

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evolution de l'information reçue sur la contraception d'urgence depuis
la mise en place de la cotation « Consultation Contraception et
Prévention » : enquête auprès d'adolescentes dans la région d'Arras**

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2021 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Clémentine GONTIER - MAZINGUE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Brigitte AELBRECHT

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPEF	Centre de Planification ou d'Education Familiale
CPP	Comité de Protection des Personnes
CU	Contraception d'Urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GNP	Grossesses Non Prévuees
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LARC	Contraceptifs à Longue durée d'Action
LH	Hormone Lutéinisante
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SNICS	Syndicat majoritaire des infirmiers de l'éducation nationale

Table des matières

RESUME	10
INTRODUCTION	12
A. Contexte.....	12
B. Objectifs	21
MATERIELS ET METHODES.....	23
A. Type d'étude	23
B. Population étudiée	23
C. Données recueillies (questionnaire)	23
D. Mode de recueil des données	26
E. Méthodes d'analyse statistique	27
F. Aspects légaux.....	27
RESULTATS.....	28
A. Recueil des données.....	28
1. Diagramme de flux	28
2. Questionnaires récupérés	29
B. Description de la population	29
1. Age	29
2. Age lors de la première prescription de contraception.....	30
3. Prescription de CU	30
4. Autres intervenants que le médecin généraliste sur la CU	31
5. Situations vécues du recours à la CU.....	32
6. Catégorisation de la population	32
C. Résultats	33
1. Objectif principal	33
a. Informations sur les situations à risque	33
b. Informations sur l'utilisation de la CU	34

c.	Informations sur l'efficacité de la CU.....	34
d.	Informations sur les lieux de procuration de la CU.....	35
e.	Informations majoritaires.....	36
f.	Informations minoritaires.....	36
2.	Objectif secondaire.....	38
a.	Comparaison de l'information des mineures par rapport aux majeures	38
	Sur les situations à risque :	38
b.	Comparaison de l'information transmise par le médecin et par les autres intervenants	42
c.	Critère composite d'information.....	47
d.	Prescription de CU par le médecin généraliste	48
e.	Difficultés rencontrées lors d'une situation d'urgence	49
	DISCUSSION	50
A.	Principaux résultats.....	50
1.	Objectif principal.....	50
2.	Objectif secondaire.....	50
B.	Biais	52
1.	Biais de sélection.....	52
2.	Biais d'information-mémorisation.....	53
3.	Biais de déclaration	54
C.	Perspectives	54
1.	Rôle du médecin généraliste	54
a.	En général.....	54
b.	En situation d'urgence.....	56
2.	Mesures de réduction de GNP et d'IVG	57
a.	Prescription conjointe de CU.....	57
b.	Le modèle BERCER	58
c.	La formation des professionnels de santé.....	61
d.	Education en milieu scolaire.....	62
e.	Promotion des contraceptifs de longue durée d'action (LARC).....	63
f.	Procuration en pharmacie	65
g.	Procuration en CPEF	67

h. Procuration auprès de l'infirmière scolaire	68
i. Promotion de la recherche et des connaissances en santé sexuelle	69
CONCLUSION.....	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72
ANNEXES.....	80
Annexe 1 : Questionnaire	80
Annexe 2 : Feuille d'information reçue	84
Annexe 3 : Accord CNIL	86
Annexe 4 : Avis demande CPP	87
Annexe 5 : Brochure d'information CU distribuée en pharmacie	87

RESUME

CONTEXTE : En France, le taux de grossesses non prévues (GNP) et le nombre d'interruption volontaire (IVG) stagnent, y compris chez les adolescentes malgré l'important taux de couverture contraceptive (92%). L'oubli de contraceptif, un défaut dans l'utilisation du préservatif sont les deux principales raisons invoquées à ces échecs contraceptifs. La contraception d'urgence (CU), utile dans ses situations, n'est que peu utilisée (6,2% selon l'INPES en 2019). Depuis novembre 2017, une cotation « Consultation Contraception et Prévention » (CCP) permet de dédier une consultation à la primo-prescription de contraceptif chez les mineures de 15 à 18 ans. Notre objectif est d'évaluer l'évolution de l'information transmise sur la CU aux adolescentes suite à la mise en place de cette cotation.

METHODE : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale de type quantitative, s'intéressant aux jeunes femmes âgées de 15 à 23 ans dans la région d'Arras. Un auto-questionnaire papier, anonyme leur a été transmis par l'intermédiaire de médecins généralistes et pharmacies de septembre 2020 à janvier 2021. Leur premier contraceptif devait être une pilule prescrite par un médecin généraliste.

RESULTATS : Les mineures ayant eu une première contraception après novembre 2017 sont plus nombreuses à avoir eu les informations sur l'utilisation de la CU (délai et mode de prise, effets secondaires, protection après la prise), sur son absence d'efficacité à 100%, sur son accessibilité auprès de l'infirmière scolaire. A l'inverse, elles sont moins nombreuses à avoir eu l'information sur les 3 situations à risques, sur son absence de protection contre les infections sexuellement transmissibles ainsi que son accessibilité en pharmacie et au planning familial (différence non significative). 52,3% de la population n'a pas été informé sur le délai maximum de prise ; 20% n'ont pas été informé sur les lieux de

procuration. Selon un critère composite, seule 10,5% de notre population est considéré comme informée sur la CU. Seules 23% ont eu une prescription conjointe de CU.

CONCLUSION : Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative sur l'information donnée concernant la CU depuis la mise en place de la cotation CCP.

Plusieurs pistes sont à poursuivre afin de réduire le taux de GNP/IVG comme la formation des professionnels de santé, la promotion des contraceptifs de longue durée d'action (LARC), l'éducation sexuelle en milieu scolaire dès le plus jeune âge, la recherche sur la contraception masculine.

INTRODUCTION

A. Contexte

En France, le taux de couverture contraceptive est satisfaisant étant donné que seules 8% des femmes en âge de procréer n'utilisent pas de contraception ; 2.3% chez les moins de 20 ans. (1,2). Cette couverture contraceptive s'est améliorée au fur à mesure des années grâce à de multiples mesures prises pour faciliter l'accès à la contraception. Parmi ces différentes mesures, on peut citer les plus importantes :

- La loi Neuwirth en 1967 autorisant la contraception (3)
- La prise en charge de la contraception par l'assurance maladie en 1974 (4)
- L'autorisation en 1974 pour les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) de délivrer gratuitement et anonymement des contraceptifs aux mineures (5)
- L'apparition de nouvelles méthodes contraceptives longue durée dans les années 2000 (implant, patch, anneau vaginal) (6)
- La loi du 13 décembre 2000 rendant la CU disponible sans ordonnance, gratuite et anonyme pour les mineures en pharmacie. (7)
- L'article L. 5134-1 du code de santé publique, en mars 2001, permettant la délivrance de la CU aux mineures par l'infirmière scolaire (8)
- La loi Aubry du 4 juillet 2001 légalisant la stérilisation à visée contraceptive, supprimant l'autorisation parentale pour une IVG et pour une prescription-délivrance de contraceptif chez les mineures. Cette loi permet également d'inclure des cours sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire (7,11). L'IVG est inscrite dans le code de la santé publique depuis la loi du 4 juillet 2001 (10)
- Le lancement de la campagne « choisir sa contraception. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit » par l'Institut National de Prévention et

d'Education pour la Santé (INPES) en 2007 avec la création d'un site internet : choisirsacontraception.com (11,12)

- Le décret du 25 mars 2013 permettant la délivrance gratuite de contraceptifs aux mineures de plus de 15 ans, sur prescription en pharmacie suivi du décret du 29 juin 2016 rendant la contraception gratuite et anonyme pour les mineures d'au moins 15 ans (consultation, acte médical de pose ou retrait, examen biologique) (13,14)

Cependant, selon les dernières données de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), le nombre d'IVG stagne. En 2019, on comptait 217 291 IVG en France avec un taux annuel d'IVG à 15,7 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans et un ratio d'IVG pour 100 naissances vivantes à 30,4. (15) Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 8 337 adolescentes entre 15 et 17 ans ont subi et/ou bénéficié d'une IVG en 2016. (16) En effet, il existe une ambivalence autour de cet acte médical qui est cause de souffrance morale et physique mais également est une solution à une situation jugée inconcevable par la patiente.

En 2011, un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois. (17)

La proportion de grossesses interrompues par une IVG est maximale aux âges extrêmes de fécondité ; elle était la plus élevée chez les femmes d'âges élevés en 1981 et 1996, alors qu'en 2011, elle l'est chez les femmes les plus jeunes.(2,17)

En plus du nombre d'IVG stagnant, il est retrouvé qu'en Europe occidentale en 2008 sur l'ensemble des grossesses, 34 % sont des GNP dont 36 % se terminent en accouchement, 52% en IVG, et 12 % en fausses couches spontanées. (18)

Une étude de 2014 basée sur la population de l'étude FECOND, retrouve qu'en France 23.7% des grossesses sont non planifiées et 21.2% sont non désirées. (19) Dans ce sens,

l'enquête baromètre santé 2010 retrouve que sur l'ensemble des femmes de 15 à 19 ans sexuellement actives, 7.7 % déclarent avoir eu une grossesse non désirée au cours des cinq dernières années. (20)

Cette proportion importante de recours à l'IVG ne s'explique pas uniquement par un défaut de contraception car, selon une enquête IVG par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) en 2007, deux femmes sur trois ayant eu recours à une IVG avaient une contraception en cours. (2,21)

Une autre étude réalisée en 2010 retrouve des chiffres similaires et met en évidence que ces chiffres diffèrent peu chez les adolescentes : 33.4% n'avait pas de contraception, 20.6% utilisaient la pilule contraceptive, 31.3% le préservatif uniquement, 12.1% les contraceptifs barrières ou naturels. (22)

Chez les adolescentes, les principales raisons rapportées à ces grossesses non désirées étaient l'oubli de la pilule (66%) et le fait d'avoir eu un problème dans l'utilisation du préservatif (16%). (20)

Une autre étude de 2007, chez les adolescentes, décrit que deux tiers des grossesses aboutissant à une IVG étaient causées par une mauvaise utilisation du contraceptif, principalement rupture du préservatif (26%) ou oubli de pilule (20%). (23)

Les GNP sont plus à risque que les autres grossesses. Une revue de la littérature en 2008 retrouve que ces femmes se présentent plus tard pour leur suivi prénatal et/ou assurent moins de visites ; sont plus à risque de développer une dépression, de l'anxiété ; ont plus de difficultés en matière d'éducation (plus souvent recours aux violences physiques, passent moins de temps libre avec leur enfant). Les enfants nés des GNP sont moins nombreux à bénéficier d'un allaitement maternel ou celui-ci se fait sur une plus

courte période. Une autre étude de 2014 confirme un lien entre GNP et dépression prénatale. (24) Les adolescentes sont également plus fragiles dans leur grossesse, une étude de 2009 montre qu'elles sont plus sujettes à la dépression du post-partum que les femmes majeures. (24,25)

Avant d'avoir recours à l'IVG, il existe une méthode de rattrapage contraceptive conçue pour être utilisée en situation d'urgence. (10)

La pratique d'une CU s'est développée dans les années 80 avec la meilleure connaissance de la contraception. On utilisait alors deux comprimés d'une pilule oestro-progestative renouvelés douze heures après ou la pose d'un dispositif intra-utérin au cuivre. (26)

Actuellement, il existe 3 CU en France :

- une mécanique : le dispositif intra-utérin au cuivre
- deux hormonales :
 - o lévonorgestrel/ Norlevo ®
 - o l'ulipristal acétate/ EllaOne ®. (27)

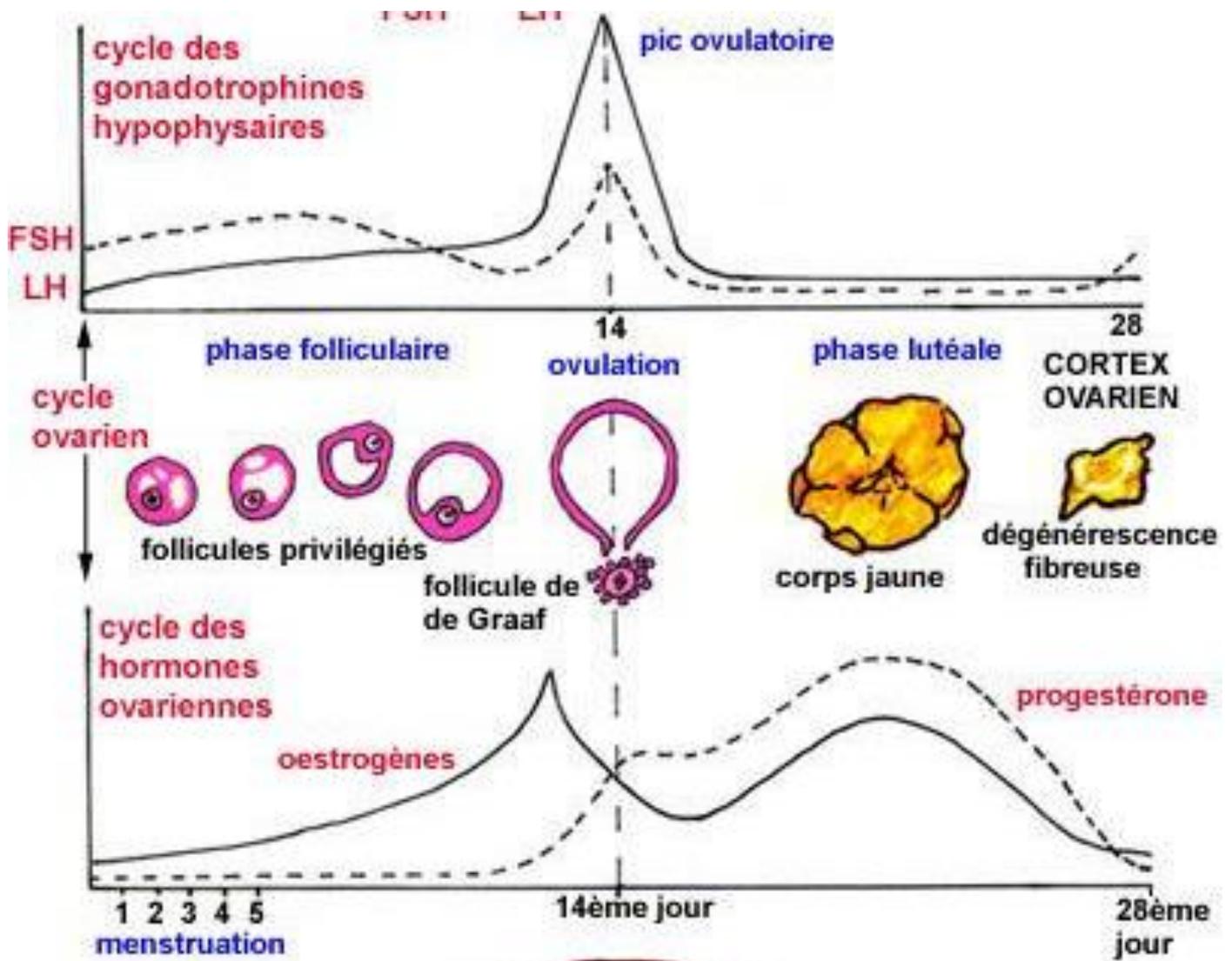
Alors que la méthode mécanique nécessite une consultation médicale rapide (dans les 5 jours) pour en permettre la pause, la CU hormonale est disponible sans ordonnance en pharmacie ou en CPEF depuis mai 1999, auprès de l'infirmière scolaire depuis janvier 2000 et la délivrance en est gratuite pour les mineures, sans nécessité d'autorisation parentale (7,26,28)

A noter que pour les mineures, cette délivrance doit être précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation correspond aux critères d'urgence et à fournir à la patiente une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies

sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical (10)

Parmi les deux contraceptions hormonales, le lévonorgestrel ayant l'AMM depuis 1999, disponible sans ordonnance depuis la même année et remboursable sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65% depuis 2001 (29) est un progestatif dont le mode d'action principal est de bloquer et/ou retarder l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH). Il interfère avec le processus d'ovulation uniquement s'il a été administré avant l'augmentation initiale du taux de LH.

En effet, lors de la première partie du cycle menstruel, le follicule présent dans les ovaires croît progressivement sous l'action de la FSH (Follicule Stimulating Hormone) produite par l'hypophyse. Proche de l'ovulation, le follicule dominant produit des taux rapidement croissant d'œstradiol enclenchant un rétrocontrôle positif au niveau central permettant une décharge massive de LH par l'hypophyse. Cette décharge de LH est à l'origine de la rupture du follicule (ovulation) généralement 24 à 36 heures après. En deuxième partie de cycle, la sécrétion importante de progestérone par le corps jaune (follicule rompu) entraîne un rétrocontrôle négatif sur la production de FSH et LH. C'est ce mécanisme qui est utilisé dans la CU. (30)



(31)

Le traitement par lévonorgestrel nécessite la prise d'un comprimé. Il peut être pris à n'importe quelle période du cycle et dans les 72 heures au plus tard après le rapport.

L'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'il est pris rapidement après le rapport non protégé : son efficacité est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures, à 58% entre 49 et 72 heures. (10)

En cas de vomissements survenant dans les trois heures de la prise du comprimé, un nouveau comprimé doit être pris immédiatement. Après son utilisation, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local jusqu'au retour des règles suivantes et de poursuivre ou d'initier dès que possible une contraception hormonale régulière ; le retour à la fertilité étant rapide.

L'unique contre-indication à l'utilisation du lévonorgestrel est une hypersensibilité. Il n'est pas recommandé en cas d'atteinte hépatique sévère ou dans les syndromes de malabsorption sévère. Il n'est pas recommandé de l'utiliser plusieurs fois au cours d'un même cycle menstruel en raison du taux élevé d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel.

Son efficacité n'étant pas de 100%, il est impératif de vérifier l'absence de grossesse par un test de grossesse en cas de doute (plus de cinq jours de retard de règles ou saignements anormaux à la date prévue des règles, symptômes positifs de grossesse).

L'efficacité du lévonorgestrel peut être diminuée en cas de prise simultanée de médicaments inducteurs hépatiques : anticonvulsivants (phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine) ; rifabutine ; rifampicine; griséofulvine; ritonavir ; Hypericum Perforatum (Millepertuis).

Le lévonorgestrel est excrété dans le lait. Il est donc recommandé de ne pas allaiter pendant au moins 8 heures après la prise.

Les effets indésirables très fréquents (> 1/10) sont des vertiges, céphalées, nausées, douleurs abdominales et pelviennes, tension mammaire, retard de règles, ménorrhagie, asthénie. Ces effets indésirables disparaissent habituellement en 48 heures.

(32)

La deuxième molécule de CU, l'Ulipristal d'acétate qui a obtenu l'AMM en mai 2009, est remboursée sur prescription en septembre 2010 (26) puis devient accessible sans ordonnance en 2015. C'est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone, il agit également en inhibant ou retardant l'ovulation via la suppression du pic de LH. Ces différences avec le lévonorgestrel sont :

- Sa prise possible jusqu'à 120 heures après le rapport non protégé. Le taux de grossesse observé après la prise d'ulipristal pris entre 48 et 120 heures après

un rapport non protégé est de 2,1 %. (33)

- S'il existe un doute sur une grossesse (retard de règle, symptômes positif), un test doit être pratiqué avant administration. Il ne doit pas être utilisé pendant la grossesse et ne doit pas être pris par une femme chez laquelle on soupçonne une grossesse. Toutefois, il n'interrompt pas une grossesse en cours.

Les femmes qui sont enceintes après avoir pris ellaOne doivent contacter leur médecin. Bien qu'aucun potentiel tératogène n'ait été observé, les données animales concernant la toxicité sur la reproduction sont insuffisantes. Les données humaines limitées concernant l'exposition de la grossesse à ellaOne ne suggèrent aucune source de préoccupation. Cependant, il est important que toute grossesse chez une femme ayant pris ellaOne soit signalée sur le site www.hra-pregnancyregistry.com. Le but de ce registre sur internet est de réunir des informations sur la sécurité chez les femmes qui ont pris ellaOne pendant leur grossesse ou qui sont enceintes après la prise d'ellaOne.

- Son utilisation n'est pas recommandée chez les femmes souffrant d'asthme sévère et traitées par glucocorticoïdes oraux.
- L'allaitement n'est pas recommandé pendant 1 semaine suivant la prise. (34)

La CU, destinée à être prise en cas de rupture de préservatif, de retard ou d'oubli d'une contraception orale, d'incertitude sur une méthode naturelle et en cas de rapport sexuel non consenti, est destinée à un usage exceptionnel et ne doit pas constituer en une méthode de contraception régulière. (26)

Ce circuit de mise en place semble en faciliter l'accès, néanmoins, le recours à la CU en cas de rapport mal ou non protégé est loin d'être systématique. Selon un rapport de l'INPES publié le 16 juillet 2019, seules 6.2% des femmes de 15 à 49 ans exposées à un

risque de grossesse ont eu recours à la CU. (35,36)

Les adolescentes sont particulièrement concernées par l'utilisation de la CU d'une part devant la fréquence d'utilisation du préservatif (29,6% des adolescentes sous contraceptifs) qui a un indice de Pearl élevé à 15 en pratique et d'autre part par la fréquence d'utilisation de la pilule contraceptive (60.4% des adolescentes sous contraceptifs) qui est à risque d'oubli. (1,2,37,38). Les chiffres publiés en 2016 par Santé Publique France le confirme car 21.4% des 15-19 ans avaient eu recours à la CU contre 9.8% chez les 20-24 ans, 8.7% chez les 25-29 ans, 5.2% chez les 30-39 ans et 1.5% chez les 40-49ans. (39) De même, un article de 2006 montrant les changements contraceptifs suite à l'autorisation de délivrance sans ordonnance de CU retrouve une augmentation du nombre de recours à cette dernière, notamment chez les moins de 19ans : 24.9% l'avait utilisé au moins une fois en 1999 contre 60.5% en 2004. (40)

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'évaluation des politiques de préventions de GNP en 2009 rapporte que 90% des boîtes de CU remboursées par l'assurance maladie concerne celles délivrées gratuitement aux mineures. (10)

Selon les recommandations actuelles, la consultation de primo-prescription contraceptive pour les adolescentes doit s'interroger sur le profil des règles, l'existence de dysménorrhée, présenter les moyens contraceptifs possibles en fonction du terrain de chacune (recueil donc des antécédents au préalable), informer sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et la nécessité donc de double protection, rappeler la physiologie de l'appareil génital féminin, expliquer l'utilisation du contraceptif choisi et, le cas échéant, la conduite à tenir en cas d'oubli avec la co-prescription de contraceptif d'urgence. (41–43) En effet, une revue de la littérature a montré qu'une prescription

anticipée de CU chez les adolescentes permettait un recours plus fréquent et plus rapide à celle-ci. (44) A cet entretien, s'y ajoute un examen clinique (indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle, examen général) et la prescription d'un bilan sanguin (exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun) si une contraception oestroprogestative est choisie. (45) Toutes ces informations à transmettre allongent la durée de consultation.

Depuis le 1^{er} novembre 2017, une nouvelle mesure a vu le jour, à savoir la création d'une cotation spécifique en médecine générale : la Consultation de Contraception et de Prévention (CCP). Cette cotation concerne les filles âgées de 15 à 18 ans consultant pour la première prescription de contraception. Elle est anonymisée, s'élève à 46 euros entièrement prise en charge par la sécurité sociale sans avance de frais et n'est valable qu'une fois. (46,47)

L'objectif de cette revalorisation serait d'accorder aux médecins un temps spécifique à ce motif de consultation. Cela permettrait d'accompagner au mieux les patientes dans leurs choix et de leur fournir une information la plus complète possible notamment la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive ainsi que le fonctionnement de la CU peu connue des adolescentes. Selon le baromètre santé de 2016, seul 1% des moins de 30 ans connaît le délai maximum d'utilisation alors que plus de 95% déclarent connaître la CU. (48)

B. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'évolution de l'information transmise sur la CU aux adolescentes de 15 à 18 ans dans la région arrageoise suite à la mise en place de la cotation « CCP » en comparant le pourcentage d'informées avant novembre 2017 et après novembre 2017.

Les objectifs secondaires seront de comparer le pourcentage d'informations transmises sur la CU aux mineures par rapport aux majeures, le pourcentage d'informations transmises sur la CU par le médecin généraliste par rapport aux autres intervenants, d'évaluer le taux de prescription conjointe de CU lors d'une première prescription de contraception et de recueillir les différents freins ressentis lors du recours à la CU.

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale de type quantitative.

B. Population étudiée

La population étudiée concerne les jeunes femmes âgées de 15 à 23 ans consultant un médecin généraliste à Arras ou dans un rayon de 17 kilomètres ou se rendant dans une pharmacie arrageoise. Bien que la cotation ne concerne que les jeunes femmes âgées de 15 à 18 ans, notre population d'étude s'étend jusque 23 ans afin de pouvoir recruter des patientes qui avaient entre 15 et 18 ans avant 2017 et donc faire partie de notre groupe témoin.

Leur première contraception devait être prescrite par un médecin généraliste et être une pilule contraceptive.

C. Données recueillies (questionnaire)

Le recueil des données a été effectué de septembre 2020 à janvier 2021 grâce à un auto-questionnaire papier rempli de manière anonyme. Ce questionnaire présenté en annexe 1 a été rempli par 8 jeunes femmes en amont du recueil afin de s'assurer de sa compréhension, sa facilité de réponse et sa pertinence. Il a été modifié dans les suites et leurs 8 réponses n'ont pas été prises en compte dans les résultats de l'étude.

L'auto-questionnaire comprenait 24 questions divisées en 3 parties. La première partie permet de différencier les participantes en 4 catégories :

- mineure à la première consultation-contraception avant novembre 2017 :

« Avant 2017 »

- mineure à la première consultation-contraception après novembre 2017 :
« Après 2017 »
- majeure à la première consultation-contraception : « Majeure »
- exclue de l'étude (car n'avait jamais eu de contraception, n'avait pas eu une pilule comme première contraception, avait eu une première prescription par un autre professionnel de santé que le médecin généraliste).

Cette partie leur demandait également si une CU leur avait été prescrite et quels étaient les autres intervenants leur ayant parlé de la CU. Il n'a pas été demandé de précision sur les autres intervenants (par exemple pour l'intervenant « lycée », il n'est pas précisé si les informations étaient données pendant un cours, une intervention extérieure organisée etc...)

La deuxième partie abordait quatorze informations reçues ou non sur la CU de la part du médecin généraliste ou des autres intervenants. Les informations à transmettre ont été classées en quatre catégories :

Information sur les situations à risque nécessitant une CU :

Info A → Un oubli de pilule contraceptive de plus de 12 heures et un rapport non protégé nécessite un recours à la CU

Info B → Un vomissement survenant dans les 3 heures de prise de pilule contraceptive et un rapport non protégé nécessitent d'avoir recours à la CU

Info C → Une rupture de préservatif (comme unique moyen de contraception) nécessite d'avoir recours à la CU

Information sur l'utilisation de la CU :

Info D → Le délai maximum pour prendre la CU, après un rapport non protégé, est de 120 heures

Info E → La CU doit être prise le plus tôt possible après un rapport non protégé pour une meilleure efficacité

Info F → Il est nécessaire de reprendre la CU si un vomissement survient dans les 3 heures de la prise

Info G → Des effets secondaires sont possibles (céphalée, douleur abdominale, retard de règles, ménorragie, asthénie)

Info H → Il faut utiliser un préservatif jusqu'au prochain cycle

Info I → Il faut continuer de prendre la pilule contraceptive comme d'habitude

Information sur l'efficacité de la CU :

Info J → La CU n'est pas efficace à 100%

Info K → La CU ne protège pas contre les IST

Information sur les lieux de procuration de la CU :

Info L → Pour les mineures, la CU est accessible gratuitement et sans ordonnance auprès de l'infirmière scolaire

Info M → Pour les mineures, la CU est accessible gratuitement et sans ordonnance en pharmacie

Info N → Pour les mineures, la CU est accessible gratuitement et sans ordonnance au CPEF

La troisième et dernière partie du questionnaire abordait les situations vécues par les jeunes femmes nécessitant la prise de la CU avec les éventuelles difficultés ressenties à

ce moment-là. La plupart des questions étaient fermées mais 4 questions comportaient un champ libre notamment pour l'expression des difficultés à avoir eu recours à la CU. Il était donc précisé aux participantes, en début de questionnaire, de ne rien mentionner dans les champs libres pouvant permettre de les identifier.

Ce questionnaire était accompagné d'une feuille d'information présentée en annexe 2.

D. Mode de recueil des données

Deux modes de distribution ont été utilisés.

En premier, le questionnaire a été distribué aux jeunes femmes par l'intermédiaire de médecins généralistes exerçant à Arras ou dans un rayon de 17 kilomètres. Il pouvait être rempli pendant la consultation, en salle d'attente ou à domicile puis il était retourné au médecin. Une liste de médecins généralistes a été établie grâce au site « d'annuaire santé » d'Améli. Après appel téléphonique et réponse positive de leur part quant à la distribution du questionnaire à leurs patientes, nous leur avons déposé 15 questionnaires dans leur boîte aux lettres pour la plupart ou en main propre.

Les appels ont eu lieu le 16-17 et 21 septembre 2020 à des horaires différents. Après 3 appels infructueux et/ou l'absence de réponse suite à deux messages laissés par le secrétariat, les médecins étaient considérés comme refusant de participer. La distribution a eu lieu entre le 18 septembre et le 1^{er} octobre 2020. La semaine du 1^{er} décembre 2020 soit 2 mois après la distribution, un appel de relance est effectué puis les questionnaires ont été récupérés du 15 au 30 janvier 2021 soit 4 mois environ après la distribution initiale.

En second, le questionnaire a été distribué aux jeunes femmes par l'intermédiaire des pharmacies situées à Arras. Pour ce faire, l'ensemble des pharmacies référencées sur les pages jaunes a été contacté par appel téléphonique le 5 et 6 janvier 2021 afin d'obtenir leur accord pour la distribution. Après 2 appels infructueux, elles étaient considérées

comme refusant de participer. En cas de réponse positive de leur part, 35 questionnaires leur ont été distribués le 7 janvier 2021 et récupérés le 23 janvier 2021.

E. Méthodes d'analyse statistique

Nous avons procédé à l'analyse statistique descriptive de la population étudiée ainsi qu'à une analyse statistique bi-variée. Nous avons comparé les groupes étudiés (Avant 2017, Après 2017, Majeure) à l'aide du test du Chi². Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons appliqué le test exact de Fisher. De plus, nous avons créé une variable qui définit un critère composite d'information globale aux patientes. Ce critère est défini comme respecté si au moins les informations suivantes étaient données à la patiente :

- le délai d'oubli de pilule contraceptive
- le délai maximal de prise de la CU
- la prise la plus précoce possible de la CU
- l'absence d'efficacité à 100 %
- l'accessibilité en pharmacie, gratuitement pour les mineures

Nous avons analysé les données entrées dans un tableau Excel avec le logiciel Stata 14.

F. Aspects légaux

L'accord auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (référence 2020-158) a été obtenu le 14 septembre 2020 (annexe 3). Suite à un avis auprès du Docteur Vasseur, Vice président du Comité de Protection des Personnes (CCP) nord ouest IV, cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé et, par conséquent, ne nécessite pas l'obtention d'une autorisation d'un CPP. (annexe 4)

Aucun conflit d'intérêt n'est à signaler. Cette étude n'a reçu aucun financement. Le plan de rédaction STROBE a été suivi pour la rédaction.

RESULTATS

A. Recueil des données

1. Diagramme de flux

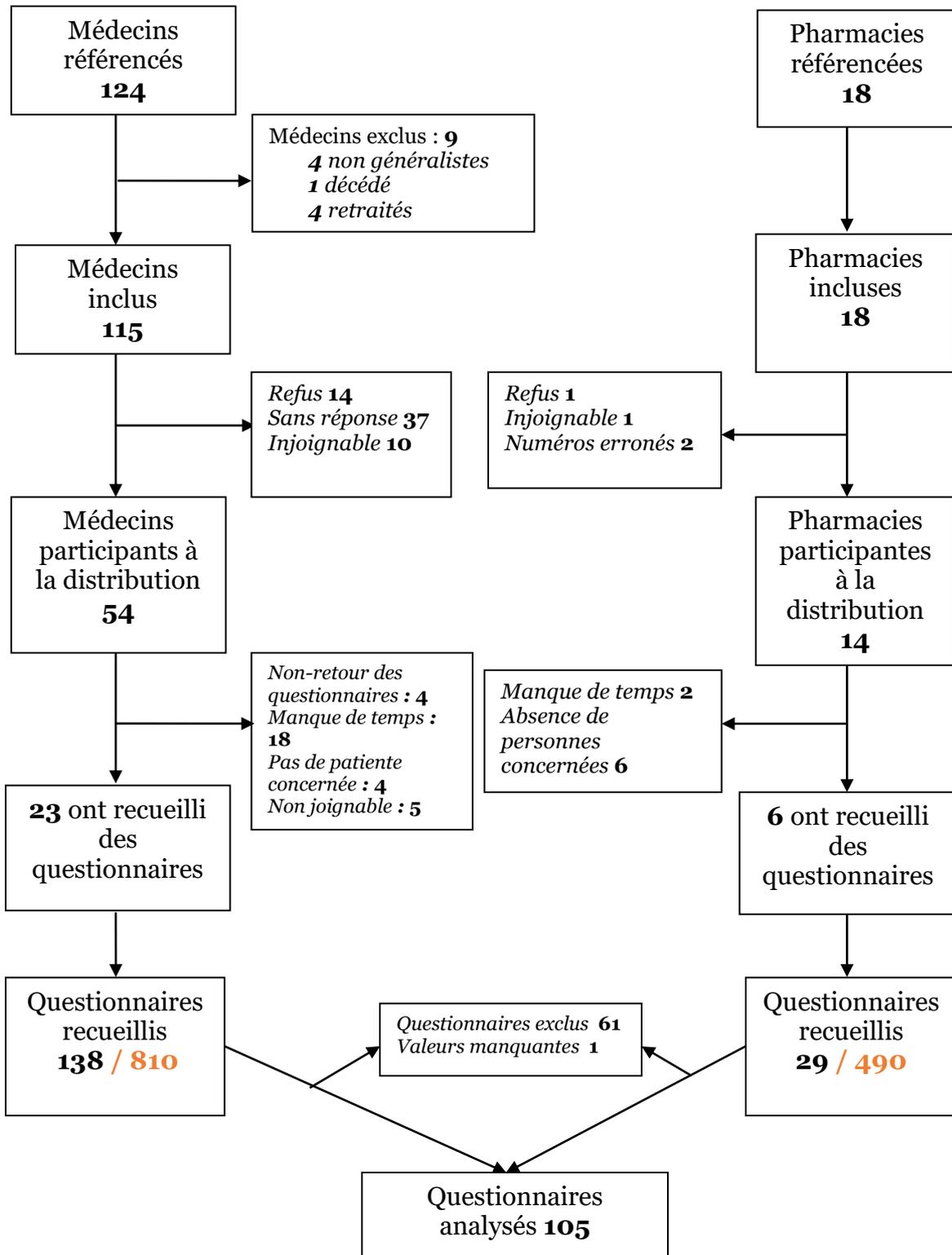


Figure 1 : Diagramme de flux

Les principales raisons des médecins généralistes quant à la non distribution des questionnaires étaient le fait d'avoir une patientèle non concernée pour 6 médecins, de manquer de temps notamment au vu de la crise sanitaire pour 5 médecins.

2. Questionnaires récupérés

Au total, sur les 1300 questionnaires distribués, 167 ont été récupérés (12,8%).

105 (8.2 %) ont pu être analysés, 1 éliminé pour raison de valeur manquante et 61 exclus selon les critères de l'étude.

En effet, 28 (16.8%) ont consulté un autre professionnel de santé que leur médecin généraliste pour la première prescription de contraception ; 29 (17.4%) n'ont jamais eu recours à un contraceptif ; 4 (2.4 %) ont consulté leur médecin généraliste pour leur première contraception mais se sont orientées vers un autre moyen que la pilule contraceptive.

B. Description de la population

1. Age

Les participantes étaient âgées en moyenne de 19,7 ans avec un écart type de 2,3 ans.

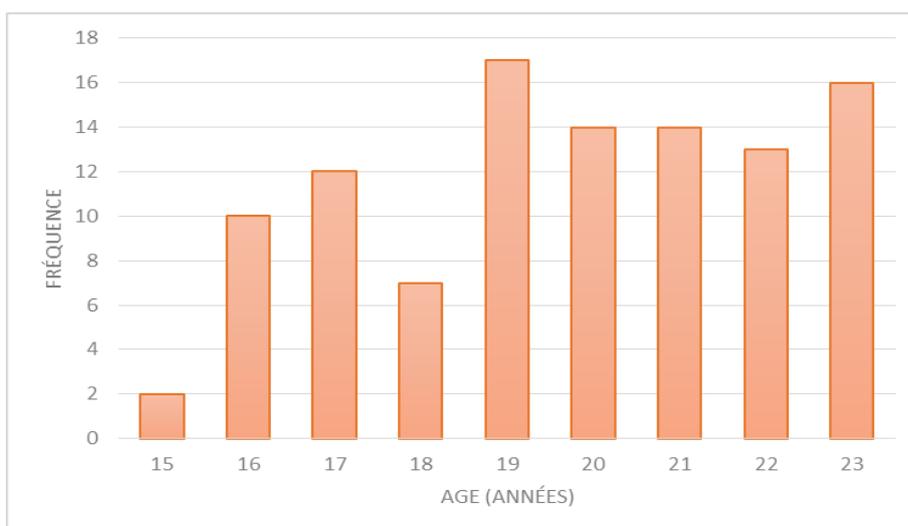


Figure 2 : Répartition des participantes selon leur âge

2. Age lors de la première prescription de contraception

L'âge moyen du recours à la première contraception est de 16,7 ans avec un écart type de 1,3 an. Lors de la première prescription, 80 (76.2 %) étaient mineures.

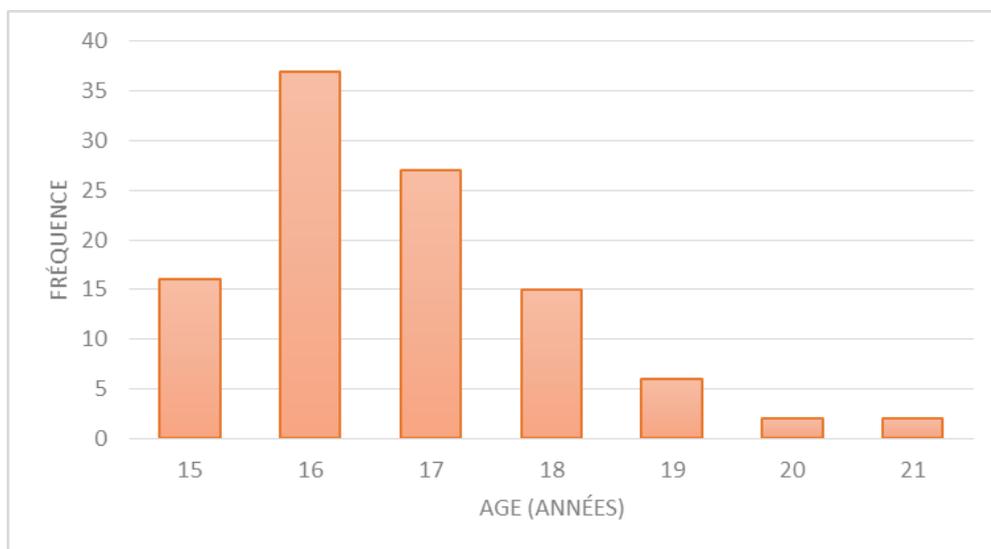


Figure 3 : Répartition des participantes selon leur âge à la première prescription de contraception

3. Prescription de CU

24 participantes (22,9 %) se sont vu prescrire une CU en même temps que leur première pilule contraceptive.

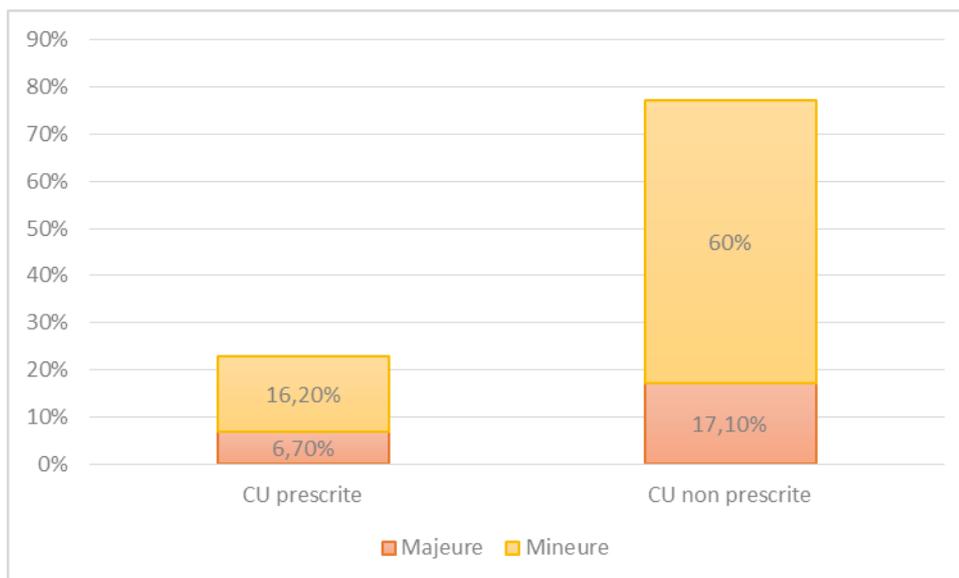


Figure 4 : Part des mineures/majeures suivant la prescription ou non de CU

4. Autres intervenants que le médecin généraliste sur la CU

Les 3 principales autres sources d'information sur la CU sont :

- le lycée ; cité par 62 participantes (59%),
- Internet ; cité par 41 participantes (39%)
- le collège ; cité par 39 participantes (37,1%).

A noter que 4 participantes (3,8%) n'ont rapporté aucune autre source d'information que leur médecin généraliste.

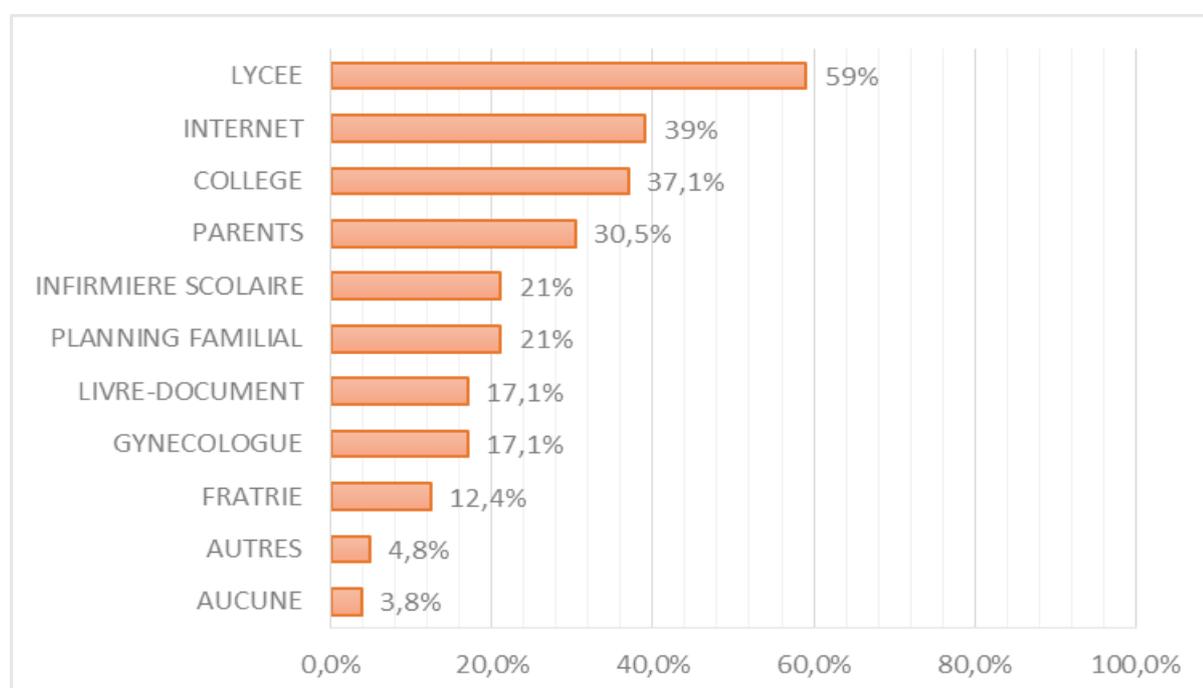


Figure 5 : Pourcentage des participantes informées par les autres sources d'informations que le médecin généraliste sur la CU

Dans la catégorie « Autres », 3 participantes ont cité leurs amis et 2 leurs pharmaciens.

Si l'on compare les mineures aux majeures sur leurs autres sources d'information, on retrouve toujours le lycée, internet et le collège comme principaux intervenants. Il existe une différence statistique significative ($p=0,034$) concernant la source « livre-document » vers laquelle les mineures se dirigent plus.

Intervenants	Mineure	Majeure	p
Collège	36,3 %	40 %	0,814
Lycée	55 %	72 %	0,165
Parents	26,3 %	44 %	0,134
Fratie	13,8 %	8 %	0,729
Internet	38,8 %	40 %	1
CPEF	23,8 %	12 %	0,583
Infirmière scolaire	26,3 %	4 %	0,092
Livre-document	12,5 %	32 %	<u>0,034</u>
Autres	5 %	4 %	0,591
Aucun	5 %	0	0,57

Tableau 1 : Pourcentage des participantes informées par les différentes sources d'informations sur la CU selon leur âge.

5. Situations vécues du recours à la CU

Parmi les 105 participantes, 27 (4,8 %) se sont retrouvées dans une situation nécessitant la prise de CU ; 23 (85,2%) l'ont utilisée.

Parmi les jeunes femmes concernées par la situation d'urgence, 23 (85,2%) étaient mineures et 19 de ces mineures (82,6%) ont utilisé la CU.

6. Catégorisation de la population

Afin de répondre à notre objectif principal, la population a été répartie en 3 groupes :

- Participantes mineures à la première consultation-contraception datant d'avant novembre 2017 : Groupe « Avant 2017 »
- Participantes mineures à la première consultation-contraception datant d'après novembre 2017 : Groupe « Après 2017 »
- Participantes majeures à la première consultation-contraception : Groupe « Majeure »

Groupe	Fréquence	Pourcentage
Avant 2017	45	42,9%
Après 2017	35	33,3%
Majeure	25	23,8%
Total	105	100,0%

Tableau 2 : Répartition des effectifs selon les groupes

C. Résultats

1. Objectif principal

Il s'agit de comparer le pourcentage de participantes dans les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 » ayant reçue une information sur la CU par leur médecin généraliste.

a. Informations sur les situations à risque

Les informations concernant les trois situations à risque de grossesse sont transmises davantage aux mineures avant 2017 (différence non significative).

	Avant 2017	Après 2017	Ensemble des mineures	p
Info A Oubli pilule	60,0%	48,6%	55,0%	0,308
Info B Vomissement	35,6%	34,3%	35,0%	0,906
Info C Rupture préservatif	42,2%	37,1%	40,0%	0,645

Tableau 3 : Pourcentage de participantes informées par le médecin généraliste sur les situations à risque selon les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 »

Il existe une différence de 11,4 % d'informées entre les groupes pour l'information sur l'oubli de contraception de plus de 12 heures et l'existence d'un rapport non protégé.

b. Informations sur l'utilisation de la CU

L'ensemble des informations concernant l'utilisation de la CU est donné davantage aux mineures après 2017 (différence non significative).

	Avant 2017	Après 2017	Ensemble des mineures	p
Info D Délai 5 jrs	22,2%	22,9%	22,5%	0,946
Info E Prise rapide	53,3%	54,3%	53,8%	0,932
Info F vomissement	22,2%	25,7%	23,8%	0,716
Info G Effets secondaires	40,0%	48,6%	43,8%	0,443
Info H préservatif	33,3%	37,1%	35,0%	0,723
Info I Poursuite	48,9%	51,4%	50,0%	0,822

Tableau 4 : Pourcentage de participantes informées par le médecin généraliste sur l'utilisation de la CU selon les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 »

La différence de personnes informées entre les groupes varie de 8,6 % pour l'information sur les effets secondaires à 0,7 % pour le délai d'utilisation maximum de 120 heures.

c. Informations sur l'efficacité de la CU

L'information sur l'absence d'efficacité à 100 % est transmise davantage aux mineures après 2017 contrairement à l'information sur la non-protection contre les IST (différence non significative).

Il existe une différence de 18,5 % d'informées entre les groupes pour l'information sur l'absence d'efficacité à 100 %.

	Avant 2017	Après 2017	Ensemble des mineures	p
Info J % efficacité	24,4%	42,9%	26,3%	0,081
Info K IST	55,6%	48,6%	52,5%	0,535

Tableau 5 : Pourcentage de participantes informées par le médecin généraliste sur l'efficacité de la CU selon les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 »

d. Informations sur les lieux de procuration de la CU

Les mineures avant 2017 sont plus informées sur l'accessibilité de la CU en pharmacie et au CPEF contrairement aux mineures après 2017 à qui l'information sur l'accessibilité de la CU auprès de l'infirmière scolaire est davantage transmise (différence non significative).

	Avant 2017	Après 2017	Ensemble des mineures	p
Info L IDE	28,9%	31,4%	30,0%	0,806
Info M Pharmacie	40,0%	28,6%	35,0%	0,288
Info N CPEF	35,6%	28,6%	32,5%	0,508

Tableau 6 : Pourcentage de participantes informées par le médecin généraliste sur les lieux de procuration de la CU selon les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 ».

Il existe une différence de 11,4 % d'informées entre les groupes concernant l'information sur l'accessibilité en pharmacie.

e. Informations majoritaires

Les informations transmises à une majorité du groupe avant 2017 sont, par ordre décroissant :

- L'oubli de plus de 12 heures et rapport non protégé nécessitent le recours à la CU → 60%
- La non-protection contre les IST → 55,6 %
- La prise la plus rapide possible de la CU → 53,3 %

Les informations les plus transmises au groupe après 2017 sont :

- La prise la plus rapide possible de la CU → 54,3 %
- La poursuite de son contraceptif comme d'habitude → 51,4%
- L'oubli de plus de 12 heures et rapport non protégé nécessitent le recours à la CU, les effets secondaires possibles et la non-protection contre les IST à égalité → 48,6 %

f. Informations minoritaires

Les trois informations les moins transmises au groupe après 2017 sont :

- Le délai maximum de 120 heures → 22,9 %
- L'accessibilité en pharmacie gratuitement pour les mineures → 28,6 %
- L'accessibilité au CPEF gratuitement pour les mineures → 28,6 %

Les trois informations les moins transmises au groupe avant 2017 sont :

- Le délai maximum de 120 heures → 22,2 %
- La nécessité de reprendre la CU si un vomissement survient dans les 3 heures de la première prise → 22,2 %
- L'absence d'efficacité à 100% → 24,4 %

2. Objectif secondaire

a. Comparaison de l'information des mineures par rapport aux majeures

Sur les situations à risque :

Les informations sont davantage transmises aux majeures (différence non significative)

avec une différence de 20 % d'informées concernant la situation de rupture du préservatif.

	Mineure	Majeure	Population totale	p
Info A Oubli pilule	55,0%	64,0%	57,1%	0,427
Info B Vomissement	35,0%	48,0%	38,1%	0,243
Info C Rupture préservatif	40,0%	60,0%	44,8%	0,079

Tableau 7 : Analyse du pourcentage d'informations reçues sur les situations à risque par le médecin généraliste suivant la majorité ou non des participantes

Sur l'utilisation de la CU :

Les informations sont davantage transmises aux majeures (différence non significative).

	Mineure	Majeure	Population totale	p
Info D Délai 5 jrs	22,5%	32,0%	24,8%	0,337
Info E Prise rapide	53,8%	64,0%	56,2%	0,367
Info F vomissement	23,8%	36,0%	26,7%	0,227
Info G Effets secondaires	43,8%	56,0%	46,7%	0,284
Info H préservatif	35,0%	40,0%	36,2%	0,65
Info I poursuite	50,0%	68,0%	54,3%	0,115

Tableau 8 : Analyse du pourcentage d'informations reçues sur l'utilisation par le médecin généraliste suivant la majorité ou non des participantes

La différence dans le pourcentage d'informées varie de 28 % pour la poursuite habituelle du contraceptif en cours à 5 % pour l'utilisation du préservatif jusqu'au prochain cycle.

Sur l'efficacité de la CU :

Les informations sont davantage transmises aux majeures (différence non significative). Il existe une différence de 15,5 % d'informées en ce qui concerne l'absence de protection contre les IST.

	Mineure	Majeure	Population totale	p
Info J % efficacité	32,5%	40,0%	34,3%	0,49
Info K IST	52,5%	68,0%	56,2%	0,173

Tableau 9 : Analyse du pourcentage d'informations reçues sur l'efficacité par le médecin généraliste suivant la majorité ou non des participantes

Sur les lieux de procreation :

Les différents lieux de procreation sont les seules informations à être transmises davantage aux mineures (différence non significative).

	Mineure	Majeure	Population totale	p
Info L IDE	30,0%	28,0%	29,5%	0,848
Info M Pharmacie	35,0%	24,0%	32,4%	0,305
Info N CPEF	32,5%	28%	31,4%	0,672

Tableau 10 : Analyse du pourcentage d'informations reçues sur les lieux de procreation par le médecin généraliste suivant la majorité ou non des participantes

Informations majoritaires :

Dans la population totale de l'étude, quatre informations ont été données à au moins 50%. Il s'agit, par ordre décroissant, de :

- L'oubli de plus de 12 heures et rapport non protégé nécessitent le recours à la CU → 57,1 %
- La prise la plus rapide possible de la CU → 56,2 %
- La non-protection contre les IST → 56,2 %
- La poursuite de son contraceptif comme d'habitude → 54,3 %

Dans le sous-groupe des mineures, quatre informations ont été données à une majorité. Il s'agit, par ordre décroissant, de :

- L'oubli de plus de 12 heures et rapport non protégé nécessitent le recours à la CU → 55 %
- La prise le plus rapide possible de la CU → 53,8 %
- La non-protection contre les IST → 52,5 %
- La poursuite de son contraceptif comme d'habitude → 50 %

Dans le sous-groupe des majeures, ce sont six informations qui ont été données à une majorité. Il s'agit, par ordre décroissant, de :

- La poursuite de son contraceptif comme d'habitude → 68 %
- La non-protection contre les IST → 68 %
- L'oubli de plus de 12 heures et rapport non protégé nécessitent le recours à la CU → 64 %
- La prise le plus rapide possible de la CU → 64 %
- La rupture de préservatif nécessite d'avoir recours à la CU → 60 %
- Les effets secondaires possibles → 56 %

Informations minoritaires :

Les trois informations les moins données à l'ensemble de la population sont :

- Le délai maximum de 120 heures → 24,8 %
- La nécessité de reprendre la CU si un vomissement survient dans les 3 heures de la première prise → 26,7 %
- L'accessibilité auprès de l'infirmière scolaire → 29,5 %

Les trois informations les moins transmises au sous-groupe des mineures sont :

- Le délai maximum de 120 heures → 22,5 %
- La nécessité de reprendre la CU si un vomissement survient dans les 3 heures de la première prise → 23,8 %
- L'absence d'efficacité à 100% → 26,3 %

Les trois informations les moins transmises au sous-groupe des majeures sont :

- L'accessibilité en pharmacie, gratuitement pour les mineures → 24 %
- L'accessibilité gratuitement auprès de l'infirmière scolaire → 28 %
- L'accessibilité au CPEF, gratuitement pour les mineures → 28 %

b. Comparaison de l'information transmise par le médecin et par les autres intervenants

POPULATION TOTALE

Informations sur les situations à risques :

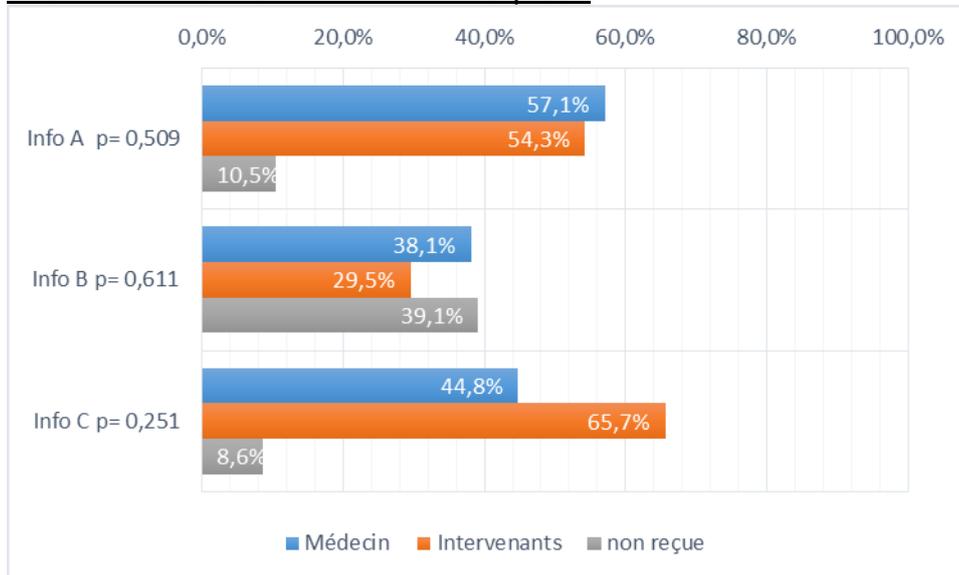


Figure 6 : Pourcentage de participantes ayant reçu l'information des situations à risque par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Les intervenants informent plus de participantes sur la nécessité de prise de CU lors d'une rupture de préservatif (différence non significative)

A noter que 39,1% des participantes n'ont pas reçu l'information sur la nécessité de prise de CU lors de la survenue d'un vomissement dans les 3 heures de la prise de la contraception habituelle ni par le médecin, ni par les intervenants.

Information sur l'utilisation :

Il n'y a pas de différence significative entre médecins et intervenants. La plus grande différence de 14% d'informées concerne l'information sur la nécessité de poursuivre sa contraception de manière habituelle à l'avantage des médecins.

A souligner que 53,3 % des participantes n'ont pas reçu l'information du délai de 5 jours pour la prise de la CU, 52,4 % n'ont pas eu l'information sur la nécessité de reprendre la

CU si un vomissement apparaît dans les 3 heures de la première prise, 39,1% n'ont pas eu l'information sur la nécessité d'utiliser une double protection jusqu'au prochain cycle ainsi que de continuer à prendre sa pilule contraceptive comme d'habitude.

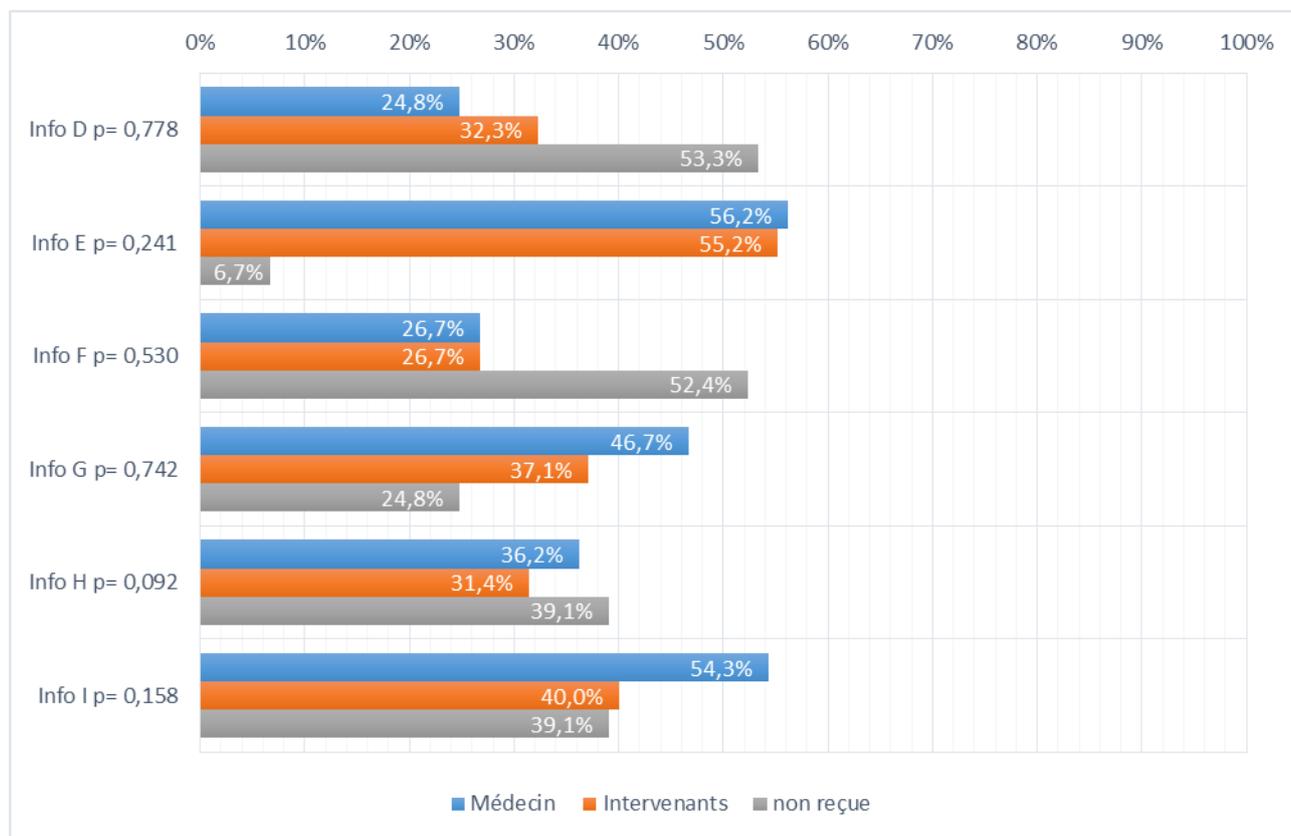


Figure 7 : Pourcentage de participantes ayant reçu l'information sur l'utilisation de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Information sur l'efficacité :

Il n'y a pas de différence significative entre médecins et intervenants. L'information sur l'absence d'efficacité à 100% n'a pas été donnée à 39,1% des participantes.

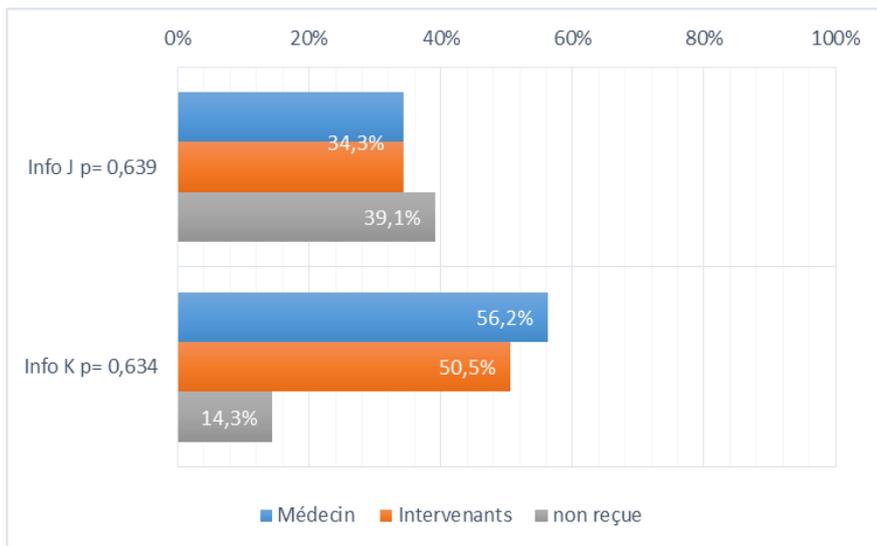


Figure 8 : Pourcentage de participantes ayant reçu l'information sur l'efficacité de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Information sur les lieux de procuration :

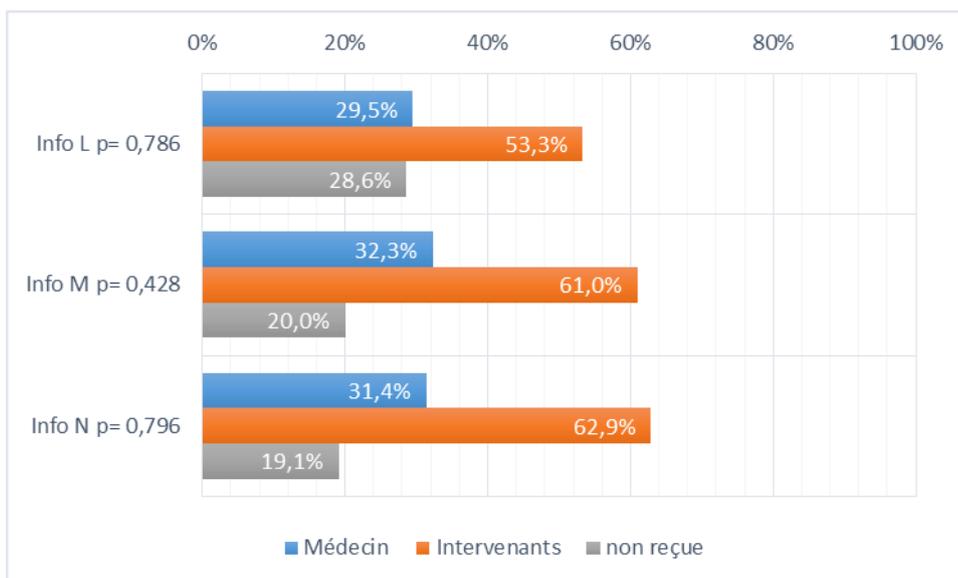


Figure 9 : Pourcentage de participantes ayant reçu l'information sur les lieux de procuration de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Les intervenants informent plus que les médecins, sur les lieux de procuration de la CU avec une moyenne de 28% d'écart d'informées (différence non significative).

Il y a, pour chaque lieu de procuration, au moins 1 participante sur 5 qui n'a pas reçu l'information.

GROUPE APRES 2017

Informations sur les situations à risque :

On note une différence (non significative) importante sur l'information de la rupture du préservatif avec 68,7% du groupe ayant reçu l'information par d'autres intervenants contre 37,1% du groupe par leur médecin.

Sur l'ensemble des situations à risques, les intervenants informent à part égale ou plus que les médecins sur le groupe « après 2017 ».

Concernant l'information sur la prise de CU si des vomissements apparaissent dans les 3 heures de la prise de la contraception, 34,3 % ne l'ont pas reçue.

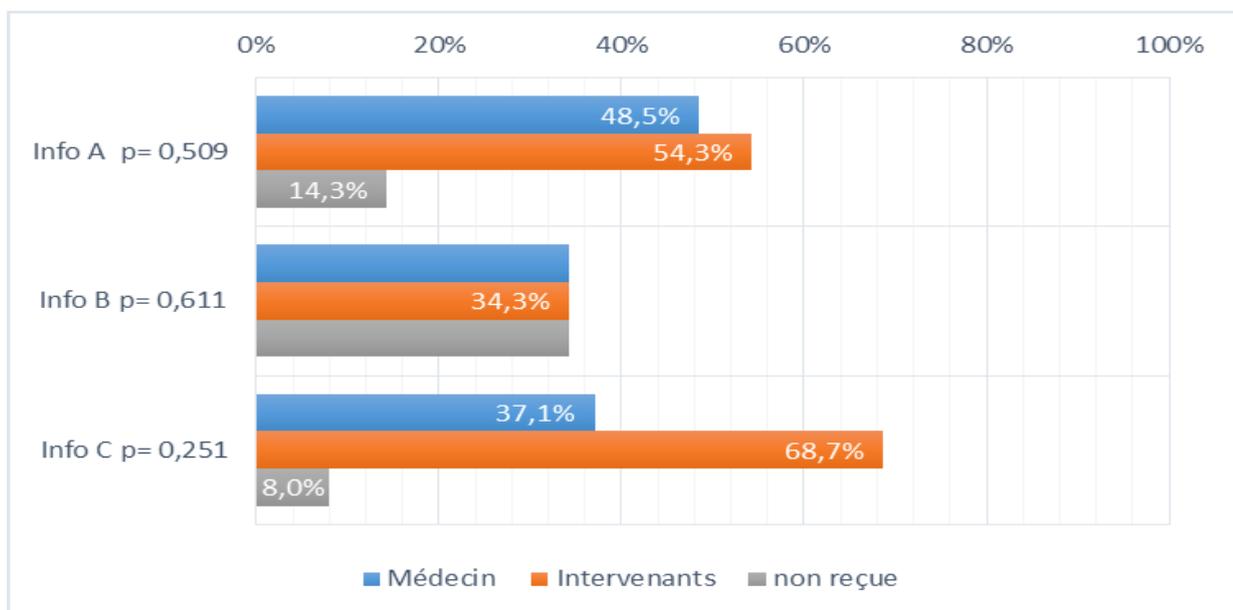


Figure 10 : Pourcentage de participantes du groupe « Après 2017 » ayant reçu l'information des situations à risque par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Information sur l'utilisation :

Le médecin informe plus ses patientes sur la poursuite habituelle de la contraception (différence de 20%) ainsi que les effets secondaires encourus (11,4%).

A noter que 57,1% des participantes n'ont pas eu d'information sur le délai maximum de prise de la CU et que 45,7% n'ont pas eu l'information ni par leur médecin, ni par les

autres intervenants de la nécessité de reprendre une CU si un vomissement survenait dans les 3 heures de la première prise.

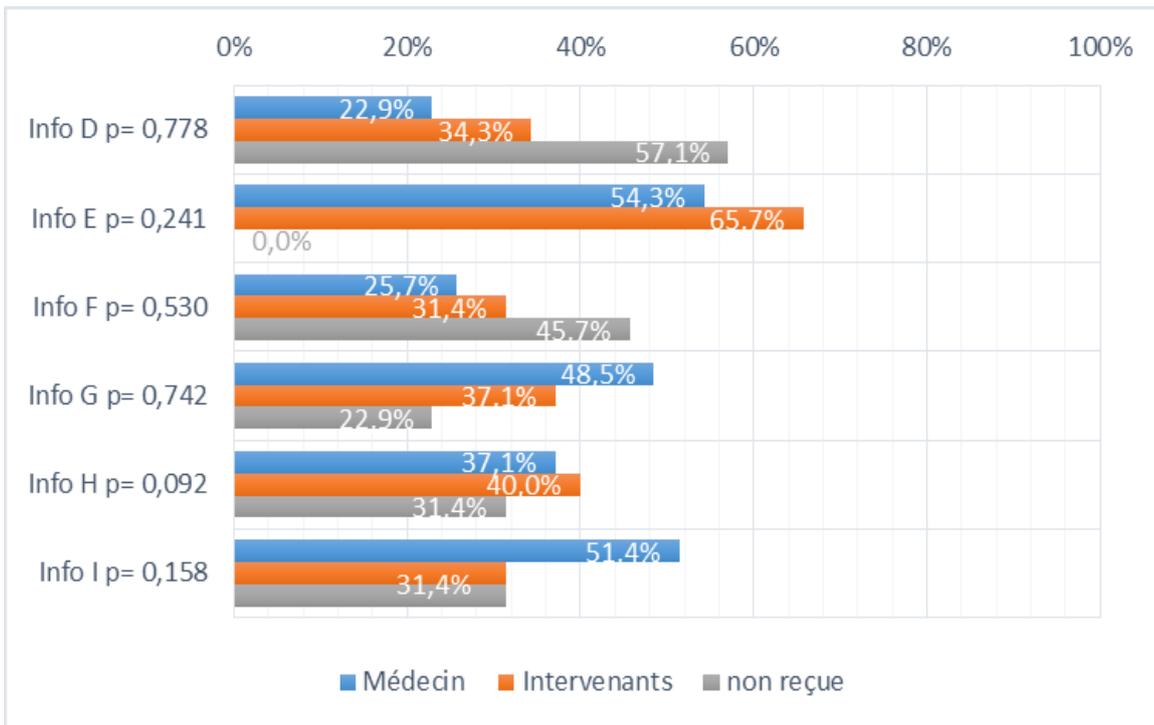


Figure 11 : Pourcentage de participantes du groupe « Après 2017 » ayant reçu l'information sur l'utilisation de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Information sur l'efficacité :

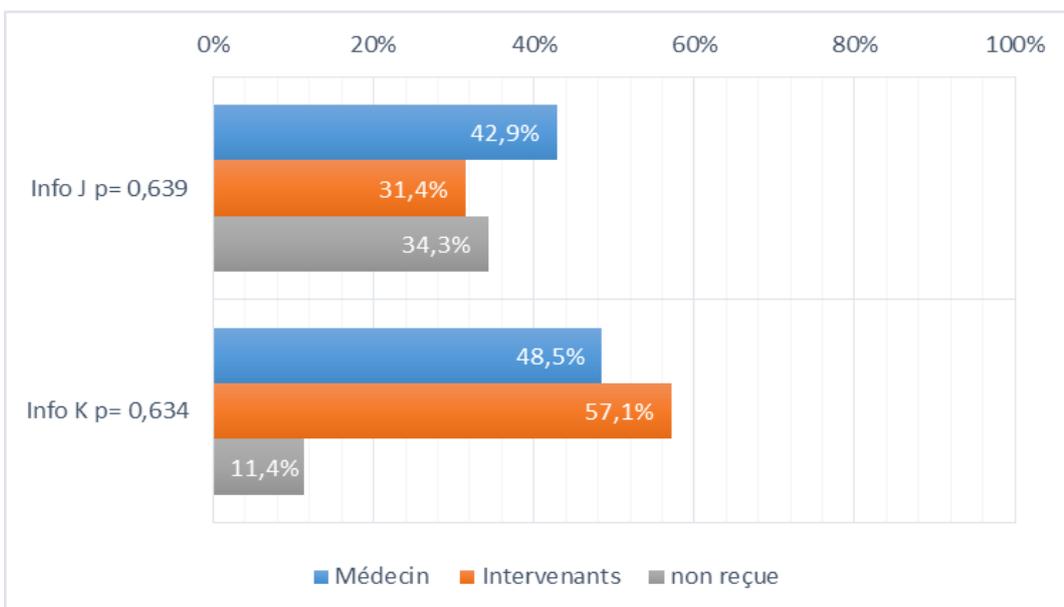


Figure 12 : Pourcentage de participantes du groupe « Après 2017 » ayant reçue l'information sur l'efficacité de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Les participantes sont plus nombreuses à être informées par les intervenants sur l'absence de protection vis-à-vis des IST (différence non significative).

Information sur les lieux de procréation :

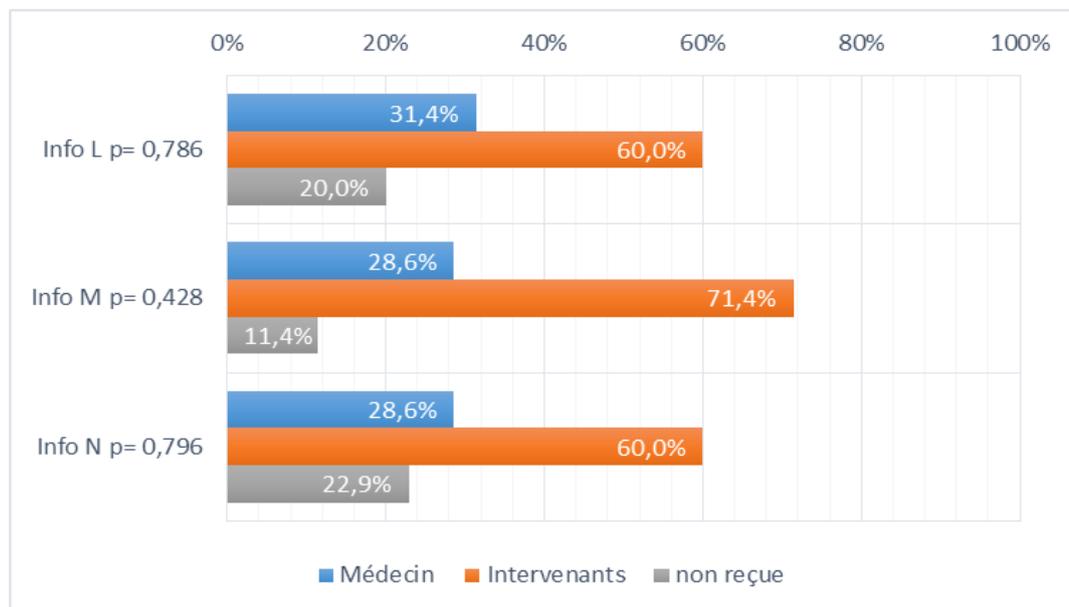


Figure 13 : Pourcentage de participantes du groupe « Après 2017 » ayant reçu l'information sur les lieux de procréation de la CU par le médecin et/ou d'autres intervenants ou aucun des deux.

Il existe une nette différence (non significative) de pourcentage d'informées sur les lieux des procurations de la CU à l'avantage des intervenants (> 60% de la population contre 29,5% pour les médecins).

Une participante sur 5 n'a pas reçu l'information concernant l'accessibilité chez l'infirmière scolaire ou au CPEF.

c. Critère composite d'information

Après lecture des recommandations HAS sur l'information à transmettre sur la CU, il est mis en évidence qu'une personne est considérée comme informée si elle a reçu les 5 informations suivantes :

- **l'information A** (Un oubli de pilule contraceptive de plus de 12heures et un rapport non protégé nécessitent le recours à la CU)

- **l'information D** (le délai maximum pour la prise de 120 heures)
- **l'information E** (la prise le plus tôt possible pour une meilleure efficacité)
- **l'information J** (l'absence d'efficacité à 100%)
- **l'information M** (l'accessibilité en pharmacie, gratuitement pour les mineures)

Selon ce critère composite, 11 participantes (10,5%) ont été informées par leur médecin généraliste : 4 dans le groupe « Avant 2017 », 4 dans le groupe « Après 2017 », 3 dans le groupe « Majeure ».

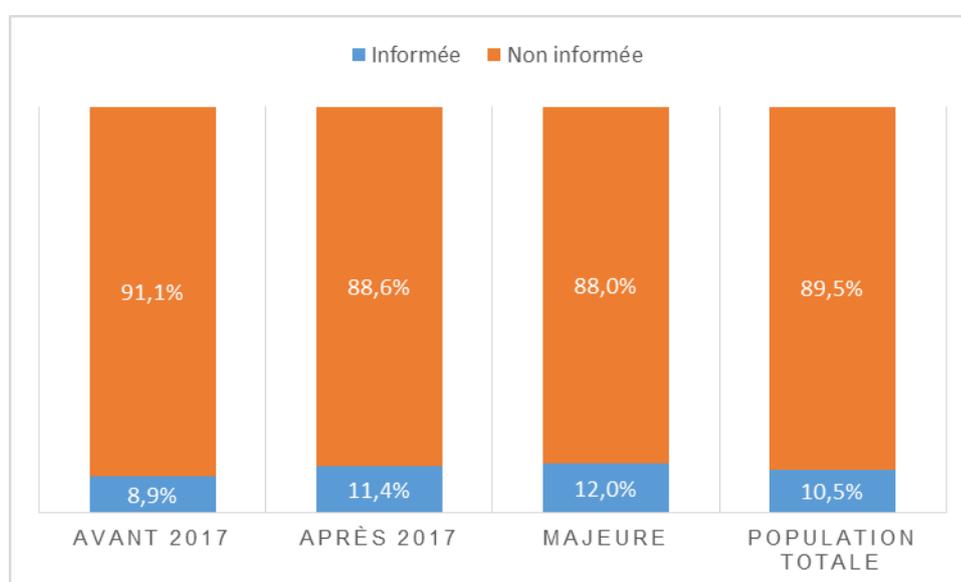


Figure 14 : Pourcentage d'informées selon le critère composite suivant les groupes

d. Prescription de CU par le médecin généraliste

Une prescription de CU a été faite à 9 participantes du groupe « Après 2017 », 8 du groupe « Avant 2017 » et 7 du groupe « Majeure ».

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes. ($p = 0,747$)

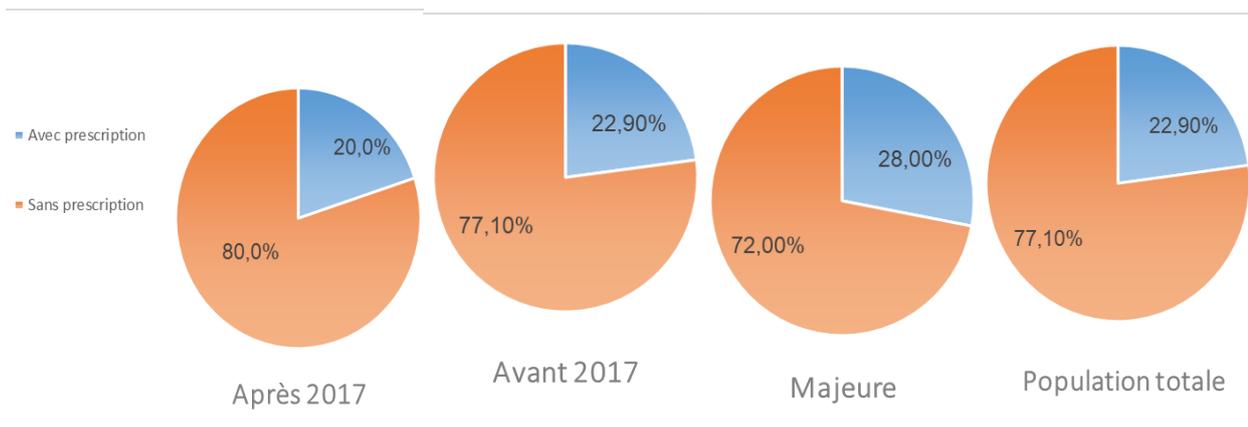


Figure 15 : Prescription conjointe ou non de la CU selon les groupes.

e. Difficultés rencontrées lors d'une situation d'urgence

Plusieurs difficultés ont été soulevées par les utilisatrices de la CU :

- L'absence de connaissance sur le temps possible pour la prise (1 citation)
- La peur d'aller la chercher (1 citation)
- La difficulté à se la procurer devant l'absence de renseignement reçu au préalable (1 citation)
- Le mauvais accueil en pharmacie sans ordonnance (1 citation)
- Le règlement de la contraception malgré la minorité (1 citation)
- Des effets secondaires à type de douleurs abdominales, retard de règles (3 citations)
- Aucune difficulté (15 citations, 65,2%)

Les 4 participantes n'ayant pas eu recours à la CU (toutes mineures) précisent comme raison que « cela n'était pas nécessaire » pour l'une, « savait qu'elle devait la prendre mais n'est pas allée la chercher » pour une autre, « a rencontré des difficultés de communication avec ses parents et avait peur de se rendre au planning familial » pour la troisième et aucune précision pour la dernière.

DISCUSSION

A. Principaux résultats

1. Objectif principal

Il s'agissait de comparer le pourcentage de participantes dans les groupes « Avant 2017 » et « Après 2017 » ayant reçu une information sur la CU par leur médecin généraliste.

Le groupe « Après 2017 », ayant donc bénéficié d'un temps spécifique à leur première prescription de contraception du fait de la cotation spéciale pour les médecins, a été d'avantage informé sur l'ensemble des informations d'utilisation de la CU, sur l'absence d'efficacité à 100% (avec une différence de 18,5%), sur l'accessibilité auprès de l'infirmière scolaire. En revanche, il a été moins informé sur les 3 situations à risques, l'absence de protection contre les IST, l'accessibilité en pharmacie et au CPEF. Aucune de ces différences n'est statistiquement significative.

Le pourcentage d'informées est faible : 43% pour les situations à risques, 38% pour l'utilisation, 39,4% pour l'efficacité, 32,5 % pour les lieux de procuration.

2. Objectif secondaire

Il s'agissait d'étudier la différence d'information sur la CU par le médecin généraliste entre mineures et majeures, la différence d'information par le médecin et les autres intervenants, d'évaluer le taux de prescription conjointe de CU lors d'une première prescription de contraception et pour finir, de recueillir les différentes difficultés ressenties lors du recours à la CU.

Les majeures sont plus nombreuses à être informées par leur médecin sur les situations de recours à la CU, son utilisation et son efficacité par rapport aux mineures. Par contre, les mineures sont plus nombreuses à être informées sur les lieux de

procuration. Aucune de ces différences n'est statistiquement significative. Les informations les plus transmises par le médecin à l'ensemble de notre population sont :

- la situation d'oubli de plus de 12 heures du contraceptif et un rapport non protégé
- la prise la plus rapide possible de la CU
- l'absence de protection de la CU vis-à-vis des IST
- la poursuite habituelle du contraceptif après une situation d'urgence.

Néanmoins les informations ne sont que peu transmises par le médecin puisque 46,6% de la population est informée sur les situations d'urgence, 40% sur l'utilisation de la CU, 45% sur son efficacité, 31,1% sur les lieux de procuration.

Selon notre critère composite, 11 participantes, soit 10,5% de la population, ont été informées par leur médecin. Il n'existe pas de différence selon les sous-groupes.

Concernant les autres intervenants que le médecin généraliste sur la CU, les 3 principales sources sont le lycée, internet et le collègue. Très peu (4%) de participantes ne sont informées que par leur médecin. Dans notre population étudiée, les intervenants informent plus sur la situation de rupture du préservatif (20,9% de différence d'informée) et sur les différents lieux de procuration (28% de différence d'informée). Aucune de ces différences n'est statistiquement significative. Dans le sous-groupe « Après 2017 », des résultats identiques sont retrouvés avec, en plus, une différence de 20% d'informées à l'avantage des médecins concernant l'information sur la poursuite habituelle du contraceptif.

Les participantes sont parfois nombreuses à ne pas avoir eu d'information ni par leur médecin, ni par les autres intervenants :

- 53,3% n'ont pas eu l'information sur le délai de prise de 120 heures maximum

- 52,4 % n'ont pas eu l'information sur la nécessité de reprendre une CU si un vomissement survenait dans les 3 heures de la première prise
- 39,1% n'ont pas eu d'information sur la nécessité de recourir à la CU si un vomissement survenait dans les 3 heures de la prise du contraceptif et qu'il y a eu un rapport non protégé, de double protection jusqu'au prochain cycle, de poursuivre son contraceptif de manière habituelle, de l'absence d'efficacité de la CU à 100%.
- 20 % n'ont pas eu d'information sur les lieux de procuration de la CU.

Une prescription conjointe de CU à la première prescription de contraception a été réalisée dans 23% des cas. Il n'existe pas de différence selon les sous-groupes.

Dans notre étude, 4,8 % des participantes se sont retrouvées dans une situation d'urgence. Le manque de renseignement préalable, notamment du délai de prise de CU, a compliqué la prise de CU chez deux participantes. Les autres difficultés exprimées sont un mauvais accueil en pharmacie sans ordonnance, un règlement de la CU malgré le fait d'être mineure, la peur d'aller la chercher, des effets secondaires. 65% des participantes ayant eu recours à la CU n'ont exprimé aucune difficulté. Les participantes en situation d'urgence n'ayant pas eu recours à la CU expriment une difficulté de communication avec leurs parents pour une et l'absence de nécessité ressentie pour une autre.

B. Biais

1. Biais de sélection

L'ensemble des médecins généralistes sur un territoire donné a été contacté, cela limitant donc le biais de sélection.

Notre étude était ciblée dans la région d'Arras, cela limite la représentativité de la population sur l'ensemble du territoire français.

Notre étude a été limitée, d'une part, devant le nombre de refus de participations des médecins puisque 60 médecins n'ont pas souhaité y participer (soit 52% des médecins contactés). Ceci pouvant s'expliquer en partie par la période de recrutement lors de la pandémie à COVID 19. Néanmoins il n'est pas possible d'exclure l'hypothèse que les médecins refusant la participation sont probablement moins intéressés par le sujet et donc fournissent une information moins complète sur la CU que les médecins ayant accepté de participer. De plus, certains médecins n'étant pas joignables directement par téléphone, un message était laissé auprès du secrétariat, avec possible erreur de transmission voire non transmission du message.

Notre étude a été limitée, d'autre part, devant le nombre de questionnaires recueillis (8% des questionnaires distribués). Cependant, selon le guide pratique d'étude du gouvernement, le minimum de 100 réponses requises pour lancer une analyse est ici atteint (105 questionnaires analysés). (49)

2. Biais d'information-mémorisation

Le fait de tester notre questionnaire en amont du recueil a permis de repérer des erreurs majeures de compréhension et ainsi limiter le biais d'information.

Notre choix de méthode entraîne cependant une augmentation du risque de ce biais. En effet, du fait de l'anonymat des questionnaires, nous ne pouvons contrôler le nombre de réponses par participante (si une jeune femme se rend chez son médecin puis à la pharmacie puis consulte un autre médecin la semaine suivante et qu'à chaque fois le questionnaire lui est présenté).

De plus, pour compléter le questionnaire, les participantes devaient se remémorer leur consultation de première contraception chez leur médecin ; pour certaines cela

remontait à 7 ans. Ceci peut créer un biais de mémorisation.

3. Biais de déclaration

L'anonymat du questionnaire, permettant aux participantes de ne pas être jugées, réduisait le biais de déclaration. Cependant, il peut exister un biais de conformisme incitant les participantes à privilégier des réponses jugées recevables notamment pour les situations vécues de recours à la CU, surtout si elles remplissaient le questionnaire en présence de leur médecin.

De plus, un biais de prévarication c'est-à-dire d'omission volontaire ou mensonge peut se retrouver si les participantes complétaient le questionnaire de façon à ne pas juger leur médecin dans leur travail (en inscrivant qu'il leur a donné l'information sans que ce soit vrai) ; surtout si ce questionnaire était rempli en consultation donc en présence de leur médecin.

C. Perspectives

1. Rôle du médecin généraliste

a. En général

Le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée. Il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités. Il développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. Il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. Il intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient

éventuellement requérir une intervention rapide. Il favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. Il répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.(50)

Les médecins généralistes ont un rôle pivot dans la santé des femmes. En 2020, ils étaient près de 101 355 en activité régulière contre seulement 7 748 gynécologues. Face au faible nombre de spécialistes non généralistes, à une répartition inégale de ces derniers sur le territoire français et à des délais de rendez-vous parfois longs, la contraception devient l'affaire de nombreux médecins généralistes. (51)

En effet, l'observatoire Thalès retrouvait déjà en 1999 que la fréquence moyenne de consultations des femmes chez le médecin généraliste pour motif gynécologique était de 3,6 consultations par an et que dans 35% des cas cela concernait la contraception. (52) Des chiffres plus récents datant d'une étude de 2016 et s'intéressant à l'implication des médecins généralistes dans le suivi gynécologique montrent que 57% des médecins généralistes français disent voir au moins une fois par semaine des patientes pour un motif gynécologique. 56% des médecins généralistes français partagent l'idée que réaliser des suivis gynécologiques font partie de leurs missions. La contraception constitue le motif le plus fréquent de consultation dans le champ de la gynécologie : 52 % des médecins généralistes déclarent voir au moins une fois par semaine une patiente pour l'instauration ou le suivi d'une méthode contraceptive, hors urgence. (53)

Du côté des patientes, la notion de rôle pivot du médecin généraliste se retrouve également car d'après le sondage INPES BVA de 2007 intéressant des hommes et des femmes de 15 à 75 ans, 95% des sondés estiment légitime la place du médecin généraliste en matière de contraception et 43% des sondés ont le plus confiance en ce professionnel pour obtenir des informations dans ce domaine contre 37% pour le

spécialiste. (54)

Cet élément se retrouve également dans notre étude car seulement 17% de notre population s'est tourné vers un autre professionnel de santé que le médecin généraliste pour la première prescription de contraception.

De plus, le médecin généraliste reste un interlocuteur principal pour les adolescents car dans l'article « comment aborder l'adolescent en médecine générale », on retrouve que 75 % des adolescents ont vu un médecin dans l'année et que vu du côté du médecin généraliste, cette consultation n'est pas expéditive : plus de la moitié durent au moins 10 minutes.(55)

b. En situation d'urgence

Le rôle pivot du médecin généraliste se retrouve moins en situation d'urgence.

L'étude Coraliance de 2002 retrouve que sur 23% des femmes interrogées ayant eu un oubli de pilule le mois précédent, seules 18% ont demandé conseil à leur médecin traitant.

Dans notre étude, lors d'une situation d'urgence, des participantes se sont retrouvés face à des difficultés notamment le fait de ne pas connaître le délai d'utilisation de la CU. C'est pourquoi le travail de prévention doit se faire en amont, au moment de la prescription du contraceptif (56) avec, à ce moment, une prescription conjointe de CU pour en faciliter le recours au moment opportun. C'est ce que précise la recommandation 18 du rapport de l'IGAS pour mieux prévenir les GNP et essayer de diminuer le nombre d'IVG. (57)

Dans notre étude, ce sont 23% de la population qui se sont vus prescrire la CU en même temps que leur première contraception. C'est plus que dans un article de 2010 publié dans le journal de gynécologie obstétrique où 4% des médecins interrogés prescrivaient systématiquement la CU lors d'une prescription de contraception. (58)

2. Mesures de réduction de GNP et d'IVG

a. Prescription conjointe de CU

La non prescription de CU par les médecins généralistes pourrait être due à une peur de prises de risques plus importantes ou de « surutilisation » de la CU. Néanmoins, selon une étude française de 2006, l'augmentation de l'accès à la CU et de son utilisation n'ont pas entraîné une augmentation de début de sexualité, ni une diminution de l'âge au premier rapport sexuel, ni une augmentation de prise de risque de GNP. Parmi les femmes à risque de GNP, il n'y a eu aucune diminution de l'utilisation de la contraception et aucune diminution de l'utilisation des méthodes les plus efficaces.(40)

Il existe des résultats similaires dans une cohorte française de 2009 s'intéressant aux changements dans les comportements contraceptifs après l'utilisation de la CU : aucun changement dans les pratiques contraceptives entre le moment de l'utilisation de la CU et 6 mois plus tard n'a été démontré (41% des femmes ont continué à utiliser des méthodes hautement efficaces (pilule contraceptive, implant, dispositif intra-utérin : DIU) et 30% ont continué des méthodes moins efficaces. Seulement 8,4% sont passés de méthodes très efficaces à des méthodes moins efficaces). (59)

Aux États-Unis en 2004, une étude centrée sur les adolescents retrouve que fournir une CU à l'avance n'est pas associé à plus de rapports sexuels non protégés ou à moins de préservatifs ou de contraception hormonale. Au cours du premier mois suivant l'inscription, les adolescents recevant une CU à l'avance étaient presque deux fois plus susceptibles de l'utiliser et ont eu recours à la CU de manière plus précoce. (60)

La prescription conjointe de CU lors d'une première prescription de contraception peut être une stratégie pour faire baisser le taux de GNP. Cette baisse est un des objectifs de la stratégie nationale française. En effet, la promotion de la santé sexuelle fait partie des projets gouvernementaux. Après une feuille de route s'étalant sur 3 ans (2018-2020)

avec 26 actions entreprises (61), une nouvelle stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit plus dans la durée en cohérence avec l'horizon 2030 défini pour les objectifs de développement durable.(62). De ce fait, un axe de cette stratégie nationale se concentre sur l'amélioration de la santé reproductive avec comme objectif une réduction d'un tiers du taux de GNP, une amélioration de l'accès au choix d'un contraceptif adapté, une facilitation du recours à la contraception définitive.

b. Le modèle BERCER

Dans les mesures pour réduire les GNP chez les adolescentes, une revue Cochrane de 53 essais faite en 2016 retrouve que seules les interventions combinant l'éducation et la promotion de la contraception (les interventions multiples) ont permis d'obtenir une réduction significative du nombre de GNP sur la période de suivi à moyen et à long terme. (63)

Cette prévention définie par l'OMS comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps (64) prend du temps. D'autant plus que l'HAS, le ministère des solidarités, de la santé et de la famille ainsi que les recommandations pour la pratique clinique mettent en avant l'utilisation du modèle BERCER lors d'une consultation de contraception afin de répondre au mieux aux besoins de la patiente, de l'aider dans son choix et de lui laisser la possibilité d'être pleinement actrice de sa santé. Le modèle BERCER est un acronyme illustrant les six étapes clés d'une consultation de contraception qui sont : Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour. Il fait appel à deux concepts complémentaires intervenant dans la relation patient-médecin, qui sont le « counseling » et la « démarche éducative ». Le counseling renvoie à l'accompagnement et aux conseils donnés par le soignant afin d'aider la patiente à faire son choix. La démarche éducative, quant à elle, prend en compte la personne dans son individualité et vise à promouvoir la

santé de la patiente en l'autonomisant au maximum.

Ce modèle de consultation est détaillé ainsi :

- Bienvenue : Cette étape comprend l'accueil en lui-même de la consultante et la présentation du professionnel de santé. C'est l'occasion d'instaurer un climat de confiance. La qualité de la relation est indispensable pour la participation active de la femme lors de la consultation et de son choix final de méthode contraceptive. Le soignant affirme la confidentialité de la consultation et explique son déroulement.
- Entretien : Il permet de récolter, certes, des informations médicales mais il aborde aussi d'autres dimensions relatives au contexte de vie de la patiente (socioéconomique, affectif, psychologique). L'entretien se veut interactif. Un examen clinique plus ou moins complet est également réalisé lors de cette étape. La démarche éducative permet à la patiente, au fil des sujets abordés et explorés, de définir ses propres besoins avec l'aide du professionnel de santé : on parle alors de « diagnostic éducatif ».
- Renseignement : Le professionnel de santé y délivre des informations claires concernant les moyens contraceptifs intéressant la patiente et aussi ceux qu'il considère adaptés pour elle.
- Choix : La décision finale doit appartenir à la consultante. Le professionnel de santé doit s'assurer du choix libre, adapté et éclairé de la patiente, tout en l'invitant à réfléchir sur sa capacité à respecter la méthode choisie du fait de son histoire personnelle.
- Explication : Cette partie permet à la femme de recevoir des informations plus précises, personnalisées et orientées sur la méthode choisie : modalités et conseils de prise, de rattrapage en cas de rapports non ou mal protégés, taux

de remboursement... Du matériel de démonstration avec une manipulation par la patiente elle-même peut s'avérer utile, permettant un meilleur apprentissage et évitant un listing d'informations parfois dense. Des brochures, numéros utiles ou dépliants récapitulatifs peuvent être également donnés. Lors de cette étape, le praticien aborde l'intérêt de planifier une prochaine consultation et indique aussi les raisons qui pourraient pousser la patiente à re-consulter entre temps.

- Retour : L'ultime étape correspond aux consultations de suivi au cours desquelles le praticien vérifie que la méthode contraceptive est toujours adaptée à la patiente et que cette dernière en est satisfaite. C'est également un moment où la patiente nous fait part de ses questions et éventuels problèmes rencontrés.

De manière synthétique, cette méthode proposée demande au praticien de s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix afin d'obtenir la meilleure adéquation entre la méthode contraceptive et le parcours personnel de chaque femme pour, au final, avoir une efficacité contraceptive optimale. C'est pourquoi il est recommandé aux professionnels de santé de prendre un temps spécifique et dédié à cette consultation. (65–67)

Pourtant dans une étude de la Drees publié en 2006 sur les différents temps de consultation, il est retrouvé qu'une consultation de prévention médicale est l'une des consultations les plus courtes en moyenne. (15,8 minutes contre 18,2 minutes pour les problèmes psychologiques). De plus, la tranche d'âge 15-24 ans bénéficie d'une consultation moins longue que les plus âgés. (13,9 minutes contre 15,8 minutes pour les 45-69 ans). (68)

Ce constat a pu favoriser la création de la cotation « CCP » même si, selon une revue de

la littérature de 2017 chargée d'évaluer les données probantes sur les interventions et politiques de changement de comportement destinées aux professionnels de santé, les incitations financières n'influenceraient pas le changement de pratique des médecins à long terme. (69)

En effet dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence d'importante différence de transmission d'information depuis la mise en place de la cotation CCP.

c. La formation des professionnels de santé

La revue de littérature sus-cité met en avant que les interventions de changement de comportement, y compris l'éducation, la formation et l'habilitation dans le contexte d'approches collaboratives en équipe, sont efficaces pour changer la pratique des professionnels de la santé primaire. (69) Ceci fait partie du premier axe de la stratégie nationale de santé sexuelle avec une accentuation de la formation des professionnels par l'intégration de la thématique santé sexuelle dans les études de 3^{ème} cycle, l'augmentation des terrains de stages dans les CPEF, les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les centres d'orthogénie.

Cette proposition d'intensification de formation paraît primordiale quand dans une étude de 2010 menée par entretien semi-dirigé, on retrouve qu'en cas de demande de conseil suite à un oubli de contraceptif, seuls 2 médecins sur 25 avaient une pratique conforme aux recommandations de la HAS, seuls 40% connaissaient le délai d'oubli de contraceptif, et seuls 48 % le délai de prise de la CU. (58)

Ce défaut de connaissance peut être, tout comme le manque de temps, une cause de non-transmission d'information à leurs patientes. L'étude FECOND de 2012 retrouvait que la CU restait peu évoquée lors des consultations médicales : 36 % des gynécologues

indiquent avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année et 11 % des généralistes. (6). De plus, dans notre étude, c'est 53,3% de la population qui n'a pas reçu d'information sur le délai maximum de prise de la CU. Ceci entraîne donc des difficultés de gestion des situations d'urgence de la part des patientes. En effet selon une enquête INPES de 2008, 88% des patientes déclarent connaître la CU pourtant seules 5% donnent le bon délai de prise (54) et selon un article de la revue française « exercer » de 2008 lors d'une situation d'urgence, 7 % avaient eu une attitude en accord avec la HAS et 57 % avaient eu une attitude les exposant à un risque de grossesse. (70)

d. Education en milieu scolaire

L'axe de la stratégie nationale de santé sexuelle mettant en avant la formation des professionnels de santé pour promouvoir la santé sexuelle en particulier chez les jeunes, souligne également l'importance de l'éducation en milieu scolaire. Ils souhaitent éduquer dès le plus jeune âge. L'objectif pour 2023 (indicateurs intermédiaires) est que 100% des jeunes aient reçu une éducation au cours de leur cursus scolaire. Dans ce sens, depuis 2020, les dispositions concernant la contraception des jeunes filles de 15 à 18 ans, à savoir la gratuité de l'ensemble des frais, ont été étendues à l'ensemble des filles mineures.(71) On encourage également le développement de la e-santé (sensible aux jeunes). Il existe 3 sites à mettre en avant :

- [santé.fr](#) (72): en cherchant contraception dans le moteur de recherche, ce site du gouvernement liste différents articles, liens ou contact en rapport avec ce sujet.
- [onsexprime.fr](#) (73): Les contenus du site ont été rédigés au sein de Santé publique France avec de multiples sources mobilisées. Son contenu permet à des jeunes de tout âge de trouver des informations sur la physiologie du corps humain, la santé sexuelle, des conseils pour leur première fois. On y trouve

également plusieurs numéros utiles ou lieux d'information vers lesquels les jeunes peuvent se tourner.

- la boussole des droits (74) : c'est un service numérique à destination des 15-30 ans, qui recense les services disponibles pour les jeunes et facilite la mise en contact avec le bon professionnel. 3 thèmes peuvent être abordés : la santé, le logement, l'emploi. C'est un service en cours de déploiement. Actuellement dans les Hauts de France, le service est actif sur Douai et Amiens mais pas encore pour le domaine de la santé.

Au vu des résultats de notre étude, à savoir que les principaux intervenants sont le lycée, le collège et internet, cette stratégie de développer l'éducation en milieu scolaire et via internet s'entend.

e. Promotion des contraceptifs de longue durée d'action

Parallèlement à ces différentes mesures prises en matière de contraception (prescription conjointe de CU, mise en place d'une cotation pour pallier le manque de temps, meilleure formation des professionnels de santé, éducation en milieu scolaire), une autre stratégie peut être mise en avant pour réduire d'un tiers le taux de GNP comme voulu par la stratégie nationale de santé sexuelle. Il s'agit de la promotion des LARC. C'est en tous cas ce que le rapport IGAS sur la prévention des grossesses non désirées conclut : « nécessité de diversifier la couverture contraceptive et de l'adapter aux besoins et modes de vie des utilisatrices, de promouvoir les méthodes moins contraignantes en termes d'observance que la pilule ». (57)

En effet, selon une étude française de 2010 sur les moyens contraceptifs utilisés avant et après une IVG, 2 % des IVG surviendraient avec des LARC type DIU, implant contre 61,5 % pour les autres méthodes dont 27 % pour la pilule (22). Mais, selon 3 enquêtes

nationales françaises menées en 2000, 2005 et 2010 sur des jeunes femmes de 15 à 29 ans, ces méthodes ne concernent que peu d'adolescentes (0,5 % des 15 à 19 ans). (75) Cette faible utilisation est également confirmée dans un article de 2014 publié dans *Population et Société*. (76) Dans notre étude, nous retrouvons également que seules 2,4 % des participantes se sont orientées vers un autre moyen contraceptif que la pilule pour leur première prescription.

L'impact des LARC sur la réduction du taux de GNP est également retrouvé dans 2 études étatsuniennes. Une de 2012 basée sur une vaste cohorte prospective de femmes qui conclut à 4,55 grossesses pour 100 années-participantes parmi les utilisatrices de contraceptifs oraux contre 0,27 grossesse pour 100 années-participantes parmi les utilisatrices du LARC (77). Une deuxième en 2014 : l'étude prospective CHOICE qui est un projet conçu pour promouvoir l'utilisation de LARC. En effet, les participantes sont informées sur la contraception réversible, en mettant l'accent sur les avantages, ont eu le choix de les obtenir sans frais et ont été suivies pendant 2 à 3 ans. La comparaison des taux de grossesse, de naissance et d'IVG chez cette population contre ceux observés à l'échelle nationale chez les adolescentes américaines du même groupe d'âge retrouve : un taux annuel de grossesse à 34 contre 158,5 pour 1000 adolescents, un taux de naissance à 19,4 contre 94 pour 1000 adolescents et un taux d'IVG à 9,7 contre 41,5 pour 1000 adolescents. Cela démontre l'efficacité des LARC et leur impact sur la réduction du nombre de GNP chez les adolescentes. (78)

Selon une enquête nationale française de 2018 sur la contraception des adolescents, l'âge du premier rapport sexuel en France est de 17,5 ans avec un usage quasi-constant du préservatif (90 % chez les 15-24 ans). Le préservatif est ensuite abandonné et 79 % des adolescentes se voient prescrire une contraception hormonale principalement orale, le DIU apparaissant comme l'option privilégiée une fois le nombre d'enfants souhaité

atteint.(43) Cependant, deux études en 2010 et 2011 dont une revue de la littérature confirment bien, en calculant l'indice de Pearl (indice théorique égal au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation optimale de la méthode) que les dispositifs intra-utérins et les implants sont d'efficacité supérieure à celle des contraceptifs hormonaux oraux et non-oraux. (79,80)

Les LARC ont également l'avantage d'avoir un moindre taux d'arrêt du contraceptif. Sur la base d'une cohorte nationale de femmes en âge de procréer en France, 11% des utilisatrices de DIU ont arrêté leur contraception pour des raisons liées à la méthode au cours de la première année d'utilisation contre 22% des utilisatrices de pilules et 38% des utilisatrices de préservatifs. (81) De même, une étude basée sur la population du projet CHOICE comparant les taux de persévérance des contraceptifs sur 12 mois selon l'âge retrouve un taux de poursuite des LARC supérieur à 75% pour tous les groupes d'âge ; pour les 14-19 ans, il est de 81% pour les LARC contre 44% pour les non LARC. (82)

f. Procoration en pharmacie

Pour faciliter le recours à la CU et ainsi diminuer le taux de GNP, les lieux de procoration sont multiples. Dans notre étude, 2 participantes ont souligné avoir eu des difficultés lors du recours à la CU en pharmacie avec notamment le règlement de la CU pour l'une d'entre elle malgré sa minorité. Selon le rapport IGAS, la disponibilité de la CU en pharmacie est primordiale car les 23 000 officines de pharmacie offrent une couverture géographique plus complète et plus dense qu'aucune autre structure sanitaire ou sociale, notamment en milieu rural. Elles fournissent un accès de proximité, sans rendez-vous, sur une grande amplitude horaire, particulièrement adapté à la délivrance d'un produit comme la CU qui doit être pris rapidement pour être efficace. Ce rapport souligne que le

pharmacien a l'obligation de délivrer la CU à titre gratuit aux jeunes filles qui déclarent être mineures, une procédure spécifique de remboursement étant prévue dans ce cas. Il explique également que le pharmacien a l'obligation de délivrer la CU ainsi qu'une brochure d'information (annexe 5) à qui le lui demande, sans exigence de prescription médicale.(57)

De nombreuses études s'intéressant aux connaissances acquises via une brochure ont été réalisées. Une revue de littérature de 2013 retrouve une amélioration des connaissances chez les patientes ayant eu une brochure sur la contraception. (83)

Une étude de 2012, menée en Allemagne sur des jeunes femmes, rapporte une amélioration des connaissances avec maintien dans le temps suite à la délivrance d'une brochure explicative sur la contraception. (84)

Cependant, le rapport IGAS souligne également que certains pharmaciens n'ont pas connaissance de l'existence de cette brochure alors qu'ils sont pourtant tenus par la réglementation de remettre une documentation écrite pour compléter l'information dispensée oralement. Les chiffres recueillis auprès du CESPARM sont éloquentes de ce point de vue : la diffusion de la brochure se situe à un niveau très inférieur par rapport au nombre de boîtes délivrées qui lui ne cesse d'augmenter : 28 500 brochures ont été commandées par les officines entre le 1er septembre 2005 et le 31 août 2006 alors que 254 000 boîtes de Norlevo® ont été délivrées gratuitement aux mineures en 2006. Cette absence de diffusion de brochure se retrouve également chez les médecins généralistes. Dans un article de 2010 publié dans le journal de gynécologie obstétrique, on retrouve que 60 % des médecins expliquent la technique de prise de contraception oralement avec l'aide de supports dans 40 % des cas. Pour la conduite à tenir en cas d'oubli, 84 % le font oralement et 28 % donnent une brochure. (58) La distribution de brochure serait donc également à mettre en avant afin de réduire le taux de GNP.

La notion de difficulté à la délivrance en pharmacie se retrouve aussi dans un livre publié en 2012 sur la sexualité des adolescents. Il apparaît que la délivrance aux mineures se fait rarement dans les conditions prescrites par la réglementation : les demandes de paiement sont relativement fréquentes et certains professionnels exigent une pièce d'identité. Mais c'est au niveau de l'accompagnement et de la démarche d'éducation sanitaire que les carences les plus importantes sont constatées. Confrontés à des jeunes femmes pressées et qui cherchent à se dérober, manquant eux-mêmes souvent de la disponibilité nécessaire en raison de l'afflux de clientèle, ayant du mal à ménager les conditions d'intimité nécessaires à l'entretien, nombre de pharmaciens reconnaissent éprouver des difficultés à s'acquitter des responsabilités qui leur ont été confiées en la matière. (85)

Par ailleurs, un article français de 2008 retrouve que la délivrance gratuite de la CU à des mineures qui en faisaient la demande a été refusée par 37,7 % des pharmacies et que dans 86,8 % des cas, les mineures n'ont bénéficié d'aucune intimité. (86)

g. Procuration en CPEF

L'accessibilité à la CU peut également se faire au CPEF. Certaines patientes préfèrent un lieu anonyme afin de discuter contraception. En effet, dans un article publié dans « Santé publique » en 2011 sur les enjeux de la consultation pour la première contraception et les jeunes femmes face aux professionnels de santé, il est dit que malgré l'attachement que certaines jeunes femmes accordent au médecin de famille, pour d'autres, il n'est pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la sphère intime et privée. Elles se trouvent parfois dans l'impossibilité d'en parler avec lui, car il connaît leurs parents, leur fratrie. L'enjeu pour ces jeunes femmes est de réussir à préserver la relation de médecin/patiente, mais aussi et surtout de garder leur sexualité invisible aux parents. Il

est dit également que les jeunes femmes qui n'ont pas de médecin référent ne prennent pas de rendez-vous avec un médecin généraliste pour des questions liées à leur intimité corporelle et/ou sexuelle ou encore obtenir un contraceptif mais elles préfèrent un lieu plus anonyme comme le CPEF. (87)

Le rapport d'activité des CPEF en France en 2018 rapporte 74 441 consultations réalisées dont 2 437 (3,2%) pour une délivrance de CU. Leurs trois principales activités de consultation sont la contraception hormonale orale, les IST, le suivi gynécologique et/ou de grossesse. (88) En 2019, le pourcentage de demande de CU passe de 3,2% à 10%. (89)

Ce chiffre reste faible. Nous pouvons mettre en parallèle le fait que 22,9% de notre population n'est pas été informée sur l'accessibilité de la CU en CPEF.

h. Procoration auprès de l'infirmière scolaire

Les chiffres sont encore plus faibles pour le recours auprès de l'infirmière scolaire. L'HAS en 2013 relate que l'obtention de la CU par l'infirmière scolaire est un processus d'accès très minoritaire, contribuant pour moins de 3% à l'ensemble des CU utilisées par des mineures. (90)

Le rapport IGAS en 2009 explique que la demande est stable auprès des infirmières scolaires alors qu'elle quintuple en pharmacie. Cependant le taux de couverture de la demande pour les infirmeries scolaires a significativement augmenté depuis 2002 puisque la contraception d'urgence y est délivrée directement dans 80% des cas. (57)

Une évaluation des statistiques pour l'année scolaire 2018-2019 réalisée par le syndicat majoritaire des infirmiers de l'éducation nationale (SNICS) retrouve que sur 17 000 demandes de CU, 13 025 ont été données aux élèves (dont 77,5% à des mineures) ; la demande de CU ayant augmenté depuis 2013/2014 (+ 3 214). Il met également en avant

le manque de moyen humains : 7700 infirmières scolaires à la rentrée 2020 pour 53 216 établissements scolaires. (91)

i. Promotion de la recherche et des connaissances en santé sexuelle

Un autre axe à mettre en avant concernant la stratégie nationale en santé sexuelle est celui de la promotion de la recherche, des connaissances en santé sexuelle. Pour cela, une enquête sur la sexualité en France sera réalisée afin de comparer l'évolution depuis 2005 ; des recherches sur la contraception masculine sont également demandées. (62)

CONCLUSION

Dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative de pourcentage de jeunes femmes informées sur la CU suite à la mise en place de la cotation « CCP ». Explicable par la taille de notre échantillon, ce fait peut également souligner l'absence d'impact d'une revalorisation forfaitaire de cette consultation.

Il ressort tout de même de cette étude que les informations sur la CU n'y sont pas transmises de manière majoritaire (10% de la population considérée comme informée, 53,3% de non informées sur le délai de prise de 120 heures, 39,1 % de non informées sur la situation de vomissement de leur contraceptif, 20% de non informées sur les lieux de procréation).

D'autres mesures que la cotation « CCP » sont en cours de développement afin de réduire le taux de GNP et d'IVG chez les jeunes femmes comme une meilleure formation des professionnels de santé sur le sujet de la contraception, un développement de l'e-santé, la promotion de la prescription conjointe de CU et d'utilisation de LARC y compris chez les nullipares, une éducation en milieu scolaire dès le plus jeune âge, une amélioration de la prise en charge contraceptive avec une gratuité de l'ensemble des soins étendue à toutes les mineures depuis 2020 et la poursuite de la recherche dans la contraception masculine.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 2017_SPF_Baromètre_santé_2016_Contraception_2017-09-19.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.revuegenesis.fr/wp-content/uploads/2017/09/2017_SPF_Barome%CC%80tre_sante%CC%81_2016_Contraception_2017-09-19.pdf
2. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. 2007;12.
3. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
4. Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES. 74-1026 déc 4, 1974.
5. Chirac - 1974 - Journal officiel.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/secure/file/gvihp4Q5SBTzfyNWP9ja>
6. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
7. LOI n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. 2000-1209 déc 13, 2000.
8. Bulletin Officiel de l'Education Nationale - N°15 du 12 avril 2001 - Enseignement élémentaire et secondaire [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo010412/MENE0100458D.htm>
9. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
10. 104000047.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000047.pdf>
11. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/>
12. choisir sa contraception INPES [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception>
13. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures - Légifrance [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000027221808>

14. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.
15. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
16. Fécondité et interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Tableaux de séries longues – La situation démographique en 2016 | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3552388?sommaire=3552423>
17. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Sociétés*. 2015;N° 518(1):1.
18. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Stud Fam Plann*. 2014;45(3):301-14.
19. Moreau C, Bohet A, Guen ML, Loilier AR, Bajos N. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertil Steril*. 1 déc 2014;102(6):1663-70.
20. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. *Agora Debatsjeunesses*. 20 mars 2013;N° 63(1):88-101.
21. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Francaise Aff Soc*. 22 juin 2011;(1):116-47.
22. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. oct 2010;82(4):337-44.
23. C M, J T, N B. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 7 oct 2011;50(4):389-94.
24. Fellenzer JL, Cibula DA. Intendedness of Pregnancy and Other Predictive Factors for Symptoms of Prenatal Depression in a Population-Based Study. *Matern Child Health J*. 1 déc 2014;18(10):2426-36.
25. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. Depression Among a Sample of First-Time Adolescent and Adult Mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22(4):194-202.
26. historique CU.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=33661
27. Eric D. Contraception d'urgence. 2013;4.
28. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence. 2002-39 janv 9, 2002.

29. Journal officiel. 2001;80.
30. Cours [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur:
http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/vie_genitale/site/html/2.html
31. Le cycle menstruel [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur:
<http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>
32. CT-13654_NORLEVO_PIS_RI_Avis1_CT13654.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2020].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13654_NORLEVO_PIS_RI_Avis1_CT13654.pdf
33. synthese_davis_ellaone_-_ct-7137.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/synthese_davis_ellaone_-_ct-7137.pdf
34. CT-14314_ELLAONE_PIS_RI_Avis1_CT14314.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2020].
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-14314_ELLAONE_PIS_RI_Avis1_CT14314.pdf
35. Santé sexuelle : Données – Santé publique France [Internet]. [cité 10 sept 2019].
Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs](https://determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs)
36. SPF. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 :
niveau et déterminants [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/l-utilisation-de-la-contraception-d-urgence-en-france-metropolitaine-en-2016-niveau-et-determinants](https://determinants-de-sante/sante-sexuelle/l-utilisation-de-la-contraception-d-urgence-en-france-metropolitaine-en-2016-niveau-et-determinants)
37. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
38. Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf [Internet]. [cité 9
sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
39. Rahib D. L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN FRANCE
MÉTROPOLITAINE EN 2016 : NIVEAU ET DÉTERMINANTS / RATE AND
DETERMINANTS OF EMERGENCY CONTRACEPTION USE IN MAINLAND
FRANCE IN 2016. :6.
40. Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency
contraceptive pills in France. *Contraception*. juin 2006;73(6):602-8.

41. Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF- ClinicalKey [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/journal/1-s2.0-S2468718918302897>
42. Première prescription d'une contraception [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/premiere-prescription-dune-contraception>
43. Duranteau L. Contraception chez l'adolescente. Médecine Reprod. 1 oct 2018;20(4):340-50.
44. Advance Provision of Emergency Contraception among Adolescent and Young Adult Women: A Systematic Review of Literature- ClinicalKey [Internet]. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/journal/1-s2.0-S1083318810002032>
45. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
46. Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
47. France SPM. De nouvelles cotations au 1er novembre [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/1730-de-nouvelles-cotations-au-1er-novembre>
48. SPF. Baromètre de Santé publique France 2016. Contraception. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: </import/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-delais-de-prise-toujours-sous-estimes>
49. guide_partie_pratique.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/guide_partie_pratique.pdf
50. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
51. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
52. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

53. 2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf
54. Gall B. Contacts BVA : Département Institutionnel-Santé 01 71 16 88 74. 2007;47.
55. Binder P. La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples, de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires. Rev Prat. 2005;5.
56. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. Oral contraception: patterns of non-compliance. The Coraliance study. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. sept 2002;7(3):155-61.
57. 104000049.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000049.pdf>
58. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 mai 2010;39(3):208-17.
59. Moreau C, Trussell J, Michelot F, Bajos N. The Effect of Access to Emergency Contraceptive Pills on Women's Use of Highly Effective Contraceptives: Results From a French National Cohort Study. Am J Public Health. mars 2009;99(3):441-2.
60. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. J Pediatr Adolesc Gynecol. avr 2004;17(2):87-96.
61. feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
62. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf?wb48617274=F8664D4D
63. Les interventions pour prévenir les grossesses non désirées chez les adolescents [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: [/fr/CD005215/FERTILREG_les-interventions-pour-prevenir-les-grossesses-non-desirees-chez-les-adolescents](https://www.fertilitat.fr/CD005215/FERTILREG_les-interventions-pour-prevenir-les-grossesses-non-desirees-chez-les-adolescents)
64. annexes.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

65. guide_contraception.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
66. Haute Autorité de santé. 2013;249.
67. Contraception_reco.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/Contraception_reco.pdf
68. er481.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
69. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS, Lys J, Skidmore B, Sibley KM, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. *Implement Sci IS*. 5 janv 2017;12(1):3.
70. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/sommaire/1>
71. Contraception : gratuité pour toutes les jeunes filles mineures [Internet]. VIDAL. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
72. contraception - tous les contenus [Internet]. Santé.fr. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/recherche/s-informer/contraception/Wingles%2C%20Pas-de-Calais>
73. accueil [Internet]. On sexprime. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.onsexprime.fr>
74. La Boussole des jeunes [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://boussole.jeunes.gouv.fr/index.php>
75. Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertil Steril*. 1 août 2013;100(2):451-8.
76. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Popul Soc*. 2014;N° 511(5):1-4.
77. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med*. 24 mai 2012;366(21):1998-2007.
78. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy. *N Engl J Med*. 2 oct 2014;371(14):1316-23.

79. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. mai 2011;83(5):397-404.
80. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. févr 2010;15(1):4-16.
81. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, Rodríguez G, Trussell J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. juin 2009;24(6):1387-92.
82. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women. *Obstet Gynecol*. déc 2012;120(6):1298-305.
83. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review. *Contraception*. mai 2013;87(5):674-84.
84. Vogt C, Schaefer M. Knowledge matters--impact of two types of information brochure on contraceptive knowledge, attitudes and intentions. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. avr 2012;17(2):135-43.
85. Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados ? : Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Odile Jacob; 2012. 251 p.
86. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 janv 2008;36(1):63-6.
87. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé | Cairn.info [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-77.htm>
88. 2019_Rapport_activites_2018_Planning.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-07/2019_Rapport_activites_2018_Planning.pdf
89. rapport_activite_planningfamilial_2019.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-08/rapport_activite_planningfamilial_2019.pdf
90. contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
91. S.N.I.C.S. - Statistiques 2018 2019 [Internet]. S.N.I.C.S. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.snics.org/home/statistiques-2018-2019>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Septembre-Octobre 2020

Thèse Diplôme D'Etat de Docteur en Médecine
Clémentine MAZINGUE

J'effectue ma thèse sur l'information reçue sur la contraception d'urgence depuis la mise en place d'une cotation spécifique concernant les adolescentes de 15 à 18 ans en médecine générale. Grâce à vos réponses, nous évaluerons l'évolution de cette information ainsi que les difficultés rencontrées pour le recours à la pilule du lendemain. Merci de votre participation.

Ne rien inscrire dans les champs libres qui puisse vous identifier vous ou une tiers personne.

1^{er} Partie : Généralités

1. Quel âge avez-vous ?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15 ans | <input type="checkbox"/> 20 ans |
| <input type="checkbox"/> 16 ans | <input type="checkbox"/> 21 ans |
| <input type="checkbox"/> 17 ans | <input type="checkbox"/> 22 ans |
| <input type="checkbox"/> 18 ans | <input type="checkbox"/> 23 ans |
| <input type="checkbox"/> 19 ans | |

2. Votre premier contraceptif a-t-il été prescrit par votre médecin généraliste ?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais eu recours à un contraceptif

**Si NON ou si vous n'avez jamais eu recours à une contraception,
le questionnaire s'arrête ici.**

3. Votre premier contraceptif était-il une pilule ?

- Oui
- Non

Si NON, le questionnaire s'arrête ici

Si oui, à quel âge avez-vous eu votre première contraception ?

Si oui, la prescription date-t-elle :

- D'avant novembre 2017 ?
- D'après novembre 2017 ?

Si oui, votre médecin généraliste vous a-t-il également prescrit la contraception d'urgence (« pilule du lendemain ») ?

- Oui
- Non

4. D'autres intervenants vous ont-ils parlé de la pilule du lendemain ? (plusieurs réponses possibles)

- Collège
- Lycée
- Parents
- Frère/sœur
- Internet
- Planning familial
- Infirmière scolaire
- Livre/document
- Gynécologue
- Autres ; Précisez :

2^{ème} Partie : Informations reçues sur la pilule du lendemain

Cochez les cases correspondantes

Avez- vous reçue l'information que :	Oui		Non
	Par mon médecin généraliste	Par d'autres intervenants	
Un oubli de pilule contraceptive de plus de 12 heures ET un rapport non protégé nécessitent d'avoir recours à la pilule du lendemain			
Un vomissement survenant dans les 3 heures de la prise de la pilule contraceptive ET un rapport non protégé nécessitent d'avoir recours à la pilule du lendemain			
Une rupture du préservatif (comme unique moyen de contraception) nécessite d'avoir recours à la pilule du lendemain			
Le délai maximum pour prendre la pilule du lendemain, après un rapport non protégé, est de 120 heures (5 jours)			
La pilule du lendemain doit être prise le plus tôt possible après un rapport non protégé pour une meilleure efficacité			
Il est nécessaire de reprendre la pilule du lendemain si un vomissement survient dans les 3 heures de la première prise			

Avez-vous reçue l'information que :	<u>Oui</u>		<u>Non</u>
	Oui par mon médecin généraliste	Oui par d'autres intervenants	
Des effets secondaires sont possibles (vertiges, maux de tête, nausées, douleurs abdominales, retard de règles, règles abondantes, fatigue)			
La pilule du lendemain n'est pas efficace à 100%			
Il faut utiliser un préservatif jusqu'au prochain cycle			
Il faut continuer de prendre sa pilule comme d'habitude			
La pilule du lendemain ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles			
Pour les mineures, la pilule du lendemain est accessible gratuitement et sans ordonnance auprès de l'infirmière scolaire			
Pour les mineures, la pilule du lendemain est accessible gratuitement et sans ordonnance en pharmacie			
Pour les mineures, la pilule du lendemain est accessible gratuitement et sans ordonnance dans les centres de planification et d'éducation familiale			

3^{ème} Partie : Situations vécues

5. Avez-vous déjà été dans une situation nécessitant la prise de la pilule du lendemain ?

- Oui
- Non

Si NON, le questionnaire s'arrête ici

Si oui, avez-vous, dans ce cas, utilisé la pilule du lendemain ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles difficultés avez-vous rencontrées à ce moment-là ?

Si non, pourquoi ?

Merci de votre participation.

Retourner ce questionnaire à votre médecin.

Annexe 2 : Feuille d'information reçue



Lettre d'information

pour les participants à la recherche intitulée :

Étude: Evolution de l'information transmise sur la contraception d'urgence chez les adolescentes de 15 à 18 ans depuis la mise en place de la cotation CCP.

Organisme responsable de la recherche

Université de Lille

Faculté de Médecine Henri Warembourg, 2 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS.

Responsable scientifique de la recherche

Clémentine ~~Mazique~~

Madame,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant à plusieurs questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance de son but et de ce qu'elle implique.

1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

- o Cette étude concerne les adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 23ans et concernées par la contraception.

2) Quels sont les objectifs de la recherche ?

- o L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'information transmise sur la contraception d'urgence depuis la mise en place d'une cotation spécifique en médecine générale « consultation de contraception et prévention.
- o Cette étude cherche également à déterminer les freins du recours à la contraception d'urgence chez les adolescentes et jeunes femmes.

3) Comment va se dérouler la recherche ?

Réponse à un questionnaire anonyme

4) Que se passera-t-il à la fin de ma participation à cette recherche ?

À la fin de la recherche ; vous aurez la possibilité d'être informé des résultats globaux de l'étude.

5) Quels sont les bénéfices attendus de ma participation à l'étude ?

- Pour le participant : Savoir si les informations sur la contraception d'urgence ont été reçues.
- Pour la collectivité : Améliorer le recours à la contraception d'urgence chez les jeunes femmes.

6) Ma participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Votre participation à cette étude n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Les contraintes qu'implique la participation à cette étude sont les contraintes de temps au remplissage du questionnaire.

~~_Protocole+ACRONYME_data_Version~~

7) Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous.

Vous n'êtes pas obligé(e) de nous donner votre décision tout de suite.

Conformément aux articles 15 et suivants du règlement général sur la protection des données, vous pourrez obtenir communication et, le cas échéant, demander la rectification des données inexacts ou incomplètes, d'effacement des informations déjà collectées, de limitation du traitement des données en vous adressant au **Responsable scientifique de la recherche** à l'initiative de cette étude : Clémentine ~~Mazingue~~ Mail : clementine.gontier.etu@univ-lille.fr.

8) Comment sont gérées vos données personnelles ?

Le responsable du traitement est l'université de Lille. Le traitement est fondé sur l'article 6.1 du Règlement Général sur la Protection des Données, les bases légales sont votre consentement et l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats.

Ces données sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre de l'étude et d'être traitées par le responsable scientifique ou les personnes placées sous son autorité et astreintes à une obligation de confidentialité.

Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'à la publication des résultats de l'étude dans le système d'information de l'organisme responsable de la recherche puis seront archivées pendant 10 ans à l'issue de l'étude. Les responsables scientifiques pourront accéder à ces données à des fins de recherche scientifiques ultérieures pour une finalité compatible avec l'objectif de l'étude uniquement : vous recevrez préalablement les informations sur ce traitement qui fera l'objet des formalités réglementaires applicables.

9) A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant à Clémentine ~~Mazingue~~ par mail : clementine.gontier.etu@univ-lille.fr

Si vous n'obtenez pas de réponses à vos questions dans un délai d'un mois, vous pouvez porter réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous remercions d'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette étude.

Annexe 3 : Accord CNIL



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Evolution de l'information transmise par les médecins généralistes sur la contraception d'urgence aux adolescentes arrageoises âgées de 15 à 18 ans depuis la mise en place de la cotation CCP en novembre 2017
Référence Registre DPO : 2020-158
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Clémentine GONTIER - M. le Dr Brigitte AELBRECHT

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 14 septembre 2020

Délégué à la Protection des Données

Bureau DPO
42 rue Paul Duez - 59000 LILLE
Téléphone: 03 62 26 91 28
dpo@univ-lille.fr

Annexe 4 : Avis demande CPP



francis vasseur <francis.vasseur@univ-lille.fr>

jeu. 3 sept. 17:48 ☆ ↶

À moi, CPP ▾

Bonjour,

Votre questionnaire n'apparaît pas intrusif et on peut admettre que ce travail ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une autorisation d'un CPP. Vous nous signalez que l'accord de la CNIL est en cours, le traitement des données personnelles devrait donc se faire dans les règles.

Bien cordialement

Bien cordialement

Dr Francis Vasseur

Vice Président du CPP Nord Ouest IV

CPP Nord Ouest IV / Bâtiment ex-USNB / 6 rue du Professeur Laguesse /

CHU LILLE / CS 70001 / 59037 LILLE CEDEX

Tel : 03.20.44.41.65 / Fax : 03.20.44.41.63

<http://www.comite-de-protection-des-personnes-nord-ouest-iv-lille.sitev.fr/#Presentation.A>

E-mail : cppnordouestiv@univ-lille2.fr

Annexe 5 : Brochure d'information CU distribuée en pharmacie

Des réponses à vos questions

À quel moment du cycle peut-on utiliser la contraception d'urgence ?

La contraception d'urgence peut se prendre à tout moment du cycle. Il existe toujours un risque de grossesse après un rapport non protégé, quelle que soit la période du cycle où a eu lieu ce rapport (même pendant les règles).

Est-il normal d'avoir de petits saignements après la prise de la contraception d'urgence ?

Oui, cela est fréquent. Ils sont en général peu abondants et ne durent que quelques jours. Ils ne doivent pas être confondus avec les règles (attendre la date prévue). S'ils persistent, consultez un médecin.

Le saviez-vous ?

Il est possible pour les mineurs d'obtenir une contraception régulière comme la pilule, l'implant ou le dispositif intra-utérin (stérilet) de façon gratuite et confidentielle :

- À la pharmacie, sur présentation d'une ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. La consultation médicale et les examens de biologie sont également gratuits et confidentiels.
- Dans les centres de planification et d'éducation familiale. Coordonnées par département sur www.ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification.html.

Contacts utiles

Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236 (anonyme et gratuit)

Sida Info Service : 0 800 840 800 (anonyme et gratuit)

Sexualités - Contraception - IVG : 0 800 08 11 11 (anonyme et gratuit)

Pour en savoir plus, sur le Net

www.choisisacontraception.fr
www.filsantejeunes.com
www.planning-familial.org
www.sida-info-service.org
www.ameli-sante.fr / www.ameli.fr
www.cespharm.fr

La contraception d'urgence

Attention

La contraception d'urgence ne protège pas contre les IST (infections sexuellement transmissibles) notamment le SIDA et l'hépatite B. Seule l'utilisation des préservatifs vous apporte une protection contre les IST.

Un test de dépistage (SIDA) peut être effectué gratuitement dans les centres de dépistage (CeCGID), dans certains centres de planification et d'éducation familiale. Ce test peut être également réalisé dans les laboratoires de biologie médicale (test remboursé à 100%).

Attention

L'utilisation de la contraception d'urgence doit rester occasionnelle. Elle ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas et ne peut remplacer une contraception régulière associée à un suivi médical.

Attention

N'hésitez pas à questionner votre pharmacien. Il est là pour vous informer et vous conseiller en toute confidentialité.

Attention

Actuellement, tous les médicaments de contraception d'urgence peuvent être obtenus en pharmacie sans ordonnance. Pour les mineurs, ils sont gratuits et délivrés de façon anonyme. Comme pour tout médicament, il est recommandé de lire la notice contenue dans la boîte.

Attention

Votre pharmacien vous informe et vous conseille anonymement

Attention

Votre pharmacien vient de vous délivrer un contraceptif d'urgence. C'est un médicament qui permet de diminuer fortement (mais non totalement) le risque de grossesse après un rapport non ou mal protégé. Il est d'autant plus efficace qu'il est pris rapidement après le rapport non protégé.

Attention

Ont participé à l'élaboration de cette brochure : l'Association Française pour la Contraception, le Comité National de Médecine Familiale

Comment prendre le contraceptif d'urgence ?

Quel que soit le médicament, le traitement nécessite la prise d'un seul comprimé.

- Prenez le comprimé le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé et au plus tard :
 - dans les 3 jours après le rapport si le comprimé contient du lévonorgestrel
 - dans les 5 jours* après le rapport si le comprimé contient de l'ulipristal acétate.
- En cas de vomissements survenant dans les 3 heures après la prise du comprimé, il est nécessaire de prendre un comprimé de remplacement (retournez voir votre pharmacien).

Quelques effets indésirables peuvent survenir après la prise (nausées, maux de tête ou de ventre, petits saignements, tensions des seins...). Ils disparaissent en général rapidement. En cas de doute, parlez-en à votre pharmacien ou à votre médecin.

* La pose d'un dispositif intra-utérin (stérilet) est également très efficace en contraception d'urgence pendant ces 5 jours. A cet effet, consultez un médecin ou une sage-femme.

Après la prise : que faire ?

- Si vous pensez avoir pris, en plus du risque de grossesse, un risque de contamination par le VIH (virus du SIDA), contactez immédiatement : SIDA INFO SERVICE (Tél. : 0 800 840 800), ou les urgences d'un hôpital. En effet, dans les 48 h suivant le rapport, un traitement préventif peut, dans certains cas, vous être proposé.
- Jusqu'au retour des règles, utilisez à chaque rapport une contraception locale (préservatifs...) car la contraception d'urgence n'agit que pour les rapports qui ont eu lieu AVANT la prise du comprimé.
- Si vous avez pris la contraception d'urgence suite à un oubli de pilule, prenez le dernier comprimé oublié dès constatation de cet oubli et continuez la prise régulière de votre pilule à l'heure habituelle. Jusqu'au retour des règles et au maximum pendant 14 jours, utilisez, à chaque rapport, un préservatif.
- Prenez rendez-vous auprès d'un médecin, d'une sage femme ou dans un Centre de Planification et d'Éducation Familiale pour une consultation qui vous permettra :
 - de choisir une contraception régulière plus efficace qui pourra être associée aux préservatifs indispensables pour prévenir les IST ;
 - de vérifier que vous n'avez pas été contaminée par une IST (SIDA, hépatite B, chlamydiae, herpès génital...).

Comment savoir si la contraception d'urgence a été efficace ?

En surveillant l'apparition des prochaines règles.

- Leur date peut être légèrement modifiée (de quelques jours) par la prise du contraceptif d'urgence. Mais en cas de retard supérieur à 7 jours, il est nécessaire de faire un test de grossesse et de consulter un médecin.

Attention

➤ Si vous ne pouvez pas prévoir la date de vos règles parce qu'elles sont irrégulières, faites un test de grossesse 3 semaines après la date du dernier rapport non protégé.

➤ Si vos règles arrivent à la date prévue MAIS vous paraissent anormales (moins abondantes, de durée prolongée...) ou accompagnées de douleurs inhabituelles, consultez rapidement un médecin.

AUTEUR : Nom : GONTIER-MAZINGUE

Prénom : Clémentine

Date de soutenance : 17 novembre 2021

Titre de la thèse : Evolution de l'information reçue sur la contraception d'urgence depuis la mise en place de la cotation « Consultation Contraception et Prévention » : enquête auprès d'adolescentes dans la région d'Arras

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : contraception d'urgence/adolescentes/cotation CCP

Résumé :

Contexte : En France, le taux de grossesses non prévues (GNP) et le nombre d'interruption volontaire (IVG) stagnent, y compris chez les adolescentes malgré l'important taux de couverture contraceptive (92%). L'oubli de contraceptif, un défaut dans l'utilisation du préservatif sont les deux principales raisons invoquées à ces échecs contraceptifs. La contraception d'urgence (CU), utile dans ses situations, n'est que peu utilisée (6,2% selon l'INPES en 2019). Depuis novembre 2017, une cotation « Consultation Contraception et Prévention » (CCP) permet de dédier une consultation à la primo-prescription de contraceptif chez les mineures de 15 à 18 ans. Notre objectif est d'évaluer l'évolution de l'information transmise sur la CU aux adolescentes suite à la mise en place de cette cotation.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale de type quantitative, s'intéressant aux jeunes femmes âgées de 15 à 23 ans dans la région d'Arras. Un auto-questionnaire papier, anonyme leur a été transmis par l'intermédiaire de médecins généralistes et pharmacies de septembre 2020 à janvier 2021.

Résultats : Les mineures ayant eu une première contraception après novembre 2017 sont plus nombreuses à avoir eu les informations sur l'utilisation de la CU (délai et mode de prise, effets secondaires, protection après la prise), sur son absence d'efficacité à 100 %, sur son accessibilité auprès de l'infirmière scolaire. A l'inverse, elles sont moins nombreuses à avoir eu l'information sur les 3 situations à risques, sur son absence de protection contre les infections sexuellement transmissibles ainsi que son accessibilité en pharmacie et au planning familial (différence non significative). 52,3% de la population n'a pas été informé sur le délai maximum de prise ; 20% n'ont pas été informé sur les lieux de procuration. Selon un critère composite, seule 10,5% de notre population est considéré comme informée sur la CU. Seules 23% ont eu une prescription conjointe de CU.

Conclusion : Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative sur l'information donnée concernant la CU depuis la mise en place de la cotation CCP. Plusieurs pistes sont à poursuivre afin de réduire le taux de GNP/IVG comme la formation des professionnels de santé, la promotion des contraceptifs de longue durée d'action (LARC), l'éducation sexuelle en milieu scolaire dès le plus jeune âge, la recherche sur la contraception masculine.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Brigitte AELBRECHT