de « fenêtre d'implantation ». C'est la durée pendant laquelle l'endomètre est capable de recevoir l'œuf. Elle débute 6 jours après le pic de LH et durerait 4 jours. Le corps jaune produit également de l'estradiol, des androgènes et de l'inhibine A. Si l'ovocyte n'est pas fécondé, au bout de 14 jours le corps jaune dégénère, le taux de progestérone baisse induisant la desquamation endométriale et donc les menstruations. La baisse des taux d'estradiol et d'inhibine A va induire l'ouverture de la fenêtre FSH du cycle suivant.

En cas de grossesse, le trophoblaste produit une grande quantité d'hormone human chorionic gonadotropin (hCG) empêchant la lyse du corps jaune qui persistera tout le premier trimestre de grossesse assurant la sécrétion des stéroïdes sexuels avant le relai du placenta.

La phase lutéale est constante, elle dure 14 jours. En revanche la durée de la phase folliculaire varie selon les individus et les cycles.

#### **II.1.4. Notion de période de fertilité**

La fécondation correspond à la rencontre entre l'ovocyte expulsé du follicule dominant et un spermatozoïde. La survenue d'une grossesse va dépendre de la date du rapport sexuel par rapport à celle de l'ovulation. Il a ainsi été défini une « fenêtre de fertilité » qui correspondrait à une période de six jours consécutifs se terminant par le jour de l'ovulation[16]. La probabilité de fécondation diminue dès le premier jour après l'ovulation ce qui suggère que la durée de vie de l'ovocyte expulsé est très brève ou que rapidement, les barrières physiques se mettent en place pour empêcher la progression des spermatozoïdes (notamment via l'épaississement de la glaire cervicale).

Or, le jour de l'ovulation est difficilement prévisible, il varie d'une femme à l'autre, notamment selon la régularité des cycles et chez une même femme selon les cycles [16]. La survenue de cette période fertile dans le cycle menstruel est donc aussi imprévisible que la survenue de l'ovulation. Ainsi, dans une cohorte prospective menée chez 221 patientes aux Etats Unis, il y avait moins de 30% des femmes dont la période fertile était comprise entre le 10<sup>ème</sup> et le 17<sup>ème</sup> jour de leur cycle menstruel [17].

Par ailleurs, la probabilité d'avoir un rapport sexuel en fonction du moment du cycle semble évoluer de la même façon que la période de fertilité.

Il est admis que le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé existe pendant tout le cycle menstruel et ne serait négligeable que dans les trois premiers jours [18].

On comprend ainsi qu'en cas de rapport sexuel non protégé, une contraception d'urgence doit être proposée quelque soit la période du rapport durant le cycle et que la méthode doit être efficace pendant 6 jours après son administration.

#### **II.2. Modalités d'action des contraceptions d'urgence actuelles**

De nos jours en France, il existe deux catégories de contraception d'urgence :

- hormonale, la pilule contraceptive d'urgence (PCU) avec deux molécules utilisées : le lévonorgestrel (LNG) et l'ulipristal acétate (UPA) ;
- mécanique : le dispositif intra utérin au cuivre (DIU Cu).

## **II.2.1. La pilule contraceptive d'urgence (PCU)**

### **II.2.1.1 Le lévonorgestrel (LNG)**

Le lévonorgestrel est un progestatif de la classe de la 19-nortestostérone. En France, il est commercialisé depuis 1999 (Norlevo® et ses génériques). Le traitement nécessite la prise d'un comprimé de 1,5 mg dans les 72 heures après le rapport potentiellement fécondant. Plus le comprimé est pris tôt après le rapport, plus il est efficace [19]. Les études ont rapidement montré une meilleure efficacité par rapport à la méthode combinée (Yuzpe) et surtout un meilleur profil de tolérance [20] [21] [22].

#### **II.2.1.1.1. Mode d'action**

L'exposition au lévonorgestrel pendant la phase folliculaire permettrait soit de retarder soit de stopper le développement folliculaire selon le moment d'administration. Il inhiberait l'ovulation pendant les 5 à 7 jours suivants, temps nécessaire pour que les spermatozoïdes perdent leur pouvoir fécondant [23]. Pour être efficace, le traitement doit être pris avant le début du pic de LH soit au moins 24 heures avant l'ovulation, tant que le diamètre du follicule dominant reste strictement inférieur à 15 mm. Il a été démontré que ce traitement n'a aucun effet sur : les fonctions spermatiques, la réceptivité endométriale, l'implantation embryonnaire, le fonctionnement du corps jaune [24] [25].

#### **II.2.1.1.2. Efficacité**

Il est difficile d'établir un chiffre précis sur l'efficacité des PCU. L'efficacité a initialement été montrée sur des études observationnelles et la comparaison contre placebo par la suite n'aurait pas été éthique. Les seules études contre placebo évaluent les effets sur l'ovulation dans des conditions de rapports protégés. Par ailleurs, l'estimation du risque de fécondation après un rapport potentiellement fécondant est basée sur des calculs statistiques mais n'a rien d'exacte. Enfin, l'efficacité dépend du moment auquel le traitement est pris : période du cycle et délai par rapport au rapport sexuel non protégé. L'efficacité estimée du LNG varie selon les études entre 50 et 100 % [26]. Dans un essai randomisé contrôlé visant à comparer l'efficacité du LNG et de la méthode Yuzpe mené en 1998 chez près de 2000 patientes, la proportion de grossesses évitées avec le LNG était de 85 % (contre 57 % dans le groupe Yuzpe) [20].

De même, la revue systématique Cochrane incluant une méta analyse retrouve une efficacité du LNG environ deux fois supérieure à celle de la méthode Yuzpe (RR de grossesse = 0,54 ; IC 95 % 0,36-0,80).

Lorsque l'on étudie l'efficacité en fonction du délai de prise après le rapport sexuel non protégé, elle est significativement plus faible si le traitement est pris après 72 heures par rapport à un traitement pris avant 72 heures (RR 0,52 ; IC 95 % 0,31 – 0,84) [21].

### **II.2.1.2 L'ulipristal acétate (UPA)**

Le LNG a donc supplanté la méthode combinée en se montrant plus efficace et mieux toléré. Si son efficacité est satisfaisante lorsque le traitement est pris dans les 72 heures après le rapport potentiellement fécondant, elle diminue considérablement si ce délai augmente [21].

Le développement récent de l'UPA permettrait de conserver cette efficacité pour un délai de 120 heures. L'UPA est un modulateur des récepteurs à la progestérone de 2<sup>ème</sup> génération. Il a été accepté dans cette indication par l'Agence Européenne des Médicaments en 2009 et par la Food and Drugs Administration en 2010. Commercialisé sous le nom d'EllaOne® en Europe (Ella® aux Etats Unis), le traitement consiste en la prise d'un comprimé de 30 mg dans les 120 heures après un rapport sexuel non ou mal protégé.

#### **II.2.1.2.1. Mode d'action**

Les modalités d'action exactes ne sont pas totalement élucidées mais il semblerait que l'UPA va également retarder la rupture du follicule dominant en inhibant ou repoussant l'élévation du taux de LH (et donc le pic de LH) ou en agissant directement au niveau du follicule ovarien.

Une étude publiée en 2000 a montré les répercussions sur le cycle ovarien et la croissance endométriale, de la prise en milieu de phase folliculaire de cette nouvelle génération d'anti-progestérone (étude du CDB 2914). Une dose de 10 mg, 50 mg ou 100 mg versus placebo était administrée au moment du cycle où le follicule dominant mesurait 14 à 16 mm de diamètre. Dans ce cadre, le traitement a stoppé la croissance folliculaire en retardant la folliculogenèse et en inhibant la synthèse d'œstrogène et le pic de LH de façon dose-dépendante [27].

Plus récemment en 2006, une étude portant sur le rôle des récepteurs à la progestérone dans la rupture du follicule dominant chez les souris suggérait une action directe de la molécule au niveau folliculaire [28].

Par la suite, les études de pharmacodynamie se sont intéressées à l'action en phase folliculaire tardive, lorsque le follicule dominant atteint un diamètre supérieur ou égal à 18 mm, phase considérée comme la plus à risque de grossesse en cas de rapport et pendant laquelle la prise de LNG n'est pas efficace :

- en 2010, un essai randomisé contre placebo en cross over mené chez 34 patientes montrait qu'une dose de 30 mg d'UPA administrée en phase pré-ovulatoire immédiate (diamètre folliculaire de 18 mm) permettait de retarder l'ovulation de 5 jours dans 59 % des cas (IC 95 % 40,7 – 75,4 %) soit 20 / 34 cycles dans le groupe UPA et dans 0 / 34 cycle dans le groupe placebo [29]. Par ailleurs, les analyses en sous groupes montraient que le traitement permettait une inhibition de la rupture folliculaire pendant au moins 5 jours dans :
  - 100 % des cas lorsqu'il était administré avant le début d'augmentation du taux de LH,
  - 78,6 % des cas lorsqu'il était administré après le début de l'augmentation mais avant le pic,
  - 8,3 % des cas lorsqu'il était administré après le pic.
- Une autre publication a rapporté une comparaison de données de trois études pharmacodynamiques sur les effets sur l'ovulation de l'UPA 30 mg, du LNG 1,5 mg, du LNG 1,5 mg associé au meloxicam 15 mg (inhibiteur de prostaglandine-endoperoxydase ou COX 2 inhibiteur qui potentialiserait l'action du lévonorgestrel en bloquant l'effet du pic LH sur les prostaglandines folliculaires) et d'un placebo. Les traitements étaient délivrés en phase folliculaire tardive (diamètre folliculaire  $\geq$  18 mm) [30]. La rupture folliculaire a été retardée pendant au moins 5 jours dans :
  - 58,8 % des cas (20 / 34) dans le groupe UPA,
  - 38,7 % des cas (12 / 31) dans le groupe LNG + meloxicam,
  - 14,6 % des cas (7/48) dans le groupe LNG seul,

- 4 % des cas (2/50) dans le groupe placebo.

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes LNG et placebo. En revanche, le pourcentage d'inhibition de rupture à 5 jours dans le groupe UPA était supérieur au groupe LNG ( $p = 0,001$ ).

Le délai moyen de rupture folliculaire après prise du traitement était de 6 jours dans le groupe UPA contre 2 jours dans le groupe LNG ( $p = 0,0015$ ). En revanche, aucun traitement n'était efficace après le pic ovulatoire.

Cette étude renforce donc le fait que le LNG ne serait pas efficace en phase folliculaire tardive, contrairement à l'UPA. L'hypothèse des auteurs pour expliquer cette différence serait l'existence d'une sorte de «signal progestatif tardif» dans le processus de rupture folliculaire. Le LNG contrairement à l'UPA ne pourrait bloquer ce dernier message progestatif une fois l'amorçage par élévation de l'estradiol débuté.

#### II.2.1.2.2. Efficacité

Une étude menée aux Etats Unis auprès de 1241 patientes de 18 à 36 ans n'utilisant aucun moyen de contraception au long cours, évaluait l'efficacité de l'UPA pris entre 48 et 120 heures après un rapport non protégé [31]. Le taux de grossesse était de 2,1 % (IC 95 % 1,4 - 3,1) [32]. Ce taux était stable quelque soit le délai de traitement après le rapport :

- 2,3 % (IC 95 % 1,4 - 3,8 %) pour un traitement pris entre 48 et 72 heures,
- 2,1 % (IC 95 % 1,0 - 4,1 %) entre 72 et 96 heures,
- 1,3 % (IC 95 % 0,1 - 4,8 %) pour traitement pris entre 96 et 120 heures.

Dans une méta-analyse publiée dans le Lancet en 2010 [33], le regroupement des données de deux études comparant le LNG et l'UPA en terme de contraception d'urgence, suggère une meilleure efficacité de l'UPA versus le LNG dans la diminution du risque de grossesse et ce, quelque soit le délai de prise après le rapport à risque (de 0 à 120 heures):

- OR 0,55 (IC 95 % 0,32 - 0,93) si prise de 0 à 120 heures,
- OR = 0,58 (IC 95 % 0,33 - 0,99) si prise dans les 72 heures,
- OR = 0,35 (IC 95 % 0,11 - 0,95) si prise dans les 24 heures.

Enfin, un point important soulevé par une autre analyse d'étude de phase III concernant l'efficacité de l'UPA en terme de contraception d'urgence est que l'efficacité diminuerait en particulier dans deux sous groupes : les femmes ayant eu d'autres rapports sexuels à risque après le traitement avec un OR = 4,3 (IC 95 % 1,9 - 9,5 ; p = 0,001) et les femmes obèses (indice de masse corporel  $\geq 30$ ) avec un OR = 2,1 (IC 95 % 1,0 - 4,3 ; p = 0,04) [34].

### II.2.1.3 Lévonorgestrel versus ulipristal acétate comme CU

Au total, si la différence d'efficacité entre le LNG et l'UPA en phase folliculaire précoce et lorsque le traitement est pris précocement après le rapport sexuel non protégé n'est pas formellement démontrée, l'absence d'efficacité du LNG en phase folliculaire tardive suggère une supériorité du traitement par l'UPA.

C. Jamin explique cette différence d'efficacité grâce au schéma suivant (figure 7) [35].

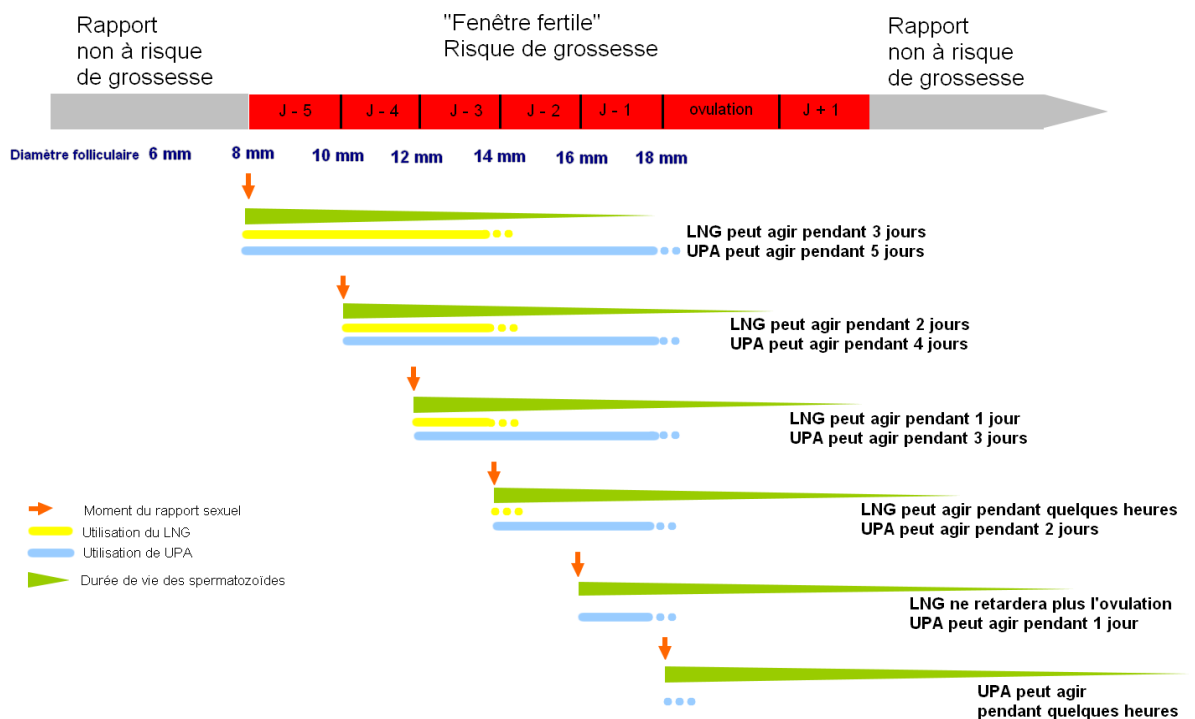


Figure 7 - Délai d'utilisation possible des pilules contraceptives d'urgence selon le diamètre folliculaire au moment du rapport sexuel - selon C. Jamin

On considère ici la période du cycle ovarien la plus à risque de grossesse avec la « fenêtre de fertilité » : 5 jours avant et 1 jour après l'ovulation.

La survenue de l'ovulation est imprévisible dans le cycle. La croissance folliculaire est représentée en bleu : en moyenne 2 mm par jour.

Le LNG est capable de retarder l'ovulation tant que le diamètre folliculaire est inférieur ou égal à 14 mm : sa possibilité d'action est représentée en jaune.

L'UPA lui, peut agir jusqu'à un diamètre folliculaire de 18 mm : sa fenêtre d'action est représentée en bleu.

Enfin, la barre verte représente la durée de vie des spermatozoïdes dans le tractus génital féminin : 5 jours.

Au-delà de 5 jours avant l'ovulation, le rapport est considéré comme « non à risque de grossesse » car lorsque l'ovulation aura lieu, aucun spermatozoïde n'aura survécu. L'inconvénient reste toujours cette notion d'imprévisibilité de la date d'ovulation nous obligeant à considérer toute période du cycle comme à risque.

Si le rapport a lieu 5 jours avant l'ovulation (cas n°1), le diamètre folliculaire est d'environ 8 mm : on aura donc 72 heures pour prendre le LNG (jusqu'à ce que le diamètre folliculaire dépasse les 14 mm) et 120 heures pour prendre l'UPA (jusqu'à ce que le diamètre folliculaire dépasse 18 mm).

En revanche, si le rapport a lieu 24 heures avant l'ovulation (cas n°5), lorsque le diamètre folliculaire est de 16 mm : le LNG même pris précocement ne sera pas efficace et l'UPA devra être pris dans les 24 heures pour être efficace.

#### **On comprend ainsi :**

- **que tout rapport est à risque quelque soit le moment du cycle,**
- **que la PCU doit être prise le plus précocement possible après le rapport à risque,**
- **qu'en prenant l'UPA, on a plus de chance de retarder l'ovulation dans le cas où le diamètre folliculaire aurait dépassé 14 mm,**
- **qu'aucune des 2 PCU ne peut avoir une efficacité de 100%.**



## II.2.1.4 Précautions d'utilisation de ces deux molécules [36]

Tableau 1 - Précautions d'utilisation du lévonorgestrel et de l'ulipristal acétate

	<b>Lévonorgestrel</b>	<b>Ulipristal Acétate</b>
<b>Contre – indications</b>	- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, - grossesse en cours : en raison de son inefficacité et non du risque fœtal.	- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, - grossesse en cours : en raison de son inefficacité et non du risque fœtal.
<b>Précautions d'emploi</b>	- Ne pas allaiter pendant 8 heures après la prise, - inducteurs enzymatiques : diminution d'efficacité du LNG - ne pas associer avec l'UPA dans le cadre de la CU.	- Ne pas allaiter pendant 7 jours après la prise, - inducteurs enzymatiques : diminution d'efficacité de l'UPA, - ne pas associer avec le LNG dans le cadre de la CU, - association avec les contraceptions hormonales (cf ci-dessous).
<b>Effets indésirables</b>	- Nausées, douleurs abdominales, plus rarement diarrhées / vomissements, - douleurs pelviennes, tensions mammaires, - retard ou avance de règles, métrorragies, règles abondantes, - asthénie, vertiges, céphalées.	- Nausées, douleurs abdominales ; plus rarement diarrhées / vomissements, - douleurs pelviennes, tensions mammaires, - retard ou avance de règles, métrorragies, règles abondantes, - asthénie, vertiges, céphalées, - troubles de l'humeur, anxiété, hyperactivité, modification de la libido - myalgies, douleurs dorsales.

Association les contraceptions œstro-progestatives et progestatives [25] :

- LNG : reprise de la contraception immédiatement après la prise de LNG avec protection mécanique pendant 7 jours, le temps que la contraception hormonale soit efficace (méthode du « quick start »).
- UPA : les interactions sont mal documentées mais il semble falloir arrêter la contraception hormonale pendant 7 jours après la prise de l'UPA car l'association diminuerait l'efficacité de l'UPA [37]. Cela implique donc l'utilisation d'une protection mécanique pendant 15 jours : 7 jours d'arrêt contraceptif puis 7 jours de « quick start » après la reprise.

## **II.2.2. Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU Cu)**

L'efficacité du DIU Cu comme contraceptif d'urgence est connue depuis de nombreuses années. Il doit être posé dans les 120 heures après le rapport sexuel non protégé.

### **II.2.2.1 Mode d'action**

Le DIU Cu est efficace immédiatement après la pose. Il semblerait que sa grande efficacité soit liée à son double effet, pré et post fertilisation [38] [39] :

- pré-fertilisation par cytotoxicité directe sur les spermatozoïdes, diminution de leur mobilité, altération de la migration de l'ovocyte dans la trompe, toxicité directe sur l'ovocyte ;
- post-fertilisation par altération du transport de l'œuf au sein de la trompe, cytotoxicité directe sur l'œuf, modifications des glandes endométriales (augmentation du nombre de leucocytes), altération du métabolisme des cellules endométriales, interactions avec certaines molécules (notamment cytokines et intégrines) intervenant dans l'implantation de l'œuf.

Il s'agit donc d'un effet contraceptif mais aussi contragestif c'est-à-dire qu'il agit après la formation de l'œuf mais avant son implantation (à la différence d'un traitement abortif qui agit après implantation de l'œuf) [25].

Le délai moyen entre l'ovulation et l'implantation étant de 9 jours (entre 6 et 18 jours) [40], l'implantation d'un DIU Cu dans les 5 jours permettrait quasi systématiquement d'empêcher la grossesse.

### **II.2.2.2 Efficacité**

Il semblerait que ce soit la contraception d'urgence la plus efficace avec un taux d'échec globalement inférieur à 1 %, d'autant plus qu'il constitue également une méthode contraceptive de long cours très efficace pour 5 à 10 ans selon les modèles. Une revue de 42 études concernant l'utilisation du DIU Cu comme contraceptif d'urgence a été publiée en 2012 dans Human Reproduction. La plupart des études respectaient le délai d'utilisation de 5 jours après le rapport à risque (3 études dans les 7 jours, une étude dans les 10 jours et une dans les 10 jours et plus). Parmi les 7034 cas étudiés, il y a eu 10 grossesses soit un taux de 0,14 % (IC 95 % 0,08 - 0,25) [41].

### **II.2.2.3 Contre-indications**

- Malformation utérine ;
- infection génitale en cours ;
- hémorragie génitale inexplicquée.

### **II.2.2.4 Effets indésirables**

- Expulsion et perforation liées à la pose : exceptionnelles (taux de perforation estimé à 1 pour 1000) ;
- risque infectieux (1 à 2 pour 100 femmes) [42], dysménorrhée et hyperménorrhée secondaires.

### **III. Utilisation de la contraception d'urgence en France**

---

#### **III.1. Modalités d'accès à la contraception d'urgence [36]**

##### **III.1.1. Accessibilité à la pilule contraceptive d'urgence (PCU) en France**

Les conditions d'accès et de délivrance sont les mêmes pour le LNG et l'UPA :

- Pharmacie : prescription médicale non obligatoire, accès gratuit et anonyme pour les mineures de plus de 15 ans, remboursement à 65 % par la Sécurité sociale sur ordonnance. La délivrance aux mineures doit être précédée d'un entretien par le pharmacien, s'assurant des bonnes conditions d'utilisation et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles (avec documentation et orientation vers les centres de planification les plus proches). Une simple déclaration orale suffit pour établir la minorité de la patiente.
- Centre de planification et d'éducation familiale : délivrance anonyme et gratuite pour les mineures et pour les majeures n'ayant pas de couverture sociale.
- Infirmeries scolaires des collèges et lycées : délivrance anonyme et gratuite aux élèves qu'elles soient mineures ou majeures.
- Services de médecine préventive universitaires et interuniversitaires : délivrance anonyme et gratuite aux étudiantes.

##### **III.1.2. Accessibilité en France du dispositif intra-utérin au cuivre**

Le DIU Cu est soumis à une prescription médicale. Il est remboursé à 60 % par la Sécurité Sociale sur ordonnance. L'accès est gratuit pour les mineures de plus de 15 ans.

L'accessibilité du DIU Cu est plus compliquée que celle des PCU : en dehors d'un centre de planification ou d'un centre hospitalier, elle nécessite une prescription, une délivrance en pharmacie et l'accès à un praticien formé dans cette situation « urgente ». De plus, se pose la question de la contraception future : en théorie, le DIU peut être retiré rapidement après la pose mais en pratique, une femme optant pour cette option va l'envisager au long cours.

## III.2. Données sur le recours à la contraception d'urgence en France

### III.2.1. Etat des lieux de la couverture contraceptive en France

La France jouit actuellement d'une très bonne couverture contraceptive. En 2013, selon l'enquête FECOND seules 3 % des femmes de 20 à 44 ans (ni enceintes ni stériles ayant des rapports hétéro-sexuels et ne souhaitant pas d'enfant) n'utilisaient pas de moyen de contraception [43]. Les pratiques contraceptives ont évolué depuis les années 1980 avec une diminution de l'utilisation des méthodes barrières locales et des méthodes naturelles au profit de la pilule et de nouvelles méthodes dites de « longue durée d'action » (implant, patch et anneau vaginal) [44].

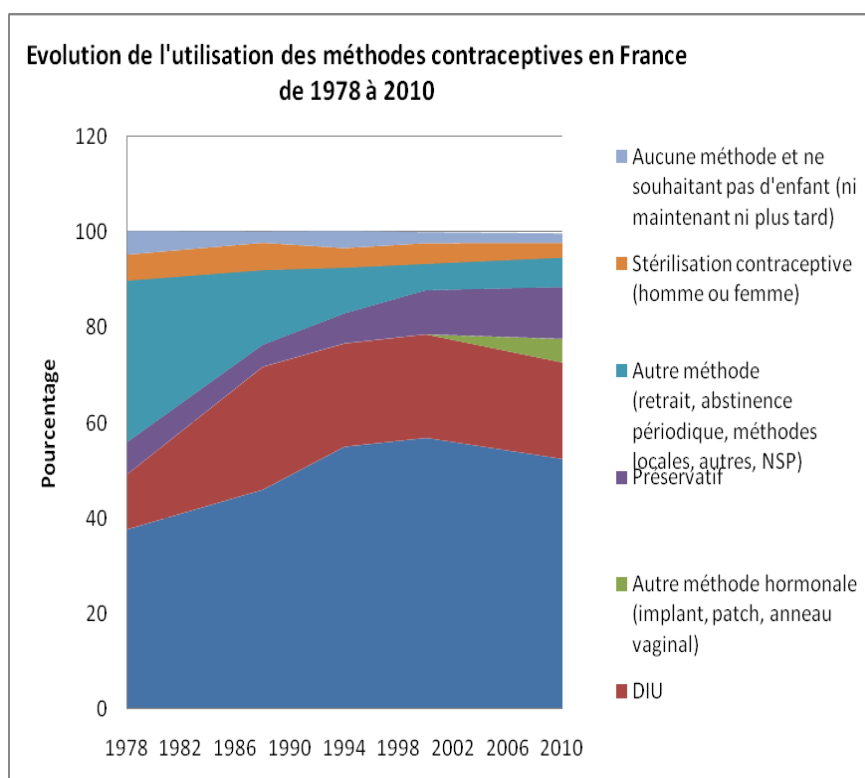


Figure 8 - Evolution de l'utilisation des méthodes contraceptives en France de 1978 à 2010 chez les femmes de 20 à 44 ans (ni stériles ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant)

Sources : enquête Mondiale de Fécondité-1978, Enquête Régulation des naissances -1988, enquête Situation Familiale et Emploi-1994, Enquête CoCon-2000, Enquête Fecond 2010.

Cependant, le modèle contraceptif français reste stable avec une certaine standardisation des prescriptions : la pilule comme premier moyen contraceptif puis un recours plus large aux méthodes de longue durée d'action après la survenue d'une maternité.

La pilule et le préservatif restent les moyens de l'entrée dans la sexualité. La pilule est par ailleurs le moyen de contraception le plus utilisé : 78,6 % en 2010. L'utilisation du dispositif intra-utérin croît avec l'âge : 0 % chez les 15 – 19 ans, 3,7 % chez les 20 - 24 ans et 10,9 % chez les 25 - 29 ans ; à l'inverse de celle du préservatif : 18,2 % des 15 - 19 ans, 7,2 % des 20 - 24 ans et 6,7 % des 25 - 29 ans [45].

Ce paysage contraceptif est assez spécifique de la France et de certains pays européens (Allemagne), mais n'est pas univoque dans le Monde (figure 9).

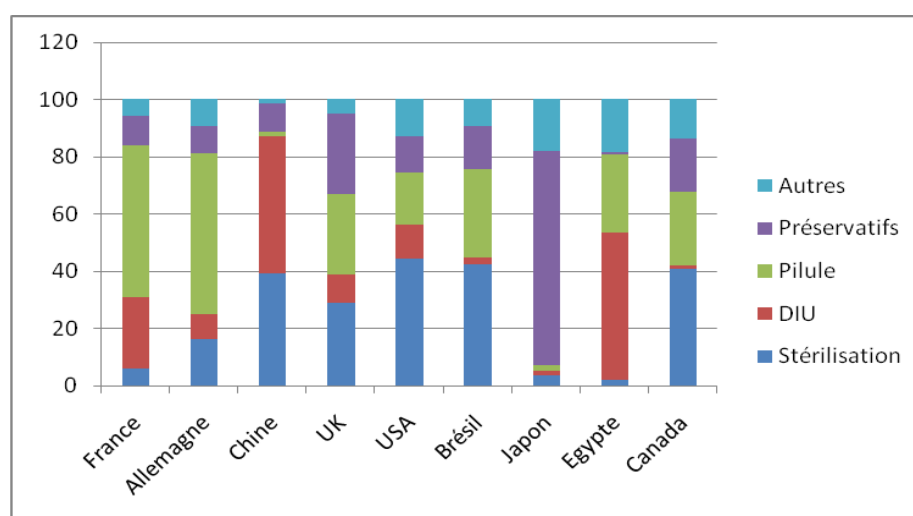


Figure 9 - Méthodes de contraception les plus utilisées en fonction des pays

Source : World contraceptive patterns 2013 – Nations Unies

### III.2.2. Echec contraceptif et taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Malgré une bonne prévalence contraceptive, il subsiste un nombre élevé d'échecs. En 2005, dans l'enquête observationnelle COCON, 33 % des grossesses n'étaient pas prévues et 60 % d'entre elles ont abouti à une IVG. Un tiers de ces grossesses non prévues étaient survenues chez des femmes qui utilisaient un moyen de contraception au long cours [46]. Selon les données du baromètre santé 2010 de l'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé), parmi les femmes de 15 - 29 ans interrogées : 12,2 % déclaraient avoir vécu une grossesse non prévue dans les cinq dernières années.

Les principales raisons évoquées étaient l'absence de moyen contraceptif (46 %), l'oubli de pilule (44 %) et la non-perception du risque de grossesse (23 %) [47].

Ainsi, le taux d'IVG est globalement stable depuis une dizaine d'années, aux alentours de 220 000 par an [48]. Il faut tout de même souligner que derrière cette stabilité, se cache une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue et une diminution du nombre de grossesses imprévues.

Par ailleurs, en 2007, selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2 femmes sur 3 ayant eu une IVG utilisaient une méthode de contraception qui n'avait pas fonctionné (oubli de pilule et rupture de préservatif). De même, la moitié des femmes ayant recours à une IVG avait changé de contraception dans les 6 mois précédents cet acte [48].

Ces échecs illustrent la différence qu'il peut y avoir entre efficacité théorique et pratique d'une contraception. Si les implants ou les DIU ont une performance semblable en théorie et en pratique courante, ce n'est pas le cas des contraceptions orales ou des préservatifs dont l'efficacité dépend de la rigueur d'utilisation (tableau 2).

Tableau 2 - Différence d'efficacité théorique et pratique des contraceptions (Source : données de l'organisation mondiale de la santé)

Type de contraception	% de grossesses en pratique courante sur douze mois	% de grossesse en utilisation optimale sur douze mois
<b>Implant</b>	0,1	0,1
<b>DIU</b>	0,8	0,6
<b>Pilule</b>	6 à 8	0,1
<b>Préservatif masculin</b>	14	3

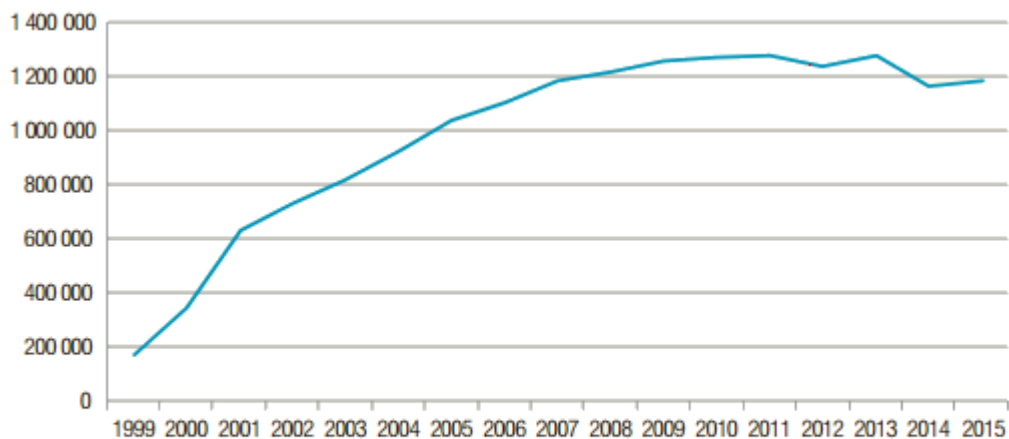
Ainsi, les deux contraceptions les plus utilisées en France sont également les plus soumises à des variabilités d'action en fonction de leur utilisation. Une fois ce constat réalisé, on peut se poser la question de l'adhésion des patientes à leur méthode contraceptive. La standardisation du recours à la contraception en France cache probablement un manque d'individualisation des prescriptions à l'origine des problèmes d'observance.

### III.2.3. Utilisation de la contraception d'urgence (CU) en France

Dans le paysage contraceptif, la contraception d'urgence apparait comme un moyen de prévention secondaire. Là où la prévention primaire échoue, il s'agit du dernier rempart de « rattrapage » avant la méthode curative invasive que représente l'IVG. Si l'efficacité des méthodes contraceptives régulières peut être améliorée par une individualisation des prescriptions, elle ne sera jamais totale. Le développement d'un moyen de prévention secondaire est donc primordial, justifiant de reconsidérer l'éducation des patientes pour la CU.

L'utilisation de la CU a connu un véritable essor en France depuis 1999 (figure10). En revanche, l'arrivée d'EllaOne® sur le marché en 2009 ne semble pas avoir eu de répercussion sur le nombre de boîtes vendues alors qu'elle paraît être plus performante. Ainsi, en 2010, on retrouvait parmi les ventes de PCU : 59 % de Norlevo®, 40 % de Lévonorgestrel Biogaran® et 1 % d'EllaOne®.

On observe au contraire une stagnation du nombre de ventes depuis 2010 avec même une diminution à partir 2013 (figure 10). On peut se poser la question de l'impact de la polémique sur les pilules contraceptives de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération (décembre 2012) sur les ventes de PCU. Par ailleurs, nous ne disposons pas de données sur l'évolution depuis avril 2015, date de l'autorisation de délivrance sans ordonnance de l'ulipristal acétate.



**Champ :** France métropolitaine.

**Sources :** Groupement pour l'élaboration et la réalisation des statistiques (GERS), nombre de boîtes de Norlevo, Lévonorgestrel et Ellaone vendues.

Figure 10 - Evolution des ventes de contraception d'urgence de 1999 à 2015

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>



En 2009, seules 28 % des boîtes vendues ont fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dont 88,1 % d'une prise en charge à 100 % (1 259 472 boîtes vendues contre 346 960 remboursements) [36]. Ces données suggèrent que la plus grande partie des recours se fait en accès libre sans ordonnance, ce qui peut correspondre à un choix délibéré des patientes (minimisation du nombre d'interlocuteurs) ou à un accès plus rapide, plus direct.

Dans l'enquête du baromètre santé de 2010, 11 % des femmes interrogées déclaraient avoir eu recours à une CU dans les 12 mois précédents : 20,5 % des 15 - 19 ans, 11,1 % des 20 - 24 ans, 6,7 % des 25 - 29 ans et 2,0 % des 30 - 49 ans. Ce recours thérapeutique est en légère hausse par rapport à 2005 : 11 % versus 9,0 % en 2010 ( $p < 0,05$ ) avec une augmentation des utilisations répétées (1,7 % versus 3,4 % ;  $p < 0,01$ ). Les facteurs associés positivement à ce recours (après ajustement sur l'âge) étaient : l'âge tardif du premier rapport sexuel, la situation financière perçue comme difficile, le niveau d'étude élevé et le fait d'habiter en région parisienne [45].

En 2005, les circonstances d'utilisation étaient l'échec d'une contraception habituelle (30 % oubli de pilule et 31 % rupture de préservatif) avant l'absence de contraception (17 %) [46].

Cette utilisation reste encore insuffisante. Selon l'enquête FECOND de 2010, seul ¼ des femmes ayant eu un problème de préservatif dans le dernier mois a eu recours à une CU [44].

Il semble que l'existence de cette méthode de rattrapage soit connue des françaises mais en revanche très peu savent réellement l'utiliser et de nombreuses fausses croyances persistent. Dans une enquête de l'INPES sur la connaissance des français en matière de contraception en 2007, 35 % des personnes qui déclaraient connaître la CU pensaient qu'elle ne concernait que les femmes de moins de 25 ans et 5 % connaissaient le délai d'utilisation [47].

Il apparaît primordial que la population soit mieux informée et mieux impliquée dans les choix contraceptifs. Les campagnes d'information grand public ont œuvré en ce sens : en 2007 « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » ; en 2010, « Contraception : filles et garçons, tous concernés » ainsi que la création du site [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) ; en 2012, une campagne consacrée à la contraception d'urgence avec plusieurs spots de prévention diffusés sur les radios françaises.

L'Assurance Maladie et le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) ont élaboré en 2015, un dépliant et une carte d'information sur la CU à destinée patientes (figure 11).

**Tout rapport sexuel sans contraception efficace comporte un risque de grossesse.**

**La contraception d'urgence**

- réduit le risque de grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé (absence de contraception, oubli de pilule, rupture de préservatif...).
- doit être prise le plus tôt possible après un rapport non protégé.

**Attention :**

- l'utilisation de la contraception d'urgence doit rester occasionnelle. Consultez un médecin, une sage-femme ou un centre de planification pour choisir une contraception régulière adaptée (gratuite et protégée par le secret pour les mineures d'au moins 15 ans) ;
- seul le préservatif vous apporte une protection contre les infections sexuellement transmissibles comme le SIDA.

**Où et comment l'obtenir ?**

➔ **En pharmacie :**

- ➔ pour les mineures : de façon anonyme et gratuite, sans ordonnance ;
- ➔ pour toutes : sans ordonnance (remboursée sur ordonnance).

➔ **Dans les infirmeries scolaires et universitaires, dans les Centres de Planification.**

**Il existe deux médicaments de contraception d'urgence qui doivent être pris :**

- ➔ soit dans les 3 jours après le rapport non protégé ;
- ➔ soit dans les 5 jours après le rapport non protégé.

Figure 11 - Carte d'information des patientes sur la contraception d'urgence

Par ailleurs, le programme pour la santé des élèves de l'Education Nationale comprend un axe centré sur l'éducation à la sexualité, l'accès à la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Le code de l'Education prévoit trois séances annuelles consacrées à l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées.

Mais là où le rôle de ces institutions s'arrête, le corps médical doit prendre le relais. « Pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle » [49].

L'information sur les modalités de recours face au risque de grossesse imprévue doit faire partie de toute consultation d'initiation ou de réévaluation d'une contraception mais également être délivrée à l'ensemble de nos patientes et patients pouvant être confrontés à ce risque.

*Mais qu'en est-il en réalité? Une amélioration de l'utilisation des CU pourrait-elle faire diminuer le recours à l'IVG ? Par quels moyens pourrait-on l'optimiser? Par l'enquête suivante, nous allons essayer de caractériser le recours et l'échec de la CU auprès des patientes en demande d'IVG en Limousin.*

## **DEUXIEME PARTIE**

# **Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse en Limousin**

## **IV. Matériel et méthode**

---

### **IV.1. Objectifs et type d'étude**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le recours et l'échec de la contraception d'urgence (CU) chez les patientes consultant pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) en Limousin. Les objectifs secondaires sont d'apprécier les connaissances des patientes sur les dispositifs de contraception d'urgence et de caractériser l'information qu'elles ont reçue dans ce domaine.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique réalisée entre septembre 2016 et janvier 2017 au sein des services d'IVG des centres hospitaliers de Brive, Guéret et Limoges.

Le déroulement des consultations diffère d'un centre à l'autre mais globalement, les consultations pré - IVG comportent au moins deux temps : un temps d'accueil où la patiente formule sa demande et où l'on recueille une grande partie des données d'anamnèse ; un second temps « médical » où sont notamment réalisées la datation de la grossesse, la programmation de l'IVG, les prescriptions futures.

### **IV.2. Elaboration et distribution du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide des équipes d'orthogénie et de planification familiale des centres recruteurs. Nous nous sommes attachés à analyser des données générales sur les patientes ; à préciser les modalités contraceptives ainsi que le recours ou non à une CU ; à recueillir les connaissances de ces femmes sur la question de la CU comme nous le présenterons ci-après. Une première version a ainsi été testée auprès des patientes du centre IVG de Brive. Après ce test, nous avons retenu, supprimé ou modifié la rédaction de certaines questions ce qui a permis de finaliser le questionnaire de notre enquête (annexe 1).

Le questionnaire a été proposé à toutes les patientes qui consultaient pour une demande d'IVG à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016 jusqu'au 31 janvier 2017. Il était rempli par la patiente seule pendant une phase d'attente puis remis au professionnel de santé. Les questions pouvaient alors être reposées, reformulées, pour s'assurer de la bonne compréhension de la patiente.

Cela créait également l'occasion pour le soignant d'aborder ce sujet, de répondre aux interrogations des patientes, voire de combler les manques d'information. L'anonymat des réponses était garanti.

Toutes les patientes se sont vues proposer le questionnaire, le seul critère de non inclusion était le refus de participation.

Le questionnaire comporte 22 questions réparties ainsi :

- ✓ Première partie : données générales (âge, profession, lieu de résidence, couverture sociale), parité, antécédents d'IVG, moyen de contraception avant l'IVG et raison de survenue de la grossesse. Il était également demandé le poids et la taille des patientes afin de pouvoir calculer leur indice de masse corporelle (IMC).
- ✓ Seconde partie consacrée à l'utilisation ou non d'une CU lors du cycle menant à cette IVG :
  - utilisation ou non ;
  - utilisatrices : méthode utilisée, délai, modalités d'obtention et raison d'échec ;
  - non utilisatrices : raison principale de non utilisation.
- ✓ Troisième partie :
  - connaissances des patientes : délai d'utilisation d'une pilule contraceptive d'urgence après un rapport sexuel non protégé, modalités d'accès et de délivrance, alternative aux PCU ; connaissances du risque de grossesse en fonction du moment du rapport sexuel non protégé et en fonction d'un oubli de pilule ;
  - vécu et représentations : prescriptions et utilisations antérieures, difficultés d'obtention, craintes éventuelles ;
  - information reçue : oui / non, via une source médicale / non médicale ;
  - évaluation du niveau d'information et du niveau d'accès à ces dispositifs.

La majorité des questions était à choix multiples pour permettre une réponse plus simple et plus rapide en prenant soin de toujours proposer une alternative « Autres » ou « Je ne sais pas ».

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons par la suite classé les patientes en deux groupes en fonction de notre critère de jugement principal qui était : « l'utilisation d'une contraception d'urgence au cours du cycle menant à l'IVG ».

Ainsi, nous avons comparé les réponses des patientes ayant pris une contraception d'urgence dites « utilisatrices » avec celles des patientes ni ayant pas eu recours dites « non utilisatrices ».

### **IV.3. Recueil et analyse statistique des données**

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel (Microsoft) en suivant la trame du questionnaire.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme de moyenne  $\pm$  écart-type, minimum, maximum et médiane ; ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages.

La vérification des normalités de distributions des variables quantitatives a été réalisée par la méthode de Shapiro-Wilk.

Les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de sujets ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des conditions d'application des tests utilisés.

Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par des tests non paramétriques de Man et Whitney pour séries non appariées.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Le logiciel utilisé est SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

## V. Résultats

**353 questionnaires ont été recueillis : 181 de Limoges, 125 de Brive et 47 de Guéret.**

Sur la même période le nombre de patientes éligibles au questionnaire était de : 338 à Limoges (taux de réponse = 55 %), 205 à Brive (taux de réponse = 61 %) et 54 à Guéret (taux de réponse = 87 %), soit un taux de réponse global de 59 %.

### V.1. Utilisation d'une CU au cours du cycle menant à cette IVG

327 patientes n'avaient pas utilisé de CU soit 93 % de notre échantillon et 26 patientes en avaient utilisé une soit 7 % de notre échantillon (tableau 3).

Tableau 3 - Répartition des patientes selon le critère de jugement principal

Groupes	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
Non utilisatrices	327	92,6
Utilisatrices	26	7,4
<b>TOTAL</b>	<b>353</b>	<b>100</b>

#### V.1.1. Modalités de prise de la CU chez les « utilisatrices »

##### V.1.1.1 Description des modalités d'utilisation

- Nom de la CU utilisée :

12 patientes sur 26 ont déclaré avoir pris la pilule contraceptive d'urgence (PCU) au lévonorgestrel soit 46,2 %.

14 patientes n'ont pas répondu à cette question (53,8 %).

- Délai d'utilisation :

Le délai moyen d'utilisation était de 30 heures (29,9 ± 17,7 heures). Le délai minimum était de 3 heures et le délai maximum était de 72 heures.

15 patientes l'avaient utilisée dans les 24 heures, 5 patientes entre 24 et 48 heures et 2 patientes entre 48 et 72 heures.

4 patientes n'ont pas donné le délai d'utilisation (15 %).

- Lieu de dispensation :

22 patientes s'étaient procuré la PCU en pharmacie soit 84,6 % des « utilisatrices ».

4 patientes n'ont pas répondu à cette question.

- Ordonnance / prescripteur:

22 patientes (84,6 %) s'étaient procuré la pilule en accès libre sans ordonnance.

2 patientes avaient une ordonnance : gynécologue (1) et médecin généraliste (1).

2 patientes n'ont pas répondu.

- PCU d'avance :

2 patientes déclaraient avoir une PCU d'avance chez elles soit 8 % des « utilisatrices » : une sur deux déclarait que cette PCU d'avance lui avait été prescrite par un gynécologue, pour la seconde, le prescripteur n'a pas été mentionné.

2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

- Raisons d'échec de la CU d'après la patiente :

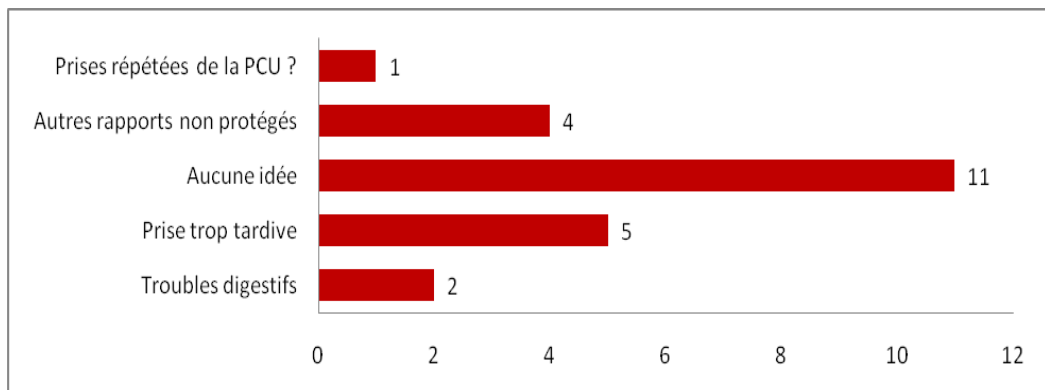


Figure 12 - Raisons d'échec de la contraception d'urgence

3 patientes n'ont pas répondu à cette question.



### V.1.1.2 Analyse selon l'indice de masse corporelle (IMC)

L'échec de la CU concernait t'il des patientes en surpoids ou en obésité ?

72,2 % des « utilisatrices » avaient un IMC < 25.

La proportion de patientes en surpoids ( $25 \leq \text{IMC} < 30$ ) était de 16,8% chez les « non utilisatrices » et 20,8% chez les « utilisatrices » ; la proportion de patientes en obésité ( $\text{IMC} \geq 30$ ) était de 11 % chez les « non utilisatrices » et 8,3 % chez les « utilisatrices ».

La comparaison des groupes sur la répartition des patientes en fonction de leur IMC ne retrouve pas de différence significative ( $p = 0,974$ ) (annexe 2).

### V.1.2. Raison principale de non utilisation de la CU :

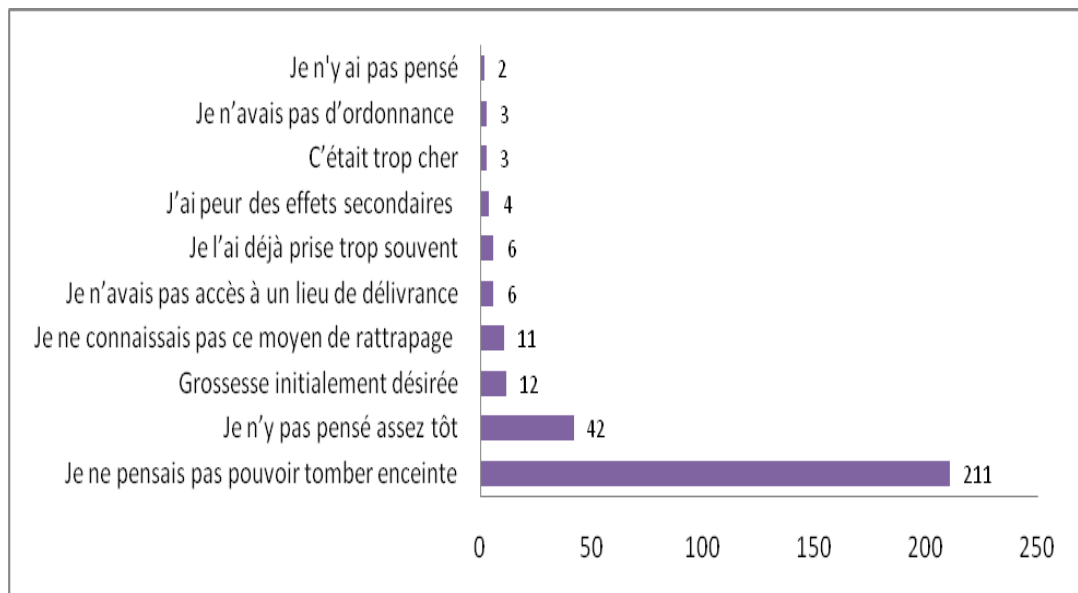


Figure 13 - Raisons principales de non utilisation de la CU

64,5 % des « non utilisatrices » ont déclaré qu'elles n'avaient pas utilisé la CU car elles ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte. 12,8 % répondaient qu'elles n'y avaient pas pensé assez tôt.

27 patientes ont répondu « autre raison » avec le détail suivant :

- je ne savais pas où me la procurer (1) ;
- refus du pharmacien (1) ;
- accès difficile car j'étais en Chine (1) ;
- je pensais être stérile depuis ma première IVG (1) ;

- je n'ai pas été avertie du souci de préservatif par mon conjoint (1) ;
- je ne me suis pas aperçue de l'oubli de pilule (1) ;
- arrêt de ma contraception (1) ;
- autre non précisé (20).

## V.2. Description de la population et comparaison des profils des deux groupes

### V.2.1. Données démographiques

#### V.2.1.1 Age des patientes

L'âge moyen était de  $28,4 \pm 7,3$  ans avec une médiane à 28 ans.

Tableau 4 - Répartition des patientes selon leur âge

Age	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
≤ 19 ans	45 (12,8%)	43 (13,2%)	2 (7,7%)
20 - 29 ans	148 (41,9%)	134 (41%)	14 (53,8%)
30 - 39 ans	134 (37,9%)	124 (37,9%)	10 (38,5%)
≥ 40 ans	26 (7,4%)	26 (7,9%)	0 (0%)
<b>TOTAL</b>	<b>353 (100%)</b>	<b>327 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

La majorité des patientes avait entre 20 et 39 ans. La plus jeune avait 13 ans et la plus âgée 46 ans. 15 patientes étaient mineures et 2 patientes avaient moins de 15 ans.

Chez les patientes « utilisatrices » l'âge moyen était de  $27 \pm 5,8$  ans ; chez les patientes « non utilisatrices », l'âge moyen de  $28,5 \pm 7,4$  ans.

La comparaison des deux groupes ne retrouve pas de différence significative que ce soit sur l'âge moyen ( $p = 0,304$ ) ou sur la répartition en classes d'âge ( $p = 0,310$ ).

### V.2.1.2 Situation socioprofessionnelle

Tableau 5- Répartition des patientes selon l'activité professionnelle

Activité	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Actives	192 (57,5%)	179 (57,4%)	13 (59,1%)
Inactives	142 (42,5%)	133 (42,6%)	9 (40,9%)
<b>TOTAL</b>	<b>334 (100%)</b>	<b>312 (100%)</b>	<b>22 (100%)</b>

57 % des patientes déclaraient avoir une activité professionnelle. Ce résultat a été réalisé sur 334 patientes car 19 réponses n'ont pas pu être analysées (absence de réponse ou réponses non classables).

Il n'y avait pas de différence significative entre nos deux groupes sur la répartition active / inactive ( $p = 0,875$ ).

Parmi les 192 patientes actives, les professions ont été réparties en 6 classes selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (figure 14). La classe majoritaire était représentée par les employées avec 64 % des patientes actives, suivie par les professions intermédiaires (18,8 %).

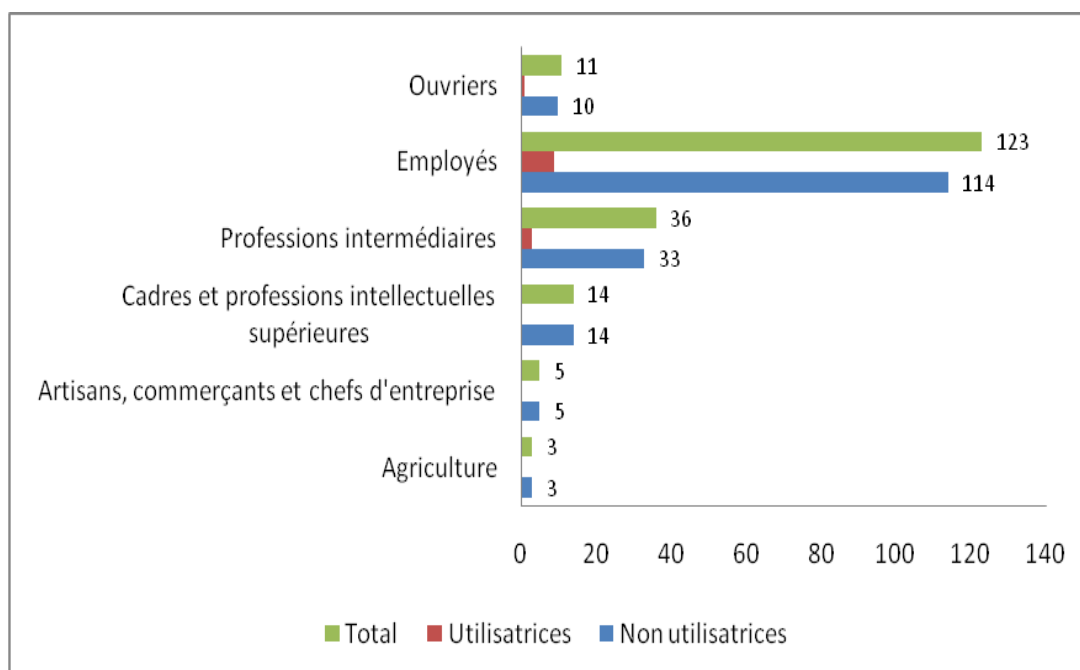


Figure 14 - Répartition des patientes selon la classe socio-professionnelle

Il n'y avait pas de différence significative entre nos deux groupes dans la répartition par catégories socioprofessionnelles ( $p = 0,923$ ).

Les trois corps de métiers principaux des Employées étaient : les employées de service direct aux particuliers (28,6 %), les employées de la fonction publique (28,6 %) et les employées de commerce (26,9 %) (Annexe 2).

Les patientes dites « inactives » ont été réparties en trois catégories : les femmes au foyer, les patientes au chômage et les étudiantes (figure 15).

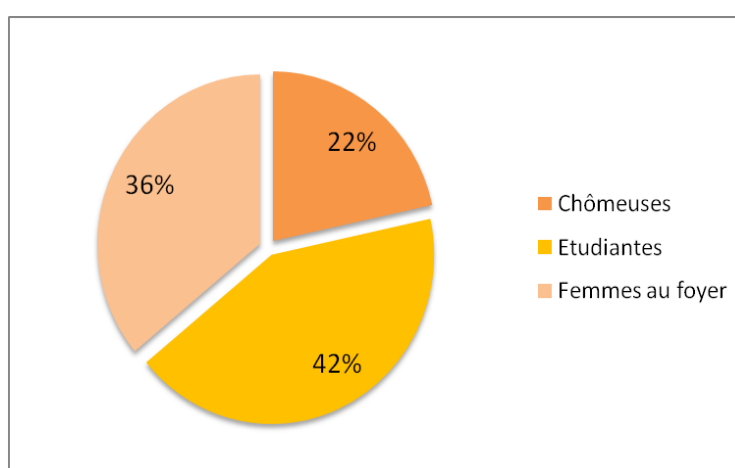


Figure 15 - Répartition des patientes dites « inactives »

Tableau 6- Répartition des patientes inactives

Type « Inactive »	Effectifs N (Pourcentages %)	
	Non utilisatrices	Utilisatrices
<b>Chômeuses</b>	29 (21,6%)	1 (11,1%)
<b>Etudiantes</b>	53 (40,8%)	6 (66,7%)
<b>Femmes au foyer</b>	48 (36,9%)	2(22,2%)
<b>TOTAL</b>	<b>130 (100%)</b>	<b>9 (100%)</b>

Parmi les patientes sans activité professionnelle, il semblerait que la proportion d'étudiantes soit plus importante chez les « utilisatrices » (tableau 17).

La comparaison ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p = 0,152$ ).

### V.2.1.3 Couverture sociale

Pour tenter de mieux cerner le statut socio-économique des patientes sans complexifier le questionnaire par le niveau de revenu, il était demandé le type de couverture sociale dont elles bénéficiaient.

5 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 7 - Répartition des patientes selon leur couverture sociale

Couverture sociale	Effectifs N (Pourcentage %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Aucune	3 (0,9%)	3 (0,9%)	0 (0%)
CMU	85 (24,4%)	79 (24,5%)	6 (24%)
Sécurité sociale seule	17 (4,9%)	14 (4,3%)	3 (12%)
Sécurité sociale + ACS	1 (0,3%)	0 (0%)	1 (4%)
Sécurité sociale + mutuelle	242 (69,5%)	227 (70,3%)	15 (60%)
<b>TOTAL</b>	<b>348 (100%)</b>	<b>323 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>

\*ACS : aide à la complémentaire santé

CMU : couverture maladie universelle

Une proportion plus importante de patientes « utilisatrices » déclaraient ne pas avoir de mutuelle (12 % vs 4 % ;  $p = 0,002$ ) ou bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (4 % vs 0 % ;  $p = 0,002$ ) alors qu'une proportion plus importante de patientes « non utilisatrices » bénéficiaient d'une couverture par la Sécurité sociale associée à une mutuelle (70,3 % vs 60 % ;  $p = 0,002$ ).

### V.2.1.4 Lieu de résidence

Les lieux de résidences ont été répartis en urbain et rural selon le découpage géographique des unités urbaines réalisé par l'INSEE (datant du 01/01/2016).

13 patientes n'ont pas répondu à cette question.

71 % des patientes de l'étude déclaraient vivre en milieu urbain et 29 % des patientes déclaraient vivre en milieu rural.

La répartition en fonction du lieu d'habitation était similaire entre les deux groupes « utilisatrices » et « non utilisatrices » (annexe 2).

## V.2.2. Données gynécologiques

### V.2.2.1 Parité

2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 8 - Répartition des patientes selon le nombre d'enfant(s)

Nombre d'enfants	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
0	161 (45,6%)	145 (44,3%)	16 (61,5%)
1	66 (18,7%)	62 (19%)	4 (15,4%)
2	73 (20,7%)	70 (21,4%)	3 (11,5%)
3	31 (8,8%)	30 (9,2%)	1 (3,9%)
≥ 4	22 (6,2%)	20 (6,1%)	2 (7,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>353 (100%)</b>	<b>327 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

Chez les « utilisatrices », 62 % des patientes étaient nullipares contre 44 % chez les « non utilisatrices » ( $p = 0,057$ ).

### V.2.2.2 Antécédents d'IVG

2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

185 patientes soit un peu plus de la moitié de notre échantillon n'avaient jamais eu d'interruption volontaire de grossesse (figure 17).

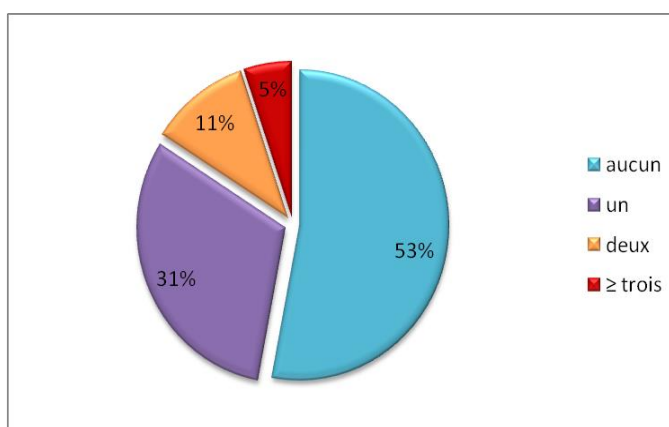


Figure 16- Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG

La répartition en fonction du nombre d'IVG antérieures était similaire au sein des deux groupes « utilisatrices » et « non utilisatrices » (Annexe 2).

### V.2.2.3 Moyen de contraception antérieur

Tableau 9 - Répartition des patientes selon leur moyen de contraception avant l'IVG

Contraception antérieure	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Aucune	117 (33%)	112 (34,2%)	5 (19,2%)
Pilule	109 (31%)	101 (30,9%)	8 (30,8%)
Préservatifs	90 (25,5%)	80 (24,5%)	10 (38,5%)
Retrait	26 (7,4%)	24 (7,3%)	2 (7,7%)
DIU cuivre	9 (2,5%)	9 (2,8%)	0
Méthode Ogino	3 (0,9%)	3(0,9%)	0
Patch	3 (0,9%)	2 (0,6%)	1 (3,9%)
Anneau vaginal	3 (0,9%)	3 (0,9%)	0
Spermicides	2 (0,6%)	2 (0,6%)	0
Implant	2 (0,6%)	2 (0,6%)	0
Cape/diaphragme	1 (0,3%)	1(0,3%)	0
DIU hormonal	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0
Autres	3 (0,9%)	2 (0,6%)	1(3,9%)

33 % des patientes n'avaient aucun moyen de contraception au long cours : 19,2 % des « utilisatrices » contre 34,2 % des « non utilisatrices ». La comparaison ne retrouvait pas de différence statistique significative ( $p = 0,117$ ).

La pilule et le préservatif étaient les deux moyens de contraception les plus utilisés par nos patientes : le préservatif était employé par 38,5 % des « utilisatrices » et 24,5 % des « non utilisatrices » ( $p = 0,115$ ) ; 30,8 % des « utilisatrices » et 30,9 % des « non utilisatrices » prenaient une pilule contraceptive au long cours ( $p = 0,990$ ).

Le préservatif était parfois associé à une autre méthode : retrait (7), pilule (3), dispositif intra utérin au cuivre (1), anneau vaginal (1), spermicides (1), cape ou diaphragme (1).

Parmi les 109 patientes prenant la pilule :

- ✓ 67 patientes prenaient une pilule œstro-progestative (POP) : 58 une POP de 2<sup>ème</sup> génération, 5 une POP de 3<sup>ème</sup> génération, 2 patientes prenaient une POP dite « Hors classe » (Diane 35<sup>®</sup> et Qlaira<sup>®</sup>) et une patiente prenait une POP de 1<sup>ère</sup> génération.

- ✓ 24 patientes prenaient une pilule progestative dont 18 une pilule à base de désogestrel et 6 patientes prenaient une pilule à base d'un autre progestatif (Microval<sup>®</sup>, Luteran<sup>®</sup> et Colprone<sup>®</sup>).
- ✓ 18 patientes n'ont pas précisé quelle était la pilule prise.

Pour les 3 patientes qui ont répondu qu'elles utilisaient un autre moyen de contraception, il s'agissait de méthodes de calcul du cycle (2) et d'une méthode de médecine chinoise (1).

### V.2.3. Cause de la grossesse actuelle selon les patientes

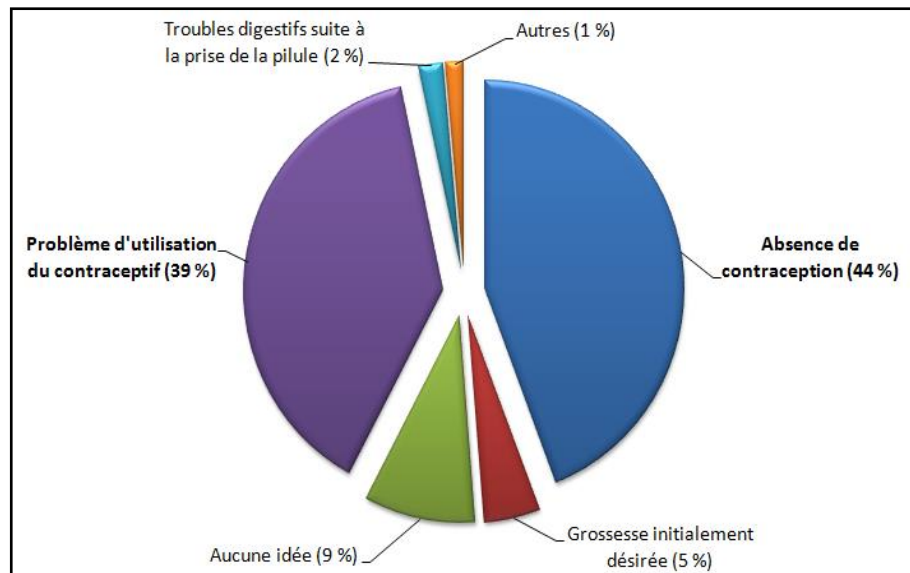


Figure 17 - Causes de la grossesse actuelle identifiées par les patientes

44 % des patientes expliquaient la survenue de la grossesse actuelle par l'absence de contraception au long cours. Il n'y avait pas de différence dans la répartition des causes de grossesses entre les deux groupes ( $p = 0,782$ ) (Annexe 2).

5 patientes expliquaient cette grossesse par une autre raison : « conjoint dit stérile », « ovulation plus précoce qu'habituellement », « réaction locale au Nuvaring<sup>®</sup> », « situation complexe », « chaleur ».



Parmi les 137 patientes qui ont déclaré avoir eu un problème d'utilisation avec leur contraceptif, 135 ont précisé ce problème avec une majorité en lien avec l'utilisation de la pilule ou du préservatif (respectivement 51 % et 42 %) (figure 18).

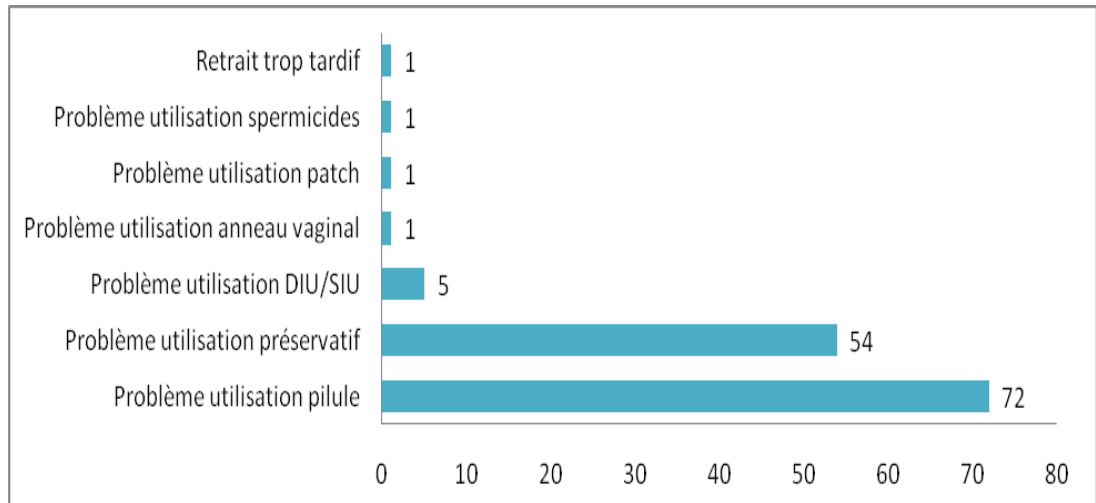


Figure 18 - Répartition des problèmes d'utilisation des contraceptifs habituels

\*DIU = dispositif intra utérin au cuivre ; SIU = dispositif intra utérin hormonal

Les problèmes cités par les patientes en lien avec l'utilisation de la pilule étaient : « oubli de pilule » (52), « erreur de prise » (4), « relai patch-pilule » (1), « rapports sexuels non protégés pendant la première semaine de prise » (1), « problème non précisé » (14).

Les problèmes cités par les patientes comme problème d'utilisation du préservatif étaient : « déchirure du préservatif » (37), « problème non précisé » (15), « douleurs » (1), « oubli du préservatif » (1).

4% des patientes ayant eu un problème d'utilisation étaient sous DIU (au cuivre ou hormonal) : il s'agissait d'une « perte » ou d'un « déplacement » du dispositif.

### V.3. Connaissances des patientes en termes de contraception d'urgence

#### V.3.1. Modalités d'utilisation

##### V.3.1.1 Délai d'administration d'une PCU

39 patientes n'ont pas répondu à cette question (2 « utilisatrices » et 37 « non utilisatrices »).

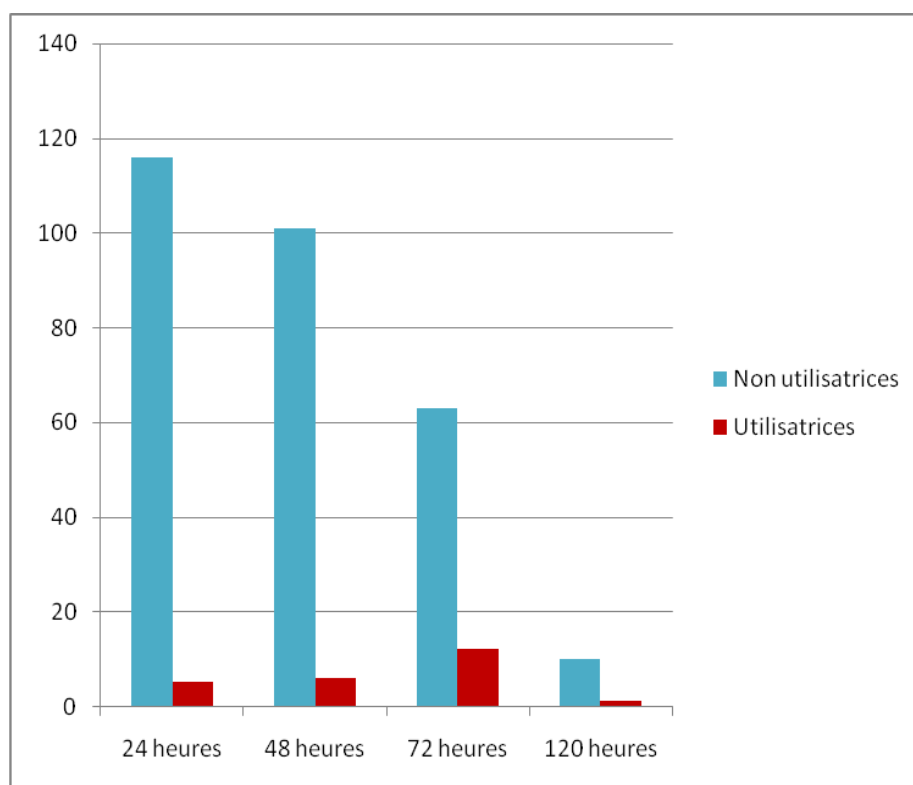


Figure 19 - Répartition des patientes selon la connaissance du délai d'utilisation d'une PCU (annexe 2)

3,5 % des patientes répondaient que la PCU peut être prise dans les 120 heures avec 3,5 % des « non utilisatrices » et 4,2 % des « utilisatrices ». La comparaison ne retrouvait pas de différence statistique significative entre les deux groupes ( $p = 0,790$ ).

74,8 % des « non utilisatrices » pensaient que la PCU devait être prise dans les 48 heures contre 45,8 % des patientes « utilisatrices » ( $p = 0,002$ ).

24 % des patientes répondaient que le PCU pouvait être prise jusqu'à 72 heures avec 50 % des « utilisatrices » contre 21,7 % des « non utilisatrices » ( $p = 0,002$ ).

### V.3.1.2 Nécessité d'une ordonnance pour obtenir une PCU

Tableau 10 - Répartition des patientes selon la réponse à la question sur la nécessité d'une ordonnance pour obtenir une PCU

Nécessité d'une ordonnance	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Oui	35 (10,6%)	34 (11,1%)	1 (4,2%)
Non	295 (89,4%)	272 (88,9%)	23 (95,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>330 (100%)</b>	<b>306 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

89 % des patientes savaient qu'une ordonnance n'est pas nécessaire à la délivrance d'une PCU.

11,1 % des « non utilisatrices » pensaient qu'il fallait une ordonnance pour se procurer une PCU contre 4,2 % des « utilisatrices ». La comparaison ne retrouvait pas de différence statistique significative ( $p = 0,287$ ).

23 patientes n'ont pas répondu à cette question.

### V.3.1.3 Lieux de délivrance cités par les patientes :

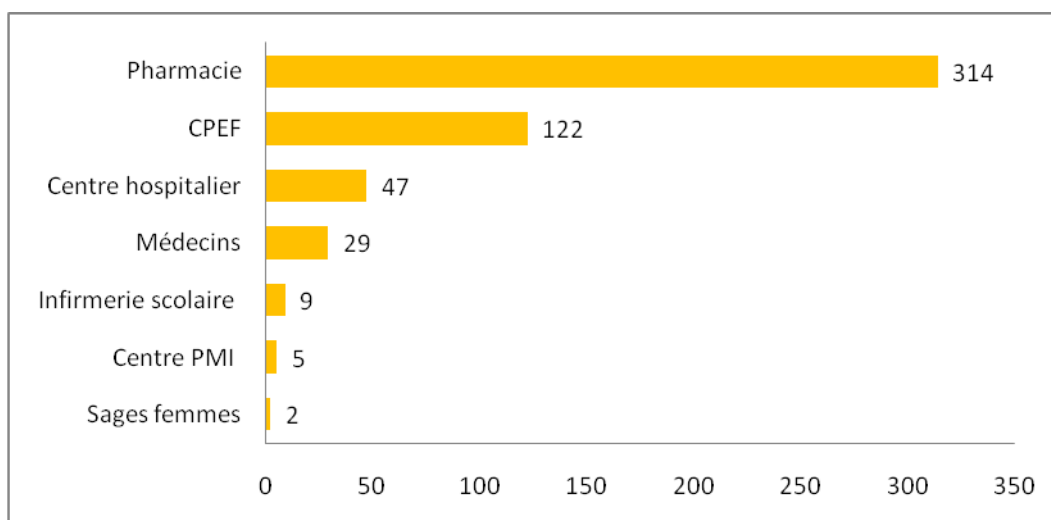


Figure 20 - Répartition des patientes selon les lieux de délivrance des CU cités

CPEF : centre de planification et d'éducation familial

PMI : protection maternelle et infantile

321 sur 353 patientes (90,9 %) ont répondu à cette question :

- ✓ 321 patientes ont cité au moins un lieu avec une majorité (89,4%) qui citait la pharmacie en premier lieu ;
- ✓ 161 patientes (50,2 %) n'ont cité qu'un seul lieu : 157 citaient la pharmacie, 2 le CPEF, 1 centre hospitalier, 1 médecin ;
- ✓ 160 patientes (49,8 %) citaient deux lieux ou plus ;
- ✓ 44 patientes (13,7 %) citaient trois lieux ou plus ;
- ✓ 4 patientes (1,2 %) citaient quatre lieux.

#### V.3.1.4 Connaissance par les patientes de l'alternative aux PCU :

Les 353 patientes ont répondu à cette question : 235 ont répondu « je ne sais pas » et seulement 72 patientes connaissaient la méthode par DIU au cuivre (figure 21).

Les comparaisons ne retrouvent pas de différence statistique significative sur la connaissance de cette alternative entre nos deux groupes ( $p > 0,1$ ) (Annexe 2).

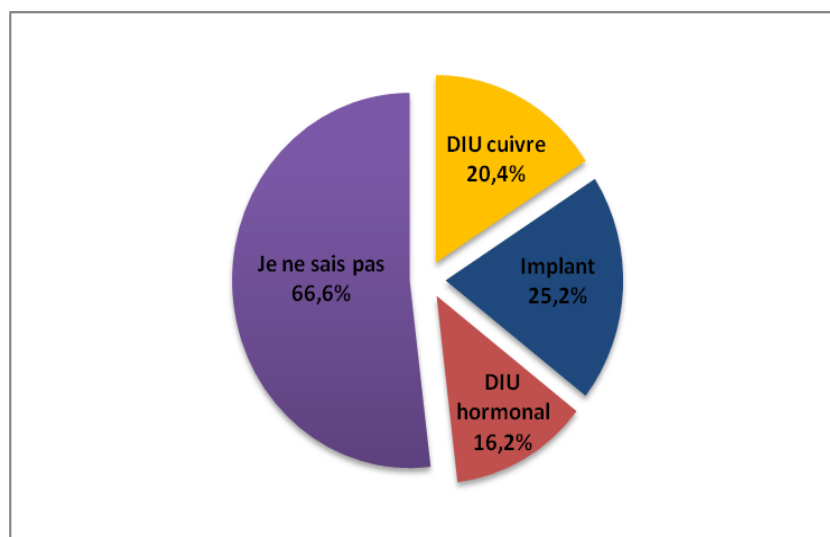


Figure 21 - Répartition des patientes selon la connaissance de l'alternative aux PCU

### V.3.2. Identification du rapport sexuel à risque

#### V.3.2.1 Risque de grossesse en cas de rapport sexuel non protégé (RSNP) : les « utilisatrices » avaient-elles plus conscience de ce risque?

Tableau 11 - Répartition des patientes selon la connaissance du risque de grossesse au cours du cycle menstruel

Période du cycle à risque	Effectifs N (Pourcentages %) n=353		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Pas de risque si un seul rapport	5 (1,4%)	4 (1,2%)	1 (3,8%)
Pas de risque pendant les règles	61 (17,3%)	59 (18%)	2 (7,7%)
Quelque soit le moment	186 (52,7%)	170 (52%)	16 (61,5%)
Seulement au milieu	76 (21,5%)	75 (22,9%)	1 (3,9%)
Seulement au début	22 (6,2%)	21 (6,4%)	1 (3,9%)
Je ne sais pas	59 (16,7%)	51 (15,6%)	8 (30,8%)

52,7 % de l'ensemble des patientes répondaient qu'un RSNP peut être à risque de grossesse quelque soit le moment du cycle.

22,9 % des « non utilisatrices » déclaraient qu'un RSNP est à risque de grossesse seulement s'il a lieu au milieu du cycle menstruel contre 3,9 % des « utilisatrices » ( $p = 0,022$ ). Les « utilisatrices » répondaient plus fréquemment « je ne sais pas » (30,8% vs 15,6% ;  $p = 0,046$ ).

#### V.3.2.2 Risque grossesse en cas d'oubli de pilule :

Seules les réponses des patientes qui déclaraient utiliser la pilule comme moyen de contraception antérieur à l'IVG ont été analysées.

Tableau 12 - Répartition des patientes selon la connaissance du risque de grossesse en cas d'oubli de pilule (> 12 heures) et de RSNP récents

Risque de grossesse si rapports sexuels récents	Effectifs N (Pourcentages %) n=109		
	TOTAL	Non utilisatrices n = 101	Utilisatrices n = 8
Un oubli quelque soit le moment	46 (42,2%)	40 (39,6%)	6 (75%)
Au moins 2 oublis	4 (3,7%)	4 (4%)	0
Tout dépend le moment de l'oubli	29 (26,6%)	27 (26,7%)	2 (25%)
Je ne sais pas	32 (29,4%)	32 (31,7%)	0

75 % des « utilisatrices » et 39,6% des « non utilisatrices » répondaient qu'un seul oubli de pilule (>12 heures) quelque soit le moment constitue un risque de grossesse avec une différence qui tend vers la significativité ( $p = 0,051$ ).

31,7 % des « non utilisatrices » répondaient « je ne sais pas », aucune des patientes « utilisatrices » répondaient « je ne sais pas », avec une différence qui tend vers la significativité ( $p = 0,055$ ).

#### V.4. Expériences antérieures et représentations

##### V.4.1. Les « utilisatrices » avaient-elles plus bénéficié d'une prescription anticipée?

3 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 13 - Répartition des patientes selon les antécédents de prescription anticipée

Prescription anticipée	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Non	325 (92,9%)	304 (93,5%)	21 (84%)
Oui	25 (7,1%)	21 (6,5%)	4 (16%)
<b>TOTAL</b>	<b>350 (100%)</b>	<b>325 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>

16 % des « utilisatrices » et 6,5% des « non utilisatrices » avaient déjà eu une prescription anticipée avec une différence qui tend vers la significativité ( $p = 0,074$ ).

##### V.4.2. Les « utilisatrices » l'avaient-elles plus utilisée antérieurement ?

Tableau 14 - Répartition selon les antécédents d'utilisation d'une CU

Utilisation antérieure	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Non	190 (54,1%)	184 (56,4%)	6 (24%)
Oui	161 (45,9%)	142(43,6%)	19 (76%)
<b>TOTAL</b>	<b>351 (100%)</b>	<b>326 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>

45,9 % de l'ensemble de nos patientes avaient déjà utilisé une CU dans leur vie. 76 % des « utilisatrices » l'avaient déjà utilisée antérieurement contre 43,6 % des « non utilisatrices » ( $p = 0,002$ ).

### V.4.3. Accessibilité de la contraception d'urgence

#### V.4.3.1 Difficultés d'obtention d'une pilule d'urgence :

38 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 15 - Répartition selon les antécédents de difficultés d'obtention d'une PCU

Difficultés d'obtention	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Oui	9 (3,1%)	8 (3%)	1 (4%)
Non	280 (96,9%)	256 (97%)	24 (96%)
<b>TOTAL</b>	<b>289 (100%)</b>	<b>264 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>

97 % des patientes déclaraient ne jamais avoir eu de difficultés pour obtenir une PCU. Il n'y avait pas de différence de répartition entre les deux groupes.

7 patientes ont expliqué les difficultés rencontrées : « pas de stock en pharmacie » (2) ; « trop cher » (2) ; « alerte de la pharmacie sur le caractère dangereux de ce médicament » (1) ; « en Suisse, nécessité de présenter une carte d'identité et de remplir un questionnaire » (1) ; « jour férié » (1).

#### V.4.3.2 Comment les patientes jugeaient-elles l'accès à la PCU ?

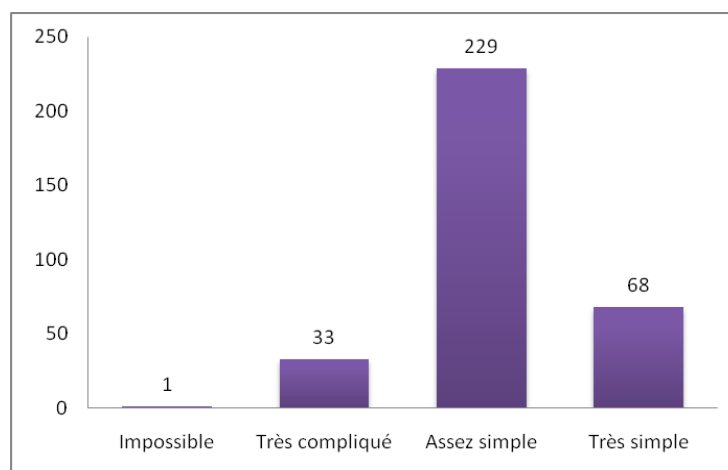


Figure 22 - Evaluation de l'accessibilité à la PCU par les patientes

90 % des patientes estimaient que l'accès à la pilule d'urgence est assez simple ou très simple.

#### V.4.3.3 Y avait-il une différence entre les patientes habitant en milieu rural et celles habitant en milieu urbain ?

Seules les patientes ayant déjà utilisé une PCU antérieurement et les « utilisatrices » de l'étude ont été prises en compte ici (c'est-à-dire celles qui ont déjà été confrontées à cet accès).

Tableau 16 - Evaluation de l'accessibilité selon les lieux d'habitation

Niveau d'accès	Effectifs N (Pourcentages %) n = 167		
	TOTAL	Rural	Urbain
Impossible / très compliqué	9 (5,4%)	1 (2,2%)	8 (7%)
Assez simple / très simple	158 (94,6%)	44 (97,8%)	106 (93%)
<b>TOTAL</b>	<b>167 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>114 (100%)</b>

97,8 % des patientes habitant en milieu rural jugeaient l'accès à la CU « assez simple » ou « très simple » contre 93 % des patientes habitant en milieu urbain. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre ces deux groupes ( $p = 0,265$ ).

#### V.4.4. Y avait-il des craintes à l'utilisation des PCU ? Etaient-elles plus présentes chez les patientes « non utilisatrices » ?

Tableau 17 - Répartition des patientes selon les craintes d'utilisation

Craintes utilisation PCU	Effectifs N (pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Oui	190 (54,9%)	176 (54,7%)	14 (58,3%)
Non	156 (45,1%)	146 (45,3%)	10 (41,7%)
<b>TOTAL</b>	<b>346 (100%)</b>	<b>322 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

54,9 % des patientes déclaraient avoir peur d'utiliser une PCU (une fois ou à plusieurs reprises). Les proportions étaient similaires dans les deux groupes. 7 patientes n'ont pas répondu à cette question.



Tableau 18 - Répartition des patientes selon les craintes d'utilisation - détails

Craintes utilisation PCU		Effectifs N (Pourcentages %)		
		TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
<b>Peur de l'utiliser une fois</b>		39 (11,1%)	35 (10,8%)	4 (16%)
<b>Peur de l'utiliser plusieurs fois</b>	Total « oui »	189 (54,6%)	175 (54,4%)	14 (58,3%)
	Complications obstétricales	41 (21,6%)	37 (21,1%)	4 (26,7%)
	Problèmes gynécologiques	104 (54,7%)	99 (56,6%)	5 (33,3%)
	Stérilité	83 (43,7%)	76 (43,4%)	7 (46,7%)
	Perte d'efficacité	59 (31,1%)	51 (29,1%)	8 (53,3%)
	Autres craintes	27 (14,2%)	24 (13,7%)	3(0,2%)

11,1 % déclaraient avoir peur d'utiliser une PCU une fois et 54,6 % déclaraient avoir peur de l'utiliser à plusieurs reprises.

Les comparaisons entre les deux groupes ne retrouvent pas de différence significative ( $p > 0,5$ ).

Les raisons évoquées semblaient différer d'un groupe à l'autre :

- ✓ 56,6 % des « non utilisatrices » craignaient un problème gynécologique contre 33,3 % des « utilisatrices » ( $p = 0,082$ ).
- ✓ 53,3% des « utilisatrices » craignaient une perte de son efficacité contre 29,1% des « non utilisatrices » ( $p = 0,052$ ).

27 patientes déclaraient d'autres craintes à l'utilisation répétées de la PCU :

- « peur des effets secondaires / douleurs induites » (4) ;
- « problèmes de santé secondaires » (3) ;
- « ce n'est pas un moyen de contraception / une pilule normale » (3) ;
- « perturbations hormonales / hormones agressives » (3) ;
- « risque de cancer » (1) ;
- « autres » (13).

## V.5. Information reçue sur la contraception d'urgence

### V.5.1. Comparaison de l'information reçue entre les deux groupes :

Les « utilisatrices » avaient-elles été plus informées que les « non utilisatrices » ?

#### V.5.1.1 Globalement :

Tableau 19 - Répartition des patientes selon l'information reçue

Information	Effectifs N (pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Informée	318 (90,1%)	293 (89,6%)	25 (96,2%)
Non informée	35 (9,9%)	34 (10,4%)	1 (3,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>353 (100%)</b>	<b>327 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

90,1 % des patientes avait déjà entendu parler de contraception d'urgence : 89,6 % des « non utilisatrices » et 96,2 % des « utilisatrices ». La comparaison ne retrouve pas de différence statistiquement significative ( $p = 0,303$ ).

#### V.5.1.2 Par les professionnels de santé :

Les sources d'information ont ensuite été réparties en :

- ✓ professionnels de santé : médecin généraliste, sage femme, centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et gynécologue ;
- ✓ autres : médias, entourage, école.

318 patientes avaient été informées sur ce dispositif. Les 5 patientes informées uniquement par un pharmacien ont été exclues pour la réalisation de la comparaison entre les deux groupes « utilisatrices » et « non utilisatrices » afin d'exclure le biais lié à l'information donnée lors de la délivrance du dispositif.

Tableau 20 - Répartition des patientes selon la source de l'information reçue

Information par des professionnels de santé	Effectifs N (Pourcentages %)		
	(parmi les patientes informées n = 313)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Oui	154 (49,2%)	140 (48,6%)	14 (56%)
Non	159 (50,8%)	148 (51,4%)	11 (44%)
<b>TOTAL</b>	<b>313 (100%)</b>	<b>288 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>

56 % des « utilisatrices » et 48,6 % des « non utilisatrices » avaient été informées par un soignant. La comparaison ne retrouve pas de différence statistiquement significative ( $p = 0,478$ ).

### V.5.1.3 Détail des sources l'information reçue par les soignants :

Tableau 21 - Répartition des patientes selon l'information reçue par les soignants

Source d'information	Effectifs N (pourcentages %)		
	(parmi la totalité des patientes n = 353)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Médecin généraliste	74 (21%)	66 (20,2%)	8 (30,8%)
CPEF*	54 (15,3%)	50 (15,3%)	4 (15,4%)
Sage-femme	33 (9,4%)	28 (8,6%)	5 (19,2%)
Gynécologue	75 (21,3%)	69 (21,1%)	6 (23,1%)
Pharmacien	29(8,2%)	25(7,7%)	4(15,4%)

\*CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

19,2 % des « utilisatrices » et 8,6 % des « non utilisatrices » avaient été informées par une sage-femme avec une différence qui tend vers la significativité ( $p = 0,072$ ).

Les autres comparaisons ne retrouvent pas de différence statistique significative entre nos deux groupes ( $p > 0,1$ ).

### V.5.1.4 Détail des sources l'information non médicale :

Tableau 22 - Répartition des patientes selon l'information reçue par d'autres sources

Source d'information	Effectifs N (pourcentages %)		
	(parmi la totalité des patientes n = 353)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Média	121 (34,3%)	114 (34,9%)	7 (26,9%)
Entourage	139 (39,4%)	126 (38,5%)	13 (50%)
Ecole	106 (30%)	102 (31,2%)	4 (15,4%)

31,2 % des « non utilisatrices » et 15,4 % des « utilisatrices » avaient été informées par l'école avec une différence qui tend vers la significativité ( $p = 0,090$ ). Les autres comparaisons ne trouvaient pas de différence statistique significative entre nos deux groupes ( $p > 0,1$ ).

## V.5.2. Connaissances des patientes en fonction de l'information reçue

### V.5.2.1 Selon l'information reçue ou non :

2 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 23 - Connaissances du délai d'utilisation selon l'information reçue

Réponse délai utilisation PCU	Effectifs N (pourcentages %)	
	Informées	Non informées
24 heures	114 (36,1%)	7 (20%)
48 heures	98 (31%)	9 (25,7%)
72 heures	73 (23,1%)	2 (5,7%)
120 heures	8 (2,5%)	3 (8,6%)
Je ne sais pas	23 (7,3%)	14 (40%)
<b>TOTAL</b>	<b>316</b>	<b>35</b>

40 % des patientes non informées répondaient « je ne sais pas » contre 7,3 % des patientes informées ( $p < 0,001$ ).

Les patientes informées connaissaient mieux le délai 72 heures que les non informées ( $p = 0,017$ ) mais ne semblaient pas répondre plus fréquemment 120 heures (2,5% vs 8,6% ;  $p = 0,102$ )

### V.5.2.2 Selon la source de l'information reçue :

Parmi les 316 patientes informées : 159 avaient été informées un professionnel de santé : médecin généraliste, sage-femme, au sein d'un centre de planification et d'éducation familiale, gynécologue ou pharmacien.

Tableau 24 - Connaissance du délai d'utilisation selon la source de l'information reçue

Délai d'utilisation	Effectifs n (pourcentages %) n = 316	
	Informées par professionnel de santé	Informées par source non médicale
24 heures	64 (40,3%)	50 (31,4%)
48 heures	46 (28,9%)	52 (32,7%)
72 heures	38 (23,9%)	35 (22%)
120 heures	3 (1,9%)	5 (3,1%)
Je ne sais	8 (5%)	15 (9,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>159</b>

Les comparaisons ne retrouvent pas de différence significative dans la répartition des réponses entre les deux groupes ( $p > 0,1$ ).

### V.5.2.3 Information reçue par les patientes ayant répondu qu'il fallait prendre la pilule d'urgence dans les 24 heures :

114 patientes répondaient que la PCU devait être prise dans les 24 heures. 94 % d'entre elles déclaraient connaître ce dispositif (figure 23).

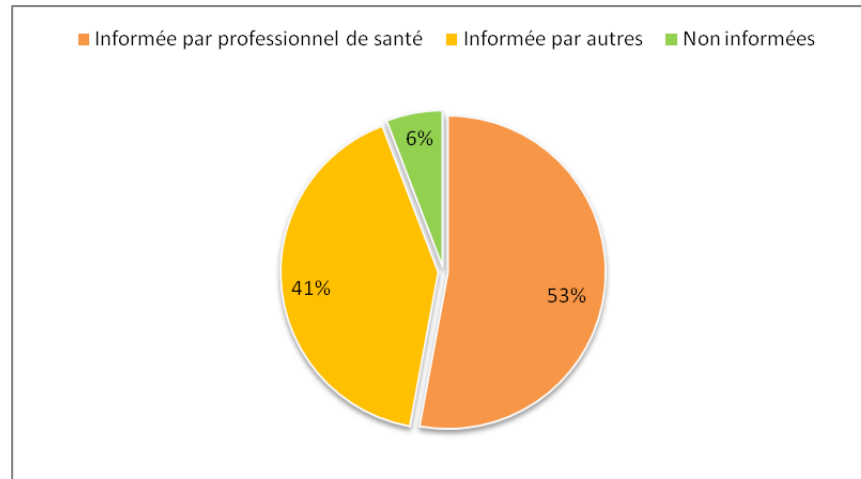


Figure 23 – Sources de l'information reçue

### V.5.3. Quel est l'avis des patientes quant à l'information sur la CU ?

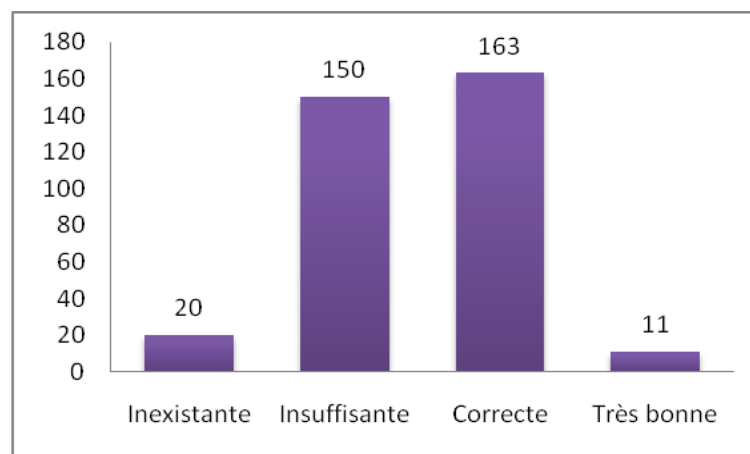


Figure 24 - Avis des patientes sur l'information sur la CU

49,4 % des patientes estimaient que l'information sur la CU est insuffisante ou inexistante. 53,5 % des patientes informées par le corps médical (83 / 155) bonne et 51,3 % des patientes informées autrement (81 / 158) estimaient que cette information est correcte ou très bonne.

## V.6. Analyses des raisons de non utilisation de la CU

### V.6.1. Première raison : « Je ne pensais pas pouvoir être enceinte »

Parmi les patientes « non utilisatrices », 211 patientes (64,5 %) avaient répondu ne pas l'avoir utilisée car elles ne pensaient pas pouvoir être enceinte. Nous avons analysé les caractéristiques et les réponses de ces patientes afin de tenter de comprendre pourquoi elles ne « pensaient pas pouvoir tomber enceinte ».

Tableau 25 - Répartition des patientes selon la raison de non utilisation de la CU

	Effectifs	Pourcentage
« je ne pensais pas pouvoir être enceinte »	211	59,8%
Autres réponses + « utilisatrices »	142	40,2%

#### V.6.1.1 Age :

Tableau 26 - Répartition selon l'âge

Age (ans)	Effectifs n (Pourcentages %)	
	Population « je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte »	Autres
≤19	22 (10,4%)	23 (16,2%)
20-29	81 (38,4%)	67 (47,2%)
30-39	87 (41,2%)	47(33,1%)
≥40	21 (10%)	5(3,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>211 (100%)</b>	<b>142(100%)</b>

L'âge moyen dans le groupe « je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte » était de  $29,6 \pm 7,3$  ans.

Il y avait plus de patientes âgées de plus de 40 ans dans ce groupe que dans le reste de notre échantillon (10 % vs 3,5 % ;  $p = 0,023$ ).

### V.6.1.2 Parité :

Tableau 27 - Répartition selon le nombre d'enfant(s)

Nombre d'enfant(s)	Effectifs n (Pourcentages %)	
	Population « je ne pensais pas pouvoir être enceinte »	Autres
Nullipares	85 (40,3%)	76 (53,5%)
≥ 1	126 (59,7%)	66 (46,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>211 (100%)</b>	<b>142 (100%)</b>

Il y avait moins de patientes nullipares dans ce groupe que dans le reste de notre échantillon (40,3 % vs 53,5 %  $p = 0,014$ ).

### V.6.1.3 Moyen de contraception antérieur

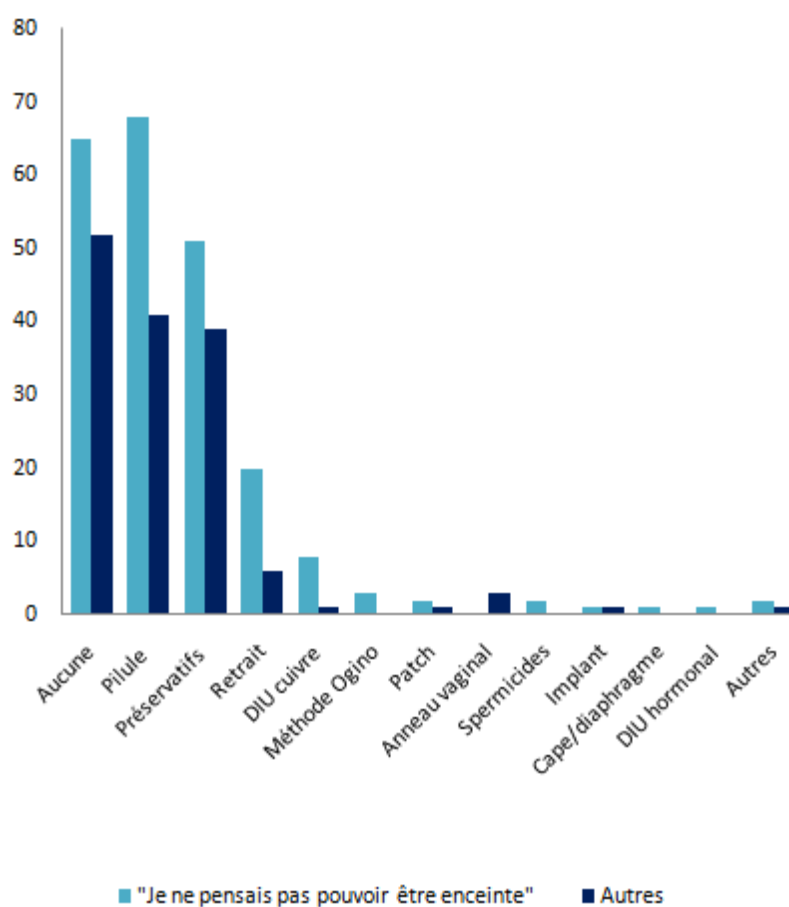


Figure 25 - Répartition selon le moyen de contraception (annexe 2)

La répartition des moyens de contraception dans cette population n'était pas différente de celle dans le reste de notre échantillon avec :

- ✓ 30,8 % des patientes qui n'utilisaient pas de moyen contraceptif contre 36,6 % dans l'autre groupe ( $p = 0,253$ ) ;
- ✓ 32,2 % contre 28,9 % qui utilisaient la pilule ( $p = 0,501$ ) ;
- ✓ 24,2% contre 27,5% qui utilisaient le préservatif ( $p = 0,543$ ).

L'organisation mondiale de la santé (OMS), classe les moyens contraceptifs en fonction de leur efficacité :

- ✓ « très efficaces » : implant, dispositif intra utérin au cuivre ou hormonal ;
- ✓ « efficaces » : pilule, patch, anneau vaginal ;
- ✓ « modérément efficaces » : préservatifs, diaphragmes utilisés avec spermicides, méthodes de connaissances du cycle ;
- ✓ « moins efficaces » : capes cervicales, spermicides seuls, retrait.

Il n'y avait pas de différence de répartition entre les deux groupes en fonction de l'efficacité des moyens contraceptifs ( $p = 0,252$ ) (tableau 28).

Tableau 28- Répartition selon l'efficacité du moyen de contraception

Moyen de contraception	Effectifs N (Pourcentages %)	
	Population « je ne pensais pas pouvoir être enceinte »	Autres
Aucune	65 (30,8%)	52 (36,6%)
Très efficace / efficace	80 (37,9%)	47 (33,1%)
Peu / pas efficace	66 (31,3%)	43 (30,3%)



#### V.6.1.4 Identification du rapport sexuel à risque :

Tableau 29 - Répartition selon la conscience du risque de grossesse

Risque grossesse si RSNP	Effectifs n (Pourcentages %)	
	Population « je ne pensais pas pouvoir être enceinte »	Autres
Pas de risque si un seul	3 (1,4%)	2 (1,4%)
Pas de risque pendant les	40 (19%)	21 (14,8%)
Quelque soit le moment	108 (51,2%)	78 (54,9%)
Seulement au milieu	56 (26,5%)	20 (14,1%)
Seulement au début	15 (7,1%)	7 (4,9%)
Je ne sais pas	30 (14,2%)	29 (20,4%)

26,5 % des patientes de ce groupe répondaient qu'un rapport sexuel non protégé (RSNP) est à risque « seulement en milieu de cycle » contre 14,1 % dans le reste de l'échantillon ( $p = 0,005$ ). Les autres comparaisons ne retrouvent pas de différence statistique significative ( $p > 0,1$ ).

#### V.6.2. Seconde raison de non utilisation : « Je n'y ai pas pensé assez tôt »

12,9 % des « non utilisatrices » n'ont pas utilisée de PCU car elles estimaient ne pas y avoir pensé assez tôt.

Quelle était la connaissance du délai d'utilisation d'une PCU de ces patientes ?

Tableau 30 - Répartition selon la connaissance du délai d'utilisation

	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
24 heures	16	42,1
48 heures	13	34,2
72 heures	8	21,1
120 heures	1	2,6
TOTAL	38	100

42,1 % pensaient qu'elle devait être prise dans les 24 heures et 34,2 % d'entre elles pensaient que la PCU devait être prise dans les 48 heures.

## VI. Discussion

---

### VI.1. Principaux résultats

**OBJECTIF PRINCIPAL : connaître le recours et l'échec de la contraception d'urgence chez les patientes consultant pour une demande d'IVG.**

#### VI.1.1. Analyse du recours et des freins à l'utilisation de la CU

##### VI.1.1.1 Un moyen sous utilisé

7 % des patientes avaient utilisé une CU au cours du cycle menant à cette IVG, soit une minorité. Pourtant, lorsque l'on considère les causes de la grossesse : 38 % des patientes citaient un problème d'utilisation du contraceptif, principalement rupture de préservatif ou oubli de pilule, cas où l'utilisation de la CU prend toute sa place. Ceci pourrait souligner soit un défaut d'information donnée à cette population féminine soit relever d'un défaut de compréhension de leur part.

La non-perception du risque de grossesse apparaît dans l'enquête comme le principal frein à son utilisation (64,5 %).

Parmi les patientes qui ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte, on retrouve une proportion plus importante de patientes de plus de 40 ans, âge à partir duquel les femmes sont considérées comme moins fertiles (10 % vs 3,5 % ;  $p = 0,023$ ). L'information sur la persistance de ce risque et la nécessité d'une protection optimale même après 40 ans semble ici faire défaut.

Par ailleurs, ces patientes étaient moins souvent nullipares (40,3 % vs 53,5 %  $p = 0,014$ ). L'investissement dans la relation de couple et la crainte de la survenue d'une grossesse peuvent intervenir ici mais nous n'avons pas recueilli le mode de relation des patientes (notamment partenaire fixe ou non) donc il est difficile d'interpréter ces résultats. On peut également se demander si l'information actuelle dans ce domaine, relevant des professionnels de santé, ne cible pas principalement les jeunes patientes, n'ayant pas encore d'enfants (notamment les adolescentes).

Dans notre série, la perception du risque de grossesse ne dépend pas de la prise d'un contraceptif au long cours ou de l'efficacité de celui-ci, ce qui laisse penser que la confiance des patientes dans leur moyen contraceptif dépend moins de son efficacité réelle que de l'adhésion à ce moyen.

Enfin, nos résultats suggèrent que ces patientes pensaient plus souvent que le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé n'existe qu'en milieu de cycle menstruel (26,5% vs 14% p = 0,005). Ceci nous semble constituer un point clé pour l'éducation de la population. Il semble essentiel de donner une meilleure conscience du risque de grossesse comme étant égal quel que soit le moment du cycle. Cette dimension acquise leur aurait permis une meilleure appréhension du risque de grossesse non désirée.

La méconnaissance du délai règlementaire pour la CU représente la deuxième cause de non utilisation (12,8 %). Les patientes qui déclaraient ne pas avoir pensé à la CU suffisamment tôt répondaient majoritairement devoir la prendre dans les 24 ou 48 heures (76,3 %). Parmi les autres raisons de non utilisation, 5 % étaient liées à la méconnaissance du dispositif, 3 % à des difficultés d'accès au dispositif et 3 % aux craintes d'utilisation. Ainsi une meilleure connaissance du délai et des modalités d'accès aurait permis à au moins 18 % des patientes « non utilisatrices » d'utiliser une CU.

#### **VI.1.1.2 Une utilisation de la PCU non optimale ?**

Les patientes qui pensaient avoir pris la PCU trop tardivement l'avaient toutes prise dans les 48 heures après le rapport sexuel non protégé (RSNP). Néanmoins, le taux de non réponse à cette question était élevé (15 %). Ainsi, une prise trop tardive du traitement reste une cause possible d'échec en fonction du moment du RSNP dans le cycle menstruel et ce, d'autant plus que le LNG a une fenêtre d'action plus courte que l'UPA. Par ailleurs, la proportion d'échec de la PCU en lien avec l'existence d'autres RSNP après la prise peut être sous estimée du fait du mode de recueil déclaratif et de la non perception du risque de grossesse par les patientes.

L'accès s'était fait librement sans ordonnance et sans prescription anticipée pour la quasi totalité des patientes. Ainsi, l'information sur la PCU semble devoir se faire principalement en amont, dans une démarche préventive car les patientes ne consultent pas lors de l'utilisation.

### **VI.1.1.3 Quid de l'ulipristal acétate et du dispositif intra - utérin au cuivre ?**

D'après les études pharmacodynamiques, l'UPA pourrait avoir une meilleure efficacité que le LNG dans cette indication avec notamment une efficacité en phase folliculaire tardive que ne possède pas le LNG. L'absence d'utilisatrice de l'UPA dans notre étude peut être liée à cette meilleure efficacité. Il semble cependant que l'UPA ne soit pas bien connue des patientes : au regard de la connaissance des délais d'utilisation, 3,5 % des patientes seulement en avaient déjà entendu parler.

Par ailleurs, 20 % seulement des patientes connaissaient l'alternative à la PCU par le DIU Cu. L'accessibilité au DIU est plus compliquée que celle de la PCU avec nécessité d'une intervention médicale supplémentaire mais il nous semble constituer une alternative intéressante notamment pour les patientes souhaitant un DIU comme contraception au long cours ou les patientes réticentes à l'idée d'utiliser une contraception hormonale.

### **VI.1.2. Comparaison des profils : qui sont les « utilisatrices » ?**

Les profils socio-démographiques des « utilisatrices » et « non utilisatrices » étaient comparables en dehors de la couverture sociale. On retrouve une proportion plus importante de patientes déclarant ne pas avoir de mutuelle ou bénéficier de l'aide à la complémentaire santé parmi les « utilisatrices » (16 % vs 4,3 % ;  $p = 0,002$ ). Il est difficile d'expliquer cette différence car l'accès à la PCU s'était fait directement et donc les patientes l'avaient payée (aucune mineure). On peut tout de même souligner qu'une moins bonne couverture sociale (Sécurité sociale seule) ne semble pas être un frein à l'accès à la CU.

Concernant les données gynécologiques, les « utilisatrices » semblaient être plus souvent nullipares que les « non utilisatrices » (62 % vs 44 % ;  $p = 0,057$ ). La notion d'ambivalence du désir de grossesse peut intervenir ici, potentiellement plus présente chez des patientes ayant déjà des enfants, une vie familiale. La question du public visé par l'information sur la CU se pose encore une fois ici (adolescentes?).

La comparaison des profils contraceptifs antérieurs à l'IVG ne retrouve pas de différence entre les « utilisatrices » et « non utilisatrices ». On peut notamment s'étonner que la proportion de patientes prenant la pilule ne soit pas plus importante dans le groupe « utilisatrices » puisque l'information sur la CU fait partie de la consultation de prescription d'une pilule.

On note tout de même que l'utilisation de la CU ne semble pas se substituer à un moyen de contraceptif de long cours dans notre série (19% des « utilisatrices n'avaient aucun moyen de contraception versus 34 % de « non utilisatrices »). Enfin, la dernière tendance observée concerne la prescription anticipée : les « utilisatrices » semblent en avoir plus bénéficié (16 % vs 6,5 % ;  $p = 0,07$ ) et ce, antérieurement à l'épisode actuel puisque 2 patientes seulement avaient utilisé une ordonnance pour se procurer la PCU dans notre étude. On peut se poser la question de la diminution des craintes des patientes par cette prescription anticipée : l'ordonnance comme garantie d'une certaine innocuité.

## **OBJECTIFS SECONDAIRES : caractériser les connaissances des patientes et l'information qu'elles ont reçue en termes de CU**

### **VI.1.3. Connaissances et représentations**

Notre étude confirme le fait que la grande majorité des patientes a déjà entendu parler de CU (90 %). Les modalités d'accès sont bien connues mais la connaissance du délai d'utilisation est encore très insuffisante et les méfaits du terme « pilule du lendemain » persistent (72,6 % des patientes pensaient que la PCU devait être prise dans les 24 ou 48 heures).

Les « utilisatrices » connaissaient mieux le délai de 72 heures, information qu'elles avaient reçue lors de la délivrance du dispositif. Cependant, elles ne connaissaient pas mieux le délai de 120 heures et donc l'existence de l'UPA, et l'alternative par le DIU Cu.

Il semble que les « utilisatrices » soient plus conscientes du risque de grossesse en fonction du moment du RSNP dans le cycle et en fonction d'un oubli de pilule. Ces connaissances améliorent la perception du risque de grossesse, principal frein à l'utilisation de la PCU. Ainsi, en améliorant l'information des patientes dans ce domaine, on peut espérer améliorer l'utilisation de la CU et ses résultats.

Les craintes liées à l'utilisation répétée apparaissent également comme un frein. On peut notamment se demander son impact parmi les 43,6 % de patientes « non utilisatrices » qui avaient déjà utilisé une CU auparavant. En effet, bien que les craintes d'utilisation répétée ne soient pas plus présentes chez les « non utilisatrices » (54% et 58%), les raisons évoquées diffèrent entre les 2 groupes :

- les craintes d'effets secondaires gynécologiques semblent plus présentes chez les « non utilisatrices » (57 % vs 33 % ;  $p = 0,082$ ) ;

- les « utilisatrices » semblent plus craindre un manque d'efficacité de la PCU (53% vs 29% ;  $p = 0,052$ ).

Nous n'avons pas exploré la connaissance du mode d'action et les craintes éventuelles en lien avec celui-ci. De plus, ces résultats sont à interpréter avec prudence dans la mesure où notre étude concerne des patientes en échec de contraception. Il serait utile de comparer avec des utilisatrices satisfaites.

Enfin, l'accessibilité ne semble pas limiter l'utilisation de la CU : on note un avis globalement favorable y compris chez les patientes habitant en zone rurale.

#### **VI.1.4. Comment les patientes évaluent-elles l'information reçue ?**

La moitié de nos patientes estimait que cette information est insuffisante ou inexistante.

On ne retrouvait pas de différence d'information reçue entre les deux groupes « utilisatrices » et « non utilisatrices ». Ces résultats sont à considérer avec prudence compte tenu de la non-significativité : est-elle liée au manque de puissance de notre étude ou à une réelle absence de différence entre les deux groupes?

- Concernant l'information globale, très peu de patientes n'étaient pas informées (10 %), avec un échantillon d' « utilisatrices » de 7 %, les résultats de cette comparaison sont difficilement interprétables.
- En revanche, les proportions de patientes informées « médicalement » et « autrement » sont comparables (154 et 159 patientes – tableau 22). Les résultats de cette dernière comparaison suggèrent que l'information donnée par les soignants n'améliore pas le recours à la CU par rapport à une information non médicale délivrée autrement (en l'occurrence : l'école, les médias ou l'entourage).

De même, 53 % des patientes ayant répondu que la PCU devait être prise dans les 24 heures avaient été informées par des soignants.

Se pose donc la question de la qualité de l'information donnée mais également celle de la pertinence de l'information retenue. On aurait pu imaginer qu'une information individualisée donnée par un soignant ait plus de poids qu'une information collective (médias/école) ou par l'entourage.

Alors que les patientes paraissent correctement informées, cette information ne rime pas avec qualité des connaissances : peu de patientes informées connaissaient le délai réel d'utilisation et ce, quelque soit la source d'information.

## **VI.2. Validité interne : les faiblesses de l'étude**

### **VI.2.1. Biais de sélection**

- La population d'étude :

La CU concerne les patientes à risque de grossesse non désirée et notre étude à été menée chez des patientes consultant pour une IVG.

La considération des patientes pour qui la CU a permis d'éviter la grossesse aurait pu nous permettre de mieux identifier les causes d'échec et les manquements d'information des « non utilisatrices ». Par ailleurs, bien que nous ayons choisi de mener l'étude sur 3 centres pour avoir une population plus diversifiée, notre échantillon n'est pas strictement représentatif de l'ensemble des patientes en demande d'IVG.

- Manque de données :

Le questionnaire était rempli par les patientes seules puis les incompréhensions étaient revues avec les professionnels de santé. Cependant, le questionnaire comprenant 22 questions, il était difficile lors des consultations de reprendre chaque question avec les patientes (manque de temps). Le taux de réponse global reste satisfaisant (59%) mais on peut imaginer que les non réponses concernent particulièrement des patientes ne parlant pas français ou ne comprenant pas les questions, ce qui induit un manque de représentativité de la population étudiée.

### **VI.2.2. Biais de mesure**

- Données déclaratives :

Nous n'avons pas fait de parallèle entre les données déclarées par les patientes et les éléments de leur dossier puisque l'enquête est anonyme. Ce mode de recueil constitue un biais de mesure, tant pour les données administratives (si la question n'est pas bien comprise) que pour les données sur les expériences de vie, l'information reçue et les connaissances relatives à la CU avec parfois le désir pour les patientes de vouloir « bien répondre » aux questions.

- Etude quantitative et non qualitative :

Pour faciliter les réponses et donc augmenter le taux de participation, nous avons choisi de formuler l'ensemble des questions à choix multiples, en mode fermé. Nous avons toujours pris soin de permettre une réponse « autre » ou « je ne sais pas ».

Cependant, les questions fermées sont toujours plus orientées que les questions ouvertes et entraînent une perte de spontanéité dans les réponses. Seule la question sur la connaissance des lieux de délivrance était ouverte. Une étude qualitative aurait été plus adaptée à l'étude des connaissances et expériences antérieures mais la faisabilité chez cette population est difficile.

- Biais de mémorisation :

En faisant appel aux connaissances des patientes et à leur vécu, nous nous heurtons nécessairement à un biais de mémorisation. Pour l'exemple, très peu de patientes citaient le nom de la PCU utilisée probablement car elles avaient oublié ce nom depuis la prise.

### **VI.2.3. Biais d'analyse et facteurs de confusion :**

Notre population d' « utilisatrices » n'est pas suffisante, ceci entraîne un manque de puissance dans l'étude. De nombreux résultats de nos comparaisons ne sont pas significatifs.

Nous avons uniquement recueilli l'information retenue par les patientes. Nous ne pouvons pas faire de parallèle avec l'information donnée par les différents interlocuteurs et identifier ce que les patientes retiennent réellement des informations de santé données. Si le type d'intervenant ne semble pas influencer la qualité de l'information retenue dans cette étude, on devine l'existence de nombreux facteurs de confusion tels que le moment de la délivrance du message, la capacité de la patiente à recevoir ce message, à le retenir et à le réutiliser.



### **VI.3. Comparaisons des résultats avec la littérature**

#### **VI.3.1. Caractéristiques de notre population :**

##### **VI.3.1.1 L'âge :**

L'âge moyen était de 28 ans et les mineures représentaient 4 % de notre échantillon, des chiffres comparables aux données de la littérature. En 2011, selon l'institut national d'études démographiques (INED) l'âge moyen des patientes ayant recours à l'IVG était de 27,5 ans avec 6 % de mineures [50].

##### **VI.3.1.2 Situation socioprofessionnelle :**

57,5 % des patientes de notre échantillon déclaraient avoir une activité professionnelle. Selon l'INSEE en 2014 en France, le taux d'activité global des femmes était de 33,7 % chez les 15-24 ans et de 83,8 % chez les 25-49 ans [51].

La répartition par tranche d'âge montre que 65 % des patientes de notre échantillon avaient entre 25 et 49 ans, ce qui suggère que le taux d'activité des femmes de notre étude était inférieur à celui dans la population générale. En revanche, ce taux d'activité est concordant avec les données d'autres études menées en centre d'IVG : en 2010, une étude de thèse au sein du centre d'IVG de Limoges retrouvait 49 % de femmes « actives » [52] ; les données de l'INED de 2011 montrent que 52 % des patientes réalisant une IVG en France ont une activité professionnelle [53]. On peut ici se poser la question de l'instabilité socioprofessionnelle voire des difficultés financières comme cause de recours à l'IVG chez ces patientes.

Par ailleurs, 64 % des patientes ayant une activité professionnelle dans notre étude étaient des Employées. Il s'agit également de la classe professionnelle la plus représentée chez les femmes françaises mais le taux dans la population générale est inférieur à celui de notre étude : en 2016, les Employées représentaient 43,2 % des femmes actives de 15 à 64 ans [54]. En revanche, ce sont les Cadres et professions intellectuelles supérieures et les Professions intermédiaires qui semblent moins représentées dans notre étude que dans la population générale (respectivement 7,3 % vs 14,9 % et 18,8 % vs 28,2 % - annexe 10). Là encore, on peut supposer que le niveau de vie a pu influencer sur la décision du recours à l'IVG.

### **VI.3.1.3 Couverture sociale :**

Les bénéficiaires de la CMU représentaient 24% de notre échantillon alors qu'ils représentaient 7 % de la population générale en France en 2014 (annexe 4). Cette donnée était recueillie pour tenter d'évaluer le statut économique des patientes : selon les données de l'assurance maladie, le plafond de ressources annuelles pour bénéficier de la CMU est de 8723 euros (personne seule - avril 2017). Il semble donc y avoir une proportion plus importante de patientes ayant un faible revenu dans notre échantillon par rapport à la population générale. Ces données rejoignent les précédentes sur la précarité de la situation économique des patientes consultant pour une IVG. Elles posent également la question de la qualité de la couverture contraceptive chez ces patientes « précaires », du choix qui s'offre à elles et de leur niveau d'information.

### **VI.3.1.4 Moyen de contraception utilisé et cause de la grossesse actuelle :**

Un tiers des patientes n'avait pas de moyen de contraception, un chiffre concordant avec les données d'une enquête de la DREES de 2007 dans laquelle 36 % des patientes ayant recours à une IVG n'avait aucun moyen de contraception au long cours [48].

Parmi les patientes qui prenaient une pilule œstro-progestative, 87 % prenaient une pilule de seconde génération, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

L'organisation mondiale de la santé classe les contraceptifs selon leur efficacité en fonction de l'indice de Pearl en utilisation courante (soit le nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée pendant 12 mois) :

- ✓ « très efficaces » : implant, dispositif intra utérin hormonal ou au cuivre ;
- ✓ « efficaces » : pilule, patch, anneau vaginal ;
- ✓ « modérément efficaces » : préservatifs, diaphragmes utilisés avec spermicides, méthodes de connaissances du cycle ;
- ✓ « moins efficaces » : capes cervicales, spermicides seuls, retrait.

112 patientes de notre étude utilisaient une méthode dite « modérément efficace » ou « moins efficace » soit un total de 65 % des patientes qui utilisaient une méthode de contraception peu fiable ou qui n'utilisaient pas de contraception au long cours.

En accord avec le modèle contraceptif français, les deux moyens de contraceptions les plus employés étaient la pilule et le préservatif – moyens soumis à de grande variabilité d'efficacité selon les modalités d'utilisation. Ainsi, les deux premières causes à l'origine de cette grossesse non désirée étaient l'absence de contraception (44 %) suivie par les problèmes d'utilisation des contraceptifs (39 %) dont 93 % concernaient l'utilisation d'une pilule ou d'un préservatif. La question de l'individualisation des prescriptions de contraceptif prend ici tout son sens.

### **VI.3.2. Validité externe des principaux résultats:**

#### **VI.3.2.1 La sous-utilisation de la contraception d'urgence**

Notre proportion d'« utilisatrices » est concordante avec les données de la littérature. Dans une étude suédoise menée en 2000 auprès de 591 patientes d'un centre d'IVG, 2,8 % avaient utilisé une CU [55]. Si l'on considère des données plus récentes d'études de thèse au sein de centres d'IVG, la proportion de patientes ayant utilisé une CU est en moyenne de 10 % [56][57].

Parallèlement, dans la population générale, l'enquête du baromètre santé de 2010 retrouvait 11 % d'utilisation dans les 12 derniers mois parmi les femmes interrogées [45].

Ainsi, malgré l'augmentation croissante des ventes de CU ces 10 dernières années (730 000 en 2002 et 1 400 000 en 2012 [36]), le recours à ce traitement reste insuffisant. Nos résultats suggèrent que ce recours n'est pas systématique après un rapport sexuel non ou mal protégé par difficultés d'identification du risque de grossesse. De plus, il semblerait que même chez les patientes ayant identifié ce risque, ce recours ne soit pas systématique. En 2014, dans une enquête conduite sur Internet auprès de femmes de 16 à 45 ans représentatives de la population française, 20% des 760 patientes dites « à risque » (à savoir des patientes ayant arrêté leur contraception ou ayant eu un problème d'utilisation dans les 12 derniers mois) avaient eu recours à une CU [59].

Ainsi, l'éducation des patientes sur la notion d'identification du rapport sexuel à risque va de pair avec l'information sur la nécessité d'une utilisation systématique de ce moyen de rattrapage en cas de rapport sexuel non ou mal protégé.

### **VI.3.2.2 La non perception du risque de grossesse comme frein principal**

Elle apparait comme frein principal à l'utilisation de la CU dans l'ensemble des études sur ce sujet, comme dans notre série.

Cette dimension a notamment été étudiée en 2002 auprès de 1365 patientes de centres d'IVG de Paris et Montpellier : 57,7 % des femmes n'avaient pas eu conscience du risque de grossesse lors du rapport menant à cette IVG.

Comme dans notre étude, la perception du risque de grossesse était meilleure chez les nullipares.

Il y avait une différence en fonction du moyen de contraception utilisé au long cours mais qui, comme dans notre étude, ne semblait pas liée à son efficacité : par exemple, les patientes utilisant la pilule ne se sentaient pas moins à risque de grossesse imprévue que celles utilisant une méthode d'abstinence périodique [60].

Finalement, la confiance que les patientes ont dans leur contraception ne serait pas directement liée à son efficacité théorique.

En ce sens, une étude sociologique qualitative menée en 2007 auprès de 73 femmes françaises de 15 à 25 ans, apporte deux notions supplémentaires dans l'identification du rapport sexuel à risque [61]:

- l'investissement dans la relation de couple : le recours à une protection ne serait pas systématique dès lors qu'un sentiment de sécurité, de confiance s'est instauré dans le couple ;
- la reconnaissance du rapport sexuel : plusieurs patientes n'avaient pas eu recours à une CU dans les suites d'une agression sexuelle car prendre cette CU les contraignait à accepter ce rapport, à l'inscrire dans leur histoire personnelle.

Cette notion de perception du risque de grossesse est donc très complexe et il parait difficile d'agir sur l'ensemble des facteurs intervenants. Notre étude a mis en avant deux points qui semblent favoriser le recours à la CU et qui pourront être corrigés en améliorant l'éducation des patientes :

- la connaissance du risque de grossesse quelque soit le moment du rapport sexuel non protégé dans le cycle menstruel ;
- et la celle du risque de grossesse en cas d'oubli de pilule : quelque soit le moment de l'oubli dès lors qu'il dépasse 12 heures pour toutes les contraceptions hormonales orales en dehors de la pilule progestative Microval® avec laquelle le risque existe dès un oubli de 3 heures [62].

### **VI.3.2.3 La prescription anticipée**

Les données de l'enquête internet de 2014 renforcent nos résultats à propos de la prescription anticipée : 54 % des 2400 patientes (françaises de 16 à 45 ans non stériles ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois) déclaraient qu'elles aimeraient avoir cette CU chez elles en cas de nécessité [59].

Cette question fait débat au sein des sociétés savantes :

- la HAS ne la recommande pas systématiquement mais seulement au cas par cas et notamment pour : « les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces ». C'est également le cas de plusieurs recommandations britanniques, et états-uniennes.
- la société française de gynécologie, l'inspection générale des affaires sociales, l'organisation mondiale de la santé recommandent quant à eux sa prescription systématique.

Néanmoins, tous s'accordent sur une information systématique à dispenser à toute femme en âge de procréer. Les craintes principales des professionnels face à cette prescription anticipée sont l'utilisation de la CU comme substitut à une contraception de long cours ce qui ne semble pas être le cas dans notre étude, et la diminution de vigilance face aux risques des infections sexuellement transmissibles (IST). Nous pensons qu'il est important de différencier le préservatif en tant que barrière contre les IST de sa fonction contraceptive et de l'évoquer également à chaque consultation. La contraception hormonale y compris celle d'urgence ne peut se substituer à la protection infectieuse qu'exerce le préservatif. Au total, rappelons que seulement 24 % des patientes de la série utilisaient le préservatif seul comme méthode contraceptive.

### **VI.3.2.4 Connaissances et information des patientes**

Il semble il y avoir eu une bonne diffusion de l'information depuis les années 2000 : dans une étude menée en 2002 en population générale française (enquête téléphonique auprès de 397 femmes de 18 à 44 ans), 71 % d'entre elles avaient déjà entendu parler de CU [63] versus 90 % dans notre échantillon. En revanche, seulement 25 % des patientes connaissaient le délai de 72 heures soit un taux similaire à celui retrouvé dans notre étude (24%), 15 ans après.

Parallèlement, 6 ans après sa mise sur le marché, le délai d'utilisation de l'UPA n'est connu que de 3,5% de nos patientes. Si la diffusion de l'information semble avoir été efficace, c'est bel et bien la qualité du message enregistré par les usagers qui pêche. Ceci laisse entrevoir une dimension à intégrer dans le discours du soignant qui doit s'assurer, au moment de la prescription que l'information dispensée est bien comprise par la patiente.

Ces résultats soulèvent également une autre question, celle du lien entre la méconnaissance de l'ulipristal acétate par les patientes et sa méconnaissance par les professionnels de santé ? En effet, peu d'études en lien avec la connaissance des soignants en termes de CU distinguent les données recueillies pour l'UPA et pour le LNG. D'autre part, selon une thèse ayant enquêté sur les connaissances de 72 médecins généralistes vosgiens réalisée en 2012, 27,8 % des médecins citaient l'UPA quand 97,2 % citaient le LNG. De même, ces médecins étaient peu nombreux à connaître l'indication du DIU au cuivre comme contraception d'urgence (19,4 %) [59].

Dans l'étude de 2002 conduite au sein de centres IVG de Paris et Montpellier, la plupart des patientes avait été informée via les médias (54,4 %) ou l'entourage (39,7 %) [60]. Dans notre étude, 39,4 % des patientes avaient été informées par leur entourage mais seulement 20 % par les médias. En 2002, le lévonorgestrel devenait accessible sans prescription ce qui a été à l'origine d'une forte médiatisation. L'information par les médias paraît moins présente aujourd'hui mais il semblerait que ce soit au profit de l'information par les soignants (44,2 %), ce qui renforce notre rôle en matière d'éducation et nous impose une stratégie d'évaluation des acquis de nos patientes.

## **VI.4. Perspectives et voies de recherche**

### **VI.4.1. Voies d'amélioration identifiées**

Dans notre étude, malgré 90% des patientes qui connaissent la CU, de lourdes carences d'information persistent. Deux axes principaux se dégagent pour limiter le risque de grossesse non souhaitée. Il nous semble impératif de préciser :

- ✓ la notion essentielle de risque de grossesse en fonction du rapport sexuel non protégé : moment du cycle menstruel et oubli de pilule ;
  
- ✓ la connaissance des délais d'utilisation de la CU et notamment son allongement à 120 heures avec l'ulipristal acétate.

Même s'il est peu évoqué par nos patientes (1 %), le coût des dispositifs est un frein à prendre en compte du fait de la grande différence de prix entre l'UPA et le LNG : 18,6 euros pour EllaOne® contre 3 à 6 euros pour Norlevo® et ses médicaments génériques. Les patientes se procurent la PCU sans ordonnance donc les majeures paient ce dispositif.

A notre échelle ce constat nous fait poser question : comment peut-on accepter que le dispositif dit « plus efficace » leur coute 3 fois plus cher ?

Notre étude nous paraît renforcer le fait que la prescription anticipée doit être systématiquement envisagée et que l'information sur la CU doit être la plus large possible : toute femme peut être confrontée à ce besoin quelque soit son âge, son mode de vie, sa situation socio-économique.

La facilité d'accès est un véritable progrès apprécié par les patientes mais il ne faut pas oublier son implication principale, celle d'une information nécessairement délivrée en amont, puisque les patientes ne consultent généralement pas au moment de la situation à risque.

#### **VI.4.2. Perspectives**

Une étude plus étendue prenant en compte l'ensemble des utilisatrices de la CU serait nécessaire pour étayer ces résultats. Elle reste difficile à dessiner dans la mesure où les moyens d'accès à la CU sont pluriels.

De plus, les connaissances, les craintes, les choix et l'attitude des praticiens ne sont pas explorés ici.

Enfin, pour identifier des pistes d'amélioration de l'éducation des patientes, il serait intéressant de faire le parallèle avec l'information donnée, les moyens utilisés (supports) et l'information retenue (évaluation).

Une étude focalisée sur les utilisatrices de la CU pourrait également être envisagée pour mieux appréhender les échecs de ces dispositifs : concernent-ils plus le lévonorgestrel ? Quid de l'association avec les contraceptions hormonales ? En effet, aucune étude n'a étudié l'efficacité des contraceptions d'urgence chez des patientes sous contraception hormonale au long cours.

La prise de l'ulipristal acétate nécessiterait un arrêt de la contraception orale pendant 7 jours. Une attention particulière devra être portée sur ce point lors de l'information délivrée car cette association hormonale semble diminuer son efficacité et pourra donc être une cause d'échec.

La difficulté dans l'étude de l'efficacité de ces dispositifs en condition réelle est qu'il est impossible d'évaluer les patientes pour qui la CU a réellement permis d'éviter la grossesse en les différenciant de celles chez qui une grossesse ne serait pas survenue même si la CU n'avait pas été prise.

La place du DIU au cuivre dans les contraceptifs d'urgence est encore à faire. Dans notre étude nous nous sommes seulement intéressés à la connaissance de ce dispositif. On pourrait envisager une étude sur son acceptabilité.

Parmi les patientes en situation de risque de grossesse non désirée, combien choisirait ce type de contraception d'urgence si elle leur était proposée? La question de la formation des praticiens à la pose du DIU se pose également : le médecin généraliste reste le praticien le plus facilement accessible en « urgence » mais peu d'entre eux se sentent à l'aise pour cet acte.



## Conclusion

---

La contraception d'urgence est un concept fondamental dans le contrôle des naissances. Les efforts ont jusqu'ici concerné son accessibilité avec une disposition sans prescription médicale et notre étude montre que ces conditions d'accès sont connues et appréciées des patientes. Cependant, on ne peut pas en dire autant de l'information sur le délai d'administration qui reste très insuffisante.

S'il s'agit d'une urgence pour les patientes et pour le pharmacien, elle ne l'est jamais pour les cliniciens : l'information doit être systématique, en amont de tout besoin et répétée voire écrite pour permettre aux patientes d'en disposer en cas de nécessité. Il existe à ce propos des documents type « flyer » qui ont, à notre sens, toute leur utilité. La prescription anticipée, si elle n'est pas systématique, semble favoriser son utilisation et doit systématiquement être envisagée par le prescripteur qui devra s'assurer que les modalités de recours et de bon usage sont comprises.

Enfin, la contraception d'urgence doit être replacée dans le paysage contraceptif français. Notre objectif premier reste la diminution du recours à l'IVG qui représente une épreuve pour chaque femme. Il est donc primordial d'œuvrer pour l'individualisation des prescriptions, de sortir du modèle préconçu, de démystifier les méthodes de long cours et de mettre en pratique le célèbre slogan « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Encore faut-il avoir le choix pour pouvoir choisir. On peut féliciter l'instauration d'une cotation spécifique pour la première consultation de contraception dans la nouvelle convention médicale, qui permettra aux praticiens de s'accorder plus de temps sur ces consultations.

Mais gardons à l'esprit que ce sont bien souvent nos propres craintes et nos connaissances spécifiques qui limitent les prescriptions et conseils délivrés aux patientes.

## Références bibliographiques

---

- [1] C. A. Quarini, « History of contraception », *Women's Health Medicine*, vol. 2, n° 5, p. 28- 30, sept. 2005.
- [2] G. Pincus, J. Rock, C.-R. Garcia, E. Rice-Wray, M. Paniagua, et I. Rodriguez, « Fertility control with oral medication », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 75, n° 6, p. 1333- 1346, juin 1958.
- [3] S. Christin-Maitre, « History of oral contraceptive drugs and their use worldwide », *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 27, n° 1, p. 3- 12, févr. 2013.
- [4] A. A. Haspels, « Emergency contraception: A review », *Contraception*, vol. 50, n° 2, p. 101- 108, août 1994.
- [5] H. von Hertzen *et al.*, « Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial », *The Lancet*, vol. 360, n° 9348, p. 1803- 1810, déc. 2002.
- [6] P. C. Ho et M. S. W. Kwan, « A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception », *Hum. Reprod.*, vol. 8, n° 3, p. 389- 392, mars 1993.
- [7] J. Lippes, T. Malik, et H. J. Tatum, « The postcoital copper-T », *Adv Plan Parent*, vol. 11, n° 1, p. 24- 29, 1976.
- [8] F. Lagrange, « Contraception. 4e édition. D. Serfaty. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux (2011). 592 pp., 62 €, ISBN: 9782294709210 », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, vol. 47, n° 2, p. 143, juin 2012.
- [9] « Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>. [Consulté le: 10-févr-2017].
- [10] « Accueil | Légifrance, le service public de l'accès au droit - Accueil ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>. [Consulté le: 12-févr-2017].
- [11] McLaren Angus, *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Noësis. Paris, 1996.
- [12] S. Christin-Maitre, « Chapitre 1 - Cycle menstruel A2 - Raccah-Tebeka, Brigitte », in *La Contraception en Pratique*, G. Plu-Bureau, Éd. Paris: Elsevier Masson, 2013, p. 3- 8.
- [13] G. Robin et S. Catteau-Jonard, « Chapitre 6 - Physiologie et méthodes d'exploration du cycle menstruel », in *Endocrinologie en Gynécologie et Obstétrique*, Paris: Elsevier Masson, 2012, p. 63- 79.
- [14] B. Ducornet, G. Abiven, et M.-L. Raffin-Sanson, « Contrôle hypothalamique des sécrétions hormonales antéhypophysaires », *EMC - Endocrinologie*, vol. 2, n° 4, p. 209- 230, déc. 2005.

- [15] C. Dubest et M. Pugeat, « Gonadotrophines hypophysaires : physiologie et exploration fonctionnelle », *EMC - Endocrinologie*, vol. 2, n° 4, p. 231- 240, déc. 2005.
- [16] A. J. Wilcox, C. R. Weinberg, et D. D. Baird, « Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation — Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby », *New England Journal of Medicine*, vol. 333, n° 23, p. 1517- 1521, déc. 1995.
- [17] A. J. Wilcox, D. Dunson, et D. D. Baird, « The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study », *BMJ*, vol. 321, n° 7271, p. 1259- 1262, nov. 2000.
- [18] A. J. Wilcox, D. B. Dunson, C. R. Weinberg, J. Trussell, et D. D. Baird, « Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives », *Contraception*, vol. 63, n° 4, p. 211- 215, avr. 2001.
- [19] G. Piaggio, N. Kapp, et H. von Hertzen, « Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials », *Contraception*, vol. 84, n° 1, p. 35- 39, juill. 2011.
- [20] « Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception », *The Lancet*, vol. 352, n° 9126, p. 428- 433, août 1998.
- [21] L. Cheng, Y. Che, et A. M. Gülmezoglu, « Interventions for emergency contraception », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 8, p. CD001324, août 2012.
- [22] D. B. Najera, « Emergency contraception: Focus on the facts », *JAAPA*, vol. 29, n° 1, p. 20- 24; quiz 1, janv. 2016.
- [23] Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit, « FFPRHC Guidance (April 2006). Emergency contraception », *J Fam Plann Reprod Health Care*, vol. 32, n° 2, p. 121- 128; quiz 128, avr. 2006.
- [24] M. Durand *et al.*, « On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception », *Contraception*, vol. 64, n° 4, p. 227- 234, oct. 2001.
- [25] K. Gemzell-Danielsson, C. Berger, et L. P.G.L., « Emergency contraception — mechanisms of action », *Contraception*, vol. 87, n° 3, p. 300- 308, mars 2013.
- [26] Trussel J, Raymond EG, et Cleland K, « Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. », oct. 2015.
- [27] P. Stratton *et al.*, « A single mid-follicular dose of CDB-2914, a new antiprogestin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women », *Hum. Reprod.*, vol. 15, n° 5, p. 1092- 1099, mai 2000.

- [28] G. S. Palanisamy *et al.*, « A novel pathway involving progesterone receptor, endothelin-2, and endothelin receptor B controls ovulation in mice », *Mol. Endocrinol.*, vol. 20, n° 11, p. 2784- 2795, nov. 2006.
- [29] V. Brache *et al.*, « Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture », *Hum. Reprod.*, vol. 25, n° 9, p. 2256- 2263, sept. 2010.
- [30] V. Brache, L. Cochon, M. Deniaud, et H. B. Croxatto, « Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens », *Contraception*, vol. 88, n° 5, p. 611- 618, nov. 2013.
- [31] P. Fine, H. Mathé, S. Ginde, V. Cullins, J. Morfesis, et E. Gainer, « Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception », *Obstet Gynecol*, vol. 115, n° 2 Pt 1, p. 257- 263, févr. 2010.
- [32] J. Trussell, G. Rodríguez, et C. Ellertson, « New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception », *Contraception*, vol. 57, n° 6, p. 363- 369, juin 1998.
- [33] A. F. Glasier *et al.*, « Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis », *The Lancet*, vol. 375, n° 9714, p. 555- 562, févr. 2010.
- [34] C. Moreau et J. Trussell, « Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception », *Contraception*, vol. 86, n° 6, p. 673- 680, déc. 2012.
- [35] C. Jamin, « Contraception d'urgence : différence d'efficacité entre lévonorgestrel et ulipristal acétate selon le diamètre folliculaire au moment du rapport non protégé », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 43, n° 3, p. 242- 247, mars 2015.
- [36] Hamers F., « Contraception d'urgence Prescription et délivrance à l'avance », HAS, 2013.
- [37] S. T. Cameron, C. Berger, L. Michie, C. Klipping, et K. Gemzell-Danielsson, « The effects on ovarian activity of ulipristal acetate when "quickstarting" a combined oral contraceptive pill: a prospective, randomized, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study », *Hum. Reprod.*, vol. 30, n° 7, p. 1566- 1572, juill. 2015.
- [38] J. B. Stanford et R. T. Mikolajczyk, « Mechanisms of action of intrauterine devices: Update and estimation of postfertilization effects », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 187, n° 6, p. 1699- 1708, déc. 2002.
- [39] B. L. Sheppard, « Endometrial morphological changes in IUD users: A review », *Contraception*, vol. 36, n° 1, p. 1- 10, juill. 1987.
- [40] A. J. Wilcox, D. D. Baird, et C. R. Weinberg, « Time of Implantation of the Conceptus and Loss of Pregnancy », *New England Journal of Medicine*, vol. 340, n° 23, p. 1796- 1799, juin 1999.

- [41] K. Cleland, H. Zhu, N. Goldstuck, L. Cheng, et J. Trussell, « The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience », *Hum. Reprod.*, vol. 27, n° 7, p. 1994- 2000, juill. 2012.
- [42] C. Jamin *et al.*, « Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 43, n° 9, p. 571- 574, sept. 2015.
- [43] N. Bajos, M. Rouzard-Cornabas, H. Panjo, et A. Bohet, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population Sociétés*, 2014.
- [44] N. Bajos, A. Bohet, M. Le Guen, et C. Moreau, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Populations Sociétés*, 2012.
- [45] F. Beck et J.-B. Richard, « Les comportements de santé des jeunes », *Analyses du Baromètre santé*, p. 1-27, 2010.
- [46] C. Aubin et D. J. Menninger, « La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence », *Inspection générale des affaires sociales*, 2009.
- [47] « Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux », *INPES Dossier de presse*, 2007.
- [48] « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>. [Consulté le: 30-janv-2017].
- [49] Cohen J., Madelenat P., et Levy-Toledano R., *Gynécologie et santé des femmes quel avenir pour la France?*, ESKA. .
- [50] M. Mazuy, L. Toulemon, et É. Baril, « Population Sociétés », *Âge*, vol. 29, n° 30, p. 31, 2015.
- [51] « Statistiques | Insee ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>. [Consulté le: 21-mai-2017].
- [52] A.-S. Cristou, « Etude analytique des interruptions volontaires de grossesse réalisée en 2010 à l'HME (Limoges) (à propos de 946 cas) », Limoges, 2010.
- [53] Commission IVG - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « IVG : état des lieux et perspective d'évolution du système d'information », juill. 2016.
- [54] « Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2016 | Insee ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes>. [Consulté le: 30-mai-2017].
- [55] G. Aneblom, M. Larsson, V. Od lind, et T. Tydén, « Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among swedish women

presenting for induced abortion », *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, n° 2, p. 155- 160, févr. 2002.

- [56] M. Macchi, « Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG. », Université de Paris IV Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2010.
- [57] Haderli D., « Evaluation de l'application du modèle BERCER chez les femmes en situation de difficultés contraceptives », Limoges, 2015.
- [58] M. B. Sørensen, B. L. Pedersen, et L. E. Nyrnberg, « Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse », *Contraception*, vol. 62, n° 1, p. 1- 3, juill. 2000.
- [59] C. Jamin et M. Lachowsky, « Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 44, n° 8, p. 706- 714, oct. 2015.
- [60] C. Moreau, J. Bouyer, H. Goulard, et N. Bajos, « The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions », *Contraception*, vol. 71, n° 3, p. 202- 207, mars 2005.
- [61] Y. Amsellem-Mainguy, « Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes », Université René Descartes-Paris V, 2007.
- [62] Haute Autorité de Santé, « Contraception hormonale orale : dispensation en officine ». déc-2013.
- [63] H. Goulard, N. Bajos, et N. Job-Spira, « Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 31, n° 9, p. 724- 729, sept. 2003.
- [64] Kalt Pauline, « 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) », Université de Lorraine Faculté de Nancy, 2012.

## Annexes

---

Annexe 1. Questionnaire .....	112
Annexe 2. Compléments de résultats de l'enquête .....	116
Annexe 3. Répartition des catégories socioprofessionnelles en France.....	119
Annexe 4. Bénéficiaires de la CMU – Moyenne par département – .....	120

## Annexe 1. Questionnaire

### 1<sup>ère</sup> partie : données générales et grossesse actuelle

1. Quel âge avez-vous ?..... Quel est votre poids ? ..... Votre taille ? .....

2. Quelle est votre profession ?.....

\*Si sans profession :  Femme au foyer  Chômage  Etudiante  
 Autre : .....

3. Quelle est votre couverture sociale ?

Sécurité sociale + mutuelle  Sécurité sociale  CMU  
 AME  Aucune  Autre : .....

4. Où habitez- vous ? (commune) .....

5. Avez-vous des enfants ?  Oui  Non \*Si oui, combien ?.....

6. Avez- vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse ?

Oui  Non \*Si oui, combien de fois ? .....

7. Quelle(s) contraception(s) utilisiez –vous au moment où vous avez appris que vous étiez enceinte ? (plusieurs réponses possibles)

Méthode Ogino  Retrait  Implant  Patch hormonal  
(courbe de température)  
 Ovules/crèmes spermicides  Stérilet au cuivre  Stérilet hormonal  Anneau vaginal  
 Pilule ? (nom :....)  Préservatifs  Diaphragme/cape cervicale  Aucune

Autres : .....

8. Comment expliquez-vous la survenue de la grossesse actuelle ?

- Absence de contraception
- Grossesse initialement désirée
- Aucune idée !
- Problème d'utilisation (oubli de pilule/rupture préservatif/décollement du patch...) Précisez :.....
- Vomissements / diarrhées dans les suites de la prise de la pilule
- Autres :...



9. Avez-vous utilisé une pilule d'urgence pour cette grossesse ?  Oui  Non

\*Si NON utilisée : selon vous, quelle est LA raison principale (une seule réponse) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte                      | <input type="checkbox"/> Je l'ai déjà prise trop souvent  |
| <input type="checkbox"/> Je ne connaissais pas ce moyen de rattrapage                   | <input type="checkbox"/> J'ai peur des effets secondaires |
| <input type="checkbox"/> Je le connaissais mais je n'y ai pas pensé assez tôt           | <input type="checkbox"/> C'était trop cher                |
| <input type="checkbox"/> Je ne savais pas où me la procurer                             | <input type="checkbox"/> Refus du pharmacien              |
| <input type="checkbox"/> J'y ai pensé mais je n'avais pas accès à un lieu de délivrance | <input type="checkbox"/> Je n'avais pas d'ordonnance      |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....  |   |

\*Si OUI, vous avez utilisé une pilule d'urgence :

-laquelle ? .....

-dans quel délai après le rapport non protégé ? .....

-où vous l'êtes-vous procurée ? .....

-aviez- vous une ordonnance ?  Oui  Non

\*Si OUI de qui ? .....

-aviez-vous une pilule d'urgence d'avance chez vous ?  Oui  Non

-avez- vous une idée de la raison pour laquelle elle n'a pas permis

d'éviter la grossesse ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vomissements ou diarrhées dans les suites de la prise | <input type="checkbox"/> Prise trop tard | <input type="checkbox"/> Aucune idée ! |
| <input type="checkbox"/> Autres rapports non protégés après la prise           | <input type="checkbox"/> Autres : .....  |  |

<b>2<sup>ème</sup> partie : informations reçues et expériences antérieures</b>
--

10. Avez – vous déjà entendu parler de pilule d'urgence ?  Oui  Non

\*Si OUI : Où ? Par qui ? (plusieurs réponses possibles)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste                              | <input type="checkbox"/> Sage femme     | <input type="checkbox"/> Gynécologue    |
| <input type="checkbox"/> Média, internet, journaux                        | <input type="checkbox"/> Amis / famille | <input type="checkbox"/> Pharmacien     |
| <input type="checkbox"/> Centre de planification et d'éducation familiale | <input type="checkbox"/> Ecole          | <input type="checkbox"/> Autres : ..... |

**11. Vous a-t-on déjà prescrit une pilule d'urgence lors d'une consultation pour votre contraception ?**  Oui  Non

**12. Avez – vous déjà utilisé une contraception d'urgence dans votre vie ?**  
 Une fois  Plusieurs fois  Non

**13. Avez – vous déjà rencontré des difficultés pour obtenir une pilule d'urgence ?**  Oui  Non **\*Si OUI, pourquoi ?.....**

**14. Selon vous, de combien de temps dispose t'on pour utiliser une pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé ?**

- <24h (1 jour)  <48h (2 jours)  <72h (3 jours)  
 < 120h (5 jours)  ne sait pas

**15. Pensez-vous qu'une ordonnance soit nécessaire pour se procurer une pilule d'urgence?**  Oui  Non

**16. Selon vous, quels sont les lieux où l'on peut se procurer une pilule d'urgence ?** (plusieurs réponses possibles) .....

**17. Auriez – vous peur de devoir utiliser une pilule d'urgence ?**

- Oui  Non

**Auriez- vous peur de devoir utiliser à plusieurs reprises une pilule d'urgence ?**  Oui  Non

**\*Si OUI : pensez-vous que l'utilisation répétée de la pilule d'urgence....**

(plusieurs réponses possibles)

- Peut induire des malformations pour les grossesses suivantes  Peut rendre stérile  
 Peut entraîner des problèmes gynécologiques  Peut diminuer son efficacité  
 Autres craintes :.....

**18. Selon vous, après un rapport sexuel non protégé, on peut tomber enceinte :** (plusieurs réponses possibles)

- Pas de risque si un seul rapport non protégé  Quel que soit le moment du cycle  Seulement en début de cycle  
 Pas de risque si rapport pendant les règles  Seulement en milieu de cycle  Je ne sais pas

**19. Selon vous, lorsqu'on oublie de prendre sa pilule (plus de 12 heures), et qu'il y a eu des rapports dans la semaine précédente, on peut tomber enceinte :**

- Après un seul oubli quel que soit le moment  Tout dépend du moment de l'oubli  
 Après au moins 2 oublis sur la même plaquette  Je ne sais pas

**20. Connaissez-vous une autre méthode que la pilule d'urgence pour éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé ?**

- Pose d'un stérilet au cuivre     Pose d'un implant     Pose d'un stérilet hormonal     Je n'en connais pas

**21. Selon vous, l'information sur la pilule d'urgence est ...**

- Inexistante     insuffisante  
 correcte     très bonne

**22. Selon vous, l'accès à la pilule d'urgence est ....**

- Impossible     très compliqué  
 assez simple     très simple

## Annexe 2. Compléments de résultats de l'enquête

- Répartition des patientes selon leur indice de masse corporel (IMC)

IMC (kg/m2)	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
< 18,5	37 (10,9%)	34 (10,8%)	3 (12,5%)
18,5-24	208 (61,2%)	194 (61,4%)	14 (58,4%)
25-29	58 (17%)	53 (16,8%)	5 (20,8%)
30-39	34 (10%)	32 (10%)	2 (8,3%)
≥40	3 (0,9%)	3 (1%)	0
<b>TOTAL</b>	<b>340 (100%)</b>	<b>316 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

- Détail des professions de la classe Employées

Professions	Effectif	Pourcentage
Employés civils et agents de la fonction	34	28,6
Agents de surveillance	1	0,8
Employés administratifs d'entreprise	18	15,1
Employés de commerce	32	26,9
Personnels de service direct aux	34	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

- Répartition des patientes selon le lieu d'habitation rural / urbain

Lieu d'habitation	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Rural	98 (29%)	91 (29%)	7 (29%)
Urbain	242 (71%)	225 (71%)	17 (71%)
<b>TOTAL</b>	<b>340 (100%)</b>	<b>316 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

- Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG

Nombre IVG	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
0	186 (53%)	173 (53,2%)	13 (50%)
1	109 (31,1%)	101 (31,1%)	8 (30,8%)
2	38 (10,8%)	35 (10,8%)	3 (11,5%)
3	12 (3,4%)	10 (3,1%)	2 (7,7%)
4	4 (1,1%)	4 (1,2%)	0
5	2 (0,6%)	2 (0,6%)	0
<b>TOTAL</b>	<b>351 (100%)</b>	<b>325 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

- Répartition des patientes selon la cause de la grossesse actuelle

Cause grossesse	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
Absence de contraception	156 (44,2%)	145 (44,4%)	11 (42,3%)
Grossesse initialement	16 (4,5%)	16 (4,9%)	0
Aucune idée	32 (9,1%)	29 (8,9%)	3 (11,5%)
Problème d'utilisation	137 (38,8%)	126 (38,5%)	11 (42,3%)
Troubles digestifs	7 (2%)	6 (1,8%)	1 (3,9%)
Autres	5 (1,4%)	5 (1,5%)	0
<b>TOTAL</b>	<b>353 (100%)</b>	<b>327 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

- Répartition des patientes selon la connaissance du délai d'utilisation d'une PCU

Délai administration	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrices
24 heures	121 (38,5%)	116 (40%)	5 (20,8%)
48 heures	107 (34,1%)	101 (34,8%)	6 (25%)
72 heures	75 (23,9%)	63 (21,7%)	12 (50%)
120 heures	11 (3,5%)	10 (3,5%)	1 (4,2%)
<b>Total</b>	<b>314 (100%)</b>	<b>290 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>

- Connaissance par les patientes de l'alternative aux PCU

Alternative PCU	Effectifs N (Pourcentages %)		
	TOTAL	Non utilisatrices	Utilisatrice
DIU cuivre	72 (20,4%)	70 (21,4%)	2 (7,7%)
Implant	89 (25,2%)	84 (25,7%)	5 (19,2%)
DIU hormonal	57 (16,2%)	55 (16,8%)	2 (7,7%)
Je ne sais pas	235 (66,6%)	215 (65,8%)	20 (76,9%)

- Répartition des patientes qui « ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte » selon leur moyen de contraception

Moyen de contraception	Effectifs N (Pourcentages %)	
	« Je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte »	Autres
Aucune	65 (30,8%)	52 (36,6%)
Pilule	68 (32,2%)	41 (28,9%)
Préservatifs	51 (24,2%)	39 (27,5%)
Retrait	20 (9,5%)	6 (4,2%)
DIU cuivre	8 (3,8%)	1 (0,7%)
Méthode Ogino	3 (1,4%)	0
Patch	2 (1%)	1 (0,7%)
Anneau vaginal	0	3 (2,1%)
Spermicides	2 (1%)	0
Implant	1 (0,5%)	1 (0,7%)
Cape/diaphragme	1 (0,5%)	0
DIU hormonal	1 (0,5%)	0
Autres	2 (1%)	1 (0,7%)

- Réponses des patientes « qui ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte » sur le risque de grossesse en fonction d'un oubli de pilule

Risque de grossesse selon l'oubli de pilule chez les utilisatrices de la pilule	Effectifs (n) Pourcentages (%)	
	« Je ne pensais pas pouvoir tomber enceinte » n = 68	Autres « non utilisatrices » n = 33
Après un oubli	27 (39,7%)	13 (39,3%)
Après deux oublis	2 (2,9%)	2 (6,1%)
Tout dépend du moment de l'oubli	17 (25%)	10 (30,3%)
Je ne sais pas	22 (32,4%)	10 (30,3%)

### Annexe 3. Répartition des catégories socioprofessionnelles en France selon l'INSEE (population 15 – 64 ans)

Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2016			
en %			
Catégorie socioprofessionnelle	Sexe		Ensemble
	Hommes	Femmes	
Agriculteurs exploitants			
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	2,6	1,0	1,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9,0	4,0	6,6
Professions intermédiaires	20,4	14,9	17,8
<b>Employés (1)</b>	<b>23,6</b>	<b>28,2</b>	<b>25,8</b>
Employés qualifiés	12,6	43,2	27,4
Employés non qualifiés	6,8	21,7	14,0
Ouvriers	5,8	21,6	13,4
Ouvriers qualifiés	31,5	8,3	20,3
Ouvriers non qualifiés	22,5	3,5	13,3
Non déterminé	9,1	4,8	7,0
<b>Total</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
Effectif (en milliers)	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
(1) : la ventilation entre employés qualifiés et non qualifiés se fonde sur la	13 761	12 823	26 584
(2) : depuis 2014, le champ de l'Enquête Emploi en Continu est étendu à la			
Lecture : en 2016, 17,3 % des personnes en emploi âgées de 15 à 24 ans			
Champ : France métropolitaine en 2006 et 2011 et France hors Mayotte en			
Source : Insee, enquêtes Emploi.			

**Annexe 4. Bénéficiaires de la CMU – Moyenne par département –(CNAMTS - MSA – RSI) selon les données de la DREES**

2015	Département	CMUC_RO	CMUC_OC	Total_CMUC	Population	CMUC_Po pulation
1	Ain	16 800	7 211	24 011	636 916	3,8%
2	Aisne	45 133	6 696	51 829	554 512	9,3%
3	Allier	21 865	3 547	25 412	353 742	7,2%
19	Corrèze	9 554	1 443	10 997	249 452	4,4%
201	Corse-du-Sud	6 208	1 134	7 342	151 621	4,8%
202	Haute-Corse	8 404	1 618	10 022	173 889	5,8%
21	Côte-d'Or	21 835	5 810	27 645	543 648	5,1%
22	Côtes-d'Armor	18 922	8 598	27 520	617 565	4,5%
23	Creuse	7 432	2 515	9 947	125 714	7,9%
87	Haute-Vienne	25 750	4 195	29 945	384 411	7,8%
88	Vosges	20 781	8 189	28 970	388 551	7,5%
89	Yonne	19 185	5 776	24 961	352 182	7,1%
90	Territoire-de-Belfort	8 254	4 255	12 509	147 777	8,5%
91	Essonne	75 873	1 997	77 870	1 273 233	6,1%
92	Hauts-de-Seine	71 390	3 169	74 559	1 611 290	4,6%
93	Seine-Saint-Denis	218 465	8 050	226 515	1 565 222	14,5%
94	Val-de-Marne	95 919	5 947	101 866	1 367 091	7,5%
95	Val-d'Oise	97 097	2 223	99 320	1 211 138	8,2%
971	Guadeloupe	94 510	16 368	110 878	409 055	27,1%
972	Martinique	83 842	14 139	97 981	391 837	25,0%
973	Guyane	92 372	262	92 634	246 507	37,6%
974	Réunion	311 988	95	312 083	844 741	36,9%
<b>Total métropole</b>		<b>3 986 312</b>	<b>634 270</b>	<b>4 620 582</b>	<b>65 150 265</b>	<b>7,1%</b>
<b>Total Dom</b>		<b>582 712</b>	<b>30 864</b>	<b>613 576</b>	<b>1 892 140</b>	<b>32,4%</b>
<b>Total métropole et Dom</b>		<b>4 569 024</b>	<b>665 134</b>	<b>5 234 158</b>	<b>67 042 405</b>	<b>7,8%</b>



## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## **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)**

**OBJECTIF-** L'objectif de cette étude est d'évaluer le recours et l'échec de la CU chez les patientes en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Les objectifs secondaires sont d'apprécier les connaissances des patientes et l'information reçue dans ce domaine. **METHODE** - Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique réalisée entre septembre 2016 et janvier 2017 au sein des centres d'IVG de Brive, Guéret et Limoges. **RESULTATS** - 353 questionnaires ont été recueillis. 7 % des patientes ont utilisé une CU, dans un délai moyen de 30 heures et les « utilisatrices » ne citent que le lévonorgestrel (LNG). Il n'y a pas de différence sur le type ou l'efficacité des moyens de contraception entre les « utilisatrices » et « non utilisatrices ». Les « utilisatrices » connaissent mieux le délai de 72 heures (50 % vs 21,7 %  $p = 0,002$ ) mais ne connaissent pas mieux celui 120 heures ou le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU Cu). 22,9 % des « non utilisatrices » versus 3,9 % des « utilisatrices » déclarent que le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé (RSNP) n'existe qu'en milieu de cycle menstruel ( $p = 0,022$ ). Les « utilisatrices » sont plus conscientes du risque de grossesse en cas d'oubli de pilule (75 % vs 39,6 %  $p = 0,051$ ). La non-perception du risque de grossesse apparaît comme le principal frein à l'utilisation de la CU (64,5 %). Il ne dépend pas de la prise d'un contraceptif au long cours ou de son efficacité. Les patientes concernées par ce frein déclarent plus souvent que le risque de grossesse n'existe qu'en milieu de cycle (26,5% vs 14%  $p = 0,005$ ). La méconnaissance du délai d'utilisation est le deuxième frein identifié (12,8 %). Bien que 90 % des patientes connaissent la CU, seules 24 % connaissent le délai du LNG, 3,5% celui de l'ulipristal acétate et 20% l'alternative par le DIU Cu. La moitié des patientes n'est pas satisfaite de l'information reçue. On ne retrouve pas de différence d'information reçue entre nos deux groupes. **CONCLUSION-** Une meilleure éducation des patientes sur la CU pourrait permettre d'améliorer son recours. Il semble nécessaire que l'information insiste sur le délai d'utilisation (5 jours après le RSNP) et intègre la notion de perception du risque de grossesse.

Mots-clés : contraception d'urgence, interruption volontaire de grossesse, perception du risque de grossesse

## **Emergency contraception use among women requesting abortion in Limousin: 353 patients**

**INTRODUCTION-** On the first hand, the aim of this study is to evaluate the use of EC on patients interviewed among Limousin's abortion center. On the second hand, we sought to assess knowledge and information about EC from these women. **METHOD** - This multi-centric descriptive observational epidemiological study was conducted from September 2016 to January 2017 in Brive, Gueret and Limoges abortion centers. **RESULTS** - 353 questionnaires were collected. 7% of patients use EC, 30 hours after unprotected intercourse and "users" only cite lévonorgestrel (LNG). There is no difference about contraceptive methods between "users" and "non-users". "EC users" know better 72 hours period to use it (50% vs 21.7%  $p = 0.002$ ) but do not know better the 120 hours period to use EC pills or a copper intra-uterin device as EC (Cu IUD). 22.9% of "non-users" compared to 3.9% of "users" report that pregnancy risk after unprotected intercourse only exists in mid-cycle ( $p = 0.022$ ). "Users" are more aware of pregnancy risk after forgetting their pill (75% vs 39.6%  $p = 0.051$ ). Non-perception of pregnancy risk seems to be main obstacle to EC use (64.5%). It does not depend on contraceptive method before abortion. These patients think more often that pregnancy risk only exists in mid-cycle (26.5% vs. 14%  $p = 0.005$ ). Lack of knowledge about the correct period to use EC is the second obstacle identified (12.8%). 90% of the patients know EC but only 24% know the 72 hours period to use, 3.5% that of 120 hours and 20% the Cu IUD alternative. Half patients are unsatisfied about EC information. There is no difference regarding the level of information between the two groups. **DISCUSSION:** Improving education about EC may improve its use. It therefore seems necessary that the information given to the patients focus on correct period to use (5 days after unprotected intercourse) and explicitly includes the notion of pregnancy risk awareness.

Keywords : emergency contraception (EC), voluntary termination of pregnancy (VTP), perception of pregnancy risk

