

La contraception gratuite chez les femmes de moins de 25 ans a - t- elle un impact sur la pratique d'interruption volontaire de grossesse ?

Travail de Bachelor

LOZERON Fiona

N° matricule : 20870093

MUSY Mathilde

N° matricule : 18324921

Directeur/Directrice : Jessica Sormani – PA-PTC

Membre(s) du jury : Angela Walder-Lamas – Experte de terrain
Caterina Montagnoli – Assistante HES

Septembre, 2023

Filière sage-femme
Haute école de santé de Genève

Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

Genève, le 14 août 2023,
Musy Mathilde et Lozeron Fiona

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues et aidées dans la rédaction de notre travail de Bachelor.

Jessica Sormani, notre directrice de mémoire, pour sa patience, ses conseils, ses nombreuses corrections et ses encouragements bienveillants tout au long de cette années.

Angela Walder, notre experte de terrain, pour sa disponibilité, son expertise, et sa bienveillance accordée lors de notre rencontre.

Caterina Montagnoli, notre experte enseignante, pour son aide dans l'élaboration de notre question de recherche, sa lecture et correction de notre travail.

Les bibliothécaires, pour leur aide précieuse dans la recherche de littérature.

Nos camarades de BA20, pour leur participation à la construction de notre identité professionnelle et ces belles années passées ensembles.

Lisa, Romane et Rachel, merci pour cette relation si précieuse, qui nous a permis de nous épanouir pleinement dans notre formation.

Nous remercions plus particulièrement **nos familles et amis** pour leur soutien inconditionnel, leurs relectures et corrections.

Finalement, nous souhaiterions nous remercier mutuellement, pour la tolérance, la patience et l'amour qui ont été les piliers de ce travail.

Résumé

Introduction : L'avortement est encore aujourd'hui, un problème majeur de santé publique. Ces derniers mettent en péril la santé des femmes. De plus, les grossesses jeunes sont plus à risques de problèmes de santé physiques et mentales. En Suisse, la contraception n'est pas remboursée par l'assurance de base (LAMal). Cette dernière est l'un des facteurs protecteurs des grossesses indésirées et par conséquent des avortements.

Objectif : Ce travail a pour but, d'étudier l'impact d'une contraception gratuite chez les femmes de moins de 25 ans sur la pratique d'interruption volontaire de grossesse.

Méthode : Cette revue de la littérature a été réalisée avec les moteurs de recherche CINAHL et PubMed. Cinq articles ont été retenus pour leur pertinence avec la question de recherche, puis ont été analysés et discutés.

Résultats : Les résultats de nos cinq articles montrent qu'une contraception gratuite augmente l'initiation aux contraceptions, plus particulièrement chez les jeunes de moins de 25 ans. Cela induit une baisse du taux d'avortement dans la population générale et principalement dans la population cible. Les femmes vont majoritairement choisir des contraceptions à longue durée d'action (LARC) lorsque toutes les contraceptions sont proposées. Une promotion de qualité prodiguée par des professionnels formés en santé sexuelle augmente également l'initiation aux contraceptifs.

Conclusion : Un modèle de contraception gratuite a un impact positif sur la diminution du taux d'interruption volontaire de grossesse. Cependant, la littérature montre que cette diminution est multifactorielle. En effet, l'élaboration d'un modèle de contraceptions gratuites devrait inclure l'éducation sexuelle, un lieu de distribution adapté, des informations de qualité, du personnel formé en santé sexuelle et un suivi pour permettre une diminution plus importante du taux d'interruption de grossesse.

Mots-clés : contraception gratuite, interruption volontaire de grossesse, santé sexuelle, prévention et promotion de la santé

Abstract

Introduction: Abortion is still a major public health problem today as it jeopardizes women's health. In addition, young pregnancies are at greater risk of physical and mental health problems. In Switzerland, contraception is not reimbursed by the basic insurance (LAMal) although it is one of the protective factors of unwanted pregnancies and consequently abortions.

Aim: This essay aims to study the impact of free contraception for women under 25 through the practice of voluntary termination of pregnancy.

Method: This literature review was conducted with the search engines CINAHL and PubMed. Five articles were selected for their relevance to the research question and were then analyzed and discussed.

Results: The results of our five articles show that free contraception increases contraceptive initiation, especially among young people under 25 years of age. This leads to a decrease in the abortion rate in the general population and mainly in the target population. Women will mostly choose long-acting contraception (LARC) when all contraception is offered. Quality promotion done by trained sexual health professionals also increases contraceptive initiation.

Conclusion: A free contraception model has a positive impact on decreasing the rate of abortion. However, the literature shows that this decrease is multifactorial. Indeed, the development of a model of free contraception should include sex education, an appropriate distribution site, quality information, trained personnel in sexual health and follow-up to allow a greater decrease in the rate of termination of pregnancy.

Key word : free contraception, voluntary termination of pregnancy, sexual health, prevention and health promotion

Lexique

CC = Code civil

CI = Intervalle de confiance

COC = Contraception orale combinée

CNRTL = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CP = Code pénal

DIU = Dispositif intra-utérin

DFI = Département fédéral de l'intérieur

HAS = Haute autorité de santé

HUG = Hôpitaux universitaires Genève

IC = Intervalle de confiance

ICM = Confédération internationale des sages-femmes

IP = Indice de Pearl

IST = Infection sexuellement transmissible

ITG = Interruption thérapeutique de grossesse

IVG = Interruption volontaire de grossesse

LARC = Long-acting reversible contraception (contraception réversible à longue durée d'action)

MAMA = Méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée

NLM = National library of medicine

NS = Non significatif

OFS = Office fédérale de la statistique

OFSP = Office fédéral de la santé publique

OMS = Organisation mondiale de la santé

RR = Rate ratio

SA = Semaine d'aménorrhée

SARC = Short-acting reversible contraception (contraception réversible à courte durée d'action)

UDC = Union démocratique du centre

USA = United State of America

USSPF = Unité de santé sexuelle et planning familial

Tables des matières :

Déclaration sur l'honneur	2
Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	5
Lexique	6
1. Questionnement professionnel	9
2. Cadre de référence théorique	11
2.1 Contraception	11
2.1.1 Définition de la contraception	11
2.1.2 Les différentes méthodes de contraception	11
2.1.3 Efficacité des méthodes de contraception : Indice de Pearl.....	15
2.1.4 Accès à la contraception et recommandations	16
2.2 Grossesse non désirée et Interruption volontaire de grossesse	19
2.2.1 Définition de l'IVG	19
2.2.2 IVG méthode médicamenteuse	19
2.2.3 IVG méthode chirurgicale	20
2.2.4 Interruption thérapeutique de grossesse (ITG).....	20
2.2.5 Autres techniques d'IVG hors hospitalier et non conformes aux normes sanitaires.....	21
2.2.6 L'accès à l'IVG et recommandations	22
2.2.7 Prise en charge financière et coûts des IVG	23
2.2.8 Rôle sage-femme et éthique.....	24
2.2.9 Population mineure	25
3. Problématique	26
4. Méthodologie de recherche de la littérature.....	27
4.1 Les banques de données	27
4.2 Tableau PICO et mots-clefs	28
4.3 Combinaison des mots-clés et articles trouvés	29
4.4 Limites et contraintes de la recherche d'articles	30
4.5 Critères d'inclusion exclusion	31
4.6 Les références des cinq études	31
5. Tableaux de présentation des articles	32
6. Articulation des résultats par thématique	37
6.1 Population cible	37
6.1.1 Les différentes tranches d'âges	37
6.1.2 Les différences socio-économiques	37
6.1.3 Les variations des remboursements selon le système sanitaire national	38
6.2 Les contraceptifs fournis.....	38
6.2.1 Les méthodes contraceptives	38
6.2.2 Le choix des femmes dans leur méthode contraceptive	39

6.3 Impact sur le taux d'IVG	40
6.3.1 Selon l'âge de la population.....	40
6.3.2 Selon la contraception	40
6.3.3 Selon le lieux.....	41
6.3.4 L'impact du temps sur la contraception et l'IVG	41
6.4 Méthodologie des interventions.....	42
6.4.1 Lieux de la distribution de la contraception	42
6.4.3 Promotion et distribution de la contraception	43
6.4.4 Suivi et vécu des patientes	43
7. Discussion	44
7.1 La population cible.....	44
7.1.1 Les différentes tranches d'âge & niveaux socio-économiques	44
7.2 Les contraceptifs fournis.....	44
7.2.1 Les méthodes gratuites et le choix des femmes	44
7.2.2 Les contraceptifs les plus adaptés aux moins de 25ans	45
7.3 L'impact sur le taux d'IVG.....	45
7.3.1 Selon la population	45
7.3.2 Selon la contraception	46
7.3.3 Selon le lieu.....	46
7.4 Méthodologie des interventions.....	47
7.4.1 La promotion la plus efficiente	47
7.4.2 L'importance du suivi :	48
7.4.3 Homogénéisation des registres du taux d'IVG	48
7.5 Forces et limites.....	49
7.5.1 Originalité de la problématique	49
7.5.2 Les articles sélectionnés.....	50
7.5.3 Les principes éthique de Beauchamp & Childress	50
7.6 Perspectives	51
8. Retour dans la pratique	52
8.1 Cours sur la contraception.....	52
8.2 Consultation 6 semaines post-partum	54
8.3 Pétition	54
9. Conclusion.....	56
Bibliographie :	58

1. Questionnement professionnel

Dans le monde, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas accessible et légalisée partout. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1), 25 millions d'avortements non sécurisés ont eu lieu entre 2010 et 2014 dans le monde, plus particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les avortements non sécurisés regroupent les interventions pratiquées par du personnels non qualifié et/ou dans des lieux non conformes aux normes médicales (1). Ces derniers mettent en péril la santé des femmes. Chaque année 50'000 femmes décèdent après y avoir eu recours (2).

En Europe, il existe des pays où l'avortement n'est pas encore dépénalisé, c'est le cas en Pologne où l'avortement est uniquement autorisé lorsque la santé de la femme est menacée (3).

En Suisse, l'avortement est toujours inscrit dans le code pénal et n'est donc pas dépénalisé. C'est seulement à partir de 2002, que le code pénal a été modifié pour que la femme puisse avoir recours à un avortement pour des raisons personnelles avant la 12^{ème} semaine de grossesse. Après ce délai, il lui faudra un motif médical pour interrompre sa grossesse. Le taux d'IVG en Suisse est bas en comparaison internationale. Il s'élevait à 6.9 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans en 2022 (4). Toutefois, une légère recrudescence de ce taux est notable depuis 2017 (6.2/1000 femmes) (4). Cependant, chez les adolescentes de 15-19 ans le taux est en diminution depuis 2007, avec un taux de 3,4/1000 femmes en 2022. Sur le nombre total d'avortement en 2022, la population la plus touchée par les IVG concerne des femmes de 30-34 ans (24%), suivi par les femmes de 25-29 ans (22%), puis les femmes de 20-24 ans (18%). La population des femmes de moins de 19 ans est la moins touchée avec moins de 6% du taux total d'IVG en Suisse en 2022 (5).

De surcroît, quel est le nombre de grossesses indésirées qui n'aboutissent pas à un avortement et qui ne sont pas représentées dans ces données ? Grossesse non désirée et interruption volontaire de grossesse sont encore trop souvent associés. En effet, une femme pourrait ne pas interrompre sa grossesse pour des raisons de croyance, de religion ou par pression sociale et familiale. C'est une donnée qui est peu prise en compte et l'accès à une contraception pourrait certainement avoir un impact sur les grossesses non désirées. En effet, l'agence des nations unies pour la

santé sexuelle et reproductive (UNFPA) (6) a annoncé dans un rapport de 2022 que 60% des grossesses indésirées dans le monde menait à un avortement. Il resterait donc 40% de ces grossesses qui arriveraient à terme ou entraîneraient un décès maternel (6).

L'accès à la contraception gratuite est un sujet d'actualité de santé publique. Dans le monde, en 2019, sur 1.9 milliard de femmes en âge de procréer, 842 millions avaient accès à une contraception et 270 millions n'y avaient pas accès alors qu'elles en auraient eu besoin (7). La contraception est également introduite dans les objectifs de développement durable 3 et 5 émis par l'OMS, respectivement pour la « Bonne santé et bien-être » (8) et « Égalité entre les sexes » (9) à atteindre pour 2030.

L'Atlas européen de la contraception classe la Suisse à la même échelle que l'Italie ou la Turquie (10). La Suisse est bien notée concernant l'accès à l'information et aux conseils, mais est mal notée concernant les aspects de financement des moyens de contraception, et se trouve derrière la Belgique, la France et l'Angleterre qui proposent différents remboursements de la contraception (10).

Certains pays européens ont déjà adopté un système de contraception gratuite majoritairement destiné aux femmes de moins de 25 ans, comme la France, la Belgique et l'Angleterre (10). Nous avons pu constater que des projets de loi suisse ayant pour but de favoriser l'accès aux moyens de contraception pour les jeunes en Suisse ont déjà été proposés, mais n'ont jamais été acceptés (11).

Nous nous sommes intéressées à cette thématique car celle-ci fait partie à part entière des compétences sage-femme, qui « s'engagent dans des programmes de promotion de la santé et de prévention adaptés à la femme, l'enfant, l'adolescent et la famille en tenant compte de l'environnement de vie et des spécificités de chacun » (12).

Nous sommes sensibles à l'accessibilité à la contraception. Nous avons eu l'occasion d'être confrontées lors de nos différents stages, à des femmes, qui par manque de moyens n'étaient pas libres de choisir la contraception qui leur correspondait le mieux. De plus, nous avons rencontré des jeunes femmes, qui après un avortement ne souhaitaient pas de contraception, par manque de moyens, et par peur de demander de l'aide à leurs parents et aborder le sujet de la sexualité

avec eux. L'accès à la contraception est encore inégalitaire et discriminante en Suisse (13) alors que la gratuité de la contraception permettrait à toutes de choisir celle qui leur correspond, afin d'éviter une contraception mal ou peu utilisée et diminuer les risques de grossesses indésirées (14).

Au vu des différents éléments développés ci-dessus, nous avons trouvé intéressant, pertinent et nécessaire d'investiguer ce sujet qui nous tient à cœur, nous touche dans notre positionnement de future sage-femme et dans notre engagement dans la santé sexuelle.

2. Cadre de référence théorique

2.1 Contraception

2.1.1 Définition de la contraception

Histologiquement le mot contraception est formé du préfixe contra- qui veut dire « contre » et de - ception « conception ». La contraception est définie comme « l'emploi volontaire de moyens ou de techniques (par la femme ou par l'homme) pour empêcher que les rapports sexuels n'entraînent une grossesse » (15).

Selon l'OMS (16), la contraception permet de réduire le nombre de grossesses non désirées et ainsi diminuer les maladies et les décès maternelles liés à la grossesse. De plus, elle joue un rôle de protection contre la transmission du VIH maternel aux nouveau-nés, elle permet aux femmes de travailler, de participer plus activement à la société et permet aux jeunes filles de bénéficier d'une éducation (16).

2.1.2 Les différentes méthodes de contraception

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (17), Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour que la femme puisse choisir la contraception qui lui correspond le mieux. Il est nécessaire de l'écouter, de définir ses besoins, investiguer ses représentations et de lui donner l'information concernant le mécanisme d'action de la contraception, son mode d'emploi, son efficacité, ses contre-indications, ses avantages, ses risques et effets indésirables possibles, son coût, son remboursement et ce qui lui restera à charge. Le choix dépendra aussi des contre-indications personnelles de la femme (17).

i. Méthodes naturelles

Il existe différentes méthodes dites « naturelles », ces dernières demandent à la femme d'être attentive à des signes et symptômes de périodes fertiles et infertiles du cycle menstruel et ainsi éviter les rapports ou se protéger pendant les périodes de fertilité, comme la symptothermie (18). Il existe aussi la méthode du « retrait », nommée coït interrompu, qui consiste à l'homme à se retirer du vagin avant d'éjaculer, cette méthode est peu fiable (19).

ii. Méthodes hormonales

a) Oestroprogestatifs

Les contraceptifs hormonaux, oestroprogestatifs (œstrogène et progestérone) se présentent sous trois formes : pilule, anneau ou patch (17). Les oestroprogestatifs ont trois méthodes d'action : ils inhibent l'ovulation, épaississent la glaire cervicale ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col utérin et modifient l'endomètre qui devient impropre à la nidation de l'embryon (20).

Les principales contre-indications aux oestroprogestatifs sont les risques thromboemboliques veineux ou artériels personnels ou familiaux. De plus, d'autres facteurs de risques sont à prendre en compte : "immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, hypertension, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine" (21).

Il existe trois méthodes de contraception oestroprogestatives :

A. La pilule aussi nommée COC (contraception orale combinée) est un comprimé à prendre chaque jour à la même heure. La majorité des pilules se prennent pendant 21 jours, avec une pause de 7 jours. Certaines pilules se prennent en continu, sans pause (22).

B. L'anneau vaginal est un anneau de 54 mm de diamètre en vinylacétate souple qui contient les deux hormones. Il se place dans le vagin pendant 3 semaines, puis est retiré pendant 1 semaine. Ensuite, il faut mettre un nouvel anneau et recommencer le processus (23).

C. Le patch transdermique est un patch autocollant de 4,5 cm de côté contenant les deux hormones. Il se colle pendant 3 semaines sur les fesses, le bas-ventre, le dos ou le haut du bras, puis il doit être enlevé pendant 1 semaine. Ensuite, il faut mettre un nouveau patch et recommencer le processus (24).

b) Progestatifs

Les contraceptifs progestatifs peuvent être sous forme de pilule, d'implant, de dispositif intra-utérin (DIU) ou d'injection trimestrielle. La progestérone permet l'épaississement de la glaire cervicale qui empêche le passage des spermatozoïdes, diminue la motilité tubaire et modifie l'endomètre qui devient impropre à la nidation de l'embryon (20).

En comparaison aux contraceptifs oestroprogestatifs, les contraceptions progestatives sont à favoriser lors de facteurs de risques thrombo-emboliques, car le danger est lié à l'œstrogène et non à la progestérone (21).

Il existe quatre méthodes de contraception progestatives :

A. La pilule progestative aussi nommée minipilule, est un comprimé à prendre chaque jour, sans pause entre les plaquettes (25).

B. L'implant sous-cutané est un contraceptif à longue durée d'action (LARC). C'est un bâtonnet de 4 cm de longueur en matière synthétique qui diffuse la progestérone en petites quantités. Il est mis sous la peau sous anesthésie locale par un médecin, sa durée d'utilisation est de 3 ans, il peut être retiré avant si la femme le souhaite (26).

C. Le stérilet ou DIU hormonal est un contraceptif LARC, c'est un dispositif en plastique souple en forme de T qui se place par le médecin dans l'utérus, qui contient de la progestérone qui se diffuse localement. Il est efficace 3 à 5 ans selon le modèle, il peut être retiré à tout moment si la femme le souhaite (27).

D. L'injection hormonale trimestrielle est une injection d'acétate de médroxyprogestérone en intramusculaire, qui se réitère chaque 3 mois. Cette méthode devrait être limitée au cas où il n'existe pas d'autres méthodes contraceptives adaptées à la femme. De plus, sur le long terme, cette méthode

augmente les risques de thrombose veineuse, de diminution de la densité minérale osseuse et de prise de poids (17).

iii. Méthodes mécaniques

Il existe différentes méthodes mécaniques :

A. Le DIU en cuivre est la seule LARC sans hormone. C'est un stérilet qui est entouré par un fil de cuivre, qui se place par le médecin dans l'utérus. Le cuivre a un effet toxique sur les spermatozoïdes, empêchant la fécondation. De plus, il provoque une réaction inflammatoire de l'endomètre qui devient impropre à la nidation de l'ovule (20).

B. Le préservatif masculin, aussi nommé externe, c'est une méthode mécanique de contraception. Il a une forme d'étui mince et souple, il est majoritairement en latex, mais peut aussi être en matière synthétique. Sa forme s'adapte au pénis, le sperme sera retenu mécaniquement et ne pourra pas rentrer à l'intérieur du vagin (20). Son avantage est sa protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), il peut être utilisé avec une autre méthode contraceptive dans ce but de protection.

C. Il existe une version du préservatif, dite "féminin" aussi nommé préservatif interne. Il est en matière synthétique, il a un anneau à chaque extrémité, l'anneau interne est introduit dans le fond vagin et l'anneau externe se place sur la vulve (28). Il protège également des IST.

D. Le diaphragme est une demi-sphère en caoutchouc ou en silicone qui s'insère au fond du vagin. Il a une action mécanique en recouvrant le col. Il doit être utilisé avec un spermicide pour être efficace. Le spermicide a une action chimique qui détruit les spermatozoïdes (29).

E. La stérilisation masculine est la vasectomie. L'intervention est pratiquée en ambulatoire sous anesthésie locale. Le principe est de ligaturer les canaux déférents des testicules, ce qui permet à l'éjaculat de ne plus contenir de spermatozoïdes (30).

F. La stérilisation féminine est la ligature des trompes. L'intervention est chirurgicale, généralement sous anesthésie générale, la femme doit être hospitalisée pendant 1 à 3 jours (31).

G. Il existe des méthodes de contraceptions masculines, elles sont encore peu accessibles en Suisse (excepté le préservatif). Une des méthodes est la contraception masculine thermique, dont le but est d'augmenter la température des testicules et ainsi diminuer la production de spermatozoïdes. Cette méthode existe sous plusieurs formes : sous-vêtements spécifiques, anneau thermique ou compresse thermique. D'autres moyens hormonaux sont en cours d'études (32).

iv. Contraception d'urgence

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence : la contraception d'urgence hormonale et le DIU en cuivre. Le DIU doit être posé dans les cinq jours suivant le rapport sexuel à risque. La contraception hormonale progestative d'urgence, aussi appelé « pilule du lendemain » est un comprimé oral (33). Il existe deux sortes de pilules, la première est la Norlevo® à prendre le plus tôt possible et au maximum dans les 72h après le rapport sexuel à risque. La deuxième est la EllaOne® qui peut être prise dans les 120h après le rapport à risque (34).

v. Contraception au post-partum

Il existe plusieurs contraceptions recommandées en post-partum. La première contraception est une méthode naturelle : la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA), elle suit un protocole strict. En effet, il est essentiel que la mère allaite exclusivement, six à dix tétées par jour, avec pas plus de 6h entre deux alimentations la nuit et 4h le jour. De plus, il faut qu'il y ait une absence de règles (35). Les contraceptifs oestroprogestatifs sont déconseillés en post-partum, pour leur risque thrombo-embolique et l'action inhibitrice de la lactation. Il est recommandé de favoriser les contraceptifs progestatifs comme la pilule, l'implant ou l'injection trimestrielle. Les DIU sont à éviter avant 6 semaine post-partum pour les risques de rejets et d'infections (35).

2.1.3 Efficacité des méthodes de contraception : Indice de Pearl

L'efficacité de la méthode de contraception est mesurée par l'indice de Pearl (IP), qui représente le nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la méthode

contraceptive pendant 1 an. « Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit : très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes) ; efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes) ; modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes) ; moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes) » (7). De plus, deux efficacités se distinguent l'une de l'autre : l'efficacité pratique (utilisation en pratique) et l'efficacité théorique (utilisation parfaite) (7).

Méthode de contraception	Taux de grossesses au cours de la première année (pour 100 femmes)	
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment
Implant sous-cutané	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
Ligature des trompes	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8
Injection de progestatif seul	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules avec progestatif seul	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Pas de méthode	85	85

Figure 1 : Indice de Pearl (36)

2.1.4 Accès à la contraception et recommandations

Selon une enquête Suisse de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) (37), en 2017, une personne sur trois utilise une méthode contraceptive, 78% des femmes de 15 à 49 ans et 61% des hommes de 15 à 79 ans. L'utilisation des contraceptifs diminuent avec l'âge. En effet, selon la même enquête, 88% des femmes de 15 à 24 ans utilisent une méthode contraceptive contre 70% des femmes de 45 à 49 ans. De

plus, le préservatif est en première position des méthodes contraceptives les plus utilisées, puis la pilule et la stérilisation masculine suit en 3^{ème} position pour les hommes et le DIU hormonale pour les femmes. Chez les femmes de 15 à 24 ans, la pilule est en tête d'utilisation, puis le préservatif et DIU hormonale en 3^{ème} position (37).

En Suisse, les contraceptions ne sont pas remboursées par l'assurance-maladie, Cependant les consultations gynécologiques sont régies par le système de remboursement de la LAMal, en effet « les deux premières années, un examen annuel est pris en charge, puis un examen tous les trois ans si les résultats des deux premiers examens annuels étaient normaux (y compris le prélèvement permettant de dépister le cancer du col de l'utérus). Sinon, prise en charge si les examens sont médicalement nécessaires » (38). Santé sexuelle suisse propose comme solutions concernant les contraceptifs : de partager les coûts avec le partenaire, de demander des versements échelonnés et de demander de l'aide à la famille ou à des aides sociales (39).

Une motion (13.3494) (11) déposée en juin 2013 par Hodgers Antonio, du parti écologiste Suisse (les Vert-e-s), proposait de rendre la contraception gratuite chez les jeunes de moins de 20 ans en Suisse. Ils défendaient leur position en concédant un taux d'avortement chez les jeunes plus bas que le taux européen, mais soulevait l'importance de ne pas s'arrêter là et de continuer à faire baisser ce chiffre. Le texte abordait aussi la dimension traumatique d'un avortement pour toutes les femmes et encore plus pour les jeunes. Le conseil fédéral refusa l'initiative en justifiant son choix par le fait que la prévention des grossesse indésirées est en premier lieu la responsabilité des assurées et que la contraception ne dépend ni de la LAMal ni des assurances privées et qu'il doit y avoir un certain contrôle de la contraception en étant soumis à une prescription (11).

Une motion (M 2568 – A) (40) proposée en novembre 2021, par plusieurs politiciens genevois, majoritairement de gauche, est dans l'attente de traitement par le Grand Conseil. Cette motion revendique une politique de santé publique progressiste en matière de santé sexuelle et de santé reproductive et demande que la contraception soit totalement remboursée. Ils soulignent que « la santé reproductive, contraception comprise, pèsent quasi exclusivement sur les femmes » en Suisse (40).

Selon l'OMS, «la mise à disposition d'informations et de services en matière de contraception est fondamentale pour la santé et les droits humains de toute personne» (7). L'accès à la contraception permettrait le renforcement de plusieurs droits humains tels que : « le droit à la vie et à la liberté, la liberté d'opinion et d'expression et le droit au travail et à l'éducation » (7).

L'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (41) a établi de nouvelles recommandations en 2020 concernant l'accès à la contraception. Il invite les États membres, « à veiller à ce que les méthodes contraceptives soient financièrement abordables en prévoyant un remboursement ou une prise en charge adéquate grâce à leur inclusion dans les régimes nationaux d'assurance maladie » et à « mettre au point des systèmes spécifiques de remboursement ou de prise en charge pour les jeunes, les groupes vulnérables et les personnes à faible revenu, en vue de lutter contre les obstacles économiques qui contribuent à l'inégalité d'accès à la contraception » (41).

En France, depuis janvier 2022, la contraception est gratuite pour toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans inclus. De plus, elles « peuvent accéder gratuitement aux consultations de médecin ou de sage-femme, examens ou actes médicaux en lien avec la contraception ainsi qu'aux différents types de contraception sur prescription en pharmacie sans avancer de frais » (42). Le changement concernait principalement les femmes de 18 à 25 ans, car les mineurs bénéficiaient déjà de cette gratuité depuis 2013. La contraception et les actes qui y sont liés sont délivrés gratuitement à 100%. Les contraceptions remboursées sont : les pilules hormonales de 2^e génération, l'implant contraceptif hormonal, le stérilet et la contraception d'urgence hormonale (42). Depuis janvier 2023, certains préservatifs sont en accès libre et gratuit à la pharmacie chez les jeunes de moins de 26 ans (43).

L'OMS (14) recommande un accès à un service de planification familiale de qualité avec du personnel formé en santé sexuelle. Cela pour favoriser la prévention concernant la contraception et les grossesses indésirées (14). A Genève, l'Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial (USSPF) (44) est un lieu d'accueil accessible pour toutes les personnes souhaitant se renseigner sur leur santé sexuelle. Les différents professionnels (psychologues, sages-femmes, sexologues...) sont spécialistes en santé sexuelle. Ce lieu propose des consultations gratuites et confidentielles pour discuter de sexualité, de contraception, d'identité de genre, de

souhait d'interruption de grossesse, etc. Il propose des pilules d'urgences et des tests de grossesse à prix réduit (44).

2.2 Grossesse non désirée et Interruption volontaire de grossesse

2.2.1 Définition de l'IVG

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) : « l'avortement est l'expulsion du produit de la conception avant qu'il ne soit viable ; manœuvre entraînant cette expulsion » (45).

L'OMS (2) décrit l'avortement comme « une intervention sanitaire courante » qui « est sans risque lorsqu'elle est pratiquée selon une méthode recommandée par l'OMS », méthode qui sera décrite plus bas dans ce travail. Il est rapporté également que « l'avortement non sécurisé constitue l'une des principales causes – mais évitables – de décès maternels et de morbidité » et que « le manque d'accès à des soins d'avortement sécurisés, en temps opportun, à un coût abordable et respectueux constitue un problème majeur de santé publique et une question de droits humains. » (2).

A Genève, la prise en soins des femmes de moins de 16 ans voulant avorter doit être faite dans un centre spécialisé adapté à leur âge (46). A Genève, l'Unité de Santé Sexuelle et Planning Familial (47) est souvent le premier lieu vers lequel elles se dirigent. Elles peuvent aussi se rendre à l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG), dans le service de gynécologie, dans le service de consultation à la polyclinique (47).

La prise en soin est séparée en plusieurs étapes. Il est important pour le personnel de santé, de prendre en charge les patientes en écoutant leur histoire, en leur prodiguant les conseils adéquats et en les soutenant pour les diriger vers la méthode d'avortement la plus adaptée (46).

2.2.2 IVG méthode médicamenteuse

Accompagné d'un professionnel de la santé, la femme prend un premier médicament, la Mifegyne ®, en consultation ambulatoire, qui inhibe la progestérone et ainsi provoque l'arrêt de l'évolution de la grossesse. Cette consultation est

accompagnée de conseils et d'informations. De plus, lors de cette consultation la contraception est un sujet qui est discuté avec la patiente. Puis 48h plus tard, la femme se présente à l'hôpital et est hospitalisée pendant environ 24h. Une deuxième prise de médicament à lieu, le Cytotec®, qui est composé de prostaglandine (48), qui a pour effet de provoquer des contractions utérines et par ce fait, l'expulsion de la grossesse. Ce médicament peut provoquer des saignements plus ou moins importants et des diarrhées. Il est seulement possible de pratiquer cette méthode jusqu'à 10 semaines de grossesse (49) ((46). L'IVG médicamenteuse peut aussi se dérouler à la maison, il faut que les patientes se sentent en sécurité à l'idée de le faire et être accompagnées d'un proche. Des antalgiques sont également prescrits. Elles sont mises au courant des risques hémorragiques et doivent consulter aux urgences si les saignements sont plus abondants que leurs menstruations habituelles après 24h (50).

La méthode médicamenteuse est recommandée par l'OMS car elle est « considérée comme moins invasive » (2), mais les femmes doivent être avisées du risque d'échec qui est de 5% pour leur permettre de faire un choix éclairé (50). Une consultation sera réalisée 3 à 4 semaines plus tard pour s'assurer de l'arrêt de la grossesse (50).

2.2.3 IVG méthode chirurgicale

L'interruption volontaire de grossesse peut aussi être chirurgicale. Les patientes ont un premiers rendez-vous pour discuter de la méthode en consultation ambulatoire, identique à celle faite dans le cas d'une IVG médicamenteuse. Selon les institutions, une préparation du col de l'utérus peut être faite avec des médicaments à base de prostaglandine (ex : Cytotec®) (51). L'opération ambulatoire, qui a pour but d'aspirer le contenu de l'utérus sous anesthésie générale (locale dans certains lieux) pour supprimer la grossesse est effectuée par un médecin gynécologue. Elle ne peut être pratiquée qu'entre 7 et 12 semaines d'aménorrhée (SA) (46).

2.2.4 Interruption thérapeutique de grossesse (ITG)

Une interruption de grossesse peut avoir lieu après 12 semaines de grossesse. Cependant, elle ne peut être faite que « pour cause de malformation fœtale ou de

mise en danger de la mère » (52), que ce soit des dangers physiques ou lié à une détresse profonde de la femme enceinte. En effet, selon l'article 119 du code pénal (CP) du 01.10.2002 (53), l'ITG n'est pas punissable après 12 semaines de grossesse sous avis médical. Nous avons pris le parti de ne pas différencier ITG et IVG dans notre analyse.

Délai de grossesse	< 7 SA *	7 à 9 SA *	9 à 12 SA *
IG	Peut être pratiquée jusqu'à 12 SA		
IG chirurgicale	Non praticable	Praticable	Praticable
IG médicamenteuse	Praticable	Praticable	Non praticable
IG médicamenteuse à domicile	Praticable	Non praticable	Non praticable

Figure 2 : Délais interruption de grossesse (HUG) (47)

2.2.5 Autres techniques d'IVG hors hospitalier et non conformes aux normes sanitaires

Par le passé, d'autres méthodes ont été utilisées quand l'IVG n'était pas encore légalisée comme la méthode du cintre, qui consistait à introduire un cintre dans le col pour percer la poche des eaux du fœtus. Le cintre est aujourd'hui utilisé comme symbole de résistance pour les militants en faveur de la légalisation de l'IVG dans différents pays du monde (54). Les aiguilles à tricoter étaient également utilisées pour pratiquer des avortements clandestins. Ces-derniers sont comme mentionnés précédemment, selon l'OMS (2), un problème de santé publique mondial. Les différentes techniques utilisées et les conditions dans lesquelles elles sont réalisées comportent des risques pour la santé de la femme. Il y aurait des risques d'hémorragies, d'infections, d'évacuations incomplètes mais encore des risques de lésions de l'utérus (2).

2.2.6 L'accès à l'IVG et recommandations

i. États des lieux de la pratique d'IVG en Suisse et les lois

Comme développé précédemment, l'IVG en Suisse, fut et est encore sujet à débat. Il y a 20 ans, en 2002, il est annoncé que « l'interruption de grossesse ne sera désormais plus punissable si elle est pratiquée sur demande écrite de la femme enceinte dans les douze semaines qui suivent les dernières règles, et si une situation de détresse est invoquée. Le médecin doit au préalable avoir un entretien approfondi avec la femme enceinte et la conseiller. De plus, cette dernière se verra remettre une liste d'associations et d'organismes pouvant lui apporter une aide morale ou matérielle. Elle sera également informée de la possibilité de faire adopter l'enfant. Si la femme enceinte a moins de 16 ans, elle sera tenue de s'adresser à un centre de consultation spécialisé pour les jeunes. De leur côté, les cantons devront désigner les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte » (55).

Selon l'art. 121 du code pénal (CP) du 01.10.2002 (53), il est également spécifié que les IVG non punissables, seront prises en charge par l'assurance maladie obligatoire de base Suisse (LAMaL). Selon la loi encore actuellement en vigueur, une femme qui a recourt à un avortement sans remplir les conditions fixées par le gouvernement dans le code pénal, sera soit « puni par de l'emprisonnement ou par une amende » (53).

Aujourd'hui, le débat en Suisse refait surface. Le contexte actuel aux États-Unis, redonne de l'espoir aux activistes « pro-life » et relance la question de l'interdiction de l'avortement en Suisse. En mai 2020, Yvette Estermann, conseillère nationale de l'Union Démocratique du Centre (UDC) proposait une initiative (56) visant à réduire le nombre d'avortement en s'opposant aux avortements tardifs (ITG). Il était donc proposé dans l'initiative d'interdire tout avortement après la 22^{ème} semaine. Cela visait à interdire toutes interruptions d'enfants potentiellement viable hors de l'utérus. Cette initiative a été rejetée en juin 2023 (56). A contrario, Léonore Porchet, conseillère nationale des Verts présentait elle, en juin 2022, une initiative parlementaire « pour que l'avortement soit d'abord considéré comme une question

de santé et non plus une affaire pénale » (57). Cette initiative a également été rejetée. Ce montre bien que le sujet de l'avortement est en Suisse un débat quotidien ; de nombreuses associations féministes protestent encore aujourd'hui pour le droit des femmes et l'accès à l'avortement.

ii. Recommandations :

L'OMS (2) met à disposition les recommandations mondiales à propos de la contraception, de son utilisation en proposant des informations sur l'avortement et l'importance de soins de qualité avant et après une interruption de grossesse ainsi qu'après une fausse couche. En 2021, l'organisation met en avant les trois domaines importants dans les soins à l'avortement que sont : « les politiques, les services cliniques et la prestation de services » (2). L'organisation gère une base de données mondiale qui réunit les différents politiques en lien avec l'avortement. Elle peut également sur demande des pays, leur apporter son aide pour mettre à jour leur politique et la calibrer sur les recommandations de l'OMS en ayant une action sur les programmes de contraception, de santé sexuelle et reproductive pour assurer un accès à des avortements sécurisés (2).

2.2.7 Prise en charge financière et coûts des IVG

La prise en charge financière de l'avortement en Suisse est régie par l'article 119 du code pénal et l'article 30 de l'assurance-maladie (LAMal). Il est précisé que si l'avortement est réalisé selon l'article 119 du code pénal Suisse, « l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie » (58). Dans le canton de Vaud, le prix d'une interruption de grossesse serait compris entre 600 et 3000 CHF, dépendant de différents critères, tels que la méthode ou encore le centre de santé choisi, privé ou public. Les patientes devront uniquement payer la franchise et le 10% du montant total. Dans le cas où la femme ne souhaiterait pas de remboursement pour garder une forme de confidentialité, des aides peuvent être mises en place dans le cas échéant (59). Le remboursement des coûts liés à l'IVG reste un droit à défendre. En 2012, une initiative populaire (12.052) (60) proposée par des politiciens majoritairement de droite visant à supprimer le remboursement des coûts des avortements de l'assurance de base a été acceptée

par le Conseil National. Elle a finalement été rejetée par le peuple à 69,8% en 2014 (60).

2.2.8 Rôle sage-femme et éthique

i. Axe de prévention de la santé

La prévention de la santé est selon l'OMS (61), classée en 3 niveaux.

1) La prévention primaire qui cible l'ensemble des mesures visant à réduire les maladies ou à les éviter avant même la survenue de celles-ci. Différents facteurs protecteurs ou à l'inverse facteurs de risque peuvent être abordés. Dans le cadre de notre travail, il serait question ici de l'éducation sexuelle, qui inclut l'information liée à la contraception et son accès. Bien enseignée, cette dernière joue un rôle important dans la prévention des grossesses indésirées (62). Selon le code de déontologie internationale pour les sages-femmes, présenté par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), les sages-femmes « servent de modèles efficaces en matière de promotion de la santé pour les femmes pendant tout leur cycle de vie » (63). Cela implique la santé reproductive et le planning familial, qui inclut la promotion de la contraception pendant toute la vie de la femme. Ainsi, l'éducation à la contraception serait l'un des facteurs protecteurs de grossesses indésirées et des complications liées à ces dernières (IVG, IVG non sécurisée, ITG...).

2) La prévention secondaire elle, vise à diminuer l'évolution d'une maladie et diminuer sa prévalence dans une population. L'OMS nomme « maladie » pour généraliser, cependant une grossesse indésirée n'est bien entendu pas une maladie. Dans notre schéma, l'IVG serait la « solution » pour les femmes, qui ne désireraient pas garder une grossesse et ainsi diminuer la prévalence des grossesses indésirées dans une population.

3) La prévention tertiaire elle, regroupe les actes visant à réduire la récurrence de la « maladie » et dans notre cas, des grossesses indésirées. Pour cela la HAS affirme que de l'information doit être donnée à la femme lors de la consultation pré IVG. Il faudrait lors de ce rendez-vous définir les besoins de la femme :

- « Réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode à sa situation » ;

- « Refaire une information sur toutes les méthodes de contraception (et en particulier les méthodes de longue durée d'action [dispositifs intra-utérins, implants]) et sur les méthodes de rattrapage et s'assurer qu'elle a bien été comprise » ;
- « Informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)/Sida » (64).

2.2.9 Population mineure

Les conséquences obstétricales d'une grossesse jeune sont multiples, comme les risques augmentés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections. De plus, il y a plus de risque chez le nouveau-né d'un petits poids de naissance ou encore de prématurité. Les répercussions sociales inquiètent également (65). Ces jeunes femmes sont souvent rejetées, isolées par leurs familles et/ou amis. Elles sont également plus souvent sujettes à des violences de leur proches et subissent au quotidien une stigmatisation. Leur éducation et leurs études sont également mises de côté (66). Selon l'OMS (65) en 2019, le nombre de grossesses chez les jeunes de 15 à 19 ans s'élevait au nombre de 21 millions dans les pays à revenu faible et intermédiaire avec 12 millions de grossesses allant jusqu'à terme. La moitié de ses grossesses seraient accidentelles (65).

Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (4), en 2022, il y a eu 3.4 avortements pour 1000/femmes de 15 à 19 ans et 5.8 avortements pour 1000/femmes de 15 à 49 ans. Chez les jeunes femmes de moins de 16 ans, 0.5% d'interruptions de grossesse ont été enregistrées en 2022 (4). La population mineure n'est pas la plus touchée par les interruptions de grossesse en Suisse. Cependant, selon une étude du Journal of Child Psychology and Psychiatry (67) , les adolescentes ayant subi un avortement, seraient plus à risque de problèmes de santé mental, comme la dépression ou encore le suicide.

3. Problématique

De nombreux facteurs impactent la prévention des grossesses non désirées. La contraception joue aussi un rôle primordial dans la prévention de ces-dernières, c'est pourquoi son accès est un problème de santé publique. En effet, y accéder est nécessaire pour atteindre une forme d'égalité des droits des femmes. Les différentes politiques mondiales sont, malgré des recommandations émises par l'OMS, souvent restrictives en matière d'accès à la contraception, et plus particulièrement dans un accès à une contraception gratuite. En Suisse, les jeunes sont l'une des populations les plus touchées par la précarité (68). Nous pouvons supposer par ce fait que la contraception est difficile d'accès pour certaines femmes. De plus, les mineures et jeunes femmes sans revenu sont dépendantes de leur représentant légaux pour financer leur contraception. Cela peut être une barrière si elles ne souhaitent pas parler de santé sexuelle avec ces derniers. Un accès gratuit, permettrait aux jeunes femmes un accès plus direct et simple et ainsi supprimer les inégalités.

Nous supposons que la mise en place d'un remboursement total de la contraception aurait un impact positif sur l'incidence des interruptions volontaires de grossesses. Il n'y a par ailleurs, pas d'accès aux soins de qualité pour tous en matière d'avortement dans le monde. Les lois sont en constant mouvements, et l'accès à une interruption de grossesse légale et dépenalisée n'est nulle part à l'abri de changements.

Nous sommes en tant que sage-femme, en première ligne dans la prévention et la promotion de la santé génésique des femmes. Il est nécessaire d'avoir un accès facilité aux contraceptifs, un accompagnement par des professionnels formés et des conseils de qualité pour rentrer dans un concept de prévention et non plus de guérison par l'avortement.

De cette problématique émerge la question de recherche suivante : **La contraception gratuite chez les femmes de moins de 25 ans a - t- elle un impact sur la pratique d'interruption volontaire de grossesse ?**

4. Méthodologie de recherche de la littérature

4.1 Les banques de données

Lors de nos recherches, nous avons utilisé deux banques de données spécifiques, Pubmed (Medline) et CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), afin d'effectuer des recherches de qualité et ainsi trouver des articles pertinents. PubMed est un moteur de recherche basé aux Etats-Unis. Il permet de trouver des articles médicaux majoritairement en anglais élaborés par la National Library of Medicine (NLM). Il permet un accès gratuit et libre à la plateforme Medline qui est une base de données réunissant des millions d'articles publiés dans des revues médicales. CINAHL est une base de données regroupant des articles médicaux. Les articles sont essentiellement en anglais. Nous pouvons retrouver des articles mais également des chapitres de livres ou encore des thèses.

4.2 Tableau PICO et mots-clefs

	Concepts/ Thèmes	Mots-clés libres en français Termes dérivés, synonymes	HeTOP Français Termes du thésaurus MeSH	HeTOP Anglais Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed	Termes proposés par CINAHL CINAHL Headings	Mots-clés libres en anglais Quand le terme MeSH n'existe pas
P	Femme	- Jeune femme - Femme en âge de procréer	- Ø	- Women	- Women - Young adult	- Reproductive women
I	Contraception / Gratuit	- Contraception - Antifécondant - Méthode(s) contraceptive(s) - Contraceptifs oraux - Contraceptifs intra- utérins - Contraceptifs hormonaux	- Méthode contraceptive chez la femme - Méthodes contraceptives féminines	- Contraception - Contraceptive agents - Family planning services	- Contraception - LARC - Hormonal contraception - Contraceptives oral combined - Contraceptive agents - Diaphragms, Contraceptive	- Mecanic contraception - Hormonal contraception - Intrauterine contraception
		- Gratuit - Remboursement	- Soins gratuits	- Uncompensated care - Insurance, health, reimbursement	- Uncompensated care	- Free of charge - Free - No-cost
C	- Ø	- Ø	- Ø	- Ø	- Ø	- Ø
O	IVG	- Avortement - Avortement provoqué - Méthodes abortives	- Avortement provoqué - Embryotomie	- Abortion, légal - Abortion, induced	- Abortion induced	- Therapeutic abortion - Voluntary Interruption of pregnancy

4.3 Combinaison des mots-clés et articles trouvés

Base de données	Associations de mots-clés et opérateurs booléens	Articles retenus
Cinahl	<p>(((((Contraception) OR (Family planning : Contraception (Iowa NIC)))) AND (Abortion, induced)) AND (free of charge))</p> <p>→ Résultats: 19</p> <p>Dans les 19 résultats, seulement 1 répondait à notre question de recherche. Par la suite, nous avons sélectionné l'article de Saloranta TH, et al. (2020) qui répond partiellement à notre question de recherche.</p>	<p>- Gyllenberg F, et al. 2018 (69)</p> <p>- Saloranta TH, et al. 2020 (70)</p>
Pubmed	<p>((no-cost) AND (contraception)) AND (abortion)</p> <p>→ Résultats: 21</p> <p>Nous avons supprimé les articles datant de plus de 10ans (recherches réalisées en 2022) → 18 articles. Seul l'article de Peipert JF, et al. 2012 répondait à notre question de recherche.</p>	<p>- Peipert JF, et al. 2012 (71)</p>
Pubmed	<p>((contraception) AND (reimbursement)) AND (abortion)</p> <p>→ Résultats: 61</p> <p>Nous avons supprimé les articles datant de plus de 10 ans → 27 résultats. Seul l'article de Sydsjö A, et al. 2014 répondait à notre question de recherche.</p>	<p>- Sydsjö A, et al. 2014 (72)</p>
Pubmed	<p>((((abortion, induced) AND (insurance coverage)) OR (insurance, health, reimbursement)) AND (contraception))</p> <p>→ Résultats: 178</p>	<p>- Sydsjö A, et al. 2014</p> <p>- Mulligan K, et al 2015 (73)</p>

	Nous avons supprimé les articles datant de plus de 10 ans → 90 résultats. Comme nous avons trouvé peu d'articles répondant à notre question de recherche, nous avons été dans l'obligation de lire les titres et/ou résumés un par un pour nous permettre de trouver l'article de Mulligan K, et al 2015.	
--	---	--

4.4 Limites et contraintes de la recherche d'articles

Nous avons rencontré plusieurs difficultés dès le début de nos recherches scientifiques. En effet, la notion de « gratuité » de la contraception était difficile à être prise en compte dans nos recherches. Nous trouvions beaucoup d'études en lien avec la contraception et l'avortement, sans que la gratuité n'intervienne.

Après de nombreuses heures passées sur différents moteurs de recherche, nous avons sollicité l'aide des bibliothécaires documentalistes archivistes de la HEdS et du CEC d'Emilie Gourd. Nous avons pu enrichir nos méthodes de recherche. Malgré leurs précieuses aides, nous n'avons pu sélectionner que quatre articles, étudiant le lien entre la contraception gratuite et son impact sur le taux d'IVG.

Nous nous sommes rendues comptes que l'accès à la contraception gratuite est un sujet d'actualité beaucoup discuté dans la presse, mais peu étudié. Nous pensons que son impact sur le taux d'avortement n'a pas pu être analysé dans les régions et pays l'ayant mis en place récemment, par manque de recul.

Nous avons finalement après lecture de la littérature scientifique identifié un cinquième article centré non pas sur la gratuité de la contraception et le retentissement sur le taux d'IVG mais sur l'importance du suivi dans la compliance à la prise d'un contraceptif, une notion qui vient compléter les résultats de nos autres articles et qui donne des perspectives à notre rôle sage-femme.

4.5 Critères d'inclusion exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Parution entre 2013 et 2023 • Pertinence du sujet de l'article par rapport à la question de recherche • Etudes quantitatives • Etudes en anglais ou en français • Femme de plus de 25 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes ayant d'autres interventions en plus de la gratuité des contraception

4.6 Les références des cinq études

1	Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura M. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. 2014;14.
2	Gyllenberg F, Juselius M, Gissler M, Heikinheimo O. Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland. Am J Public Health. avr 2018;108(4):538-43.
3	Sydsjö A, Sydsjö G, Bladh M, Josefsson A. Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden. BMC Public Health. 2014;14:523.
4	Mulligan K. Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandates. Demography. 2015;52(4):1195-217.
5	Saloranta TH, Gyllenberg FK, But A, Gissler M, Laine MK, Heikinheimo O. Free-of-charge long-acting reversible contraception: two-year discontinuation, its risk factors, and reasons. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2020;223(6):886.e1-886.e17.

5. Tableaux de présentation des articles

<p>Titres: Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland (2018)</p> <p>Auteurs : Gyllenberg, F., Juselius, M., Gissler, M., & Heikinheimo, O. (69)</p>			
<p>Objectif : Etude de l'impact d'une gratuité des contraceptions à longues durées d'action (LARC) sur la prise de LARC et le taux de grossesses indésirées dans la population de Vantaa en Finlande, de 2000 à 2015.</p>			
<u>Méthode</u>	<u>Procédure</u>	<u>Résultats principaux</u>	<u>Forces et limites</u>
<p>Design : Etude quasi-expérimentale basée sur la population</p> <p>Population : 5379 femmes de 15 à 44 ans se sont initiées aux méthodes LARC à travers l'étude. (2013-2015) (ce qui représente 12.6% des femmes de 14 à 44 ans de Vaanta)</p> <p>Inclusion : Femmes de 15-44 ans</p> <p>Exclusion : Femmes ayant déjà utilisé une méthode LARC</p>	<p>1) 2013-2015 : Promotion (pas d'information sur le type de promotion délivrée) et fourniture gratuite des méthodes de contraceptions LARC (DIU en cuivre, DIU hormonale, implant) aux femmes de 15-44 ans de Vantaa Finlande, dans des services publics de planification familiale, lors de visites de conseils. Par des professionnels de la santé avec une éducation « spéciale » et expérience de terrain. Sans campagnes de publicité pour le projet.</p> <p>2) Evaluation des outcomes étudiés : Evaluation du taux d'avortement, enregistré par le registre de l'institut national de Welfare de Finlande. Evaluation du taux de femme s'initiant aux méthodes LARC. Comparaison du taux d'avortement à la ville d'Espoo (ville voisine)</p> <p>Période & lieu Vaanta, Finlande de 2013 à 2015</p>	<p><u>Taux d'avortement :</u></p> <p>Échantillon total : Diminution du taux de 16% (Mean monthly rate (MMR) de 1.10 (95% CI 1.07-1.12) pré interventionnel à 0,92 (95% CI 0.87-0.97) post interventionnel</p> <p>15-19 ans : Diminution du taux de 36% (MMR de 1.32 (95% CI, 1.26-1.38) pré interventionnel à 0.84 (95% CI, 0.71-0.97) post interventionnel</p> <p>20-24 ans : Diminution du taux de 14% (MMR 1.99 (95% CI, 1.90-2.09) pré interventionnel à 1.70 (95% CI, 1.50-1.89) post interventionnel</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données administratives finlandaises de grandes qualités - Le registre des avortements est une source fiable - Une grande population est couverte au planning familial - Il n'y a pas eu de changement de procédure médicale pendant l'étude <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce n'est pas une étude randomisée, la comparaison s'est faite entre un groupe « avant » et un groupe « après » - Malgré les calculs pour exclure les changements liés au temps, le taux IVG en général a diminué. Cela peut fausser les résultats - Le taux de LARC initié à Espoo n'est pas disponible pour la comparaison

<p>Titres : Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. (2014)</p> <p>Auteurs: Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, M. (71)</p> <p>Objectif : Étude CHOICE : Promouvoir les contraceptions et souligner l'efficacité supérieure des méthodes LARC, fournir gratuitement une méthode contraceptive réversible à un large échantillon de femmes, dans le but de réduire le taux de grossesses non désirées (indication par le taux d'avortement)</p>			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Etude de cohorte prospective</p> <p>Population : 9 256 adolescentes et femmes à risque d'un grossesse indésirée, souhaitant une contraception réversible</p> <p>Critère inclusion : femmes de 14-45 ans, contraception réversible souhaitée, pas de désir de grossesse dans les 12 mois à venir, sexuellement active, pas de méthode contraceptive ou souhait de changement de contraception LARC, résident à St-Louis, parlant anglais ou espagnole</p> <p>Critère exclusion : Femmes chirurgicalement stériles</p>	<p>1) Recrutement par des annonces dans les journaux, recommandations par des médecins, des flyers, des publicités, bouche à oreille.</p> <p>2) Consultation : promotion de l'efficacité et sécurité supérieures des méthodes LARC, explications des autres méthodes contraceptives avec des données probantes. Signature d'un consentement de participation à l'étude éclairé et écrits. Pas d'explication sur le lieu de la consultation et qui la réalise.</p> <p>3) Toutes les participantes ont reçu une contraception gratuite de leur choix (toutes les contraceptions réversibles)</p> <p>4) Suivi des participantes (non détaillé)</p> <p>Outcome étudié : récolte dans deux bases de données le taux d'avortement par âge et « race » : Reproductive Health Services of Planned Parenthood (centre d'avortement, qui fait 90% des avortements à Missouri) et dans le registre le Missouri Department of Health and Senior Services</p> <p>Période & lieu : St-Louis Missouri, USA, août 2007 à septembre 2011</p>	<p>Les résultats sont séparés par année, par nombres d'avortements pour 1000 femmes participant à l'étude CHOICE comparés aux nombres d'avortement dans site de comparaison (la totalité de la ville/comté de St-Louis)</p> <p>2008 : $P < 0,001$</p> <ul style="list-style-type: none"> CHOICE 4,4 avortements pour 1000 femmes Site de comparaison : 17.0 avortements pour 1000 femmes <p>2009 : $P < 0,001$</p> <ul style="list-style-type: none"> CHOICE 7,5 avortements pour 1000 femmes Site de comparaison 14,8 avortements pour 1000 femmes <p>2010 : $P < 0,001$</p> <ul style="list-style-type: none"> CHOICE 5,9 avortements pour 1000 femmes Région 13.4 avortements pour 1000 femmes <p>Femmes de 15-19 ans : Etude CHOICE 6.3 avortements /1000 femmes comparé au taux aux USA : 34.1 / 1000 femmes. (Les auteurs ne mentionnent pas si ces chiffres sont significatifs ou non)</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> Large échantillon avec forte adoptions des méthodes contraceptives les plus efficaces (LARC). Bonne récolte de données, car obligation de l'Etat de déclarer les avortements. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas possible de quantifier les grossesses non désirées, donc utilisation de marqueurs indirects : grossesses chez les adolescents, avortements et avortements répétés. Populations majoritairement à bas niveau économique et scolaire, pas forcément similaire à d'autres régions. Modification possible du taux d'avortement : récession économique, modification du financement pour le planning familial et limitation à l'avortement par les lois du Missouri

Titres: Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden (2014).

Auteurs : Sydsjö, A., Sydsjö, G., Bladh, M., Josefsson, A. (72)

Objectif : Examiner la relation entre les taux d'avortement provoqué et le remboursement des contraceptifs hormonaux dispensés chez les jeunes femmes en Suède (comparaisons sont faites avec les pays nordiques que sont la Finlande, la Norvège et le Danemark).

<u>Méthode</u>	<u>Procédure</u>	<u>Résultats principaux</u>	<u>Forces et limites</u>
<p>Design : Étude observationnelle transversale</p> <p>Population : Les femmes suédoises de 15 à 19 ans</p> <p>Inclusion : Femmes âgées de 15 à 19 ans de Finlande, Danemark, Norvège et Suède</p> <p>Exclusion : Femmes d'Islande (trop petite population)</p>	<p>1) Compilation des statistiques officielles sur l'avortement et le nombre de contraceptifs hormonaux prescrits et distribués (contraceptifs oestroprogestatifs, sauf l'anneau vaginal). Quantification des contraceptifs oestroprogestatifs en DDD/T = « Defined Daily Dose/thousand women », qui définit la dose journalière du principe actif (oestroprogestatif) du médicament pour 1000 femmes.</p> <p>2) Mise en lien avec les niveaux de remboursement dans tous les comtés suédois</p> <p>3) Comparaison avec les taux d'avortement de la Finlande, de la Norvège et du Danemark : Statistiques officielles publiques des différents pays, National Research and development center for Welfare and health (STKAE)</p> <p>Période & lieux : Pays nordiques ; Suède, Norvège, Finlande, Danemark. 2000-2010</p>	<p>2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de corrélation entre prise de contraceptifs et le taux d'avortement en 2010 en Suède. ($\rho = -0,158$, $p=0.493$) <p>2000-2010 :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de corrélation entre la prise de contraception et le taux d'avortement entre 8 autres comtés avec différents niveaux de remboursement (gratuit ou non remboursé) ($p > 0,05$). Dans ces 8 comtés seulement Skane et Blekinge remboursent entièrement la contraception. Seulement Skane reporte une diminution du taux d'avortement significative ($\rho = 0.615$ and $p = 0.044$). Les auteurs relatent une baisse des ventes de contraceptifs dès 2004 non suivie d'une augmentation des IVG. <p>2000-2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> IVG chez les femmes de 15 à 19 ans dans les pays nordiques : les auteurs relatent que la Finlande et le Danemark n'ont pas de remboursement des contraceptions et malgré cela le taux d'avortement reste plus bas qu'en Suède. <p>Conclusion des auteurs : Pas de corrélation entre le remboursement des moyens de contraception oestroprogestatifs (excepté anneau vaginal) et la baisse du taux d'avortement chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans dans les pays nordiques.</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> Études basées sur des chiffres agréés provenant de statistiques officielles Similitude entre pays nordiques (santé, religion et culture) <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Non prise en charge des contraceptifs récents et les plus chers dans le comté de Stockholm, entraînerait une baisse de l'utilisation des contraceptifs hormonaux. Différence dans les contraceptifs inclus dans les programmes de remboursement. Pas d'homogénéisation des lois en matière de remboursement entre les comtés suédois et matière de limite d'âge. Différence du début de la vie sexuelle entre les comtés en raison de la religion, tradition ou autres facteurs culturels (zones urbaines VS zone rurales). Pas de registre national des IVG dû au côté très conservateur du pays Exclusion de différents moyens de contraceptions (préservatifs, progestatifs seuls...)

<p>Titres: Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandate (2015)</p> <p>Auteur : K. Mulligan (73)</p>			
<p>Objectif : Estimer l'effet causal de la couverture obligatoire des contraceptifs par les assurances sur l'utilisation des contraceptifs, les avortements et les naissances</p>			
<u>Méthode</u>	<u>Procédure</u>	<u>Résultats principaux</u>	<u>Forces et limites</u>
<p>Design : Étude observationnel transversal</p> <p>Population : Femmes de 15-44 ans possédant une couverture d'assurance maladie aux USA</p> <p>Inclusion : Femmes ayant une couverture d'assurance maladie</p>	<p>1) Rassembler et comparer les taux d'avortement des états américains ayant déjà mis en place un mandat remboursant la contraception hormonale (les pilules, le patch transdermique, l'anneau vaginal, l'implant, les injections trimestrielles, les DIU) et non-hormonale (les préservatifs, le diaphragme, les méthodes naturelles, le spermicide) de 1993 à 2011 et les états sans mandat de remboursement.</p> <p>2) Estimer la répercussion des mandats sur l'utilisation de la contraception, les avortements et les naissances.</p> <p>Registre: Center for Disease Control and Prevention (taux d'avortement)</p> <p>Période & lieu: 1993-2011 aux USA</p>	<p>Nombre d'avortements / 1000 femmes avant/après la mise en place des mandats : tous en diminution pour chaque tranche d'âges, basé sur le taux d'IVG de 1997 aux USA = 17.3 pour 1000 femmes</p> <p>15-44 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mandat unique : - 1.035 (p<0.01) 1-5 années <u>avant</u> mandat : - 0.511 (Non significatif (NS)) 0-1 an après mandat : - 1.61 (p<0.01) 2-4 ans après mandat : - 1.435 (p<0.01) 5-7 ans après mandat : - 1.199 (p<0.01) <p>15-19 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mandat unique : - 1.166 (p<0.01) 1-5 années <u>avant</u> mandat : - 0.288 (NS) 0-1 an après mandat : - 1.222 (p<0.01) 2-4 ans après mandat : - 1.503 (p<0.01) 5-7 ans après mandat : - 1.879 (p<0.01) <p>20-29 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mandat unique : -1.981 (p<0.01) 1-5 années <u>avant</u> mandat : - 0.604 (NS) 0-1 an après mandat : - 2.788 (p<0.01) 2-4 ans après mandat : - 2.356 (p<0.01) 5-7 ans après mandat : - 2.226 (p<0.01) <p>30-39 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mandat unique : - 0.512 (p<0.01) 1-5 années <u>avant</u> mandat : -0.190 (NS) 0-1 an après mandat : - 0.825 (p<0.01) 2-4 ans après mandat : -0.578 (p<0.05) 5-7 ans après mandat : -0.543 (NS) 	<p>Forces : aucune mentionnée par l'auteur</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mandat dont l'accès se fait par le biais de l'assurance procuré par un employeur. Grande disparité dans la population, estimation que le mandat impacte 31% de la population. Les chômeurs et personnes non assurés par leurs employeurs, n'ont pas accès à la couverture des contraceptifs. Les personnes blanches et avec un haut niveau d'étude ont plus de chance d'avoir une assurance procurée par l'employeur. Les personnes âgées de 35-54 ans sont plus susceptibles d'avoir cette assurance. Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) collecte les données du taux d'avortement annuellement, cependant certains Etats ne reportent pas les statistiques au gouvernement, comme la Californie et New Hampshire qui sont exclues des résultats. L'accès augmenté à la contraception pourrait augmenter l'activité sexuelle et ainsi augmenter le nombre de grossesses, le nombre d'avortements et de naissances.

Titres : Free-of-charge long-acting reversible contraception : two-year discontinuation, its risk factors, and reasons (2020)

Auteurs : Saloranta TH, Gyllenberg FK., But A., Gissler M., Laine MK., Heikinheimo O. (70)

Objectifs : Dans un premier temps, évaluer le taux d'abandon des méthodes LARC, dans les 2 ans, chez des femmes qui utilisent pour la première fois ces méthodes. Dans un deuxième temps, décrire les facteurs associés à l'abandon et évaluer les raisons.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Etude de cohorte rétrospective</p> <p>Population : 2026 femmes de 15-44 ans, qui se sont initiées pour la première fois à des méthodes LARC entre 2013 et 2014 dans la ville de Vaanta en Finlande.</p> <p>Inclusion : femmes de 15-44 ans, initiation aux LARC pour la 1^{ère} fois</p> <p>Exclusion : femmes stériles, femmes qui ont acheté leur LARC seules, qui ont déjà eu une méthode LARC. Les femmes qui ont déménagé de Vaanta après la pose de LARC. Une femme qui est tombée enceinte autour de la période de pose de son DIU.</p>	<p>1) Depuis 2013 à Vaanta en Finlande, distribution de LARC gratuits (DIU hormonal et DIU cuivre, implant) accompagné de conseils contraceptifs gratuits dans les services de planning familiaux</p> <p>2) Sélection des participantes dans les bases de données des planning familiaux, sans notion de consentement.</p> <p>3) 2016-2017 : récolte des données du planning familial sur les LARC : date d'insertion, si cela a bien été fourni gratuitement, marque du contraceptif LARC, date du retrait, raison du retrait, statut tabagique dans les 2 ans avant la pose du LARC</p> <p>Période & lieu : Vaanta (Finlande), 2013-2014</p>	<p>Initiation LARC : n total = 2026</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIU hormonal : 1199 - Implant : 642 - DIU cuivre : 185 - 15-19 ans : 237 (49 DIU hormonaux, 183 implants, 5 DIU cuivre) - 20-29 ans : 922 (502 DIU hormonaux, 314 implants, 106 DIU cuivre) - 30-44 ans : 867 (648 DIU hormonaux, 145 implants, 74 DIU cuivre) <p>Arrêt de la contraception : n total = 514</p> <p>a. Selon Age : 15-19 ans : 73 / 20-29 ans : 258 / 30-44 ans : 183</p> <p>b. Selon la méthode LARC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIU hormonaux 263 (24.3% des femmes ; CI 95% 21.7-26.9) - Implant 187 (33.3% des femmes ; 95% CI, 29.5-37.4) - DIU cuivre 64 (37.8 % des femmes ; 95% CI, 31.0-45.7) <p>➔ Résultats statistiquement significatifs</p> <p>Raisons de l'arrêt (n (% de femmes)) : (p value = p)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désir de grossesse : 84 (16%) (p 0.04 (significatif)) • Perturbation menstruation : 214 (42%) (p < 0,001 (significatif)) • Menstruation abondante : 21 (4%) (p < 0,001 (significatif)) • Douleurs abdominales ou crampes : 69 (13%) (p < 0,001 (significatif)) • Infections vaginales et/ou IST : 16 (3%) (p 0.09% (non significatif)) • Humeur : 27 (5%) (p 0.281 (non significatif)) • Problème de peau : 37 (7%) (p 0.383 (non significatif)) • Prise de poids 25 (5%) ; (p 0.168 (non significatif)) • Expulsion totale/partielle du LARC : 49 (10%) (p < 0,001 (significatif)) • Problème de libido : 17 (6%) (p 0.373 (non significatif)) • Autres / pas connues : 52 (25%) (p 0.794 (non significatif)) 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registre National Finlandais est un registre sûr, ce qui permet d'éviter les biais dans l'étude - Sélectionner une population qui n'a jamais eu de LARC permet d'être plus cohérent dans les résultats - Planning familial est un lieux populaire et accessible - L'équipe est expérimentée et promeut la continuité des LARC <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté dans l'évaluation du taux d'abandon des LARC : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivi pas recommandé des femmes satisfaites avec leur LARC ➤ Pas d'enregistrement systématique de la continuité des méthodes LARC dans les dossiers de patients ➤ Déduction des auteurs : femmes vivant toujours à Vaanta, n'ayant pas consulté dans les services de soins de Vaanta pour l'abandon de leur LARC ou pour une grossesse, sont incluses dans le taux des femmes continuant leur contraception LARC - Pas de données sur l'abandon des LARC dans les cliniques privées - Les résultats concernant les femmes de moins de 20 ans doivent être interprétée prudence, car le nombre de femmes utilisant un DIU en cuivre est faible

6. Articulation des résultats par thématique

6.1 Population cible

6.1.1 Les différentes tranches d'âges

La population sélectionnée par Gyllenberg et al. (69) et Mulligan (73) comprend des femmes de 15 à 44 ans, incluant la tranche d'âge que nous avons choisi d'étudier pour ce travail. Pour l'étude de Peipert et al. (71), la tranche d'âge est de 14 à 45 ans, ce qui élargit légèrement la population sélectionnée, mais reste quasiment similaire aux deux premières études citées ci-dessus. La comparaison entre les études est donc facilement applicable si on prend uniquement la variable de l'âge des participantes. Seul l'étude de Sydsjö et al. (72) se détache des autres en ne sélectionnant que les femmes de 15 à 19 ans dans les pays nordiques. L'intégralité de nos articles comprenait la tranche d'âge des femmes de moins de 25 ans, sans pour autant cibler uniquement cette population.

6.1.2 Les différences socio-économiques

La comparaison de nos articles sélectionnés par les âges nous permet de mettre en perspectives les résultats, toutefois il faut noter que les déterminants socio-démographiques et les aspects culturels au sein d'une même tranche d'âge peuvent changer entre les pays, et donc être des facteurs confondants. Dans l'étude de Gyllenberg et al. (69) la population concernée est inclusive. Il est expliqué dans l'article que les cliniques publiques de planning familial sont connues et fréquemment utilisées par les femmes en Finlande. Cependant, une partie des femmes se rendent aussi dans des cliniques privées, ce qui n'est pas représentatif de la population générale de Vantaa. Les différences sociales des participantes entre les études peuvent parfois apporter un biais à la comparaison de nos études. Pour Peipert et al. (71), la population choisie de la ville de Saint-Louis est majoritairement à bas niveau économique et scolaire et l'ethnicité de celle-ci est prise en compte dans les résultats.

6.1.3 Les variations des remboursements selon le système sanitaire national

Selon l'étude de Mulligan (73), la couverture d'assurance aux États-Unis est régie par les employeurs eux-mêmes. Ce qui veut donc dire que les personnes au chômage n'ont pas accès à la couverture des contraceptifs proposée aux USA. Les auteurs rapportent également que les personnes blanches et avec un haut niveau d'étude ont plus tendance à avoir une couverture d'assurance. Les jeunes sont également moins susceptibles d'avoir accès à une couverture sociale (73). En Suède, selon Sydsjö et al. (72), il n'y pas aucune homogénéisation des lois en matière de remboursement de contraception, donc la population ayant accès à une contraception gratuite varie selon les régions.

6.2 Les contraceptifs fournis

6.2.1 Les méthodes contraceptives

Selon les études sélectionnées différentes méthodes contraceptives sont proposées avec différent niveau de remboursement. La distribution gratuite et la promotion des contraceptifs LARC ont montré une augmentation significative de leur initiation (69) (71) (73). En effet, dans la population des femmes de 15 à 19 ans, il y a 3.67 fois plus d'initiation aux LARC, après la mise en place de l'étude en comparaison du taux d'initiation avant l'étude (Rate Ratio (RR), Intervalle de confiance (IC) 95% 2.54 – 14.80) (69). Ainsi, qu'une augmentation significative d'initiation aux LARC de 2.59 pour les femmes de 20 à 24 ans (RR, IC 95% 1.81 – 3.37) (69). De plus, il y a une initiation significativement supérieure aux méthodes LARC (n = 6928) par rapport aux méthodes contraceptives à courte durée d'action (SARC) (n = 2328) lorsque les deux sont proposées gratuitement (71). L'étude de Mulligan K (73) souligne une augmentation significative de 1.5% ($p < 0,01$) sur la prise d'implant, mais une augmentation non significative de 0.2% du DIU hormonal. De plus, les femmes de 20-29 ans montrent une certaine affinité pour l'implant lorsque toutes les autres contraceptions sont proposées gratuitement (73). Cela démontre que les femmes ont donc tendance à privilégier des méthodes LARC lorsqu'elles sont proposées gratuitement et montre la pertinence de proposer les méthodes LARC dans un modèle de contraception gratuite.

6.2.2 Le choix des femmes dans leur méthode contraceptive

Les cinq études proposent des choix de contraceptifs différents aux femmes. L'étude de Peipert et al. (71), ainsi que celle de Mulligan (73) proposent un large choix de contraceptifs, ce qui met en avant la diversité et l'importance de trouver une contraception qui correspond à ses besoins. Alors que les études de Sydsjö et al. (72) et Gyllenberg et al. (69) proposent un choix restreint de contraceptifs gratuits, ce qui induit les femmes à accepter des contraceptifs qui ne sont pas assurément adaptés à leurs besoins. De plus, la quantification de l'étude de Sydsjö et al. (72) en « Defined Daily Dose/thousand women » (DDD/T) ne permet pas de différencier si les femmes ont choisi la pilule hormonale combinée ou le patch transdermique, car les auteurs ne le spécifient pas dans l'étude. Cette quantification a pour but de rendre plus simple le calcul du coût de la mise en place de ces contraceptions gratuites dans le système de santé Suédois. Cependant, cela ne permet pas de comprendre les préférences des femmes pour une méthode ou l'autre. Cela semble montrer que les aspects de coûts sont priorisés par rapport aux autres issues de santé sexuelle des femmes. Ces deux études, ne mentionnent pas le nombre de femmes n'ayant pas accepté ces méthodes gratuites, cela aurait été intéressant d'avoir cette notion de refus et leurs motivations à choisir une contraception payante. Ainsi, nous aurions pu voir le pourcentage de femmes influencées par la proposition d'une contraception gratuite face à une contraception payante, qui aurait pu mieux leur convenir.

L'étude de Saloranta et al. (70), étudie la raison de l'arrêt de LARC et non pas le choix initial des femmes, elle a été menée en parallèle à l'étude de Gyllenberg et al. (69) à Vaanta. La même réflexion peut être donc faite sur le choix de la femme quand seul un type de contraception est proposé gratuitement, ici les LARC. De plus, l'étude de Gyllenberg et al. (69), ne tient pas compte de la possibilité de changer de contraception pendant le temps de l'étude. C'est-à-dire que si les femmes décident d'arrêter leur contraception pour quelque raison, elles n'auront pas la possibilité d'en recevoir une autre gratuitement. A l'inverse, l'étude de Peipert et al. (71), permet que les femmes puissent changer de contraception et cela toujours gratuitement. Cela questionne aussi la liberté de la femme dans son choix de contraception, car

une femme ayant moins de moyen, pourrait se forcer à garder une contraception LARC alors que cela ne lui correspond pas ou que sa situation évolue. Cette théorie montre aussi un biais dans l'étude de Saloranta et al. (70), qui évalue le nombre d'arrêt des LARC et la raison cet arrêt, mais comment être sûr que certaines femmes ne se soient pas forcées à garder leur contraception, n'ayant pas les moyens de s'en offrir une différente.

6.3 Impact sur le taux d'IVG

6.3.1 Selon l'âge de la population

Différentes études montrent une diminution du taux d'IVG chez les jeunes de 15 à 25 ans plus importante que dans le reste de la population, lorsque la contraception est distribuée gratuitement (69) (73).

Chez les femmes avec un niveau économique bas, célibataires et avec un faible niveau d'éducation, il est rapporté une diminution significative du taux d'IVG dans cette population à risque de grossesses indésirées (71).

Il semblerait au vu des résultats que la gratuité de la contraception chez les jeunes de moins de 25 ans jouerait un rôle sur la diminution du taux d'IVG et que cela pourrait être influencé par un revenu plus faible dans cette population (71).

6.3.2 Selon la contraception

L'augmentation de la prise de contraceptifs dans la population générale (2.1% d'augmentation) permet de diminuer significativement le taux d'IVG (73).

Les contraceptifs LARC distribués gratuitement ont démontré une diminution significative du taux d'IVG (68), y compris dans le cas où les contraceptions SARC sont aussi proposées mais que les LARC sont mis en avant (70).

Cependant, lorsque seulement deux types de contraceptions gratuites SARC (COC et patch transdermique) sont proposés, il n'y a pas d'impact significatif sur le taux d'IVG (72).

Les différentes données récoltées dans nos articles sélectionnés ne nous permettent pas de conclure à une efficacité supérieure d'une contraception gratuite à une autre. Cependant, nous remarquons que les méthodes LARC ont toujours un impact positif

et significatif sur la diminution du taux d'IVG chez les jeunes femmes de moins de 25 ans et sur le reste de la population.

6.3.3 Selon le lieux

Les lieux peuvent exercer une influence sur le taux d'avortement. En effet, l'étude de Sydsjö et al. (72), décrit une différence du début de la vie sexuelle entre les régions en raison de la religion, des traditions ou d'autres facteurs culturels, comme par exemple, les femmes habitant les zones urbaines et celles en zones rurales

Pour que les résultats des études soient pertinents, il est important d'avoir accès à un registre national du taux d'avortement de qualité pour permettre une meilleure comparaison (71) (72) (73). Il serait intéressant de pouvoir avoir accès à un registre national des avortements et ainsi comparer avec les autres régions n'adoptant pas un tel système de gratuité de la contraception (71).

6.3.4 L'impact du temps sur la contraception et l'IVG

Les cinq études ne mentionnent pas les facteurs socio-politiques qui auraient pu influencer la prise de contraception, tels que l'émancipation des femmes, la libéralisation de la contraception et l'amélioration des systèmes de santé (74). Ces facteurs pourraient exercer une influence positive sur l'augmentation de la prise de contraceptifs rapportée dans les études. Malgré un manque d'informations sur les facteurs liés au temps, l'étude de Mulligan (73), démontre malgré tout une augmentation significative de 2.1% ($p < 0,05$) entre 1993 et 2011 de la prise de contraceptions. Cela avec des taux de remboursement variables selon les Etats, ce qui démontre que l'impact de la prise de la contraception ne dépend pas uniquement de la gratuité de ces derniers, mais aussi hypothétiquement des différents facteurs mentionnés ci-dessus.

Il est intéressant de se questionner sur l'influence du temps et des facteurs liés à ce dernier sur les résultats de nos études. En effet, L'étude de Peipert et al. (71) mentionne que pendant la période de 2008 à 2010, différents facteurs ont pu influencer la diminution du taux d'IVG, comme la récession économique, la diminution des fonds alloués aux planning familiaux et les lois de Missouri qui limitent l'accès à l'avortement. Les auteurs concluent que la diminution du taux d'IVG ne peut

pas être totalement due à l'étude. Cependant, la comparaison avec la région de St-Louis et le taux national, montre une diminution significative du taux d'IVG des participantes à l'étude, ce qui montre que la fourniture de contraceptifs gratuits a un réel impact sur le taux d'IVG et que les facteurs temporels peuvent certes faire varier les résultats, mais à une échelle moindre. Sydsjö et al. (72) et Gyllenberg et al. (69) restent vagues sur la prise en compte des différents facteurs liés au temps, mais ils mentionnent avoir pris en compte les modifications du taux d'avortement dans le temps. Il est difficile d'évaluer l'impact des facteurs liés au temps sur le taux d'avortement, mais il existe une forte probabilité que cela exerce une influence. Cela peut être un biais de ne pas le mentionner ou le prendre en compte dans les résultats.

6.4 Méthodologie des interventions

6.4.1 Lieux de la distribution de la contraception

Les interventions primaires, comprenant la promotion et la distribution des méthodes de contraception gratuites se font dans les services de planning familiaux publiques pour Gyllenberg et al. (69). Le taux d'avortement est celui de la population générale de Vaanta, donc ne concerne pas seulement les femmes ayant participé à l'étude. Il serait intéressant d'avoir le taux d'avortement des cliniques privées pour mieux évaluer le contexte des avortements et s'ils sont précédés ou pas d'un accès gratuit à la contraception. Toutes les études ne mentionnent pas les lieux où les moyens de contraception sont délivrés (71) (72). Ces informations manquantes nous auraient permis de pouvoir voir si les lieux de délivrance des contraceptifs impactaient l'intégration de certains groupes de femmes aux études, par exemple si les contraceptifs étaient uniquement délivrés par des cliniques privées. Aussi, Sydsjö et al. (72) met en avant la possibilité que la comparaison avec le Norvège et la Finlande soit biaisée par une différence d'informations données par les centres de planification familiale des différents pays sélectionnés dans l'étude comparative. Il est aussi souligné que les différences culturelles au sein même de la Suède pourraient exercer une influence sur le fonctionnement des centres (72).

6.4.3 Promotion et distribution de la contraception

La promotion et les conseils des méthodes contraceptives permettent une plus grande adhésion de à ces dernières (71) (73). De plus, les conseils promulgués gratuitement auraient un impact sur l'initiation et l'augmentation de la prise de contraceptions (70). Par ailleurs, lorsque ces conseils ne sont pas donnés dans la langue maternelle de la femme, il en résulte un taux d'abandon de la contraception plus élevé (70). La promotion des LARC, en valorisant leurs efficacités supérieures avec une distribution gratuite (69) (71), prodigué par un professionnel de santé spécialisé dans la promotion en santé sexuelle (71) permet une augmentation de l'initiation à ces derniers. Et par ce fait, comme mentionné plus haut, une diminution du taux d'IVG. Nous pouvons voir l'importance de la communication dans une consultation de santé sexuelle. Une contraception donnée doit être accompagnée de conseils clairs et compris par la femme pour permettre à celle-ci de faire un choix éclairé et informé. Ces conseils devraient être prodigués par des professionnels formés en santé sexuelle.

6.4.4 Suivi et vécu des patientes

Aucune des études ne mentionnent le type de suivi et sa qualité. Il n'y a donc pas plus d'informations concernant un potentiel suivi des femmes pendant la période sous contraceptifs, que ce soit pour s'assurer de la bonne continuité de la méthode ou encore sur le vécu de la femme et des potentiels effets secondaires. Pourtant selon l'étude de Saloranta et al. (70), il est important d'avoir un suivi pour comprendre la raison de l'arrêt de la contraception et réorienter vers une méthode plus adaptée. Ainsi éviter un arrêt total de la contraception et par conséquent le risque de grossesse. Il aurait été pertinent de mentionner et décrire le type de suivi selon les contraceptions, pour évaluer l'impact de ce dernier sur les résultats des études.

7. Discussion

7.1 La population cible

7.1.1 Les différentes tranches d'âge & niveaux socio-économiques

Les cinq études nous ont permis de faire des liens entre les différentes tranches d'âges, les niveaux socio-économiques et leurs retentissements sur le taux d'IVG. Nous avons pu relever que des différences persistent entre les pays mais également au sein même de ces derniers. Il nous paraît important d'homogénéiser les lois au sujet de la santé sexuelle en Suisse pour abolir les inégalités et répondre aux besoins de toutes les femmes de manière équitable.

Nous détaillerons par la suite les contraceptifs choisis et les taux d'IVG en fonction des différentes tranches d'âge et différents niveaux socio-économiques.

7.2 Les contraceptifs fournis

7.2.1 Les méthodes gratuites et le choix des femmes

Comme mentionné plus haut, lorsque toutes les contraceptions sont proposées gratuitement, les femmes ont tendance à choisir majoritairement les contraceptifs LARC (71) (73). De plus, comme rapporté dans une étude publiée dans le BMC Women's Health, le coût a une influence sur la contraception que les femmes vont choisir (75). En effet, les femmes ont tendance à choisir les contraceptifs SARC, car leurs coûts sont plus avantageux. De plus, la même étude, met en avant que l'une des raisons la plus importante du choix d'un contraceptif SARC est la méconnaissance des contraceptifs LARC (75).

La majorité de nos études interventionnelles ne prennent pas en compte le choix de la femme dans leurs méthodes contraceptives à l'exception du projet Choice qui propose un large panel de contraceptions (71). Il est primordial de favoriser le libre choix lors des consultations dédiées à la contraception, selon la HAS (76). En Suisse, dans le cadre d'un traitement médical, tout individu a le droit à l'information, à un consentement libre et éclairé qui laissent la place au libre choix de tout un chacun (77).

7.2.2 Les contraceptifs les plus adaptés aux moins de 25ans

Les cinq études ne permettent pas de conclure à la contraception la plus adaptée aux femmes de moins de 25 ans. La littérature ne met pas en avant un consensus clair des recommandations dans cette population. Cependant, le respect des choix des jeunes femmes est primordial, comme mentionné plus haut. C'est à elles qu'incombent le choix final, « en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications », elles doivent être accompagnées par des professionnels formés en santé sexuelle (76).

7.3 L'impact sur le taux d'IVG

7.3.1 Selon la population

Dans la majorité de nos études, lorsque la contraception est distribuée gratuitement, il y a une diminution significative du taux d'IVG dans la population générale (69) (71) (73) .

Le taux d'IVG diminue plus fortement pour les jeunes femmes de moins de 25 ans que dans le reste de la population comme nous l'avons déjà écrit plus haut, lorsque la contraception est distribuée gratuitement (69) (73). Muriel M. démontre dans une étude publiée dans la Revue Française des Affaires Sociales, que les grossesses indésirées chez les jeunes femmes peuvent être dues à la précarité économique touchant les jeunes. Cela influencerait les consultations de conseils de santé sexuelle et l'achat des contraceptifs (78).

De plus, comme rapporté dans une étude du journal The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care (79), le coût de la contraception a une incidence sur l'initiation et la compliance des jeunes femmes dans la prise de contraceptifs et par conséquent sur le taux d'IVG chez les moins de 25 ans. De plus, selon l'ancien premier ministre français Jean Castex, la mise en place d'une contraception gratuite dès 2022 en France pour les femmes jusqu'à 25 ans révolu est pertinent, car « c'est un âge qui correspond, en terme de vie économique, sociale et de revenu à davantage d'autonomie » (80).

7.3.2 Selon la contraception

Après analyse des articles sélectionnés, une efficacité supérieure d'une contraception gratuite à l'autre n'a pas été démontrée. Cependant, nous avons remarqué que les méthodes LARC ont toujours un effet positif sur le taux d'IVG dans la population jeune (69) (71) (73). Ces résultats sont retrouvés également dans une étude publiée par The New England Journal of Medicine qui comparent l'utilisation des contraceptifs LARC et SARC chez des jeunes femmes de moins de 21 ans et leur retentissement sur les taux de grossesses indésirées, il est relevé que 25% des femmes de 14 à 17 ans oublient deux pilules voir plus par cycle (81). Il y est également décrit une efficacité supérieure des LARC chez les jeunes de moins de 21 ans dans la prévention des grossesses indésirées. En effet, cette population est vingt fois plus à risque de grossesses indésirées en utilisant des SARC et environ deux fois plus à risque que la tranche d'âge supérieure (> 21 ans) (81).

Avec les différentes études mentionnées ci-dessus, nous relevons l'efficacité supérieure des LARC dans la population des moins de 25 ans. Il est donc pertinent de pouvoir proposer dans un modèle de contraception gratuite, tous types de contraception en soulignant l'efficacité supérieure des LARC pour prévenir les grossesses indésirées.

7.3.3 Selon le lieu

Sydsjö et al. (72) décrit des différences entre les zones rurales et les zones urbaines vis-à-vis du début de la vie sexuelle et par conséquent sur le taux d'IVG dans ces régions. Cependant nous n'avons pas trouvé de littérature pouvant appuyer ces propos. Il nous est donc impossible d'affirmer qu'il y a un lien entre la zone d'habitation et le retentissement sur le taux d'IVG. On sait par ailleurs, qu'il y a une forte corrélation entre le lieu de vie et le niveau socio-économique et par conséquent, sur le taux d'IVG.

Cela soutient l'idée qu'il est nécessaire de rendre la contraception gratuite dans toutes les régions de Suisse sans discrimination, dans le but de faire baisser le taux d'IVG au niveau national.

7.4 Méthodologie des interventions

7.4.1 La promotion la plus efficiente

Dans l'étude de Gyllenberg et al. (69), ainsi que dans l'étude de Peipert et al. (71), les contraceptifs sont fournis dans les centres de planning familiaux. Ce lieu permet d'inclure une population diverse en évitant quelconque discrimination, ce qui n'aurait pas pu être réalisé si les projets avaient été élaborés dans des centres de santés privés. Selon l'OMS (14), le planning familial est le lieu idéal dans la promotion et la distribution de contraceptifs chez les femmes, pour permettre une réduction du nombre de grossesses indésirées. Cela conforte l'idée que le lieu est un facteur important de l'initiation à la contraception. Selon l'étude D'Souza et al. (82) qui analyse les facteurs favorisant la prise de contraception, le planning familial se doit aussi de proposer des consultations confidentielles et gratuites à toutes les femmes y compris les mineures. En Suisse, USSPF offre un service confidentiel, gratuit et offert à toutes et tous (83).

Nous avons pu relever dans nos études un manque de données concernant les professionnels de la santé fournissant les contraceptions, leurs connaissances et leurs formations. Selon une étude de Pritt et al. (84), qui analyse les facteurs favorisant la prise de contraception chez les adolescents, il y a une corrélation importante entre le niveau de connaissances des professionnels sur la contraception et l'initiation des adolescentes aux méthodes LARC. En effet, il a été relevé que les professionnels peu formés et prodiguant des informations erronées et incomplètes, ne favorisent pas la prise de LARC. L'étude de D'Souza et al. (82), relève également que le comportement et l'attitude du professionnel ont un impact sur l'initiation aux contraceptions. Nous pouvons donc en conclure, qu'une adhésion aux méthodes contraceptives, commence par une bonne formation des professionnels dans le but de prodiguer des conseils de qualité, dans un lieu confidentiel, gratuit et sécuritaire. De plus, une étude évaluant l'impact sur les grossesses adolescentes, montre qu'une éducation sexuelle complète permet de réduire le taux de grossesse chez les adolescents de plus de 3% (85).

Ces conseils de qualité permettent à la femme de faire un choix éclairé. Après avoir pu constater l'efficacité supérieure des méthodes LARC sur l'impact sur le taux d'IVG, nous pouvons conclure qu'au moment de la promotion des différentes

contraceptions, il est important de les mettre en avant, comme il l'est fait dans l'étude de Peipert et al. (71).

7.4.2 L'importance du suivi :

Les quatre études proposant une contraception gratuite, ne mentionnent pas le suivi après l'initiation aux différentes contraceptions. Cela soulève un questionnement quant aux vécus des femmes et les raisons d'un potentiel arrêt.

L'étude de Saloranta et al. (70), montre que les LARC ont une efficacité supérieure, mais on constate que certaines femmes arrêtent leur contraception, pour différentes raisons. C'est pourquoi il est pertinent de proposer aux femmes des consultations de suivi, leur permettant de changer de contraception si nécessaire et ainsi éviter un potentiel arrêt sans méthodes contraceptives de substitution. En effet, l'OMS (14) souligne dans une étude, l'importance d'un suivi des femmes après l'initiation à un contraceptif, pour réduire le nombre de grossesses indésirées. Ces derniers mentionnent que « parmi les femmes dont la grossesse non planifiée a mené à un avortement, la moitié avaient abandonné leur méthode contraceptive en raison de problèmes de santé, par crainte d'effets secondaires ou par manque de praticité » (14). Nous en concluons qu'il est important que les femmes puissent venir consulter gratuitement après l'initiation à une contraception. Cela leur permettrait de poser des questions et d'exprimer leur vécu depuis le début de la prise de contraception. Et si nécessaire, réajuster la contraception afin d'éviter un arrêt de cette dernière. Ce suivi devrait être accompagné d'informations pouvant mener à un choix consenti et éclairé.

7.4.3 Homogénéisation des registres du taux d'IVG

Dans l'étude de Sydsjö et al. (72) et Mulligan (73), il y a différents registres de recueil du taux d'IVG et ces derniers ne sont pas obligatoires. Les auteurs soulignent cela comme une limite à leurs résultats. En effet, il faudrait une homogénéisation des registres de recueils d'IVG pour une meilleure analyse de l'influence de la gratuité de la contraception.

7.5 Forces et limites

7.5.1 Originalité de la problématique

L'accès à une contraception gratuite, est un sujet d'actualité. Cela est encore peu mis en place dans le monde. En France, la contraception est proposée gratuitement aux femmes de moins de 26 ans depuis le 1^{er} janvier (42). En Suisse, des projets de lois similaires ont déjà été proposés, mais n'ont jamais abouti pour le moment. Il nous paraissait intéressant de comprendre l'incidence de la contraception gratuite sur le taux d'IVG. De surcroît, lorsqu'on constate que l'accès à l'IVG est menacé dans plusieurs pays du monde. Par exemple, aux États-Unis après l'abolition de la loi Roi V. Wade et même en Suisse où les partis politiques de l'extrême droite, proposent régulièrement des lois qui portent atteinte à la liberté d'avorter.

Il nous semble essentiel en tant que sage-femme et promotrice de la santé sexuelle, de pouvoir prévenir les grossesses indésirées et leurs conséquences.

Nous avons pris le parti dans ce travail de nous concentrer sur la tranche d'âge des moins de 25 ans. Nous justifions ce choix par la présence de différents projet similaires déjà mis en place dans d'autres pays, comme la France. De plus, nous savons que cette tranche d'âge est sujet à la précarité économique, notamment par son statut d'étudiant. De surcroît, les mineures sont possiblement dans la difficulté de parler de leur santé sexuelle avec leur famille ce qui ajouterait une barrière à l'accès à une contraception adaptée à leur besoin. De plus, nous savons qu'une grossesse chez des mineures est plus à risque à des problème de santé physiques et psychiques. Cette problématique nous tient à cœur, car nous et nos proches avons été confrontés à un choix restreint de méthodes contraceptives dues à des coûts trop importants. Il nous semble impensable qu'en 2023 en Suisse, l'accès à une contraception égalitaire pour tous ne soit pas un droit acquis des femmes. L'avortement reste une solution de dernier recours dans le cadre de grossesses indésirées. Il serait nécessaire d'agir en amont, par la prévention primaire en travaillant sur l'accès à la contraception pour toutes. Notre pays a toujours été en retard quant aux droits des femmes. Il est donc évident que des changements doivent s'opérer rapidement.

7.5.2 Les articles sélectionnés

Le panel réduit d'études répondant à notre question de recherche, nous a contraintes de choisir ces cinq articles. En effet, aujourd'hui, le sujet est récent et peu étudié dans la littérature. Il aurait été intéressant d'avoir une étude sur la gratuité de la contraception en France, étant donné la proximité de ce pays avec le nôtre. Nous aurions apprécié avoir plus de choix, pour cibler des articles plus pertinents. Cependant, nous avons deux études observationnelles et deux études interventionnelles, ce qui est intéressant pour la comparaison. Malheureusement, les deux études observationnelles ne ciblaient pas exclusivement les régions prodiguant gratuitement ou remboursant la contraception, ce qui nous a mis en difficulté pour l'analyse et pour trouver des résultats pertinents pour le travail. De plus, les deux études interventionnelles n'avaient pas une méthodologie toujours bien développée, plus particulièrement concernant le suivi des patientes après initiation de la contraception. En effet, plusieurs variables peuvent influencer la prise de contraception en plus du coût de cette dernière, les auteurs ne les ont pas toujours prises en compte. L'étude qualitative, qui ne répondait pas directement à notre question de recherche, nous a permis d'apporter une vision plus globale sur les facteurs impactant l'arrêt d'une contraception, ce qui nous a aidé à proposer des projets adaptés à notre rôle sage-femme. En effet, nos études ne mentionnent pas le rôle de la sage-femme, et il a été parfois difficile d'en ressortir des éléments utiles à notre pratique.

Les articles sélectionnés ont réuni un large panel de populations différentes et diverses méthodes contraceptives, cependant, nous sommes conscientes que les méthodes masculines ne sont pas représentées dans les projets. Il serait essentiel de les inclure dans un modèle de contraception gratuite. Il a également été difficile de dissocier grossesses indésirées et avortement dans ce travail.

7.5.3 Les principes éthique de Beauchamp & Childress (86)

La bienfaisance : l'idée principale de ces études est d'améliorer la santé sexuelle et psychique des femmes en leur permettant d'avoir accès à une contraception gratuite et ainsi éviter les conséquences de l'IVG, nous pouvons dire que le principe de bienfaisance a été respecté.

Bienveillance : pour que le principe de bienveillance soit totalement respecté, il s'agirait de fournir un suivi adapté, pratiqué par des professionnels formés en santé sexuelle. Ainsi, les femmes seraient assurées d'une prise en soin de qualité.

La justice : nous avons pu observer une discrimination de certaines femmes dans les études. Il paraît pertinent, d'inclure toutes les femmes pour un besoin d'équité.

L'autonomie : nous avons discuté tout au long du travail, du manque de choix laissé à la femme dans sa décision de contraception. Le choix éclairé n'est majoritairement pas respecté dans nos études. Nous voudrions, dans la pratique, promouvoir les LARC tout en donnant suffisamment d'informations sur les autres contraceptions pour que la femme puisse faire un choix éclairé.

7.6 Perspectives

La gratuité de la contraception semble influencer le taux d'IVG. Cependant, nous avons pu voir en avançant dans notre travail de recherche, que d'autres facteurs peuvent avoir un impact sur la compliance à la contraception et ainsi diminuer le risque d'IVG. En effet, nous avons pu constater qu'une éducation sexuelle complète, des conseils de qualité prodigués par des professionnels formés en santé sexuelle, dans un lieu adéquat et le suivi ont une incidence sur la compliance à la contraception. Cela nous permet d'apporter de nouveaux éléments à notre question de recherche. Par la suite il serait intéressant de rechercher les facteurs agissant sur une bonne compliance. Cela serait pertinent dans notre rôle sage-femme et dans la mise en place de projets visant à réduire le taux de grossesses indésirées.

8. Retour dans la pratique

8.1 Cours sur la contraception

Le Fonds des Nations Unies pour la population énonce que « la majorité des adolescent-e-s n'ont pas suffisamment de connaissances pour prendre ces décisions en toute responsabilité, ce qui les rend vulnérables aux rapports sexuels forcés, aux infections sexuellement transmissibles et aux grossesses non désirées » (87). Cette éducation complète à la sexualité est primordiale pour «le traitement de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes » (62). En Suisse, la Confédération (88) soutient que l'éducation sexuelle, doit être adaptée à l'âge des participants.

Nous souhaitons proposer un projet pilote et hypothétique qui serait un complément à l'éducation sexuelle déjà en place à Genève en ciblant essentiellement la contraception. Cette-dernière est abordée pour la première fois à l'école primaire et par la suite au secondaire II dans le cadre de l'éducation sexuelle qui regroupe différentes thématiques (89). Les nombreux sujets abordés lors de ces cours ne permettent pas d'approfondir la question de la contraception. Nos résultats ont montré qu'il était important que l'information concernant la contraception soit apportée par des professionnels formés en santé sexuelle. Nous souhaiterions que ces cours soient donnés par des sage-femmes après l'obtention du DAS (Diploma of Advanced Studies) en santé sexuelle (90).

Cours d'éducation à la contraception pour tous au collège/ECG/apprentissage (Secondaire II) :



Déroulement du cours
Questions anonymes : possibilité pour les jeunes de poser des questions de manière anonyme sur un papier à propos de la contraception et des IVG. Nous y répondrons tout au long du cours.
Explication du cycle menstruel
Présentation des moyens de contraception, non hormonal incluse, avec le tableau d'Indice de Pearl (Cf. Figure 2). Explication des effets secondaires.
Discussion sur les méthodes contraceptives masculines
Promotion de l'efficacité supérieure des LARC, appuyée par nos résultats de notre travail.
Insister sur l'importance du préservatif pour la prévention des IST.
Parler de la contraception d'urgence (pilule et DIU en cuivre) et des lieux où ils peuvent se la procurer.
Parler des IVG et des lieux de prise en soins.
Parler des endroits où ils peuvent discuter de contraception avec des professionnels et des endroits pour y avoir accès (USSPF, Santé jeune, gynécologue).
Table ronde autour de la contraception et des représentations des participants. Reprise des questions qui non pas été répondues.
Donner flyer d'information sur les différentes contraceptions et liens utiles. <ul style="list-style-type: none"> - Le lien des fiches Sex-I sur les méthodes contraceptives (91) - Flyer Contraception : les critères qui aident au choix (92)

8.2 Consultation 6 semaines post-partum

Selon l'article 16 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) (93), la sage-femme peut réaliser un examen gynécologique entre la 6^{ème} et la 10^{ème} semaine post-partum qui sera remboursé par l'assurance de base.

Selon le Royal College of Obstetricians & Gynecologists (94), il serait judicieux d'aborder la question de la contraception déjà en prénatal. De plus, il est prouvé que les femmes recevant des informations sur la santé sexuelle en post-partum ont significativement plus de chance de choisir une contraception qui leur convient (95).

En Suisse, la sage-femme joue surtout un rôle dans la prévention et les conseils en lien avec la contraception. Il serait intéressant que la sage-femme acquière les compétences nécessaires à la réalisation de cette consultation en autonomie dans la physiologie, car la consultation six semaines post-partum est majoritairement réalisée par des gynécologues.

Pour cela, il serait important de former les sages-femmes à la pose de contraceptifs de type implant et stérilet (LARC). Il faudrait également donner plus d'autonomie dans la prescription d'ordonnances des contraceptifs de type SARC et LARC.

En France, ces habilités sont déjà incluses dans la formation sage-femme (96). En Suisse, les conseils en matière de santé sexuelle et l'explication des différents contraceptifs font parties de nos compétences. L'autonomie quant à la prescription et la pose de contraception seraient donc dans la continuité des compétences sages-femmes. Cela laisserait la pathologie aux gynécologues et les déchargerait eux qui sont souvent peu accessibles en Suisse.

Ainsi, donner la possibilité aux sages-femmes d'exercer leurs compétences, serait un atout majeur dans le système de santé Suisse.

8.3 Pétition

Ce projet a pour but d'interpeler la population sur l'accès à la contraception chez les jeunes de moins de 25 ans. L'idée étant de parler avec la population des contraceptions et de leurs coûts. Serait-elle favorable à la gratuité des contraceptifs ? Cela influencerait-il leur choix ? Cela préviendrait-il les IVG ?

Nous avons rédigé un texte hypothétique de pétition dans le but d'ouvrir le débat et d'évaluer la probabilité pour qu'un tel projet se mette en place. Nous avons pris le parti d'écrire cette pétition en écriture inclusive, pour pouvoir éviter les discriminations de genre. Nous sommes conscientes que nous aurions pu utiliser cette inclusion tout au long de notre travail, mais nous avons décidé de ne pas le faire, pour des raisons de facilité et également parce que les articles sélectionnés n'en font pas la distinction.

Texte proposé :

« Égalité d'accès à la contraception pour les personnes menstruées de moins de 25 ans !

En Suisse, les assurances ne remboursent pas les contraceptifs, à l'exception de certaines assurances complémentaires. Cette problématique est fréquemment discutée. Plusieurs projets de lois ont été proposés sans jamais aboutir. La majorité des personnes menstruées paye entièrement leur contraception. Il est nécessaire que le remboursement de cette dernière soit inclus dans la LaMal.

Aujourd'hui encore, le coût a un impact sur le choix des contraceptifs. Cela ne devrait plus être un frein. Chacun.e.x devrait pouvoir choisir son ou ses contraceptifs en fonction d'autres variables tels que l'efficacité, les effets indésirables, les souhaits et ainsi éviter les inégalités induites par le statut économique.

Les personnes menstruées de moins de 25 ans sont touchées par la précarité économique et l'accès à la contraception est compliqué. En France, depuis janvier 2022, iels ont accès à une contraception gratuite, pourquoi cela ne serait-il pas applicable en Suisse ?

On sait qu'une contraception adaptée et accessible permet d'éviter les grossesses indésirées et les avortements. Ainsi, que tous les problèmes physiques et/ou psychologiques qui en découlent.

Pourquoi l'État finance-t-il les coûts liés à l'avortement et à ses conséquences, mais n'agit-il pas en amont en améliorant l'accès à la contraception ?

Nous demandons que toutes les contraceptions soient accessibles gratuitement sans avance de frais à tout.e.x les personnes menstruées de moins de 25ans. Ainsi, que

la prise en charge complète hors franchise d'assurance (LaMal) des consultations et actes médicaux dédiés à la contraception.

Si vous êtes touché.e.x de près ou de loin par cette problématique, rejoignez notre combat en signant cette pétition !

Pour plus d'informations : contraceptionegalitaire@gmail.com »

9. Conclusion

L'accès à la contraception est encore inégalitaire et discriminant en Suisse. La baisse du taux d'avortement est une question de santé publique. En tant que sage-femme, nous avons un rôle à jouer dans la prévention et la promotion de la santé génésique des femmes. Notre objectif dans ce travail était de rechercher l'impact de la contraception gratuite chez les femmes de moins de 25 ans sur la pratique d'interruption de grossesse. Ainsi, selon cette revue de littérature incluant les articles de Gyllenberg et al. (69), Saloranta et al. (70), Peipert et al. (71), Sydsjö et al. (72) et Mulligan (73), il est apparu que lorsque la contraception est distribuée gratuitement il y a une augmentation significative de son initiation dans la population générale et plus particulièrement chez les femmes de moins de 25 ans. De plus, quand toutes les contraceptions sont proposées gratuitement, on observe une initiation majoritaire des LARC par rapport aux SARC. Il est également ressorti qu'une promotion et des conseils de qualité concernant la contraception, donnés par du personnel formé en santé sexuelle augmentent l'initiation aux contraceptifs. Cela nous permet de conclure que de bonnes informations sont nécessaires pour mener les femmes vers un choix éclairé et informés. Le suivi est aussi un facteur déterminant de la diminution du taux d'IVG, car il permet si nécessaire de réorienter les femmes vers une contraception qui leur convient et éviter un arrêt total de cette dernière. Les articles démontrent que la baisse du taux d'IVG chez les jeunes de moins de 25 ans est supérieure au reste de la population dans un modèle de contraceptions gratuites. Les personnes à faibles revenus économiques et sociales sont plus sensibles à une diminution du taux d'IVG dans un modèle similaire. Les différentes données récoltées dans nos articles sélectionnés ne nous permettent pas de conclure à une efficacité supérieure d'une contraception gratuite à une autre. Cependant, nous pouvons remarquer que les méthodes LARC ont toujours un impact positif et

significatif sur la diminution du taux d'IVG chez les jeunes femmes de moins de 25 ans et sur le reste de la population.

Nous pouvons conclure au terme de ce travail, avec l'appui d'autres études et recommandations, que la diminution du taux d'IVG résulte de multiples facteurs. L'éducation sexuelle, le lieu distribution des méthodes contraceptives, la gratuité des contraceptifs, la qualité de l'information, la formation des professionnels et le suivi ont leur importance dans la préventions des avortements. La gratuité de la contraception reste un élément primordiale diminuant le taux d'avortement, et il serait important de permettre aux femmes de moins de 25 ans l'accès à une contraception gratuite.

Bibliographie :

1. OMS. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [En ligne]. 2017 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Avortement [En ligne]. 2021 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
3. Amnesty International. Pologne, la régression en matière d'accès à l'avortement porte préjudice aux femmes. [En ligne]. 2022 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2022/01/poland-regression-on-abortion-access-harms-women/>
4. Office fédéral de la statistique. Interruptions de grossesse [En ligne]. 2022 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>
5. Office fédéral de la statistique. Nombre d'interruptions de grossesse par classe d'âge, selon le lieu de domicile. [En ligne]. 2023 [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/26386394>
6. Office des Nations unies à Genève. [En ligne]. 2022 [cité 9 nov 2022]. Le nombre alarmant de grossesses non planifiées révèle l'incapacité à faire respecter les droits des femmes (UNFPA). Disponible sur: <https://www.ungeneva.org/fr/news-media/news/2022/03/le-nombre-alarmant-de-grossesses-non-planifiees-revele-lincapacite-faire>
7. Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale [En ligne]. 2022 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
8. Nations Unies. Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles [En ligne]. 2015. [cité 9 nov 2022] Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/gender-equality/>
9. Nations Unies. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge [En ligne]. Développement durable. 2015 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
10. European Parliamentary Forum. European Contraception Atlas 2020 | EPF [En ligne]. 2020. [cité 9 nov 2022] Disponible sur: <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>
11. Hodgers A. Gratuité des moyens contraceptifs pour les femmes de moins de vingt ans [En ligne]. 2013 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20133494>
12. FKG-CSS. Conférence spécialisée Santé des Hautes Écoles Spécialisées Suisses [En ligne]. 2021 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://fkg-css.ch/>
13. Santé Sexuelle Suisse. Santé Sexuelle Suisse [En ligne]. 2021 [cité 25 juill 2023]. Accès à la contraception pour toutes et tous ! Disponible sur: <https://www.sante-sexuelle.ch/nos-activites/actualites/acces-a-la-contraception-pour-toutes-et-tous>
14. Organisation Mondiale de la Santé. Selon une nouvelle étude de l'OMS, le nombre élevé de grossesses non désirées est lié au manque de services de planification familiale [En ligne]. 2019

- [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
15. Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales. Contraception [En ligne]. 2012 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/contraception>
 16. Organisation Mondiale de la Santé. Contraception [En ligne]. 2022 [cité 27 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/contraception>
 17. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
 18. Sexual Health Info. Les méthodes naturelles [En ligne]. 2019 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/les-methodes-naturelles>
 19. Sexual Health Info. Pratiques contraceptives peu sûres [En ligne]. 2018 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/index.php?L=1&id=33>
 20. Serfaty D. La contraception. Paris : ESKA; 2016.
 21. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire
 22. Sexual Health Info. La pilule oestroprogestative à 21 comprimés, avec pause [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/la-pilule>
 23. Sexual Health Info. L'anneau vaginal [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/lanneau-vaginal>
 24. Sexual Health Info. Le patch transdermique [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/le-patch-transdermique>
 25. Sexual Health Info. La pilule progestative [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/la-pilule-progestative-minipilule>
 26. Sexual Health Info. L'implant sous-cutané [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/limplant-sous-cutane>
 27. Sexual Health Info. Les dispositifs intra-utérins [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/les-dispositifs-intra-uterins>
 28. Sexual Health Info. Le préservatif féminin [En ligne]. 2018 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/index.php?L=1&id=27>
 29. Sexual Health Info. Le diaphragme [En ligne]. 2019 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/le-diaphragme>
 30. Sexual Health Info. La stérilisation féminine/masculine [En ligne]. 2019 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/la-sterilisation-feminine-masculine>

31. Haute Autorité de Santé [En ligne]. 2019 [cité 25 juill 2023]. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
32. Sexual Health Info. La contraception masculine [En ligne]. 2019 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception/la-contraception-masculine>
33. Sexual Health Info. La contraception d'urgence [En ligne]. 2018 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/index.php?L=1&id=69>
34. Hôpitaux Universitaires Genève. Contraception d'urgence [En ligne]. [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial/contraception-durgence>
35. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum [En ligne]. 2019 [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
36. Chung D, Ferro E, Narring F, Bettoli Musy L. Contraception et interruption de grossesse. Revue Médicale Suisse. [En ligne] 2015 [cité 6 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-487/contraception-et-interruption-de-grossesse>
37. Office fédéral de la statistique. La contraception en Suisse [En ligne]. 2021 [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/15844494>
38. Office fédéral de la santé publique. L'assurance maladie obligatoire, guide [En ligne]. 2022. [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/krankenversicherung/sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.pdf.download.pdf/broschuere-sie-fragen-wir-antworten-f.pdf>
39. Santé sexuelle suisse. Contraception [En ligne]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sante-sexuelle.ch/themes/contraception>
40. Secrétariat du grand conseil. M 2568 [En ligne]. 2021 [cité 26 juill 2023] Disponible sur: <https://ge.ch/grandconseil/data/texte/M02568A.pdf>
41. Assemblée parlementaire. APCE - Résolution 2331 (2020) - Autonomiser les femmes: promouvoir l'accès à la contraception en Europe [En ligne]. 2020 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28675&lang=FR>
42. Direction de l'information légale et administrative française. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [En ligne]. 2022 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
43. La sécurité sociale. Moins de 26 ans : certains préservatifs désormais pris en charge à 100 % sans ordonnance [En ligne]. 2023 [cité 4 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/moins-de-26-ans-certains-preservatifs-desormais-pris-en-charge-100-sans-ordonnance>
44. Unité de santé sexuelle et planning familial. Santé sexuelle et planning familial : Consultations gratuites et confidentielles [En ligne]. 2019 [cité 5 août 2022]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/depliant_unite_sante_sexuelle_et_planning_familial.pdf
45. Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales. Avortement [En ligne]. 2012 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/avortement>

46. Hôpitaux universitaires Genève. Interruption de grossesse [En ligne]. 2022 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/gynecologie/interruption-grossesse>
47. Hôpitaux universitaires Genève. Lois et délais légaux [En ligne]. 2019 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/gynecologie/lois-delaix-legaux-0>
48. Compendium. Cytotec [En ligne]. 2023 [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://compendium.ch/fr/product/17772-cytotec-tabl-200-mcg/mpro>
49. Hôpitaux Universitaires Genève. Interruption de grossesse médicamenteuse avec hospitalisation [En ligne]. [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/gynecologie/interruption-grossesse-medicamenteuse-avec-hospitalisation>
50. Hôpitaux Universitaires Genève. Interruption de grossesse médicamenteuse à domicile [En ligne]. [cité 25 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/gynecologie/interruption-grossesse-medicamenteuse-domicile>
51. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement : Résumé d'orientation [En ligne]. 2022 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiG6tqpgqyAAxWT3glHHeMGA3EQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Frest%2Fbitstreams%2F1416757%2Fretrieve&usg=AOvVaw0B6O3b3hzuMxXexen2aLv&opi=89978449>
52. Hôpitaux Universitaires Genève. Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) [En ligne]. 2021 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/interruption-therapeutique-grossesse-itg>
53. RO 2002 2989 - Code pénal suisse (Interruption de grossesse) [En ligne]. 2002 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2002/429/fr>
54. Le planning familial. Ceci n'est pas un cintre mais le symbole des avortements illégaux. [En ligne]. 2016 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-lisere-38/vie-du-mouvement/cecineestpasuncintre-mais-le-symbole-des>
55. Office fédéral de la justice. Interruption de grossesse [En ligne]. 2005. [cité 29 sept 2022] Disponible sur: <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/schwangerschaftsabbruch.html>
56. Estermann Y. Réduire le nombre d'avortements tardifs en Suisse [En ligne]. 2020 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20203191>
57. Porchet Léonore. Pour que l'avortement soit d'abord considéré comme une question de santé et non plus une affaire pénale [En ligne]. [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20220432>
58. RS 832.10 - Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) [En ligne]. 2023 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr#art_30
59. Etat de Vaud. Interruption de grossesse Vaud [En ligne]. 2021 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/interruption-de-grossesse/>

60. Parlement Suisse. Financer l'avortement est une affaire privée. Initiative populaire (12.052) [En ligne]. 2012 [cité 4 août 2023]. Disponible sur: <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20120052#!#AffairSummary>
61. Haute Autorité de Santé. Présentation générale [En ligne]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
62. Organisation des Nations unies pour l'éducation la science et la culture. Pourquoi l'éducation complète à la sexualité est importante [En ligne]. 2018 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante>
63. International Confederation of Midwives. Code de déontologie international pour les sages-femmes. [En ligne]. 2014 [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <https://internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/code-de-deontologie-international-pour-les-sages-femmes.html>
64. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. [En ligne]. 2019 [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1753312/fr/contraception-chez-la-femme-apres-une-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg
65. Organisation Mondiale de la Santé. Grossesse chez les adolescentes [En ligne]. 2023 [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
66. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction [En ligne]. 2019 [cité 24 déc 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311413>
67. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* [En ligne]. 2006 [cité 26 juill 2023];47(1):16-24. Disponible sur : <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x>
68. Office fédéral de la statistique. Office fédéral de la statistique [En ligne]. 2021 [cité 27 juill 2023]. Taux de pauvreté, selon différentes caractéristiques. Disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/24205290>
69. Gyllenberg F, Juselius M, Gissler M, Heikinheimo O. Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge, Method Initiation, and Abortion Rates in Finland. *Am J Public Health*. avr 2018;108(4):538-43.
70. Saloranta TH, Gyllenberg FK, But A, Gissler M, Laine MK, Heikinheimo O. Free-of-charge long-acting reversible contraception: two-year discontinuation, its risk factors, and reasons. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(6):886.e1-886.e17.
71. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura M. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. 2014;14.
72. Sydsjö A, Sydsjö G, Bladh M, Josefsson A. Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden. *BMC Public Health*. 2014;14:523.
73. Mulligan K. Contraception Use, Abortions, and Births: The Effect of Insurance Mandates. *Demography*. 2015;52(4):1195-217.

74. Portner V. Evolution de la contraception : De la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes [En ligne]. 2019 [cité 31 juill 2023] Disponible sur : https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Portner_Travail-de-diplome.pdf
75. Tibaijuka L, Odongo R, Welikhe E, Mukisa W, Kugonza L, Busingye I, et al. Factors influencing use of long-acting versus short-acting contraceptive methods among reproductive-age women in a resource-limited setting. *BMC Womens Health* [En ligne]. 2017 [cité 02 août 2023];17:25. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379613/>
76. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [En ligne]. 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
77. Office fédéral de la santé publique. Vos droits dans le cadre d'un traitement médical [En ligne]. 2022 [cité 4 juill 2023]. Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital.html>
78. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. *Rev Fr Aff Soc* [En ligne]. 2011 [cité 4 juill 2023];(1):162-98. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-162.htm>
79. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [En ligne]. 2016 [cité 2 août 2023];21(6):417-430. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13625187.2016.1237629?needAccess=true&role=button>
80. Service d'information du Gouvernement. Dès 2022, la contraception sera gratuite pour les femmes de moins de 25 ans [En ligne]. 2021 [cité 3 août 2023]. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/actualite/des-2022-la-contraception-sera-gratuite-pour-les-femmes-de-moins-de-25-ans>
81. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med* [En ligne]. 2012 [cité 4 juill 2023];366(21):1998-2007. doi : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110855>
82. D'Souza P, Bailey JV, Stephenson J, Oliver S. Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept* [En ligne]. 2022 [cité 6 avr 2023];27(5):364-72. doi : [10.1080/13625187.2022.2096215](https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215)
83. Santé sexuelle Suisse. Unité de santé sexuelle et planning familial [En ligne]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.sante-sexuelle.ch/consultancies/unite-de-sante-sexuelle-et-planning-familial>
84. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* [En ligne] 2017 [cité 6 avr 2023];30(1):18-22. doi : [10.1016/j.jpag.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.07.002)
85. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A* [En ligne]. 2022 [cité 7 août 2023];119(8). doi : [10.1073/pnas.2113144119](https://doi.org/10.1073/pnas.2113144119)
86. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. 459 p.

87. Fonds des Nations Unies pour la population. Éducation complète à la sexualité [En ligne]. 2021 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/fr/%C3%A9ducation-compl%C3%A8te-%C3%A0-la-sexualit%C3%A9#readmore-expand>
88. Office fédéral de la santé publique. Education sexuelle [En ligne]. 2018 [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/sexualaufklaerung.html>
89. Service de santé de l'enfance et de la jeunesse. Sexualité, santé, bien-être : à l'école, c'est tout un programme [En ligne]. 2022 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ge.ch/node/13439>
90. Université de Genève. DAS - Santé sexuelle : interventions par l'éducation et le conseil [En ligne]. 2023 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <https://www.unige.ch/formcont/cours/das-sante-sexuelle>
91. Sexual Health Info. La contraception [En ligne]. 2019 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <https://www.sex-i.ch/fr/la-contraception>
92. Unité de santé sexuelle et planning familial. Contraception : tour d'horizon [En ligne]. 2014 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/2014_tableau_contraception_tour_d_horizon.pdf
93. Confédération Suisse. RS 832.112.31 - Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [En ligne]. 2023 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr#art_16
94. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best practice in postpartum family planning [En ligne]. 2015 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <http://www.glowm.com/pdf/best-practice-paper-1---postpartum-family-planning.pdf>
95. Lee JT, Tsai JL, Tsou TS, Chen MC. Effectiveness of a theory-based postpartum sexual health education program on women's contraceptive use: a randomized controlled trial. Contraception. [En ligne]. 2011 [cité 6 juill 2023];84(1):48-56. doi : 10.1016/j.contraception.2010.11.008
96. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. [En ligne]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>