

Juin 2019

GROSSESSES NON PRÉVUES EN ÎLE-DE-FRANCE

Résultats du Baromètre de Santé publique France 2016



RAPPORT & ENQUÊTE

OBSERVATOIRE
RÉGIONAL DE SANTÉ
ÎLE-DE-FRANCE



GROSSESSES NON PRÉVUES EN ÎLE-DE-FRANCE

Résultats du Baromètre de Santé publique France 2016

Juin 2019

Auteurs

Alexandre LESAGE (ORS)

Valérie FERON (ORS)

Caroline LABORDE (ORS)

Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU (ORS)

Directrice de publication : Isabelle GREMY

Couverture : crédits photos : Franck de Kleine / Esparta Palm / Ana Lignelli - Flickr

Remerciements

Nous remercions le « groupe Baromètre santé 2016 » : Arnaud Gautier, Nathalie Lydié, Delphine Rahib, Frédérique Limousi, Jean-Baptiste Richard, Cécile Brouard, Christine Larsen, ainsi que l'institut IPSOS (Christophe David, Valérie Blineau, Farah El Malti, Élisabeth Diez, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête et l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête.

Les résultats présentés sont issus du travail d'analyse et d'interprétation des auteurs qui en sont seuls responsables.

Relecteurs

Delphine Rahib (Santé publique France)

Nathalie Lydié (Santé publique France)

Suggestion de citation

Lesage A, Féron V, Laborde C, Embersin-Kyprianou C, Grémy I. Grossesses non prévues en Île-de-France : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2016. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2019

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations.

Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'ORS.

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs

Rapporté à l'ensemble des grossesses, on estimait que le taux de grossesses non prévues était d'un tiers en 2010. La littérature montre que certaines femmes sont davantage concernées par ces grossesses, comme les femmes les plus jeunes, issues de milieux sociaux défavorisés. Etant donné que la population francilienne se distingue de celle des autres régions par certaines caractéristiques dont un plus jeune âge et un niveau de diplôme plus élevé, il nous paraît important d'évaluer ce phénomène à l'échelle de cette région. Ainsi, cette étude vise à d'évaluer la prévalence des grossesses non prévues et ses facteurs associés et à mettre en évidence, s'il y en a, des différences entre les Franciliennes et les femmes des autres régions.

Méthodes

Cette étude a été menée à partir des données du Baromètre santé 2016, avec un sur-échantillon francilien. L'échantillon retenu porte sur 4 618 femmes (dont 1 461 en Île-de-France) de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels.

Résultats

En 2016, 12,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée hors Île-de-France (10,5 %, $p = 0,2631$). En Île-de-France, comme dans les autres régions, les déclarations de grossesses non prévues sont plus importantes parmi les femmes les plus jeunes, issues de milieux sociaux défavorisés. De plus, on constate également un lien entre grossesse non prévue et certaines caractéristiques en termes de comportements sexuels (avoir eu plus de six partenaires sexuels masculins au cours de sa vie, avoir eu son premier rapport sexuel avant 17 ans...). Que ce soit en Île-de-France ou dans les autres régions, la majorité des femmes ont utilisé une méthode contraceptive le mois précédant une grossesse non prévue. Toutefois, on constate que le recours à la contraception d'urgence est plus important en Île-de-France.

Conclusion

Le fait de voir un lien entre renoncement aux soins, absence de couverture complémentaire et déclaration de grossesse non prévue nous amène à nous interroger sur les difficultés d'accès à la contraception que peuvent rencontrer les personnes dans les situations économiques et sociales les moins favorisées. Du côté des pratiques contraceptives, on constate que la pilule et le préservatif tiennent une part importante dans les déclarations des personnes ayant utilisé une méthode contraceptive le mois précédant une grossesse non prévue. Ainsi il paraît nécessaire que les pouvoirs publics continuent de promouvoir un panel de méthodes diversifiées afin que les hommes et les femmes puissent trouver les plus adaptées à leur mode de vie.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	7
2	CONTEXTE.....	9
3	DONNÉES ET MÉTHODES	13
	3.1 Données.....	13
	3.2 Indicateurs.....	13
	3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	14
	3.2.2 Caractéristiques en termes de santé et de recours aux soins	15
	3.2.3 Caractéristiques en termes de comportements sexuels	15
	3.2.4 Pratiques, connaissances et perceptions vis-à-vis des différentes méthodes pour éviter une grossesse	16
	3.3 Méthodes	17
4	RÉSULTATS	19
	4.1 Les facteurs associés à une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années	19
	4.2 Pratiques, connaissances et perceptions des différentes méthodes pour éviter une grossesse	25
	4.2.1 Pratiques contraceptives	25
	4.2.2 Connaissances et perceptions vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives	26
	4.2.3 Recours à la contraception d'urgence.....	28
5	PRINCIPAUX RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	31
	5.1 Principaux résultats	31
	5.2 Discussion.....	31
	5.3 Limites.....	35
	5.4 Mise en perspective	36
	BIBLIOGRAPHIE	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Sélection de la population étudiée	13
Figure 2. Construction de l'indicateur de grossesses non prévues	14
Figure 3. Pourcentage de grossesses non prévues au cours des 5 dernières années déclarées en 2010 et 2016 selon le lieu de résidence chez les femmes de 15-49 ans..	19
Figure 4. Méthode contraceptive utilisée le mois précédant la grossesse non prévue (en % des femmes de 15-49 ans ayant connu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans).....	25
Figure 5. Pourcentage de femmes de 15-49 ans déclarant avoir eu une grossesse non prévue il y a moins de 5 ans selon le fait d'avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de sa vie	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Grossesses non prévues déclarées au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15-49 ans et caractéristiques socio-démographiques, indicateurs en termes de santé, de recours aux soins et de comportements sexuels.....	22
Tableau 2. Facteurs associés au fait de déclarer une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années chez les Franciliennes de 20-49 ans (OR ajustés)	24
Tableau 3. Grossesses non prévues au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15-49 ans selon leur opinion sur l'efficacité et les risques pour la santé des différentes méthodes contraceptives (%).	27
Tableau 4. Connaissance des femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu un rapport hétérosexuels sur la contraception d'urgence.	29

1 | INTRODUCTION

L'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France a financé un sur-échantillon francilien du Baromètre santé 2016 afin d'affiner les estimations régionales sur diverses thématiques de santé portées par cette enquête transversale d'envergure nationale mise en œuvre par Santé publique France. L'ORS Île-de-France exploite les données franciliennes de ce Baromètre sur des thématiques d'intérêt pour l'ARS et la région Île-de-France.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence des grossesses non prévues des Franciliennes et ses facteurs associés et de voir s'il existe des différences entre ces dernières et les femmes résidant dans les autres régions de France métropolitaine. Les résultats de cette étude permettront par la suite de penser des actions de prévention auprès des populations où l'on observe une prévalence des grossesses non prévues plus importante et de sensibiliser les médecins et autres professionnels de santé afin que ces populations reçoivent davantage d'attention lorsque sont abordées les questions de contraception.

2 | CONTEXTE

Rapporté à l'ensemble des grossesses, on estime que le taux de grossesses non prévues (GNP) était d'un tiers en 2010 contre plus de 50 % en 1972 (Bajos et al., 2004). Cette baisse du taux de grossesses non prévues fait suite à la médicalisation croissante de la contraception au cours de cette période. En effet, il faut savoir que 82 % de la pratique contraceptive était médicalisée en 2000 alors que ce taux était de 52 % en 1978 (Leridon et al., 2002). Cette hausse de la couverture médicalisée de contraception a été permise dès 1967, par le vote de la loi Neuwirth relative à la régulation des naissances. Cette loi abrogea celle de 1920 interdisant la vente et la publicité pour des méthodes contraceptives féminines¹. Elle fut suivie de la légalisation de l'avortement en 1974 et le renforcement de l'accès aux méthodes hormonales de contraception. Toutefois, depuis le début des années 2000, on remarque que le taux de grossesses non prévues a augmenté chez les femmes de 18-44 ans dont l'indice de grossesse non prévue² est passé de 0,29 à 0,35 entre 1998-2002 et 2005-2009 (Bajos et al., 2014a). De plus, bien que la France occupe une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicalisées réversibles de contraception (Bajos et al., 2012a) et que le taux de GNP y soit moins important que dans d'autres pays³, l'hexagone se situe dans la moyenne de l'Europe de l'ouest où les GNP représentent 34 % des grossesses⁴ (ESHRE Capri Workshop Group, 2018).

En 2012, on a assisté à une crise de santé publique majeure concernant les pilules contraceptives à la suite de la plainte déposée par une jeune femme contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thromboembolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule oestroprogestative. Cet évènement s'est accompagné d'un vif débat médiatique sur les risques potentiels de la pilule sur la santé, du déremboursement des pilules de 3^e et 4^e génération et d'une poursuite de la baisse d'utilisation de cette méthode (phénomène déjà observé entre 2000 et 2010 chez les 20-24 ans). Ainsi en 2013, près d'une femme sur cinq déclarait avoir changé de méthode contraceptive depuis ce débat (Bajos et al., 2014b). Suite à l'arrêt de la pilule contraceptive, les femmes ont utilisé d'autres méthodes plus ou moins efficaces selon les différents groupes sociaux. Celles n'ayant pas de difficultés financières se sont alors en partie tournées vers les pilules de première et deuxième génération tandis que celles dans une situation financière plus difficile se sont en partie tournées vers les méthodes naturelles de contraception (retrait, abstinence périodique...). Face à ce constat, N. Bajos et ses co-auteurs font l'hypothèse que les grossesses non prévues ne devraient pas sensiblement augmenter pour la population dans son ensemble, mais qu'une augmentation pourrait se produire dans certains groupes, notamment parmi les plus défavorisés.

Les facteurs de risque des grossesses non prévues sont nombreux. Loin de pouvoir en faire une liste exhaustive, les enquêtes quantitatives montrent que ces grossesses sont particulièrement importantes chez les femmes les plus jeunes, celles vivant seules et celles disposant de faibles revenus (Wellings et al., 2013 ; Finer et al., 2014 ; 2016). Les enquêtes qualitatives menées en France à travers les travaux de N. Bajos et al. identifient, quant à elles, une série de facteurs dont certains permettent de mettre en lumière les résultats des études quantitatives. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer les problèmes d'information et d'accès à la contraception. Cela concerne notamment les femmes plus

¹ La loi de 1920 avait une visée nataliste, face à la crainte d'un déclin démographique perçu comme « une question de vie ou de mort pour la France » face à l'Allemagne (Pavard et al., 2012) .

² L'indice de grossesse non prévue indique le nombre de grossesses non prévues que connaîtra une femme au cours sa vie selon le taux de fécondité observé sur la période considérée.

³ Tels que les Etats-Unis, par exemple où les GNP représentaient 45 % des grossesses en 2011 (Finer et al., 2016).

⁴ Ces comparaisons doivent cependant être prises avec précaution étant donné que les échantillons et les méthodes utilisées pour estimer la prévalence des grossesses non prévues diffèrent entre les études.

jeunes et celles d'origine maghrébine dont la sexualité, parfois réprochée, peut les tenir à l'écart des pratiques contraceptives les plus efficaces, la domination masculine pouvant impliquer le rejet de certaines méthodes contraceptives ou encore l'ambivalence face au désir de grossesse (Bajos et al., 2002).

La littérature semble également montrer que les Français disposent d'informations imprécises voire erronées sur la contraception et la fertilité. Selon l'enquête FECOND, 63 % des femmes ayant un usage irrégulier de méthodes contraceptives ou qui n'en utilisent pas ne pensent pas être à risque de grossesse¹ (Moreau et al., 2016a). De plus, le Baromètre santé de 2005 montre que près d'un quart (22 %) des Français pensent que la pilule peut rendre stérile, tandis qu'un Français sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence (INPES, 2007).

Bien que les facteurs de risque soient nombreux, une grande partie de la littérature (Bajos et al., 2002 ; Speidel et al., 2008 ; Moreau et al., 2013 ; Finer et al., 2014 ; Chabbert-Buffet et al., 2017 ; ESHRE Capri Workshop Group, 2018) s'accorde sur le fait que l'usage de méthodes contraceptives disposant d'une efficacité pratique plus importante (ex : Dispositif Intra Utérin², implant) permettrait de réduire ces grossesses non prévues. En effet, la France connaît une norme de contraception favorisant le préservatif en début de relation, puis la pilule lors de la mise en couple et enfin le Dispositif Intra Utérin (DIU) quand le nombre d'enfants souhaité est atteint. Or cette norme n'est pas toujours adaptée aux situations personnelles ni au mode de vie des femmes. Alors que la pilule et le préservatif restent les méthodes principalement utilisées aux âges les plus fertiles, les femmes peuvent éprouver des difficultés à gérer leur contraception au quotidien dans un contexte marqué par des trajectoires affectives de plus en plus diversifiées³ (Leridon, 2008). Cette gestion de la contraception au quotidien est d'autant plus complexe que depuis les dernières décennies on assiste à une hausse de l'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant. Ce dernier est passé de 24 ans en 1974 à 28,5 ans en 2015 (INSEE, 2017), alors que l'âge médian au premier rapport sexuel a diminué sur cette même période, avant de se stabiliser à 17,6 ans sur la dernière décennie (Bozon, 2008 ; Bajos et al., 2018). Cet écart entre l'âge au premier rapport sexuel et l'âge à la première maternité implique que les femmes passent en moyenne un peu plus de 10 ans à « éviter » une grossesse. Ainsi, bien que des méthodes de contraception telles que la pilule ou le préservatif présentent une efficacité théorique importante (respectivement supérieure à 99,7 % pour la pilule et 98 % pour le préservatif masculin), ces grossesses non prévues témoignent de l'écart entre leur efficacité théorique, résultant d'une utilisation parfaite de ces méthodes contraceptives, et l'efficacité pratique prenant en compte les problèmes divers d'utilisation pouvant diminuer leur efficacité (déchirure de préservatif, oubli de pilule...). Ainsi l'efficacité pratique de la pilule est de 91 % et celle du préservatif masculin de 85 %.

Afin de promouvoir l'usage d'une méthode contraceptive en adéquation avec les différents modes de vie, l'ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), devenu Santé publique France, déploie depuis 2007 des campagnes d'information autour des questions de contraception. Ces campagnes visent entre autre à promouvoir le choix d'une méthode contraceptive, le dialogue au sein du couple et avec un professionnel de santé, ou encore à sensibiliser sur les risques et les conséquences d'une grossesse non désirée (notamment auprès des adolescents comme en témoigne la campagne de 2008⁴). Ces dispositifs, aussi bien à destination des femmes que des hommes et des professionnels de santé prennent des formes très variées (sites internet⁵, spots radio et

¹ Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu un rapport sexuel le mois précédant l'enquête, non enceintes et ne cherchant pas à l'être et non stériles (ainsi que leurs partenaires).

² Aussi appelé stérilet.

³ Une succession de relations, entrecoupées de périodes d'abstinence, par exemple, peut rendre plus délicat l'usage de la pilule qui nécessite une prise régulière (Bajos et al. 2002).

⁴ En 2008, 35 programmes courts mettant en scène des jeunes parlant de sexualité et de contraception ont été diffusés à la télévision. Ces programmes avaient pour objectif de libérer la parole et de mettre à mal les idées reçues

(<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/08/cp081024.asp>).

⁵ <http://www.choisirsacontraception.fr/> - <http://www.onsexprime.fr/>

TV, bannières web, brochures, affiches, film TV, numéro gratuit, chroniques radio...). De plus, Santé publique France exploite les données des Baromètres santé afin de fournir des informations sur les pratiques contraceptives des Français. Parallèlement, la région Île-de-France, constatant un recours important à la contraception d'urgence et à l'IVG chez les jeunes Franciliennes a mis en place en 2016 un dispositif pour renforcer l'information et la prévention sur les questions de sexualité et de contraception. Un site internet a été créé afin d'orienter les jeunes vers des informations fiables et des conseils spécialisés sur les questions de contraception et de sexualité avec une carte interactive équipée d'un système de géolocalisation afin de connaître les lieux ressources où rencontrer les professionnels de santé les plus proches de chez soi (Ipass contraception¹).

L'ARS Île-de-France, quant à elle, soutient des projets dans divers champs de la santé sexuelle (IST et VIH, santé reproductive, santé de la femme, promotion de la santé auprès des jeunes...) en s'adressant à des publics éloignés des lieux d'information, de prévention et de soins en santé sexuelle. De plus, l'ARS se mobilise tout particulièrement pour garantir un accès à l'IVG aux femmes qui le souhaitent.

Enfin, le CRIPS Île-de-France (centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes) développe des programmes de promotion de la santé et du bien-être dans un ensemble de champs dont la vie affective et sexuelle. Ainsi à titre d'exemple le programme d'éducation pour la santé 2018/2019 aborde des thématiques comme le consentement, les moyens de protection et de contraception ou encore les discriminations liées à la sexualité et au genre.

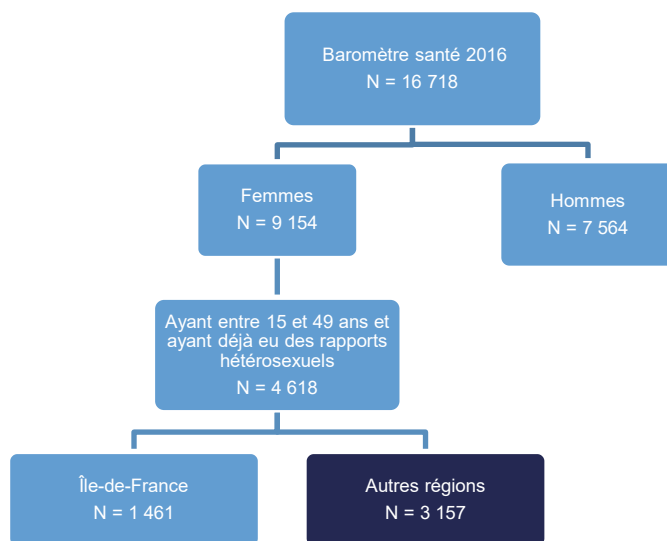
¹ <http://ipasscontraception.fr/>

3 | DONNEES ET METHODES

3.1 Données

Le Baromètre santé, réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) depuis 1992 puis par Santé publique France à partir de 2016 est une enquête réalisée par téléphone sur un échantillon représentatif de la population parlant français et résidant en France métropolitaine. L'édition 2016 aborde les différents comportements et attitudes de santé des Français et s'intéresse notamment à la sexualité à travers des questions sur la santé sexuelle, la contraception, les grossesses non prévues ou encore les IVG. L'analyse régionale de cette enquête sur l'Île-de-France vise à calculer quelques indicateurs clés, choisis pour chaque thématique afin de mettre en avant les éventuelles spécificités franciliennes. En 2016, l'échantillon est constitué de 15 216 personnes de 15-75 ans issues de l'enquête nationale ainsi que d'un sur-échantillon auprès de 1 502 personnes de 15-54 ans en Île-de-France. Dans le cadre de notre analyse, l'échantillon retenu porte sur 4 618 femmes (1 461 en Île-de-France) de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà eu des rapports hétérosexuels au cours de leur vie (Figure 1). Nous avons également exploité les données du Baromètre Santé 2010 afin d'estimer l'évolution de la prévalence des grossesses non prévues entre 2010 et 2016. L'échantillon de 2010 porte sur 2 630 femmes (481 en Île-de-France) de 15 à 49 ans déclarant avoir déjà eu des rapports hétérosexuels au cours de leur vie.

Figure 1. Sélection de la population étudiée

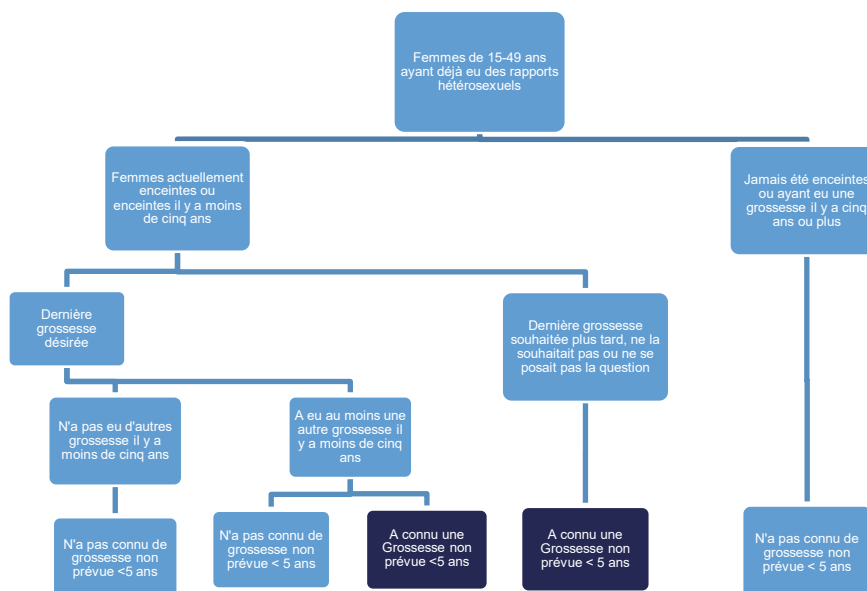


3.2 Indicateurs

Pour l'indicateur de grossesse non prévue, nous avons pris en compte l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels au cours de leur vie. Les femmes n'ayant jamais été enceintes ou ayant eu une grossesse il y a cinq ans ou plus ont été considérées comme « n'ayant pas eu de grossesse non prévue il y a moins de cinq ans », elles ont donc été prises en compte dans le dénominateur. Pour les femmes enceintes au moment de l'enquête la question : « Vous m'avez dit être enceinte. Souhaitiez-vous cette grossesse ? » leur était posée, tandis que pour les femmes n'étant pas enceintes au moment de l'enquête et ayant eu une grossesse au cours des cinq dernières années, la question : « Souhaitiez-vous cette grossesse ? » leur était posée. La

modalité « Oui à ce moment-là ou plus tôt » a été considérée comme représentant une grossesse prévue ; les modalités « Oui, mais plus tard », « Non vous ne la souhaitiez pas », « Vous ne vous posiez pas la question » sont considérées comme représentant une grossesse non prévue. Dans la suite du questionnaire, si une femme déclarait avoir eu plusieurs grossesses et que sa dernière était souhaitée, il lui était demandé s'il lui était arrivé d'avoir eu une grossesse accidentelle ou non prévue au cours de sa vie. Les modalités « Oui, il y a un an ou moins », « Oui, il y a plus d'un an mais moins de cinq ans » ont été prises en compte dans la construction de l'indicateur de GNP dans les cinq dernières années. De par la formulation de la première question, nous pouvons seulement construire un indicateur qui évalue le taux de GNP dans les cinq dernières années. Ce regroupement de modalité est similaire à celui réalisé par l'Institut national d'études démographiques (INED) en 2010 et 2013 pour l'enquête FECOND ("Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles"). Cette enquête a été réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'INED en 2010 auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de la population âgée de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine. Elle visait à étudier les connaissances et pratiques des individus en matière de santé sexuelle et reproductive en s'appuyant sur une approche biographique. L'enquête fut reconduite en 2013 afin d'étudier l'impact de la crise médiatique des pilules sur les pratiques et les représentations de la contraception.

Figure 2. Construction de l'indicateur de grossesses non prévues



3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques retenues sont l'âge, le niveau de diplôme, le revenu par unité de consommation, la situation professionnelle, le pays de naissance et le nombre d'enfants.

L'âge a été distingué en deux modalités : 15 à 29 ans et 30 à 49 ans. Nous n'avons pas fait de regroupement plus fin afin de garder un nombre relativement important d'observations par classe d'âge malgré le fait que d'après la littérature les grossesses non prévues semblent particulièrement importantes pour les 15-19 ans et 20-24 ans en comparaison avec les 25-49 ans (Kagesten et al., 2015).

Pour le niveau de diplôme, nous avons pris en compte trois modalités « Inférieur au bac », « bac » et « supérieur au bac ». Etant donné que certaines personnes sont en cours d'études, nous n'avons pas pris en compte les moins de 20 ans dans les analyses faisant intervenir le diplôme.

Le revenu par unité de consommation comprend les personnes ayant un revenu « inférieur au revenu par unité de consommation médian » et celles ayant un revenu « supérieur au revenu par unité de consommation médian ». Pour les unités de consommation, on attribue une unité de consommation (UC) au premier adulte du ménage, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans (définition de l'Insee).

Pour la situation professionnelle, nous avons distingué 3 modalités : les personnes en emploi, les étudiants (regroupant étudiants et apprentis) et les autres personnes sans activité professionnelle et n'étant pas en études, regroupées sous la dénomination « autre » (personnes se déclarant au chômage, retraitées, femmes au foyer ou dans une autre situation).

Le Baromètre santé distingue les personnes nées en France métropolitaine, celles nées dans les DOM/TOM et celles nées dans un autre pays (Etranger). Nous avons regroupé les modalités « France métropolitaine » et « DOM/TOM » dans notre analyse car cette dernière modalité disposait d'un nombre trop faible d'observations.

La variable « nombre d'enfants » distingue les femmes n'en ayant pas de celles en ayant un ou plus. Les médecins semblent plus enclins à prescrire un DIU aux femmes ayant déjà un enfant (Moreau et al., 2014b). Etant donné qu'il s'agit de la méthode contraceptive la plus efficace après l'implant et la stérilisation on peut faire l'hypothèse que les femmes ayant déjà au moins un enfant ont moins de risque de faire face à une grossesse non prévue.

3.2.2 Caractéristiques en termes de santé et de recours aux soins

Les variables retenues sont l'indice de masse corporelle (IMC), le fait de déclarer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, le fait de disposer ou non d'une complémentaire santé et la période à laquelle remonte la dernière consultation pour motif gynécologique / de contraception.

L'IMC permet de définir le statut pondéral. Il est le rapport du poids en kilo divisé par la taille en mètre au carré. On définit comme étant en surpoids une personne dont l'IMC est supérieur à 25 et est définie comme en situation d'obésité une personne ayant un IMC supérieur à 30. Ainsi dans notre analyse, une distinction a été faite entre les personnes ayant un IMC normal de celles en situation de surpoids ou d'obésité étant donné que ces dernières semblent davantage concernées par les grossesses non prévues (Bajos et al., 2010 ; McKeating et al., 2015).

Par ailleurs, nous avons pris trois variables afin de nous intéresser aux potentielles difficultés d'accès à la contraception que peuvent rencontrer certaines femmes : la date à laquelle remonte la dernière consultation pour des raisons de gynécologie ou de contraception, qui distingue les femmes ayant eu leur dernière consultation il y a plus ou moins d'un an ; le fait de déclarer ou non avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois pour raison financière ; et enfin, nous nous sommes intéressés au fait que la personne dispose ou non d'une couverture maladie complémentaire. Bien que les deux premières variables s'intéressent à une temporalité différente de l'indicateur de grossesse non prévue (un an contre cinq pour l'indicateur de grossesse non prévue), la date à laquelle remonte la dernière consultation pour des raisons de gynécologie ou de contraception et le renoncement aux soins restent des indicateurs de régularité de recours aux soins.

3.2.3 Caractéristiques en termes de comportements sexuels

Ces caractéristiques comprennent le fait d'avoir déjà été forcé à avoir des rapports sexuels, le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la vie, le nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie et l'âge au premier rapport sexuel.

Etant donné que des rapports forcés peuvent compromettre l'usage de méthodes contraceptives, nous avons étudié les femmes déclarant avoir déjà été forcées à avoir des rapports sexuels (Bajos et al., 2002 ; Beltzer et al., 2013)

Des études ont montré qu'avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels était associé à une probabilité accrue de ne pas utiliser de façon systématique une méthode contraceptive (Glei, 1999 ; Frost et al., 2008). Nous avons donc utilisé une variable prenant en compte le nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie. Etant donné que dans notre échantillon, le nombre médian de partenaires sexuels masculins au cours de la vie est de trois, nous avons distingué les femmes ayant eu moins de trois ou trois partenaires sexuels masculins de celles en ayant eus plus de trois.

Nous nous intéressons aux femmes déclarant avoir eu des rapports bisexuels car la littérature montre qu'elles ont plus de partenaires sexuels que les femmes hétérosexuelles (Bajos et al., 2008). Il se pourrait donc que ces femmes soient davantage concernées par des grossesses non prévues.

L'âge au premier rapport sexuel a donné lieu à un découpage en deux modalités. Les personnes ayant eu leur premier rapport avant 17 ans et celles l'ayant eu à 17 ans et plus. Ce découpage tient au fait que l'âge médian au premier rapport sexuel est autour de 17 ans pour les 18-24 ans en France. Des études réalisées en Grande Bretagne ont trouvé qu'avoir son premier rapport sexuel avant 16 ans (âge médian au premier rapport sexuel en Grande Bretagne) était significativement associé à une grossesse non prévue et au fait d'avoir eu une grossesse avant 18 ans (Wellings et al., 2001 ; 2013).

3.2.4 Pratiques, connaissances et perceptions vis-à-vis des différentes méthodes pour éviter une grossesse

Pour les femmes ayant connu une grossesse non prévue, nous nous sommes intéressés à leurs pratiques contraceptives le mois précédant cette grossesse. Ces dernières ont été distinguées en 5 modalités :

- La pilule, utilisée conjointement ou non avec le préservatif ;
- Les autres méthodes médicales comprenant le DIU, l'implant, le patch contraceptif, l'anneau vaginal et les injections hormonales ;
- Le préservatif seul ;
- Les « autres méthodes », où sont regroupés : le diaphragme, les crèmes spermicides, le retrait, les méthodes visant à éviter les rapports les jours à risque de grossesse (Ogino, températures, glaire, Billings, etc.), l'abstinence et les autres méthodes ;
- Le fait de ne pas utiliser de méthode contraceptive.

Les connaissances et opinions vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives peuvent influencer leur recours et avoir une incidence ou non sur la survenue de grossesses non prévues et réciproquement. L'opinion relative à l'efficacité des méthodes contraceptives¹ était initialement composée de 5 modalités : « Tout à fait efficace », « Plutôt », « Plutôt pas », « Pas du tout » et « Vous ne connaissez pas cette méthode ». Nous avons regroupé les deux premières modalités sous l'intitulé « Efficace » et les deux suivantes sous l'intitulé « Pas Efficace ». Pour les opinions sur les risques que pourraient représenter les différentes méthodes contraceptives pour la santé, nous avons regroupé ces 5 modalités de la même façon à partir de la question « Pour chacune des méthodes suivantes, pouvez-vous me dire si vous les trouvez tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout risquées pour la santé ? ». Les personnes déclarant « Vous ne connaissez pas cette méthode » n'ont pas été prises en compte dans notre analyse. Les connaissances des femmes vis-à-vis de la contraception d'urgence ont été évaluées à partir de deux questions. « Au sujet de la contraception d'urgence ou pilule du lendemain, à votre avis, elle peut s'acheter en

¹ Pilule, Dispositif Intra Utérin, Préservatif, retrait, contraception d'urgence.

pharmacie sans ordonnance » et « A votre avis, combien de temps AU MAXIMUM après un rapport non protégé faut-il prendre la contraception d'urgence ? ». Pour distinguer les femmes surestimant ou sous-estimant sa période maximale d'efficacité de celles sachant qu'elle est comprise entre 3 jours (pour les comprimés au lévonorgestrel) et 5 jours (pour les comprimés à l'ulipristal acétate) nous avons dissocié les personnes pensant que son efficacité est inférieure à 72 heures (trois jours) ou supérieure à 120 heures (5 jours) de celles pensant qu'elle est comprise entre 72 et 120 heures (3 à 5 jours).

3.3 Méthodes

Afin d'être représentatives de la population d'Île-de-France, les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage puis redressées par les variables suivantes : le sexe croisé par l'âge en tranche décennales, la taille d'agglomération, la région UDA de résidence (union des annonceurs, découpage du territoire métropolitain en 9 grandes zones), le niveau de diplôme, le nombre de personnes dans le foyer (un seul vs plusieurs) ainsi que le département de résidence pour le redressement régional. Ce redressement a été effectué par Santé publique France d'après les données de l'enquête emploi de 2014.

Des analyses multivariées ont été réalisées pour estimer les facteurs de risque des grossesses non prévues en Île-de-France. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps réalisé un modèle avec comme variable expliquée l'indicateur de grossesse non prévue et comme variables explicatives l'ensemble des variables socio-comportementales analysées en bivarié dans le tableau 1. Nous avons ensuite choisi les variables à garder dans notre modèle à partir du critère d'information d'Akaike (AIC).

Pour les opinions et les connaissances vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives ainsi que pour les analyses vis-à-vis de la contraception d'urgence, les résultats ont uniquement été analysés en bivarié. Ce choix tient au fait que l'opinion vis-à-vis de l'efficacité des différentes méthodes contraceptives pourrait en partie être liée à la méthode contraceptive utilisée le mois précédant une grossesse non prévue. Le lien entre utilisation de la contraception d'urgence et déclaration de grossesse non prévue, quant à lui, laisse place à un certain nombre d'interprétations possibles qu'il nous semble préférable de discuter en bivarié.

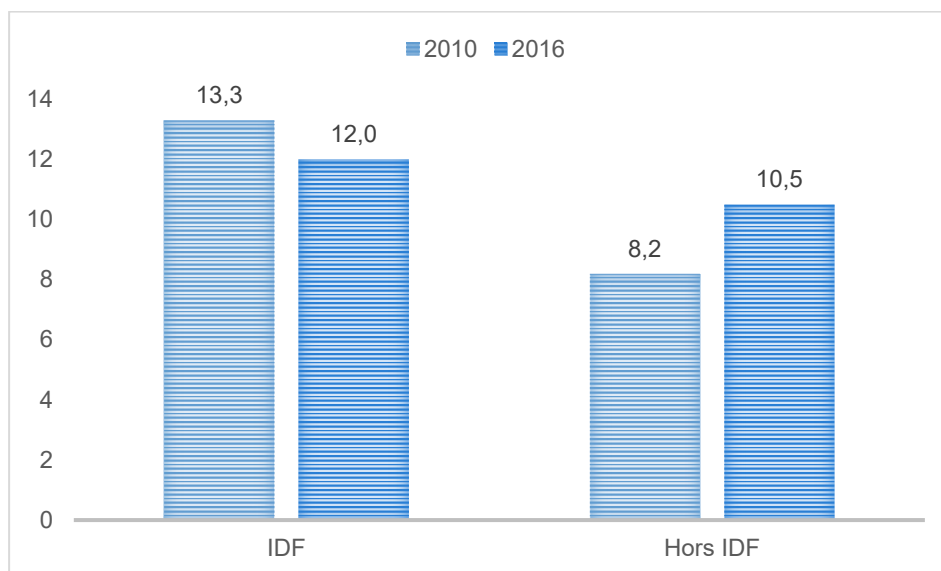
Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel Stata® version SE 12. Les analyses bivariées ont été testées au moyen du test de Chi² de Pearson. Les effectifs présentés sont bruts et les pourcentages tiennent compte de la pondération à partir de la commande svy.

4 | RESULTATS

En 2016, 12,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels déclarent au moins une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années (Figure 3). Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée hors Île-de-France ($p = 0,2631$). Le taux de grossesses non prévues est stable en Île-de-France entre 2010 et 2016, tandis qu'il a significativement augmenté hors Île-de-France (10,5 % des femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels en 2016 contre 8,2 % en 2010, $p = 0,01$).

Si l'on s'intéresse à l'issue de ces grossesses, on constate que près de la moitié se sont terminées par une IVG (49,5 %), tandis que plus d'un tiers (36,3 %) ont abouti à une naissance.

Figure 3. Pourcentage de grossesses non prévues au cours des 5 dernières années déclarées en 2010 et 2016 selon le lieu de résidence chez les femmes de 15-49 ans



Lecture : En 2016, 12,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports hétérosexuels, ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans.

Champ : 2 630 Femmes en 2010 et 4 618 en 2016 (481 Franciliennes en 2010 et 1 461 Franciliennes en 2016) de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels.

Sources : Baromètres santé 2010 et 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

4.1 Les facteurs associés à une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années

Par rapport à leurs aînées, les femmes les plus jeunes sont davantage concernées par les grossesses non prévues (Tableau 1). Ainsi, 16,1 % des Franciliennes de 15 à 29 ans ont déclaré une grossesse non prévue contre 9,8 % parmi les 30-49 ans ($p = 0,0095$). La déclaration de grossesse non prévue dépend également de la situation socio-économique. Ces déclarations sont plus fréquentes parmi les femmes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac (17,4 % contre 13,7 % pour celles ayant le bac et 8,2 % pour celles ayant un niveau de diplôme supérieur au bac, $p = 0,0049$), celles ayant un revenu par unité de consommation inférieur au revenu médian (14,9 % contre 8,9 % pour celles ayant un revenu par unité de consommation supérieur au revenu médian, $p = 0,0099$) et celles sans emploi ou inactives hors étudiantes (22,1 % contre 9,4 % pour celles en emploi, $p = 0,0003$). Dans ce dernier cas, nous pouvons nous interroger sur le lien entre activité professionnelle et

La déclaration de grossesse non prévue est associée à l'âge des femmes et à leur situation socio-économique

déclaration de grossesse non prévue. En effet, la survenue d'une grossesse non prévue peut influencer l'activité professionnelle des femmes.

En Île-de-France, la probabilité de déclarer une grossesse non prévue est plus importante parmi les 20-29 ans que les 30-49 ans (Tableau 2, ORa = 3,2, p = 0,000).

Si l'on s'intéresse uniquement aux étudiantes, on remarque que celles résidant en Île-de-France sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue (12,8 % des étudiantes franciliennes ont déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années contre 5,6 % hors Île-de-France, p = 0,0146).

En Île-de-France, ajusté sur certaines variables avoir un enfant ou plus est associé à une probabilité accrue de déclarer une GNP

Bien que les analyses bivariées réalisées en Île-de-France n'indiquent pas de lien entre le fait d'avoir des enfants et le fait de déclarer avoir eu une grossesse non prévue (p = 0,1613), les analyses multivariées nous montrent que la probabilité de déclarer une grossesse non prévue est plus importante chez les Franciliennes ayant des enfants (ORa = 3,3, p = 0,000). Dans les autres régions, on constate également ce lien entre nombre d'enfants et déclaration de grossesse non prévue. Ainsi les femmes ayant au moins un enfant sont 12,2 % à déclarer avoir eu une grossesse non prévue contre 6,9 % pour celles n'en ayant pas (p = 0,0006).

Il n'y a pas de différence dans la proportion de grossesses non prévues selon que les femmes soient nées en France ou à l'étranger (p = 0,2773).

Les femmes en situation de surpoids ou d'obésité ne sont pas plus nombreuses que celles ayant un IMC normal à déclarer une grossesse non prévue (p = 0,6079).

On constate un lien entre recours aux soins et déclaration de grossesse non prévue. Ainsi, aussi bien en Île-de-France que dans les autres régions, la proportion de grossesses non prévues est plus importante parmi les femmes ne disposant pas de couverture maladie complémentaire (26,1 % contre 10,7 % pour celles ayant une couverture maladie complémentaire en Île-de-France, p = 0,0001). Cette association entre couverture maladie complémentaire et déclaration de grossesse non prévue est également confirmée par les analyses multivariées réalisées en Île-de-France (ORa = 2,5, p = 0,007).

En Île-de-France, le taux de grossesses non prévues est associé à des indicateurs de comportements de recours aux soins

Le taux de grossesses non prévues est plus important parmi les Franciliennes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (18,6 % contre 9,6 % pour celles n'ayant pas renoncé à des soins pour raison financière, p = 0,0005). Ce lien entre renoncement aux soins et déclaration de grossesse non prévue reste statistiquement significatif au sein des analyses multivariées réalisées en Île-de-France (ORa = 1,7, p = 0,025). Hors Île-de-France, toutefois on ne constate pas de lien entre renoncement aux soins et déclaration de grossesse non prévue. Enfin, il n'y a pas de différence dans la proportion de grossesses non prévues selon la date à laquelle remonte la dernière consultation pour des raisons de gynécologie ou de contraception, que cela soit en Île-de-France comme dans les autres régions.

Le taux de grossesses non prévues déclaré est plus important chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels avec des femmes, ayant eu plus de trois partenaires sexuels masculins au cours de leur vie et ayant eu leur premier rapport sexuel avant 17 ans

Que cela soit en Île-de-France ou dans les autres régions, le taux de grossesses non prévues est plus important parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels avec plus de trois hommes au cours de leur vie (14,8 % contre 8,7 % pour les femmes ayant eu trois ou moins de trois partenaires sexuels masculins au cours de leur vie en Île-de-France, p = 0,0049). On constate également que les Franciliennes ayant eu plus de trois partenaires sexuels masculins au cours de leur vie ont une plus grande probabilité de déclarer une grossesse non prévue (ORa = 1,6, p = 0,041).

Les Franciliennes ayant déjà eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de leur vie sont plus nombreuses que les autres à déclarer avoir eu une grossesse non prévue (30,9 % contre 10,6 % pour les Franciliennes n'ayant eu des rapports sexuels qu'avec des hommes, p = 0,0001), ce qui n'est pas le cas hors Île-de-France (p = 0,2393). Cette association est d'ailleurs confirmée par l'analyse multivariée (ORa = 4,3, p = 0,001), et cela en contrôlant sur le nombre de partenaires masculins au cours de la vie.

En Île-de-France, comme dans les autres régions, la fréquence des grossesses non prévues est plus importante parmi les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 17 ans (16,2 % contre 10,0 % pour celles ayant eu leur rapport à 17 ans ou plus tard, $p = 0,0132$).

Uniquement hors Île-de-France, les femmes ayant déjà été forcées à avoir un rapport sexuel sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue (15,0 % contre 10,0 % pour celles n'ayant pas été forcées à avoir un rapport sexuel, $p = 0,0342$). Toutefois l'absence de lien entre rapport sexuel forcé et déclaration de grossesse non prévue en Île-de-France pourrait être due à un manque d'effectif.

Tableau 1. Grossesses non prévues déclarées au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15-49 ans et caractéristiques socio-démographiques, indicateurs en termes de santé, de recours aux soins et de comportements sexuels

	Île-de-France			Hors Île-de-France			P-value IDF/HIDF
	N	GNP (en %)	IC	N	GNP (en %)	IC	
Age							
15-29 ans	472	16,1	[12,1;21,1]	894	15,5	[12,6;18,8]	p = 0,8289
30-49 ans	989	9,8	[7,6;12,5]	2 263	7,9	[6,6;9,5]	p = 0,1849
p		p = 0,0095			p = 0,0000		
Diplôme¹							
≤ Bac	201	17,4	[11,6;25,2]	725	14,1	[11,2;17,5]	p = 0,3638
Bac	268	13,7	[6,9;19,2]	734	10,0	[7,6;12,9]	p = 0,1505
> Bac	913	8,2	[6,5;10,4]	1 560	8,2	[6,7;10,0]	p = 0,9994
p		p = 0,0049			p = 0,0013		
Revenu par unité de consommation							
< médian	544	14,9	[11,5;19,1]	1 640	13,2	[11,2;15,6]	p = 0,4465
> médian	851	8,9	[6,5;12,0]	1 437	6,7	[5,3;8,5]	p = 0,1616
p		p = 0,0099			p = 0,0000		
Situation professionnelle							
En emploi	1 065	9,4	[7,2;12,2]	2 299	9,3	[7,8;10,9]	p = 0,9388
Etudiant	207	12,8	[8,1;19,8]	329	5,6	[3,3;9,3]	p = 0,0146
Autre	189	22,1	[15,7;30,1]	529	16,5	[12,8;21,2]	p = 0,1739
p		p = 0,0003			p = 0,0000		
Pays de naissance							
France	1 178	11,3	[9,0;14,2]	2 952	10,5	[9,0;12,1]	p = 0,5651
Etranger	282	14,2	[10,1;19,6]	205	10,6	[6,6;16,6]	p = 0,3167
p		p = 0,2773			p = 0,9215		
Nombre d'enfants							
Aucun	653	10,0	[7,2;13,8]	993	6,9	[5,2;9,2]	p = 0,0940
Un ou plus	808	13,3	[10,5;16,8]	2 164	12,2	[10,4;14,2]	p = 0,5240
p		p = 0,1613			p = 0,0006		
IMC							
Normal	1 054	11,5	[9,2;14,4]	2 196	9,4	[7,9;11,2]	p = 0,1547
Surpoids-obésité	398	12,9	[8,9;18,3]	947	12,6	[9,9;15,8]	p = 0,9045
p		p = 0,6079			p = 0,0522		
A renoncé à des soins pour raison financière							
Oui	346	18,6	[14,1;24,1]	603	13,2	[10,1;17,0]	p = 0,0695
Non	1 114	9,6	[7,4;12,4]	2 554	9,7	[8,2;11,4]	p = 0,9383
p		p = 0,0005			p = 0,0552		
A une couverture maladie complémentaire							
Oui	1 347	10,7	[8,6;13,2]	3 018	9,8	[8,5;11,4]	p = 0,5433
Non	108	26,1	[17,4;37,3]	130	19,4	[12,3;29,3]	p = 0,3418
p		p = 0,0001			p = 0,0051		

Lecture : 26,1 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels et n'ayant pas de complémentaire santé ont déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée hors Île-de-France (p = 0,3148).

Champ : Les 3 premières colonnes portent sur 1 461 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels en IDF et les 3 colonnes suivantes portent sur 3 157 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels hors IDF.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

¹ Les moins de vingt ans sont exclues de cette analyse (cf. méthode).

Tableau 1 (suite)

	Île-de-France			Hors Île-de-France			P-value IDF/HIDF
	N	GNP (en %)	IC	N	GNP (en %)	IC	
Dernière consultation gynécologie / contraception							
Moins d'un an	976	13,2	[10,7;16,2]	2 082	11,2	[9,5;13,1]	p = 0,2292
Plus d'un an ou jamais	483	9,4	[6,2;14,2]	1 075	9,1	[7,0;11,9]	p = 0,8914
p		p = 0,1537			p = 0,1890		
A déjà été forcée à avoir des rapports sexuels							
Oui	161	15,8	[9,5;25,2]	322	15,0	[10,5;21,1]	p = 0,2830
Non	1 298	11,4	[9,3;13,9]	2 830	10,0	[8,5;11,5]	p = 0,8687
p		p = 0,2322			p = 0,0342		
A eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la vie							
Oui	101	30,9	[18,6;46,6]	197	13,7	[8,4;21,5]	p = 0,0160
Non	1 340	10,6	[8,7;12,8]	2 938	10,1	[8,8;11,7]	p = 0,7314
p		p = 0,0001			p = 0,2393		
Nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie							
Trois ou moins	603	8,7	[6,5;11,6]	1 442	8,4	[6,6;10,6]	p = 0,8409
Plus de trois	833	14,8	[11,6;18,7]	1 691	12,3	[10,4;14,6]	p = 0,2193
P		p = 0,0049			p = 0,0086		
Premier rapport sexuel avant 17 ans							
Oui	426	16,2	[12,0;21,5]	1 037	12,9	[10,4;15,9]	p = 0,2202
Non	1 030	10,0	[7,8;12,7]	2 110	9,1	[7,6;10,9]	p = 0,5658
P		p = 0,0132			p = 0,0157		

Lecture : 16,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels et ayant eu plus de six partenaires sexuels au cours de leur vie ont déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée hors Île-de-France (p = 0,8475).

Champ : Les 3 premières colonnes portent sur 1 461 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels en IDF et les 3 colonnes suivantes portent sur 3 157 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels hors IDF.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France

Tableau 2. Facteurs associés au fait de déclarer une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années chez les Franciliennes de 20-49 ans (OR ajustés)

	ORa ¹	IC	p-value
Age			
20-29 ans	3,2	[1,8;5,7]	0,000
30-49 ans	Ref.		
Diplôme			
Inférieur au bac	Ref.		
Bac	1,1	[0,5;2,1]	0,873
Supérieur au bac	0,7	[0,3;1,5]	0,365
Revenu par unité de consommation			
< Médian	1,2	[0,7;2,1]	0,514
> Médian	Ref.		
Nombre d'enfants			
Aucun	Ref.		
Un ou plus	3,3	[1,7;6,3]	0,000
IMC			
Normal	Ref.		
Surpoids-obésité	0,9	[0,6;1,6]	0,817
A renoncé à des soins pour raison financière			
Oui	1,7	[1,1 ;2,8]	0,025
Non	Ref.		
A une couverture maladie complémentaire			
Oui	Ref.		
Non	2,5	[1,3;5,0]	0,007
A eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la vie			
Oui	4,3	[1,9;9,8]	0,001
Non	Ref.		
Nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie			
Trois ou moins	Ref.		
Plus de trois	1,6	[1,0;2,6]	0,041

Lecture : Chez les Franciliennes de 20 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels, le fait d'avoir entre 20 et 29 ans plutôt que 30 à 49 ans est associé à une probabilité accrue de déclarer une grossesse non prévue (ORa = 2,9, p = 0,000).

Champ : 1 461 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels en IDF.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

¹ D'après le critère d'information d'Akaike, le meilleur modèle multivarié prend en compte l'âge, le diplôme, le revenu par unité de consommation, le nombre d'enfants, l'IMC, le fait d'avoir renoncé à des soins pour raison financière au cours des 12 derniers mois, le fait de disposer d'une couverture maladie complémentaire, d'avoir déjà eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la vie et le nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie.

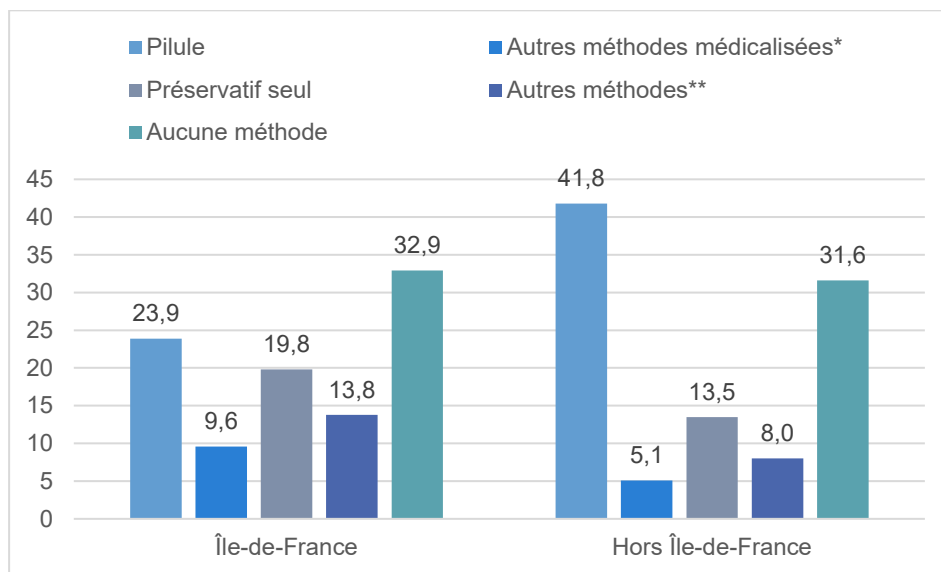
4.2 Pratiques, connaissances et perceptions des différentes méthodes pour éviter une grossesse

4.2.1 Pratiques contraceptives

La majorité des Franciliennes ayant connu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans déclarent avoir utilisé une méthode de contraception le mois précédant cette grossesse, tandis qu'un tiers n'en utilisait pas (Figure 4). Les Franciliennes étaient moins nombreuses que les femmes des autres régions à utiliser la pilule (23,9 % contre 41,8 % dans les autres régions, $p = 0,0096$) et utilisaient davantage les autres méthodes médicalisées de contraception, le préservatif seul et les autres méthodes de contraception.

Parmi les Franciliennes ayant déclaré avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années, les deux tiers (67,1 %) utilisaient une méthode contraceptive le mois précédant cette grossesse

Figure 4. Méthode contraceptive utilisée le mois précédant la grossesse non prévue (en % des femmes de 15-49 ans ayant connu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans)



Lecture : 32,9 % des Franciliennes ayant déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années n'utilisaient pas de méthode contraceptive le mois précédant cette grossesse.

Champ : 350 Femmes (129 en IDF) de 15 à 49 ans ayant eu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans et ayant déjà utilisé une méthode pour éviter une grossesse au cours de leur vie.

Note. Suite à de faibles effectifs (1 observation en Île-de-France et 2 hors Île-de-France), nous avons regroupé les personnes utilisant conjointement la pilule et le préservatif au sein de la modalité « pilule ».

Dans le cas où deux méthodes étaient utilisées nous avons pris en compte celle disposant de l'efficacité pratique la plus importante.

* Autre méthode médicalisée : DIU, implant, patch contraceptif, anneau vaginal, injection hormonale.

**Autres méthodes : diaphragme, crèmes spermicides, retrait, éviter les rapports les jours à risque de grossesse, abstinence, autres méthodes.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

4.2.2 Connaissances et perceptions vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives

Les femmes ayant une perception négative de la pilule (risque pour la santé, efficacité), du DIU et dans une moindre mesure du préservatif sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue

La fréquence des grossesses non prévues est plus importante parmi les femmes déclarant que la pilule n'est pas une méthode de contraception efficace (Tableau 3). Ainsi, en Île-de-France, 28,9 % des femmes considérant que la pilule n'est pas efficace ont connu une grossesse non prévue alors qu'elles ne sont que 9,8 % parmi les femmes considérant que la pilule est efficace ($p=0,0000$). On peut toutefois s'interroger sur le sens de cette association et penser que la défiance envers l'efficacité de la pilule est la conséquence et non la cause d'une grossesse non prévue. En effet, on remarque que parmi les femmes ayant utilisé la pilule contraceptive le mois précédant leur grossesse non prévue, 64,0 % ne trouvent pas cette méthode efficace, alors que cette proportion est de 36,0 % pour celles ayant utilisé une autre méthode ($p = 0,0000$).

Du côté de l'opinion vis-à-vis de l'efficacité du préservatif, on peut également penser que le taux de grossesses non prévues, relativement important chez les Franciliennes considérant que cette méthode n'est pas efficace, fait suite à des échecs contraceptifs relatifs à l'utilisation de cette méthode (18,2 % des Franciliennes ne considérant pas le préservatif efficace ont connu une grossesse non prévue, contre 11,2 % parmi celles considérant qu'il s'agit d'une méthode efficace pour éviter une grossesse, $p = 0,0244$).

On constate toutefois une défiance vis-à-vis de l'efficacité du DIU alors que l'efficacité théorique et pratique de cette méthode est relativement importante. Ainsi, aussi bien en Île-de-France que dans les autres régions, les femmes considérant que le DIU n'est pas une méthode de contraception efficace sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue (19,1 % contre 10,9 % pour les Franciliennes déclarant que le DIU est une méthode de contraception efficace, $p = 0,0448$).

Les Franciliennes considérant que la pilule est risquée pour la santé ne sont pas plus nombreuses que les autres à déclarer une grossesse non prévue ($p = 0,2076$). En revanche, cela est le cas hors Île-de-France où 12,0 % des femmes considérant la pilule risquée pour la santé ont connu une grossesse non prévue contre 8,4 % pour celles considérant que cette méthode n'est pas risquée ($p = 0,0178$).

Inversement, en Île-de-France, les femmes considérant le DIU risqué pour la santé sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue (16,0 % contre 10,1 % pour celles considérant qu'il n'est pas dangereux pour la santé, $p = 0,0236$) alors qu'hors Île-de-France, la proportion de grossesses non prévues ne diffère pas selon l'opinion des femmes vis-à-vis de cette méthode.

Enfin, on ne trouve pas de différence statistiquement significative dans la proportion de grossesses non prévues selon l'opinion des femmes vis-à-vis de l'implant, de l'anneau vaginal, du retrait et de la contraception d'urgence.

Tableau 3. Grossesses non prévues au cours des 5 dernières années chez les femmes de 15-49 ans selon leur opinion sur l'efficacité et les risques pour la santé des différentes méthodes contraceptives (%)

	Île-de-France			Hors Île de France			p-value IDF/HIDF
	N	GNP (en %)	IC	N	GNP (en %)	IC	
Pilule							
Efficace	1 312	9,8	[7,7;12,3]	2 860	8,3	[7,0;9,7]	p = 0,2497
Pas efficace	129	28,9	[20,7;38,8]	283	26,7	[20,5;33,9]	p = 0,6989
p		p = 0,0000			p = 0,0000		
Risquée	807	13,3	[10,5;16,6]	1 804	12,0	[10,2;14,2]	p = 0,4974
Pas risquée	634	10,2	[7,1;14,3]	1 337	8,4	[6,5;10,8]	p = 0,3848
p		p = 0,2076			p = 0,0178		
DIU							
Efficace	1 187	10,9	[8,8;13,5]	2 674	9,7	[8,3;11,3]	p = 0,3624
Pas efficace	132	19,1	[11,4;30,1]	293	15,9	[10,7;22,9]	p = 0,5600
p		p = 0,0448			p = 0,0201		
Risqué	313	16,0	[11,8;21,5]	626	11,2	[8,3;15,1]	p = 0,0998
Pas risqué	1 000	10,1	[7,8;13,1]	2334	9,9	[8,4;11,6]	p = 0,8841
p		p = 0,0236			p = 0,4668		
Implant							
Risqué	493	15,1	[11,0;20,4]	1 003	12,5	[10,1;15,5]	p = 0,3253
Pas risqué	527	11,2	[8,3;15,0]	1 301	10,2	[8,1;12,8]	p = 0,6269
p		p = 0,1695			p = 0,2068		
Préservatif							
Efficace	1 275	11,2	[8,9;13,8]	2 754	9,9	[8,5;11,5]	p = 0,3845
Pas efficace	174	18,2	[12,5;25,6]	381	14,0	[9,9;19,3]	p = 0,2919
p		p = 0,0244			p = 0,0727		
Anneau Vaginal							
Risqué	163	12,6	[6,3;23,6]	262	13,0	[8,2;19,8]	p = 0,9444
Pas risqué	590	10,5	[7,6;14,4]	1 418	9,3	[7,5;11,6]	p = 0,5333
p		p = 0,6382			p = 0,1921		
Retrait							
Efficace	266	15,4	[9,7;23,7]	662	8,4	[6,1;11,5]	p = 0,0316
Pas efficace	1 158	11,1	[9,0;13,6]	2 417	11,2	[9,6;13,1]	p = 0,9478
p		p = 0,2041			p = 0,1025		
Contraception d'urgence							
Efficace	1 028	12,9	[10,2;16,1]	2 244	10,5	[8,9;12,3]	p = 0,1532
Pas efficace	293	11,5	[7,8;16,5]	643	12,1	[9,0;16,1]	p = 0,8308
p		p = 0,6043			p = 0,4137		
Risquée	758	11,4	[8,7;14,8]	1 510	10,9	[9,0;13,2]	p = 0,8009
Pas risquée	571	13,7	[10,1;18,2]	1 365	11,1	[9,0;13,6]	p = 0,2459
p		p = 0,3589			p = 0,9213		

Lecture : 16,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels et considérant que le DIU est risqué pour la santé ont déclaré une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée hors Île-de-France (p = 0,0998)

Champ : Les 3 premières colonnes portent sur 1 461 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels en IDF et les 3 colonnes suivantes portent sur 3 157 femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels hors IDF.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

4.2.3 Recours à la contraception d'urgence

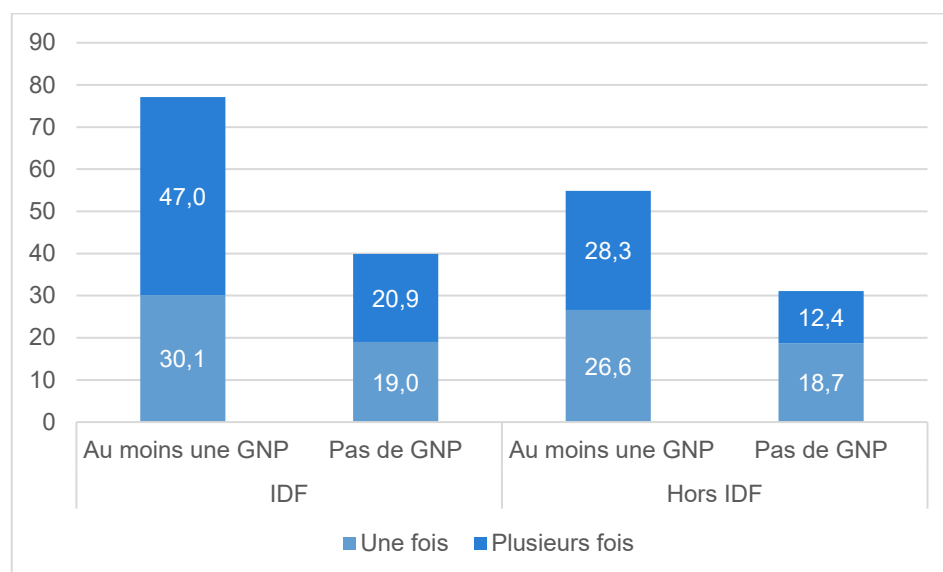
La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé (échec ou usage défectueux d'une méthode contraceptive comme l'oubli de pilule ou la déchirure d'un préservatif). Elle est disponible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999¹ et peut être prise jusqu'à 72 heures voire 120 heures à la suite d'un rapport sexuel à risque selon le principe actif utilisé.² Son efficacité est toutefois maximale si elle est prise quelques heures après le rapport sexuel.

Environ trois quarts des Franciliennes ayant déclaré une grossesse non prévue ont déjà utilisé la contraception d'urgence

Les Franciliennes ayant déclaré une grossesse non prévue dans les cinq dernières années sont plus nombreuses que les autres à avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie (77,1 % contre 39,9 % pour celles n'ayant pas eu de grossesse non prévue, Figure 5). Toutefois, nous ne pouvons savoir si la prise de la contraception d'urgence précède ou non la survenue de cette grossesse. Le fait que les femmes ayant eu une grossesse non prévue déclarent plus souvent avoir utilisé la contraception d'urgence pourrait s'expliquer par une perception accrue du risque de grossesse parmi ces dernières ou par un manque d'efficacité de cette méthode pour éviter une grossesse.

Que cela concerne les femmes ayant connu une grossesse non prévue, ou non, on constate que les Franciliennes sont plus nombreuses que les femmes des autres régions à avoir utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie.

Figure 5. Pourcentage de femmes de 15-49 ans déclarant avoir eu une grossesse non prévue il y a moins de 5 ans selon le fait d'avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de sa vie



Lecture : 47,0 % des Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années ont déjà utilisé plusieurs fois la contraception d'urgence au cours de leur vie, hors Île-de-France elles sont 28,3 %.

Champ : 4 618 Femmes (1 461 en IDF) de 15 à 49 ans ayant déjà des rapports hétérosexuels.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

¹ Recommandations en santé publique, Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance, Haute autorité de santé, avril 2013.

² Contraception d'urgence : dispensation en officine, Haute autorité de santé, juillet 2015.

Parmi les Franciliennes ayant déclaré une grossesse non prévue, 85,7 % savent que la contraception d'urgence peut s'acheter en pharmacie sans ordonnance. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle des femmes n'ayant pas connu de grossesse non prévue ($p = 0,2303$, Tableau 4). Les Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue ne semblent donc pas être moins bien informées sur les conditions d'accès à la contraception d'urgence, bien que ces connaissances aient pu évoluer entre le moment où est survenue la grossesse non prévue et celui de l'enquête. Dans les autres régions, toutefois les femmes ayant connu une grossesse non prévue semblent mieux informées que les autres sur ses conditions d'accès. Ainsi hors Île-de-France, les femmes ayant connu une grossesse non prévue sont 86,6 % à savoir que la contraception d'urgence peut s'acheter en pharmacie sans ordonnance contre 76,8 % pour celles n'ayant pas connu de grossesse non prévue ($p = 0,0069$).

Les Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue ne semblent pas moins bien informées sur les conditions d'accès à la contraception d'urgence

Les femmes ayant eu une grossesse non prévue sont plus nombreuses à connaître la période maximale d'efficacité de la contraception d'urgence (37,9 % contre 20,3 % pour celles n'ayant pas eu de grossesse non prévue, $p = 0,0002$). Si l'on considère uniquement les femmes n'ayant pas eu de grossesse non prévue, on remarque que les Franciliennes sont plus nombreuses que les femmes des autres régions à connaître la période maximale d'efficacité de cette méthode, bien que cette proportion reste faible (20,3 % des Franciliennes n'ayant pas eu de grossesse non prévue au cours des cinq dernières années savent que la période maximale d'efficacité de la contraception d'urgence est comprise entre 3 et 5 jours contre 15,8 % hors Île-de-France, $p = 0,0016$).

37,9 % des Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue connaissent la période maximale d'efficacité de la contraception d'urgence

Tableau 4. Connaissances des femmes de 15 à 49 ans ayant déjà eu un rapport hétérosexuels sur la contraception d'urgence (en %)

	Effectif IDF	IDF	IC	Hors IDF	IC	p-value
Sait que la contraception d'urgence peut s'acheter en pharmacie sans ordonnance						
Pas de GNP	1 212	79,2	[76,3;81,9]	76,8	[74,7;78,8]	0,1809
Au moins une GNP	144	85,7	[74,4;92,6]	86,6	[80,0;91,2]	0,8768
p-value	P = 0,2303		P = 0,0069			
Sait que la période maximale d'efficacité de la contraception d'urgence est entre 3 et 5 jours						
Pas de GNP	1 278	20,3	[17,7;23,1]	15,8	[14,3;17,4]	0,0036
Au moins une GNP	149	37,9	[28,3;48,5]	25,4	[19,3;32,7]	0,0407
p-value	P = 0,0002		P = 0,0016			

Lecture : 85,7% des Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue il y a moins de cinq ans savent que la contraception d'urgence peut s'acheter en pharmacie sans ordonnance.

Champ : 4 618 Femmes (1 461 en IDF) de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels.

Note : Les femmes ayant répondu « Ne sait pas » n'ont pas été prises en compte dans l'analyse.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France – Exploitation ORS Île-de-France.

5 | PRINCIPAUX RESULTATS ET DISCUSSION

5.1 Principaux résultats

En 2016, le taux de grossesses non prévues n'est pas statistiquement différent entre l'Île-de-France et les autres régions (12,0 % en Île-de-France contre 10,5 % hors Île-de-France, $p = 0,2631$).

En Île-de-France, six facteurs de risque sont associés au fait de déclarer une grossesse non prévue :

- Être âgée de 20-29 ans,
- Avoir au moins un enfant,
- Avoir renoncé à des soins pour raison financière au cours des 12 derniers mois,
- Ne pas disposer d'une couverture maladie complémentaire,
- Avoir eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de la vie,
- Avoir eu plus de trois partenaires sexuels masculins au cours de la vie.

Le mois précédant la grossesse non prévue, bien que les Franciliennes étaient aussi nombreuses que les femmes des autres régions à utiliser une méthode contraceptive, elles étaient moins nombreuses à utiliser la pilule (23,9 % des Franciliennes ont utilisé la pilule le mois précédant une grossesse non prévue contre 41,8% pour les femmes des autres régions). On constate un recours plus faible à la contraception d'urgence hors Île-de-France (77,2 % des Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années ont déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie contre 54,9 % parmi les femmes habitant hors Île-de-France).

5.2 Discussion

On estime qu'en 2016, 12,0 % des Franciliennes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports hétérosexuels ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années (proportion non statistiquement différente de celle observée dans les autres régions, $p = 0,2631$). Une étude réalisée à partir de l'enquête FECOND, s'intéressant uniquement aux déclarations des hommes, estimait ce taux à 5,0 % (Kagesten et al., 2015). Etant donné que les échantillons retenus diffèrent entre ces deux enquêtes toute comparaison nous paraît difficile. En effet, s'intéresser aux déclarations des hommes peut amener à une sous-déclaration du taux de grossesses non prévues étant donné que ces derniers ne sont pas toujours au courant de la survenue de ces grossesses.

Notre étude retrouve des facteurs de risque déjà mis en avant par la littérature (Wellings et al., 2013 ; Finer et al., 2014 ; 2016 ; Kagesten et al., 2015). Ainsi, on constate en premier lieu que la prévalence des grossesses non prévues est plus importante parmi les femmes les plus jeunes ($ORa = 3,2$, $P = 0,000$). Cela pourrait en partie s'expliquer par le manque de flexibilité du schéma contraceptif français aux âges les plus fertiles (Moreau., 2016b). Entre 15 et 25 ans les jeunes femmes utilisent en majorité la pilule et le préservatif (Rahib et al., 2017) alors que les échecs contraceptifs liés à l'usage de ces méthodes sont plus importants que ceux liés à l'usage de méthodes dites de long court telles que l'implant ou le DIU. Cette remarque n'amène pas à décrier l'importance du préservatif chez les plus jeunes, unique méthode contraceptive assurant une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), mais remet en question le modèle contraceptif actuel favorisant l'utilisation de la pilule contraceptive une fois les questions d'ordre infectieux mises de côté (Beltzer et al., 2011).

En Île-de-France, comme dans les autres régions, être jeune (20-29 ans) augmente la probabilité de déclarer une grossesse non prévue

Les déclarations de grossesse non prévue sont plus importantes parmi les personnes dans une situation socio-économique peu favorisée (faible niveau de diplôme, revenu par unité de consommation inférieur au revenu médian...)

Les femmes ayant un revenu par unité de consommation inférieur au revenu médian sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue. En se basant sur d'autres études nous pouvons essayer d'apporter deux explications à cela. Tout d'abord, les femmes se trouvant dans une situation économique et sociale peu favorable sont plus nombreuses à ne pas utiliser de méthode contraceptive (Bajos et al., 2014b ; Gautier et al., 2013). Ces femmes peuvent rencontrer des difficultés pour s'inscrire dans une démarche préventive dans la mesure où les préoccupations d'ordre économique peuvent relayer au second plan les questions de contraception. Ensuite, quand une méthode contraceptive est utilisée, on constate que les femmes se trouvant dans les situations économiques et sociales les moins avantageées sont moins nombreuses à se tourner vers les gynécologues et consultent davantage des médecins généralistes (Bajos et al., 2012b). Or, ces derniers apparaissent moins bien formés sur les questions de contraception (Bertin-Steunou et al., 2010 ; Moreau et al., 2014b). Ce recours inégal à un spécialiste peut alors représenter pour certaines femmes une barrière dans l'accès à un panel plus varié de méthodes contraceptives.

Par ailleurs, d'autres facteurs étroitement liés au revenu augmentent la probabilité de déclarer une grossesse non prévue. Cela est le cas du renoncement aux soins et du fait de disposer ou non d'une couverture complémentaire. Les Franciliennes déclarant avoir renoncé à des soins pour motif financier au cours des douze derniers mois ont une plus grande probabilité de déclarer une grossesse non prévue (ORa = 1,7, p= 0,025). L'absence de couverture complémentaire, quant à elle, peut constituer un frein à l'accès aux soins et à certaines méthodes de contraception. Cela permettrait d'expliquer que les déclarations de grossesses non prévues soient plus importantes parmi les femmes ne disposant pas de couverture maladie complémentaire (en Île-de-France, 10,7 % des femmes ayant une couverture complémentaire ont déclaré une grossesse non prévue contre 26,1 % pour celles n'en ayant pas). La prescription d'une méthode médicalisée de contraception nécessite une consultation chez un professionnel de santé et avancer les frais de consultations gynécologiques peut être d'autant plus complexe que des méthodes telles que le DIU ou l'implant nécessitent deux consultations médicales (une pour la prescription et la seconde pour la pose). De plus, même en disposant d'une couverture complémentaire, certaines méthodes comme le patch et l'anneau vaginal ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

On ne trouve pas de lien entre le pays de naissance des femmes et le fait de déclarer une grossesse non prévue

On ne trouve pas de lien entre le pays de naissance des femmes et le fait de déclarer une grossesse non prévue. Des études soulignent que les femmes venant de pays où le nombre d'enfants est traditionnellement élevé pourraient être particulièrement concernées par les grossesses non prévues. Un rapport de Médecins du monde montre ainsi que les femmes Roms n'osent pas faire les démarches pour demander une méthode contraceptive, malgré une demande d'IVG importante de leur part (Médecin du monde, 2018)¹. On sait également que les IVG répétées sont plus importantes parmi les femmes d'origine africaine (Bajos et al., 2012a). Toutefois rien ne nous permet d'affirmer que les femmes de notre enquête, nées à l'étranger, soient issues de ces nationalités.

Les analyses multivariées montrent que les Franciliennes ayant au moins un enfant ont une probabilité accrue de déclarer une grossesse non prévue (ORa = 3,3 p = 0,000). Une analyse approfondie nous montre que cette association ressort en multivarié après ajustement sur l'âge. Ainsi, il semblerait qu'à âge égal, les femmes avec enfant aient une probabilité accrue par rapport aux autres de déclarer une grossesse non prévue. Une étude s'intéressant aux déclarations des hommes avait déjà montré que ceux dont la partenaire avait un enfant ou plus déclaraient plus souvent avoir eu une grossesse non prévue (Kagesten et al., 2015).

¹ « 43,3 % des femmes Roms ont déjà avorté à seulement vingt-deux ans d'âge moyen » Médecins du monde.

Du côté de la santé, on ne trouve pas de lien entre l'indice de masse corporel (IMC) et le fait de déclarer une grossesse non prévue. Ce résultat corrobore une étude réalisée aux Etats-Unis (Kaneshiro et al., 2008). Toutefois, d'autres études montrent au contraire que les femmes souffrant d'obésité ont une probabilité accrue de grossesse non prévue par rapport à celles ayant un IMC normal (McKeating et al., 2015), notamment chez les moins de 30 ans (Bajos et al., 2010). En France, selon Bajos et al., ces femmes sont moins nombreuses à utiliser la pilule contraceptive et se tournent davantage vers des méthodes naturelles telles que le retrait. Cela pourrait venir du manque de formation et de ressource du personnel soignant dans la prise en charge des personnes obèses (Hebl et al., 2001 ; Thuan et al., 2005). Il faut également savoir qu'indépendamment du comportement des femmes en matière de contraception, les contraceptifs oraux et le patch ont des taux d'échecs plus élevés pour les femmes souffrant d'obésité (Grime DA et al., 2005).

En Île-de-France, comme dans les autres régions, on ne constate pas de lien entre l'indice de masse corporelle et le fait de déclarer une grossesse non prévue

Une étude des comportements sexuels montre que les Franciliennes ayant eu plus de trois partenaires sexuels masculins au cours de leur vie sont plus nombreuses que les autres à déclarer une grossesse non prévue (ORa = 1,6 p = 0,041). Cela pourrait être dû au fait que les femmes ayant plus de partenaires sexuels semblent moins fréquemment utiliser une méthode contraceptive (Glei, 1999 ; Frost et al., 2008). On constate également que les femmes ayant eu des rapports sexuels avec des femmes au cours de leur vie sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue. Au vu de la littérature, on pourrait penser que cela s'explique par leur plus grand nombre de partenaires sexuels (Bajos et al., 2008). Toutefois les analyses multivariées montrent qu'en Île-de-France, le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels avec des femmes reste associé à une probabilité accrue de déclarer une grossesse non prévue (ORa = 4,3, p = 0,001), même après ajustement sur le nombre de partenaires sexuels masculins au cours de la vie. Nous pouvons tenter d'apporter deux hypothèses afin d'expliquer cela. Tout d'abord, les femmes bisexuelles ayant principalement des rapports avec des femmes pourraient ne pas anticiper leur besoin de contraception et ne pas avoir de méthode contraceptive disponible lors de la survenue de rapports hétérosexuels. De plus, il se pourrait que la stigmatisation subie par les minorités sexuelles puisse complexifier l'émergence d'un discours entre médecin et patient autour des questions de contraception (Higgins & Smith, 2016).

En Île-de-France, déclarer avoir eu des rapports bisexuels au cours de la vie est un facteur de risque de grossesse non prévue

Le mois précédant une grossesse non prévue, les deux tiers des femmes déclaraient utiliser une méthode de contraception. D'autres études réalisées en France montrent des résultats similaires (Bajos et al. 2003 ; Kagesten et al., 2015). Pour autant, ce résultat ne nous permet pas de savoir quelles étaient les méthodes contraceptives utilisées lors du rapport ayant mené à une grossesse non prévue. Une étude estimant la prévalence des grossesses non prévues à partir de l'efficacité des méthodes contraceptives utilisées montre que les femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive contribuent le plus à la prévalence des grossesses non prévues (Moreau et al., 2014c). Les auteurs de cette étude soulignent toutefois que l'absence de méthode contraceptive n'est pas l'apanage des couples se situant en dehors de toute démarche contraceptive. Comme le montre la littérature à ce sujet, l'absence de méthode témoigne en général d'oublis ou d'arrêts transitoires de méthodes (Bajos et al., 2006 ; Moreau et al., 2006 ; Pazol et al., 2012 ; Jamin et al., 2015). En comparaison avec les études menées dans les pays anglo-saxons, les femmes de notre étude semblent plus nombreuses à utiliser une méthode contraceptive le mois précédant une grossesse non prévue par rapport à celles résidant au Royaume-Uni et aux Etats-Unis¹ (Wellings, 2013 ; Sonfield et al, 2014).

¹ Cette comparaison doit cependant être prise avec précaution car la façon d'estimer la prévalence des grossesses non prévues diffère d'une étude à l'autre.

Le taux de grossesses non prévues est plus important parmi les femmes ayant une opinion négative vis-à-vis de la pilule contraceptive, du DIU et du préservatif

Les échecs contraceptifs peuvent amener les femmes à revoir l'efficacité qu'elles accordaient à certaines méthodes contraceptives et expliquer que dans notre étude, 28,9 % des Franciliennes (26,7 % des femmes hors Île-de-France) ne trouvant pas la pilule efficace ont déclaré avoir eu une grossesse non prévue. En Île-de-France, on remarque également que la fréquence de grossesses non prévues est plus importante parmi les femmes déclarant que le préservatif n'est pas une méthode contraceptive efficace.

Du côté des préoccupations sanitaires, les femmes considérant la pilule et le DIU risqués pour la santé sont plus nombreuses à déclarer une grossesse non prévue. Cela pourrait venir de la crise des pilules de 2012-2013, ayant terni l'image de cette méthode chez certaines femmes (Bajos et al., 2014b). Pour ce qui est du DIU, 27 % des femmes de notre échantillon considèrent que cette méthode est risquée pour la santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes (notamment les plus jeunes) craindraient d'être stériles suite à l'utilisation de cette méthode (Amsellem-Mainguy, 2010). Pourtant la Haute Autorité de santé rappelle que cette méthode est adaptée pour toutes les femmes et que les risques liés à la pose de cette méthode demeurent exceptionnels (Haute Autorité de santé, 2013). Des études réalisées aux Etats-Unis montrent que la crainte des effets secondaires peut amener certaines femmes à arrêter les méthodes contraceptives hormonales (Frost et al. 2012 ; Omland et al., 2014). Il apparaît donc important de s'assurer que les femmes disposent d'informations sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles. Cela représente un enjeu d'autant plus important que les femmes ne semblent pas informées sur l'ensemble des méthodes contraceptives existantes. En effet, lorsque l'on s'intéresse à leur opinion sur l'efficacité des différentes méthodes contraceptives, environ 25,6 % de notre échantillon déclare ne pas connaître l'implant et 45,2 % ne pas connaître l'anneau vaginal alors que ce chiffre est de 1,3 % pour la pilule et 0,6 % pour le préservatif. Il semblerait donc que les professionnels de santé et les pouvoirs publics doivent continuer à informer les femmes sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles.

Il y a une sous-utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes ayant eu une grossesse non prévue. Cette sous-utilisation est particulièrement importante hors Île-de-France

Suite à un échec ou une absence de contraception, les femmes peuvent utiliser la contraception d'urgence afin d'éviter une grossesse non prévue. Dans notre étude, les Franciliennes déclarant avoir eu une grossesse non prévue sont 77,2 % à avoir utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie alors que cette proportion était de 40,0 % parmi celles n'en ayant pas connue. Nous pouvons penser que les femmes ayant connu une grossesse non prévue perçoivent davantage ce risque depuis la survenue de cet événement et ainsi, recourraient plus que les autres à la contraception d'urgence. Une seconde interprétation pourrait résider dans le fait que les femmes ayant connu une grossesse non prévue aient plus souvent fait l'expérience de situations à risque de grossesse que les autres. En effet, ces dernières sont 47,0 % à déjà avoir utilisé la contraception d'urgence plusieurs fois au cours de leur vie en Île-de-France, contre 20,9 % parmi les femmes n'ayant jamais connu de grossesse non prévue. Au niveau régional, les Franciliennes sont plus nombreuses que les femmes des autres régions à déclarer avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie. Ainsi, 77,2 % des Franciliennes ayant eu une grossesse non prévue l'ont déjà utilisée alors que ce chiffre est de 54,9% hors Île-de-France. Cette utilisation, moins fréquente hors Île-de-France, pourrait venir d'un accès plus complexe à une pharmacie ou à un centre familial pour les femmes habitant en milieu rural (Rahib et al., 2018).

Les Franciliennes comme les femmes des autres régions semblent manquer d'information sur les conditions d'accès et sur la période d'efficacité de la contraception d'urgence

La proportion de grossesses non prévues déclarées ne diffère pas selon que les femmes considèrent la contraception d'urgence risquée ou non pour la santé. Son non-recours ne semble donc pas être lié à des préoccupations sanitaires, mais pourrait en partie venir d'un manque d'information concernant cette méthode. En effet, entre 15 et 20 % des femmes de notre échantillon ne savent pas que la contraception d'urgence peut s'acheter en pharmacie sans ordonnance et seulement 22,4 % des Franciliennes de notre échantillon (16,8 % hors Île-de-France) savent que sa période maximale d'efficacité est comprise entre 3 et 5 jours. Une étude montre pourtant que disposer de connaissances justes sur la contraception d'urgence (savoir qu'elle est disponible sans prescription, connaître sa période d'efficacité...) peut favoriser son recours (Goulard et al., 2006). Les

femmes sous-estimant sa durée d'efficacité peuvent alors ne pas l'utiliser en pensant qu'il est trop tard.

Au vu de ces résultats, il nous semble donc que l'accès à l'ensemble des méthodes de contraception doit être facilité pour les populations disposant de faibles revenus. Les difficultés financières ne devraient pas constituer un frein à l'accès à un gynécologue, or cela semble être particulièrement le cas pour les Franciliennes issues de milieux sociaux défavorisés. Une solution à cela pourrait résider dans le fait d'améliorer les connaissances des individus disposant de faibles revenus sur la possibilité de recourir aux services d'une sage-femme pour la contraception. En effet, ces professionnels sont spécifiquement formés sur ce sujet et sont financièrement et temporellement plus accessibles. Du côté des médecins, leur formation doit être renforcée en matière de contraception pour proposer un panel de méthodes plus diversifié. Pour rappel, 43,7 % des femmes utilisaient la pilule ou le préservatif le mois précédant la grossesse non prévue. Il faut qu'un dialogue puisse émerger de façon systématique entre patient et médecin quant au choix d'une méthode contraceptive afin de déterminer la méthode la plus adaptée au mode de vie des patientes. Pour ce faire, il nous paraît donc nécessaire de combattre les idées reçues vis-à-vis de certaines méthodes contraceptives, souvent jugées à tort comme peu efficaces, risquées pour la santé, stigmatisantes, recommandées pour des femmes plus âgées, voire peu confortables. Enfin des actions de prévention pourraient être menées afin que les hommes et les femmes connaissent mieux l'efficacité pratique des différentes méthodes contraceptives, que cela concerne les méthodes dites naturelles ou encore les différents types de méthodes hormonales qui ne présentent pas toutes le même degré d'efficacité. Une étude réalisée dans la ville de St-Louis a montré qu'un accès gratuit aux différentes méthodes contraceptives et la promotion des méthodes à l'efficacité pratique les plus importantes (implant, DIU) permettraient de réduire de 41 % à 71 % les avortements ayant lieu chaque année aux Etats-Unis (la grande majorité des avortements étant le résultat de grossesses non prévues) (Peipert et al., 2012)¹.

5.3 Limites

Notre étude présente des limites. La première tient au fait que nous disposons de faibles effectifs pour réaliser nos analyses en Île-de-France et cela malgré un sur-échantillon francilien. Cela nous empêche donc de réaliser des croisements très fins. Cela est par exemple le cas pour l'âge où un découpage avec davantage de modalités nous aurait sans doute permis de tester si les moins de 20 ans déclarent davantage de grossesses non prévues (Kagesten et al., 2015).

Une seconde limite réside dans le fait que les déclarations de grossesses non prévues peuvent remonter à des grossesses survenues jusqu'à cinq ans précédant l'enquête. Le caractère transversal de l'étude amène à s'intéresser à des caractéristiques (situation professionnelle, IMC...) et des opinions pouvant évoluer avec le temps et ainsi différer entre le moment où est survenue la grossesse et le moment de l'enquête. Ainsi quand nous disons que la proportion de grossesses non prévues déclarée est plus importante chez les femmes considérant que la pilule n'est pas efficace pour éviter une grossesse, nous ne pouvons établir de temporalité et donc de causalité entre cette opinion et la grossesse non prévue. Nous n'avons également pas pu nous intéresser à des variables comme le fait de vivre en couple, car les situations conjugales peuvent évoluer sur une période de cinq ans. Ce caractère transversal amène ainsi à ne s'intéresser qu'aux caractéristiques individuelles des femmes (âge, niveau de diplôme...), alors que les caractéristiques sociales deviennent significatives dans des situations particulières ou dans des contextes interactionnels. Par exemple, certaines femmes ont pu avoir une grossesse non prévue suite à des rapports sexuels non protégés car leur conjoint ne souhaitait pas utiliser de préservatif (Moreau et al., 2006). S'intéresser à la question : « Au cours de votre vie avez-vous déjà été forcée à avoir des rapports sexuels ? » nous permet

¹ Nous concevons cependant que les résultats de cette étude doivent être pris avec précaution étant donné que le système de santé Français diffère sensiblement de celui des Etats-Unis, notamment en ce qui concerne le coût des méthodes contraceptives et les modalités de remboursement.

d'analyser ce dernier cas de figure, mais cette variable s'intéresse à une temporalité probablement supérieure à cinq ans et ne nous permet pas de mettre une grossesse non prévue en lien avec cette question.

Les biais de désirabilité sociale peuvent amener les femmes à ne pas rapporter une grossesse non prévue et le caractère souhaité ou non d'une grossesse peut évoluer avec le temps. Une grossesse initialement non prévue peut par la suite ne plus être considérée comme telle si cette dernière aboutit à une naissance. Les grossesses non prévues peuvent également dans certains cas représenter des événements difficiles dans la vie des femmes, ce qui peut alors les amener à préférer ne pas les mentionner dans les enquêtes.

Afin d'apporter des résultats plus contrastés, d'autres indicateurs peuvent exister. A titre d'exemple la troisième étude « National Survey of Sexual attitude and Lifestyles » (Natsal-3) utilise le « London Measure of Unplanned Pregnancy » afin d'estimer la prévalence des grossesses non prévues. Cette mesure ne suppose pas que les femmes aient une intention de grossesse claire et leur permet d'exprimer une potentielle ambivalence face au désir de grossesse. Un score est réalisé à partir de six questions relatives à l'usage de méthode contraceptive, du désir d'enfant, ou encore du fait d'avoir parlé d'un projet d'enfant avec son conjoint. Un score élevé représente une grossesse prévue, un score intermédiaire une grossesse ambivalente et un faible score une grossesse non prévue. Par ailleurs, une étude qualitative aux Etats-Unis a montré que les termes de grossesse « prévue », « souhaitée » ou « voulue » (planned, intended, wanted) n'étaient pas spontanément utilisés par les femmes et que, bien que capables d'expliquer ces termes, les femmes interrogées ne les interprétaient pas toutes de la même manière. Ainsi pour certaines femmes une grossesse non prévue pouvait être vue comme résultant d'un échec de contraception, tandis que d'autres pensaient qu'elles pouvaient résulter du fait de vouloir un enfant mais de ne pas avoir décidé quand (Barrett et al., 2002). Enfin, une étude par entretiens semi-directifs menée aux Etats-Unis auprès de femmes ayant de faibles revenus montre que beaucoup de femmes enceintes n'ont pas formulé de réflexion sur leur désir ou intention de grossesse. La phrase « C'est juste arrivé » était alors communément utilisée pour décrire l'expérience des participantes envers la grossesse. La planification de la grossesse était décrite comme une situation idyllique inatteignable et le caractère non souhaité de la grossesse pouvait être source d'aspiration positive. Cette étude laisse donc penser que dans certains groupes sociaux, le fait de prévoir une grossesse n'est pas nécessairement une norme (Borrero et al., 2015).

5.4 Mise en perspective

Le Baromètre santé est une grande enquête qui permet d'explorer les caractéristiques sociales, le mode de vie et permet d'appréhender les comportements à risque au sein de la population française afin d'orienter l'action des politiques publiques. Son exploitation francilienne montre un lien entre situation socio-économique et grossesse non prévue, confirmant au niveau régional les constats déjà mis en avant par la littérature scientifique. Ainsi, ce lien entre faible statut socio-économique et déclaration de grossesse non prévue nous amène à nous interroger sur les difficultés d'accès ou le manque de connaissances de ces populations vis-à-vis des différentes méthodes contraceptives disponibles. Notre étude semble également mettre en avant une défiance des femmes ayant eu une grossesse non prévue vis-à-vis de certaines méthodes contraceptives (en termes d'efficacité et de risque pour la santé). Cependant, notre étude ne permet pas de mettre directement en lien les connaissances et opinions des femmes vis-à-vis de certaines méthodes contraceptives et la survenue d'une grossesse non prévue. Des études, notamment qualitatives pourraient alors être intéressantes afin de l'explorer plus en détail.

BIBLIOGRAPHIE

Amsellem-Mainguy Y., Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Revue des politiques sociales et familiales*. 2010 ; (100) 104-9

Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINÉ. De la contraception à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues. Questions en santé publique*. Inserm ; 2002.

Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction*. 2003 ; (5) 994–9.

Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? . *Population et sociétés* . Ined. 2004 ; (407)

Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women?. *Human Reproduction*. 2006 ; (21) 2862–7

Bajos N, Beltzer N. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. La Découverte ; 2008.

Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective : results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*. 2010 ; (340).

Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine de la reproduction, Gynécologie Endocrinologie*. 2012a ; (1) : 3-10

Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et l'équipe Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques?. *Populations et société*. Ined, 2012b ; (492).

Bajos N, Le Guen M, Bohet A, Panjo H, Moreau C, FECOND group. Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox. 2014a ; (3)

Bajos N, Rouzaud-Cornabas, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? . *Population et Sociétés*. Ined, 2014b ; (511)

Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. *Baromètre santé 2016*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 6 p.

Barrett G, Wellings K. What is a 'planned' pregnancy? empirical data from a British study. *Social Science & Medicine*. 2002 ; (4) 545-57

Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? . *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2011 ; (1) 15-21

Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France, résultats de l'enquête Inpes Baromètre Santé de 2010, Synthèse de l'Observatoire régional de Santé d'Île-de-France, Décembre 2013, 20p.

Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010 ; (3) 208-17

- Borrero S, Nikolajski C, Steinberg JR, Freedman L, Akers AY, Ibrahim S, Schwarz EB. "It just happens": a qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception*. 2015 ; (2) 150-6
- Bozon M. Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. Enquête sur la sexualité en France. *Pratiques, genre et santé*. La Découverte. 2008 ; 117-47
- Chabbert-Buffer N, Jamin C, Lete I, Lobo P, Nappi RE, Pintiaux A, Häusler G, Fiala C. Missed pills: frequency, reasons, consequences and solutions. *The European Journal of Contraception and reproductive Health Care*. 2017 ; (3) 165-9
- ESHRE Capri Workshop Group, Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Human Reproduction*. 2018 ; (5) 777-83
- Finer B, Zolna RM. Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001–2008. *American Journal of Public Health*. 2014 ; (S1) S43-8
- Finer L, Zolna M. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2016; (7) 408-9
- Frost JJ, Darroch E. Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2008 ; (2) 94-104
- Frost JJ. Young Adults' Contraceptive Knowledge, Norms and Attitudes: Associations with Risk Of Unintended Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2012 ; (2) 107-16
- Gautier A, Kersaudy-Rahib D, Lydié N. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans : Entre avancées et inégalités. *Agora débats/jeunesses*. 2013 ; (1) 88-101
- Glei, AD. Measuring Contraceptive Use Patterns Among Teenage and Adult Women. *Family planning perspectives*. 1999 ; (3) 73-80
- Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N, the Cocon group. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. *Contraception*. 2006 ; (3) 208-13
- Grimes DA, Shields WC. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Contraception*. 2005; (1) 1–4.
- Haute Autorité de santé. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. *Recommandations en santé publique* ; 2013
- Haute Autorité de santé. Contraception chez l'adolescente. *Fiche mémo*. 2013
- Haute Autorité de santé. Contraception d'urgence : dispensation en officine. *Fiche mémo* ; 2015
- Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(8):1246-52.
- Higgins JA., Smith NK. The sexual acceptability of contraception: Reviewing the literature and building a new concept. *The Journal of Sex Research*. 2016. 53 (4–5) : 417–56.
- INPES. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. *Dossier de presse* ; 2007

INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Insee première. 2017.

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. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015 ; (8) 706-714

Kagesten A, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Human Reproduction*. 2015 ; (1) 186-96

Kaneshiro B, Edelman A, Carlson N, Nichols M, Jensen J. The relationship between body mass index and unintended pregnancy: results from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008 ; (4) 234-238

Leridon H., La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et sociétés*. Ined, 2002.

Leridon H., Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements encore très différents. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte*. 2008, 215-42

McKeating A, O'Higgins A, McMahon L, Sheehan SR, Turner MJ. The relationship between unplanned pregnancy and maternal body mass index 2009-2012. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2015 ; (6) 409-18

Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Group C, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006 ; (4) 190-6

Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Teboul M, Bajos N, FECOND Working Group. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. *Fertility and sterility*. 2013 ; (2) 451-8

Moreau C, Bohet A, Le Guen M, Loillier AR, Bajos N, FECOND group. Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertility Sterility*. 2014a ; (6):1663-70

Moreau C, Bohet A, Hassoun D, Ringa V, Bajos N, FECOND group. IUD use in France : women's and physician's perpectives. *Contraception*. 2014b ; (1) 9-16

Moreau C, Bohet A, Trussell J, Bajos N, FECOND group. Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. 2014c ; (4) 314-21

Moreau C, Bohet A. Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*. 2016a ; (2) 152-9

Moreau C. Pratiques contraceptives en France. *Adsp, HCSP*. Septembre 2016b ; (96) 18-20

Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG*. 2014 ; (10) 1221-8

Pavard B, Florence R, Zancarini-Fournel M. Les lois Veil. *Contraception 1974, IVG 1975*. Armand Colin, 2012

Pazol K, Whiteman MK, Folger SG, Kourtis AP, Marchbanks PA, Jamieson DJ. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 2012 ; (6) 1291-7

Peipert JF, Madden T, Allsworth, JE, Secura, GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics and gynecology*. (2012) ; (6), 1291-7

Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.

Rahib D, Lydié N ; le groupe Baromètre santé 2016. L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(29):590-5

Sonfield A, Hasstedt K, Gold RB. *Moving Forward: Family Planning in the Era of Health Reform*. Guttmacher Institute, 2014.

Speidel J, Harper CC, Shields WC. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception*. 2008 ; (3) 197-200

Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond)* 2005;29(9):1100-6.

Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, Johnson AM, Copas AJ, Korovessis C, Fenton KA, Field J. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet*. 2001 ; (9296) 1843-50

Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, Copas AJ, Erens B, Gibson LJ, Macdowall W, Sonnenberg P, Phelps A, M Johnson A. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013 ; (9907) 1807-16



Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - www.ors-idf.org

Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

L'ORS Île-de-France, département autonome de l'IAU Île-de-France, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.

ISBN 978-2-7371-1920-0