

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

Delphine Rahib (delphine.rahib@santepubliquefrance.fr), Nathalie Lydié et le groupe Baromètre santé 2016*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Le groupe Baromètre santé 2016 était composé de Cécile Brouard, Arnaud Gautier, Frédérique Limousi, Nathalie Lydié, Delphine Rahib, Jean-Baptiste Richard.

Soumis le 05.06.2018 // Date of submission: 06.05.2018

Résumé // Abstract

L'accès à la contraception d'urgence (CU) a évolué depuis sa mise à disposition. Elle est désormais disponible sans ordonnance et sans restriction en pharmacie et auprès de nombreux professionnels de santé. Cet article vise à étudier le niveau et les facteurs associés à l'utilisation de la CU en France métropolitaine en 2016, suite à ces évolutions et à la reconfiguration du paysage de la contraception régulière observée depuis 2012.

En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois. Les femmes les plus jeunes, celles résidant en région parisienne et celles utilisant des méthodes de contraception hormonale dont l'efficacité dépend de la prise régulière (pilule, patch, anneau) sont celles qui utilisaient le plus cette méthode de rattrapage. Les indicateurs de prises de risques sexuels comme la déclaration d'une infection sexuellement transmissible, d'une grossesse non prévue ou d'un multipartenariat récent étaient également associés à une utilisation plus fréquente de la CU. Enfin, il existe un lien entre utilisation de la CU et les connaissances et perceptions. Les femmes ayant une bonne connaissance des délais de prise et celles qui percevaient la CU comme efficace déclaraient un recours plus fréquent.

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif, l'utilisation de la CU n'a pas progressé en France. De même, le profil des femmes qui y ont eu recours dans les 12 mois précédant l'enquête a peu évolué. La promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière doit être soutenue dans un contexte de stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesse.

Access to emergency contraception (EC) has evolved since it was made available. Today, it is accessible without prescription and restrictions in pharmacies and from many health professionals. This article aims to study the level and the factors associated with the use of emergency contraception in mainland France in 2016, based on those trends and those of regular contraception observed since 2012.

In 2016, 6.2% of women aged 15-49 at risk of unplanned pregnancy had used EC in the past 12 months. Women who mostly used this catch-up method were younger women, women living in the Paris area and those using hormonal contraception whose effectiveness depends on regular intake (pill, patch, ring). Risk factors related to risky sexual behaviors, such as the reporting of a sexually transmitted infection, an unplanned pregnancy, or recent multipartnership were also associated with a higher use of EC. Furthermore, knowledge and perceptions are related to the use of the EC. Women who have good knowledge on timing and a good perception of the efficacy of EC report its use more often.

Despite an easier access and significant changes in the contraceptive situation, the use of EC has not progressed in France. Similarly, the profile of women who used it in the 12 months preceding the survey has changed little. The promotion of emergency contraception as a supplement to regular contraception should be supported in a context of stable unplanned pregnancies and voluntary abortions.

Mots-clés : Contraception d'urgence, Déterminants, France métropolitaine, Baromètre santé

// **Keywords:** Emergency contraception, Determinants, Mainland France, Health Barometer

Introduction

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport non protégé : diverses circonstances peuvent exposer à un risque de grossesse non prévue. Dans ces situations, la contraception dite d'urgence (CU) constitue une solution de rattrapage qui permet de réduire

le risque de grossesse non planifiée. Communément appelée « pilule du lendemain ou du surlendemain », la contraception d'urgence hormonale se présente sous deux formes. Celle à base de lévonorgestrel a été autorisée à la vente en pharmacie, sans ordonnance, dès 1999, tandis que celle à base d'ulipristal acétate, qui offre une période d'efficacité

plus longue (120 heures contre 72 heures pour le lévonorgestrel), a été introduite sur le marché français l'année suivante. Cependant, jusqu'en 2015, la CU à l'ulipristal acétate n'était disponible que sur prescription médicale.

Le renforcement de l'accessibilité à la CU s'est accompagné d'un élargissement des professionnels autorisés à la délivrer, incluant désormais, au côté des pharmaciens (1999) et des infirmières scolaires (2000), les services de médecine universitaire (2012). Par ailleurs, depuis 2002, la loi impose aux pharmacies la délivrance gratuite des deux composés aux femmes mineures, sans vérification de leur identité (anonymat). En moins d'une génération, l'accès à la CU s'est donc élargi et en partie démedicalisé. Cela s'est traduit par une augmentation de son utilisation entre 2000 et 2005 mais, dès les premières années de sa disponibilité, des différences de recours ont été mises en évidence selon le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle¹. Sa diffusion s'est poursuivie jusqu'en 2010, en particulier parmi les moins de 30 ans chez lesquelles une augmentation des utilisations répétées a été documentée^{2,3}. Ces évolutions se sont opérées alors que l'utilisation de la pilule était en légère baisse au profit des nouvelles méthodes de contraception hormonales (implant, patch, anneau)⁴. À partir de 2012, les pratiques contraceptives se sont fortement modifiées suite à ce que l'on a appelé « la crise des pilules », consécutive à la plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une utilisatrice de pilule œstroprogestative de troisième génération en raison de la survenue d'un accident thromboembolique veineux. Immédiatement après cette crise, une baisse importante de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers les dispositifs intra-utérins (DIU) pour les femmes les plus diplômées et vers le préservatif pour les femmes sans diplôme ont été constatés⁵. Ces changements se sont poursuivis entre 2013 et 2016, en particulier parmi les femmes de 20-29 ans³.

Dans ce contexte, quel était le niveau d'utilisation de la CU en 2016 ? Quelles sont les femmes qui y avaient eu recours récemment ? L'enquête Baromètre santé 2016 a interrogé les femmes sur leur utilisation récente de la CU afin de répondre à ces questions.

Méthode

Les données sont issues de l'enquête Baromètre santé 2016, réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Réalisée entre le 8 janvier et le 1^{er} août 2016 auprès de 15 216 personnes, cette enquête avait pour objectif d'investiguer les connaissances, croyances et comportements concernant les maladies infectieuses et la santé sexuelle.

L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés avec génération aléatoire des numéros de téléphone fixes et mobiles et sélection au hasard d'un individu parmi les personnes éligibles.

Les données recueillies ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis calées, grâce à l'enquête emploi 2014 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : le sexe croisé par l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le fait de vivre seul.

Pour l'analyse de l'utilisation de la CU au cours des 12 derniers mois, ont été considérées les femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue, c'est-à-dire les femmes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes et non ménopausées au moment de l'enquête, ne déclarant pas utiliser une contraception définitive (ligature des trompes, micro-implants, hystérectomie, vasectomie du partenaire). Notre échantillon d'analyse était ainsi constitué de 3 395 femmes.

En cohérence avec les précédents travaux sur le sujet^{1,2,6,7}, plusieurs ensembles de variables ont été étudiés dans la recherche des facteurs associés à l'usage de la CU au cours des 12 derniers mois :

- des caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le niveau d'études, la taille de la commune de résidence, la situation professionnelle ;
- des variables sur les connaissances et la perception de la CU : la connaissance des délais de prise, l'efficacité perçue et le risque perçu pour la santé. Ces deux dernières dimensions ont été mesurées à partir d'une échelle de Likert allant de « très efficace/risquée pour la santé » à « pas du tout efficace/risquée pour la santé ». Les questions étaient : « Pour chacune des méthodes suivantes, pouvez-vous me dire si vous les trouvez tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout efficaces pour éviter une grossesse/risquées pour la santé ? » ;
- des informations liées à l'histoire relationnelle et sexuelle de la femme : le fait d'être en couple au moment de l'enquête, le nombre de partenaires, la survenue d'une grossesse non planifiée ou d'une infection sexuellement transmissible (IST). Ces trois derniers indicateurs ont été mesurés sur la période des 12 mois précédant l'enquête ;
- la méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête : en dehors des femmes ayant déclaré n'utiliser aucune méthode de contraception, les méthodes suivantes ont été distinguées : les pilules, le préservatif, les contraceptifs longue durée (LARC) regroupant les dispositifs et systèmes intra-utérins, les implants et les injections hormonales. L'anneau, les patchs et la CU utilisée comme contraception courante ont été regroupés dans la catégorie « autres méthodes hormonales » ; les méthodes naturelles, la cape, le diaphragme et les spermicides dans les « autres méthodes ». Les pilules ont été isolées des autres méthodes hormonales afin de prendre en compte un éventuel impact de la « crise des pilules » ;

- des variables relatives à l'accès aux soins, exprimé par le fait d'avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois et par la date de la dernière consultation gynécologique.

Les analyses bivariées ont été testées au moyen du test du Chi² de Pearson ; elles ont été complétées par des analyses multivariées prenant en compte les variables significativement associées à l'usage de la CU avec une p-value inférieure ou égale à 5%.

Résultats

En 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois (tableau 1). C'est parmi les femmes âgées de 15-19 ans qu'a été trouvée la proportion d'utilisatrices la plus élevée (21,4%). Puis la proportion diminuait rapidement avec l'âge, passant de 9,8% parmi les 20-24 ans à 5,2% parmi les 30-39 ans et à 1,5% parmi les 40-49 ans.

La majorité des utilisatrices (70,0%) n'ont eu recours à la CU qu'une seule fois dans l'année. Parmi celles y ayant eu recours plusieurs fois, les femmes les plus jeunes étaient les plus concernées : chez les moins de trente ans, une femme sur trois (33,6%) ayant eu recours à la CU au cours des 12 mois rapportait au moins deux épisodes de prise *versus* une femme sur cinq (22,0%) parmi les trente ans et plus.

Outre l'âge, la taille d'agglomération est une variable particulièrement discriminante (tableau 2). Les femmes habitant en région parisienne étaient quatre fois plus nombreuses à déclarer avoir utilisé la CU au cours des 12 derniers mois que celles résidant en dehors de l'Île-de-France. Parmi les autres variables sociodémographiques, il est à noter qu'aucune différence dans le recours à la CU n'a été observée selon le niveau d'études et selon la situation financière perçue, ni avec les variables caractérisant l'accès aux soins (renoncement aux soins et date de la dernière consultation gynécologique).

Le recours à la CU augmentait avec le nombre de partenaires déclarés au cours des 12 derniers mois et ce indépendamment des autres variables. Ainsi, la proportion de femmes ayant eu recours à la CU passait de 4,6% parmi les femmes monopartenaires à 14,8% pour celles ayant eu deux

partenaires et à 22,2% pour celles déclarant avoir eu trois partenaires ou plus. À caractéristiques socio-démographiques et d'activité sexuelle égales, le fait de déclarer avoir été confrontée à une grossesse non prévue ou à un épisode d'IST dans l'année précédant l'enquête multipliait par deux le recours à la CU (odds ratio ajusté, ORa=2,43 ; intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,31-4,48] et ORa=2,48 [1,13-5,46] respectivement). L'utilisation de la CU était également liée à la façon dont les femmes se protégeaient d'un risque de grossesse lors de leurs rapports sexuels au moment de l'enquête. Plus de 10% de celles déclarant utiliser la pilule ou une méthode hormonale comme l'anneau et le patch ont eu recours à la CU au cours des 12 derniers mois. À l'opposé, les femmes utilisant le préservatif comme méthode de contraception principale ainsi que celles déclarant n'utiliser aucune méthode contraceptive ont rapporté une moindre d'utilisation récente de la CU (respectivement 7,3% et 2,0%).

À caractéristiques sociodémographiques et d'activité sexuelle égales, il existe un lien entre utilisation de la CU et les connaissances et perceptions liées à celle-ci. Les femmes qui avaient une bonne connaissance des délais de prise et celles qui percevaient la CU comme efficace déclaraient un recours plus fréquent au cours des 12 mois précédant l'enquête (9,8% et 8,1% respectivement).

Discussion

En France, en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont utilisé la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage est plus élevé que celui observé au Royaume-Uni en 2012 (3,6%)⁷.

En France, c'est parmi les femmes de moins de 30 ans que le niveau d'utilisation est le plus important (11,5%) et il est stable depuis 2010 (11,0%)⁸. Les changements récents dans l'usage de la contraception chez les femmes de moins de 30 ans³ ne semblent pas avoir impacté les niveaux de recours aux solutions de rattrapage. La mise à disposition sans prescription en 2015 de la formule à l'ulipristal acétate, peu relayée médiatiquement, ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'utilisation contrairement à ce qui avait été observé entre 2000 et 2005 avec l'arrivée de la CU au levonorgestrel.

Tableau 1

Utilisation (en %) de la contraception d'urgence au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge des femmes. Baromètre santé 2016, France métropolitaine

Âge (ans)	15-19 N=155	20-24 N=375	25-29 N=504	30-39 N=1 165	40-49 N=1 196	Total N=3 395
Une seule fois	15,0	5,5	6,2	4,1	1,1	4,4
Plusieurs fois	6,4	4,3	2,5	1,1	0,3	1,8
Au moins une fois	21,4	9,8	8,7	5,2	1,5	6,2

Population d'étude : femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, ne déclarant pas une contraception définitive.

Tableau 2

Facteurs associés au recours à la contraception d'urgence (CU) au cours des douze mois précédant l'enquête. Baromètre santé 2016, France

	N	%	ORa	p	[IC95%]		N	%	ORa	p	[IC95%]
Âge (ans)						Grossesse non prévue au cours des 12 derniers mois					
15-19	155	21,4	2,63	**	1,38-5,03	Non	3 188	5,6	1		
20-24	375	9,8	1			Oui	207	13,8	2,43	**	1,31-4,48
25-29	504	8,7	0,88		0,43-1,78	p			***		
30-39	1 165	5,2	0,73		0,34-1,58	A eu une IST au cours des 12 derniers mois					
40-49	1 196	1,5	0,30	**	0,13-0,69	Non	3 330	5,9	1		
p		***				Oui	65	23,6	2,48	*	1,13-5,46
Niveau d'études						Méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête					
Sans diplôme	126	3,7				Pilule	543	13,9	1		
Inférieur au Bac	599	5,8				Préservatif	1 178	7,3	0,54	*	0,34-0,85
Bac ou équivalent	824	9,1				Autre méthode hormonale	30	14,6	0,49		0,16-1,47
Bac à Bac+3	1 074	4,8				LARC	1 040	2,3	0,27	***	0,14-0,50
Bac+4 ou plus	772	6,7				Autre	139	8,4	0,52		0,19-1,46
p						Aucune	465	2,0	0,27	**	0,10-0,72
Situation professionnelle						Délais d'efficacité déclaré pour la CU					
En emploi	2 470	4,6	0,90		0,43-1,88	Moins de 24h	1 783	3,9	0,58	**	0,38-0,88
Étudiant / apprenti	406	14,7	1			Entre 24h et 120h	1 518	9,8	1		
Chômage	323	6,8	1,11		0,50-2,48	Plus de 120h / Ne sait pas	94	0,6	0,12	*	0,01-0,96
Inactif	166	3,8	1,05		0,35-3,12	p			***		
Autre	30	1,8	0,56		0,08-3,98	Efficacité perçue de la CU					
p		***				Bonne	2 421	8,1	1		
Taille d'agglomération						Risque perçu de la CU					
Moins de 100 000 habitants	1 805	3,8	1			Mauvaise	690	2,5	4,00	***	2,10-7,63
Plus de 100 000 habitants	962	5,1	1,12		0,69-1,83	Ne sait pas	284	0,3	0,11		0,01-1,50
Région parisienne	628	15,0	4,11	***	2,61-6,48	p			***		
p		***				Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois					
Revenu perçu						Date de la dernière consultation gynécologique					
À l'aise / ça va	2 044	6,4				Moins d'un an	2 280	6,5			
C'est juste	839	5,9				Plus d'un an	1 078	5,2			
Difficultés / dettes	510	6,3				Jamais	37	15,5			
p						p					
En couple au moment de l'enquête						Renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois					
Oui	2 381	1,1	1			Oui	672	6,6			
Non	1 014	10,9	0,87		0,52-1,44	Non	2 723	6,1			
p		***				p					
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois						Date de la dernière consultation gynécologique					
1	3 018	4,6	1			Moins d'un an	2 280	6,5			
2	211	14,8	1,76		0,92-3,36	Plus d'un an	1 078	5,2			
3 ou +	166	22,2	3,41	***	1,88-6,19	Jamais	37	15,5			
p		***				p					

Population d'étude : femmes ayant eu un rapport sexuel avec un homme au cours des 12 derniers mois, non enceintes, non ménopausées, n'utilisant pas une contraception définitive au moment de l'enquête.

Lecture : à caractéristiques sociodémographiques et d'activité sexuelle égales, le fait de déclarer une grossesse non prévue dans l'année précédant l'enquête multiplie par 2,43 [1,31-4,48] le recours à la CU.

LARC : contraceptif à action longue tel que dispositif et système intra-utérin, implant, injections.

Seules les p values significatives ont été indiquées : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Cette stabilité se retrouve à travers les chiffres de ventes : plus d'un million de « pilules du lendemain » et « du surlendemain » sont vendues chaque année depuis 2005, un chiffre qui était même en légère baisse entre 2013 et 2015⁹.

Cet accès semble demeurer inégal si on considère le moindre recours à la CU des femmes qui résident hors de la région parisienne. L'association entre recours à la CU et milieu de résidence a été observée dans d'autres analyses sur des données françaises¹. Elle demeure en 2016, malgré la possibilité donnée à d'autres structures (comme les services de médecine universitaire) de la dispenser. Même si l'accessibilité est meilleure, il est probable que d'autres freins persistent, comme les problèmes de confidentialité que peuvent rencontrer des jeunes dans des zones rurales ou la difficulté de s'adresser à un pharmacien ou à l'infirmière scolaire dont le jeune peut craindre le jugement¹⁰.

Plus que les facteurs sociodémographiques, ce sont les comportements sexuels et contraceptifs des femmes qui influencent le recours à la CU. Les femmes qui ont déclaré le plus avoir recouru à la CU sont les utilisatrices de méthodes hormonales dont l'efficacité dépend des modalités de prises (pilule, patch, anneau). Toutefois, les données du Baromètre santé 2016 ne permettent pas de déterminer si la prise de CU est consécutive à un problème d'utilisation (un oubli de pilule par exemple) ou si elle a précédé l'adoption de ces méthodes de contraception en remplacement d'une autre. Les liens entre l'utilisation de la CU et la méthode de contraception utilisée au moment de l'enquête doivent donc être interprétés avec prudence. L'enquête montre néanmoins que le taux d'utilisation parmi les utilisatrices de pilule, qui était de 4,9% en 2004¹, est passé à 13,9% en 2016. Le niveau d'utilisation est également élevé parmi les femmes qui utilisent le préservatif comme méthode principale (7,3%), tout en restant inférieur à celui observé parmi les femmes utilisant une pilule. On peut faire l'hypothèse que les discussions et l'information réalisées ces dernières années et, en particulier, la médiatisation de la crise des pilules, ont contribué à sensibiliser les utilisatrices de pilule à la conduite à tenir en cas de mésusage. Par ailleurs, l'utilisation de la CU parmi les femmes sous contraception hormonale pourrait s'expliquer par une plus grande facilité à identifier un oubli ou une erreur de manipulation, et donc un risque potentiel de grossesse, qu'avec des méthodes traditionnelles par exemple. L'hypothèse d'un meilleur recours aux méthodes de rattrapage parmi les personnes en capacité d'identifier ce risque est appuyée par le fait que, comme constaté au Royaume-Uni⁷, les personnes ayant effectivement connu un événement indésirable lié à la sexualité au cours des douze derniers mois (grossesse non prévue ou IST) sont également plus utilisatrices de la CU. Cependant, l'identification d'un risque de grossesse est insuffisant si on considère qu'en France, parmi les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG), neuf sur dix n'ont pas utilisé la CU car elles n'ont

pas identifié ce risque¹¹. Par ailleurs, il est intéressant de noter que si le taux d'utilisation de la CU est le plus important parmi les femmes de moins de 20 ans, c'est parmi celles de 20-24 ans que le taux d'IVG est le plus élevé (26 pour 1 000)¹².

Une mauvaise estimation de la fenêtre d'efficacité de la CU impacte également directement l'usage qui en est fait. Les femmes qui sous-estiment ce délai y ont moins recours. Que la méconnaissance de ce délai freine son utilisation ou que le recours à la CU ait été l'occasion d'un accès à une information spécifique permettant d'améliorer le niveau de connaissance des utilisatrices, ces données traduisent un défaut d'information qu'il est nécessaire d'améliorer. Cette relation n'est pas retrouvée lorsqu'on considère le niveau de risque perçue de la CU, montrant l'importance des informations relatives aux conditions d'accès et d'utilisation de ce composé.

Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif ces 15 dernières années, l'utilisation de la CU n'a pas progressé en France. De même, le profil des femmes qui y ont eu recours dans les 12 mois précédant l'enquête a peu évolué. La promotion de la CU comme complément à une contraception régulière doit être soutenue au regard de la stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'IVG. Les données du Baromètre santé 2016 montrent que cette promotion doit s'accompagner d'une information sur les délais d'utilisation et sur l'efficacité de cet outil. Des travaux complémentaires semblent cependant nécessaires pour identifier les freins et les leviers à l'identification des situations à risque de grossesse afin de favoriser l'utilisation de la contraception d'urgence, une méthode de rattrapage sûre, accessible et efficace. ■

Références

- [1] Moreau C, Trussell J, Bajos N. The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Contraception*. 2006;74(6):476-82.
- [2] Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *Contraception*. 2006;73(6):602-8.
- [3] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 8 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [4] Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C ; l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population et Sociétés*. 2012; (492):1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques>
- [5] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C ; l'équipe Fecond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Sociétés*. 2014;(511):1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif>

[6] Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N; Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006;74(3):208-13.

[7] Black K, Geary R, French R, Leefe N, Mercer CH, Glasier A, et al. Trends in the use of emergency contraception in Britain: evidence from the second and third National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BJOG*. 2016;123(10):1600-7.

[8] Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. In *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis: Inpes; 2013. p. 145-54. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

[9] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études & Résultats (Drees)*. 2016;(968):1-6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>

[10] Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. Thèse de sociologie. Université René Descartes-Paris V; 2007.

[11] Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2011;(1):116-47.

[12] Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Études & Résultats (Drees)*. 2017;(1013):1-6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/211-900-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2016>

Citer cet article

Rahib D, Lydié N ; le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2018;(29):590-5. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_1.html

ARTICLE // Article

IMPACT DE LA RÉÉDUCATION À LA PHASE SUBAIGUË D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EN FRANCE EN 2016

// IMPACT OF REHABILITATION AT THE SUB-ACUTE PHASE OF STROKE IN FRANCE IN 2016

Alexis Schnitzler^{1,2} (alexis.schnitzler@aphp.fr), Marie Erbaul¹, Agnès Solomiac¹, Damien Sainte-Croix¹, Laetitia May-Michelangeli¹, Catherine Grenier¹

¹ Haute Autorité de santé, La Plaine Saint-Denis, France

² Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Équipe de recherche HandiResp – EA4047, France

Soumis le 09.05.2018 // Date of submission: 05.09.2018

Résumé // Abstract

Introduction – À la phase subaiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC), la prise en charge rééducative multidisciplinaire vise à récupérer ou compenser des limitations d'activité. Le but de cette étude était de déterminer si son intensité avait un effet sur l'amélioration fonctionnelle.

Méthode – Les patients hospitalisés en soin de suite et de réadaptation (SSR) pour AVC (codes CIM10 I60 à I64, à l'exception d'I63.6) au cours des huit premiers mois de l'année 2016 ont été sélectionnés dans le PMSI-SSR. La durée quotidienne de rééducation et son impact fonctionnel ont été obtenus dans le PMSI-SSR. Trois analyses multivariées ont été réalisées pour analyser les facteurs liés à un meilleur pronostic (présentés sous la forme d'odds ratios -OR- avec intervalle de confiance -IC95%-).

Résultats – La population d'étude comptait 12 122 patients, d'âge médian 76 ans. La durée médiane (DM) du séjour était de 56 jours et la DM de rééducation par jour de 90 minutes. En analyse multivariée, une durée de rééducation entre 90 et 120 minutes par jour (contre moins de 30 minutes) conduisait à une probabilité plus grande de gain d'autonomie, de faible dépendance et de sortie à domicile à l'issue de l'hospitalisation (OR respectivement de 1,87 [1,56-2,22], 1,88 [1,51-2,33] et 2,02 [1,65-2,46]).

Conclusion – Cette étude a montré le probable impact fonctionnel de l'intensité de la rééducation à la phase subaiguë d'un AVC. La portée de cette étude rétrospective reste limitée par le fait que les patients les plus enclins à progresser ont possiblement bénéficié d'une rééducation plus intense.

Introduction – During the sub-acute phase of stroke, multidisciplinary rehabilitation aims to recover or to compensate for activity limitations. The purpose of this study was to determine whether its intensity had an effect on functional improvement.

Method – Patients hospitalized for stroke in post-acute care and rehabilitation (ICD-10 codes I60 to I64 – except for I63.6-) in the first eight months of 2016 were selected in the PMSI-SSR (the French national hospital discharge database). Rehabilitation intensity and functional status were determined from the PMSI SSR database. Three multivariate analyzes were performed to analyze factors related to a better prognosis (presented in the form odds ratios OR– with a confidence interval –CI95%).