



HAL
open science

Connaissance de la contraception d'urgence : étude d'une population étudiante de 19 à 24 ans

Léa Aury

► **To cite this version:**

Léa Aury. Connaissance de la contraception d'urgence : étude d'une population étudiante de 19 à 24 ans. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-02101146

HAL Id: dumas-02101146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101146>

Submitted on 16 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Léa AURY

10 juin 1994

CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Étude d'une population étudiante de 19 à 24 ans

Soutenu le 23 JUIN 2017

Directrice de mémoire :

Madame Christine Blanchot-Isola, Sage-Femme territoriale, PMI d'Etampes

Numéro national d'étudiant : 2505060866W

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de mémoire, Madame Blanchot-Isola, pour son temps et ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce travail.

Je remercie toutes les étudiantes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Je tiens aussi à remercier Madame Viseux-Wahl pour son accompagnement durant ces trois dernières années.

Et enfin, un grand merci à mes ami(e)s pour leur soutien, ainsi qu'à mon père et ma belle-mère pour leur relecture et leurs conseils.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
LEXIQUE	IX
CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE : ETUDE D'UNE POPULATION ETUDIANTE DE 19 A 24 ANS	X
KNOWLEDGE ABOUT EMERGENCY CONTRACEPTION: STUDY OF A STUDENT POPULATION AGED 19 TO 24	XI
1 INTRODUCTION	1
1.1 Etats des lieux	1
1.1.1 Les différentes contraceptions d'urgences	1
1.1.2 La prescription et la délivrance de la contraception d'urgence	2
1.2 Apports de la littérature	2
1.2.1 La couverture contraceptive	2
1.2.2 Les grossesses non prévues et interruptions volontaires de grossesses	3
1.2.3 Le recours à la contraception d'urgence	3
1.2.4 La connaissance en matière de contraception d'urgence	4

2	MATERIEL ET METHODE	5
2.1	Objectif de l'étude	5
2.2	Hypothèses	5
2.3	Type d'étude	5
2.4	Déroulement de l'étude	5
2.5	Population cible	6
2.6	Considérations éthique et réglementaire	6
3	RESULTATS	7
3.1	Caractéristiques de l'échantillon	7
3.2	Historique de la contraception	8
3.3	Connaissances en matière de physiologie de la reproduction	9
3.4	Conscience du risque	9
3.5	Connaissance en matière de contraception d'urgence	10
3.6	Connaissance des structures délivrant la contraception d'urgence	13
3.7	Information en matière de contraception et de contraception d'urgence	14
3.8	Réticences à utiliser une contraception d'urgence	15
3.9	Recours à la contraception d'urgence	16
4	DISCUSSION	17
4.1	Limite de l'étude	17
4.2	La contraception	17
4.2.1	Les contraceptions de longue durée	17
4.2.2	La pilule et le préservatif	18
4.2.3	Les contraceptions « naturelles »	18

4.3	Connaissance en matière de physiologie de la reproduction	19
4.3.1	L'ovulation ...	19
4.3.2	... Et le risque de grossesse	19
4.4	Connaissance de la contraception d'urgence et conscience du risque	20
4.4.1	La contraception d'urgence	20
4.4.2	La conscience du risque de grossesse	20
4.4.3	La place du désir de grossesse	21
4.4.4	L'importance des mots	21
4.4.5	Une méthode de rattrapage	22
4.5	Connaissance des structures délivrant la contraception d'urgence	23
4.5.1	La prescription	23
4.5.2	La délivrance	23
4.6	Information en matière de contraception	23
4.6.1	L'éducation scolaire	23
4.6.2	Les professionnels de santé	24
4.7	Réticences et freins à utiliser une CU	24
4.7.1	Des idées reçues	24
4.7.2	Peur de la stigmatisation	25
4.8	Propositions et pistes de réflexion	26
4.8.1	L'information en milieu scolaire	26
4.8.2	L'information par les professionnels de santé	27
4.8.3	L'information par les pairs	28
4.8.4	La prescription à l'avance	29
	CONCLUSION	30
	BIBLIOGRAPHIE	32
	ANNEXES	35

Liste des figures

Figure 1 : Répartition en fonction des âges. N = 223 (%)	7
Figure 2 : Répartition en fonction du niveau d'étude. N = 223 (%)	7
Figure 3 : Répartition en fonction de la filière de formation. N = 223 (n).....	7
Figure 4 : Âge d'utilisation de la première contraception. N = 204 (%)	8
Figure 5 : Différents moyens de contraception déjà utilisés. N = 210 (%)	8
Figure 6 : Définition d'un "rapport à risque". N = 222 (n)	10
Figure 7 : Contraception(s) d'urgence citée(s). N = 202 (n).....	11
Figure 8 : Pourcentage de citation des contraceptions d'urgences. N = 202 (%)	11
Figure 9 : Cas d'utilisation de la contraception d'urgence. N = 221 (%).....	12
Figure 10 : Attitude après la prise de la contraception d'urgence. N = 220 (%)	13
Figure 11 : Praticiens pouvant prescrire la contraception d'urgence. N = 220 (%) ...	13
Figure 12 : Sources de l'information sur la contraception d'urgence. N = 221 (%) ...	14
Figure 13 : Nombre d'heures d'éducation à la vie affective et sexuelle. N = 127 (n)	15
Figure 14 : Réticences à utiliser la contraception d'urgence. N = 64 (%)	15

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire	35
Annexe II : Informations transmises après réponse au questionnaire	41

Lexique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

CU : Contraception d'urgence

DIU-Cu : Dispositif intra-utérin au cuivre

RS : Rapport sexuel

INPES : Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

UVSQ : Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

AM : Assurance maladie

IST : Infections sexuellement transmissibles

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

AFC : Association Française pour la Contraception

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

Connaissance de la contraception d'urgence :

Etude d'une population étudiante de 19 à 24 ans

Objectifs

Les femmes jeunes, notamment de 19 à 24 ans sont touchées par les grossesses non prévues malgré une forte couverture contraceptive. L'objectif de l'étude était d'expliquer en quoi la connaissance actuelle de la contraception d'urgence ne permet pas une prévention efficace des grossesses non prévues.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, menée auprès 223 étudiantes de l'Université Versailles Saint Quentin, âgées de 19 à 24 ans.

Résultats

L'échantillon méconnaît la physiologie de la reproduction : 49% savent qu'une grossesse est possible à tout moment du cycle et presque 80% pensent que l'ovulation intervient uniquement au milieu du cycle. La connaissance de la contraception d'urgence (CU) est partielle avec des confusions sur le délai d'utilisation : elles sont 48% à savoir que la CU peut s'utiliser entre 3 et 5 jours après un rapport à risque. L'information scolaire est insuffisante en termes de nombre d'heures dispensées et de qualité : les connaissances actuelles de la contraception d'urgence sont insuffisantes pour prévenir efficacement la survenue de grossesses non prévues. Il faut renforcer la formation des professionnels afin de délivrer une information adaptée notamment en milieu scolaire. Il existe aussi des réticences liées à la peur : environ 40% des répondantes ont peur des effets secondaire et 20% de la stérilité.

Mots-clés : Contraception – Interruption Volontaire de Grossesse - Grossesses non prévues - Contraception d'urgence – Prévention - Etudiante - Université Versailles Saint Quentin – Pharmacie – Education à la Vie Sexuelle et Affective

Knowledge about Emergency Contraception: Study of a student population aged 19 to 24

Objective

Young women, especially between the ages of 19 and 24, are affected by unplanned pregnancies despite high contraceptive coverage. The objective of the study was to explain how current knowledge of emergency contraception is not effective in preventing unplanned pregnancies.

Methods

This was a descriptive epidemiological study of 223 students from 19 to 24 years of age at Versailles Saint Quentin University.

Results and conclusion

The sample does not know the reproductive physiology: 49.3% of the sample knows that it is possible to become pregnant at any time of the cycle and almost 80% of the students think that ovulation occurs only in the middle of the cycle. The knowledge of the emergency contraception (EC) is partial with confusions on the period of use: 48% is that the EC can be used between 3 and 5 days after unsafe sex. They would be 92% going to the pharmacy if they needed the EC. School information is insufficient in terms of hours and quality: Current knowledge of emergency contraception is insufficient to effectively prevent unplanned pregnancies. There is a need to strengthen the training professionals to provide appropriate information in schools. There are also restraints linked to fear: About 40% are afraid of side effects and 20% are afraid of infertility.

Keywords : Contraception - Voluntary Interruption of Pregnancy - Unplanned Pregnancies - Emergency Contraception - Prevention - Student - University Versailles Saint Quentin - Pharmacy – Sexual Education

1 Introduction

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, la sage-femme a obtenu de nouvelles compétences dans le champ de la prévention. Elle peut réaliser des « consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ». Elle est aujourd'hui un acteur dans la prévention des grossesses non prévues par la prescription de la contraception et de la contraception d'urgence. [1]

En tant que future professionnelle de santé, j'ai choisi de m'intéresser aux connaissances sur la contraception d'urgence. Lors de mes stages en centre de planification et d'éducation familiale, j'ai remarqué que certaines femmes qui avaient eu un rapport sexuel à risque de grossesse non prévue n'avaient pas toujours utilisé la contraception d'urgence : je souhaite comprendre pourquoi la prise de la contraception d'urgence n'est pas forcément systématique. J'ai choisi de m'intéresser à une population de jeunes femmes étudiantes car j'en fais moi-même partie et cela me tenait à cœur de comprendre quels rapports elles entretenaient avec la contraception d'urgence.

1.1 Etats des lieux

1.1.1 Les différentes contraceptions d'urgences

Il existe trois formes de contraception d'urgence (CU) :

- La pilule d'urgence au lévonorgestrel 1,5mg, Norlevo® [2]
- La pilule d'urgence à l'Acétate d'Ulipristal 30mg, Ellaone® [3]
- Le dispositif intra-utérin au Cuivre (DIU-Cu)

Ces différentes contraceptions d'urgence sont indiquées dans le cas d'un rapport sexuel (RS) non protégé, d'une rupture de préservatif, d'un oubli de pilule avec rapport sexuel non protégé dans les cinq jours précédant l'oubli, ou encore d'un décollement de patch.

Ellaone® et Norlevo® vont agir en inhibant ou reculant l'ovulation, tandis que le DIU-Cu va agir sur la fécondation et l'implantation par son action spermicide.

Norlevo® est efficace jusqu'à 72h suivant le rapport à risque ou l'oubli de pilule. Ellaone® et le DIU-Cu sont efficaces dans les 120 heures (5 jours) après le rapport à risque ou l'oubli de pilule.

1.1.2 La prescription et la délivrance de la contraception d'urgence

Le médecin, qu'il soit généraliste ou gynécologue, ainsi que la sage-femme peuvent prescrire toutes les contraceptions dont les contraceptions d'urgence.

Seul le DIU est soumis à prescription médicale obligatoire. La délivrance des pilules d'urgence est possible en pharmacie sans ordonnance.

Les pilules d'urgence peuvent aussi être délivrées gratuitement en centre de planification familiale, dans les services de médecine universitaire et dans les infirmeries scolaires. Lors de sa délivrance, le professionnel doit s'assurer de l'accompagnement psychologique de la patiente et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical. [4]

1.2 Apports de la littérature

1.2.1 La couverture contraceptive

En France, les jeunes femmes bénéficient d'une bonne couverture contraceptive. Selon une étude de l'Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé (INPES) en 2010, plus de 91,2 % des femmes âgées de 15 à 29 ans ayant un risque de grossesse non prévue utilisent une contraception. [5]

Toujours selon l'INPES, en 2010, elles étaient 5,6 % à déclarer n'utiliser aucun moyen de contraception parmi les 20-24 ans. Parmi celles qui déclarent utiliser une contraception, les utilisatrices de pilule étaient largement majoritaires (83,4%) suivies par les utilisatrices du préservatif (7%) puis des utilisatrices de l'implant, du patch, de l'anneau et de l'injection (5,4 %) et du DIU (3,7 %).

1.2.2 Les grossesses non prévues et interruptions volontaires de grossesses

Aujourd'hui, le nombre de grossesses non prévues n'est pas négligeable, notamment chez les jeunes femmes. En effet, parmi les femmes de 15 à 29 ans enceintes au moment de l'enquête de l'INPES en 2010 ou l'ayant été au cours des cinq dernières années, 15 % désiraient une grossesse mais plus tard et 12 % ont déclaré ne pas avoir voulu être enceinte. [5]

Toujours selon l'enquête de l'INPES, l'oubli de pilule est la raison de la survenue d'une grossesse non désirée pour 44 % des 18-29 ans, et un problème avec un préservatif est cité par 9 % des 18-29 ans. [5]

218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France en 2015. Ce nombre est plus ou moins stable depuis 2006. C'est chez les femmes de 20 à 24 ans que le recours à l'IVG reste le plus fréquent : les IVG concernent 27 femmes sur 1 000 femmes de 20 à 24 ans en 2015. [6]

En 2007, d'après l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques (DREES), deux femmes sur trois qui ont eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive qui n'avait pas fonctionné en raison d'un oubli de pilule ou d'un accident de préservatif. [7]

Dans le cadre d'une IVG, environ une femme sur 10 aurait eu recours à la contraception d'urgence pour éviter la grossesse. [8]

1.2.3 Le recours à la contraception d'urgence

En 2010, 11,1 % des jeunes femmes de 20 à 24 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête INPES de 2010 déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence durant cette période. [5] L'utilisation récente de la contraception d'urgence parmi les 20-24 ans a légèrement évolué depuis l'enquête INPES de 2005 : elles étaient alors 9,4 % à l'avoir utilisée au cours des douze derniers mois. Cette évolution n'est pas significative. [5]

Dans le même temps, on remarque une augmentation des ventes de contraception d'urgence depuis que le Norlevo® n'est plus sujet à prescription médicale et cette augmentation se poursuit au-delà du changement de législation. Le nombre de contraceptions d'urgence vendues en pharmacie a doublé en 10 ans, passant de 570 000 en 2000 à 1 270 000 en 2010. [9]

L'utilisation d'une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois est différente selon la nature de la contraception que les femmes déclarent utiliser au moment de l'enquête INPES de 2010 : celles indiquant une méthode non médicalisée sont 19,3 % à avoir utilisé une contraception d'urgence (18,9 % parmi les utilisatrices de préservatifs) et 10,6 % parmi celles déclarant utiliser une méthode médicalisée. [5]

1.2.4 La connaissance en matière de contraception d'urgence

Marine Tirland a étudié en 2014 la connaissance de la contraception d'urgence, son existence était connue par 98,6% de l'échantillon d'étudiants de 20 à 24 ans. [10]

Les femmes jeunes, notamment de 19 à 24 ans semblent donc être la population la plus touchée par les grossesses non prévues malgré une forte couverture contraceptive. L'augmentation des ventes de contraception d'urgence ne semble pas avoir eu d'incidence sur le nombre de grossesses non prévues dans cette population.

Comment expliquer que, malgré une bonne couverture contraceptive chez les jeunes femmes de 19 à 24 ans, le nombre de grossesse non prévues ne diminue pas ?

2 Matériel et méthode

2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'expliquer en quoi la connaissance actuelle de la contraception d'urgence chez des étudiantes de 19 à 24 ans ne permet pas de prévenir efficacement la survenue de grossesses non prévues.

2.2 Hypothèses

Mes hypothèses de recherche sont :

- Les étudiantes méconnaissent la physiologie de la reproduction et les risques liés à une mauvaise utilisation de leur contraception.
- Les étudiantes méconnaissent les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence.
- Les étudiantes ont une réticence à utiliser la contraception d'urgence.
- Les étudiantes méconnaissent les lieux où la contraception d'urgence serait accessible.

2.3 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive.

2.4 Déroulement de l'étude

L'étude a été menée à l'aide de questionnaires anonymes, mis en ligne et distribués aux étudiantes de l'Université de Versailles Saint Quentin (UVSQ) par le relais des membres d'associations étudiantes de l'UVSQ contactés via les réseaux sociaux (Facebook et Twitter).

L'enquête a eu lieu du mois d'octobre 2016 jusqu'à la fin du mois de janvier 2017. Il y a eu quatre relances sur les réseaux sociaux durant cette période. Le questionnaire était en ligne via la plateforme Google Form.

Ce questionnaire comprenait 38 questions [Annexe 1] :

- Les 6 premières questions concernaient la situation personnelle de l'étudiante,
- Les questions 7 à 10 interrogeaient les étudiantes sur l'historique de leurs contraceptions,
- Les questions 11 à 13 portaient sur la connaissance en matière de physiologie de la reproduction,
- Les questions 14 à 15 interrogeaient les étudiantes sur leur conscience du risque,
- Les questions 16 à 23 étaient spécifiques sur leurs connaissances en matière de contraception d'urgence,
- Les questions 24 à 25 les interrogeaient sur leurs connaissances des structures délivrant la contraception et la contraception d'urgence,
- Les questions 26 à 31 concernaient l'information en matière de contraception et de contraception d'urgence,
- Les questions 32 à 35 interrogeaient les étudiantes sur leurs réticences à utiliser la contraception d'urgence,
- Les questions 36 à 38 concernaient le recours à la contraception d'urgence.

A la fin de ce questionnaire, les étudiantes ont eu accès à une fiche d'information sur la contraception d'urgence. [Annexe 2]

2.5 Population cible

L'étude portait sur des étudiantes de l'UVSQ âgées de 19 à 24 ans. Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Étudiantes de moins de 19 ans ou de plus de 24 ans,
- Étudiantes non-inscrites dans une structure d'étude de l'UVSQ,
- Étudiantes ne parlant pas français.

2.6 Considérations éthique et réglementaire

Les questionnaires étaient anonymes et les données confidentielles. Les données n'étaient pas nominatives. Les objectifs de l'étude étaient clairement énoncés.

3 Résultats

Sur 244 questionnaires collectés, 21 questionnaires ont été exclus car 9 d'entre eux ne correspondaient pas à la tranche d'âge recherché et 12 autres ont été remplis par des étudiantes n'appartenant pas à l'UVSQ. Au total, 223 questionnaires ont pu être exploités.

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de la population se répartit de la manière suivante :

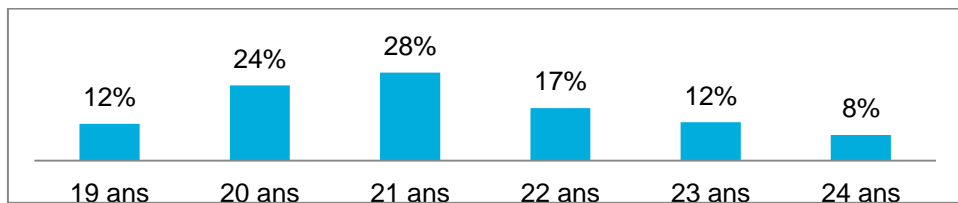


Figure 1 : Répartition en fonction des âges. N = 223 (%)

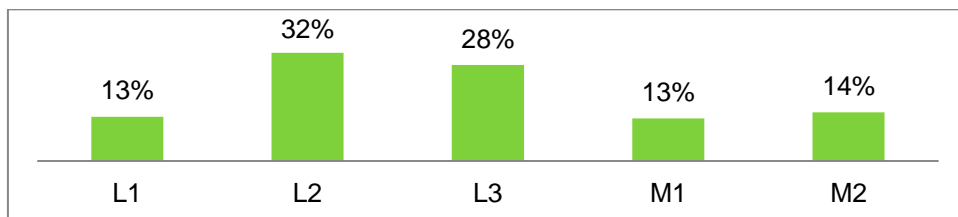


Figure 2 : Répartition en fonction du niveau d'étude. N = 223 (%)

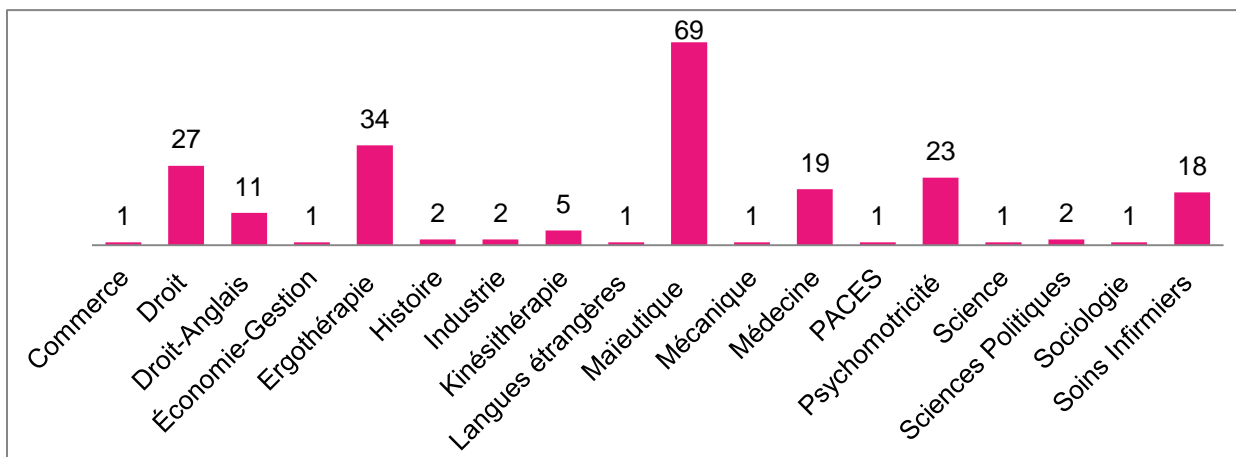


Figure 3 : Répartition en fonction de la filière de formation. N = 223 (n)

Dans 73% des questionnaires exploités, les étudiantes relevaient du régime étudiant et 23% du régime général. Une étudiante n'avait aucun régime d'Assurance Maladie (AM), et trois étudiantes appartenaient au régime de la Société Nationale des Chemins de fer Français (SNCF), trois au Régime Social des Indépendants (RSI) et un au régime militaire.

95,5% des étudiantes étaient affiliées à une mutuelle, tandis que dans 4,5% des questionnaires exploités les étudiantes n'avaient aucune mutuelle.

Dans 93,2% des cas, les étudiantes ne se sentaient pas en situation de précarité.

3.2 Historique de la contraception

Concernant « l'histoire » de leur contraception, 93,7% des étudiantes interrogées déclaraient avoir déjà utilisé un moyen de contraception.

L'âge auquel elles ont utilisé leur première contraception et les différents moyens qu'elles ont déjà utilisés se répartissaient comme suit :

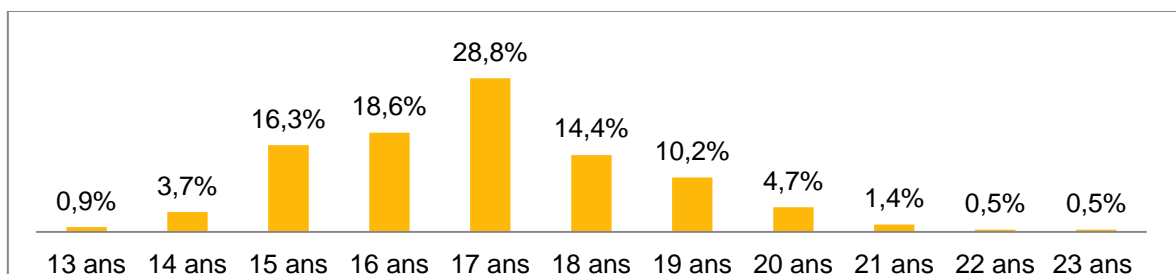


Figure 4 : Âge d'utilisation de la première contraception. N = 204 (%)

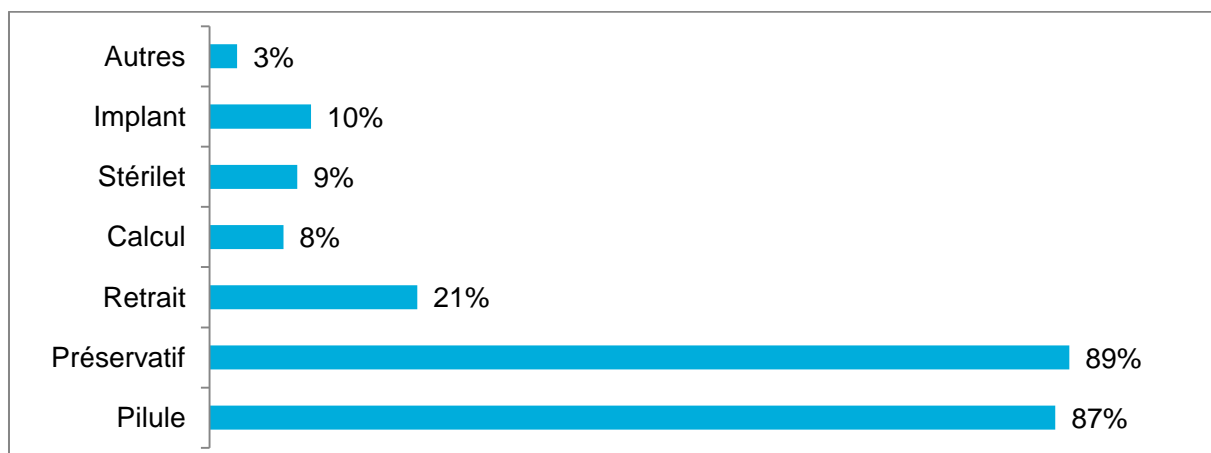


Figure 5 : Différents moyens de contraception déjà utilisés. N = 210 (%)

Dans les réponses « autres », on retrouve deux utilisatrices de « l’anneau œstro-progestatif », deux utilisatrices de la « contraception d’urgence » ainsi que deux utilisatrices du « patch ».

Pour 28% d’entre elles, la contraception d’urgence a été prescrite et expliquée au moment de la prescription de la contraception.

3.3 Connaissances en matière de physiologie de la reproduction

À la question « À quel moment du cycle peut se produire l’ovulation ? » :

- 42% ont répondu « 15 jours avant les prochaines règles »,
- 40% ont répondu « 15 jours après les règles »,
- et 17% ont répondu « à tout moment ».

Une seule étudiante a répondu « Pendant les règles ».

À la question « À quel moment du cycle peut-on tomber enceinte ? » :

- 49,3% ont répondu « A tout moment »,
- 27,9% ont répondu « 15 jours avant les prochaines règles »,
- et 22,8% ont répondu « 15 jours après les règles ».

À la question « Quelle est la durée de vie d’un spermatozoïde dans le corps d’une femme ? » :

- elles sont 53,4% à avoir répondu « 3 jours »,
- 40,4% « 5 jours »,
- et 6,3% « 1 jour ».

3.4 Conscience du risque

Dans cette partie nous retrouvons les réponses des étudiantes concernant les définitions d’un rapport à risque et à quels risques nous faisons référence.

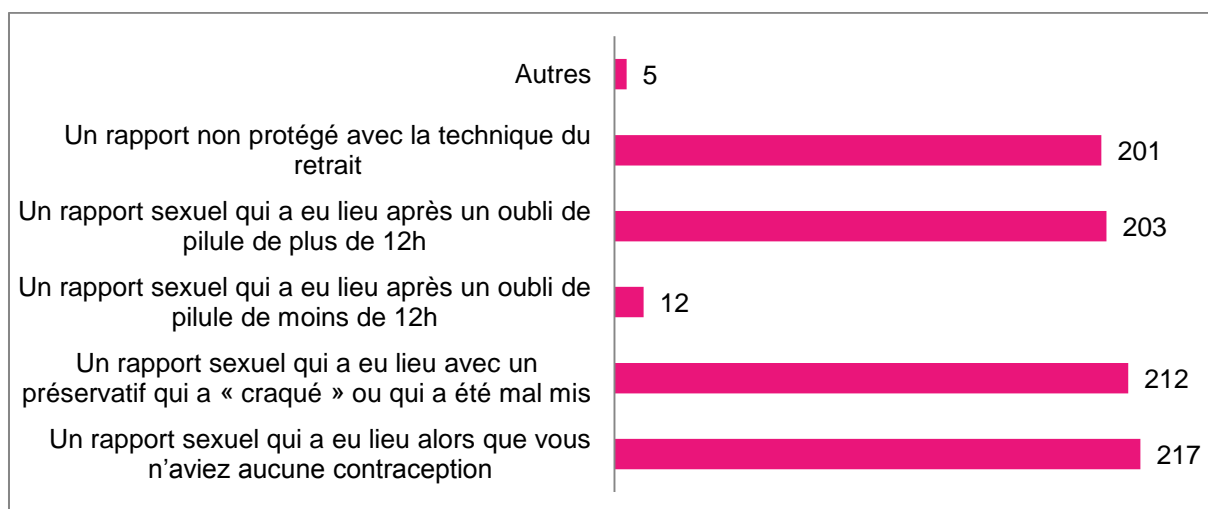


Figure 6 : Définition d'un "rapport à risque". N = 222 (n)

À la question « Dans le terme « *rapport à risque* », quels sont ces risques ? » : 189 réponses soit 96% évoquaient un risque de grossesse et d'infection sexuellement transmissible (IST). Dans une des réponses évoquant ces deux risques, était ajouté celui d'un « Rapport non consentant ». Une réponse évoque le risque de « virus, champi ». Quatre réponses évoquent seulement le risque d'IST et trois réponses évoquent uniquement le risque de grossesse.

3.5 Connaissance en matière de contraception d'urgence

Les étudiantes ont ensuite été interrogées sur leur connaissance en matière de contraception d'urgence.

Pour 50% des étudiantes interrogées, il existe seulement une contraception d'urgence, 34,5% pensent qu'il en existe deux et seulement 14,5% des étudiantes savent qu'il existe trois contraceptions d'urgence. Deux étudiantes pensent qu'il en existe quatre.

Quand les étudiantes doivent citer les contraceptions d'urgence qu'elles connaissent, les réponses se répartissent comme ci-après.

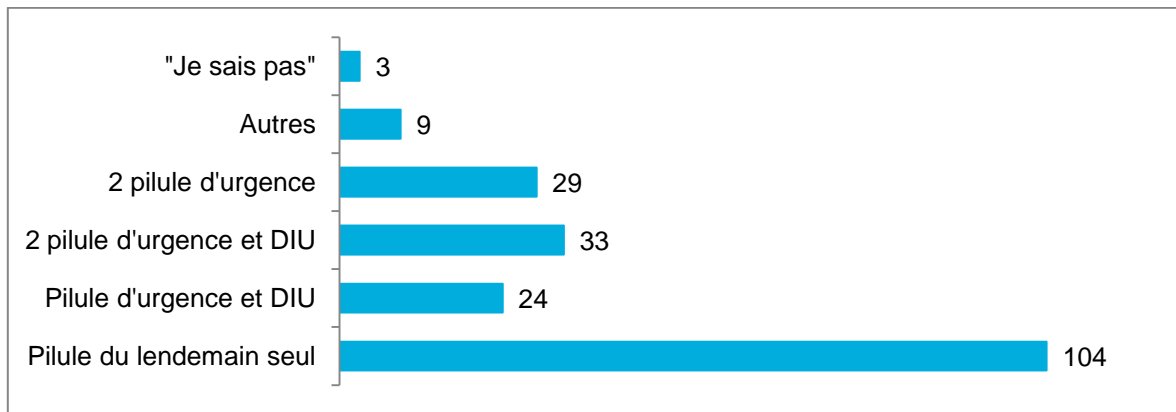


Figure 7 : Contraception(s) d'urgence citée(s). N = 202 (n)

Dans les réponses « autres », on retrouve l'IVG qui est citée une fois associée à la pilule du lendemain, ou le terme RU486 qui est cité quatre fois dont deux fois seul, une fois avec le DIU-Cu et une fois avec la pilule du lendemain. On retrouve une réponse qui associe l'implant à la pilule du lendemain, au stérilet et au préservatif. Une réponse cite Norlevo® et de débuter un traitement par pilule. On retrouve une réponse qui cite les spermicides associés à la pilule du lendemain.

Au final, on retrouve les pourcentages suivant de citation des contraceptions d'urgences par les étudiantes :

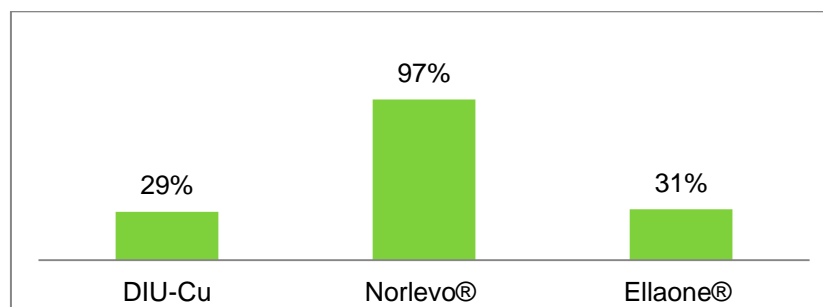


Figure 8 : Pourcentage de citation des contraceptions d'urgences. N = 202 (%)

Différents termes ont été employés pour nommer les différentes contraceptions d'urgences : le terme « pilule » a été employé 163 fois, le terme « DIU » 44 fois et le terme « Stérilet » 15 fois. Le terme « lendemain » a été employé 147 fois, le terme « Norlevo® » 36 fois, le terme « Surlendemain » 19 fois et le terme « Ella one® » 25 fois. Enfin le terme « urgence » a été employé 6 fois.

Les différentes situations où les étudiantes pensent qu'il faut utiliser la contraception d'urgence se répartissent comme ci-dessous :

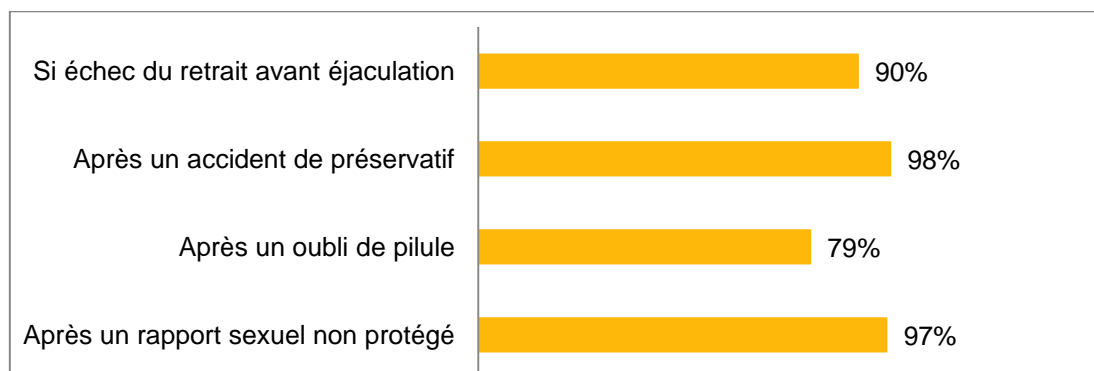


Figure 9 : Cas d'utilisation de la contraception d'urgence. N = 221 (%)

Parmi les étudiantes interrogées, 7% pensent que la pilule d'urgence s'utilise jusqu'à « 12h après » un rapport sexuel « à risque »,

- 22% jusqu'à « 24h après »,
- 19% jusqu'à « 2 jours après »,
- 32% jusqu'à « 3 jours après »,
- 16% jusqu'à « 5 jours après ».

Personne n'a répondu jusqu'à « 1 semaine après » et neuf étudiantes ont précisé que cela dépendait de la pilule d'urgence.

Dans le cas où les étudiantes interrogées auraient une pilule d'urgence à la maison et auraient eu un rapport sexuel à risque :

- elles seraient 91% à prendre la pilule d'urgence « tout de suite »,
- 15 étudiantes à la prendre « dans 4 heures »
- et 5 étudiantes « pas avant le lendemain ».

Il n'y a aucune réponse concernant l'item « Dans 48 heures ».

L'attitude des étudiantes après la prise d'une contraception d'urgence se répartit comme ci-dessous.

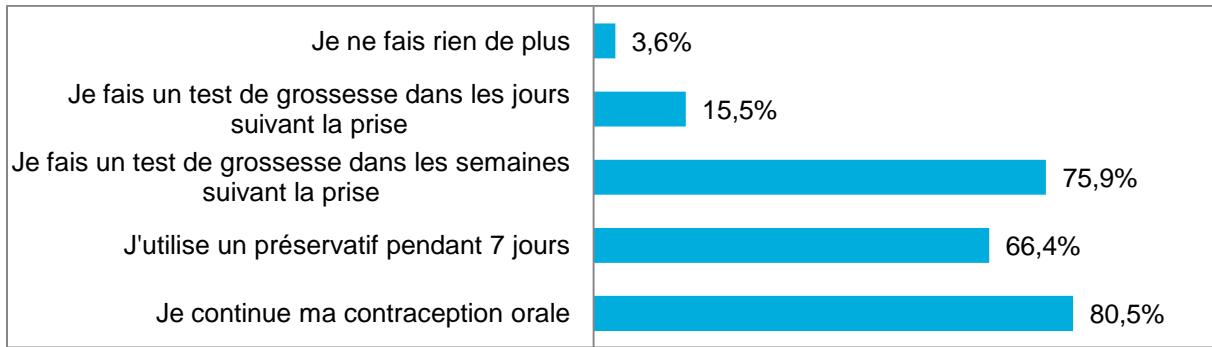


Figure 10 : Attitude après la prise de la contraception d'urgence. N = 220 (%)

Si elles avaient pris la pilule du lendemain 6 jours avant un nouveau rapport à risque, elles seraient 67% à la reprendre et 33% ne la reprendraient pas.

Cent pour cent des étudiantes interrogées savent que la contraception d'urgence ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

3.6 Connaissance des structures délivrant la contraception d'urgence

Les professionnels de santé pouvant prescrire la contraception d'urgence selon les étudiantes interrogées se répartissent comme suit :

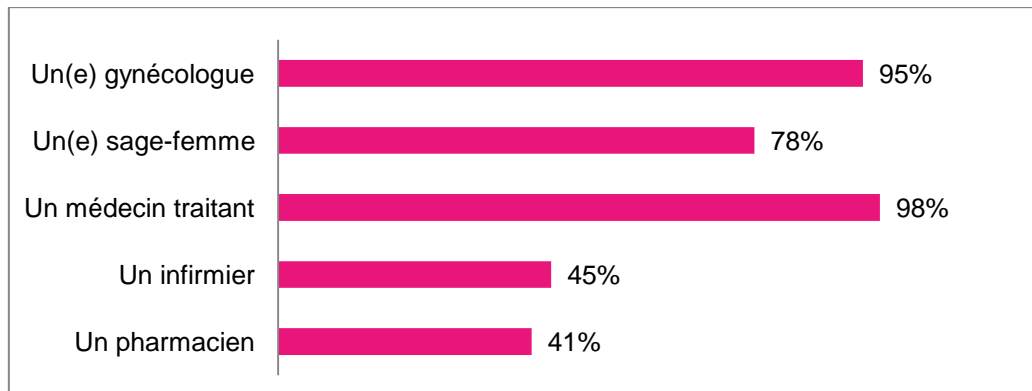


Figure 11 : Praticiens pouvant prescrire la contraception d'urgence. N = 220 (%)

Parmi les étudiantes interrogées, 98% savent que la pilule d'urgence est disponible sans ordonnance.

Pour se procurer la contraception d'urgence, 99,5% des étudiantes savent qu'elles peuvent se rendre « chez un pharmacien », 62,4% « auprès d'une infirmière scolaire » et 93,2% « dans un centre de planification et d'éducation familiale » (CPEF).

Si elles avaient besoin de la contraception d'urgence, elles seraient 92% à se rendre en pharmacie. Cinq étudiantes se seraient rendues en CPEF. Une étudiante a répondu « Médecin traitant ou CPEF », cinq ont répondu « CPEF ou pharmacie » et une a répondu « Infirmière scolaire ou pharmacie ».

3.7 Information en matière de contraception et de contraception d'urgence

Les sources d'informations sur la contraception d'urgence des étudiantes interrogées se répartissent comme suit :

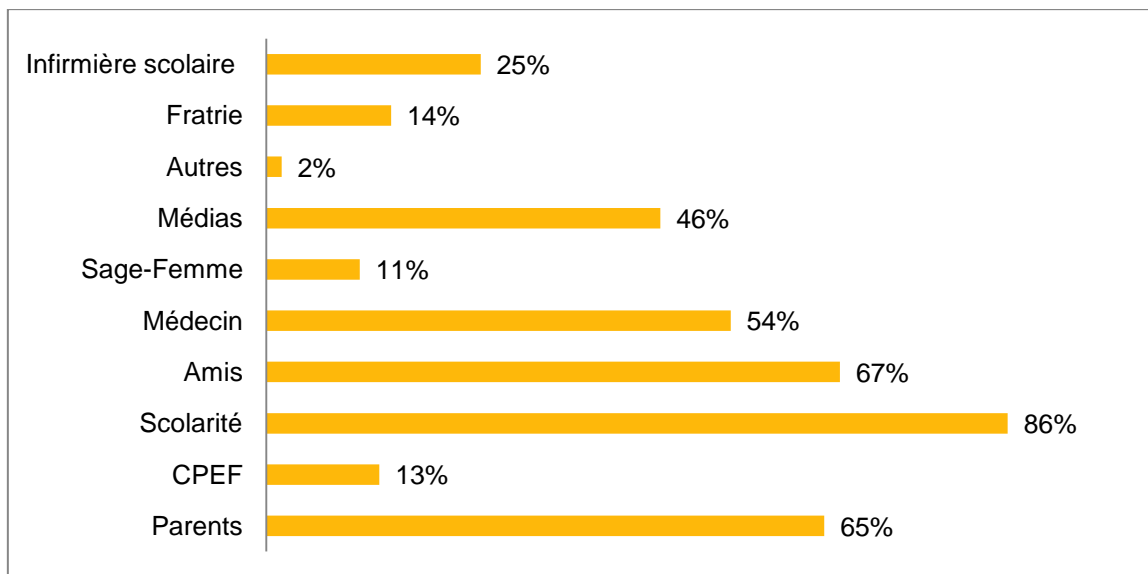


Figure 12 : Sources de l'information sur la contraception d'urgence. N = 221 (%)

Dans les réponses « autres », on retrouve deux fois l'« Association française pour la contraception » (AFC) et une fois les « Associations de prévention » ainsi qu'une fois les « brochures au centre de santé étudiant ».

Parmi les étudiantes interrogées, 72,6% ont eu des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Le nombre d'heures de ces séances se répartit comme suit :

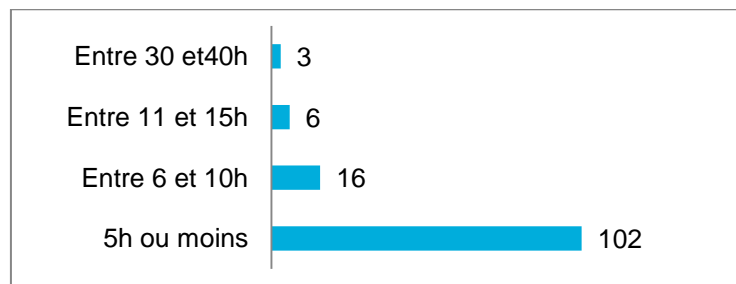


Figure 13 : Nombre d'heures d'éducation à la vie affective et sexuelle. N = 127 (n)

On a déjà expliqué quand et comment utiliser la contraception d'urgence à 76% des étudiantes interrogées.

3.8 Réticences à utiliser une contraception d'urgence

Les étudiantes interrogées sont 32 % à avoir des réticences à utiliser la contraception d'urgence. Ces réticences se répartissent comme suit :

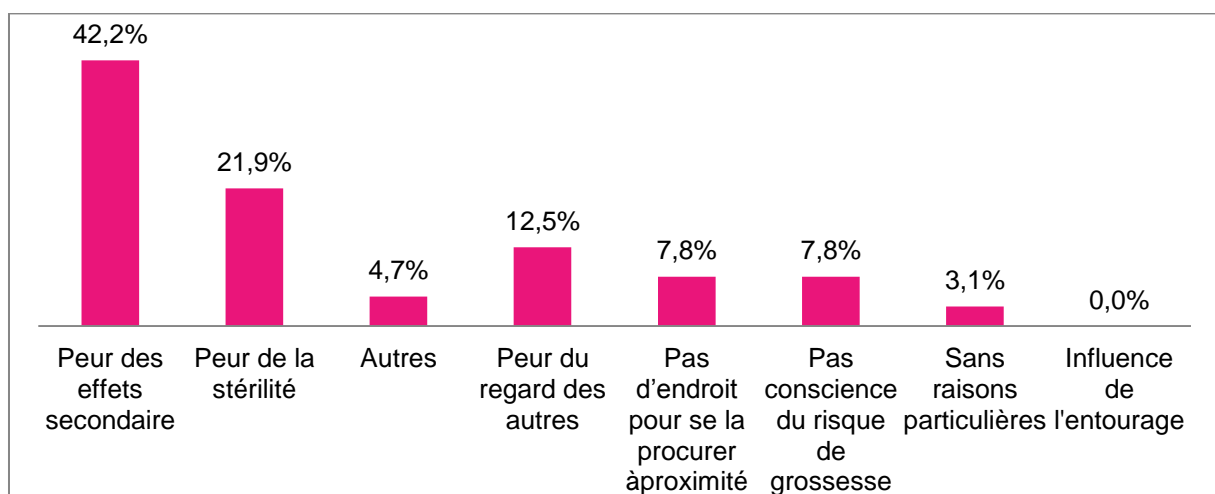


Figure 14 : Réticences à utiliser la contraception d'urgence. N = 64 (%)

Parmi les réponses « autres » : deux personnes ne l'utiliseraient pas en « période d'ovulation » et pour une étudiante c'est « synonyme d'avortement ».

Dans le cas où quelqu'un dans l'entourage aurait besoin de prendre la contraception d'urgence, elles seraient une majorité à le lui conseiller. Une étudiante a répondu qu'elle ne la conseillera pas car il y aurait « trop de risques et [pourrait] avoir un effet contraceptif ».

En cas de prise de la contraception d'urgence, elles seraient 9% à n'en parler à « personne », 77% au « partenaire », 15% à leurs « parents », 11% à un membre de leur « fratrie » et 65% à leurs « ami(e)s ». Une étudiante a répondu qu'elle en parlerait à ses « collègues sages-femmes, médecins, conseillères conjugales, psychologues » et une à son « médecin traitant ».

Pour se procurer leur contraception d'urgence, elles seraient 66,5% à y aller « seule », 26% « accompagnée », 3% enverraient « quelqu'un à leur place ». Pour le reste des étudiantes, « cela dépend de la situation ».

3.9 Recours à la contraception d'urgence

La moitié des étudiantes interrogées a déjà eu recours à la contraception d'urgence. Elles sont 19% à s'être senties « Très mal à l'aise » lors de la délivrance de la contraception d'urgence ,

- 33% à s'être senties « mal à l'aise »,
- 26% à s'être senties « Ni à l'aise, ni mal à l'aise »,
- 12% à s'être senties « à l'aise »
- et 9% s'être senties « très à l'aise ».

Quatre étudiantes se sont déjà vu refuser la contraception d'urgence en pharmacie.

4 Discussion

4.1 Limite de l'étude

L'étude porte sur un échantillon non représentatif de la population étudiante âgée 19 à 24 ans de l'UVSQ. En effet, les étudiantes en ergothérapie, en droit, en psychomotricité et en médecine ainsi que les étudiantes en maïeutique sont surreprésentées dans cet échantillon de population.

Il existe également un biais de sélection car les étudiantes ont été contactées par des membres d'associations étudiantes de l'UVSQ : or, toutes n'étaient pas en contact avec ces derniers.

4.2 La contraception

Concernant l'utilisation d'une contraception, les données retrouvées dans notre étude correspondent à celles de l'étude de l'INPES de 2010 : plus de 90% des femmes interrogées. [5]

4.2.1 Les contraceptions de longue durée

Dans l'ensemble, les étudiantes interrogées utilisent des moyens de contraception efficaces. L'implant et le stérilet, qui sont pourtant les deux contraceptions les plus efficaces en utilisation courante, ont été utilisés par environ 10% de l'échantillon.

Ce faible pourcentage d'utilisation peut s'expliquer comme suit : l'implant est d'utilisation récente (alors que « la pilule », utilisée depuis plus longtemps, est plus connue). Et longtemps, le DIU a été « contre-indiqué » aux femmes jeunes et/ou nullipares.

Par ailleurs l'implant et le DIU sont des contraceptions de longue durée : moins facilement réversibles, nécessitant une consultation médicale pour les commencer et les arrêter.

Enfin, ces deux contraceptions sont plus délicates à mettre en place, intrusives, et peuvent rebuter ou effrayer : l'implant nécessite une incision sur le bras et une anesthésie ; le DIU est quant à lui introduit dans l'intimité du corps, en position gynécologique.

4.2.2 La pilule et le préservatif

Presque 90% des étudiantes ont déjà utilisé le préservatif et la pilule. La pilule reste une contraception efficace en utilisation courante. Le préservatif l'est aussi en théorie, bien qu'en utilisation courante l'efficacité du préservatif tend à diminuer.

L'accident étant donc plus fréquent, il est important de rappeler l'indication de la contraception d'urgence dans le cadre d'une contraception par préservatif au même titre que dans le cadre d'une contraception par pilule.

4.2.3 Les contraceptions « naturelles »

On note que 8% et 21% des étudiantes ont déjà utilisés respectivement les méthodes de calcul de l'ovulation et de retrait avant éjaculation.

Ce ne sont pas des moyens de contraception efficaces avec 25 à 27 grossesses pour 100 femmes la première année d'utilisation courante. [11]

Ces méthodes représentaient 0,3% des contraceptions utilisés par des jeunes femmes de 20 à 24 ans au moment de l'enquête de l'INPES en 2010. [5]

Il peut s'agir de méthodes transitoires que l'on utilise avec à un certain moment de sa vie avec certaines personnes. Néanmoins, en 2013 a eu lieu le « scandale des pilules de 3^{ème} générations ». A ce moment-là, certaines femmes ont pu abandonner les méthodes hormonales ou médicalisées au profit des méthodes dites « naturelles », et qui donnent également l'impression d'une certaine maîtrise du corps.

4.3 Connaissance en matière de physiologie de la reproduction

4.3.1 L'ovulation ...

L'information théorique véhiculée par les manuels scolaires selon laquelle l'ovulation intervient au quatorzième jour du cycle est reprise par presque 80% des étudiantes interrogées.

Cette information théorique serait un facteur de risque de grossesse non désirée dans cette population de jeunes femmes ayant une fertilité élevée. [12]

L'adaptation des manuels scolaires constitue pour l'Association Française pour la Contraception (AFC) une nécessité absolue, le message à faire passer auprès des jeunes étant la possibilité de tomber enceinte à n'importe quel moment du cycle et qu'il importe donc de se protéger de façon systématique contre le risque de grossesse. [12]

4.3.2 ... Et le risque de grossesse

Elles sont 17% dans notre échantillon à savoir que l'ovulation est possible à tout moment du cycle, et presque 50% des étudiantes savent qu'il est possible de tomber enceinte à tout moment du cycle.

La question se pose de savoir si les étudiantes ont connaissance du lien entre ovulation et risque de grossesse.

Dans cet échantillon, il existe une méconnaissance de la physiologie de la reproduction. Il est donc nécessaire de renforcer l'éducation sexuelle et de délivrer une information plus appropriée sur le cycle menstruel, l'ovulation et le risque de grossesse, comme la Haute Autorité de Santé (HAS) le recommande. [9]

4.4 Connaissance de la contraception d'urgence et conscience du risque

4.4.1 La contraception d'urgence

L'existence de la contraception d'urgence est connue par 97% de l'échantillon. Marine Tirland retrouvait en 2014 quasiment le même taux dans son échantillon d'étudiants. [10]

Cependant, la moitié des étudiantes connaissait uniquement la pilule dite « du lendemain » ou Norlevo®. Environ 15% des étudiantes connaissaient les trois contraceptions d'urgence.

Les étudiantes interrogées connaissent donc au moins une des contraceptions d'urgence et savent que la contraception d'urgence ne protège pas des IST.

Toutefois, on remarque que l'avortement est considéré pour cinq étudiantes comme une contraception d'urgence. La définition d'une contraception d'urgence ne semble donc pas claire pour ces dernières.

4.4.2 La conscience du risque de grossesse

Quand on recherche les freins à l'utilisation de la CU, elles sont 10% à dire ne pas avoir toujours conscience d'un risque de grossesse. Selon l'HAS, le manque de perception du risque de grossesse est un frein à l'utilisation de la CU. [9]

Les étudiantes interrogées (environ 95%) sont conscientes du risque de grossesse et/ou d'IST lié à un rapport sexuel avec un préservatif mal mis ou qui a « craqué », ou encore sans aucune contraception. Elles seraient environ 97% à utiliser une contraception d'urgence après un rapport sexuel non protégé ou un accident de préservatif.

4.4.3 La place du désir de grossesse

Par ailleurs, elles seraient 90% à utiliser la contraception d'urgence après un échec de retrait mais elles seraient seulement 79% à l'utiliser après un oubli de pilule : pourtant 90% de l'échantillon a conscience d'un risque de grossesse quand un moyen de « contraception » est déjà mis en place (avec la technique du retrait ou après un oubli de pilule de plus de 12h).

La conscience d'un risque de grossesse n'est donc pas toujours une indication à prendre une contraception d'urgence.

Il est important de rappeler ici la place du désir de grossesse même dans le cadre d'une contraception. L'observance de la contraception ou l'importance apportée aux effets secondaires d'une contraception peuvent traduire une certaine ambivalence face au désir de grossesse. Or souvent cette ambivalence est déniée face à la norme sociale de la contraception et de la procréation programmée. [15]

4.4.4 L'importance des mots

Amsellem-Mainguy, sociologue, avait remarqué que le terme « lendemain » soulevait une double ambiguïté : le délai d'efficacité et le délai d'utilisation. Selon elle, une partie des jeunes femmes ne l'utilise pas (ou hésite à l'utiliser) lorsque le rapport sexuel est considéré comme étant « trop loin » du « lendemain ». Deuxièmement, « lendemain » fait référence à une certaine norme adulte du rapport sexuel, il induit implicitement que le rapport sexuel a eu lieu la veille de la prise. Or, pour nombre de jeunes, les rapports sexuels ont eu lieu la journée, en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain. [16]

Ainsi dans notre échantillon, la pilule d'urgence Norlevo® est nommée par la majorité de l'échantillon, pilule du « lendemain », et Ellaone® celle du « surlendemain » : aussi presque la moitié des étudiantes pense que la pilule d'urgence peut s'utiliser uniquement jusqu'à 12h à 2 jours après le rapport sexuel à risque.

Les termes de pilule « du lendemain » et « du surlendemain » peuvent donc porter confusion sur le délai d'efficacité des contraceptions d'urgence.

Cependant, dans notre échantillon, ces termes ne semblent pas porter à confusion sur le délai d'utilisation : seules cinq étudiantes attendraient le lendemain avant de prendre la pilule d'urgence.

4.4.5 Une méthode de rattrapage

Environ 30% de l'échantillon ne sait pas qu'il faut continuer à se protéger par préservatif pendant au moins 7 jours, et continuer sa contraception orale après la prise la pilule d'urgence. Il y a donc ici potentiellement un risque de grossesse aussi après la prise de la CU.

Concernant la prise répétée de la pilule d'urgence à 6 jours d'intervalle, elles seraient 33% à ne pas la reprendre. Marine Tirland avait retrouvé dans son échantillon un taux un peu plus élevé de 45% en 2014. [10]

Les étudiantes interrogées pensaient peut-être qu'elles étaient encore protégées par le premier comprimé, ou alors qu'elles s'exposaient à un danger en prenant la pilule d'urgence de manière rapprochée.

Faire un test de grossesse dans les semaines suivant la prise de la contraception d'urgence n'est pas systématique pour l'ensemble de l'échantillon. On peut alors se demander si ces jeunes femmes ne sous-estiment pas les risques d'échecs de cette méthode de rattrapage.

Si la contraception d'urgence est connue de l'échantillon, il méconnaît ses modalités d'utilisation.

L'HAS retrouvait en 2013 que le manque de connaissance sur la CU et son délai d'action étaient des freins à son utilisation.

Elle recommande d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs. [9]

4.5 Connaissance des structures délivrant la contraception d'urgence

4.5.1 La prescription

La grande majorité des étudiantes sondées savent que la pilule d'urgence est disponible sans ordonnance.

La prescription de la CU reste une notion floue. En effet, la quasi-totalité des étudiantes sait que le gynécologue et le médecin traitant peuvent la prescrire. Les trois-quarts des étudiantes savent aussi que la sage-femme peut prescrire la contraception.

Entre 40 et 45% des étudiantes pensent qu'un infirmier ou un pharmacien peut prescrire une CU : certainement une confusion due au fait qu'ils peuvent la délivrer.

Le message perçu sur la CU mélange prescription et délivrance. Il n'est donc pas assez clair.

4.5.2 La délivrance

Dans l'ensemble, l'échantillon connaît les structures délivrant la contraception d'urgence. La quasi-totalité des étudiantes interrogées sait que l'on peut se rendre en pharmacie ou en CPEF pour se procurer la contraception d'urgence, et environ 60% des étudiantes citent l'infirmière scolaire.

Au final, la majorité de l'échantillon se rendrait en pharmacie en cas de besoin de se procurer la CU, ce qui correspond aussi aux chiffres de l'HAS de 2013. [9]

4.6 Information en matière de contraception

4.6.1 L'éducation scolaire

La majorité de l'échantillon a suivi des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective au cours de sa scolarité. Cependant, pour la majorité des jeunes femmes interrogées, le nombre d'heures est de 5 ou moins : loin des trois séances annuelles prévues par la loi depuis 2003. [13]

Toutefois, pour la majorité d'entre-elles la scolarité est l'une des sources d'information sur la contraception et la CU, mais elle ne fournirait souvent que des informations théoriques et parfois erronées.

Peut-être faudrait-il alors débiter l'éducation à la vie affective et sexuelle de manière plus précoce, dès l'école primaire pour en faire un objectif essentiel au cours de la scolarité.

4.6.2 Les professionnels de santé

La moitié des étudiantes cite aussi le médecin comme source d'informations sur la CU, et moins d'un quart de l'échantillon citent aussi l'infirmière scolaire, la sage-femme et les CPEF.

Les professionnels de santé ne sont donc pas identifiés comme des sources d'information pour la moitié des étudiantes interrogées. On peut alors se demander comment ont été expliquées les modalités d'utilisation de la CU aux trois-quarts des étudiantes interrogées, et si l'information a été correctement donnée.

4.7 Réticences et freins à utiliser une CU

4.7.1 Des idées reçues

Presque la moitié des étudiantes interrogées a des réticences à utiliser la CU. Elles sont environ 40% à avoir peur des effets secondaires et 20% à avoir peur de la stérilité.

Ces réticences sont liées à une mauvaise information quant aux effets secondaires réels de la CU.

Selon Amsellem-Mainguy, sociologue, la CU fait en effet l'objet de « légendes urbaines ». Lors de ses entretiens, elle a montré que les inquiétudes autour de la stérilité, la perception d'un risque pour la santé ou l'exagération des effets secondaires étaient des freins à l'utilisation de la CU. Dans le discours de certaines jeunes femmes, le recours à la contraception d'urgence relevait d'une prise de risques. [16]

L'HAS a aussi identifié que la perception exagérée des effets indésirables est un frein à l'utilisation de la contraception. [9]

4.7.2 Peur de la stigmatisation

Les étudiantes interrogées sont environ 10% à avoir peur du regard des autres, un frein identifié par l'HAS en 2013. [9]

Amsellem-Mainguy, sociologue, avait soulevé lors de ses entretiens un frein à l'utilisation de la CU liés au « coût moral » : aller à la pharmacie, demander le produit, recevoir une leçon de morale, ce que certaines appelaient le « chemin de la combattante ». [16]

Ces jeunes femmes fertiles s'ouvrent à la vie relationnelle et sexuelle, tout en suivant le modèle social actuel : la grossesse après les études et l'obtention d'un emploi. Et les personnes à qui elles s'adressent, en cas de besoin d'une CU, professionnels de santé, infirmières scolaires, pharmaciens, sont des adultes qui véhiculent ce modèle social. Il faut alors demander de l'aide, montrer que l'on a une vie sexuelle, qu'en plus on ne maîtrise pas « comme il le faudrait » : dans ce modèle social, les femmes sont stigmatisées en cas d'échecs de la contraception. [15]

Cependant, le frein lié à la peur du regard des autres est à nuancer dans notre échantillon par le fait que la majorité des étudiantes en parlerait tout de même avec leur partenaire et/ou avec des ami(e)s. Elles seraient aussi une majorité à aller se procurer la CU toute seule.

La prescription à l'avance de la contraception d'urgence permettrait d'éviter à ces jeunes femmes la confrontation au modèle social et la stigmatisation de leur échec contraceptif.

Ainsi prendre la CU c'est être en « échec » vis à vis des autres mais aussi de soi-même : c'est avoir conscience de s'être mise en danger, et aussi avoir « peur » de se mettre en danger à nouveau en prenant la CU.

4.8 Propositions et pistes de réflexion

Cette étude a permis de mettre en évidence une méconnaissance globale des étudiantes sur le cycle, le risque de grossesse et la CU. Sur la CU, il existe des confusions notamment entre la prescription et la délivrance, et sur les termes « lendemain » et « surlendemain ». Ainsi, l'information sur la physiologie de la reproduction et la CU est à revoir.

4.8.1 L'information en milieu scolaire

Dans notre échantillon, les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ont été largement insuffisantes en termes de quantité et de qualité.

La santé sexuelle est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de bien-être physique émotionnel mental et social en relation avec la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Cette définition englobe aussi bien l'aspect social et relationnel de la sexualité mais aussi l'information et la prévention en gynécologie, qui permettent de mener une sexualité sereine et sans risque.

Il me semble alors qu'aborder au cours de la scolarité la question de la vie affective et sexuelle est primordiale, et ce pas uniquement au cours de séances dédiées à ce thème. Les questions du fonctionnement du corps (anatomie, cycle, ovulation), de son respect, du respect de l'autre et de sa différence peuvent être intégrées aux programmes de Science et Vie de la Terre (SVT) ou d'éducation civique.

Cependant, les enseignants devront être formés à ces questions pour que les réflexions et les savoirs transmis soient conformes aux données de la science.

L'école est un lieu de formation pour les adultes de demain, il est donc essentiel d'aborder toutes ces questions en adaptant évidemment le langage à l'âge des enfants ou adolescents.

Bozon, sociologue, relève que la sexualité et les relations amoureuses à l'adolescence sont des facteurs d'autonomisation, et font donc partie du développement de l'adulte en devenir. [14] L'éducation à la vie sexuelle et affective doit avoir pour objectif l'apprentissage de la relation selon un principe d'égalité entre les sexes en apportant une connaissance du corps, en promouvant le respect du corps (le sien, celui de l'autre).

Si elle inclue aussi une information sur la prévention des IST et des grossesses non désirées mais sans s'y limiter, les séances doivent tendre vers une information moins théorique et plus pratique.

Il est donc important lors de ces séances, dans le cadre de la prévention des grossesses non prévues, de mettre l'accent sur les différents acteurs de la santé des femmes (gynécologue, sage-femme, médecin traitant), la gratuité et la confidentialité des consultations dans les CPEF et l'absence d'obligation de l'examen gynécologique lors d'une consultation. Aussi, l'information donnée pendant ces séances sur la contraception et la contraception d'urgence doit être la plus simple et claire possible.

4.8.2 L'information par les professionnels de santé

Afin de faire le lien entre le milieu de la santé et le milieu scolaire, un professionnel de santé ou une conseillère conjugale et familiale pourraient venir dans un établissement scolaire et permettre à des jeunes femmes, hommes ou couples d'échanger seul ou à deux sur la sexualité et la contraception. Certains établissements le proposent déjà.

En 2016, dans son livre blanc à destination des candidats à l'élection présidentielle 2017, l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (Anesf) demande « la mise en place d'une consultation recommandée pour les jeunes filles mineures, prise en charge par l'Assurance Maladie afin de donner des informations sur la contraception et la sexualité, associées à la prévention des IST et des conduites addictives » [17] ; cette revendication est également reprise par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes dans son livre blanc. [18]

De plus, en avril 2017, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dans le cadre de son plan de modernisation du dépistage organisé du cancer du sein a annoncé la mise en place d'une consultation (prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie) pour chaque femme de 25 ans pour un temps dédié à la prévention et au dépistage. [19] Cette consultation pourrait aussi être l'occasion de faire le point sur la contraception et la connaissance des contraceptions d'urgence.

Enfin, l'information fournie par les différents professionnels de santé se doit d'être complète et loyale.

On sait qu'une information incomplète de la part des professionnels de santé aux patientes est un frein à l'utilisation de la contraception d'urgence. [9] Le temps consacré à la planification familiale au cours des études de médecine générale est faible. [12] Le pharmacien est souvent le professionnel de santé de première ligne concernant la CU.

Il me semble essentiel de renforcer la formation initiale et continue à ce sujet pour tous les professionnels de santé concernés, et de développer des outils de guidance dans la délivrance de la CU. [9] [11]

Le fait que la moitié de l'échantillon a déjà eu recours à la CU mais qu'environ la moitié des jeunes femmes ne s'est pas sentie à l'aise lors de la délivrance de la CU, étaye mon point de vue.

4.8.3 L'information par les pairs

Au-delà de l'information délivrée par un adulte référent, on pourrait aussi imaginer une information, un soutien par les pairs.

Dans le cadre de la vie étudiante, on pourrait mettre en place un café débat autour de la sexualité et de la contraception, avec notamment des étudiantes sages-femmes pour animer le débat afin de libérer la parole sur ce thème.

C'est dans ce but qu'en 2011, l'AFC crée l'« AFC jeunes », une commission d'éducation qui réunit plusieurs groupes de jeunes de 17 à 25 ans, volontaires, ayant pour mission de transmettre des messages sur la contraception à d'autres jeunes

lors de manifestations festives (festivals, forums santé, cafés santé). Ces groupes de jeunes sont d'abord formés à la contraception lors d'un week-end de formation par des adultes, membres du bureau de l'AFC et spécialisés dans le domaine de la contraception et/ou de l'éducation à la santé. Une mise à jour des connaissances est réalisée au moins une fois par an.

4.8.4 La prescription à l'avance

Il existe aussi des freins liés à la stigmatisation de l'échec contraceptif dans notre société où la norme est la procréation programmée. La diffusion des méthodes médicales de contraception a développé une norme contraceptive qui exerce une pression sociale sur les femmes pendant toute leur période de fertilité, et ne laisse pas de place à l'ambivalence du désir de grossesse. [15].

Ainsi, lors d'un échec de contraception, se confronter aux professionnels de santé portant ce modèle social est un frein. La prescription à l'avance de la contraception peut limiter ce frein.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) recommande depuis 2009 d'encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance afin de diminuer le nombre des grossesses sous contraception orale. [12]

La HAS réserve quant à elle la prescription à l'avance de la CU pour les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence, utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces. [9]

Rappelons que dans notre enquête, 28% des étudiantes seulement se sont vues prescrire et expliquer la contraception d'urgence au moment de la prescription de leur contraception tandis que 50% y a déjà eu recours.

Hors du cadre de la prescription, lors par exemple de la délivrance en pharmacie de préservatifs ou d'une autre méthode contraceptive, il devrait être rappelé les limites des contraceptions et il pourrait alors être proposé la délivrance de la CU à l'avance.

Conclusion

Notre étude a mis en évidence une réelle méconnaissance de la physiologie de la reproduction et du risque de grossesse au cours du cycle par les jeunes femmes interrogées. Force est de constater que lors d'un échec contraceptif, malgré la conscience d'un risque de grossesse, la prise de la CU chez elles n'est pas un geste systématique.

Les étudiantes interrogées n'avaient qu'une connaissance partielle au sujet de la contraception d'urgence. Les termes de « pilule du lendemain » et de « pilule du surlendemain » portent déjà à confusion : on pourrait les remplacer par un terme plus générique de « pilules d'urgence ». L'étude a également montré qu'il existe une confusion entre prescription et délivrance de la CU. Cependant, et cela reste le plus important, les étudiantes sondées connaissent les lieux où la contraception d'urgence est accessible.

Notre étude a ainsi bien montré que l'information scolaire sur la contraception d'urgence était largement insuffisante. La période consacrée à la scolarité permet d'accéder à l'information sur la contraception pour la majorité des étudiantes. Or le nombre d'heures consacrées à l'éducation à la vie sexuelle et affective est largement insuffisant et la connaissance de la physiologie, du risque de grossesse et de la CU n'est pas complète selon les étudiantes interrogées.

Sur la base des données collectées, nous pouvons donc conclure que les connaissances actuelles de la contraception d'urgence chez les étudiantes de 19 à 24 ans de l'UVSQ ne sont pas suffisantes pour permettre une prévention efficace des grossesses non prévues.

L'information sur la physiologie de la reproduction, sur le risque de grossesse et sur la contraception d'urgence est à revoir.

Il faudrait alors repenser l'information dans le cadre scolaire afin d'avoir une approche plus globale tout au long de la scolarité. Aussi les manuels et programmes scolaires doivent être adaptés et, au-delà de la théorie, diffuser des messages clairs de prévention des grossesses non prévues et des IST.

Les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective étant actuellement peu nombreuses, elles doivent mettre l'accent sur des messages essentiels de prévention : les acteurs, les lieux et les moyens de prévention.

Par ailleurs, il paraît essentiel de renforcer la formation des professionnels de santé notamment celle des pharmaciens et celle des professionnels concernés par la gynécologie et la contraception.

La mise en place d'une consultation de prévention en gynécologie pour la jeune mineure ou la jeune femme, prise en charge par l'assurance maladie, paraît aussi un bon moyen de renforcer l'information.

Pour aller plus loin, on pourrait mettre en place des groupes de soutien par les pairs ou encore des « consultations » par un professionnel de la planification familiale au sein des établissements scolaires.

Ce travail a aussi montré l'existence de réticences à utiliser la CU, liées à la peur de celle-ci ainsi que la peur d'une stigmatisation de l'échec contraceptif. Une meilleure information des jeunes femmes quant aux effets secondaires, ainsi que la formation des professionnels de santé à l'acceptation de l'échec contraceptif, permettraient de diminuer ce frein. Aussi, la prescription ou la délivrance à l'avance de la CU associée(s) à une information peut diminuer ces freins.

Malgré tout, il existe certains freins inévitables à l'utilisation de la CU, notamment celui lié à l'ambivalence face au désir de grossesse.

Bibliographie

- [1] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. 2009-879 juillet, 2009. Consulté le 29/04/17. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_86
- [2] ANSM. Résumé des caractéristiques du produit : Norlevo 1,5mg. 2014. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0235171.htm>
- [3] ANSM. Résumé des caractéristiques du produit : Ellaone. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_918325/fr/ellaone-ct7137
- [4] Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5E3706F9C76A2BBFE522FC9A76FC64D1.tpdila21v_3?idArticle=LEGIARTI000031927644&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170429
- [5] Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis. INPES éditions. 2013. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
- [6] DREES. Etudes et Résultats : Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. 2016. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
- [7] DREES. Etudes et Résultats : Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. 2013. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf>
- [8] Will S. La Contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence. 2005. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2005_WILL_SOPHIE.pdf

- [9] HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543202/fr/contraception-d-urgence-synthese-et-recommandations
- [10] Tirland M. La prévention des grossesses non désirées chez les étudiants de 20 à 24 ans par l'utilisation de la contraception d'urgence. Gynecol Obstet. 2014.
Disponible sur : <https://hal.inria.fr/dumas-01037889/document>
- [11] Organisation mondiale de la santé. Planification Familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Genève. 2011.
Disponible sur : www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/index.html
- [12] Inspection générale des affaires sociales. Aubin C, Jourdain-Menninger J, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Paris: La Documentation Française; 2009. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000049/0000.pdf>
- [13] Code de l'éducation. Article L312-16. 2003. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=67EB18A93C383A3D6F2361D8271E5EB7.tpdila08v_2?idArticle=LEGIARTI000032400741&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20170401
- [14] Bozon. Sociologie de la Sexualité. 3^{ème} édition. Paris : Armand Colin; 2013.
- [15] Bajos N., Ferrand M., et al. De la Contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues. Paris : INSERM; 2002.
- [16] Amsellem-Mainguy Y. Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. Santé L'homme : 2009. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/399/05.htm>
- [17] Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes. Livre blanc à destination des candidats à l'élection présidentielle 2017. Paris : Juillet 2016. Disponible sur demande : bureau@anesf.com

[18] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : 12 propositions pour la santé des femmes. Paris : Décembre 2016. Disponible sur : <http://fr.zone-secure.net/5372/260828/#page=1>

[19] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein. Paris : Avril 2017. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

Annexes

Annexe I : Questionnaire

Renseignements généraux

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Indiquez votre niveau d'étude
- 3) Indiquez votre filière d'étude
- 4) A quel régime de sécurité social appartenez-vous ?
 - Général
 - Etudiant
 - Aucun
 - Autre :
- 5) Avez-vous une mutuelle ?
 - Oui
 - Non
- 6) Vous sentez-vous en situation de précarité ?
 - Oui
 - Non

Historique de la contraception

- 7) Avez-vous déjà utilisé une contraception ? *
 - Oui
 - Non
- 8) Si oui, à quel âge avez-vous utilisé votre première contraception ?
- 9) Quel(s) moyen(s) de contraception avez-vous déjà utilisé ? (Plusieurs réponses possibles)
 - Retrait avant éjaculation
 - Calcul d'ovulation
 - Préservatif
 - Pilule
 - Cape

- Spermicide
- Implant
- Stérilet
- Autre :

10) Vous a-t-on prescrit une contraception d'urgence et expliqué son fonctionnement au moment de la prescription de votre contraception ?

- Oui
- Non

Connaissance en matière de physiologie de la reproduction

11) A quel moment du cycle peut se produire l'ovulation ?

- Pendant les règles
- A tout moment
- 15 jours après les règles
- 15 jours avant les prochaines règles

12) A quel moment du cycle peut-on tomber enceinte ?

- Pendant les règles
- A tout moment
- 15 jours après les règles
- 15 jours avant les prochaines règles

13) Quelle est la durée de vie d'un spermatozoïde dans le corps d'une femme ?

- 1 jour
- 3 jours
- 5 jours

Conscience du risque

14) Comment définissez-vous un "rapport à risque" ? (Plusieurs réponses possibles)

- Un rapport sexuel qui a eu lieu alors que vous n'aviez aucune contraception
- Un rapport sexuel qui a eu lieu avec un préservatif qui a « craqué » ou qui a été mal mis
- Un rapport sexuel qui a eu lieu après un oubli de pilule de moins de 12h
- Un rapport sexuel qui a eu lieu après un oubli de pilule de plus de 12h
- S'il y eu un rapport non protégé avec la technique du retrait
- Autre :

15) Dans le terme "rapport à risque", quels sont ces risques ?

Connaissance en matière de contraception d'urgence

16) Combien existe-t-il de contraception(s) d'urgence ?

- 1
- 2
- 3
- 4

17) Pouvez-vous la/les citer ?

18) Dans quel(s) cas pouvez-vous utiliser la contraception d'urgence ?

- Après un rapport sexuel non protégé
- Après un oubli de pilule, si vous avez eu un rapport sexuel dans les jours précédents
- Après un accident de préservatif
- Si échec du retrait avant éjaculation

19) Après le rapport sexuel « à risque », jusqu'à quel moment pouvez-vous prendre la pilule d'urgence ?

- 12h après
- 24h après
- 2 jours après
- 3 jours après
- 5 jours après
- 1 semaine après
- Autre :

20) J'ai une pilule d'urgence à la maison, je viens d'avoir un rapport sexuel à risque.

Je la prends :

- Tout de suite
- Dans 4 heures
- Pas avant le lendemain
- Dans 48 heures

21) Protège-t-elle des IST (infections sexuellement transmissibles) ?

- Oui
- Non

22)Après la prise de la pilule d'urgence, que faites-vous (plusieurs réponses possibles) ?

- Je continue ma contraception orale
- J'utilise un préservatif pendant 7 jours
- Je fais un test de grossesse dans les semaines suivant la prise
- Je fais un test de grossesse dans les jours suivant la prise
- Je ne fais rien de plus

23)J'ai pris la pilule du lendemain il y a 6 jours, et aujourd'hui j'ai à nouveau eu un rapport à risque. Je peux reprendre la pilule d'urgence ?

- Oui
- Non

La connaissance des structures délivrant la contraception et la contraception d'urgence

24)Qui peut faire une ordonnance de contraception d'urgence (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Un pharmacien
- Une infirmière scolaire
- Un médecin traitant
- Un(e) sage-femme
- Un(e) gynécologue

25)Pouvez-vous vous procurer la pilule d'urgence sans ordonnance ?

- Oui
- Non

26)Où peut-on se procurer la contraception d'urgence (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Chez un pharmacien
- Après d'une infirmière scolaire du centre de santé universitaire
- Dans un centre de planification familiale
- Autre :

27)Si vous aviez besoin de la pilule d'urgence, où iriez-vous la chercher ?

Information au collège ou lycée en matière de contraception et de contraception d'urgence

28) Avez-vous eu des séances d'éducation à la vie affective ?

- Oui
- Non

29) Si oui, combien d'heure(s) avez-vous eue(s) ?

30) Qui vous a déjà informée sur la contraception ?

- Parents
- Fratrie
- Centre de planification familiale
- Infirmière scolaire
- Scolarité (SVT, autre)
- Amis
- Médecin
- Sage-femme
- Médias
- Autre :

31) Vous a-t-on expliqué quand et comment utiliser la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

Réticences à utiliser la contraception d'urgence

32) Vous avez eu un rapport sexuel sans protection et vous connaissez la contraception d'urgence mais vous ne la prenez pas. Pour quelle(s) raison(s) ?

- Peur des effets secondaires
- Peur du regard des autres
- Peur de la stérilité
- Pas d'endroit pour se la procurer à proximité
- Pas conscience du risque de grossesse
- Influence de l'entourage
- Sans raisons particulières
- Je n'ai pas de réticences.
- Autre :

33) Quelqu'un dans votre entourage a besoin de prendre la contraception d'urgence.

Lui conseillez-vous ? Expliquez.

34) Vous en parlez avec :

- Personne
- Votre partenaire
- Vos parents
- Votre fratrie
- Vos ami(e)s
- Autre :

35) Vous allez la chercher :

- Seule
- Accompagnée
- J'envoie quelqu'un à ma place
- Autre :

Recours à la contraception d'urgence

36) Avez-vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

37) Si oui, comment vous êtes-vous sentie lors de la délivrance de la contraception d'urgence ?

- Très mal à l'aise
- Mal à l'aise
- Ni mal à l'aise ni à l'aise
- A l'aise
- Très à l'aise

38) Vous a-t-on déjà refusé de vous délivrer la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais eu recours à la contraception d'urgence

Annexe II : Informations transmises après réponse au questionnaire

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Vous trouverez ci-dessous des informations sur le sujet.

L'ovulation peut se produire à n'importe quel moment du cycle (sous l'effet du stress, de l'alimentation etc ...) et la durée de vie d'un spermatozoïde dans le corps d'une femme est d'au moins 5 jours, on peut donc tomber enceinte à n'importe quel moment du cycle (même pendant les règles).

Il existe trois formes de contraception d'urgence :

- La pilule d'urgence au lévonorgestrel 1,5mg, Norlevo®
- La pilule d'urgence à l'Acétate d'Ulipristal 30mg, Ellaone®
- Le dispositif intra utérin au Cuivre (DIU-Cu)

Ces différentes contraceptions d'urgence sont indiquées dans le cas d'un rapport sexuel non protégé, d'une rupture de préservatif, d'un oubli de pilule avec rapport sexuel non protégé dans les cinq jours précédant l'oubli, ou encore d'un décollement de patch.

Ellaone® et Norlevo® vont agir en inhibant ou reculant l'ovulation, tandis que le DIU au Cuivre va agir sur la fécondation et l'implantation par son action spermicide.

Norlevo® est efficace jusqu'à 72h suivant le rapport à risque ou l'oubli de pilule. La pilule d'urgence Norlevo est disponible sans ordonnance en pharmacie et est délivrée gratuitement en centre de planification familiale, service de médecine scolaire ou universitaire et pour les mineures en pharmacie.

Ellaone® et le DIU-Cu sont efficaces dans les 120 heures (5 jours) après le rapport à risque ou l'oubli de pilule. Ellaone® est aussi disponible sans ordonnance en pharmacie. Tandis que le DIU-Cu est soumis à prescription médicale (médecin ou sage-femme) et peut être posé par un médecin ou une sage-femme.

Les effets secondaires des pilules d'urgence peuvent être des vomissements, nausées, céphalées, fatigue, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire et spotting (saignements inopinés), règles avancées ou retardées de quelques jours. Il n'y a aucun effet sur la fertilité ultérieure même si prise multiple au cours d'un même cycle.

Après la prise de la pilule d'urgence, il faut continuer sa contraception (au moins 7j de comprimés actifs pour la pilule) et utiliser un préservatif pendant 7 jours. De plus, il faut faire un test de grossesse quelques semaines après la prise car la pilule d'urgence n'est pas aussi efficace qu'un moyen de contraception. La pilule d'urgence peut être prise plusieurs fois mais ne doit pas être utilisée comme un moyen de contraception.