



HAL
open science

La contraception d'urgence chez les femmes ayant recours à une IVG : qu'en savent-elles ? Étude observationnelle multicentrique préliminaire

Iliana Aliouat

► To cite this version:

Iliana Aliouat. La contraception d'urgence chez les femmes ayant recours à une IVG : qu'en savent-elles ? Étude observationnelle multicentrique préliminaire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03554815

HAL Id: dumas-03554815

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03554815v1>

Submitted on 3 Feb 2022

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.

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

**La contraception d'urgence chez les femmes ayant recours à une IVG :
qu'en savent-elles ?**

Etude observationnelle multicentrique préliminaire

Iliana ALIOUAT

Née le 29 Novembre 1998

A Villeneuve d'Ascq, Nord-Pas-De-Calais

Mémoire présenté et soutenu le 11 Juin 2021

Directeur de mémoire : Viviane ROY

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2021

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

**La contraception d'urgence chez les femmes ayant recours à une IVG :
qu'en savent-elles ?**

Etude observationnelle multicentrique préliminaire

Iliana ALIOUAT

Née le 29 Novembre 1998

A Villeneuve d'Ascq, Nord-Pas-De-Calais

Mémoire présenté et soutenu le 11 Juin 2021

Directeur de mémoire : Viviane ROY

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2021

Avant-Propos et Remerciement

Je souhaiterais remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire et sans lesquelles cela m'aurait été impossible.

Tout d'abord je tiens à remercier tout particulièrement Madame Viviane ROY, ma maître de mémoire pour ses précieux conseils, son écoute et son soutien.

Un grand merci à Madame Marielle BOURGEOIS, ma guidante, et Madame Alexandra MUSSO pour leur accompagnement, leur aide et le temps précieux qu'elles m'ont accordée jusqu'à la fin, ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique.

Merci à toutes les patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

Merci au Professeur DELOTTE ainsi qu'aux cadres sage-femme Monsieur OURNAC, Madame PETIT et Madame THORIN de m'avoir permis de réaliser mon étude au sein de leurs établissements malgré la période actuelle.

Merci aux équipes de secrétaires et de sages-femmes des hôpitaux de m'avoir aidée à distribuer mes questionnaires lorsque je n'étais pas disponible, votre aide m'a été précieuse.

Merci à Houda, Laurie et Margot pour votre aide et votre soutien, ces quatre années n'auraient pas été les mêmes sans vous ! A tous nos bons moments et nos fous rires, et à tous les autres moments qu'on passera !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. MATERIEL ET METHODE.....	10
2. RESULTATS.....	11
3. DISCUSSION.....	24
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	I
ANNEXE 1.....	III
ANNEXE 2.....	IX

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	11
TABLEAU 2. PROFIL CONTRACEPTIF ET ANTECEDENTS	12
TABLEAU 3. CARACTERISTIQUES DES PATIENTES PRESENTANT UN COMPORTEMENT A RISQUE	13
TABLEAU 4. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....	14
TABLEAU 5. INFORMATION ET HABITUDES CONTRACEPTIVES DES PATIENTES AYANT UN ANTECEDENT D'IVG. 18	
TABLEAU 6. EVALUATION DES FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LE NIVEAU DE CONNAISSANCE.....	20
TABLEAU 7. UTILISATION DE LA CU ET NIVEAU DE CONNAISSANCE EN FONCTION DU NIVEAU D'ETUDE	22

LISTE DES ABREVIATIONS

CU : Contraception d'urgence

DIU : Dispositif intra utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Intervention volontaire de grossesse

INTRODUCTION

Il existe aujourd'hui de nombreuses méthodes contraceptives qui se présentent sous différentes formes : pilule, préservatif masculin ou féminin, dispositif intra-utérin, patch, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme... La France se situe parmi les pays européens qui ont une prévalence contraceptive élevée. Son augmentation progressive s'est élevée jusqu'à atteindre plus de 90 % des femmes en âge de procréer en 2016 [1]. La contraception orale, légalisée en France en 1967 par la loi Neuwirth et remboursée par la Sécurité sociale depuis 1974, est la première méthode la plus utilisée dans de nombreux pays Européens notamment la France.

La contraception d'urgence (CU) désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de la pilule ou la déchirure d'un préservatif). C'est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières. Il en existe deux types : hormonal (pilule à base de Levonorgestrel ou Ulipristal acétate) ou non hormonal (dispositif intra-utérin au cuivre). Elle est utilisable dans un délai de 72h à 120h selon la forme utilisée et ne présente aucune contre-indication absolue [2]. En France, elle peut être délivrée à titre anonyme et gratuit depuis 2002 pour les mineures, en pharmacie ou par des infirmières scolaires dans certains cas particuliers.

Malgré les nombreuses méthodes contraceptives disponibles, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans notre pays reste l'un des plus élevés d'Europe avec plus de 200 000 IVG réalisées par an soit un taux de 14,8 avortements pour 1000 femmes de 15 à 49 ans [3]. A l'inverse d'autres pays Européens où ce taux est en baisse, le nombre d'avortements stagne en France. Au sein du territoire, il existe également de fortes disparités régionales, le taux allant de plus de 53 000 IVG en Ile-de-France sur l'année 2018 à 1 200 en Corse. La région PACA se situe à la quatrième position des régions ayant le taux d'IVG le plus élevé avec plus de 22 000 IVG sur l'année 2018 [4]. Les grossesses inopinées sont donc un véritable problème de santé publique. La contraception d'urgence semble être une bonne alternative de seconde ligne dans la prévention de ces grossesses non souhaitées. Malgré cela, son utilisation reste faible. En France, en 2016, seuls 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque

de grossesse non prévue avaient utilisé la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois [15].

En France, en 2018, S. Dupuis et al., ont étudié les freins potentiels à l'utilisation de la contraception d'urgence des femmes demandant une IVG au CHU de Nice. Il en ressort que la sous-estimation du risque de grossesse (81%), la méconnaissance de la CU, la crainte des effets secondaires ou encore la difficulté d'accès à celle-ci font partis des obstacles les plus fréquents [5].

Des études réalisées à l'international montrent une part de patientes ayant une « bonne connaissance » de la CU variant de 16,9 à 44,9% [8,9,10]. Les facteurs retrouvés ayant influencés ces connaissances étaient une utilisation antérieure de la CU, l'obtention d'information par une source fiable (professionnel médical) et la formation en éducation sexuelle reçue à l'école. Ces lacunes semblent concerner les connaissances spécifiques de la CU notamment le délai de prise après un rapport ou encore la manière d'obtention.

Les résultats du Baromètre Santé 2016 montrent que le niveau d'information des 15-30 ans sur les délais réels d'utilisation s'avère encore insuffisant : seul 1% des moins de 30 ans connaît le délai maximum dont dispose une femme après un rapport sexuel pour éviter une grossesse non désirée (5 jours), 17% des moins de 30 ans considèrent que la CU doit être prise dans un délai de 3 jours, et environ 40% pensent que la contraception d'urgence est efficace uniquement si elle est prise dans les 24h après le rapport sexuel non ou mal protégé. [1]

La revue de la littérature internationale montre de réelles lacunes dans les connaissances des femmes sur la contraception d'urgence [8,9,10]. Cependant peu d'études françaises ont été réalisées sur ce sujet. Cette étude a pour objectif principal d'évaluer les connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur la CU et de déterminer les facteurs influençant « les connaissances appropriées » (par exemple la manière de recevoir la CU ou encore le délai durant lequel elle doit être prise après un rapport sexuel non ou mal protégé). L'objectif secondaire est d'évaluer les informations apportées par les professionnels de santé lors de consultations de contraception sur cette alternative en cas d'oubli ou de défaillance de leur contraception habituelle.

1. MATERIEL ET METHODE

Une étude observationnelle multicentrique a été menée sur les centres orthogéniques des hôpitaux de Grasse, Cannes, Antibes et Nice entre le 14 octobre 2020 et le 15 janvier 2021. Les réponses ont été recueillies à l'aide de questionnaires anonymes qui ont été distribués aux patientes lors de consultations pré ou post IVG. Une information écrite sur l'étude et l'utilisation de leur données leur a été donnée et faite signée afin de recueillir leur consentement.

Les patientes non incluses étaient celles ayant une barrière linguistique ne leur permettant pas de répondre au questionnaire. Ce questionnaire en langue française contenait des questions ouvertes et des questions à choix multiples concernant l'âge, le niveau socio-économique, l'état matrimonial, le niveau d'éducation, le nombre d'interruptions de grossesse volontaires précédentes et le nombre de naissances vivantes des participantes recrutées, ainsi que des questions sur leur mode de contraception. Les questions sur la CU portaient sur leurs connaissances de l'existence de celle-ci, du délai de prise possible après un rapport non ou mal protégé, des éventuels effets secondaires ou encore la manière de l'obtenir et de l'utiliser.

Après le recueil des questionnaires, les données ont été saisies de manière informatique sur Excel et réparties en plusieurs sous-groupes. Les patientes ont été regroupées selon différents critères : âge, catégorie socio professionnelle, antécédents d'interruption volontaire de grossesse... L'état de leur connaissance a été évalué à l'aide d'une note sur dix calculée selon les réponses données. Le niveau de connaissance était considéré comme bon pour un score obtenu supérieur à cinq sur dix et très bon pour un score supérieur à sept. L'information reçue sur celle-ci a également été évaluée (source, prescription, information post IVG). Les logiciels Open Epi et BiostatGV ont été utilisés pour l'analyse des données, en utilisant les tests Chi2, Fisher et t-student. Une différence était considérée comme statistiquement significative si $P < 0,05$.

2. RESULTATS

Au total, un effectif de 70 patientes a été inclut dans l'étude. Les 70 questionnaires récupérés ont pu être analysés : trente-cinq à l'Archet II à Nice, dix-neuf à Grasse, sept à Antibes et neuf à Cannes. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes demandant une IVG sont détaillées dans le Tableau 1.

	Patientes (n=70)		Conjoint (n=48)		p
	n	(%)	n	%	
Statut affectif					
Célibataire	22	(31)			
En couple cohabitant	33	(47)	/	/	
En couple non-cohabitant	15	(21)			
Age (moy± et)	28,4 ± 7,6		31 ± 9		0.026
Mineure	2	(3)	0	(0)	
18-25 ans	34	(49)	15	(31)	
26-33 ans	16	(23)	17	(35)	
≥34 ans	18	(26)	16	(33)	
Nationalité					0.02
Française	59	(84)	32	(67)	
Autre pays de l'UE	4	(6)	11	(23)	
Autre pays hors UE	7	(10)	5	(10)	
Profession					0.02
Elève, étudiant ou en formation	13	(19)	2	(4)	
Cadre et profession supérieure	4	(6)	6	(13)	
Employé	40	(57)	30	(63)	
Ouvrier	0	(0)	4	(8)	
Inactif au chômage	9	(13)	4	(8)	
Autre inactif	4	(6)	2	(4)	
Niveau d'étude					
Aucun diplôme	9	(13)			
Brevet des collèges	5	(7)			
CAP/BEP ou équivalent	11	(16)	/	/	
BAC, brevet professionnel	18	(26)			
Niveau BAC +2	13	(19)			
Supérieur à BAC+2	14	(20)			
Couverture santé					
Sécurité sociale	11	(16)			
Sécurité sociale et mutuelle	48	(69)	/	/	
CMU	11	(16)			

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

La population avait un âge moyen de 28,4 ans ($\pm 7,6$) avec un intervalle de 17 à 47 ans. La majorité des patientes avaient moins de 25 ans (52%). Leurs conjoints étaient significativement plus âgés avec un âge moyen de 31 ans (± 9 ans). Sur le plan sociodémographique, la majorité des patientes était de nationalité Française (84%), était affiliée à la sécurité sociale et avait une

mutuelle. Une part plus importante des patientes étaient en couple (68%) cohabitant ou non. La question sur le niveau d'étude et la couverture santé de leur conjoint n'a pas été posée.

Dans le Tableau 2 sont détaillés les antécédents de la patiente ainsi que le contexte de survenue de la grossesse.

	n total = 70	(%)
	n	
Type de contraception utilisée		
Aucune	22	(31)
Pilule	33	(47)
Préservatif	14	(20)
DIU	1	(1)
Contexte de survenue de la grossesse		
Arrêt de la contraception	17	(24)
Grossesse sous contraception	5	(7)
Oubli de pilule	20	(29)
Utilisation non systématique	14	(20)
Aucune contraception utilisée	14	(20)
Nombre d'enfant		
Aucun	44	(63)
1	10	(14)
≥ 2	16	(23)
Antécédents d'IVG		
Aucun	39	(56)
1	22	(31)
≥ 2	9	(13)

Tableau 2. Profil contraceptif et antécédents

On constate que la majorité des patientes utilisait une contraception (68%), et parmi celles-ci la plus utilisée était la pilule avec un taux d'utilisation de 47%. Cependant près d'un tiers des patientes (31%) n'avait aucune contraception au moment de la survenue de cette grossesse.

Concernant les antécédents d'IVG, 44% des patientes y avaient déjà eu recours. Près d'un tiers en avait eu une seule et l'intervalle du nombre d'IVG réalisées allait de 0 à 6 maximum. La majorité des patientes (63%) étaient nullipares.

Dans ce tableau, on observe que la survenue des grossesses non désirées était, dans la plupart du temps, due à une mauvaise utilisation de la contraception (oubli de pilule à 29%, utilisation non systématique à 20%), ou à un arrêt de contraception récent dans 24% des cas. Ainsi 73% des patientes présentaient une discontinuité dans l'utilisation de leur contraception, ces patientes peuvent alors être qualifiées comme ayant un comportement à risque.

Le profil de ces patientes présentant un comportement dit à risque (Groupe 1, n=51) a été analysé et comparé au reste de la population (Groupe 2, n=19). Ces résultats sont détaillés dans le Tableau 3.

	Groupe 1 n total = 51		Groupe 2 n total = 19		p
	n	(%)	n	(%)	
Age					
Mineure	1	(2)	1	(5)	0.94
18 – 25 ans	25	(49)	9	(47)	>0.99
26 – 33 ans	15	(29)	1	(5)	0.05
≥ 34 ans	10	(20)	8	(42)	0.1
Antécédent d'IVG					
Aucun	28	(55)	11	(58)	>0.99
1	15	(29)	7	(37)	0.7
≥2	8	(16)	1	(5)	0.4
Statut affectif					
Célibataire	18	(35)	4	(21)	0,4
En couple cohabitant	25	(49)	8	(42)	0.8
En couple non-cohabitant	8	(16)	7	(37)	0.1
Freins à l'utilisation de la CU					
Sous-estimation du risque de grossesse	27	(53)	6	(31)	0,2
Pas assez de connaissance sur celle-ci	6	(12)	4	(21)	0.5
Autre	15	(29)	9	(47)	0,2

Tableau 3. Caractéristiques des patientes présentant un comportement à risque

Ce tableau nous montre que les patientes présentant une discontinuité dans leurs habitudes contraceptives ne concernent pas qu'une unique catégorie. Ces habitudes étaient présentes chez les patientes à tout âge, avec tout de même un pic entre 18 et 25 ans (49%). Le fait qu'elles aient eu un antécédent d'IVG ou non, qu'elles soient en couple ou célibataire ne semblent pas changer leurs habitudes. Au contraire, 49% des patientes qui avaient un comportement contraceptif à risque étaient en couple cohabitant (vs. 42% p= 0,8). Il ne semblait pas y avoir

de différences significatives dans le profil des patientes ayant déclaré de mauvaises habitudes et le reste de notre population, à l'exception de la part de patientes de 26 à 33 ans qui étaient plus nombreuses dans le groupe 1 (29% vs. 5% p=0,05).

Chez ces patientes il existait un réel manque de perception de leur fertilité, 53% d'entre elles affirmaient ne pas avoir utilisé la CU par sous-estimation du risque de grossesse (vs. 31% dans le groupe 2 p=0,2). Le deuxième frein était le manque de connaissance sur celle-ci exprimé par 12% des patientes (vs. 21% p=0,5).

Par la suite, des questions de connaissances pures sur la CU ont été posées aux patientes, celles-ci sont détaillées dans le Tableau 4.

	n total = 70	
	n	(%)
Connaissez-vous la CU ?		
Oui	62	(89)
Par quelles sources en avez-vous entendu parler ? (Plusieurs choix étaient possibles)		
Gynécologue	23	(33)
Amis	19	(27)
Ecole	18	(26)
Pharmacien	14	(20)
Médias/ réseaux sociaux	14	(20)
Médecin généraliste	11	(16)
Famille	11	(16)
Sage-femme	6	(9)
Je ne me souviens plus	9	(13)
Avez-vous déjà utilisé la CU auparavant ?		
Oui	35	(50)
Avez-vous utilisé la CU pour éviter la survenue de cette grossesse ?		
Oui	5	(7)
Pour quelle raison n'avez-vous pas utilisé la CU ?		
Sous-estimation du risque de grossesse	33	(47)
Pas assez de connaissances sur celle-ci	10	(14)
Crainte vis-à-vis des effets secondaires	5	(7)
Difficulté d'accès à celle-ci	2	(3)
Ambivalence du désir de grossesse	1	(1)
Autre	19	(27)
Effets secondaires		
Nausées/vomissements	7	(8)
Douleurs abdominales	6	(7)
Saignements	5	(6)
Infertilité/stérilité	4	(5)
Ne sais pas	45	(65)

Tableau 4. Connaissances, attitudes et utilisation de la contraception d'urgence

	n total= 70	
	n	(%)
Avez-vous reçu une ordonnance pour une CU en même temps que votre contraception habituelle ?		
Oui	7	(10)
Si vous avez réalisé une IVG précédemment, votre médecin vous a-t-il parlé de la CU ? n=31		
Oui	10	(34)
Dans quel délai après un rapport non ou mal protégé peut-on utiliser la CU ?		
8-12h	29	(41)
24-48h	20	(29)
72-78h	17	(24)
120h	4	(6)
La contraception d'urgence peut se présenter sous forme de :		
Pilule	59	(84)
Gel à insérer dans le fond du vagin	6	(8)
DIU	5	(6)
Implant	2	(2)
Ne sait pas	8	(11)
Manière d'obtention de la CU		
Je peux l'obtenir sans ordonnance	55	(78)
Elle est gratuite pour les mineures	31	(44)
Je peux l'obtenir gratuitement et sans ordonnance en PMI	14	(20)
Il me faut obligatoirement une ordonnance	13	(18)
Si je suis mineure je dois la payer le même prix qu'une adulte	0	(0)
Ne sait pas	5	(7)
La CU est-elle remboursée par la sécurité sociale ?		
Oui	25	(36)
La CU sert à bloquer l'ovulation, si j'ai déjà ovulé, elle ne sert à rien		
Faux*	30	(43)
Si j'oublie ma pilule et m'en rend compte 24h après :		
Je peux prendre la CU si j'ai eu un rapport dans les 5 jours avant l'oubli	52	(74)
La CU ne sert pas, je reste protégée	10	(14)
Je ne peux pas prendre la CU si je prends déjà la pilule :		
Faux*	53	(76)
Je ne peux pas prendre la CU si j'ai des problèmes de santé (problèmes cardiaques, hépatiques, varices...)		
Faux*	29	(41)
Je ne peux pas prendre la CU si j'allaite		
Faux*	20	(29)
D'après vous, auriez-vous utilisé la CU si vous aviez reçu plus d'information sur celle-ci ?		
Oui	44	(63)
Non	17	(24)
Ne sais pas	9	(13)
Score des connaissances /10		
moyenne ± et : 4,5 ± 1,9		
0-4	32	(46)
5-10	38	(54)

*réponse exacte

Tableau 4 suite. Connaissances, attitudes et utilisation de la contraception d'urgence

Lorsque la question leur a été posée, la quasi-totalité des patientes (89%) ont répondu connaître la CU et la moitié de la population l'avait déjà utilisée auparavant (50%). Cependant seules 7% de la population cible, soit cinq patientes avaient utilisé la CU pour éviter la survenue de cette grossesse. Les sources d'information étaient multiples : le gynécologue était la source citée le plus fréquemment avec un taux de 33% des patientes, suivi par l'entourage amical et familial (27 et 16%), les médias et les réseaux sociaux (20%) puis les pharmaciens. La sage-femme a été identifiée comme source d'informations de la CU uniquement par 9% des patientes.

Concernant la prescription à l'avance de la CU, celle-ci était faible et avait été réalisée pour seulement 10% des patientes. Pour les patientes qui avaient un antécédent d'IVG, seules 34% des patientes affirmaient avoir reçu une information sur la CU dans les suites.

Les raisons de non-utilisation de la CU étaient majoritairement la sous-estimation du risque de grossesse dans 47% des cas, le manque de connaissances sur celle-ci (14%) et la crainte des effets secondaires pour 7% des patientes. Un autre résultat frappant, bien qu'il soit faible mais non négligeable, est ressorti du questionnaire. Une question ouverte était posée aux patientes leur demandant les effets secondaires de la CU, 5% des patientes ont ainsi répondu un risque de stérilité ou d'infertilité.

Par la suite, des questions plus précises sur leurs connaissances ont été posées aux patientes. Il ressort que des lacunes importantes existent. Notamment concernant le délai d'utilisation de la CU après un rapport non ou mal protégé. En effet, 70% des patientes pensaient qu'elle devait être utilisée dans un délai inférieur ou égal à 48h et seules 6% (soit 4 patientes) savaient qu'il était possible de l'utiliser jusqu'à 120 heures. Concernant la forme sous laquelle se trouve la CU, la pilule était plutôt bien connue (pour 84% de la population cible), à l'inverse du DIU qui reste méconnu (6%). Les conditions de prise et les contre-indications semblaient également mal comprises : 40% des patientes pensaient qu'une fois la période d'ovulation passée, il n'était pas utile de la prendre et une grande part de la population ne savait pas qu'elle pouvait être prise en cas d'allaitement maternel (71%) ou en présence de pathologies (59%).

Au sujet de la prise de la CU pour les patientes ayant une contraception, 16% des patientes estimaient que si l'on prenait déjà habituellement une pilule contraceptive on ne pouvait pas

prendre de CU et 14% des patientes pensaient qu'après un oubli de pilule supérieur à 24h, les effets de celle-ci la protégeaient encore.

La manière d'obtention reste relativement bien connue, notamment sur le fait de pouvoir obtenir la CU sans ordonnance (78%) et la gratuité pour les mineures (44%). Mais seules 36% des patientes savaient que le CU était en partie remboursée par la sécurité sociale.

Le score moyen de connaissance obtenu était de 4,5 (\pm 1,9) avec un intervalle de 0 à 8,5. Seules 14% des patientes étaient considérées comme ayant un « très bon niveau » de connaissance en ayant obtenu un score supérieur ou égal à 7 et 46% des patientes avaient un « mauvais niveau » de connaissance avec un score inférieur à 5.

Un fait intéressant est que 63% des patientes affirmaient qu'elles auraient pu utiliser la CU si elles avaient reçu plus d'informations sur celle-ci.

Nous avons pu mettre plusieurs choses en évidence qui nous ont interpellés. Tout d'abord, le fait que les patientes qui connaissaient le DIU en tant que contraception d'urgence étaient minoritaires (n=5). Nous nous sommes ainsi demandé qui étaient ces patientes, qui semblaient plus informées, en analysant plusieurs caractéristiques.

Il ressort que ces patientes qui connaissaient le DIU en tant que CU avaient majoritairement un niveau d'étude supérieur ou égal au BAC (n=4). Quatre d'entre elles avaient entre 18 et 25 ans et la quasi-totalité (n=4) avait été informée sur la CU par un professionnel médical. Ces facteurs pourraient ainsi être susceptibles d'influencer le niveau de connaissance.

Concernant les antécédents obstétricaux, 100% des patientes connaissant le DIU étaient nullipares et trois patientes avaient déjà eu une IVG auparavant.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux patientes qui avaient un antécédent d'IVG en évaluant les informations reçues de la part des professionnels de santé sur la CU à la suite de cet acte ainsi que les habitudes contraceptives de ces patientes. Ces patientes (n= 31) ont été comparées au reste de la population, qui, elles, n'avaient pas eu d'IVG antérieure. Ces données sont détaillées dans le Tableau 5.

	Patiente ayant un ATCD d'IVG		Patiente n'ayant pas d'ATCD d'IVG		p
	n = 31	(%)	n = 39	(%)	
Type de contraception utilisée					
Aucune	10	(32)	12	(31)	>0.99
Pilule	14	(45)	19	(49)	0.9
Préservatif	7	(22)	7	(18)	0.8
DIU	0	(0)	1	(2)	>0.99
Ordonnance reçue pour la CU					
Oui	4	(13)	3	(7)	0.7
Information sur la CU délivrée après l'IVG					
Oui	12	(39)	/	/	
Contexte de survenue de cette grossesse					
Arrêt de la contraception récent	6	(19)	11	(28)	0.5
Grossesse sous contraception	4	(13)	1	(2)	0.2
Oubli de pilule	10	(32)	10	(26)	0.7
Utilisation non systématique	7	(22)	7	(18)	0.8
Absence de contraception	4	(13)	10	(26)	0.3
Utilisation de la CU pour éviter la survenue de cette grossesse					
Oui	4	(13)	1	(2)	0.2

Tableau 5. Information et habitudes contraceptives des patientes ayant un antécédent d'IVG

Les patientes ayant déjà eu recours à une IVG peuvent être considérées comme ayant déjà eu un comportement à risque. Ainsi, nous avons cherché à savoir si, après cet acte, les informations qui leur étaient délivrées changeaient ainsi que le comportement et habitudes de ces patientes.

Malgré leur antécédent, 32% des patientes n'avaient toujours pas de contraception dont six patientes qui l'avaient arrêtée récemment. Dans l'effectif des patientes ayant déjà eu une IVG, 22% ont déclaré utiliser le préservatif comme contraception et 100% de ces patientes ne l'utilisaient pas systématiquement. Cette utilisation occasionnelle du préservatif se retrouve également, au même taux, dans le groupe de patientes n'ayant jamais eu recours à l'IVG auparavant.

De plus dans le premier groupe sur les 14 patientes qui utilisaient la pilule comme contraception, dix d'entre elles (32%) avaient eu un oubli, entraînant la survenue de cette grossesse et seules 4 ont utilisé la CU pour l'éviter.

Il ne semblait pas y avoir de différence d'information sur la CU, que la patiente ait un antécédent d'IVG ou non. Cependant, sur les cinq patientes de l'effectif total ayant pris une CU, quatre d'entre elles avaient déjà réalisé une IVG auparavant (13% vs. 2% $p=0,2$).

Ce tableau nous montre ainsi les comportements risqués qu'ont ces patientes, même après un antécédent d'IVG, qui ne semble pas changer les comportements.

Dans le Tableau 6, la population a été divisée en deux groupes selon le score qu'elles avaient obtenu aux questions de connaissances. La médiane des scores était de 5, les deux groupes ont ainsi été divisés selon cette limite afin d'évaluer les facteurs améliorant les connaissances.

	Score 0-4		Score 5-10		p
	n=32	(46%)	n=38	(54%)	
Age					
Mineure	1	3%	1	3%	>0.99
18-25	15	47%	19	50%	0.98
26-33	7	22%	12	32%	0.52
>34	9	28%	6	16%	0.33
Niveau d'étude					
Aucun diplôme	8	25%	1	3%	0.013
Brevet des collèges	4	13%	1	3%	0.26
CAP/BEP ou équivalent	4	13%	7	18%	0.73
BAC, brevet pro.	11	34%	7	18%	0.21
Niveau BAC +2	2	6%	11	29%	0.03
Supérieur à BAC+2	3	9%	11	29%	0.07
Nationalité					
Française	22	69%	37	97%	0.0024
Autre pays de l'UE	3	9%	1	3%	0.49
Autre pays hors UE	7	22%	0	0%	0.006
Statut affectif					
Célibataire	8	25%	14	37%	0.42
En couple cohabitant	20	63%	13	34%	0.03
En couple non-cohabitant	4	13%	11	29%	0.16
Antécédents IVG					
Aucun	18	56%	21	55%	>0.99
1	8	25%	14	37%	0.42
≥2	6	19%	3	8%	0.32
Nombre de source d'information sur la CU					
0	6	19%	2	5%	0.16
1 -2	14	44%	20	53%	0.61
≥3	7	22%	12	32%	0.51
Ne sait pas	5	16%	4	11%	0.77
Source d'information sur la CU					
Médias/ réseaux sociaux	5	16%	8	21%	0,78
Amis	6	19%	13	34%	0,23
Famille	7	22%	4	10%	0,33
Ecole	5	16%	13	34%	0,13
Sage-femme	4	13%	2	5%	0,51
Gynécologue	7	22%	16	42%	0,12
Médecin généraliste	3	9%	8	21%	0,32
Pharmaciens	8	25%	6	16%	0,51
Ne se souvient plus	5	16%	4	11%	0,58
Ordonnance reçue pour une CU					
Oui	2	6%	5	13%	0.58
Non	27	84%	30	79%	0.37
Ne sait pas	3	9%	3	8%	>0.99
Avez-vous déjà utilisé la CU auparavant ?					
Oui	17	53%	18	47%	0.81
Non	15	47%	20	53%	0.81
Auriez-vous pris la CU si vous aviez eu plus d'infos sur celle-ci					
Oui	16	50%	28	74%	0.07
Non	9	28%	8	21%	0.68
Ne sait pas	7	22%	2	5%	0.08

Tableau 6. Evaluation des facteurs susceptibles d'influencer le niveau de connaissance

Ce tableau évalue les paramètres susceptibles d'influencer le niveau de connaissance sur la CU. Les facteurs qui semblaient avoir été importants étaient le niveau d'étude et la nationalité des patientes. Plus le niveau d'étude était bas, moins les connaissances étaient bonnes (aucun diplôme : 25% vs. 3% $p=0,013$; niveau BAC +2 : 6% vs. 29% $p=0,03$). Concernant leur nationalité, les patientes de nationalité Française avaient en moyenne de meilleures connaissances que les patientes de nationalité étrangère (nationalité française : 69% vs. 97% $p=0,024$; nationalité étrangère hors UE : 22% vs. 0% $p=0,06\%$).

Nous retrouvons encore une fois que les patientes en couple cohabitant avaient en moyenne de moins bonnes connaissances sur la CU (score inférieur à 4 à 63% vs. 34% de score supérieur à 5 $p=0,03$).

Etonnement, le fait d'avoir un antécédent d'IVG ou d'avoir déjà utilisé la CU ne semblaient pas influencer le niveau de connaissance sur celle-ci. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes (44% vs 45% $p=0,42$). De la même manière, les patientes qui avaient déjà reçu une ordonnance pour la CU n'ont pas obtenu de meilleurs scores de connaissance (6% vs 13% $p=0,58$).

Bien que les écarts ne soient pas significatifs ($p>0,05$), nous pouvons remarquer que, dans le groupe de patientes ayant eu une note plus élevée, les gynécologues représentaient une part plus importante de source d'information (22% vs. 42% $p=0,12$) ainsi que les informations reçues de l'école (16% vs. 34% $p=0,13$).

Enfin, concernant la question de l'utilisation de la CU si elles avaient eu plus d'information sur celle-ci. Il est ressorti que les patientes qui avaient de meilleures connaissances étaient plus demandeuses que les autres (74% ont répondu oui vs. 50% $p=0,07$). Les patientes ayant obtenu un score inférieur ou égal à 4 semblaient plus réticentes à l'utilisation de la CU avec une part de patiente qui auraient refusé la prise même en cas d'informations supplémentaires de 28% (vs. 21% $p=0,68$) et 22% qui ne savaient pas si (vs. 5% $p=0,08$).

Après avoir constaté que le niveau d'étude influençait le niveau de connaissance, nous avons analysé les connaissances des patientes en fonction de leur niveau d'étude dans le Tableau 7.

	Niveau d'étude ≤BAC/ brevet pro.		Niveau d'étude >BAC		p
	n=43	(61%)	n=27	(39%)	
Connaissez-vous la CU ?					
Oui	36	84%	26	96%	0,1
Non	7	16%	1	4%	0.1
Avez-vous déjà utilisé la CU auparavant ?					
Oui	22	51%	13	48%	0,41
Avez-vous utilisé la CU pour éviter la survenue de cette grossesse ?					
Oui	1	2%	4	15%	0.06
Si non, pour quelle raison n'avez-vous pas utilisé la CU ?					
Sous-estimation du risque de grossesse	20	47%	13	48%	0,45
Pas assez de connaissances sur celle-ci	7	16%	3	11%	0,29
Crainte vis-à-vis des effets secondaires	2	4%	3	11%	0,18
Difficulté d'accès à celle-ci	1	2%	1	4%	0,39
Ambivalence du désir de grossesse	0	0%	1	4%	0,19
Autre	14	32%	6	22%	0,38
Dans quel délai après un rapport non ou mal protégé peut-on utiliser la CU ?					
8-12h	24	56%	5	19%	0.004
24-48h	8	19%	12	44%	0.04
72-78h	8	19%	9	33%	0.26
120h	3	7%	1	4%	0.99
La CU peut se présenter sous forme de : (plusieurs choix possibles)					
Pilule	33	75%	26	96%	0.05
Gel à insérer dans le fond du vagin	3	7%	3	11%	0,29
Implant	2	4%	0	0%	0,18
DIU	4	9%	1	4%	0.35
Ne sait pas	8	19%	0	0%	0,26
Score de connaissance obtenu					
Mauvaise connaissance : < 5	27	63%	5	19%	0.0005
Bon niveau de connaissance : 5-6	14	33%	14	52%	0.18
Très bon niveau de connaissance : ≥7	2	5%	8	30%	0.01
Auriez-vous pris la CU si vous aviez eu plus d'infos sur celle-ci					
Oui	25	58%	19	70%	0.22
Non	10	23%	7	26%	0,51
Ne sait pas	8	19%	1	4%	0.07

Tableau 7. Utilisation de la CU et niveau de connaissance en fonction du niveau d'étude

Ainsi, dans ce Tableau, la population a été divisée en deux groupes. Le premier groupe comportait les patientes ayant un niveau d'étude allant jusqu'au niveau BAC (ou équivalent). Le deuxième groupe était celui des patientes ayant un niveau d'étude supérieur au BAC.

Nous pouvons remarquer qu'il n'y avait pas de différence significative concernant le fait de connaître ou non la CU. Cependant, sur notre effectif total, seules huit patientes affirmaient ne pas la connaître, et parmi celles-ci, sept étaient des patientes qui avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au BAC (16% vs. 4% $p=0,1$). De la même manière, sur les cinq patientes ayant essayé de prendre une contraception d'urgence, quatre avaient un niveau d'étude supérieur (15% vs 2% $p=0,06$).

Concernant le niveau de connaissance, des différences significatives existaient. En effet, les patientes qui pensaient que le délai de prise était de 8h à 12h étaient majoritaires dans le groupe ayant un niveau d'étude inférieur (56% vs. 19% $p=0,004$). Concernant les bons délais de prise cependant aucune différence significative n'a été retrouvée dans les réponses des deux groupes. La pilule comme contraception d'urgence était majoritairement connue des patientes ayant un niveau d'étude supérieur (96% vs. 75% $p= 0,05$) et 19% des répondantes ayant un niveau d'étude inférieur ne connaissait aucune forme de la CU (vs. 0% $p=0,26$).

Les scores ont permis d'évaluer le niveau de connaissances de ces patientes. Nous avons pu observer que les patientes avec un niveau d'étude plus bas avaient en majorité un mauvais niveau de connaissance (63% vs. 19% $p= 0,0005$) et les patientes avec un niveau d'étude supérieur, avaient à l'inverse plus souvent de très bonnes connaissances (30% vs. 5% $p=0,01$).

3. DISCUSSION

Le recours à l'IVG progresse en France et dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 2018, PACA était la quatrième région de France avec le taux d'IVG le plus important (22 940 soit 22 pour 1000 femmes) [4]. Notre étude, réalisée sur le département des Alpes Maritimes, avait pour but d'évaluer les connaissances de ces femmes au sujet de la CU.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude représente une limite principale qui est son effectif de patientes réduit. Cependant, nous avons réussi à mettre de nombreux résultats significatifs en évidence, en accord avec les études retrouvées dans la revue de la littérature, qui avaient souvent un effectif de patiente de rapprochant du notre. Ce type d'étude avait été peu réalisé en France sur les femmes ayant recours à une IVG et apporte donc de nouvelles notions. Il serait intéressant de creuser ces résultats sur un effectif plus important. De plus, la HAS recommande également d'informer les hommes sur la CU, leurs connaissances n'ont pas pu être évaluées dans cette étude. Au vu de la situation sanitaire, les accompagnants n'étaient pas autorisés à venir aux consultations mais il aurait été important de le faire.

Comportements contraceptifs à risques

Malgré une prévalence contraceptive élevée : en France plus de 90% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception moderne, les échecs contraceptifs sont fréquents. Une grossesse sur trois est non prévue et parmi celles-ci la moitié font l'objet d'une IVG [12]. Parmi les grossesses non prévues, deux sur trois surviennent sous contraception et une sur trois est due à l'absence de contraception.

Dans une étude menée en France en 2015, C. Jamin et al. ont étudié les situations à risque de grossesse non désirées ainsi que l'utilisation de la contraception d'urgence [11]. Ils ont ainsi trouvé que 59% des patientes qui utilisaient une contraception avaient un

comportement à risque en arrêtant celle-ci temporairement sans raison particulière. En effet, nous retrouvons des résultats similaires dans notre étude. Il apparaissait que la plupart des grossesses non désirées faisaient suite à une mauvaise utilisation de la contraception (49% de la population cible dont 29% à la suite d'un oubli de pilule et 100% des patientes ayant le préservatif comme mode de contraception qui ne l'utilisaient pas systématiquement). En plus d'une mauvaise utilisation, 24% des patientes avaient arrêté leur contraception sans avoir de désir de grossesse. Nous avons essayé de chercher le profil de ces patientes ayant des comportements à risque. Ce type d'attitude semblait toucher toutes les catégories de patientes. Que la patiente ait un antécédent d'IVG, qu'elle soit en couple ou non, ou encore son âge ne semblaient pas influencer sa rigueur contraceptive. Au contraire, les patientes ayant un antécédent d'IVG et les patientes en couple cohabitant avaient souvent des comportements plus risqués que le reste de la population.

Cette notion d'arrêt transitoire mise en évidence doit être soulignée car elle n'est souvent pas présente à l'esprit du prescripteur. Cela devrait inciter les professionnels de santé à proposer une contraception d'urgence systématiquement pour pallier ces risques qui semblent survenir régulièrement. Il serait intéressant d'évaluer les causes de ces arrêts. Pour quelle raison une femme arrête sa contraception, sans désir de grossesse évident (amenée à réaliser une IVG par la suite). Cela peut être due à une crainte vis-à-vis de la contraception, ou une mauvaise tolérance. Le suivi de la contraception doit être rigoureux de la part du professionnel de santé. Malgré ces comportements à risques la CU reste peu utilisée [15].

Dans la littérature, la première raison de non-utilisation de la contraception d'urgence déclarée par les femmes est le manque de perception du risque de grossesse [5,11,12]. Notre étude a retrouvé des résultats similaires. En effet, la raison principale de non-utilisation de la CU était la sous-estimation du risque de grossesse (47% des patientes), notamment chez les patientes ayant des comportements dits à risque. Le risque de grossesse après un rapport non ou mal protégé semblait mal perçu et minimisé. Pour illustrer cela, nous avons pu remarquer que sur les vingt patientes qui avaient eu un oubli de pilule, seules deux avaient pris une contraception d'urgence pour éviter la survenue de cette grossesse.

Cela nous amène à penser que la connaissance des cycles et de la fertilité reste peu comprise. Les patientes savent-elles réellement ce qu'est un « rapport à risque » ? Au vu de nos résultats, elles ne semblent pas mesurer les conséquences d'oublis de pilule ou d'utilisation non systématique de la contraception. Il apparaît important de renforcer et adapter l'éducation à la

sexualité, en fournissant une information appropriée sur le cycle menstruel féminin, les périodes d'ovulation et le risque de fécondation.

Des lacunes dans les connaissances des femmes sur la CU

L'accès à la contraception d'urgence (CU) a évolué depuis sa mise à disposition. Elle est désormais disponible sans restriction en pharmacie et auprès de nombreux professionnels de santé. Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif ces quinze dernières années, l'utilisation de la CU n'a pas progressé en France. Si cette solution de rattrapage est bien connue du public, son utilisation ne semble pas toujours maîtrisée [15, 16]. Les lacunes dans les connaissances concernent tous les aspects de l'utilisation de la CU et plus particulièrement le délai d'utilisation après un rapport non protégé. La majorité des patientes sous-estiment encore largement son délai de prise. 70% des répondantes pensaient qu'elle devait être utilisée dans un délai inférieur ou égal à 48h et seules 6% (soit 4 patientes) savaient qu'il était possible de l'utiliser jusqu'à 120 heures (Tableau 3). Une mauvaise estimation de la fenêtre d'efficacité de la CU impacte directement l'usage qui en est fait. Les femmes qui sous-estiment ce délai y ont moins recours [15].

La CU ne présente aucune contre-indication formelle, elle peut ainsi être prise par toutes les patientes, même allaitante car elle est composée uniquement de lévonorgestrel. Or cela, de la même manière que son mode d'action, semblait méconnu de la plupart des patientes. Ces méconnaissances pourraient représenter d'autres barrières à son utilisation.

Le DIU au cuivre, aux vues de nos résultats, reste très peu connu. Il est pourtant aujourd'hui considéré comme la méthode de contraception d'urgence la plus efficace et point de départ possible d'une contraception régulière [16]. Cette méthode est peut-être moins diffusée, étant plus difficile à mettre en œuvre, car elle nécessite la disponibilité des praticiens (médecins, sages-femmes).

Nous nous sommes ainsi demandé quels étaient les facteurs qui influençaient ces connaissances. Nous avons vu que les écarts de connaissances se creusaient avec les différences de niveau socioéconomique et le niveau d'étude. L'école semble être une source d'information

importante, citée par 34% des patientes ayant obtenu une note supérieure ou égale à 5 et 16% des patientes ayant obtenu une note de 0 à 4 ($p = 0,13$). La méconnaissance de la CU pour les patientes n'ayant pas fait d'études supérieures, pourrait ainsi être le résultat d'une information donnée trop tard dans le parcours scolaire ou d'un niveau de compréhension inadapté au moment de recevoir l'information. Il est primordial que l'information sur la santé sexuelle soit délivrée au collège ou au lycée (général ou professionnel) afin que tous les élèves puissent en profiter et de façon homogène sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui, le gouvernement met en place un service d'éducation à la sexualité [18] se déroulant sur au moins trois séances annuelles dans les collèges et les lycées. Ces séances ont notamment pour but d'informer sur la CU en déterminant les modalités d'administration de celle-ci (non soumise à prescription obligatoire ni à autorisation parentale). De plus, récemment, un programme de service sanitaire a été instauré [19] faisant intervenir des étudiants en santé dans les écoles (du niveau primaire au niveau supérieur). Ce programme a but de prévention, notamment sur la santé sexuelle, pourrait permettre d'améliorer cette formation, si elle s'étend à grande échelle.

La nécessité de développer l'information et la prescription de la CU

La prescription systématique de la CU n'est aujourd'hui pas recommandée systématiquement d'après la HAS [12] mais, en 2013, elle a rédigé des recommandations afin d'améliorer l'information sur celle-ci. Elle recommande d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence par le biais des professionnels de santé, de relais associatifs, de dispositifs d'éducation à la santé ou de programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. De plus elle recommande d'envisager une prescription à l'avance de la contraception d'urgence au cas par cas même si la prescription à l'avance à titre systématique n'a pas fait la preuve de son efficacité. Cependant les informations délivrées sur celles-ci par les professionnels de santé semblent insuffisantes.

La prescription à l'avance permettrait, si la femme était informée sur son utilisation, de se la procurer à l'avance et l'utiliser dans ces situations à risque. Dans notre étude, 14% des patientes estiment ne pas l'avoir utilisée par manque de connaissance et seul 10% des patientes

avaient reçu une ordonnance à l'avance. Un autre résultat étonnant était le fait que 89% de la population affirmaient connaître la CU et que 50% l'avaient déjà utilisé auparavant, cependant elles ne l'avaient pas utilisé pour éviter la survenue de cette grossesse. On peut être amené à se demander si cela est dû à une carence d'information de la part des professionnels de santé. Le corps médical représentait tout de même une part importante de source d'information (33% par les gynécologues, 16% par le médecin généraliste, et 9% par les sages-femmes) mais reste encore insuffisante. Les sages-femmes étaient minoritairement citées (9%). Cela est peut-être dû à leur récente place dans la prise en charge de l'IVG dans le 06 par les sages-femmes libérales récemment installée.

La quantité d'information délivrée est relativement importante mais qu'en est-il de la qualité de celle-ci ? Lors de la comparaison des deux groupes en fonction du score de connaissance obtenu (Tableau 6) nous avons remarqué que les patientes ayant obtenu une meilleure note avaient été plus souvent informées sur la CU par un médecin (gynécologue ou médecin généraliste) que les patientes qui avaient obtenu un score moins élevé. Les informations délivrées semblent alors de meilleures qualités. Les sources d'information à partir desquelles les femmes apprennent à connaître la CU pourraient être l'un des facteurs susceptibles de contribuer aux connaissances limitées et souvent inexactes des femmes. Ce constat a également été retrouvé dans une étude menée aux Etats-Unis en 2018 auprès de 339 étudiantes [14]. Dans celle-ci, Wagner et al. montraient qu'il y avait des différences significatives dans les connaissances selon la source d'information. Les patientes qui avaient entendu parler de la CU à partir d'une source d'information à forte crédibilité (professionnel de santé) avaient des scores de connaissances significativement plus élevés que celles ayant eu une source d'information à faible crédibilité (médias, amis, famille...). Les professionnels de santé semblent alors être les acteurs les plus importants sur le niveau de connaissance des patientes.

Après avoir réalisé une IVG, la patiente pourrait être considérée comme une patiente ayant un comportement à risque. Cependant, l'étude n'a pas mis en évidence de différences significative sur la sensibilisation au sujet de la CU après une IVG. Seules 34% des patientes qui avaient un antécédent d'IVG se souvenaient avoir été informées sur cette alternative. Il serait important de cibler l'information chez ces patientes afin de limiter le risque de récurrence. Ces patientes ne semblaient pas avoir, pour la majorité, des habitudes contraceptives adaptées.

Nous savons que les avortements à répétitions sont un problème de santé publique important, tant dans les pays en développement que dans les pays développés, qui augmentent la morbidité et la mortalité maternelles. Après avoir réalisée une IVG, la loi prévoit une consultation de contrôle dans les 14 à 21 jours qui suivent l'interruption de grossesse. Cette consultation a plusieurs objectifs. Tout d'abord celui de s'assurer que l'expulsion de la grossesse a été complète. Ensuite, cette consultation est l'occasion de détecter une éventuelle complication du geste. C'est à ce moment précis qu'il serait judicieux de rappeler l'importance de la contraception d'urgence, son fonctionnement ainsi que la conduite à tenir en cas d'oubli ou de défaillance de contraception. Il convient donc de s'interroger sur la façon dont sont menées ces consultations IVG et post IVG. En effet, il faut impérativement s'assurer que tous les thèmes à aborder le soient vraiment. Il faut que la patiente ait le temps de s'exprimer, de se situer vis-à-vis de cet acte non sans conséquences, et surtout qu'une contraception lui ait été prescrite. Contraception dont on aura vérifié préalablement que le bon fonctionnement ait été assimilé tout comme l'utilisation de la contraception d'urgence en cas de rapport non protégé.

Enfin, l'analyse de nos résultats met en évidence ce besoin d'informations complémentaires. En effet 63% des patientes ont exprimé le fait qu'elles auraient pu utiliser la CU si elles avaient reçu plus d'information sur celles-ci. Après avoir répondu au questionnaire, une fiche Mémo sur la contraception d'urgence (cf. Annexe 2) leur était proposée. La plupart des patientes étaient intéressées et l'ont acceptée afin d'avoir plus de renseignement sur celle-ci. Il paraît important que le sujet de la contraception d'urgence soit abordé, de la même manière que la contraception standard lors des consultations de suivi gynécologique. La manière d'obtention, le délai d'utilisation et la conduite à tenir lors d'un oubli de pilule sont des informations importantes à détailler. Le DIU au cuivre est la contraception d'urgence la plus fiable et peut être un moyen de contraception sur le long terme par la suite. Cependant seules 6% des patientes le connaissaient.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances des patientes ayant recours à une IVG sur la contraception d'urgence. Elle a permis de mettre en évidence d'importantes lacunes. Cette enquête vient renforcer un constat relevé dans plusieurs études quant à l'importance de l'accompagnement dans la prévention des grossesses non désirées. Nous ne savons pas si l'utilisation à plus grande échelle de la contraception d'urgence permettrait une réduction du nombre d'IVG, mais, elle représente un moyen de prévention de seconde ligne à ne pas négliger. Lors du suivi gynécologique, la contraception standard est souvent bien détaillée et expliquée mais la conduite à tenir en cas de défaillance ou d'oubli semble peu abordée. Ce besoin d'information complémentaire ressort chez ces femmes.

Nous avons également pu constater les comportements à risques que peuvent avoir les patientes. Bien que la couverture contraceptive soit élevée en France, il semble y avoir des incompréhensions dans la perception de la fertilité et de la fécondité. Il semblerait important d'évaluer les informations délivrées par les professionnels de santé lors des consultations de suivi gynécologiques, sur les conduites à tenir lors de défaillance ou oubli de contraception et sur la contraception d'urgence. Cela pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure.

Aujourd'hui, nous savons que les consultations ont un temps limité. Une consultation plus longue dédiée aux jeunes patientes pourrait être mise en place afin d'avoir un temps de parole dédié à la contraception. De plus, une sensibilisation auprès des professionnels de santé paraît importante. En effet, ils semblent être les acteurs ayant l'impact le plus important sur l'utilisation de la CU. De nombreux moyens de communications peuvent être utilisés à grande échelle. Des applications mobiles ou sites internet existent déjà et mériteraient d'être expliqués et diffusés. Ils pourraient servir de complément d'information. Il semble primordial d'améliorer l'information des femmes si nous voulons réussir à réduire le nombre d'IVG en France.

Bibliographie

1. Rahib D, Le guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 – Contraception. 2017
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
2. HAS (Haute Autorité de Santé), Fiche Mémo : Contraception d'urgence. 2013 Mise à jour juillet 2019
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
3. INED (Institut national d'étude démographique), Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels. 2018
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
4. DREES , 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018, 2019
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1125.pdf>
5. S.Dupuis, J.Antomarchi, V.Dani, M.Dorez, J.Delotte, Évaluation lors d'une IVG des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018 ;46:696-700.
6. Jean Abbott, Kim M Feldhaus, Debra Houry, Steven R Lowenstein, Emergency contraception: What do our patients know?. Annals of Emergency Medicine. 2004;43:376-381.
7. Young L, McCowan LM, Roberts HE, Farquhar CM. Emergency contraception--why women don't use it. N Z Med J. 1995;108(998):145-8.
8. Kozinszky Z, Devosa I, Fekete Z, et al., Knowledge of Emergency Contraceptive Pills among Hungarian Women Presenting for Induced Abortion or Seeking Emergency Contraception. Geburtshilfe Frauenheilk. 2016;76(9):978-982.
9. Aneblom G, Larsson M, Od lind V, Tydén T., Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among Swedish women presenting for induced abortion. BJOG. 2002;109(2):155-60.
10. Florida Doci , Jonida Thaci, Angel M Foster, Emergency contraception in Albania: a multimethods qualitative study of awareness, knowledge, attitudes and practices. Contraception. 2018;S0010-7824(18)30134-3.
11. C. Jamin, M. Lachowsky, Place of persistence trouble during oral contraception and subsequent use of emergency contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod . 2015;44(8):706-14.

12. HAS, Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
13. HAS, Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. 2013
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf
14. Kyla P. Garrett Wagner, MA, Laura Widman, PhD, Jacqueline Nesi, MA, and Seth M. Noar PhD, Intentions to use emergency contraception: The role of accurate knowledge and information source credibility. *Am J Health Educ.* 2018;49(4):264–270.
15. Delphine Rahib, Nathalie Lydié, L'utilisation de la contraception d'urgence en France Métropolitaine en 2016 : Niveau et déterminants, *Santé publique France*, 2016
16. Caroline Morand. Contraception d'urgence : connaissance et attentes des femmes de leur médecin généraliste. Comparaison entre des femmes réalisant une IVG et des femmes de la population générale. *Médecine humaine et pathologie.* 2017. ffdumas-01781368f
17. HAS, Contraception d'urgence : pilule du lendemain ou DIU au cuivre, Web page, 2020
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122293/en/contraception-d-urgence-pilule-du-lendemain-ou-diu-au-cuivre
18. Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, Enjeu et mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, mis à jour mars 2021
<https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
19. ARS, Le service sanitaire des étudiants en santé, 2021
<https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE : Connaissance de la contraception d'urgence ou « pilule du lendemain »

Bonjour, je me présente, je m'appelle Iliana Aliouat, je suis en dernière année d'école de sage-femme, et je rédige mon mémoire de fin d'étude. Pour cela, je réalise une étude sur les connaissances des femmes réalisant une IVG sur la contraception d'urgence. Ce questionnaire est totalement anonyme, et si cela vous intéresse et que vous l'acceptez, je vous invite à répondre directement sur la feuille en écrivant ou cochant votre réponse,

Je vous remercie d'avance,

- Tout d'abord permettez-moi de vous poser quelques questions pour en connaître un peu plus sur vous :

Quelle est votre date de naissance ?

.....

Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun diplôme
- Brevet des collèges
- CAP/BEP ou équivalent
- Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
- Niveau bac +2
- Supérieur à bac +2

Vous disposez de :

- Sécurité sociale
- Mutuelle
- CMU
- AME
- Aucun

Vous êtes de nationalité :

- Française
- Autre pays de de l'union européenne :
- Autre pays hors union européenne :

Quel est votre statut professionnel ?

- Elève, étudiante ou en formation
- Cadre et professions supérieures

- Employée
- Ouvrière
- Inactive au chômage
- Femme au foyer

Quel est votre statut affectif :

- Célibataire
- En couple cohabitant ensemble
- En couple non-cohabitant
- Je viens de me séparer

Si vous êtes en couple, depuis combien de temps l'êtes-vous ? (En mois ou année)

.....

Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

- Oui :
- Non

- Concernant votre conjoint (si vous en avez un) :

Quel âge a-t-il ?

.....

De quelle nationalité est-il ?

- Française
- Autre pays de de l'union européenne :
- Autre pays hors union européenne :

Quelle est son statut professionnel ?

- Elève, étudiant ou en formation
- Cadre et profession supérieure
- Employé
- Ouvrier
- Inactif au chômage
- Autre inactif

- Qu'en est-il de votre contraception ?

Utilisiez-vous une contraception avant cette grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui laquelle ?

- Pilule
- Préservatif
- DIU/Stérilet
- Anneau vaginal
- Implant
- Autre :

Où en étiez-vous de cette contraception ?

- Je venais d'arrêter
- Je suis tombée enceinte sous contraception
- Je suis tombée enceinte à la suite d'un oubli de pilule
- Je ne l'utilisais pas à chaque fois (pour le préservatif, spermicides..)
- Autre.....

- Permettez-moi de vous poser quelques questions plus intimes :

Avez-vous déjà réalisé une IVG auparavant ? Si oui combien ?

- Oui :
- Non

Cette/ces IVG était/étaient médicamenteuse(s) ou chirurgicale(s) ?

.....

Connaissez-vous la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

Si oui, par quelle source en avez-vous entendu parler ?

- Médias/réseaux sociaux
- Amis
- Sage – Femme
- Gynécologue
- Médecin généraliste
- Famille
- Ecole
- Pharmacien

- Je ne me souviens plus
- Autre.....

Avez-vous déjà utilisé une contraception d'urgence auparavant ?

- Oui
- Non

Aviez-vous pris une contraception d'urgence pour éviter cette grossesse ?

- Oui
- Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas utilisé la contraception d'urgence ?

- Sous-estimation du risque de grossesse
- Pas assez de connaissance sur la contraception d'urgence
- Crainte vis-à-vis des effets secondaires
- Difficulté d'accès à celle ci
- Ambivalence de désir de grossesse
- Autre.....

Pouvez-vous me citer des effets secondaires de la contraception d'urgence/pilule du lendemain si vous pensez qu'il y en a ?

.....

Avez-vous déjà reçu une ordonnance pour une contraception d'urgence en même temps que la prescription de votre contraception habituelle ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

Si vous avez déjà réalisé une IVG, votre médecin ou sage-femme vous a-t-il parlé de la contraception d'urgence en consultation pré ou post IVG ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens plus

- Quelques questions sur cette contraception d'urgence :

Savez-vous dans quel délai après un rapport non protégé vous pouvez utiliser la contraception d'urgence ? Si oui combien ?

- Oui :
- Non

Seriez-vous capable de me donner le nom d'au moins un type de contraception d'urgence :

.....

La contraception d'urgence peut se présenter sous forme de :

- Pilule
- Gel à insérer dans le fond du vagin
- Implant
- Stérilet/DIU
- Je ne sais pas

Connaissez-vous la manière d'obtenir une contraception d'urgence ?

- Il me faut une ordonnance comme pour la pilule
- Je peux l'obtenir sans ordonnance en pharmacie
- Si je suis mineure je dois la payer le même prix qu'une adulte
- Elle est gratuite pour les mineures
- Je peux l'obtenir gratuitement et sans ordonnance en PMI, même si je suis majeure

D'après vous la contraception d'urgence est-elle remboursée par la Sécurité Sociale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

La pilule du lendemain sert à bloquer l'ovulation, si j'ai déjà ovulé pendant mon cycle, elle ne sert à rien :

- Vrai
- Faux

Si j'oublie ma pilule un jour et m'en rend compte 24h après :

- Je peux prendre une contraception d'urgence si j'ai eu un rapport jusqu'à 5 jours avant l'oubli
- La contraception d'urgence ne sert pas dans ce cas car j'étais protégée par ma pilule

Je ne peux pas prendre la contraception d'urgence si je prends déjà la pilule

- Vrai
- Faux

Je ne peux pas prendre la contraception d'urgence si j'ai des problèmes de santé (problèmes cardiaques, hépatique, varices...)

- Vrai
- Faux

Je ne peux pas prendre la contraception d'urgence si j'allaite

- Vrai
- Faux

D'après vous, auriez-vous utilisé la contraception d'urgence si vous aviez reçu plus d'information ?

- Oui
- Non

Si cela vous intéresse vous trouverez ci-joint une brochure vous parlant de la contraception d'urgence.

Merci pour vos réponses.

ANNEXE 2

FICHE INFO : CONTRACEPTION D'URGENCE

Un oubli de pilule, un préservatif qui glisse ou se déchire, un anneau vaginal qui a été expulsé... Il y a de nombreuses situations à risque qui peuvent entraîner une grossesse que l'on n'avait pas prévue. Il existe toutefois des méthodes de rattrapage, à prendre le plus rapidement possible après le rapport non (ou mal) protégé : c'est ce qu'on appelle **la contraception d'urgence**.

Son efficacité est maximale si elle est prise dans les quelques heures qui suivent le rapport.

- C'est une méthode de rattrapage qui ne vise pas à être utilisée de façon régulière, notamment en raison du risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières.

Il existe **deux types** de contraception d'urgence :

- Sous forme de **pilule** : La contraception d'urgence hormonale
- Le dispositif intra-utérin au cuivre (**DIU ou stérilet**)

C'est une méthode de rattrapage à utiliser lorsqu'il y a eu un rapport sexuel non ou mal protégé :

- Rupture du préservatif
- Absence de contraception
- Oubli de pilule
- Vomissements et diarrhées après la prise de votre comprimé de pilule
- Décollement du patch
- Expulsion de l'anneau vaginal
- Ou autre accident de méthode contraceptive

1. La « pilule du lendemain »

→ Comment l'utilise-t-on ?

1 comprimé unique. Il faut prendre le comprimé le plus tôt possible car son efficacité diminue avec le temps.

Il en existe 2 types :

Norlevo : il est possible de la prendre jusqu'à **72 heures (3 jours)** après un rapport sexuel non ou mal protégé. Il existe plusieurs fabricants pour ce composé et les noms peuvent varier.

EllaOne : il est possible de la prendre jusqu'à **120 heures (5 jours)** après un rapport sexuel non ou mal protégé.



→ **Quels sont les effets secondaires ?**

Nausées, maux de tête, douleurs abdominales, vertiges, pertes légères de sang peuvent survenir dans les 48h et les règles peuvent également être avancées ou retardées.

En revanche, il n'y a pas de risque de stérilité, ni d'augmentation du risque de fausse-couche spontanée ou de grossesse extra utérine.

→ **Qui peut l'utiliser ?**

La contraception d'urgence hormonale peut être utilisée **sans danger par la majorité des personnes.**

Pour les femmes allaitantes, il convient de respecter un délai entre la prise du comprimé et le prochain allaitement. Ces délais sont indiqués sur la notice du comprimé.

Votre professionnel de santé vous renseignera sur les contre-indications et les particularités d'utilisation.

→ **Comment se la procurer ? Quel est le prix ?**

> Si vous êtes **mineure** :

Vous pouvez l'obtenir de manière **anonyme, gratuite et sans ordonnance en pharmacie**, auprès d'une **infirmière scolaire** ou dans un **Centre de Planification et d'Éducation Familiale**.

> Vous êtes **étudiante** (majeure ou mineure) :

Vous pouvez l'obtenir gratuitement dans les services universitaires de médecine préventive (SUMPPS).

> Vous êtes **majeure** :

Vous pouvez obtenir la contraception d'urgence sans ordonnance en pharmacie :

- Norlevo : vous coûtera environ 7€*.
- EllaOne : vous coûtera environ 19€*.

*Si vous avez une ordonnance, la contraception d'urgence vous sera remboursée à 65% par l'Assurance Maladie.



Même majeure, en général vous pouvez obtenir la contraception d'urgence gratuitement et sans ordonnance en PMI

2. Le DIU au cuivre comme contraception d'urgence

Le DIU au cuivre (plus couramment appelé « stérilet ») est une contraception régulière mais il peut également être utilisé comme contraception d'urgence dans les **5 jours après le rapport à risque**. Il se présente la plupart du temps sous la forme d'un « T » et mesure environ 3 cm de long. Il est en plastique avec un ou plusieurs manchons de cuivre.

UNIVERSITE COTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Titre : La contraception d'urgence chez les femmes ayant recours à une IVG : qu'en savent-elles ?

Mots clés : IVG, contraception, contraception d'urgence, connaissances

Résumé

Objectif : Evaluer les connaissances des femmes ayant recours à une IVG sur la contraception d'urgence ainsi que les facteurs influençant ces connaissances.

Méthode : Etude observationnelle multicentrique préliminaire menée sur les centres orthogéniques des hôpitaux de Grasse, Cannes, Antibes et Nice entre le 14 octobre 2020 et le 15 janvier 2021. Un questionnaire a été distribué à soixante-dix patientes se présentant pour une consultation pré ou post IVG.

Résultats : Au total 89% des femmes ayant recours à une IVG connaissaient la contraception d'urgence mais des lacunes importantes existaient. Seuls 6% des patientes connaissaient le délai maximum d'utilisation, 46% des patientes avaient un « mauvais niveau » de connaissances et pour seulement 14% des patientes il était considéré comme « très bon ». Les facteurs influençant ce niveau de connaissance étaient le niveau d'étude ($p=0,002$), la nationalité ($p=0,008$) et la fiabilité des sources d'information ($p=0,1$). La prescription à l'avance de la contraception d'urgence est encore peu faite (pour 10% de l'effectif total). La plupart des grossesses non désirées étaient survenues à la suite d'une mauvaise utilisation de la contraception (73% : oubli de pilule, utilisation non systématique, arrêt de contraception sans désir de grossesse) et la première barrière à l'utilisation d'une contraception d'urgence était le manque de perception d'une grossesse (47%).

Conclusion : Il est important de développer l'information des patientes sur les échecs contraceptifs, la conduite à tenir en cas d'oubli ainsi que sur leur fertilité. Les professionnels de santé semblent être la meilleure source d'information. Lors consultations post IVG, la bonne utilisation de la contraception ainsi que la contraception d'urgence devraient être abordées et approfondies.

Title : Emergency contraception among women undergoing abortion: what do they know?

Keywords : Induced abortion, contraception, emergency contraception , knowledge

Abstract

Objective : To assess the knowledge of women seeking abortion about emergency contraception and the factors influencing this knowledge.

Methods : Multicenter preliminary observational study conducted in the orthogenetic centers of the hospitals of Grasse, Cannes, Antibes and Nice between October 14, 2020 and January 15, 2021. A questionnaire was distributed to seventy patients presenting for a pre or post abortion consultation.

Results : A total of 89% of women who had undergone an induced abortion knew about emergency contraception, but there were significant gaps in their knowledge. Only 6% of patients knew the maximum time of use, 46% of patients had a "poor" level of knowledge and only 14% of patients had a "very good" level. The factors influencing this level of knowledge were their level of education ($p=0.002$), nationality ($p=0.008$) and reliability of information sources ($p=0.1$). Prescription of emergency contraception in advance is still not widely used (for 10% of them). Most unwanted pregnancies occurred as a result of incorrect use of contraception (73%: forgetting to take the pill, unsystematic use, stopping contraception without wanting to become pregnant) and the main barrier to the use of emergency contraception was the lack of awareness of pregnancy (47%).

Conclusion : It is important to develop information for patients on contraceptive failure, what to do if they forget it, and on their fertility. Health professionals seem to be the best source of information. During postabortion consultations, the proper use of contraception and emergency contraception should be discussed in depth