



**HAL**  
open science

# Évaluation des connaissances et des sources d'information sur la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 35 ans en Île-de-France

Tess Orezzaoli

► **To cite this version:**

Tess Orezzaoli. Évaluation des connaissances et des sources d'information sur la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 35 ans en Île-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03388943

**HAL Id: dumas-03388943**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03388943>**

Submitted on 20 Oct 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 295

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Évaluation des connaissances et des sources d'information  
sur la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 35 ans  
en Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement  
le 5 décembre 2019

Par

***Tess OREZZOLI***

Née le 3 décembre 1990 à Nouméa (98)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie Msika Razon

Jury :

M. Le Professeur Morgan Roupert, PU-PH ..... Président

Mme Le Professeur Anne Bachelot, PU-PH

M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

# Remerciements

---

## **A mon jury**

A Monsieur le Professeur Morgan Rouprêt, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, recevez l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Anne Bachelot, à Monsieur le Professeur Robert Sourzac qui ont accepté de juger mon travail. Qu'ils soient assurés de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marie Msika Razon, qui m'a accompagnée à travers l'internat et l'écriture de la thèse et qui m'a donné un exemple à suivre. Merci pour ta gentillesse et tes encouragements.

## **A ma famille**

A mes parents qui m'ont toujours soutenue quoi que j'entreprenne. Merci de m'avoir portée jusqu'ici grâce à votre amour. Et plus particulièrement à ma mère, merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis toutes ces années ; des devoirs d'art plastique qui n'étaient jamais terminés à temps à la relecture de cette thèse.

A Jeremy, mon amour et mon soutien de chaque jour. Merci pour ta patience inébranlable, que ce soit avec moi ou avec Excel, ton incroyable persévérance, surtout quand il s'agit de m'embêter, et ta capacité à me faire voir le bon côté de chaque chose.

A toute ma famille maternelle. A mon grand-père, pour ses sourires et sa fierté. A ma grand-mère, où qu'elle soit, merci de m'avoir appris à toujours me remettre en question. Je n'aurais pas été le même médecin sans toi. A mes oncles et tantes pour votre humour et votre présence qu'elle qu'ait été la distance qui nous séparait. A Auxane, sans qui je n'aurais jamais décidé d'entamer ces études et serais probablement devenue une prof de maths caractérielle.

A toute ma famille paternelle, et plus particulièrement mes grands-parents.

A ma belle-famille, qui m'a si facilement intégrée, merci pour votre affection. A Guillaume, pour son aide inestimable en statistiques mais surtout pour son obstination à me contredire.

## **A mes amis**

A Laura, 15 ans d'amitié, des bancs du lycée aux strapontins du métro parisien. Merci d'avoir autant de caractère que moi, de m'entraîner sur des goélettes en pleine tempête et de réussir à me faire sourire avec tes blagues à deux sous.

A Arthur, mon fidèle compagnon de voyage. Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin et d'accepter sans hésitation mes idées les plus farfelues, qu'elles consistent à partir au bout du monde par -20°C ou à aller randonner en pleine cambrousse.

A Marion, de la cité universitaire aux déménagements multiples, tu as toujours su être présente, et cela même après qu'Alexandre ait rejoint l'équation. Merci pour votre bienveillance et votre patience à tous les deux.

A Héloïse et Hélène, mes belles parisiennes et premières compagnes d'amphi, sans vous l'externat aurait été bien ennuyeux et l'académie de la bière aurait fait faillite depuis longtemps. J'espère un jour pouvoir vous emmener sous les tropiques.

A Diane, parce que les études de médecine m'ont permis de croiser ton chemin. Merci pour ta confiance, ta blondeur, et ta motivation sans limite. Sache que je te pardonne les wraps dont je n'ai jamais vu la couleur.

A tous mes amis, à Elodie pour tous ces souvenirs partagés depuis ma poussette et son vélo à petites roues, à Stéphane pour ses repas légendaires et ses cours en biophysique, à Julie toujours là après ces nombreuses années malgré sa bougeotte, à Kevin et Laura pour leurs encouragements à distance, à Nelly et Fredo pour leur soutien ensoleillé.

A tous mes co-internes, sans qui ces dernières années n'auraient pas été les mêmes. Plus spécialement, merci à Jeanne et Astrid, pour tous ces beaux moments partagés, à l'hôpital et en dehors, ainsi que ceux à venir.

A Florence et Guillemette, mes deux premières chefs, vous avez su me donner confiance en moi, merci de m'avoir accompagnée pendant ces six mois et de continuer à être là bien après.

A Laurence, qui me supporte depuis maintenant deux ans, malgré mes compétences discutables en comptabilité et en informatique.

A toutes les équipes des services où je suis passée, j'ai appris énormément à vos côtés.

Et enfin, à toutes mes patientes, et un peu moins nombreux patients, grâce à qui je suis fière d'exercer un métier qui me passionne.

## Liste des abréviations

---

BEH :	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CeGIDD :	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CU :	Contraception d'Urgence
CUH :	Contraception d'Urgence Hormonale
DIU :	Dispositif Intra-Utérin
FDA :	Food and Drug Administration
IST:	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
LNG :	Levonorgestrel
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORS :	Observatoire Régional de Santé
SUMPPS :	Service Universitaire ou Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Prévention de la Santé
UPA :	Ulipristal Acétate

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>4</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>I. GENERALITES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....</b>	<b>11</b>
I.A. HISTORIQUE.....	11
I.B. MODE D'ACTION ET EFFICACITE.....	12
I.B.1. Contraception d'urgence hormonale : « la pilule du lendemain ».....	12
a. Lévonorgestrel.....	12
b. Ulipristal acétate.....	13
I.B.2. DIU cuivre.....	15
a. Mode d'action.....	15
b. Efficacité.....	15
c. Contre-indications.....	15
d. Effets indésirables.....	15
<b>II. ETAT DES LIEUX EN FRANCE.....</b>	<b>16</b>
II.A. COUVERTURE CONTRACEPTIVE EN FRANCE.....	16
II.B. GROSSESSES NON PREVUES ET IVG.....	17
II.B.1. Grossesses non prévues.....	17
II.B.2. IVG.....	17
II.C. ACCES A LA CU.....	19
II.C.1. Mise au point législative.....	19
II.C.2. Mise à disposition.....	19

a. Délivrance.....	19
b. Prise en charge.....	20
c. Délivrance anticipée .....	20
II.D. UTILISATION DE LA CU.....	21
II.D.1. Recours à la CU .....	21
II.D.2. Freins .....	22
a. Perception du risque de grossesse.....	22
b. Recours effectif à la CU .....	22
c. Manque de connaissances sur la CU .....	23
II.E. CAMPAGNES D’INFORMATION .....	24
<b>III. OBJECTIFS DE L’ETUDE.....</b>	<b>25</b>
<b><u>MATERIEL ET METHODE .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
<b>I. TYPE D’ETUDE .....</b>	<b>26</b>
<b>II. POPULATION.....</b>	<b>26</b>
II.A. CRITERES D’INCLUSION .....	26
II.B. CRITERES D’EXCLUSION.....	26
<b>III. METHODE DE COLLECTE DES DONNEES .....</b>	<b>26</b>
<b>IV. DONNEES RECUEILLIES .....</b>	<b>27</b>
<b>V. RECUEIL ET ANALYSES STATISTIQUES DES DONNEES.....</b>	<b>27</b>
<b>VI. FINANCEMENT .....</b>	<b>28</b>
<b><u>RESULTATS .....</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b>I. FLOW CHART .....</b>	<b>29</b>
<b>II. OBJECTIF PRINCIPAL : DESCRIPTION DES SOURCES D’INFORMATION ET DES CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA CU EN ILE-DE-FRANCE.....</b>	<b>30</b>
II.A. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L’ETUDE .....	30
II.A.1. Age.....	30
II.A.2. Niveau d’études .....	30



II.A.3. Avez-vous une contraception ?.....	31
II.A.4. Type de contraception utilisée .....	32
II.A.5. Antécédent d'IVG.....	32
II.B. RECOURS A LA CU .....	33
II.B.1. Information sur la CU reçue de la part de leur médecin traitant .....	33
II.B.2. Utilisation antérieure d'une contraception d'urgence .....	33
II.B.3. Type de contraception d'urgence utilisée.....	34
II.B.4. Vécu de la CU.....	35
II.C. CONNAISSANCES DES PATIENTES SUR LA CU .....	36
II.D. SOURCES D'INFORMATION ET ATTENTES DES PATIENTES.....	40
II.D.1. Sources d'information sur la contraception d'urgence .....	40
II.D.2. Attentes lors d'une consultation axée sur la contraception en médecine générale. ....	41
II.D.3. Utilité de la médiatisation de la CU.....	42
II.D.4. Recours systématique à une CU dans l'avenir en cas de risque de grossesse non désirée ....	43
II.D.5. Type de CU envisagée pour l'avenir en cas de réponse positive.....	43
<b>III. OBJECTIFS SECONDAIRES : LIEN ENTRE CU, FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET INFORMATION.....</b>	<b>45</b>
III.A. LIEN ENTRE ANTECEDENT D'UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE, FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SOURCES D'INFORMATION .....	45
III.B. LIEN ENTRE CONNAISSANCES DES PATIENTES EN CONTRACEPTION D'URGENCE, FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SOURCES D'INFORMATION .....	47
III.C. LIEN ENTRE INFORMATION DES PATIENTES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE, FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ANTECEDENTS.....	49
III.D. RECOURS FUTUR SYSTEMATIQUE A LA CU EN CAS DE RAPPORT JUGE A RISQUE DE GROSSESSE 50	
III.E. LIEN ENTRE SOURCES D'INFORMATION ET FACTEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUES .....	52
<b><u>DISCUSSION</u> .....</b>	<b>54</b>
<b>I. RESULTATS PRINCIPAUX.....</b>	<b>54</b>
I.A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	54
I.B. CONNAISSANCES SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE .....	54

I.C. SOURCES D'INFORMATION ET ATTENTES DES PATIENTES .....	56
<b>II. RESULTATS SECONDAIRES .....</b>	<b>56</b>
<b>III. POINTS FORTS DE L'ETUDE .....</b>	<b>57</b>
<b>IV. LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>57</b>
<b>V. PERSPECTIVES .....</b>	<b>57</b>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>59</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIES.....</u></b>	<b><u>60</u></b>
<b><u>ANNEXES 1.....</u></b>	<b><u>65</u></b>

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge.	16
Figure 2 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017	18
Figure 3 : Flow chart	29
Figure 4 : Répartition des patientes selon leur âge	30
Figure 5 : Répartition des patientes selon leur niveau d'études	31
Figure 6 : Répartition des patientes selon l'utilisation d'une contraception régulière	31
Figure 7 : Répartition des patientes selon la contraception utilisée	32
Figure 8: Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG	32
Figure 9: Répartition des patientes selon l'information reçue sur la contraception d'urgence	33
Figure 10 : Répartition des patientes selon l'utilisation antérieure d'une contraception d'urgence	33
Figure 11 : Répartition des patientes selon le type de contraception d'urgence utilisée	34
Figure 12 : Répartition des patientes selon la présence d'un ressenti de jugement par le professionnel de santé	35
Figure 13 : CUH : seule contraception d'urgence ?	36
Figure 14 : Effets secondaires graves de la CU	36
Figure 15 : Risque de stérilité lié à la CU	37
Figure 16 : Possibilité de refus de la CU par le pharmacien	37
Figure 17 : Ordonnance pour la CUH	38
Figure 18 : Efficacité du DIU cuivre	39
Figure 19 : Délai d'efficacité de la CUH	39
Figure 20 : Répartition des notes au test de connaissances	40
Figure 21 : Histogramme des sources d'information utilisées par les patientes	41
Figure 22 : Histogramme des demandes lors d'une consultation contraception	42
Figure 23 : Demande d'une campagne publicitaire sur la CU	42
Figure 24 : Prise d'une CU en cas de rapport à risque dans l'avenir	43
Figure 25 : CU envisagée	43
Figure 26 : Utilisation de la CU en fonction des facteurs sociodémographiques, des connaissances et sources d'information	45

Figure 27 : Lien entre connaissances des patientes en contraception d'urgence, facteurs sociodémographiques, sources d'information	47
Figure 28 : Lien entre information reçue et facteurs sociodémographiques	49
Figure 29 : Lien entre recours à la CU en cas de rapport à risque, facteurs sociodémographiques, connaissances et sources d'information	50
Figure 30 : Lien entre facteurs sociodémographiques et sources d'information utilisées	52

## Introduction

---

La France est caractérisée par une haute prévalence contraceptive. Cependant, près d'un tiers des femmes ayant des rapports sexuels et ne souhaitant pas de grossesse ont eu au moins un rapport sexuel à risque dans l'année et n'ont pas conscience du risque de grossesse associé(1)(2).

Le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquées chaque année (220 000/ an) reste stable malgré l'amélioration de l'accessibilité à la contraception et notamment à la contraception d'urgence (CU) depuis 1999.

En France, la contraception d'urgence est actuellement représentée par les méthodes hormonales (Lévonorgestel et Ulipristal acétate) et la méthode mécanique (DIU cuivre).

Malgré le libre accès à la contraception d'urgence hormonale, bien moins médicalisée que la contraception régulière, son utilisation demeure trop faible pour avoir un impact significatif sur le taux d'IVG. En effet, seules 11% des femmes exposées à risque de grossesse y ont eu recours(3)(4).

Sont souvent évoqués pour justifier cet échec: le manque de connaissances des patientes et la crainte des effets secondaires, alors que plusieurs études ont démontré l'absence d'effets secondaires graves de la contraception d'urgence(5)(6)(7). Ces études ont également mis en évidence le manque de connaissances des professionnels de santé et les difficultés d'accès à la contraception d'urgence(8).

Les médecins généralistes, coordonnateurs du parcours de soin des femmes, bénéficient d'une forte légitimité en tant que source d'information sur la contraception d'urgence mais, compte tenu de son libre accès en officine, les femmes ont peu recours aux conseils de leur médecin en cas d'utilisation de la CU. Par conséquent, l'anticipation prend toute sa place lors des consultations de médecine générale.

Le but de ce travail était d'évaluer les connaissances et les sources d'information sur la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 35 ans en région parisienne. Se sentent-elles assez informées ? Quelles sont leurs attentes ?

# I. Généralités sur la contraception d'urgence

## I.A. Historique

La contraception d'urgence est définie par l'OMS comme toute méthode contraceptive utilisée après un rapport sexuel dans le but de prévenir une grossesse.

Le concept de contraception d'urgence remonte à l'époque de l'Antiquité dont sont issus plusieurs mythes sur les différents moyens permettant d'éviter une grossesse non désirée(9).

Les débuts de la CU « moderne » remontent au milieu de XXème siècle où les praticiens proposaient l'administration d'une forte dose de diéthylstilbestrol associée à des œstrogènes dans les 7 jours suivant le rapport sexuel (9).

Cette thérapeutique a été remplacée dans les années 1980, par la méthode « Yuzpe », du nom du médecin canadien l'ayant décrite pour la première fois. Cette dernière consistait en l'administration de deux doses de contraceptifs oraux contenant à la fois de l'éthinylestradiol et du norgestrel; chaque dose contenait 200 µg d'éthinylestradiol et 1,0 mg de norgestrel.

La méthode Yuzpe a été reconnue comme sûre et efficace en 1997 par la FDA, sa commercialisation s'est arrêtée en 2004(9).

Plusieurs études ont été menées dans les années 1970 concernant l'administration de fortes doses de progestatifs seuls mais cette méthode entraînait des cycles irréguliers. Cependant, la diminution des effets secondaires (nausées et vomissements), en comparaison à la méthode combinée, a permis d'envisager l'administration d'une CU par progestatifs seuls(9).

En 1990, le Lévonorgestrel est testé pour la première fois. De nombreuses études se montrent rassurantes quant à son efficacité, jugée supérieure à celle de Yuzpe et à son faible taux d'effets indésirables (10).

Initialement prescrit en deux prises de 0.75 mg à 12h d'intervalle, une étude de l'OMS en 2002 a démontré une efficacité similaire avec une dose unique de 1.5mg (11).

La Mifepristone, un antagoniste des récepteurs à la progestérone, a également montré son efficacité comme contraception d'urgence. Cette molécule à dose de 25 ou 50 milligrammes montre une meilleure efficacité et avec des délais plus longs que le Lévonorgestrel seul (9).

Cependant, son utilisation dans l'IVG a été source de nombreuses pressions extérieures et a conduit à son abandon rapide en tant que contraception d'urgence en France.

Un anti progestérone de 2<sup>ème</sup> génération, l'Ulipristal acétate a été étudié et accepté comme contraception d'urgence en Europe en 2009 mais limité à une dose unique de 30 milligrammes (9).

Par ailleurs, la première utilisation du dispositif intra-utérin au cuivre dans la contraception d'urgence fut décrite par Lippes dans les années 1970 (12) (13). Il était initialement dédié aux femmes présentant une contre-indication à l'administration d'œstrogènes ou lorsque le délai de 72 heures était dépassé (13).

Les réticences quant à la pose d'un dispositif intra-utérin chez les femmes nullipares ont été un frein majeur à son utilisation initiale, bien qu'il puisse être préférentiellement proposé chez les femmes en surpoids (14).

## I.B. Mode d'action et efficacité

### I.B.1. Contraception d'urgence hormonale : « la pilule du lendemain »

#### a. Lévonorgestrel

Le lévonorgestrel (LNG) est un progestatif de la classe de la 19-nortestostérone. En France, il est commercialisé sous le nom de Norlevo depuis 1999. Le traitement nécessite la prise d'un comprimé de 1,5 mg au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel à risque de grossesse. Plus le comprimé est pris tôt après le rapport, plus il est efficace (15) (16).

#### - Mécanisme d'action

La prise de LNG pendant la phase folliculaire permet de bloquer l'ovulation par la suppression de la sécrétion du pic de LH. Le LNG interfère avec le processus d'ovulation uniquement s'il a été administré avant l'augmentation initiale du taux de LH (17).

Le LNG est inefficace quel que soit le moment de la prise lorsque la taille du follicule a dépassé 18mm (18).

#### - Contre-indications et effets indésirables

Les principaux effets indésirables relevés sont les nausées (13 à 23%), les vomissements (5,6%), les douleurs abdominales (13 à 18%), la fatigue (13 à 17%), les vertiges (9 à 11%), les céphalées et les mastodynies. La plupart d'entre eux disparaissent moins de 24 heures après la prise de LNG (19).

Les femmes présentant des contre-indications à la contraception hormonale peuvent utiliser le LNG (19).

Une grossesse connue ou présumée est la seule contre-indication bien que le LNG ne puisse pas nuire à une grossesse existante, mais parce que cela ne serait pas efficace. Aucun effet tératogène sur les fœtus n'a été retrouvé (20) (21).

- Efficacité

Deux études sur le LNG comprenant plus de 13500 femmes ont trouvé une réduction du risque de grossesse estimé entre 52% et 100%. L'analyse de huit études portant sur le schéma thérapeutique combiné (œstrogène-progestatif) incluant plus de 3800 femmes a permis de conclure que le LNG prévient environ 74% des grossesses attendues; la proportion variait de 56% à 89% dans les différentes études (7).

Son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation: elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures, à 58% entre 49 et 72 heures (22).

Bien que son efficacité puisse être moindre chez les patientes obèses, aucune restriction d'utilisation ne doit être retenue (23) (24).

## b. Ulipristal acétate

L'Ulipristal acétate (UPA) est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs à la progestérone de deuxième génération.

Son utilisation comme CU a été validée par l'Agence Européenne des Médicaments en 2009 et par la Food and Drugs Administration en 2010. Commercialisé sous le nom d'EllaOne en Europe le traitement consiste en la prise d'un comprimé de 30 mg dans les 120 heures après un rapport sexuel à risque de grossesse (25).

- Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action primaire dans le cadre de la contraception d'urgence est l'inhibition ou le retard de l'ovulation. Des données pharmacodynamiques montrent que, même s'il est pris immédiatement avant la date d'ovulation prévue, l'UPA est capable de retarder la rupture folliculaire chez certaines femmes. L'UPA exerce également un effet direct sur l'endomètre (26).



- Contre-indications et effets indésirables

La seule contre-indication à la prise d'UPA est également la grossesse, bien qu'aucun effet tératogène n'ait jusqu'à maintenant pu être observé compte tenu d'échantillons trop petits dans les différentes études (27).

Bien que son usage ne présente pas de contre-indication quant à la poursuite de l'utilisation d'une contraception hormonale régulière, l'UPA peut en amoindrir l'action contraceptive. Il est donc recommandé de maintenir une méthode barrière jusqu'aux règles suivantes.

Dans une étude réalisée entre 2010 et 2013, seules 12,1% des patientes incluses avaient eu des effets secondaires pouvant être en lien avec l'utilisation de l'UPA. Les événements indésirables les plus fréquents étaient les céphalées (10,8%), les nausées (6,4%), les douleurs abdominales (3,4%). Aucun événement indésirable grave n'était relevé (25).

- Efficacité

Dans une étude menée entre 2010 et 2013, le taux global de grossesse observé après prise d'UPA était de 1,5% (25).

L'UPA est l'option la plus efficace comme CUH, l'efficacité estimée allant de 62% à 85% (7). Deux essais randomisés ont comparé l'efficacité du LNG à l'UPA. L'un à 72 heures après un rapport sexuel non protégé et un second à 120 heures. Lorsque ces deux études ont été combinées, les probabilités de grossesse pour l'UPA étaient de 42% inférieures à 72 heures et de 65% inférieures dans les vingt-quatre premières heures (7) (28).

L'UPA permettait d'éviter nettement plus de grossesses que le LNG dans le sous-groupe de 72 à 120 heures. L'explication semble résider dans le fait que, lorsque l'ovulation est imminente, l'UPA est plus efficace que le LNG pour la retarder (7).

## I.B.2. DIU cuivre

### a. Mode d'action

Le cuivre réduit la motilité des spermatozoïdes lors du passage du mucus cervical et crée un environnement hostile pour les spermatozoïdes. Il rend l'endomètre impropre à la nidation par une réaction inflammatoire aseptique (19).

Un DIU au cuivre peut être inséré jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel à risque pour éviter une grossesse (7).

### b. Efficacité

Le DIU au cuivre est la forme la plus efficace de contraception d'urgence disponible. Il présente un taux de grossesse de 0,1% (7) avec seulement 10 grossesses documentées pour plus de 7 000 insertions post-coïtales (19).

Le DIU devrait être proposé préférentiellement comme CU chez les patientes présentant un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> (18).

Le DIU au cuivre a de plus l'avantage d'offrir une contraception au long cours après sa pose.

### c. Contre-indications

Les contre-indications au DIU cuivre en tant que CU sont les mêmes que lors de son utilisation en contraception régulière. Ce sont : les cancers non traités de l'utérus, du col utérin ou des voies génitales; les saignements vaginaux inexplicables; les maladies inflammatoires pelviennes aiguës, la maladie de Wilson; les malformations utérines, l'infection à gonocoque ou à chlamydiae (19) (20).

### d. Effets indésirables

L'insertion de DIU au cuivre est associée à un risque accru de dysménorrhées, de règles abondantes, de règles irrégulières, d'anémie et de malaises vagues immédiatement après l'insertion (19).

## II. Etat des lieux en France

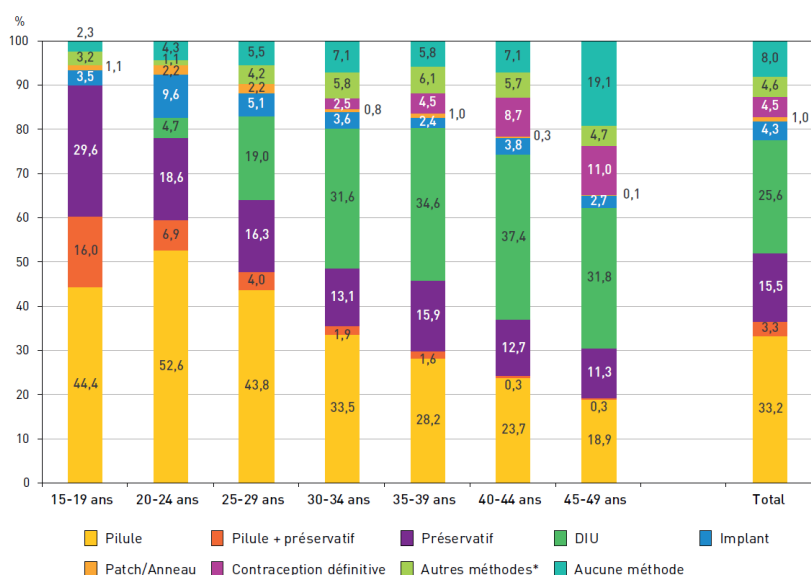
### II.A. Couverture contraceptive en France

Selon le baromètre santé 2016, seules 8% des femmes concernées par la contraception déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse. Plus de sept femmes sur dix (71,8%) recourent à une contraception médicalisée.

La pilule est la méthode la plus utilisée (36,5%). Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4%) et les 20-24 ans (59,5%).

Le DIU remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente avec l'âge passant de 4,7% entre 20-24 ans à 31,6% chez les femmes de 30-34 ans.

Parmi les autres méthodes hormonales, l'implant est le plus diffusé : 4,3% des femmes déclarent l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6%). Dans cette tranche d'âge, il est le troisième contraceptif utilisé après la pilule et le préservatif (29).



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.  
 \* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.  
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge.

Source : Baromètre santé 2016. Santé Publique France

## II.B. Grossesses non prévues et IVG

### II.B.1. Grossesses non prévues

La France est caractérisée par une haute prévalence contraceptive (30) (5).

Cependant, près d'1/3 des femmes ayant des rapports sexuels et ne souhaitant pas de grossesse ont eu au moins un rapport sexuel à risque dans l'année (31) et n'ont pas conscience du risque de grossesse associé (2).

En 2010, le taux de grossesse non prévue, rapporté à l'ensemble des grossesses restait supérieur à 30% (29)(32)(33)(34)(30).

Les grossesses non désirées sont la conséquence d'absence de contraception dans 35% des cas et d'échec de contraception dans 65% des cas (30).

En 2016, 12% des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels déclaraient au moins une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années, la majorité d'entre elles utilisaient une méthode contraceptive le mois précédent le rapport à risque (32).

Les Franciliennes qui déclaraient une grossesse non prévue dans les cinq dernières années étaient plus nombreuses que les autres à avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie (77,1% contre 39,9% pour celles n'ayant pas eu de grossesse non prévue). (32)

Si l'on s'intéresse à l'issue de ces grossesses, on constate que près de la moitié se sont terminées par une IVG (49,5%) (30) (32).

### II.B.2. IVG

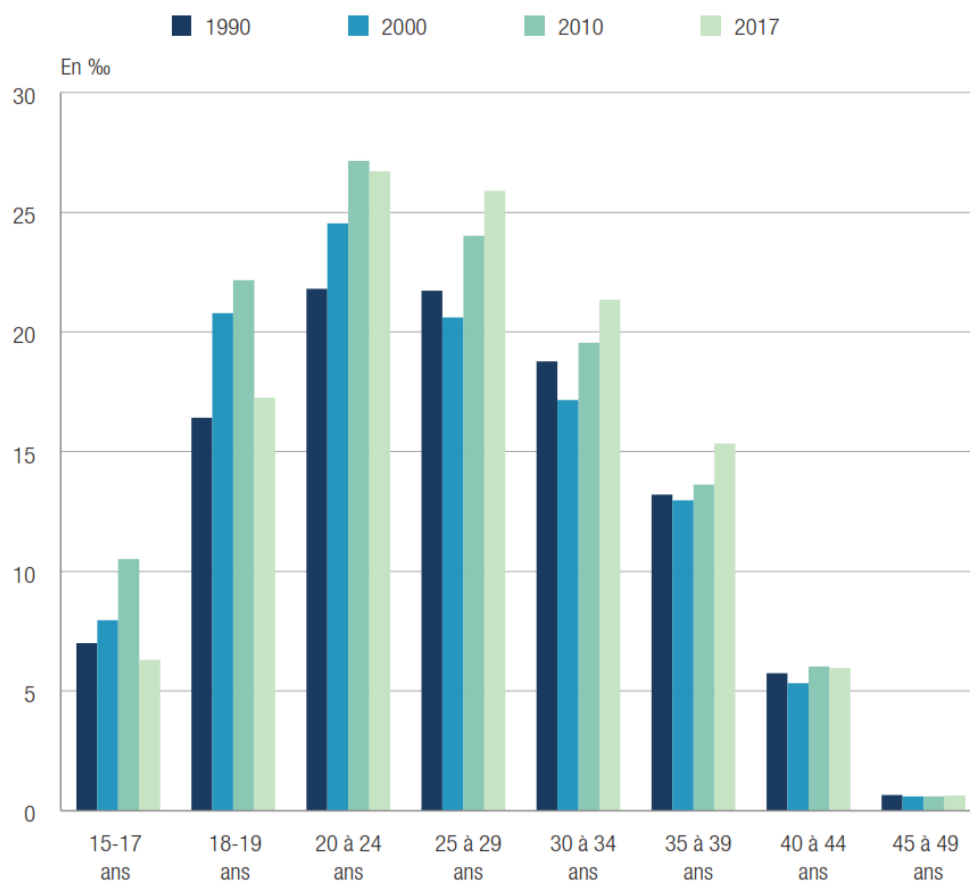
Au sein des pays d'Europe autorisant l'IVG, la France se situe parmi les pays aux taux les plus élevés, juste après le Royaume-Uni et avant la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie, la Suède et l'Estonie, qui présentent des recours supérieurs à 15 IVG pour 1 000 femmes en 2013 (35).

Le nombre d'IVG réalisées en France s'élevait à 216 700 en 2017. Le taux de recours s'élevait à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole. Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées. Depuis 2001, le nombre d'IVG reste stable (35).

C'est le « paradoxe français » caractérisé par une stabilité du recours à l'IVG contrastant avec une diffusion massive des méthodes médicalisées de contraception.

L'Île-de-France se situe au 3e rang des régions de Métropole pour le recours à l'IVG (30).

## Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017



**Champ** • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans ou dont l'âge est inconnu).

**Sources** • DREES (SAE) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2017), calculs DREES.

Figure 2 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017

Source : DREES

## II.C. Accès à la CU

### II.C.1. Mise au point législative

En Avril 1999, le LNG obtient une autorisation de mise sur le marché comme contraception d'urgence.

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

La loi du 4 juillet 2001 (Loi n° 2001-588) prescrit des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ainsi que dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées.

L'arrêté du 8 août 2001 inscrit Norlevo® sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'Assurance Maladie.

Le décret du 9 janvier 2002 détaille le dispositif de délivrance gratuite aux mineures par les pharmaciens.

L'accès à la contraception d'urgence fait partie des objectifs de la politique de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004 (Objectif n° 97).

En 2005, les sages-femmes peuvent prescrire les CUH, la loi du 21 juillet 2009 (Loi n° 2009-879) étend leur autorisation de prescription à toutes les méthodes contraceptives.

En octobre 2009, l'UPA est commercialisé comme contraception d'urgence, remboursé à partir de septembre 2010, et disponible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures en avril 2015.

La loi de mai 2016 (loi n° 2016-683) supprime la notion de « détresse caractérisée » et permet la délivrance « large » de la CU par les infirmiers scolaires.

### II.C.2. Mise à disposition

#### a. Délivrance

La délivrance de la pilule du lendemain peut être effectuée sans ordonnance en pharmacie, par l'infirmière scolaire ou dans un CeGIDD.

Les étudiantes peuvent également l'obtenir anonymement et gratuitement quel que soit leur âge dans un service universitaire de médecine préventive et de prévention de la santé.

En planning familial, la délivrance est gratuite pour les mineures et les femmes n'ayant pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie.

## b. Prise en charge

La pilule du lendemain n'est pas remboursée en cas de délivrance en pharmacie sans ordonnance. En cas de prescription médicale, elle est prise en charge à 65%.

Pour les mineures, elle est gratuite sur simple déclaration orale de minorité sans justificatif et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Le DIU cuivre nécessite une prescription médicale, il est pris en charge à 65%.

Un générique du LNG est disponible depuis 2007.

Ellaone est inscrite au répertoire des génériques depuis avril 2019.

	Lévonorgestel	Ulipristal acétate	DIU cuivre
Prix	Entre 2.65e et 4.34e	17.23e	30.50e

## c. Délivrance anticipée

Les essais disponibles et les méta-analyses sont pour la plupart d'origine américaine à une époque où la CU n'était pas disponible sans ordonnance en pharmacie. Ils n'ont pas démontré que la mise à disposition à l'avance de la CUH réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu une CUH à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et ce dans des délais plus courts (36).

Après autorisation de délivrance sans prescription de la CUH, plusieurs études observationnelles dont deux études françaises ont évalué l'impact du changement de législation. Aucune de ces études n'a mis en évidence d'augmentation des comportements sexuels non protégés ou de diminution d'utilisation de la contraception régulière (37) (38).

L'HAS recommande par conséquent depuis 2013 une mise à disposition à l'avance uniquement pour les situations où celle-ci permettrait de lever les freins à l'accès à la CU (36).

## II.D. Utilisation de la CU

### II.D.1. Recours à la CU

Entre 1999 et 2009, le recours à la CU n'a fait qu'augmenter. En 2010, 24,4% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie la contraception d'urgence, alors qu'elles n'étaient que 15,2% en 2005 et 8,9% en 2000 (29).

Dans la très grande majorité des cas (85%), l'accès à la CU se fait par achat direct en pharmacie, sans prescription (36).

La raison principale de recours à la CU concerne un échec de contraception régulière : soit un oubli de pilule (30,7% des recours), soit une rupture de préservatif (31,0%). Les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive ne constituaient qu'une proportion nettement plus faible (22%) (36) (6).

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

Bien que les différentes sources de données montrent que l'utilisation de la CU a augmenté de manière très importante depuis qu'elle n'est plus sujette à prescription médicale, celle-ci semble cependant avoir atteint un plateau depuis une dizaine d'années. La mise à disposition en 2015 de l'UPA ne s'est pas accompagnée d'une hausse d'utilisation, contrairement à ce qui avait été observé pour le LNG (39).

En 2016, les femmes habitant en région parisienne étaient quatre fois plus nombreuses à déclarer avoir utilisé la CUH au cours des 12 derniers mois que celles résidant en dehors de l'Île-de-France (39).

La place du DIU en cuivre en tant que contraception d'urgence est peu étudiée. Celui-ci n'est même pas mentionné dans le dernier BEH sur la contraception d'urgence.

Pourtant, une étude menée en 2013, au Canada, chez des patientes consultant en clinique dans le but d'obtenir une CU a permis de montrer que 77% d'entre elles en avaient déjà entendu parler mais seules 21% étaient au courant qu'il s'agissait d'une CU. Après avoir été informées de son efficacité et des délais d'utilisation en CU, 23% d'entre elles se déclaraient intéressées (40).



## II.D.2. Freins

### a. Perception du risque de grossesse

L'absence de perception du risque de grossesse semble être un frein majeur à la prise de CU (2). En France, parmi les femmes ayant réalisé une IVG, neuf sur dix n'ont pas utilisé la CU car elles n'ont pas identifié ce risque (2) (36) (39).

Cette perception dépend notamment du type de contraception régulière utilisée, les patientes utilisant la pilule semblant moins à risque (2).

Par ailleurs, il est intéressant de noter que si le taux d'utilisation de la CU est le plus important parmi les femmes de moins de 20 ans, c'est parmi celles de 20-24 ans que le taux d'IVG est le plus élevé (39).

### b. Recours effectif à la CU

Des études, réalisées en France sur la délivrance de la CU, ont révélé l'existence d'un gradient urbain. En Auvergne, en 2010, une étude réalisée par l'ORS a montré que 49% des boîtes de LNG étaient délivrées dans les communes de plus de 20 000 habitants, alors qu'elles ne représentaient que 23% de la population régionale des femmes âgées de 15 à 49 ans. Par ailleurs, le nombre moyen de boîtes distribuées par pharmacie était très inférieur pour les pharmacies situées dans des villes de moins de 5 000 habitants (36).

Dans une étude réalisée à Vancouver en 2004, les femmes interrogées, qu'elles aient ou non utilisé la CU, déclaraient craindre leur stigmatisation par les professionnels de santé sur la base de considérations morales. Ces craintes étaient particulièrement aggravées par la confrontation avec un praticien de sexe masculin, et se traduisaient également par la peur d'être reconnues au cours de leur démarche (41).

Une seconde étude réalisée en Angleterre en 2002, chez des jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans, montrait que l'utilisation de la CU est vécue comme un échec personnel amenant à un sentiment de honte. Les plus jeunes utilisatrices de la CU étaient en particulier préoccupées par leur perception par autrui, au contraire des utilisatrices plus âgées et ayant un niveau d'étude élevé (42).

Même si l'accessibilité de la CU n'a cessé de s'améliorer, il est probable que d'autres freins persistent, comme les problèmes de confidentialité que peuvent rencontrer les patientes dans des zones rurales ou la difficulté à s'adresser à un professionnel de santé par crainte de son jugement.

### c. Manque de connaissances sur la CU

#### o Des patientes

La méconnaissance du mécanisme d'action de la CU mais également la méconnaissance des effets indésirables de la CU et particulièrement leur surestimation constituent une cause de renoncement et un frein à son utilisation. Ces deux principaux freins sont retrouvés dans de nombreuses études (2) (3) (43).

- En 2007, l'enquête de l'INPES « Les Français et la contraception » soulignait que la CU était connue de la majorité des personnes mais seulement 5% d'entre elles en connaissaient précisément le délai d'utilisation. Des méfiances collectives perdurent sur les effets secondaires et notamment sur le fait qu'une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile (5).
- En 2009, dans une enquête sociologique sur la contraception, Yaëlle AMSELLEM-MAINGUY soulignait que l'usage du mot « pilule » du lendemain participe au brouillage des informations. En effet, on parle de pilule pour désigner la contraception quotidienne et de « pilule du lendemain » pour désigner celle à prendre a posteriori, en cas de rapport non protégé, mais aussi de « pilule abortive » (44).
- En 2012, un sondage réalisé par l'institut BVA pour HRA Pharma retrouvait une proportion de 30% des sondées déclarant « ne pas savoir très bien comment ça marche »(31).
- En 2016, d'après le Baromètre Santé, le délai maximal de 120 heures était cité par moins de 1% des personnes alors que le délai de 72 heures était cité par 16,8% des répondants. Plus de la moitié (54,3%) considéraient que la contraception d'urgence est « plutôt » ou « tout à fait » risquée pour la santé (45).

#### o Du corps médical

Les données issues du Baromètre Santé médecins généralistes 2009, montraient que le champ de la vie affective et sexuelle reste le plus compliqué à aborder pour les professionnels (46).

Selon l'étude FECOND, la contraception d'urgence reste peu évoquée lors des consultations médicales: 36% des gynécologues indiquent avoir souvent recommandé cette méthode au cours de la dernière année et 11% des généralistes (47).

En 2009, une étude sous forme de questionnaires interrogeant des médecins généralistes dans le département de la Sarthe, a montré que seuls 11,2% des praticiens donnaient une succession de réponses conformes aux recommandations de l'HAS et/ou cohérentes en cas d'oubli de

pilule. Par ailleurs, la moitié des médecins indiquait poser des stérilets mais 52% d'entre eux ignoraient qu'ils pouvaient être proposés comme CU (8).

## II.E. Campagnes d'information

Le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française et l'Assurance Maladie ont élaboré en 2002 un dépliant pour accompagner la dispensation anonyme et gratuite de la contraception d'urgence aux mineures en pharmacie. Ce dépliant était destiné à être remis systématiquement par les pharmaciens aux jeunes filles concernées comme support aux messages éducatifs

En 2007 le site *choisirsacontraception.fr* est créé et permet d'aiguiller les femmes sur la conduite à tenir en cas d'oublis de pilule

Une campagne de communication a été diffusée le 22 juin 2012, avec pour objectif d'informer les femmes, en particulier les 18-24 ans, qu'en cas de doute, elles ont jusqu'à cinq jours pour avoir recours à la CU. Cette campagne comportait trois spots radio et des actions sur internet (bannières web, site de référence sur la contraception).

Une fiche d'information sur la contraception d'urgence a été élaborée en juillet 2012 par le ministère de la santé.

En juillet 2019, une campagne digitale a été menée durant 20 jours sur les réseaux sociaux.



Source : Santé Publique France

### **III. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les connaissances et les sources d'information sur la contraception d'urgence chez les patientes consultant leur médecin généraliste en Ile-de-France.

Les objectifs secondaires étaient d'apprécier le vécu des patientes, leurs attentes vis à vis de la CU lors d'une consultation avec leur médecin généraliste ainsi que leur attitude future concernant la CU.

## **Matériel et Méthode**

---

### **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle multicentrique réalisée entre juin et octobre 2018 dans différents cabinets de médecine générale en Ile de France (Paris 13<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup>, Pantin, Bagnolet et Malakoff).

### **II. Population**

#### **II.A. Critères d'inclusion**

Etaient incluses les femmes de 18 à 35 ans, consultant en cabinet de médecine générale, quel que soit le motif de consultation entre le 1<sup>er</sup> juin et le 31 octobre 2018.

#### **II.B. Critères d'exclusion**

Etaient exclues les patientes ne sachant pas lire ou écrire, ne parlant pas français ou de nationalité étrangère.

### **III. Méthode de collecte des données**

Les données ont été collectées par auto questionnaire anonyme. Le questionnaire comprenait une partie sur les données générales sur les patientes, puis cherchait à préciser les sources d'information des patientes, leurs attentes éventuelles, leurs connaissances et leur vécu de la CU.

Une première version de ce questionnaire a été testée sur une courte période dans un seul cabinet de médecine générale. Cela entraînant la modification ou la reformulation de certaines des questions et permettant d'obtenir le questionnaire final.

Dans l'un des cabinets, le questionnaire était remis aux patientes par la secrétaire puis rendu au médecin pendant la consultation.

Dans tous les autres cas, il était proposé en fin de consultation par le médecin. Les patientes avaient alors le choix de le remplir seules en salle d'attente, de prendre le temps de le remplir en compagnie de leur généraliste ou de le faire à partir de leur smartphone (post-it avec lien Google Form remis).

L'objectif était de recueillir 300 questionnaires sur une période de 4 mois.

## **IV. Données recueillies**

Le questionnaire comportait 18 questions réparties comme suit :

*Première partie* : données générales (âge, niveau d'étude), contraception utilisée, antécédent d'IVG, information relative à la CU reçue de la part de leur médecin traitant, recours à la CU, jugement ressenti lors de l'utilisation de la CU.

*Deuxième partie* : connaissances et préjugés sur la contraception d'urgence présentée sous la forme d'un « vrai/faux/je ne sais pas »

- La pilule du lendemain est la seule CU ?
- Une ordonnance est nécessaire pour se procurer la pilule du lendemain ?
- La pilule du lendemain peut rendre stérile ?
- La pilule du lendemain peut avoir des effets secondaires graves en cas d'utilisation répétée ?
- Le DIU cuivre est plus efficace que la pilule du lendemain s'il est posé dans les 5 jours suivants le rapport sexuel à risque ?
- Le pharmacien a le droit de refuser de délivrer plus d'une fois la CU dans le même mois ?
- La pilule du lendemain ne peut être prise que jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel à risque ?

*Troisième partie* :

- Quelles sont vos sources d'information ? (généraliste, planning familial, pharmacien, gynécologue, internet, famille, amis...)
- Quelles sont vos attentes lors d'une consultation orientée sur la contraception ou le dépistage des IST avec votre médecin traitant ? (dépliant informatif, explication situation à risque, prescription anticipée d'une CU, ...)
- Pensez-vous qu'une campagne d'information permettrait une meilleure information ?
- A l'avenir, pensez-vous utiliser systématiquement une CU en cas de rapport sexuel à risque de grossesse ? (si oui laquelle ? place du DIU ?)

## **V. Recueil et analyses statistiques des données**

Les données ont été saisies dans un tableur Excel en suivant la trame du questionnaire. Chaque ligne correspondait à un questionnaire, chaque colonne à une variable du questionnaire.

Nous avons réalisé des analyses descriptives des données des patientes incluses (âge, niveau d'étude, méthode contraceptive, ...).

Concernant les questionnaires « vrai /faux », chaque patiente obtenait un score sur sept points. « Je ne sais », ou une réponse inexacte rapportant 0 point. Les réponses correctes rapportant 1 point.

Les scores totaux s'établissaient donc de 0, pour une patiente ayant fait une erreur à chaque question, à 7 pour celle ne s'étant jamais trompée.

Nous avons également réalisé des analyses en sous-groupes afin de chercher un lien entre les variables suivantes :

- les antécédents d'utilisation de la CU,
- l'information reçue de la part du médecin traitant,
- les antécédents d'IVG,
- les connaissances relatives à la CU.

Pour cela nous avons utilisé les tests de Chi-2 et Fisher.

## **VI. Financement**

Cette étude n'a fait l'objet d'aucun financement.

La participation des patientes et des médecins y ayant contribué a été faite sur la base du volontariat.

# Résultats

## I. Flow chart

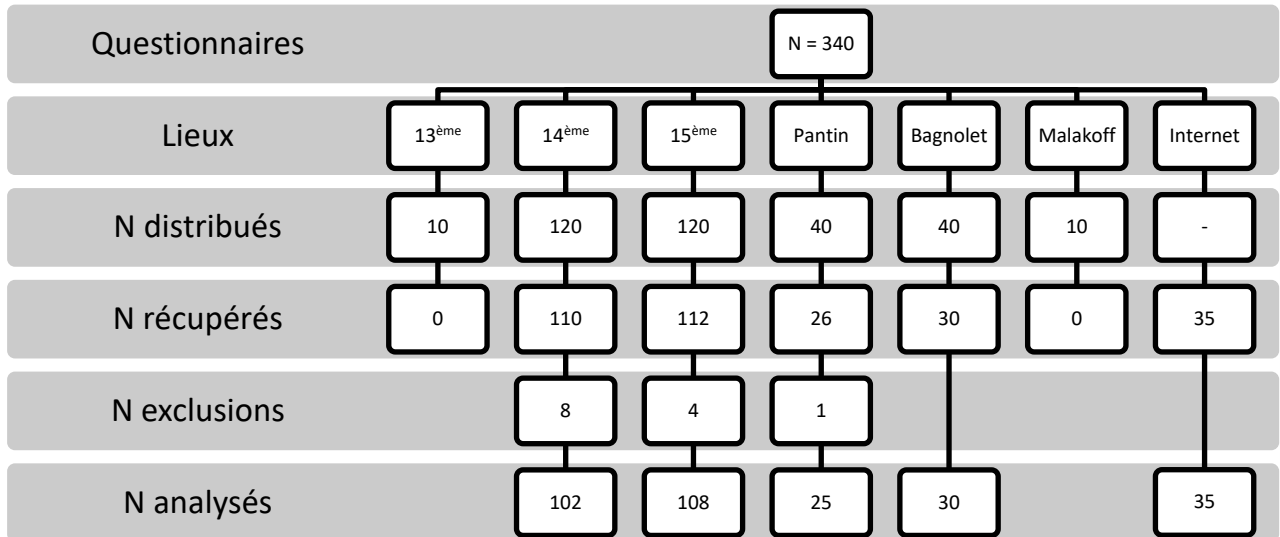


Figure 3 : Flow chart

Trois cent quarante questionnaires ont été distribués dans les six cabinets médicaux participants. Deux des 6 cabinets ont fait le choix de remettre uniquement le lien internet et non la version papier à leurs patientes.

Sur les 313 questionnaires récupérés, 13 ont dû être exclus car :

- dans 7 cas ils étaient incomplets,
- dans 3 cas les patientes ne répondaient pas au critère d'inclusion (2 patientes de 36 ans et une mineure de 17 ans),
- 3 questionnaires vierges ont été rendus.

Au total, 300 patientes ont été incluses dans l'étude.



## II. Objectif principal : description des sources d'information et des connaissances des patientes sur la CU en Ile-de-France

### II.A. Description de la population de l'étude

#### II.A.1. Age

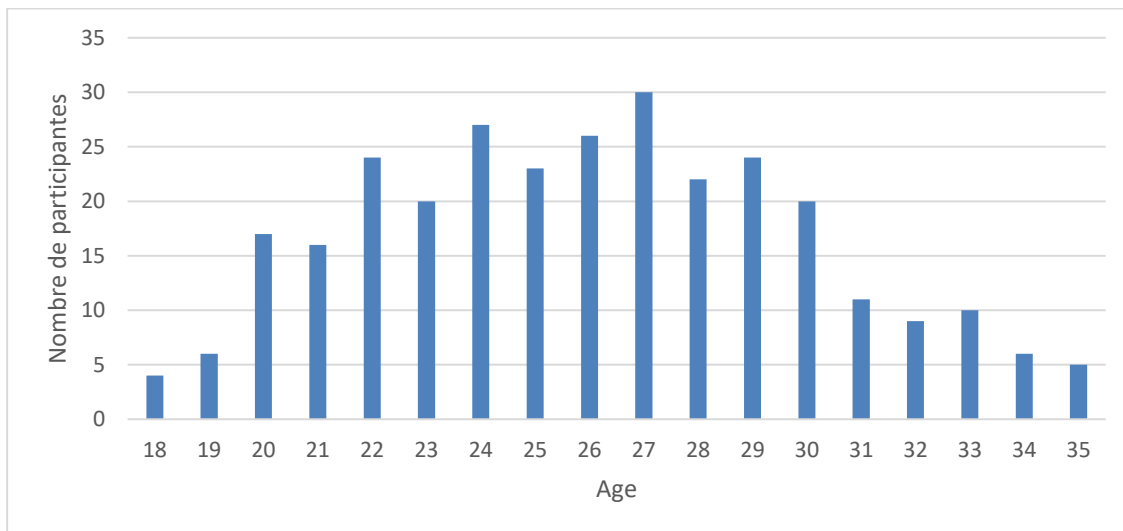


Figure 4 : Répartition des patientes selon leur âge

L'âge moyen était de 26 ans +/- 3.99 années.

La médiane se situait à 26,3 années.

#### II.A.2. Niveau d'études

Concernant le niveau d'étude des patientes :

- 2.3% (7 patientes) avaient un niveau inférieur au bac,
- 4% (12 patientes) avaient le niveau bac,
- 42.7% (128 patientes) avaient entre un niveau bac +1 et bac+4,
- 41.7% (125 patientes) avaient un niveau master,
- 9.3% (28 patientes) avaient un bac + 6 ou plus.

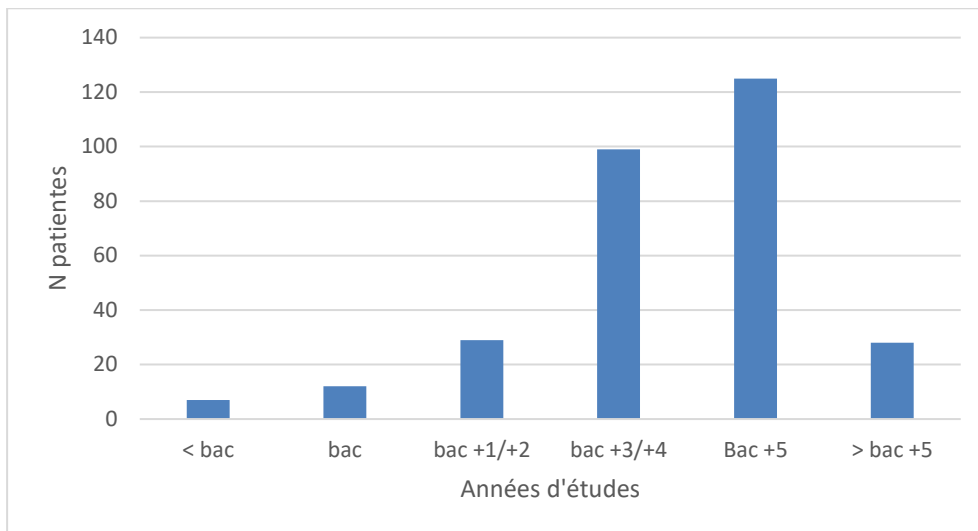


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur niveau d'études

### II.A.3. Avez-vous une contraception ?

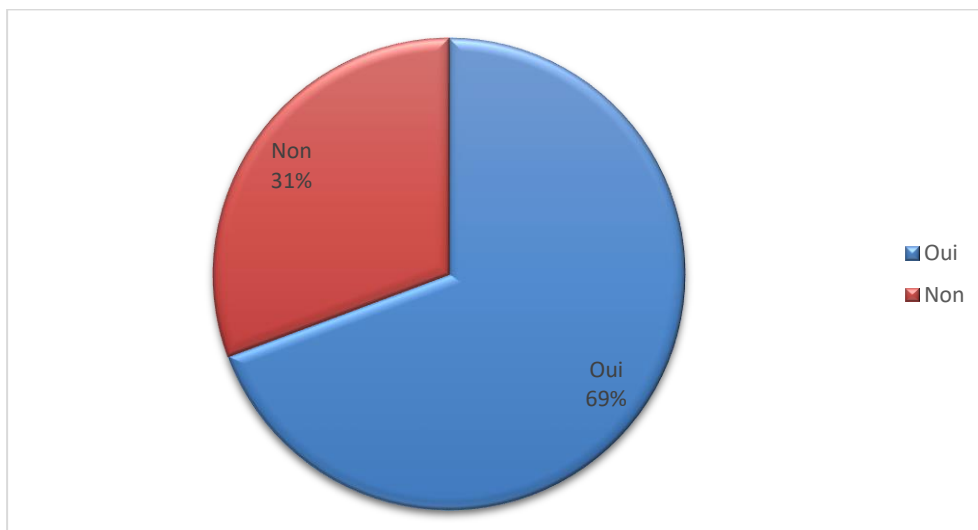


Figure 6 : Répartition des patientes selon l'utilisation d'une contraception régulière

Les patientes ont été 208 (69%) sur les 300 interrogées à déclarer utiliser une contraception. Aucune distinction n'était faite entre une contraception médicalisée ou non à ce stade du questionnaire.

#### II.A.4. Type de contraception utilisée

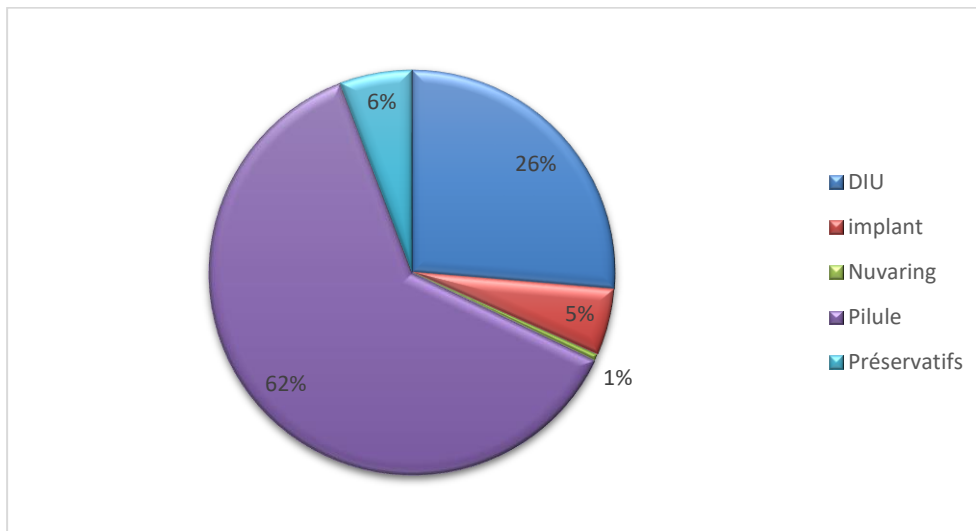


Figure 7 : Répartition des patientes selon la contraception utilisée

La contraception principalement utilisée était la pilule dans 62% des cas (soit 130 patientes), suivie du DIU dans 26% (55 patientes). Le préservatif était cité par 6% des participantes (12 patientes) suivi de près par l'implant (5% soit 11 patientes). Une seule patiente a déclaré utiliser un anneau contraceptif. Aucune patiente n'a déclaré utiliser des patchs ou des injections.

La distinction entre DIU au cuivre et hormonal n'a pas été faite.

A noter qu'une patiente a déclaré utiliser à la fois un DIU en cuivre et une pilule.

#### II.A.5. Antécédent d'IVG

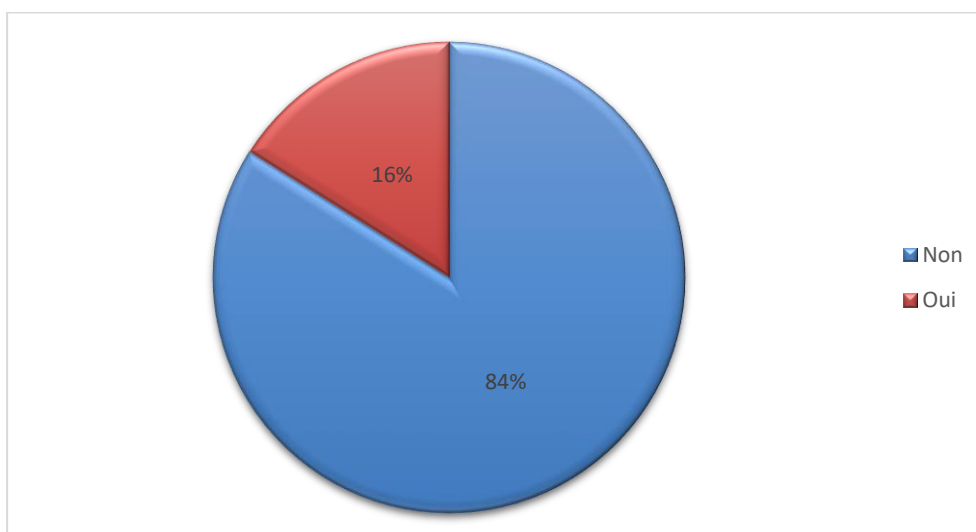


Figure 8: Répartition des patientes selon les antécédents d'IVG

Quarante-huit patientes sur les 300 interrogées (16%) avaient déjà eu au moins une interruption volontaire de grossesse dans leur vie.

## II.B. Recours à la CU

### II.B.1. Information sur la CU reçue de la part de leur médecin traitant

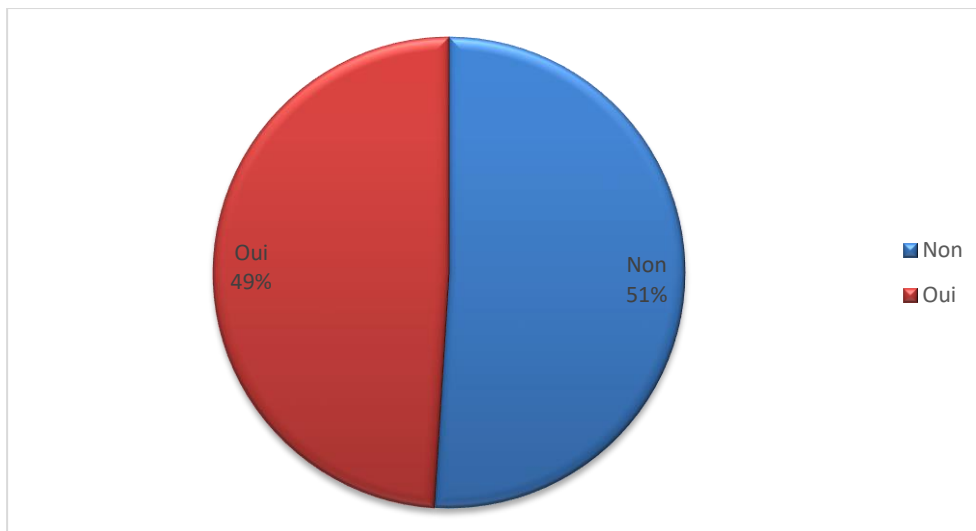


Figure 9: Répartition des patientes selon l'information reçue sur la contraception d'urgence

Moins de la moitié des patientes (49%) a déclaré avoir été antérieurement informée sur la CU par son médecin traitant.

### II.B.2. Utilisation antérieure d'une contraception d'urgence

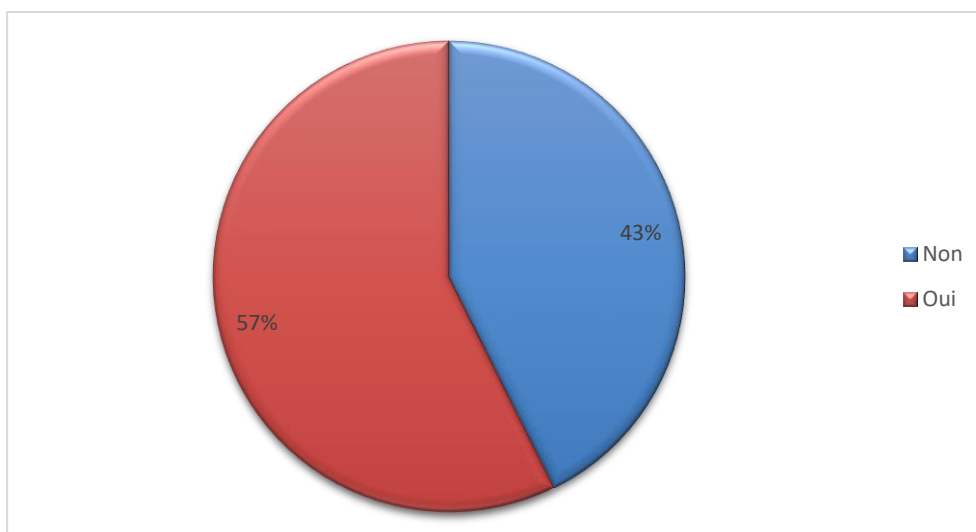


Figure 10 : Répartition des patientes selon l'utilisation antérieure d'une contraception d'urgence

Cent soixante-douze patientes (57%) ont déclaré avoir déjà eu recours à une CU au moins une fois dans leur vie.

### II.B.3. Type de contraception d'urgence utilisée

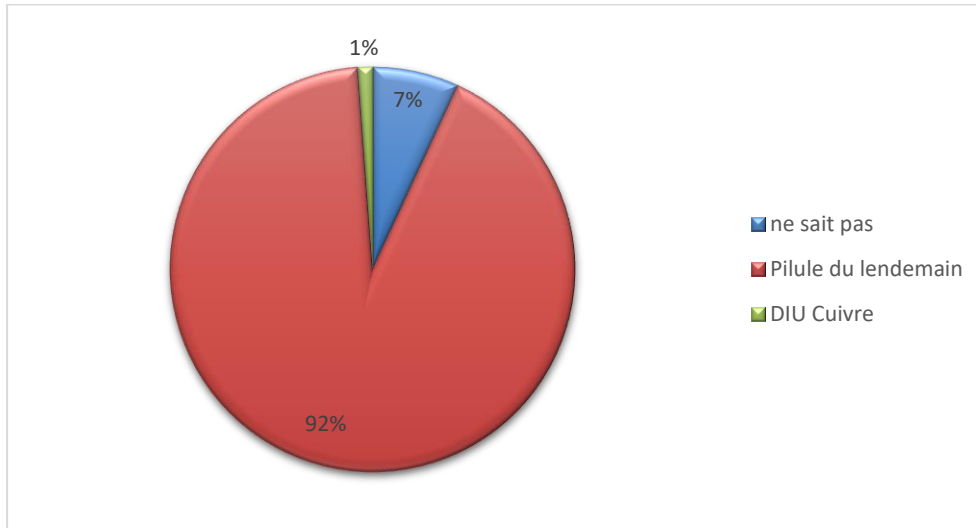


Figure 11 : Répartition des patientes selon le type de contraception d'urgence utilisée

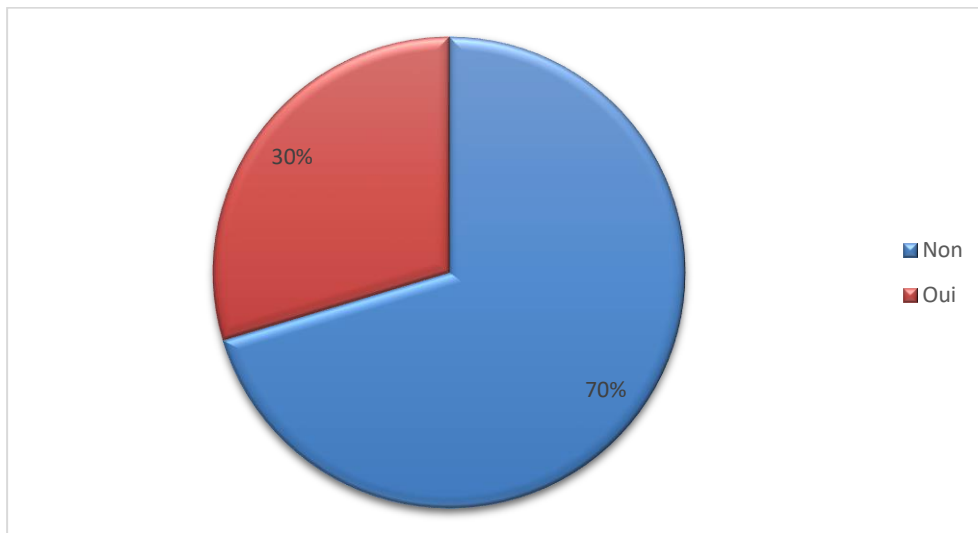
La majorité des utilisatrices (92%) avait déjà eu recours à une CU hormonale. La distinction entre LNG et UPA n'a pas été faite.

Douze patientes (7%) ont indiqué ne pas se souvenir de la CU utilisée. Il est probable qu'il s'agisse d'une CUH.

A noter que seules deux patientes (1%) ont déclaré avoir utilisé le DIU en cuivre.

Ces dernières ayant toutes deux également eu recours à la pilule du lendemain.

## II.B.4. Vécu de la CU



*Figure 12 : Répartition des patientes selon la présence d'un ressenti de jugement par le professionnel de santé*

Environ un tiers des patientes (30%, soit 51 des 172 patientes ayant répondu par l'affirmative à la question précédente) ont déclaré s'être senties jugées par le professionnel de santé leur ayant donné accès à la CU.

A noter que l'une des patientes, n'ayant jamais eu recours personnellement à la CU, a indiqué s'être sentie jugée alors qu'elle se rendait en pharmacie pour une amie.

## II.C. Connaissances des patientes sur la CU

- « La pilule du lendemain (Norlevo ou Ellaone) est la seule méthode de CU existant ce jour »

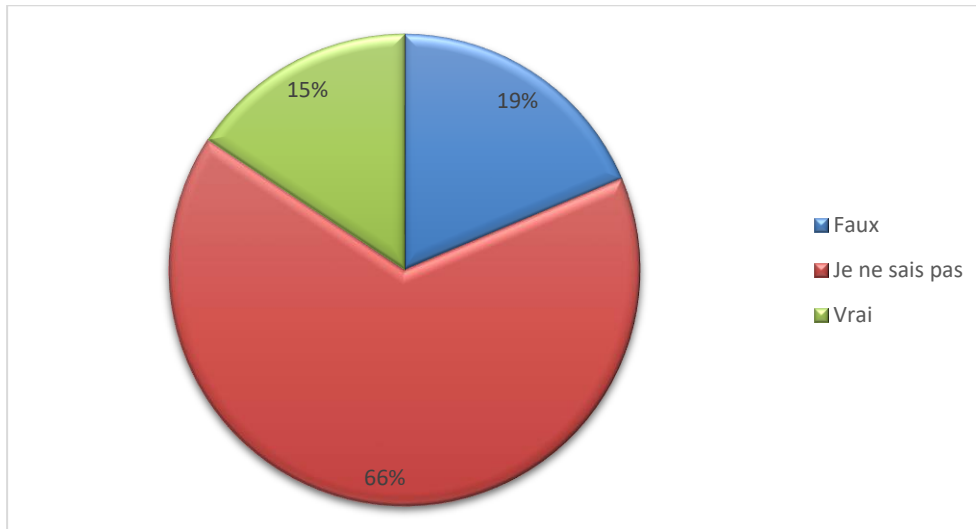


Figure 13 : CUH : seule contraception d'urgence ?

15% des patientes ont déclaré que « la pilule du lendemain » était la seule contraception d'urgence. Seules 19% d'entre elles ont défini cette affirmation comme inexacte et 66% indiquaient ne pas savoir.

- « La pilule du lendemain peut avoir des effets secondaires graves sur ma santé en cas d'utilisation répétée »

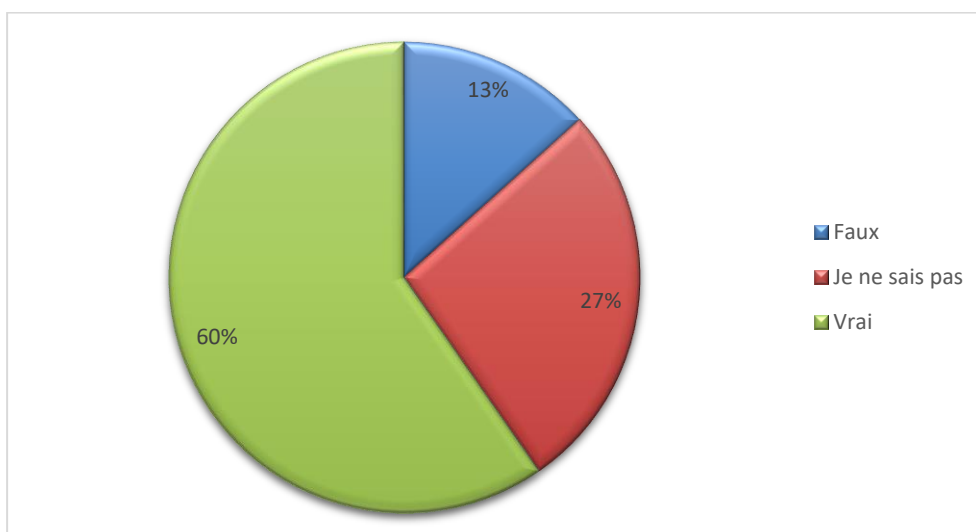


Figure 14 : Effets secondaires graves de la CU

179 patientes (60%) pensaient que la CUH a des effets secondaires graves sur la santé en cas de prise répétée, 81 (27%) indiquaient ne pas savoir et 40 (13%) pensaient que l'affirmation est inexacte.

- « La pilule du lendemain peut me rendre stérile »

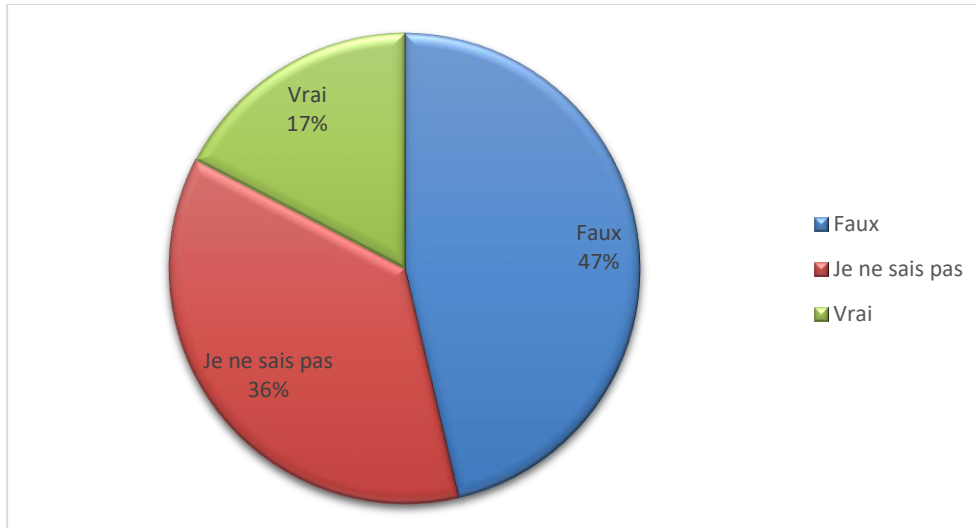


Figure 15 : Risque de stérilité lié à la CU

139 patientes (soit 47%) ont répondu que cette affirmation était inexacte, 109 (soit 36%) ont indiqué ne pas savoir et 52 (17%) ont répondu que la CUH pouvait rendre stérile.

- « Le pharmacien peut refuser de me délivrer plus d'une pilule du lendemain dans le même mois »

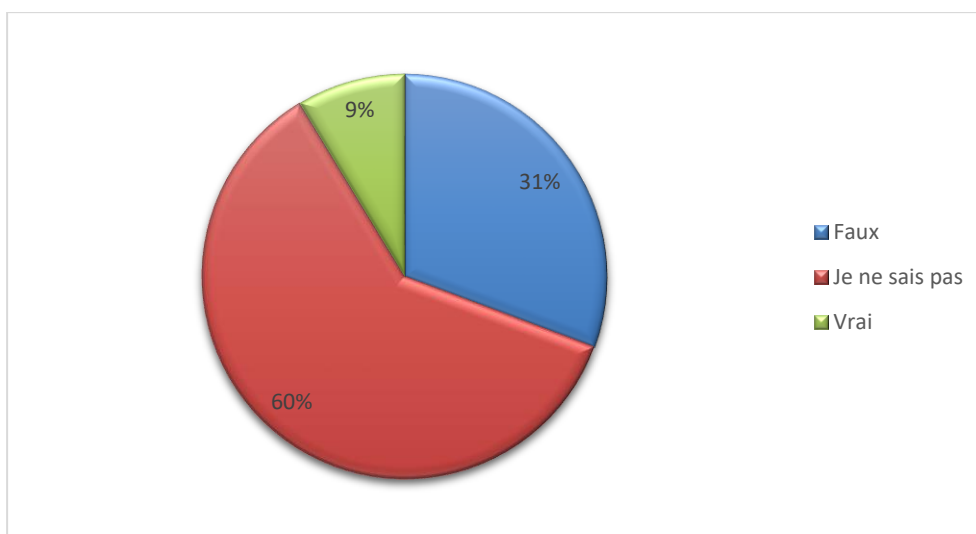


Figure 16 : Possibilité de refus de la CU par le pharmacien



182 patientes (soit 60%), ne savaient pas si le pharmacien est en droit de leur refuser l'accès à la CU, 31%, soit 92 patientes, ont déclaré que cette affirmation était fausse, 9% d'entre elles, soit 26 patientes, ont répondu « vrai » à l'affirmation selon laquelle elles peuvent se voir refuser la délivrance d'une CU plus d'une fois dans le même mois.

- « J'ai besoin d'une ordonnance pour me procurer la pilule du lendemain »

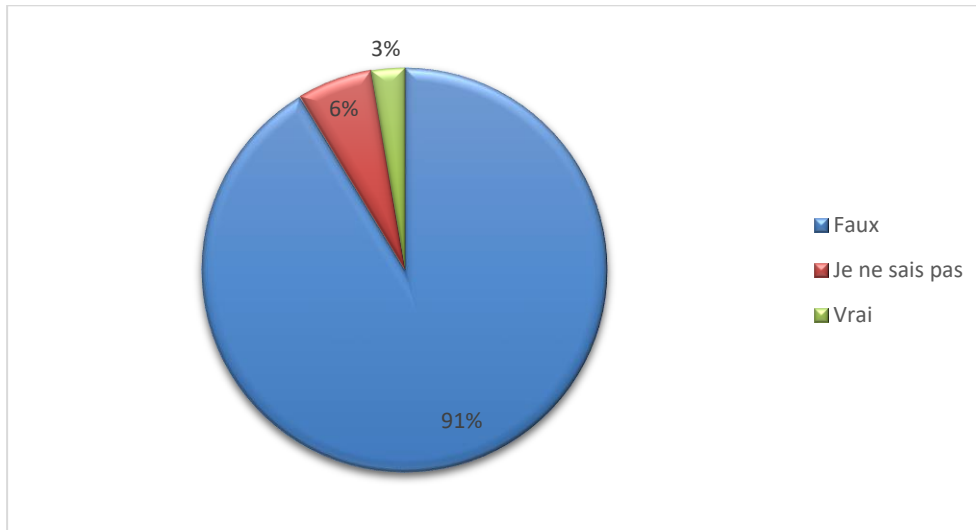


Figure 17 : Ordonnance pour la CUH

274 patientes (soit 91%), ont déclaré qu'il n'y avait pas besoin d'ordonnance pour se procurer une CUH, 6%, soit 18 des patientes ne savaient pas et 3%, soit 8 patientes, ont pensé qu'il y avait besoin d'une ordonnance pour avoir accès à la CUH

- « Le stérilet au cuivre est une contraception d'urgence plus efficace que la pilule du lendemain s'il est posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque »

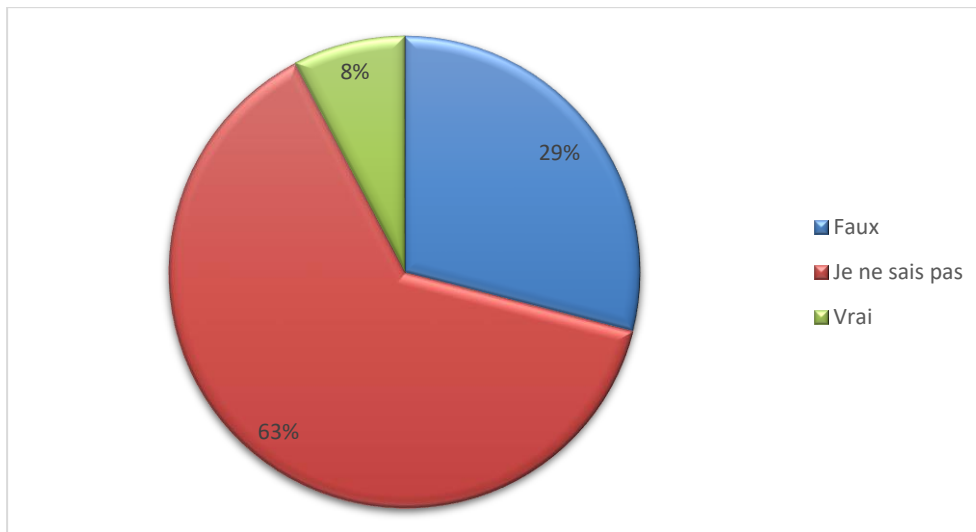


Figure 18 : Efficacité du DIU cuivre

190 patientes (soit 63%), ne savaient pas si le DIU est plus efficace que la « pilule du lendemain », 29%, soit 87 patientes, pensaient que l'affirmation ci-dessus était fausse. Seulement 8%, soit 23 patientes, ont déclaré que le DIU cuivre est une CU plus efficace que la CUH

- « La pilule du lendemain ne peut être prise que jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel à risque »

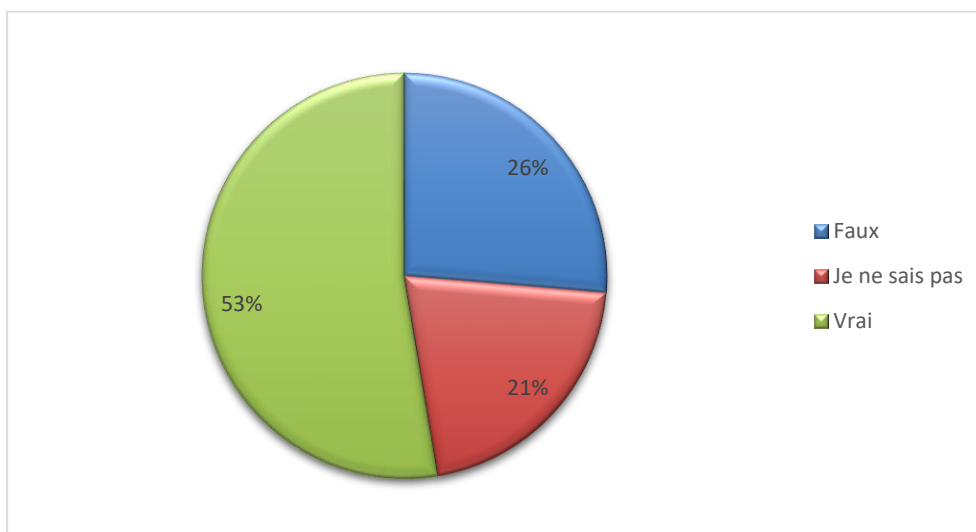


Figure 19 : Délai d'efficacité de la CUH

158 patientes (soit 53%), ont validé l'information selon laquelle la durée de 3 jours est le délai maximal de prise de la « pilule du lendemain », 21%, soit 63 patientes, ne savaient pas et 26%, soit 79 patientes, pensaient que le délai limité à 3 jours était faux.

- Calcul de score global au questionnaire

Au total, le score moyen aux vrai/faux était de 2.34 +/-1.37 points. La médiane se situait à 2.

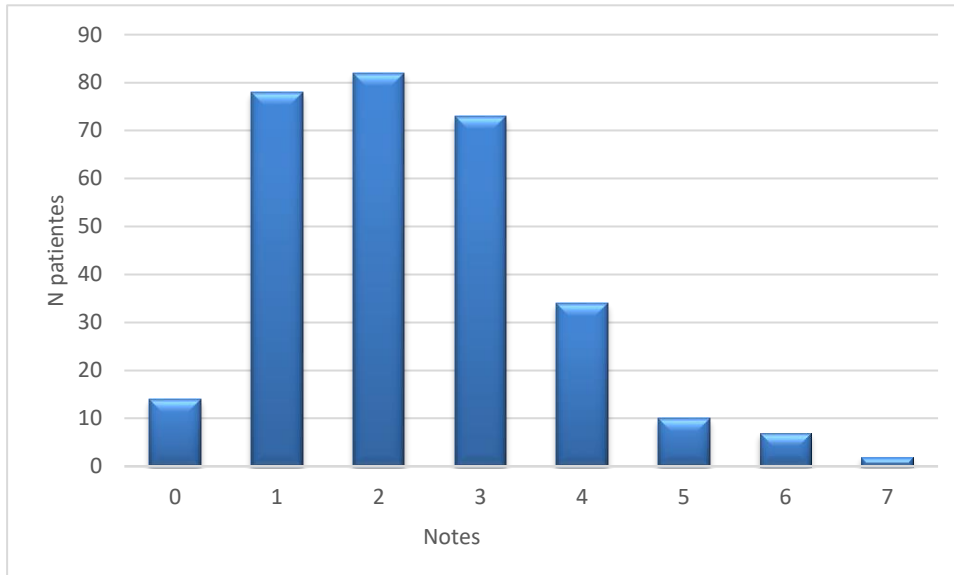


Figure 20 : Répartition des notes au test de connaissances

## II.D. Sources d'information et attentes des patientes

### II.D.1. Sources d'information sur la contraception d'urgence

S'agissant des sources d'information utilisées par les patientes : 66.3% soit 199 d'entre elles se renseignaient sur internet ; 62.3% soit 187 auprès de leur pharmacien ; 62.0%, soit 186 auprès de leur médecin traitant ; 55.7%, soit 167, auprès d'un gynécologue ; 33%, soit 99, auprès d'une amie, 31.3% soit 93 auprès d'un planning familial.

En réponse libre :

- 1 patiente a cité les centres de dépistage,
- 1 patiente a cité sa sage-femme,
- 1 patiente a déclaré être interne en pharmacie et a cité le Vidal,
- 7 patientes ont cité leur famille.

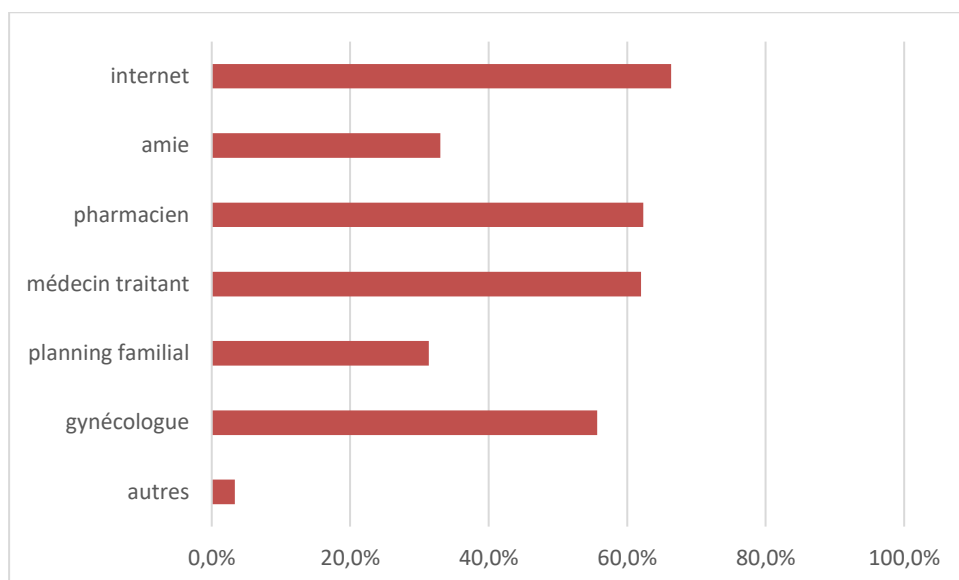


Figure 21 : Histogramme des sources d'information utilisées par les patientes

Questionnaire à choix multiple, total > 100%

## II.D.2. Attentes lors d'une consultation axée sur la contraception en médecine générale.

Lors d'une consultation, avec leur médecin traitant, centrée sur la contraception :

-60% des patientes, soit 179, étaient demandeuses d'une information écrite relative aux oublis de pilule,

-29%, soit 88 patientes, demandaient que les situations à risque de grossesse leur soient réexpliquées,

-23%, soit 69 patientes, souhaitaient que la pilule du lendemain leur soit prescrite à l'avance,

-23%, soit 69 patientes pensaient être assez informées.

En réponse libre :

- 3 patientes ont demandé à avoir d'office des informations sur la CU sans avoir besoin d'interroger leur médecin,
- 1 patiente a demandé à ce que les IST et leurs conséquences soient systématiquement abordées,
- 1 patiente a demandé à recevoir un mail avec des « liens utiles » (sites d'information)
- 1 patiente a demandé « une mise à jour régulière »,
- 1 patiente a demandé « un dépliant contenant à la fois des informations sur la contraception et la CU »,
- 1 patiente a demandé un « calendrier avec les dates clés »,

- 1 patiente a demandé un dépliant sur les « fausses croyances ».

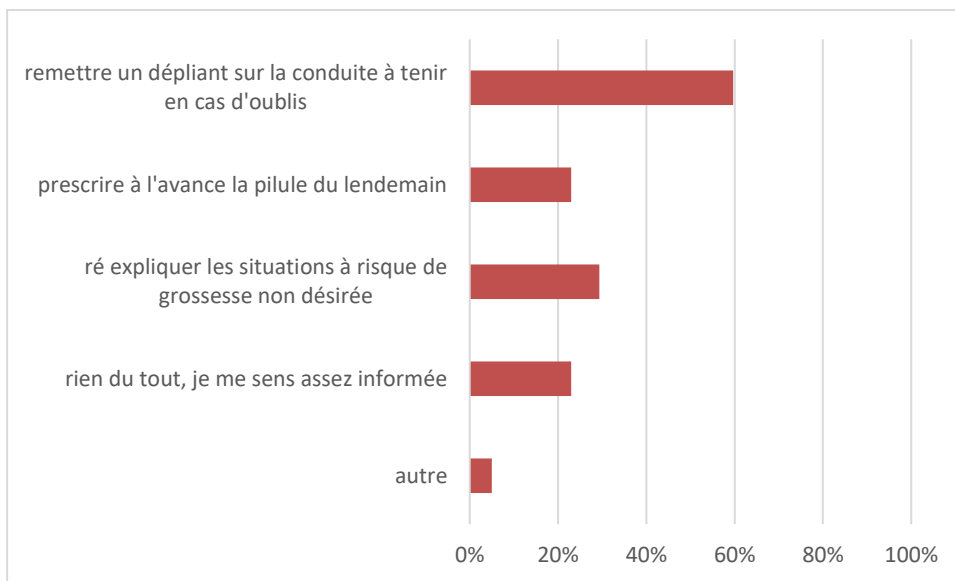


Figure 22 : Histogramme des demandes lors d'une consultation contraception

Questionnaires à choix multiples, total >100%

### II.D.3. Utilité de la médiatisation de la CU

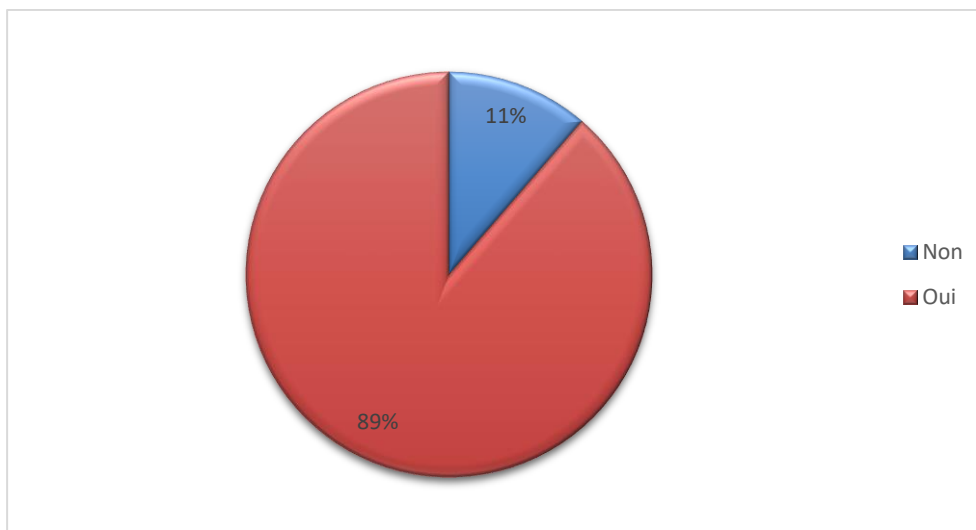


Figure 23 : Demande d'une campagne publicitaire sur la CU

La majorité des patientes (89%, soit 266 d'entre elles) était favorable à une plus grande médiatisation de la CU.

#### II.D.4. Recours systématique à une CU dans l'avenir en cas de risque de grossesse non désirée

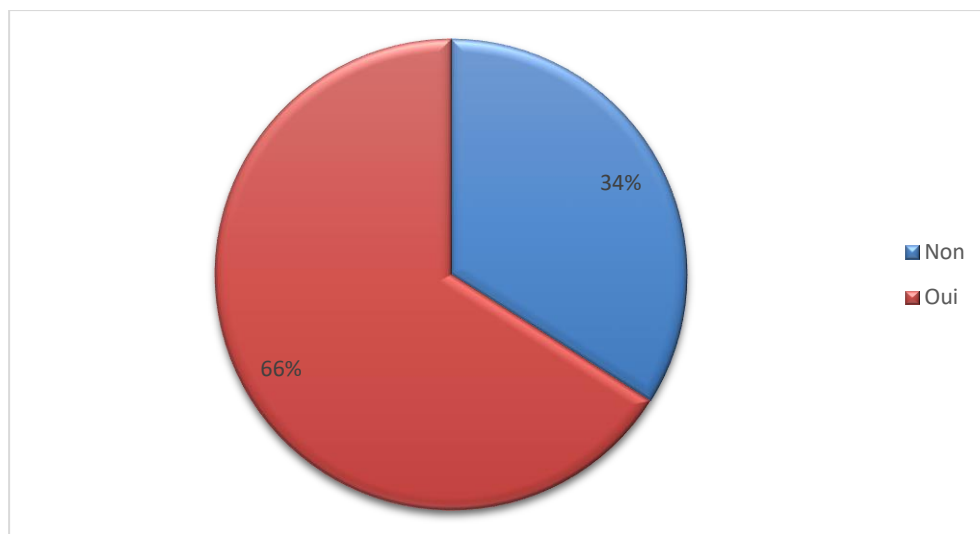


Figure 24 : Prise d'une CU en cas de rapport à risque dans l'avenir

-66%, soit 198 patientes, ont répondu « oui » à la question d'avoir recours à une CU dans l'avenir en cas de rapport sexuel jugé à risque de grossesse

-34%, soit 102 patientes, ont pensé ne pas y avoir recours systématiquement

#### II.D.5. Type de CU envisagée pour l'avenir en cas de réponse positive.

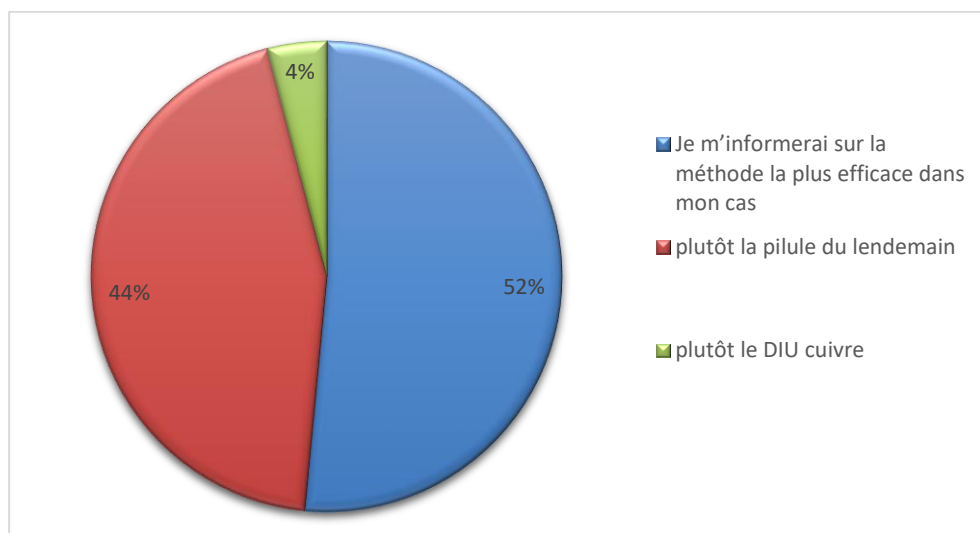


Figure 25 : CU envisagée

-52%, soit 102 patientes, ont indiqué qu'elles chercheraient à s'informer sur la CU la plus efficace dans leur cas au besoin

-44%, soit 88 patientes, ont déclaré penser prendre la « pilule du lendemain »

-4%, soit 8 patientes, ont déclaré penser opter pour un DIU cuivre.

### III. Objectifs secondaires : lien entre CU, facteurs sociodémographiques et information

#### III.A. Lien entre antécédent d'utilisation d'une contraception d'urgence, facteurs sociodémographiques et sources d'information

	Total	Utilisation d'une contraception d'urgence	Jamais d'utilisation de contraception d'urgence	p value du test
<b>Age (années)</b>				
<20	10 (100,0%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0,924
[20,25)	104 (100,0%)	61 (58,7%)	43 (41,3%)	
[25,30)	125 (100,0%)	70 (56,0%)	55 (44,0%)	
≥30	61 (100,0%)	36 (59,0%)	25 (41,0%)	
<b>Niveau d'étude</b>				
≤bac	19 (100,0%)	12 (63,2%)	7 (36,8%)	0,04
[+1,+3)	29 (100,0%)	12 (41,4%)	17 (58,6%)	
[+3,+5)	99 (100,0%)	49 (49,5%)	50 (50,5%)	
Master	125 (100,0%)	83 (66,4%)	42 (33,6%)	
≥+6	28 (100,0%)	16 (57,1%)	12 (42,9%)	
<b>Contraception régulière</b>				
Oui	208 (100,0%)	118 (56,7%)	90 (43,3%)	0,75
Non	92 (100,0%)	54 (58,7%)	38 (41,3%)	
<b>Antécédent d'IVG</b>				
Oui	48 (100,0%)	40 (83,3%)	8 (16,7%)	<0,00001
Non	252 (100,0%)	132 (52,4%)	120 (47,6%)	
<b>Informée sur la CU</b>				
Oui	147 (100,0%)	93 (63,3%)	54 (36,7%)	0,035
Non	153 (100,0%)	79 (51,6%)	74 (48,4%)	
<b>Sources d'information utilisées</b>				
Internet	199 (100,0%)	125 (62,8%)	74 (37,2%)	0,1
Gynécologue	167 (100,0%)	90 (53,9%)	77 (46,1%)	
Pharmacien	187 (100,0%)	110 (58,8%)	77 (41,2%)	
Médecin traitant	186 (100,0%)	97 (52,2%)	89 (47,8%)	
Planning familial	94 (100,0%)	60 (63,8%)	34 (36,2%)	
Amie	99 (100,0%)	61 (61,6%)	38 (38,4%)	
<b>Score de connaissances</b>				
Bon	126 (100,0%)	88 (69,8%)	38 (30,2%)	0,8
Mauvais	174 (100,0%)	120 (69,0%)	54 (31,0%)	

Figure 26 : Utilisation de la CU en fonction des facteurs sociodémographiques, des connaissances et sources d'information



Nous avons recherché un lien entre antécédent d'utilisation d'une CU d'une part, et plusieurs autres facteurs d'autre part (sociodémographiques, sources d'information utilisées par les patientes, antécédents d'IVG,...).

Après analyses statistiques par test de Chi-2, trois catégories significatives ont été retrouvées.

Le niveau d'étude était directement corrélé à l'utilisation de la CU.

En effet, les patientes ayant un niveau d'étude entre le bac+1 et bac +4 y avaient moins eu recours que les autres puisqu'elles n'étaient qu'entre 41.4% et 49.5% à déclarer l'avoir déjà utilisée versus 66.4% chez les bac +5, 57.1% chez les niveaux supérieurs au bac +6 ( $p=0.04$ ).

Par ailleurs, l'antécédent d'utilisation de la CU était lié à l'information préalable sur la CU reçue de la part du médecin traitant.

Nous avons pu observer que les patientes informées par leur médecin traitant sur la CU étaient plus nombreuses à y avoir eu recours (63.3% vs 51.6%  $p=0.035$ ).

Enfin, les antécédents d'IVG étaient également corrélés aux antécédents d'utilisation de la CU. Les patientes ayant déjà eu une IVG étaient plus nombreuses à avoir déjà eu recours à la CU (83.3% vs 52.4%  $p<0.00001$ ).

L'âge, l'utilisation d'une contraception régulière et le score au test de connaissances ne semblaient pas déterminants dans l'utilisation de la CU.

### III.B.Lien entre connaissances des patientes en contraception d'urgence, facteurs sociodémographiques et sources d'information

Résultats test de connaissance				
	Total	Bon score	Mauvais score	p value du test
<b>Age (en années)</b>				
<20	10 (100,0%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0,1
[20,25)	104 (100,0%)	36 (34,6%)	68 (65,4%)	
[25,30)	125 (100,0%)	54 (43,2%)	71 (56,8%)	
≥30	61 (100,0%)	31 (50,8%)	30 (49,2%)	
<b>Niveau d'études</b>				
≤bac	19 (100,0%)	10 (52,6%)	9 (47,4%)	0,0001
[+1,+3)	29 (100,0%)	6 (20,7%)	23 (79,3%)	
[+3,+5)	99 (100,0%)	37 (37,4%)	62 (62,6%)	
Master	125 (100,0%)	51 (40,8%)	74 (59,2%)	
≥+6	28 (100,0%)	22 (78,6%)	6 (21,4%)	
<b>Contraception régulière</b>				
Oui	100 (100,0%)	88 (88,0%)	12 (12,0%)	0,88
Non	92 (100,0%)	38 (41,3%)	54 (58,7%)	
<b>Antécédent d'IVG</b>				
Oui	48 (100,0%)	21 (43,8%)	27 (56,3%)	0,873
Non	252 (100,0%)	105 (41,7%)	147 (58,3%)	
<b>Utilisation d'une CU</b>				
Oui	172 (100,0%)	74 (43,0%)	98 (57,0%)	0,677
Non	128 (100,0%)	52 (40,6%)	76 (59,4%)	
<b>Informée sur la CU par leur médecin traitant</b>				
Oui	147 (100,0%)	72 (49,0%)	75 (51,0%)	0,016
Non	153 (100,0%)	54 (35,3%)	99 (64,7%)	
<b>Sources d'information</b>				
Internet	199 (100,0%)	87 (43,7%)	112 (56,3%)	0,66
Médecin traitant	186 (100,0%)	76 (40,9%)	110 (59,1%)	
Pharmacien	187 (100,0%)	76 (40,6%)	111 (59,4%)	
Planning familial	94 (100,0%)	47 (50,0%)	47 (50,0%)	
Gynécologue	167 (100,0%)	70 (41,9%)	97 (58,1%)	
Amie	99 (100,0%)	46 (46,5%)	53 (53,5%)	
<b>Demande d'informations supplémentaires en consultation</b>				
Oui	232 (100,0%)	89 (38,4%)	143 (61,6%)	0,018
Non	68 (100,0%)	37 (54,4%)	31 (45,6%)	

Figure 27 : Lien entre connaissances des patientes en contraception d'urgence, facteurs sociodémographiques, sources d'information

Un « bon score » était défini par un score  $\geq 3$ , un « mauvais score » par un score  $< 3$ .

Les connaissances sur la CU variaient en fonction du niveau d'étude ( $p=0.0001$ ).

Au niveau bac ou moins, 47.3% des patientes obtenaient un « mauvais score ». Chez les patientes ayant un niveau d'étude entre bac +1 et +2 elles étaient 79.3% vs 62.6% chez les bac +3/+4. Au niveau master, soit bac+5, elles n'étaient plus que 59.2% à obtenir un « mauvais score ». Chez les patientes ayant au moins bac + 6, les proportions s'inversaient très nettement avec 21.4% de « mauvais score » vs 78.6% de « bon score ».

L'information préalable sur la CU par le médecin traitant semblait très nettement corrélée au niveau de connaissance des patientes sur la CU.

En effet, les patientes informées par leur médecin traitant sur la CU étaient 49% à obtenir un « bon score » alors qu'elles ne étaient que 35.3% dans le groupe n'ayant jamais été informé ( $p=0.016$ ).

Les attentes des patientes relatives à l'information sur la CU étaient également en lien avec leur niveau de connaissance.

Les patientes demandeuses d'informations complémentaires en consultation avaient en moyenne de plus mauvais scores que les autres (61.6% vs 45.6%  $p=0.018$ ).

Aucune différence significative de « score de connaissances » sur la CU n'a été retrouvée entre les patientes utilisant une contraception régulière et celles n'en utilisant pas, entre les patientes ayant des antécédents d'IVG ou non, et entre les patientes ayant ou non déjà utilisé la CU.

### III.C.Lien entre information des patientes sur la contraception d'urgence, facteurs sociodémographiques et antécédents

<b>CU abordée par le médecin traitant</b>				
	Total	Information reçue	Pas d'information	p value au test
<b>Age (en années)</b>				
<20	10 (100,0%)	8 (80,0%)	2 (20,0%)	<b>0,0233</b>
[20,25)	104 (100,0%)	49 (47,1%)	55 (52,9%)	
[25,30)	125 (100,0%)	53 (42,4%)	72 (57,6%)	
≥30	61 (100,0%)	37 (60,7%)	24 (39,3%)	
<b>Niveau d'études</b>				
≤bac	19 (100,0%)	15 (78,9%)	4 (21,1%)	<b>0,057</b>
[+1,+3)	29 (100,0%)	16 (55,2%)	13 (44,8%)	
[+3,+5)	99 (100,0%)	42 (42,4%)	57 (57,6%)	
Master	125 (100,0%)	60 (48,0%)	65 (52,0%)	
≥+6	28 (100,0%)	14 (50,0%)	14 (50,0%)	
<b>Contraception régulière</b>				
Oui	208 (100,0%)	101 (48,6%)	107 (51,4%)	<b>0,9</b>
Non	92 (100,0%)	46 (50,0%)	46 (50,0%)	
<b>Antécédent d'IVG</b>				
Oui	48 (100,0%)	26 (54,2%)	22 (45,8%)	<b>0,529</b>
Non	252 (100,0%)	121 (48,0%)	131 (52,0%)	
<b>Utilisation d'une CU</b>				
Oui	172 (100,0%)	93 (54,1%)	79 (45,9%)	<b>0,047</b>
Non	128 (100,0%)	54 (42,2%)	74 (57,8%)	

Figure 28 : Lien entre information reçue et facteurs sociodémographiques

Après analyses, une association significative a été retrouvée entre le fait que les patientes avaient reçu une information de leur médecin traitant et deux variables.

L'information des patientes semblait être en lien à la fois avec leur âge mais aussi avec les antécédents d'utilisation de la CU.

Les patientes entre 20 et 29 ans étaient les moins informées sur la CU ( $p=0.023$ ). Entre 20 et 24 ans, et 25 et 29 ans elles n'étaient respectivement que 47.1% et 42.4% à avoir déjà reçu des informations sur la CU par leur médecin traitant alors que les moins de 20 ans étaient 80% et les plus de 30 ans 60%.

Par ailleurs, les utilisatrices de la CU avaient déjà été informées dans 54.1% vs 42.2% chez les non utilisatrices ( $p=0.047$ ).

Aucune différence significative n'a été retrouvée selon l'utilisation d'une contraception régulière ou selon les antécédents d'IVG.

### III.D. Recours futur systématique à la CU en cas de rapport jugé à risque de grossesse

<b>Recours futur à la CU en cas de rapport à risque</b>				
	Total	Oui	non	p value du test
<b>Age (en années)</b>				
<20	10 (100,0%)	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0,111
[20,25)	104 (100,0%)	78 (75,0%)	26 (25,0%)	
[25,30)	125 (100,0%)	77 (61,6%)	48 (38,4%)	
≥30	61 (100,0%)	37 (60,7%)	24 (39,3%)	
<b>Niveau d'études</b>				
≤bac	19 (100,0%)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	0,031
[+1,+3	29 (100,0%)	16 (55,2%)	13 (44,8%)	
[+3,+5)	99 (100,0%)	68 (68,7%)	31 (31,3%)	
Master	125 (100,0%)	91 (72,8%)	34 (27,2%)	
≥+6	28 (100,0%)	14 (50,0%)	14 (50,0%)	
<b>Contraception régulière</b>				
Oui	208 (100,0%)	143 (68,8%)	65 (31,3%)	0,13
Non	92 (100,0%)	55 (59,8%)	37 (40,2%)	
<b>Antécédent d'IVG</b>				
Oui	48 (100,0%)	31 (64,6%)	17 (35,4%)	0,868
Non	252 (100,0%)	167 (66,3%)	85 (33,7%)	
<b>Informées sur la CU par leur médecin traitant</b>				
Oui	147 (100,0%)	94 (63,9%)	53 (36,1%)	0,4
Non	153 (100,0%)	104 (68,0%)	49 (32,0%)	
<b>Recours antérieur à la CU</b>				
Oui	128 (100,0%)	78 (60,9%)	50 (39,1%)	0,1
Non	172 (100,0%)	120 (69,8%)	52 (30,2%)	
<b>Jugement ressenti lors recours antérieur</b>				
Oui	51 (100,0%)	41 (80,4%)	10 (19,6%)	0,049
Non	121 (100,0%)	79 (65,3%)	42 (34,7%)	
<b>Score de connaissances</b>				
Bon	126 (100,0%)	93 (73,8%)	33 (26,2%)	0,015
Mauvais	174 (100,0%)	105 (60,3%)	69 (39,7%)	
<b>Sources d'information</b>				
Internet	199 (100,0%)	134 (67,3%)	65 (32,7%)	0,9
Médecin traitant	186 (100,0%)	124 (66,7%)	62 (33,3%)	
Pharmacien	187 (100,0%)	125 (66,8%)	62 (33,2%)	
Gynécologue	167 (100,0%)	104 (62,3%)	63 (37,7%)	
Planning familial	94 (100,0%)	60 (63,8%)	34 (36,2%)	
Amie	99 (100,0%)	66 (66,7%)	33 (33,3%)	

Figure 29 : Lien entre recours à la CU en cas de rapport à risque, facteurs sociodémographiques, connaissances et sources d'information

Le niveau d'étude des patientes était corrélé à leur déclaration d'utilisation future de la CU.

Les patientes ayant un niveau d'études entre le bac +3 et le master étaient plus nombreuses à déclarer vouloir prendre une CU en cas de risque de grossesse (respectivement 68.7% et 72.8% vs 47.4% chez celles ayant le bac ou moins, 55.2% chez les bac +1/+2 et 50% chez les bac +6 et plus  $p=0.031$ ).

Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction de la prise d'une contraception régulière, des antécédents d'IVG, de l'utilisation antérieure d'une CU, des sources d'information ou de l'information préalable.

Chez les patientes ayant déjà eu recours à la CU, celles s'étant senties jugées par le professionnel de santé leur y ayant donné accès étaient 80.4% à déclarer penser utiliser de manière systématique une CU en cas de prise de risque vs 65.3% chez les autres ( $p=0.049$ ). A noter que la couverture contraceptive chez les patientes s'étant senties jugées était de 80.4%, contre 63.6% chez celles ne s'étant pas senties jugées ( $p=0.03$ ).

Le niveau de connaissance des patientes sur la CU impactait directement la déclaration de son usage futur.

En effet, les patientes ayant de meilleures connaissances sur la CU étaient plus nombreuses à déclarer penser y recourir systématiquement en cas de prise de risque que les autres (73.8% vs 60.3%  $p=0.015$ ).

### III.E. Lien entre sources d'information et facteurs socio démographiques

Sources d'information								p value du test
Total N	Internet	Médecin traitant	Pharmacien	Planning	Gynécologue	Amie		
<b>Age (en années)</b>								
<20	(100,0%)	7 (23,3%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)	0,317
[20,25)	(100,0%)	72 (22,1%)	66 (20,2%)	68 (20,9%)	31 (9,5%)	49 (15,0%)	40 (12,3%)	
[25,30)	(100,0%)	84 (21,9%)	71 (18,5%)	78 (20,4%)	39 (10,2%)	71 (18,5%)	40 (10,4%)	
≥30	(100,0%)	36 (18,7%)	42 (21,8%)	37 (19,2%)	22 (11,4%)	44 (22,8%)	12 (6,2%)	
<b>Niveau d'études</b>								
≤bac	(100,0%)	10 (16,9%)	14 (23,7%)	10 (16,9%)	6 (10,2%)	10 (16,9%)	9 (15,3%)	0,999
[+1,+3)	(100,0%)	17 (19,1%)	19 (21,3%)	17 (19,1%)	9 (10,1%)	15 (16,9%)	12 (13,5%)	
[+3,+5)	(100,0%)	66 (21,0%)	63 (20,1%)	65 (20,7%)	31 (9,9%)	59 (18,8%)	30 (9,6%)	
Master	(100,0%)	85 (22,5%)	71 (18,8%)	79 (21,0%)	39 (10,3%)	66 (17,5%)	37 (9,8%)	
≥+6	(100,0%)	21 (22,6%)	19 (20,4%)	16 (17,2%)	9 (9,7%)	17 (18,3%)	11 (11,8%)	
<b>IVG</b>								
oui	(100,0%)	30 (20,4%)	28 (19,0%)	25 (17,0%)	23 (15,6%)	33 (22,4%)	8 (5,4%)	0,026
non	(100,0%)	169 (21,5%)	158 (20,1%)	162 (20,6%)	71 (9,0%)	134 (17,1%)	91 (11,6%)	
<b>Contraception régulière</b>								
oui	(100,0%)	130 (20,1%)	127 (19,6%)	133 (20,6%)	71 (11,0%)	116 (17,9%)	70 (10,8%)	0,59
non	(100,0%)	69 (24,2%)	59 (20,7%)	54 (18,9%)	23 (8,1%)	51 (17,9%)	29 (10,2%)	
<b>Utilisation antérieure CU</b>								
oui	(100,0%)	125 (23,0%)	97 (17,9%)	110 (20,3%)	60 (11,0%)	90 (16,6%)	61 (11,2%)	0,18
non	(100,0%)	74 (19,0%)	89 (22,9%)	77 (19,8%)	34 (8,7%)	77 (19,8%)	38 (9,8%)	
<b>Déjà informées</b>								
oui	(100,0%)	92 (19,0%)	106 (21,9%)	99 (20,4%)	52 (10,7%)	88 (18,1%)	48 (9,9%)	0,3
non	(100,0%)	107 (23,9%)	80 (17,9%)	88 (19,7%)	42 (9,4%)	79 (17,7%)	51 (11,4%)	

Figure 30 : Lien entre facteurs sociodémographiques et sources d'information utilisées

Après analyse, il est apparu que les antécédents d'IVG étaient associés à une tendance à la « médicalisation » de la source d'information utilisée.

En effet, les patientes ayant déjà eu une IVG étaient beaucoup moins nombreuses à citer leurs amies comme sources d'information sur la CU que les autres (5.4% vs 11.6%) mais avaient au contraire plus eu recours aux gynécologues (22.4% vs 17.1%) et au planning familial (15.6% vs 9%) p=0.026.

Par ailleurs, l'âge semblait également impacter sur la source d'information utilisée mais le lien n'était pas significatif ( $p=0.317$ ).

Les patientes ayant dépassé la trentaine citaient plus leur gynécologue que les plus jeunes (22.8% vs 10%) mais beaucoup moins leurs amies (6.2% vs 23.3%).

Le niveau d'étude, l'utilisation d'une contraception régulière et l'information préalable par leur médecin traitant ne semblait pas être lié aux sources d'information utilisées.



## Discussion

---

### I. Résultats principaux

#### I.A. Caractéristiques de la population

La population de notre étude ne prétend pas être représentative de la population générale.

Le niveau d'étude de notre population était plus élevé que dans la population générale puisque seulement 4% de nos patientes avaient un niveau d'étude inférieur au bac alors que d'après l'INSEE 2017, 12% des françaises de la même génération n'ont pas de diplôme (48).

L'âge des patientes incluses a volontairement été restreint aux 18-35 ans, tranche d'âge correspondant au taux maximal d'IVG / 1000 femmes en France (35).

Le lieu de recueil s'est limité à Paris et certaines communes limitrophes, zone d'habitat où le taux d'IVG est également plus élevé que la moyenne française (16.4‰ vs 14.3‰) (35).

La population de notre étude était donc d'âge jeune (26 ans en moyenne) avec un haut niveau d'étude.

La couverture contraceptive était parfaitement superposable à celle attendue.

La contraception principalement utilisée était la pilule dans 62% des cas, suivie du DIU pour 26% des patientes (49).

Comme attendu, le DIU au cuivre n'était quasiment pas cité comme CU (50) (51).

Le taux d'IVG était également superposable à celui de la population francilienne.

L'utilisation de la CU était plus élevée, 57% vs 24% dans la population générale. Cela peut s'expliquer à la fois par la zone géographique de l'étude et l'âge de notre population puisqu'il a déjà été montré dans d'autres études que les patientes jeunes étaient les premières utilisatrices de la CU, mais également que les patientes franciliennes y avaient plus recours que les autres (39). Nous pouvons également penser que cela s'explique par leur niveau de « médicalisation », puisque toutes les participantes consultaient spontanément en cabinet libéral.

#### I.B. Connaissances sur la contraception d'urgence

A travers différents items nous avons cherché à évaluer les connaissances sur la contraception d'urgence acquises par les patientes mais aussi les zones de lacune.

La moyenne obtenue à notre questionnaire composé de 7 items était très basse (2.34/7).

Les lacunes des patientes concernaient à la fois les délais d'utilisation de la CU, les effets secondaires, mais aussi les types de CU existants.

Seules 13% des patientes étaient au courant que la CUH n'entraîne pas d'effets secondaires graves, et 17% d'entre elles pensent encore que la CUH peut les rendre stériles.

Comme dans le Baromètre Santé 2016, le délai d'efficacité de la CUH était encore méconnu. Bien que nous n'ayons pas fait de distinction en tranches horaires, 53% pensaient à tort que le délai maximal de recours est limité à 3 jours. 26% des patientes ont indiqué que cette durée était fautive sans que nous ne puissions savoir si elles connaissaient la durée exacte d'efficacité de l'UPA ou si elles pensaient à tort que la durée indiquée était trop longue.

Il est intéressant de noter que sur les 172 patientes ayant déclaré avoir pris une CU, 18 ont spécifié qu'il s'agissait de Norlevo, les autres ayant utilisé les termes de « pilule » ou « pilule du lendemain ». Aucune n'a cité explicitement Ellaone. Dix ans après sa mise sur le marché, la durée maximale d'utilisation de l'UPA est malheureusement encore méconnue du grand public. Dans notre étude, la notion d'accès sans ordonnance de la CUH semblait acquise par une large majorité des patientes puisque 91% d'entre elles étaient au courant alors que d'après le baromètre santé 2016, 18% des patients interrogées l'ignoraient encore.

Plusieurs thèses ont été réalisées sur la CU depuis le début des années 2000, cependant la plupart datent d'avant 2015, date de mise à disposition sans ordonnance d'Ellaone (52) (53) (54). Leurs résultats sont identiques aux nôtres : les lacunes en terme de connaissance persistent à la fois du côté des patientes, mais aussi des médecins (55) (56). Et pourtant depuis la mise sur le marché de Norlevo une seule campagne d'information a été menée en 2012. Plus aucune autre n'a été réalisée, même en 2015, date de gratuité d'Ellaone pour les mineures, jusqu'en juillet 2019, date postérieure à la réalisation de notre étude.

Le DIU cuivre en tant que contraceptif d'urgence reste peu connu et très difficilement accessible aux patientes. Cette méconnaissance n'est pas étonnante puisque plusieurs travaux de thèse ont montré que les médecins généralistes étaient moins du tiers à savoir qu'il était une CU (55) (57).

Seule Marine Lacroix, a retrouvé dans sa thèse en octobre 2018 un bon niveau de connaissance du DIU. Cependant, tous les médecins participants étaient maîtres de stage et impliqués dans la prise en charge des femmes. Il est tout de même intéressant de noter que, même chez ces praticiens, des freins à l'utilisation du DIU comme CU persistent : manque d'entraînement à la pose, exagération des contre-indications, manque de temps (58).

Ainsi les femmes ne sont probablement pas assez informées par leur praticien, soit par méconnaissance de leur part soit par crainte de la pratique.

## I.C. Sources d'information et attentes des patientes

Internet était cité comme première source d'information par la population de notre étude, devant les pharmaciens et les médecins généralistes (66.3% vs 62.3 et 62%).

Les plannings familiaux n'étaient cités que par 1/3 des patientes, cela pouvant probablement en partie s'expliquer par l'exclusion des patientes mineures de notre population d'étude.

Selon l'étude BVA menée en 2012 pour HRA Pharma, les médecins étaient cités comme sources préférées d'information des patientes alors qu'elles n'étaient que 20% à déclarer avoir été informées par leur médecin, loin derrière les médias (55%).

Le niveau d'information des patientes par leur médecin généraliste reste très mauvais. Plus de la moitié d'entre elles n'avait jamais abordé le sujet avec son généraliste dans notre étude. Les données de la littérature vont dans le même sens. En 2015, Potier retrouvait un taux de 86.1% de patientes non informées par leur médecin généraliste sur la CU (59).

## II. Résultats secondaires

Bien qu'il soit difficile d'établir un « profil d'utilisatrice » de la CU, il semble que les patientes ayant un haut niveau d'étude, ayant déjà eu une IVG et surtout ayant déjà été informées ont plus recours à la CU. Ces données vont dans le même sens que les résultats de l'étude COCON menée en 1999 suite à la mise sur le marché du LNG.

Les connaissances sur la CU sont meilleures chez les patientes informées par leur médecin traitant et ayant un haut niveau scolaire.

Les patientes jeunes sont plus informées par leur médecin traitant. Cette population cible est concordante avec les données de la littérature puisque les premières utilisatrices de la CU sont les moins de 25 ans.

Cependant, il paraît intéressant de mener une étude chez les plus de 35 ans, souvent moins ciblées par la délivrance d'information sur la CU (60) alors que le taux d'IVG de cette classe d'âge reste supérieur à 5/1000 habitantes.

Environ un tiers de notre population d'étude a déclaré ne pas penser avoir recours à la contraception d'urgence en cas de rapport sexuel à risque de grossesse à l'avenir. La question posée permettait d'exclure différents freins : la non perception du risque de grossesse mais aussi la méconnaissance des délais d'utilisation, principales causes de non utilisation, et malgré cela une femme sur trois a répondu par la négative.

La crainte des effets secondaires ne paraît pas pouvoir justifier à elle seule une proportion aussi élevée. M.Compard avait déjà évoqué dans sa thèse un autre frein, quant à lui non maîtrisable :

l'ambivalence du désir de grossesse(52). Cependant, il serait intéressant de mener une étude qualitative sur le sujet.

### **III. Points forts de l'étude**

La méthode de recueil utilisant des questionnaires et non des interrogatoires téléphoniques comme dans les derniers BEH a permis d'obtenir un bon niveau de participation et notamment un taux élevé d'utilisatrices de la CU en comparaison à la population générale.

L'anonymat des participantes a permis d'optimiser la qualité des réponses.

Par ailleurs, la diversité des pratiques des cabinets médicaux ayant distribué les questionnaires a permis d'obtenir des résultats harmonieux.

### **IV. Limites de l'étude**

Il existait un biais de sélection puisque le recrutement de notre population s'est effectué exclusivement en cabinet de médecine libérale. Par conséquent, les questionnaires étaient issus d'une population ayant facilement recours à un médecin généraliste. Les patientes dont l'accès aux soins primaires en médecine libérale est rendu compliqué, notamment par des contraintes économiques, n'ont pas pu être recrutées.

Par ailleurs le recrutement était effectué après proposition du médecin et accord des patientes. Les patientes recrutées constituaient donc une population non exhaustive, non représentative de l'ensemble des patientes ayant consulté sur la durée de l'étude.

Afin de faciliter le traitement des données, les questions permettant d'évaluer les connaissances des patientes étaient des questions fermées à choix binaire ne permettant pas d'explorer en détail les lacunes ou connaissances des patientes.

L'utilisation de questionnaires a rendu impossible l'inclusion des patientes ne sachant ni lire ni écrire alors qu'il aurait également été très intéressant de connaître leur niveau de connaissances et leurs sources d'informations.

Nous avons volontairement décidé de ne poser aucune question sur l'orientation religieuse des patientes alors que celle-ci agit probablement sur la perception et donc l'utilisation de la CU (44).

Enfin, les données recueillies étaient déclaratives et donc non vérifiables.

### **V. Perspectives**

Il pourrait être intéressant d'élargir la tranche d'âge de « première consultation contraception ». Existante depuis novembre 2017, cette consultation est actuellement limitée aux patientes de 15

à 18 ans alors que l'âge moyen du premier rapport sexuel en France est de 17.6 ans chez les filles (61) (62). Toute primo prescription de contraception devrait pouvoir bénéficier d'une consultation longue en médecine de ville. Dans la même optique, une consultation annuelle sur la contraception, accessible à toutes les femmes, pourrait être envisagée.

Par ailleurs, la prescription à l'avance de la CU devrait être favorisée puisqu'il a été démontré qu'elle n'augmentait pas les risques d'IST ou d'abandon d'une contraception régulière (37) (38).

L'utilisation du DIU cuivre en tant que CU devrait être encouragée, ce dernier étant la méthode de CU la plus efficace et découlant sur une méthode de contraception au long cours. Mais cela doit passer à la fois par la formation des médecins généralistes à leur pose et par l'information des pharmaciens et des patientes. Il pourrait être intéressant de créer un parcours de soins dédié à la pose de DIU en urgence (du même type que les plateformes IVG : possibilité de prise de RDV par internet, contact en urgence, ...).

Enfin, l'accès gratuit et anonyme à la CUH aux garçons mineurs devrait être possible afin de favoriser le partage de responsabilité entre les hommes et les femmes en matière de contraception. Cette idée a déjà été évoquée en 2013 par l'HAS mais n'a jamais été mise en place.

## Conclusion

---

L'utilisation de la contraception d'urgence tend à être démedicalisée. Cependant, son utilisation ne paraît pas optimale malgré les efforts des divers intervenants.

Avec cette étude, réalisée auprès de 300 femmes de 18 à 35 ans, nous avons tenté d'analyser le niveau de connaissance des femmes sur la contraception d'urgence et les sources d'information utilisées.

Les connaissances des femmes sur la contraception d'urgence n'étaient que peu influencées par l'âge, les antécédents d'IVG ou l'utilisation d'une contraception régulière. Cependant, elles étaient augmentées par le niveau d'étude et la notion d'information préalable par le médecin traitant.

Les sources d'information étaient majoritairement représentées par internet, le corps médical (médecin généraliste et gynécologue) et les pharmaciens.

Après analyses de nos résultats, il nous semble important de développer la formation des médecins au sujet de la contraception d'urgence et de les sensibiliser à ce volet important de la prévention.

Une poursuite de la sensibilisation et de l'information du grand public est nécessaire, non seulement par les médias mais aussi par le médecin généraliste, qui semble d'après notre étude insuffisamment informatif auprès de ses patientes.

Le médecin généraliste, coordonnateur du parcours de soins et interlocuteur privilégié des patientes, exerce un rôle central dans la prise en charge des femmes et doit poursuivre son implication dans la prévention et l'information de ses patientes sur les grossesses non désirées.

## Bibliographies

---

1. BVA. Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012. HRA Pharma; 2012.
2. Moreau C, Bouyer J, Goulard H, Bajos N. The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions. *Contraception*. mars 2005;71(3):202-7.
3. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N, Cocon Group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. sept 2006;74(3):208-13.
4. Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans: Entre avancées et inégalités. *Agora Débatsjeunesses*. 2013;63(1):88.
5. Contraception : que savent les français ? Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
6. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. 2005;25.
7. Trussell J, Raymond EG, Cleland K. Emergency Contraception : A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy. :38.
8. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. /data/revues/03682315/v39i3/S0368231510000487/ [Internet]. 3 mai 2010 [cité 15 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/250689>
9. Murphy P. Update on emergency contraception. *Journal of Midwifery Womens Health*. 57 (6). nov 2012;593-602.
10. Ho PC, Kwan MSW. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. mars 1993;8(3):389-92.
11. von Hertzen H, Piaggio G, Peregoudov A, Ding J, Chen J, Song S, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *The Lancet*. déc 2002;360(9348):1803-10.
12. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod*. 1 juill 2012;27(7):1994-2000.
13. Haspels A. Emergency contraception: A review. *Contraception*. août 1994;50(2):101-8.
14. Contraception d'urgence et surpoids. Préférer un DIU. *Prescrire*. 2014;34(371):687-8.

15. Recommandations pour la pratique clinique: Contraception. CNGOF . 2018; Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2018-contraception/>
16. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. juill 2011;84(1):35-9.
17. VIDAL - NORLEVO 1,5 mg cp - Pharmacodynamie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/norlevo-65157-pharmacodynamie.htm>
18. Hamdaoui N. La contraception d'urgence. *RPC Contraception CNGOF*. 2018;7.
19. Haeger KO, Lamme J, Cleland K. State of emergency contraception in the U.S., 2018. *Contracept Reprod Med*. déc 2018;3(1):20.
20. Glasier A. Emergency contraception: clinical outcomes. *Contraception*. mars 2013;87(3):309-13.
21. Lévonorgestrel - Grossesse et allaitement. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. 2018. Disponible sur: [https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id\\_article=976](https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=976)
22. Aubin C. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. IGAS; 2009 oct. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
23. Festin MPR, Peregoudov A, Seuc A, Kiarie J, Temmerman M. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. *Contraception*. janv 2017;95(1):50-4.
24. Contraception d'urgence hormonale : rapport bénéfique / risque jugé favorable par la Commission européenne quel que soit le poids de la femme - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé . Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Contraception-d-urgence-hormonale-rapport-benefice-risque-juge-favorable-par-la-Commission-europeenne-quel-que-soit-le-poids-de-la-femme-Point-d-information>
25. Ellaone 30 mg, comprimé. HAS Commission de la transparence; 2010. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone\\_-\\_ct-7137.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf)
26. VIDAL - ELLAONE 30 mg cp - Pharmacodynamie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/ellaone-93698-pharmacodynamie.htm>
27. Plan de gestion de risque de la spécialité pharmaceutique Ellaone. afssaps Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/af34dd5913deb0f088373102d175a347.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/af34dd5913deb0f088373102d175a347.pdf)



28. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. févr 2010;375(9714):555-62.
29. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France; 2016.
30. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. 2003;18(5):6.
31. Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012 Disponible sur: <https://www.etsicamarrivait.fr/etsicamarrivait-uploads/2014/08/Les-femmes-les-leaders-dopinion-et-la-contraception-durgence-en-2012..pdf>
32. Alexandre L, Valérie F, Caroline L, Catherine E-K. Grossesses non prévues en Île-de-France. :44.
33. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article243>
34. Régnier-loilier A. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? 2007;8.
35. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. sept 2018;(1081). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
36. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception\\_durgence\\_-\\_synthese\\_et\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf)
37. Moreau C, Trussell J, Bajos N. The determinants and circumstances of use of emergency contraceptive pills in France in the context of direct pharmacy access. *Contraception*. déc 2006;74(6):476-82.
38. Moreau C, Bajos N, Trussell J. The impact of pharmacy access to emergency contraceptive pills in France. *Contraception*. juin 2006;73(6):602-8.
39. Rahib D, Lydié N. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants / Rate and determinants of emergency contraception use in mainland France in 2016. 25 sept 2018;6.
40. Edwards C, Panjwani D, Pendrith C, Ly A, Dunn S. Knowledge of and Interest in the Copper Intrauterine Device Among Women Seeking Emergency Contraception. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 janv 2018;40(1):41-7.
41. Shoveller Jean, Chabot Cathy, Soon Judith, Levine Marc. Identifying Barriers to Emergency Contraception Use Among Young Women from Various Sociocultural Groups in British Columbia, Canada. *Perspect Sex Reprod Health*. mars 2007;39(1):13-20.

42. Free C, Ogden J, Lee RM. Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *BMJ*. 14 déc 2002;325(7377):1393-1393.
43. Hobbs M, Taft AJ, Amir LH. The emergency contraceptive pill rescheduled: a focus group study of women's knowledge, attitudes and experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 avr 2009;35(2):87-91.
44. Amsellem-Mainguy Y. Contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. :482.
45. Baromètre santé 2016. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. *Santé Publique France*; 2019. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2019/07/Barometre-Contraception-durgence-2016-HD.pdf>
46. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. :5.
47. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 2012;4.
48. Niveau d'éducation de la population. *Insee Références*; 2017.
49. DREES. L'état de santé de la population en France. 2017.
50. Debort M. Connaissances des nullipares à propos du DIU au cuivre. :41.
51. Audot Geraldine. Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse : état des lieux en Limousin (353 patientes). Limoges; 2017.
52. Comparé M. Comment améliorer l'accès à la contraception hormonale d'urgence : la pilule de demain. Université Paris VI Pierre et Marie Curie; 2013.
53. Monrousseau D. Evaluation des connaissances des femmes sur les moyens de contraception : enquête dans trois centres de planification et d'éducation familiale de l'agglomération nantaise sur l'importance des idées préconçues sur la contraception. 2014.
54. Boureau S. Que pensent les femmes de l'intérêt d'une prescription anticipée d'une contraception d'urgence lors d'un renouvellement de leur contraception oestroprogestative ? Université d'Angers; 2013.
55. Kalt P. La contraception d'urgence : à propos de l'évaluation des connaissances des médecins généralistes vosgiens. Université de Lorraine; 2012.
56. Bouskine L. Revue systématique de la littérature : Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence Recherche de freins à la prescription. [Poitiers]: Université de Poitier; 2017.

57. Fraysse A. Pose de stérilet comme moyen de contraception d'urgence par les médecins généralistes de Haute-Normandie: freins et perspectives. 2018.
58. Marine L. Connaissance des professionnels de santé concernant le DIU au cuivre dans la contraception d'urgence. :64.
59. Potier L. Prescription anticipée de la contraception d'urgence: qui et pourquoi? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente-Maritime. Université de Bordeaux; 2015.
60. Bucco C. Représentations des médecins généralistes concernant le counseling en matière de contraception d'urgence. Université de Poitiers; 2018.
61. Bozon Michel. L'âge au premier rapport sexuel. ined; 2014.
62. Maillochon F, Ehlinger V, Godeau E. L'âge « normal » au premier rapport sexuel: Perceptions et pratiques des adolescents en 2014. Agora Débatsjeunesses. 2016;Horsséri(4):37.

# Annexes 1

---

Madame,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en Médecine, je réalise une étude sur les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 35 ans.

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire afin de me permettre d'avancer dans mon travail.

**Quel est votre âge ?**

.....

**Quel est votre niveau d'étude ?**

.....

**Avez-vous une contraception ?**

Oui                       Non

**Si oui, laquelle ?**

.....

**Avez-vous déjà eu une IVG ?**

Oui                       Non

**Avez-vous déjà été informée sur les différentes méthodes de contraception d'urgence par votre médecin traitant ?**

Oui                       Non

**Avez-vous déjà eu recours à une contraception d'urgence ?**

Oui                       Non

**Si oui, laquelle ?** .....

**Vous êtes-vous sentie jugée par le professionnel de santé vous y ayant donné accès ?**

Oui                       Non

**La pilule du lendemain (Norlevo et Ellaone) est la seule contraception d'urgence ?**

Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**La pilule du lendemain peut avoir des effets secondaires graves sur ma santé en cas d'utilisation répétée ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**La pilule du lendemain peut me rendre stérile ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**Le pharmacien peut refuser de me délivrer plus d'une pilule du lendemain dans le même mois ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**J'ai besoin d'une ordonnance pour me procurer une pilule du lendemain ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**Le stérilet au cuivre est une contraception d'urgence plus efficace que la pilule du lendemain s'il est posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**La pilule du lendemain ne peut être prise que jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel à risque ?**

- Vrai                       Faux                       Je ne sais pas

**Si vous cherchez à vous informer sur la contraception d'urgence (délai d'utilisation, effets indésirables, ...) à qui vous adressez vous ? (plusieurs réponses possibles)**

- Internet (doctissimo, macontraception.fr, ...)
- Amie
- Pharmacien
- Médecin traitant
- Planning familial
- Gynécologue
- Autre : .....

**Dans le cadre d'une consultation pour le renouvellement de votre contraception ou d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles, souhaiteriez-vous que votre médecin traitant vous :** (plusieurs réponses possibles)

- Remette un dépliant sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ou de rapport sexuel non protégé
- Prescrive à l'avance la pilule du lendemain
- Ré explique les situations à risque de grossesse
- Rien du tout, je me sens assez informée
- Autre : .....

**Pensez-vous qu'une campagne d'information (spot publicitaire, affiche) permettrait une meilleure information ?**

- Oui
- Non

**Pensez-vous avoir recours systématiquement à une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel à risque de grossesse à l'avenir ?**

- Oui

Si oui :  plutôt la pilule du lendemain  plutôt le DIU cuivre

- Je m'informerai sur la méthode la plus efficace dans mon cas

- Non

Evaluation des connaissances et des sources d'information des femmes entre 18 et 35 ans sur la contraception d'urgence.

**Résumé :**

Le taux d'IVG en France reste stable depuis plusieurs années et ce malgré une accessibilité croissante à la contraception et à la contraception d'urgence (CU).

**Objectif principal :** évaluer les connaissances et les sources d'information des femmes de 18 à 35 ans sur la CU.

**Méthodes :** étude descriptive, prospective, multicentrique avec analyse descriptive des réponses puis analyse bi-variée par test du Chi-2. Etaient incluses les femmes âgées de 18 à 35 ans consultant en médecine générale entre juin et octobre 2018 en Ile-de-France.

**Résultats :** 300 patientes ont été incluses, l'âge moyen était de 26 ans, 69% des patientes avaient une contraception régulière, 16% avaient eu une IVG et 57% avaient déjà eu recours à une CU. Seules 49% des patientes avaient déjà été informées par leur médecin traitant sur la CU. Le libre accès en pharmacie était globalement bien connu. Les types de CU, leur délai d'efficacité et l'absence d'effet secondaire grave étaient par contre méconnus. Internet était la principale source d'information citée devant les pharmaciens et les médecins généralistes (respectivement 66.3%, 62.3% et 62%). Le niveau d'étude, l'information préalable sur la CU et l'IVG semblaient déterminants sur le recours à la CU et les connaissances des patientes.

**Conclusion :** les connaissances des patientes sur la CU restent à améliorer tout comme leur information en consultation de médecine générale. Pour cela, il semble nécessaire de poursuivre la formation des médecins et de continuer la sensibilisation du grand public.

**Mots clés :** Contraception d'urgence, pilule du lendemain, IVG.

Assessment of knowledge and information sources of women between 18 and 35 years old on emergency contraception.

**Abstract :**

The rate of abortion in France has remained stable for several years, despite increasing availability of contraception and emergency contraception (EC).

Main objective: to assess the knowledge and information sources of women aged 18 to 35 on EC.

Methods: descriptive, prospective, multicentric study with descriptive analysis of the responses then bi-varied analysis by Chi-2 test. Included women were between 18 and 35 years old, consulting in general medicine between June and October 2018 in Ile-de-France.

Results: 300 patients were included, the mean age was 26 years, 69% of patients had regular contraception, 16% had had an abortion and 57% had already used EC. Only 49% of patients had already been informed by their GP about EC. Free access to pharmacy was generally well known. The types of EC, their time of effectiveness and the absence of serious side effects were, however, not well known. The Internet was the main source of information cited before pharmacists and general practitioners (66.3%, 62.3% and 62% respectively). Study level, prior information on EC and abortion appeared to be determinative of EC use and patient knowledge.

Conclusion: Patients' knowledge of EC remains to be improved, as is their information in general medical consultation. For this, it seems necessary to continue training doctors and continue to raise awareness among the general public.

**Keywords :** Emergency contraception, Abortion

**Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'Ecole de Médecine  
75270 Paris cedex 06**