Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

Article original

Évaluation lors d'une IVG des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Barriers to the use of emergency contraception in a population consulting for an abortion

S. Dupuis^{a,*}, J. Antomarchi^a, V. Dani^b, M. Dorez^a, J. Delotte^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, université Côte d'Azur, affiliation centre hospitalier universitaire de Nice, Archet 2, 151, route Saint-Antoine-de-Ginestière, 06202 Nice cedex 3, France

^b Institut de Biologie Valrose UMR7277, université Côte d'Azur, 06000 Nice, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 14 janvier 2018

Mots clés :
Contraception d'urgence
Interruption volontaire de grossesse
Éducation sexuelle

Keywords:
Emergency contraception
Abortion
Sexual education

R É S U M É

Objectif. – En France, une grossesse sur trois est non prévue. Parmi celles-ci, la moitié font l'objet d'une interruption volontaire de grossesse. Cependant, l'utilisation de la contraception d'urgence est loin d'être systématique. Il est donc pertinent de s'interroger sur les raisons et les facteurs liés à l'absence de recours à la contraception d'urgence.

Méthodes. – Une étude observationnelle rétrospective a été menée dans le service d'orthogénie du centre hospitalier universitaire, sur une période d'un mois et demi. Les patientes consultant dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse étaient soumises à un questionnaire lors d'un entretien semi-dirigé. Les données recueillies étaient : âge, niveau d'étude, profession, taille de la commune d'habitation, statut légal, antécédents obstétricaux, contraception utilisée au moment de la grossesse non prévue, antécédent de prise de la contraception d'urgence et la raison de non prise d'une contraception d'urgence.

Résultats. – Cent cinq questionnaires ont été étudiés. Dans 81 % des cas, l'absence de recours à la contraception d'urgence était la conséquence d'une sous-estimation du risque de grossesse. Parmi l'ensemble des variables caractéristiques de la population étudiées, seul le niveau scolaire était lié au motif de non prise de la contraception d'urgence.

Conclusion. – La sous-estimation du risque de grossesse est le principal motif de l'absence de recours à la contraception d'urgence, indépendamment du profil de la patiente. Il apparaît essentiel de mieux informer l'ensemble des femmes en âge de procréer et leur entourage sur leur fécondité et sur les mécanismes de la reproduction afin de réduire le nombre de grossesses non prévues en France.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – In France, one pregnancy out of three is unplanned. Half of those pregnancies lead to abortion. However, the use of emergency contraception is far from systematic. It is therefore relevant to question the reasons and factors linked to the low rate of use of emergency contraception.

Methods. – A retrospective observational study was conducted in the orthogénic service of the University hospital Center of Nice, over a six weeks period. Patients were consulting in the context of voluntary termination of pregnancy and were subjected to a questionnaire during a semi-structured interview. The collected data were: age, degree of education, profession, size of their home town municipality, legal status, obstetrical history, contraception used at the time of unplanned pregnancy, emergency contraception background and justification for not using an emergency contraception.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : dupuis.int@gmail.com (S. Dupuis), delotte.j@chu-nice.fr (J. Delotte).

Results. – A total of one hundred and five questionnaires were studied. The absence of emergency contraception was due to an underestimation of the risk of pregnancy in 81% of cases. Among characteristic variables of the studied population, none was related to the non-use of emergency contraception.

Conclusions. – Independently of the patient profile, underestimation of the risk of pregnancy is the main cause of non-use of emergency contraception. It seems crucial to inform women with childbearing age and their families about their fertility and the basic mechanisms of fertility in order to reduce the number of unplanned pregnancies in France.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Depuis l'autorisation de la contraception en France en 1967 [1], la couverture contraceptive s'est élevée progressivement jusqu'à atteindre 90 % des femmes en âge de procréer en 2010 [2,3]. En 2016, parmi les femmes qui déclarent avoir recours à un moyen contraceptif, 37 % utilisent la pilule, 26 % un dispositif intra utérin (DIU), 15 % le préservatif et 5 % une autre méthode hormonale [2,4].

La contraception d'urgence (CU) est un moyen adapté et efficace pour pallier aux défaillances de la méthode contraceptive habituelle [5,6]. Elle est utilisée après un rapport sexuel non ou mal protégé et vise à prévenir d'une grossesse non prévue. Actuellement, il existe deux types de CU : la CU hormonale et le DIU au cuivre. La CU hormonale regroupe le levonorgestrel, avec un délai de prise pouvant aller jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel, et l'ulipristal acétate avec un délai de prise pouvant aller jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel [7].

En France, le recours à cette CU est loin d'être fréquent malgré la connaissance de cette méthode [8] et son libre accès depuis 1999 [9,10]. De plus, la CU peut être délivrée à titre anonyme et gratuit depuis 2002, pour les mineures en pharmacie ou par des infirmières scolaires dans certains cas particuliers [11].

Malgré tout, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France reste l'un des plus élevés d'Europe, avec plus de 200 000 IVG réalisées par an [12], chiffre stable depuis 2006 [13]. En effet, les échecs contraceptifs sont fréquents et responsables de grossesses non prévues [14,15], majoritairement expliquées par l'utilisation inadaptée des méthodes contraceptives [10,16,12,17].

Plusieurs facteurs ont été évoqués par la Haute Autorité de santé (HAS) concernant la non prise de la contraception régulière tels que l'ambivalence du désir de grossesse, la sous-estimation du risque de grossesse, les contraintes économiques, le manque d'information sur les méthodes contraceptives, la crainte des effets secondaires et la réticence à consulter un professionnel de santé [18].

Le but de cette étude est d'identifier les facteurs de l'absence de recours à la CU chez une population consultant dans le cadre d'une IVG, dans un Centre hospitalier universitaire (CHU).

2. Méthodes

Une étude observationnelle rétrospective a été menée au CHU, dans le service d'orthogénie, entre le 23/12/15 et le 10/02/2016. Les patientes consultant pour une demande d'IVG ou pour un contrôle dans les suites de la réalisation d'une IVG donc dans un contexte de grossesses non prévues ont été incluses dans notre étude, après obtention de leur consentement oral. Un questionnaire standardisé (**Matériel complémentaire, Annexe A**) a été rempli au cours d'un entretien semi-dirigé lors de la consultation, par le même opérateur, sur l'ensemble de l'étude. Les patientes ayant pris une CU pour la grossesse faisant l'objet de la demande d'IVG et les patientes dont une barrière linguistique ne permettait pas de

mener l'interrogatoire, n'ont pas été incluses. Les questions étaient ouvertes et les données recueillies étaient les suivantes : l'âge, le niveau d'étude, la profession, la taille de la commune d'habitation, le statut légal, les antécédents obstétricaux, la contraception utilisée au moment de la grossesse non désirée, l'antécédent de prise d'une CU et la raison de non prise d'une CU. Après une première phase de recueil manuscrite au cours de l'entretien, les données ont été saisies de manière informatique et réparties en plusieurs sous-groupes pour chaque critère évalué (**Tableau 1**). Concernant le sous-groupe taille de la commune d'habitation, les catégories ont été définies d'après les quotas de population régissant l'octroi d'une licence d'exploitation d'officine, établi par le code de la santé publique [19].

L'indépendance de chaque variable caractéristique de la population par rapport à la raison de l'absence de recours à la CU a été recherchée. Compte tenu des faibles effectifs dans les

Tableau 1
Caractéristiques de la population étudiée.

Variables	Nombre de patientes	Pourcentage
<i>Âge (en années)</i>		
Mineure	11	10
18–25	52	50
26–35	31	30
> 36	11	10
<i>Niveau de diplôme</i>		
Collège/CAP/BEP	48	46
Études supérieures	57	54
<i>Profession</i>		
Étudiant	29	28
En activité	43	41
Sans activité	33	31
<i>Taille de la commune d'habitation (en nombre d'habitants)</i>		
< 2500	8	7
2500–4500	3	3
4500–300 000	26	25
> 300 000	68	65
<i>Statut légal</i>		
Célibataire	34	32
Couple	26	25
Concubinage	45	43
<i>Antécédents interruption volontaire de grossesse</i>		
Oui	42	40
Non	63	60
<i>Recours antérieur à la contraception d'urgence</i>		
Oui	55	53
Non	50	47
<i>Méthode contraceptive utilisées</i>		
Aucune	52	50
Pilule	36	34
Préservatif	13	12
Autres moyens contraceptifs	4	4

Pour chaque variable étudiée, les données recueillies sont classées dans des sous-groupes pour lesquels sont indiqués le nombre de patients et le pourcentage correspondant.

Fig. 1. Les motifs de non recours à la contraception d'urgence exprimés en pourcentage.

motifs de non-recours à la contraception d'urgences suivants : méconnaissance de la contraception d'urgence, délai dépassé pour la prise de la contraception d'urgence, difficulté d'accès à la contraception d'urgence, crainte du regard social, crainte des effets secondaires et ambivalence du désir de grossesse au sein du couple, celles-ci ont été regroupées dans une même modalité et comparées à la réponse sous-estimation du risque de grossesse. Pour les variables caractéristiques de la population comprenant deux catégories, un test exact de Fischer a été réalisé. Pour les variables caractéristiques de la population comprenant plus de deux catégories, un test d'indépendance du χ^2 a été effectué. Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Les données ont été analysées avec le programme GraphPadInStat Version 3 (GraphPad Software, San Diego, CA).

3. Résultats

Au cours de l'étude, 121 patientes ont été reçues par le même médecin et ont répondu au questionnaire. Douze patientes ont été exclues en raison de la prise d'une CU et quatre du fait d'une

barrière linguistique. Aucune patiente n'a refusé l'entretien. Au total, un effectif de 105 patientes a été inclus dans l'étude.

L'étude des caractéristiques de la population incluse dans notre étude a montré que la majorité des patientes avait moins de 26 ans (60 %) et n'avait pas d'emploi (59 %). Pour la majorité des patientes, leur ville de résidence comptait plus de 300 000 habitants (65 %). Au moment de la conception 49,5 % des patientes n'avaient aucun moyen de contraception. Enfin, 43 % des patientes étaient en concubinages et 40 % avaient un antécédent d'au moins une IVG. Toutes les caractéristiques de la population sont illustrées dans le [Tableau 1](#).

Les raisons de l'absence de recours à une contraception d'urgence étaient liées dans 81 % des cas à la sous-estimation du risque de grossesse ([Fig. 1](#)). Pour chaque motif de non prise d'une CU, nous avons étudié si les variables de la population pouvaient être liées à l'absence de recours à la CU. Les résultats ont montré que les variables âge ($p = 0,58$), taille de la ville de résidence ($p = 0,18$), profession ($p = 0,96$), statut légal ($p = 0,83$), type de contraception ($p = 0,34$), antécédents d'IVG ($p = 1$) et recours antérieur à la CU ($p = 0,31$), étaient indépendantes par rapport au motif d'absence de recours à la CU ([Tableau 2](#)). Seul le

Tableau 2

Les motifs de non recours à la contraception d'urgence en fonction des variables caractéristiques de la population.

Variables caractéristiques de la population	Sous-estimation du risque de grossesse (nombre de patientes)	Autres motifs de non-recours à la contraception d'urgence (nombre de patientes)	Valeur de p
Âge (en années)			
Mineure	8	3	0,58
18–25	44	8	
> 26	33	9	
Niveau de diplôme			
Collège/CAP/BEP	34	14	0,02
Études supérieures	51	6	
Profession			
Étudiant	23	6	0,96
En activité	35	8	
Sans activité	27	6	
Taille de la commune d'habitation (en nombre d'habitants)			
< 2500	8	0	0,18
2500–300 000	21	8	
> 300 000	56	12	
Statut légal			
Célibataire	28	6	0,83
Couple	20	6	
Concubinage	37	8	
Antécédents interruption volontaire de grossesse			
Oui	34	8	1
Non	51	12	
Recours antérieur à la contraception d'urgence			
Oui	47	8	0,31
Non	38	12	
Méthode contraceptive utilisées			
Aucune	43	9	0,34
Pilule et autres moyens contraceptifs	30	10	
Préservatif	12	1	

Pour chaque variable étudiée, les données recueillies sont classées dans des sous-groupes pour lesquels sont indiqués le nombre de patients et le pourcentage correspondant.

niveau d'étude ($p = 0,02$) était significativement lié au motif d'absence de recours à la CU (Tableau 2).

4. Discussion

De nos jours, une grossesse sur trois est déclarée non prévue, parmi celles-ci deux tiers surviennent sous contraception et la moitié font l'objet d'une IVG [20,21]. Dans ce contexte, pallier aux défaillances de la contraception régulière et informer les femmes des possibilités d'une contraception de rattrapage est une priorité. La mise en œuvre de mesures permettant un accès plus simple à la contraception d'urgence a permis de doubler le recours à cette technique entre 2000 et 2011 [22,23]. Néanmoins, ce recours reste encore trop faiblement employé [20,24,25]. Notre étude a mis en évidence les raisons de l'absence de recours à la contraception d'urgence sur une population consultant dans le cadre d'une IVG. La raison majeure de non prise de la CU, pour 81 % des femmes, est la sous-estimation du risque de grossesse, et ce quel que soit le profil de la patiente.

Les études antérieures menées sur les raisons de non prise de la CU montrent que la perception exagérée du risque d'effets indésirables, la crainte du regard social, la difficulté d'accès, ou la difficulté financière sont minimales par rapport à la sous-estimation du risque de grossesse [20,21,24,26]. Cette dernière apparaît comme la raison majeure du non recours à la CU, en accord avec les résultats obtenus dans notre étude. La difficulté financière comme frein à la prise de la CU n'a d'ailleurs jamais été évoquée par les patientes dans notre étude.

La sous-estimation du risque de grossesse réside dans le fait que la femme, elle-même exposée au risque de grossesse non désirée, ne se sent pas en danger. Dans l'étude de Sorensen [27], parmi les femmes qui ont eu conscience de la défaillance contraceptive, seulement 4 % ont utilisé la CU après un rapport sexuel non protégé. Une étude menée en Suède dans un centre d'IVG montre également que 60 femmes sur 591 ont consulté suite à un manque de connaissance du risque de grossesse [28]. Dans une autre étude réalisée à Hong Kong auprès de 200 femmes ayant eu recours à une IVG, la raison principale du non recours à la contraception d'urgence, malgré la connaissance de cette dernière et un rapport non protégé, est l'absence de notion de risque de grossesse pour 42 % des femmes [29]. En France, une enquête portant sur des femmes demandant une IVG, a révélé que plus de la moitié d'entre elles ignoraient le risque de grossesse au moment de la conception ou ne pouvaient pas déterminer le rapport sexuel spécifique à l'origine de leur grossesse [30].

Quelles que soit les campagnes d'informations ou les mesures mises en place pour faciliter l'accès à la CU, il apparaît prioritaire d'informer les femmes en âge de procréer, et ce dès le plus jeune âge, sur leur fécondité potentielle et le risque de grossesse qu'elles encourent. En effet, il n'y a pas de freins conscients à la prise de la CU, mais une mauvaise perception du risque de grossesse par les femmes, en raison d'une mauvaise identification de la fenêtre fertile et de la méconnaissance de la physiologie [21,31]. L'ignorance de la base des mécanismes de la fertilité, de la contraception et du risque de grossesse est une situation courante, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, ce qui explique la faible utilisation de la CU [32]. L'étude de Goulard a mis en évidence que la connaissance de l'existence de la CU ne préjuge en rien de la conscience du risque de grossesse en cas d'erreur contraceptive [33]. Les idées faussement reçues que les premiers rapports sont forcément non féconds et que la période de règles est sans danger sont largement répandues et freinent l'utilisation à bon escient de la CU [27,28]. Une étude de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, montre que 64 % des personnes interrogées pensent qu'il existe des périodes

sans aucun risque de grossesse, facilement identifiables en surveillant son cycle menstruel [34]. Les manuels scolaires, en voulant parfois simplifier les informations à des fins pédagogiques, entraînent une mauvaise compréhension et interprétation du cycle [35]. Même si les cycles sont réguliers, les périodes de fertilité sont difficiles à prévoir. Une étude prospective portant sur l'analyse de 696 cycles de 213 femmes en bonne santé et en âge de procréer (dont une majorité âgée de 25 à 35 ans), a montré que seules 30 % des femmes ont une période de fertilité située entre le 10^e et le 17^e jour. Ces données sont importantes à expliquer aux femmes dans une démarche d'éducation sexuelle et d'information sur la contraception [31]. D'autre part, 41,4 % des femmes qui ont initialement pensé avoir couru un risque lors d'un rapport sexuel ont évalué secondairement ce risque à la baisse [36].

Les autres freins à la prise de la CU tels que la méconnaissance de son existence, les difficultés d'accès, la crainte d'être jugée, la crainte des effets secondaires ainsi que la réticence du recours à la CU dans le discours de certains professionnels de santé ne sont cependant pas à négliger [37]. Par ailleurs, en mars 2013, la Haute Autorité de santé (HAS) a émis des recommandations en faveur d'une meilleure information des hommes et des femmes sur la contraception d'urgence. Elle rappelle que la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé mais qu'elle s'inscrit bien dans un cadre général qui est celui de la santé sexuelle et reproductive. Elle préconise alors d'informer la population sur l'existence de la CU, sa bonne tolérance, les délais d'utilisation et les modalités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs en dehors du contexte d'urgence [20]. Néanmoins, l'absence d'études comparatives depuis les recommandations de l'HAS sur les motifs de non-prises de la CU ne permet pas actuellement d'évaluer leur impact en comparaison aux résultats obtenus dans notre étude.

Parmi les caractéristiques de la population de notre étude, seul le niveau scolaire est lié au motif de non recours à la CU ($p = 0,02$). En effet, pour une population n'ayant pas fait d'études supérieures, trois raisons principales apparaissent, la sous-estimation du risque de grossesse qui concerne 58 % des patientes, mais aussi la méconnaissance de l'existence de la CU pour 21 % des patientes et l'ambivalence du désir de grossesse au sein du couple pour 16 % du panel interrogé. La méconnaissance de la CU pour les patientes n'ayant pas fait d'études supérieures, pourrait 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. Une étude ciblée sur une population n'ayant pas réalisé d'études supérieures permettrait de répondre à cette interrogation. L'intervention en milieu scolaire semble être la plus à même de répondre à ces objectifs [38] et ce dès le collège afin que les personnes arrêtant leurs études plus tôt puissent en bénéficier. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire est une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001. En effet, une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles et les lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupes d'âges homogènes [39]. Cependant, l'éducation à la sexualité est dispensée de manière inégale et non satisfaisante sur l'ensemble du territoire [25,40]. Le manque de moyens financiers, la disponibilité du personnel et la gestion des emplois du temps sont les principaux freins à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. La crainte de réactions négatives de la part d'élèves ou de parents ou les réticences exprimées par les enseignants eux-mêmes sont à prendre en compte également [40]. L'éducation à la sexualité reste l'outil essentiel et le plus adapté pour informer sur la contraception et faire prendre conscience du risque de grossesse, en appuyant sur la physiologie du cycle menstruel et de la fécondation.

La taille de l'effectif, le caractère non randomisé, rétrospectif et monocentrique de notre étude limite sa puissance. Néanmoins, les

données ont toutes été recueillies par le même opérateur ce qui évite un biais de confusion.

Conclusion

La méconnaissance du risque de grossesse est le principal facteur mis en évidence dans notre étude pour l'absence de recours à la CU.

Une éducation à la santé sexuelle de la population est indispensable. Il s'agit d'informer les femmes et les hommes sur la contraception, ainsi que sur la contraception d'urgence (modalités d'utilisation et d'accès). Les couples doivent avoir conscience que tout rapport sexuel non protégé est à risque de grossesse. Les contraceptifs d'urgence sont très bien tolérés et préconiser leur utilisation en cas de risque pourrait diminuer le nombre de grossesse non prévue [41]. Pour favoriser ce comportement, le rôle d'informateur et d'éducateur du corps médical et paramédical est fondamental [26,42].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Roxane Fabre, Biostatisticienne au département de Santé Publique du CHU de Nice, le Docteur Johanna Revel pour la traduction anglaise de l'abstract, le Docteur Marie-Claude Durpes.

Appendix A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.09.004>.

Références

- [1] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L 648 et L 649 du code de la santé publique, 67–1176. 1967.
- [2] Rahib D, Le guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 – Contraception 2017:8.
- [3] Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2012.
- [4] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Societes 2014.
- [5] Trussell J, Stewart F. The effectiveness of postcoital hormonal contraception. Fam Plann Perspect 1992;24:262. <http://dx.doi.org/10.2307/2135855>.
- [6] Glasier A, Cameron S, Fine P, Logan S, Casale W, Van Horn J. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non inferiority trial and meta analysis. Lancet 2010.
- [7] Jamin C, Agostini A, Asselin I, Ben M'barek I, Bettahar K, Carbonne B, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. Gynecol Obstet Fertil 2015;43:571–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gybofe.2015.07.013>.
- [8] Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception 2006;74:208–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2006.03.007>.
- [9] Arrêté du 27 mai 1999 portant modification aux exonérations à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine pour le LNG ; arrêté du 14 avril 2015 portant exonération pour EllaOne.
- [10] Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence Journal Officiel de la République Française; 2000.
- [11] Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence Journal officiel de la République française. n.d.
- [12] Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2001. Études Résultats; 2003;279.
- [13] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 2016.
- [14] Bajos N, Ferrand M. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues. Inserm; 2002.
- [15] Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61:291–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.04.001>.
- [16] Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence Journal Officiel de la République Française; 2002.
- [17] Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. Perspect Sex Reprod Health 2006;38:190–6. <http://dx.doi.org/10.1363/3819006>.
- [18] Haute Autorité de santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Doc Synthèse; 2013.
- [19] Art L5125-3 modifié par la LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007. n.d.
- [20] HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance; 2013.
- [21] Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 2015;44:706–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.12.006>.
- [22] Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques.(GERS).
- [23] Haute Autorité de Santé – État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée n.d. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-des-pratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee (accessed November 26, 2017).
- [24] BVA, HRA Pharma. Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence; 2012.
- [25] Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Insp Générale Aff Soc; 2009.
- [26] Lemaître S, Collier F, Hulin V. [Benefit of the Internet as an information tool in case of oral contraceptive miss. Survey of 1964 women visiting the website www.g-oublieunpilule.com]. Rev Prat 2009;59:7–15.
- [27] Sørensen MB, Pedersen BL, Nyrnberg LE. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse. Contraception 2000;62:1–3. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(00\)00128-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(00)00128-1).
- [28] Aneblom G, Larsson M, Odlind V, Tydén T. Knowledge, use and attitudes towards emergency contraceptive pills among swedish women presenting for induced abortion. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2002;109:155–60. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01239.x>.
- [29] Lee SWH, Wai MFY, Lai LYH, Ho PC. Womens knowledge of and attitudes towards emergency contraception in Hong Kong: questionnaire survey; 1999.
- [30] 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 2005;71:202–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2004.09.004>.
- [31] Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. BMJ 2000;321:1259–62. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7271.1259>.
- [32] Westley E, Glasier A. Contraception d'urgence : dissiper les idées fausses et les croyances erronées. Bull Organ Mond Sante 2010;243. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.10.077446>.
- [33] Goulard H, Bajos N, Job-Spira C. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. Gynecol Obstet Fertil 2003;31:724–9. [http://dx.doi.org/10.1016/S1297-9589\(03\)00208-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1297-9589(03)00208-X).
- [34] Gall B, Jouannic E. Les français et la contraception; 2007 [2].
- [35] Rochigneux J-C. Éducation à la sexualité auprès d'un public à besoin éducatif particulier : l'exemple de la SEGPA. Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II; 2012.
- [36] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Stratégies d'action en matière de contraception; 2007.
- [37] Amsellem-Mainguy Y. Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. Santé homme; 2009;8–10.
- [38] Nisand I. Rapport Nisand synthèse : et si on parlait de sexe à nos ados ?; 2012.
- [39] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, reprise dans le Code de l'éducation – article L 312-16 Journal Officiel de la République Française, n°156, p10823-10827.
- [40] Jaunait A. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016.
- [41] Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. Cochrane Libr., John Wiley & Sons, Ltd; 2017. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001324.pub5>.
- [42] Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapp Pour Haut Cons Popul Fam 2006.