

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en: MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Sandra BOUREAU

Née le 26/04/1984 à Saint - Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le : 18 décembre 2013

***QUE PENSENT LES FEMMES DE L'INTÉRÊT D'UNE PRESCRIPTION
ANTICIPÉE D'UNE CONTRACEPTION D'URGENCE LORS D'UN
RENOUVELLEMENT DE LEUR CONTRACEPTION OESTROPROGESTATIVE ?***

Président : Madame le Professeur BARON Céline

Directeur : Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen

Vice doyen recherche

Vice doyen pédagogie

Pr.RICHARD

Pr.BAUFRETON

Pr.COUTANT

Doyens Honoraires : Pr.BIGORGNE, Pr.EMILE, Pr.REBEL, Pr.RENIER, Pr.SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr.Gilles GUY, Pr.Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)

MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option, gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2013

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Directeur de thèse :

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

Membres du jury :

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

Monsieur le Professeur SENTHILES Loic

Monsieur le Professeur GARNIER François

SIGLES ET ABREVIATIONS

CU : Contraception d'Urgence

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

HAS: Haute Autorité de Santé

INPES: Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

REMERCIEMENTS

Aux Membres du Jury

Au Docteur De Casabianca, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour votre aide méthodologique et votre soutien.

Au Professeur Baron, pour me faire l'honneur de présider ce Jury.

Au Professeur Senthiles, merci d'avoir accepté même tardivement de faire partie de ce Jury.

Au Professeur Garnier, merci pour votre présence au sein de ce Jury.

DEDICACES

A Yann, pour tout le bonheur que tu m'apportes, merci d'avoir fait de cette année de loin la plus belle.

Merci à ma famille pour m'avoir écoutée et soutenue durant ces années et pour vos conseils sur mon travail, à Maman qui a fait de moi ce que je suis merci!, Papa pour ton éternel confiance en moi, Julie pour les jeux, le rire et tous ces moments de soutien téléphonique, pour tout ce que tu as fais pour moi .., Pierre pour ta bonne humeur, ton entrain perpétuel et ton humour, Pierre tu es bien plus qu'un beau frère et c'est top de t'avoir dans cette famille. A Lisa, Samson et Gabriel .

A mes amis qui ont fait de ces années de révisions à la BU des années de bonheur: Carelle toujours présente et indispensable, Claire pour cette super entente depuis tant d'année, Geo pour ton humour et le plaisir de te voir à chaque fois, j'attends que vous vous installiez en Vendée ! Thibaud a qui je peux toujours tout dire, Elise pour cette amitié durable, Julie pour notre premier de l'an mémorable et nos bonnes discussions, François pour ton petit grain de folie, Jean-Mich, Mickeu et Thibaud pour tous mes voyages avec vous, Etienne pour ton toujours si bon accueil, Eva pour nos petits restaus à Angers.

A Myriam, Charlotte, Sophie et Claire je suis ravie de vous avoir rencontrées pendant cet internat!

A Mathilde, Anne merci de ton accueil, Candice pour m'avoir aidé dans mon travail

A toutes celles qui ont accepté de répondre à mes entretiens.

PLAN :

- Introduction
- Matériel et méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion
- Bibliographie
- Table des matières
- Annexes

INTRODUCTION:

Dans le monde 63 % des couples ont recours à une méthode contraceptive. Si elle n'est quasiment pas utilisée dans les pays d'Asie et d'Amérique Latine, la pilule reste l'un des moyens de contraception les plus répandus (14 %).[1]

Depuis 2010, la contraception d'urgence (CU) est accessible à l'échelle mondiale, avec un impact souvent minime sur la diminution du taux d'IVG. Cela est du principalement à une méconnaissance du dispositif, mais aussi à l'ignorance des mécanismes physiologiques et des conduites à tenir en matière de contraception. Au Royaume-Uni, en Grande-Bretagne et en Irlande du Nord, 91% des femmes ont entendu parler de la «pilule du lendemain», mais seules 7% l'ont utilisée au cours de l'année 2010. [2][3]

Il n'y a qu'aux Etats-Unis qu'a été démontré une efficacité de la CU sur la diminution du taux d'IVG. Dans tous les autres pays rien n'a été concluant.[4]

Les recommandations françaises de bonne pratique sont actuellement en faveur d'une information réitérée lors de la délivrance d'une contraception sur «les possibilités de ratrappage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès»[5].

Cependant, l'étude française Cocoon de 2003 montre que 23 % des femmes sous pilule ont oublié de la prendre pendant au moins un jour au cours de leur dernier mois d'utilisation [6]. Près d'un tiers de ces femmes n'avaient pas pris de mesures spécifiques en cas d'oubli alors que depuis juin 1999, la CU est accessible en pharmacie sans ordonnance.

Bien qu'au courant de l'existence de cette CU, les femmes n'en connaissent pas forcément les conditions d'utilisation et ne se donnent pas toujours les moyens de se la procurer.

L'objectif principal de ce travail est de les questionner sur l' intérêt d'avoir une prescription systématique d'une contraception d'urgence en même temps que leur renouvellement de contraception usuelle. Cette association pourrait être un moyen de faciliter l'accès ou l'occasion d'acquérir un supplément d'information sur les mesures contraceptives à prendre en cas d'oubli.

MATERIEL ET METHODE:

Il s'agit d'une étude menée qualitativement par des entretiens individuels semi-structurés. La population a été déterminée selon un échantillonnage raisonné: des femmes de 15 ans à 52 ans prenant régulièrement une contraception oestroprogesterative (pilule, patch, anneau) ou progestative orale seule (pilule) nécessitant un renouvellement par un professionnel de santé.

Le recrutement a été effectué lors de leur passage dans une pharmacie à l'occasion du renouvellement de l'ordonnance de contraception. Trois pharmacies ont été choisies selon leur localisation géographique: une pharmacie du centre ville de Nantes afin de recueillir un échantillon de femmes provenant du milieu urbain, une pharmacie des Sorinières pour un recrutement semi-rural, et enfin une pharmacie d'Aigrefeuille qui permettait de par sa localisation de recueillir à la fois une population de femmes provenant de milieu semi rural (résidant donc à Aigrefeuille même) mais aussi de milieu rural (résidant par exemple à Remouillé, Le Bignon; communes rurales ne possédant pas de pharmacies). Les trois pharmaciens rencontrés, responsables de leur officine, ont adhéré au projet. Ils s'engageaient à expliquer aux femmes lors de la délivrance de contraception le sujet de l'étude. Ils leur remettaient une fiche informative et les sollicitaient pour participer à un entretien. Ils recueillaient leur coordonnées afin qu'elles puissent être contactées ultérieurement.

La grille d'entretien élaborée à partir des hypothèses émises, et ajustée après trois entretiens permettait d'explorer trois axes: la vie contraceptive des femmes et leur connaissances en matière de CU; la relation avec le médecin prescripteur de contraception et le contenu des consultations de renouvellement, et enfin leur opinion sur l'idée d'une prescription anticipée de CU lors du renouvellement de contraception.

L'élaboration de l'échantillon s'est effectué de décembre 2012 à mars 2013: et les entretiens de janvier à avril 2013, jusqu'à saturation des données. Durant ces 4 mois, au total quinze patientes ont pu être interrogées. Lors d'une première prise de contact téléphonique: les femmes décidaient de la date et du lieu de l'entretien selon leur convenance. Dans la majorité des cas ils ont été effectués à leur domicile, et dans quelques circonstances conduit téléphoniquement. Les entrevues, enregistrées au dictaphone avec l'accord des interviewées, étaient individuelles et duraient entre dix et quarante minutes. Le contenu était ensuite retranscrit textuellement sur informatique de manière anonyme.

La retranscription des entretiens a été réalisée de manière intégrale afin d'obtenir le verbatim. Les données ont ensuite été codées manuellement, et analysées sous forme de thématique.

RESULTATS:

1) Le recrutement:

Durant la phase de recrutement, différents obstacles se sont présentés. Le recueil des femmes ayant accepté d'être contactées a été débuté quinze jours après le dépôt des fiches informatives. La pharmacie d'Aigrefeuille avait déjà cinq contacts. Les pharmacies de Nantes et des Sorinières ont eu des difficultés de recrutement puisqu'elles ciblaient les patientes venant chercher une CU sur prescription. Le projet a donc été clairement redéfini pour favoriser la compréhension des pharmaciens. Au bout de deux mois, la pharmacie des Sorinières a annoncé son retrait du projet.

Sur un total de vingt quatre noms initialement retenus neuf entretiens n'ont pas pu être réalisés: six ne répondant pas aux appels répétés et trois refusant après le premier contact téléphonique. Sept femmes ont pu être recrutées dans la pharmacie de Nantes; le reste par la pharmacie d'Aigrefeuille.

L'enregistrement de douze entretiens a pu être réalisé au domicile des patientes. Dans trois situations, pour des raisons d'organisation l'entretien a été effectué par téléphone.

2) Caractéristiques de l'échantillon sélectionné:

	Age	Profession	Mode familial	Résidence	Type de contraception	Prescripteur
1	32	Educatrice spécialisée	En couple, 3 enfants	Nantes	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
2	27	Assistante maternelle	En couple, 1 enfant	Remouillé	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste
3	43	Assistante maternelle	En couple, 3 enfants	Remouillé	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste
4	20	Etudiante psychologie	En couple, sans enfant	Aigrefeuille	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste
5	29	Médiatrice culturelle	En couple, sans enfant	Aigrefeuille	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
6	19	Etudiante infirmière	En couple, sans enfant	Nantes	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste Gynécologue
7	30	Secrétaire médicale	En couple, 2 enfants	Remouillé	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
8	34	Congé parental	En couple, 4 enfants	Remouillé	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste
9	21	Ecole de design	En couple, sans enfant	Nantes	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste Gynécologue
10	18	esthéticienne	Célibataire	Nantes	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
11	25	Assistante maternelle	En couple, sans enfant	Nantes	Orale Oestroprogestative	Médecin Généraliste
12	26	Assistante commerciale	En couple, 1 enfant	Le Bignon	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
13	23	Etudiante en Orthophonie	En couple, sans enfant	Aigrefeuille	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
14	28	Educatrice de jeunes enfants	En couple, sans enfant	Nantes	Orale Oestroprogestative	Gynécologue
15	29	Orthophoniste	En couple, sans enfant	Nantes	Anneau	Médecin Généraliste Gynécologue

3) La vie contraceptive des femmes :

a) L'oubli de contraception était considéré différemment selon les femmes et les conduites à tenir étaient variables:

- La signification de l'oubli différait selon les femmes, et le risque de grossesse était peu exprimé :

Onze d'entre elles avaient avoué l'avoir déjà oublié au moins une fois, au delà du délai de douze heures. La plupart des femmes ayant nettement en tête ce délai pour prendre leur pilule ne se sentaient donc pas à risque de véritable oubli: "*enfin oui je l'ai déjà oubliée mais genre moins de douze heures*". Elles faisaient des différences selon le délai d'oubli entre ceux n'ayant pas de conséquences ultérieures et ceux entraînant un risque de grossesse et élaboraient des stratégies d'élaboration.

La problématique de la grossesse n'émergeait qu'une seule fois, illustrant un manque dans l'évaluation du risque. Les femmes ne se projetaient pas dans une grossesse suite à un oubli de pilule.

- L'oubli de pilule entraînait une adaptation des comportements:

La plupart des femmes vont se montrer plus attentives après un oubli de pilule. Par attentive, elles entendaient la nécessité d'avoir une autre protection les jours suivants l'oubli, ou d'éviter les rapports sexuels, et ce souvent jusqu'à la fin de leur plaquette, sans notion précise de durée: "*après on se protège jusqu'à la fin de la plaquette*". Cinq d'entre elles avaient mentionné la prise de la pilule oubliée et la poursuite de la plaquette. Sans avoir de notion précise des horaires de prises.

Le recours en cas d'oubli pouvait être la lecture de la notice, une seule femme avouait manquer de connaissances et disait qu'elle relirait la notice.

Trois avaient élaboré des stratégies pour pallier à l'oubli, tel que le rappel par le réveil, et la prise de pilule le matin afin d'optimiser les chances de rattrapage dans la journée. Une avait opté pour une contraception plus adaptée à son mode de fonctionnement, et avait choisi l'anneau vaginal: "*Depuis que j'ai l'anneau, je n'oublie plus*".

b) Les femmes connaissaient la CU sans en maîtriser les modalités d'utilisation:

- Elles en avaient principalement entendu parler par les médias ou leurs amies:

La grande majorité des informations sur la CU provenait des interventions effectuées au lycée et au collège, neuf des femmes évoquaient cette source: "*l'âge du lycée ou de la fac, ou éventuellement tu peux avoir des stands de prévention*". Et neuf femmes évoquaient l'importance des conversations entre amies.

Les médias prenaient aussi une certaine part dans l'information puisque quatre femmes les mentionnaient. Une seule des personnes interviewées évoquait avoir reçu des informations par son gynécologue et une seule autre évoquait ce recours comme possibilité.

De part son métier d'éducatrice spécialisée l'une des femmes étaient plus sensibilisée et jouait elle-même le rôle d'informatrice.

- Les connaissances sur les modalités d'utilisation et d'accès étaient aléatoires:

Etait mentionnée l'évaluation personnelle de la prise de risque par rapport au moment du cycle. La notion de délai de prise n'était pas connue par toutes: six savaient avoir 72 heures, et sept pensaient avoir entre 24 et 48 heures, aucune n'avait l'idée erronée que le prise devait attendre le lendemain: "*j'évalue par rapport à mon cycle et en général je considère que le risque est faible alors que c'est pas vrai*". La posologie de la prise était expliquée par une femme uniquement.

Une femme n'en ayant jamais eu la nécessité ne s'était pas interrogée sur le sujet, et une était demandeuse d'information. Il apparaissait dans la plupart des cas une méconnaissance des notions de coût, de remboursement et une seule en connaissait le nom.

La question de l'accès à la CU était peu précisée. Certaines avaient la connaissance d'une délivrance à la pharmacie, peu mentionnaient les autres moyens d'accès. Deux femmes pensaient avoir besoin d'une ordonnance pour se la procurer; trois ne savaient pas qu'elle pouvait être prescrite. Une minorité évoquait la possibilité d'aller au planning familial.

- En règle générale c'était la rupture ou l'oubli du préservatif qui justifiaient le recours à la CU:

Pour la plupart des femmes l'oubli de préservatif restait la première cause d'utilisation de CU. Deux seulement des interrogées citaient l'oubli de pilule. Une autre signalait le risque en cas de problèmes digestifs et une avouait n'y avoir jamais pensé comme raison de prise de CU. Trois des femmes évoquaient la peur de la grossesse comme raison de se la procurer .

Trois femmes étaient plus prudentes quant à son utilisation et appelaient à la mesure en rappelant le caractère d'urgence et d'exception de cette contraception: "*ça ne doit pas être un mode de contraception*" .

- La physiologie et l'impact sur le corps humain étaient méconnus

Aucune ne parlait du mode d'action de la CU, et une seule relatait l'idée qu'elle avait des effets sur le corps humain, certaines autres parlaient plus de l'impact des contraceptions en général sans se pencher sur la CU.

c) La moitié des femmes y avait déjà eu recours, la plupart du temps en se la procurant librement en pharmacie :

- Deux seulement y avaient eu recours dans le cadre d'un oubli de pilule :

Sept des interviewées n'avaient jamais utilisée de CU, certaines parce qu'elles considéraient n'en avoir jamais eu besoin. D'autres, parce qu'elles évaluaient le risque de grossesse comme étant faible ou selon qu'elles étaient en couple et selon leur projet de vie, considéraient pouvoir assumer l'arrivée d'une grossesse: "*je pense que j'ai toujours préféré attendre avant d'aller la prendre, parce que j'avais mon copain, et que j'étais prête à courir le risque d'être enceinte*".

Les huit autres y avaient déjà eu recours, deux seulement dans le cadre d'un oubli de pilule. Les autres au cours d'arrêt de contraception régulière, après des rapports sexuels non protégés, ou des échecs de contraception. Sur ces huit personnes l'ayant déjà utilisée: trois y avaient eu recours entre deux et trois fois.

- pour la plupart l'obtention s'était faite librement en pharmacie, pour d'autres au planning familial, chez le médecin, ou encore dans le cadre de leur travail:

Dans la majorité des cas les interviewées l'avaient obtenue directement en pharmacie: la plupart en libre accès. Une femme avait une prescription anticipée faite par sa gynécologue. Une autre connaissait le planning familial et s'y était déplacée. Une travaillait dans un hôpital et se l'était procurée dans la pharmacie hospitalière.

- La demande était limitée par la crainte du jugement et par le coût:

La notion de gêne a émergé dans quatre entretiens: certaines pour leur première utilisation avaient fait appel à un tiers, soit leur compagnon, soit une amie, en prétextant la gêne, ou encore la facilité d'envoyer quelqu'un d'autre. Une autre n'en avait jamais eu l'utilité personnelle mais avait recueilli la gêne de son amie et dû se rendre en pharmacie.

La question de l'embarras dépendait beaucoup de l'âge auquel les femmes avaient dû avoir recours à la CU: "*si je pensais vraiment en avoir besoin j'irai mais je dis ça aussi parce que j'ai trente ans, si j'étais plus jeune quand j'avais 17 ans ça m'aurait vraiment couté d'y aller*".

L'une des femmes expliquait toujours ressentir un trouble à ce sujet et avait contourné sa difficulté en utilisant le nom pharmaceutique pour légitimer sa demande: "*demander une Norlevo, d'ailleurs je trouve ça plus facile, ça permet de pas dire le mot pilule du lendemain*".

Plusieurs facteurs limitaient la demande: les femmes vivant en campagne évoquaient le fait de devoir toujours se rendre à la même pharmacie, et s'inquiétaient du manque de confidentialité. D'autres évoquaient la crainte du regard de l'autre et son jugement. La demande révélait l'intimité du couple.

Le prix aussi était évoqué comme possible limitation à l'accès. Pour d'autres il n'y avait aucun frein à se procurer la CU.

4) La relation avec le médecin

a) Le temps de la première consultation était dédié à la prévention des oubliers:

L'information que ce soit par le médecin généraliste ou le gynécologue était majoritairement donnée lors des premières consultations: "*à chaque changement de médecin, j'avais l'impression d'avoir de nouveau des informations sur la contraception*". Certaines femmes déploraient cependant la brièveté des données reçues. D'autres, même si elles considéraient avoir eu des informations brèves, avaient quand même retenu certaines pistes pour la conduite à tenir.

Deux d'entre elles avouaient avoir eu leur renseignements par un autre biais: par le planning familial, ou la pharmacie. Une autre encore reconnaissait être plus enclue à se tourner vers des proches que vers son médecin pour les questions revêtant un caractère personnel.

b) L'espace et les informations donnés lors des consultations de renouvellement s'avéraient souvent limités:

Lors des renouvellements la majorité déclarait ne plus avoir de données nouvelles. Certaines femmes mettaient en exergue l'idée d'habituation et le caractère routinier de ces consultations de renouvellement: "*Et je pense qu'en plus ils voient dans le dossier que ça fait plus de dix ans que je prends la pilule donc ils se disent que c'est maîtrisé*". L'une des femmes évoquait son besoin d'un rappel occasionnel.

Tous les médecins ne réabordaient pas nécessairement la question des oubli de pilule. Cela dépendait des questions que les femmes se permettaient de poser, de leur lien avec leur médecin; deux d'entre elles éludaient ainsi les questions pour limiter la consultation. Certains médecins réinterrogeaient naturellement les convenances personnelles des patientes à l'occasion des renouvellements: "*elle me demande si elle me convient, si j'ai des questions, si on continue avec ce mode de contraception mais c'est tout*".

c) Pour la majorité des femmes, parler contraception avec leur médecin restait simple, mais elles déploraient souvent la rapidité des consultations sur la contraception, ne laissant que peu de place pour leur questionnement:

La majorité des femmes ne décrivait pas de gêne à parler de contraception avec un médecin qu'il soit généraliste ou gynécologue. Une femme émettait l'importance de la confiance dans la relation avec le médecin.

Deux d'entre elles appuyaient sur le fait que le caractère professionnel de ces consultations enlevait la notion de gêne. Une grande partie des femmes trouvait les médecins accessibles, et même si le sujet de la contraception n'était pas forcément creusé lors des consultations, ils étaient la plupart du temps ressentis comme enclin à répondre.

L'une racontait avoir eu une gynécologue particulièrement sensibilisée sur le suivi contraceptif et la discussion, cette dernière s'intéressant au cours des consultation a son ressenti, son état moral et adaptait ses prescriptions.

D'autres évoquaient justement la nécessité du recours à la CU comme une situation potentielle de gêne: "*à l'époque, j'avais l'impression d'avoir fait une grosse betise alors que maintenant je serai capable d'aller le voir et de lui en parler*" .

Cependant, l'information donnée par le médecin restait limitée par le temps donné à la consultation: "*j'ai l'impression qu'on est un patient, on a 10 minutes*" .

d) La CU n'était pas systématiquement évoquée lors d'une première demande ou d'un renouvellement de contraception:

La majorité des femmes n'avait jamais entendu parler de CU par le médecin traitant ni par le gynécologue. Ou bien les explications données n'avaient pas marqué leur esprit: La source d'information se révélait souvent être extérieure au médecin.

Certaines avouaient éluder elle même les sujets laissant peu de place au médecin pour donner ces informations. L'une en avait juste entendu parler. Et seulement une femme en avait discuté avec sa gynécologue et se l'était vu prescrire par la même occasion.

5) L'opinion des femmes sur la Contraception d'Urgence :

a) Le planning familial, les médias, les amies étaient les principales sources d'information sur la CU, cela reposait sur une démarche volontaire:

Les réponses à la question sur les sources d'information étaient diverses et même souvent opposées: puisque certaines trouvaient qu'il existait une insistance médiatique autour de la contraception et de ses oubliés, et d'autres au contraire une persistance de non dits.

De multiples sources d'information sur la contraception étaient énoncées: internet, les médias, le planning familial, les sage femmes à la sortie de la maternité.

Dans la majorité des réponses cependant même si les renseignements en matière de contraception étaient considérés comme suffisants, les femmes séparaient souvent la contraception de la CU et avouaient un manque sur ce sujet.

Et malgré ces différents moyens les femmes semblaient trouver que l'information était centrée sur l'utilisation du préservatif: *"Je trouve qu'on parle beaucoup plus du préservatif que de CU, je pense que le message est passé pour les préservatifs, et ce serait bien qu'il passe aussi pour la pilule du lendemain"*. Elles entendaient aussi beaucoup parler de la contraception par pilule, notamment avec l'actualité sur la pilule de 3ème génération, et trois d'entre elles déploraient encore un certain tabou sur la CU et les informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

Pour beaucoup les discussions entre amies avaient leur importance. Trois femmes se désolaient que l'information ne soit que peu donnée spontanément par les médecins, il fallait souvent aller la chercher.

Une seule femme émettait des réticences sur le sujet, et ne souhaitait pas nécessairement améliorer l'information sur la CU, par peur de banalisation du procédé.

b) Plusieurs arguments étaient en faveur d'une prescription conjointe de CU et de contraceptif:

De nombreux avantages étaient nommés par les femmes en faveur d'une prescription anticipée de CU: les idées allaient de la notion de "*roue de secours*", à celle de "*pique de rappel*":

- Cela permettrait de limiter les conséquences dûes à l'évaluation personnelle du risque. Plusieurs des femmes avaient avoué avoir eu des oubli de pilule et s'être dit qu'une grossesse était peu probable suivant leur cycle, ou encore que leur vie de couple leur permettait une grossesse. Mais toutes ces femmes avaient précisé qu'en ayant une CU en leur possession elles l'auraient prise.
- Cela permettrait d'intégrer que l'oubli est possible: "*Je pense que oui ce serait vraiment intéressant parce que ça nous arrive à toutes je pense d'oublier*".
- Cela atténuerait l'inquiétude : d'autres précisaient que la prescription n'engageait en rien à la prise que ce n'était que du plus et de l'anticipation. Et que si la proposition de prescription leur était faite elle l'accepteraient par précaution.
- Cela autoriserait une meilleure accessibilité en évitant les problèmes de délais de prises inhérents aux week end ou jours fériés.
- Cela nécessiterait une systématisation dans les explications sur la contraception et la CU.
- Cela permettrait une réévaluation par le médecin sur la vie contraceptive de la femme.
- Cela répondrait à une demande d'informations faite par le corps médical.
- Cela pourrait permettre le dépannage de proches dans certaines situations.

c) De nombreux freins à la prescription conjointe étaient émis:

Certaines des femmes avaient exprimé des opinions défavorables quant à cette prescription anticipée: en expliquant une crainte de la banalisation du procédé, et l'importance de la garder comme son nom l'indique comme une utilisation d'urgence:

- Le risque serait pour certaines de banaliser et de ne pas s'interroger sur les oubli de pilules.
- Pour certaines femmes il était nécessaire que l'oubli ait des conséquences et les responsabilise dans les démarches à effectuer: "*notion d'obstacle de barrières, se donner du mal la fille qui ne veut vraiment pas avoir d'enfant elle va faire cette*

démarche plutôt que de se faire avorter".

- Certaines s'interrogeaient sur les conséquences d'une prise régulière sur le corps : *"je sais que c'est pas facile à digérer, en général elles ont mal au ventre, apparemment c'est assez fort"*, une autre s'inquiétait : *"il ne faut pas la prendre systématiquement non plus, ça doit pas être bon pour le corps non plus"*.
- Pour certaines femmes, l'ordonnance faite par le médecin discréditerait les conséquences de l'oubli.
- Pour certaines d'entre elles le coût d'une délivrance systématique n'était pas anodin, et le risque de gaspillage augmentait avec un traitement dont l'usage restait incertain : *"Je pense qu'aujourd'hui le trou de la sécu est suffisamment creusé donc faut prendre ce qu'on a besoin"*.
- Pour quelques femmes la mise en libre accès en pharmacie semblait amplement suffisant, et elles refuseraient donc la proposition de prescription.

d) La répétition de l'information sur les conduites à tenir en cas d'oubli de la contraception serait indispensable:

L'une des interviewées avait pondéré ses propos en fonction des patientes auxquelles le choix pouvait être présenté, il lui semblait risqué de trop la proposer à certaines jeunes, si l'information n'était pas bien comprise et appliquée ensuite: *"Eventuellement mais ça dépend du public."*

Quelques unes évoquaient l'idée d'une prescription concomittante, sans obligation de libération en pharmacie.

Plusieurs femmes avaient insisté sur le caractère d'urgence de la prise. Qu'elles étaient ou non en faveur d'une prescription anticipée de CU, dans la grande majorité, les femmes avaient modéré leur propos. Pour presque toutes il était avant tout primordial d'informer, d'expliquer, sans nécessairement prescrire de manière systématisée: *"Je dis pas qu'il faut la prescrire à tous prix, mais au moins oui la proposer, c'est important je crois, parce que de cette manière au moins les femmes savent qu'elle existe"*.

DISCUSSION

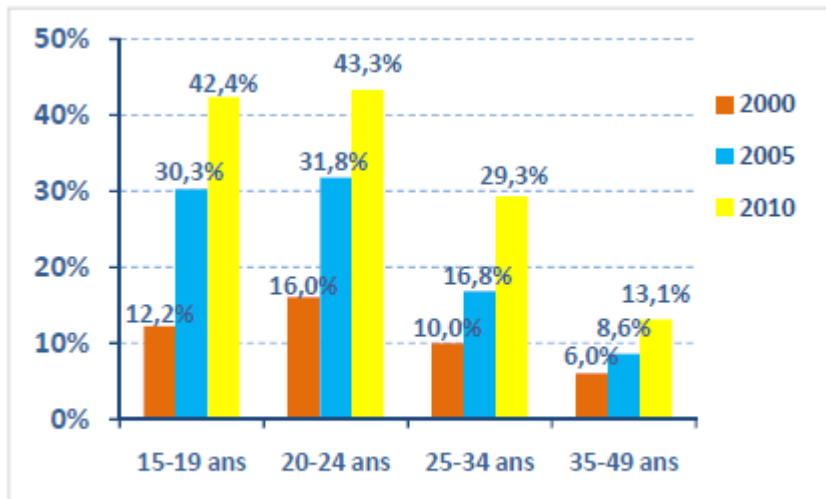
1) Limites et biais de l'étude

Les entrevues étaient réalisées à l'aide d'une grille d'entretien par moi même, novice à cet exercice. Cette méthode d'interview occasionnait de nombreux biais d'informations; ma posture de neutralité pouvant être difficile à respecter. L'échantillonnage excluait volontairement les patientes issues des centres de planification familiale afin d'éviter celles déjà sensibilisées à la CU.

En analysant l'échantillon obtenu, nous avons constaté que l'âge des femmes se situait entre 18 et 43 ans (dont deux femmes en dessous de 20 ans, une au dessus de 40 ans), ce recrutement ne concernait pas les extrémités d'âges. Pour expliquer cela nous avons émis l'hypothèse que les femmes d'âge supérieur à 35 ans ont plus de risque d'avoir une contre indication à la contraception oestroprogestative et sont plus sujettes à utiliser un dispositif intra-utérin. Les femmes d'âge inférieur à 20 ans n'étaient pas représentées alors qu'elles font partie de la population utilisant le plus la CU. Il est probable qu'elles sont moins à l'aise pour répondre à des questionnaires et qu'elles ont recours plus facilement au préservatif comme moyen de contraception.

Selon une enquête du baromètre santé en 2005, la tranche d'âge ayant le plus recours à une CU consécutivement à un oubli de pilule est celle des 20 à 24 ans puisque 42,3% d'entre elles déclaraient en avoir eu besoin dans cette situation et seulement 28,9% des 15 à 19 ans, 29% des 25 à 34 ans, et 12,8% des 35 à 54 ans.

Selon le baromètre santé 2010: les tranches d'âge se procurant le plus la CU toutes situations confondues sont les 20 à 24 ans: (43,3% d'entre elles), et les 15 à 19 ans: (42,4% d'entre elles), suivent les 25 à 34 ans: (29,3% d'entre elles), puis les 35 à 49 ans: (13,1% d'entre elles). [7]



Source : Baromètres santé 2000-2005-2010, INPES

Baromètre santé: évolution du recours à la CU quelque en soit le motif.

Par ailleurs on constatait que la majorité des femmes ayant accepté de répondre aux entretiens exerçaient une profession en lien avec le social (éducatrice, secrétaire médical, orthophoniste..), et avaient réalisé des études supérieures. Cela entraînait un manque de représentativité de la population.

Pour être plus représentatifs du ressenti des femmes en général il aurait été intéressant de recueillir l'opinion des femmes plus jeunes et des adolescentes puisque c'est la population la plus à risque d'IVG. Mais notre étude s'intéressait aux femmes ayant déjà une contraception régulière. Celles-ci sont certes moins à risque de grossesse, mais l'idée était que si l'on peut limiter les risques de grossesses dus aux oubli de pilule on pourra peut être avoir un impact sur le taux d'IVG.

2) Les femmes n'ont pas les connaissances suffisantes pour pallier à un oubli de contraception et recourrir à la CU:

Dans la majorité des entretiens les femmes ne se considéraient pas à risque d'oublier leur pilule. Elles respectaient presque toutes le délai de 12 heures, mais la conduite à tenir en

cas d'oubli de pilule ne semblait pas claire pour toutes. Aucune ne reconstituait l'ensemble des démarches. Ce manque de connaissance était concordant avec les résultats de l'étude de l'INPES en 2007: "*contraception: que savent les français?*" puisque seulement 5 % des françaises connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé. Une Française sur quatre n'a aucune idée du délai d'efficacité de la contraception d'urgence.[8]

Sur les quinze femmes interrogées, onze ont déclaré avoir déjà oublié leur pilule, ces chiffres étaient corrélés avec les données de la littérature puisque toujours selon l'enquête INPES 2007: 66% des femmes ont déclaré avoir déjà oublié leur pilule.

Les rapports sexuels précédents l'oubli n'entraînaient pas de questionnement. Peu d'entre elles percevaient les risques encourus par la survenue de vomissements ou diarrhées.

3) Le recours à la CU n'est pas systématique en cas de rapport à risque:

Le recours à la CU que ce soit après des rapports sexuels non protégés ou dans le cas d'échec de contraception (préservatifs rompus, oubli de contraception..) n'est pas totalement entré dans les moeurs même s'il est de plus en plus usité; un travail d'information reste à faire. Selon l'âge des femmes elles auront plus ou moins recours à cette pratique. Selon le baromètre de santé 2010: 24% des femmes de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie. Elles étaient 9% en 2000, 15% en 2005. Chez les moins de 25 ans, plus de 40% l'ont utilisée au moins une fois.[7]

Une seule des femmes de notre étude avait eu recours à la CU en situation d'oubli de pilule. Le fait de l'oubli et le non recours à une solution de rattrapage pourrait s'expliquer par une ambivalence des femmes face au désir d'être enceinte. Dans une société où chaque naissance peut être programmée et où l'accomplissement professionnel est privilégié, les femmes doivent faire avec cette dualité des sentiments. Selon N Bajos cette ambivalence est avérée, mais ne doit pas occulter que les femmes doivent adapter leur mode de contraception à leur condition de vie.[6] [9] [10]

Les femmes oublient leur pilule mais n'ont pas pour autant le réflexe de recourir à la CU; soit qu'elles estiment le risque de grossesse comme trop faible, soit que leur connaissance sont limitées, et qu'elles ne connaissent pas le délai de 72 heures d'efficacité. Ces informations

étaient aussi retrouvées dans les résultats de l'enquête BVA INPES : «Les français et la contraception» menée en 2007. Les femmes y évoquaient souvent une utilisation incorrecte de la méthode ou la survenue d'une difficulté lors de son utilisation [11].

Le lien entre oubli de pilule et risque de grossesse n'est pas systématiquement fait, et donc la nécessité au final du test de grossesse, n'est que rarement évoquée. Selon N Bajos, l'arrivée de la contraception a permis aux femmes de dissocier le désir de l'acte sexuel et la notion de procréation. Cet abandon plus facile au désir et au plaisir entraîne une baisse de la prise en compte des risques de grossesse, et favorise l'oubli de soi et l'oubli de la contraception. [12]

4) Les médecins ne semblent pas à l'aise sur le sujet de la contraception :

Au regard de notre étude, les femmes se disaient pour une majorité peu informées sur la contraception et les oubli. Une fois passée la première consultation, les rappels médicaux sont rares, et non systématisés. Même si au dire des patientes leur médecin serait pour elles une source d'information possible, elles se sentent obligées d'aller au devant de cette information. La répétition de la conduite à tenir en cas d'oubli pourrait être un bon moyen d'éviter les erreurs de prises.

S'intéresser de façon plus systématique à la connaissance qu'ont les patientes sur leur contraception permettrait de les impliquer dans leur suivi. D'après M. Balcou-Debussche, docteur en sciences de l'éducation, en prenant le temps de la discussion, le professionnel prend en compte les connaissances qu'à son patient et peut faire en sorte qu'il devienne lui-même acteur de sa santé. [13]

Les femmes ne se sentaient pas toutes libres de poser leur questions et elles évoquaient l'importance d'une relation médicale basée sur la confiance pour faciliter la demande. Dans un ouvrage de l'INPES: l'éducation thérapeutique implique la transmission d'un savoir, mais surtout une coopération entre le professionnel de santé et le patient avec l'instauration d'un climat de confiance mutuelle.[14]

Ce manquement dans la transmission de l'information vient d'une part du manque de temps donné lors des consultations, de la routine installée dans toute prescription de renouvellement, mais aussi d'un certain manque de connaissance des médecins. Selon une étude réalisée en 2008 auprès de 179 médecins généralistes du Poitou-Charentes seuls 11,2 %

étaient capables de donner exactement une démarche à suivre conforme aux données de l'HAS en cas d'oubli de contraception[15]. Ceci peut donc expliquer leur difficulté à parler d'un sujet qu'ils ne maîtrisent pas.

5) La CU est très peu mentionnée au cours des consultations:

Dans cette étude les médecins parlent et prescrivent peu la CU. En témoignent les chiffres de vente de Norlevo sur ces dernières années puisque en 2004 selon le baromètre santé de l'INPES, 85% des femmes ayant utilisé la contraception d'urgence y avait eu accès directement en pharmacie, sans prescription médicale. [16].

Ceci est confirmé dans la thèse de Mariama Bah [17]: menée à partir d'entretiens auprès de médecins généralistes. Y étaient décrites les réticences des médecins à prescrire cette contraception. Le risque d'excès d'utilisation, le risque d'abandonner une contraception quotidienne certes plus contraignante mais plus fiable, et le risque de développer des comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles étaient nommés comme principales réticences.

6) Pour la plupart des femmes, la prescription systématisée de CU était considérée comme utile:

Une prescription systématisée de CU au cours de la consultation de contraception permettrait de limiter les conséquences d'un risque de grossesse mal évalué. Ce risque étant estimé selon la date du cycle. Ce serait aussi une manière d'intégrer que l'oubli existe, ne pas le rendre tabou [18]. Si l'oubli de pilule était admis, il serait d'avantage questionné et pourrait engendrer une prise de conscience de la part des patientes et des médecins: considérer que l'oubli est possible permettrait de ne plus oublier. Toujours selon l'ouvrage de l'INPES : la confrontation au risque limiterait sa répétition : y sont nommées les approches psychanalytique, sociologique et cognitivocomportementale. Selon cette dernière il n'y a pas de connaissance indépendamment de l'expérience. [14]

De plus, échanger avec la femme sur sa vie contraceptive est nécessaire. Cela permet d'évaluer le risque personnel de l'oubli et la capacité à mettre en place des solutions de rattrapages. Le 18 mai 2013, une campagne d'information a été réalisée en ce sens par l'INPES. Elle vise à faire comprendre aux femmes qu'elles peuvent choisir leur contraception en fonction de leur mode de vie, de leur histoire personnelle[19]

7) Pour certaines la prescription systématisée de CU était considérée comme dangereuse:

Certaines femmes interrogent le risque d' abandon d' une contraception journalière au profit de la CU [17]. Hors ces craintes n'ont pas été démontrées dans les études réalisées puisque la couverture contraceptive est en constante augmentation, et que le CU est majoritairement usité selon ses attributions de méthode de rattrapage [20][21][22][23].

8) L'information semblait avant tout le point capital à respecter :

Pour toutes les femmes interrogées, la prescription de contraception qu'elle soit associée ou non à une prescription de CU, n'a de sens que si elle s'accompagne d'une information. Ceci rejoint la dernière note de l'HAS d'avril 2013, qui ne prône pas la prescription systématique mais la prise en compte du public, et donc la dispensation réfléchie. Cependant elle invite à transmettre une information systématique sur les méthodes de rattrapage en cas d'échec de contraception, et à aviser les femmes de l'existence de la CU et de ses modalités d'accès. Ainsi qu'à informer sur les risques de maladies sexuellement transmissibles, et infections sexuellement transmissibles.[24]

D'autre part aucune étude n'a mis en évidence d'impact de la prescription systématique de la CU sur le taux d' IVG. Puisque selon les chiffres, malgré l'augmentation perpétuelle de la vente de CU, le nombre d'IVG lui reste stagnant. Selon deux études retrouvées, ceci ne remet pas en cause la non efficacité de la diffusion de la CU mais met en évidence que les mentalités ont changées et que l'âge du premier enfant ayant reculé: 28 ans en 2010 contre 24 ans dans les années soixante, le risque d'IVG avant cet âge augmente nécessairement, sans pour autant une augmentation proportionnelle des mauvaises pratiques [25] [26] [27].

CONCLUSION

Pour les femmes possédant déjà une contraception régulière le risque d'oubli de pilule est reconnu comme important dans les différentes études. Pour autant elles n'en ont pas pleinement conscience, et ne vont pas forcément mettre en place de stratégie de rattrapage en cas d'oubli. Il persiste une méconnaissance de la CU et une gêne à l'obtention de ce type de contraception dans un contexte d'urgence.

En interrogeant les femmes sur l'oubli de contraception et le recours possible à la CU, elles avouaient y être peu sensibilisées par le corps médical. Et, qu'elles soient pour ou contre la prescription systématisée de CU au cours du renouvellement de contraception, l'attitude des femmes interviewées était en grande partie conforme aux données rédigées par l'HAS dans sa dernière note de synthèse d'avril 2013 à savoir: la CU doit avant tout être expliquée. Il est indispensable de réinformer sur l'attitude à tenir en cas d'oublis, de réévaluer au cours des renouvellements la contraception de chaque patiente au cas par cas. Ce n'est que secondairement, selon le risque que l'on peut décider si une CU doit être prescrite préventivement.

Les femmes prenant une contraception régulière ne sont pas les plus à risques de grossesse, et encore moins celles ayant eu une prescription de pilule d'urgence puisque cette prescription s'est nécessairement accompagnée d'une explication donc d'une diminution du risque. Donc au delà d'une simple prescription de CU il faudrait y voir une stratégie de réinformation, de resensibilisation et de réévaluation.

Les travaux actuels vont majoritairement dans ce sens en se portant sur des moyens de diffusion de l'information sur la contraception. Des campagnes de prévention sont lancées pour signaler aux femmes qu'elles peuvent et doivent prendre part au choix de leur contraception. Il serait intéressant de mesurer les effets de l'implication des femmes en espérant avoir plus d'impact sur la réduction du taux d'IVG qu'une prescription systématisée de CU.

BIBLIOGRAPHIE:

[1] Rapport INED: « *La contraception dans le monde.* ». Janvier 2013. Disponible sur: http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/contraception_monde/

[2] Elizabeth Westley & Anna Glasier: *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2010; 88:243-243. doi:10.2471/BLT.10.077446. Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-077446/fr/>

[3] Lader D. *Contraception and sexual health, 2008/09* [Opinions survey report no. 41]. Newport: Office for National Statistics; 2009

[4] Lakha F, Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet* 2006; 368:1782-7 doi: PubMed

[5] HAS (Haute autorité de santé), recommandation de bonnes pratiques: fiche mémo: « *contraception: prescription et conseil aux femmes* ». Mars 2013

[6] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N; Cocoon Group: « *Contraception:from accessibility to efficiency* ». [Hum Reprod. 2003] - PubMed -

[7] INPES : baromètre de santé 2000 2005 2010

[8] Rapport INPES BVA :" contraception que savent les français ? ".2007.

[9] Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE: « *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues* », INSERM, 2002

[10] Avon B: « *Contraception 40 ans de pratique questions pour aujourd'hui* » Laennec 2007/2 (T.55)

[11] Rapport INPES 2007 (Institut national de prévention et d'éducation à la santé): Les Français et la contraception: Enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, de 2004 personnes interrogées du 27 janvier au 7 février 2007.

[12] Bajos N, Ferrand M: « *La contraception: levier réel ou symbolique de la domination masculine* » , sciences sociales et santé , vol 22, n°3 septembre 2004.

[13] Foucaud J, Balcou-Debussche M: « *Former à l'éducation du patient:quelles compétences?* » Réflexions autour du séminaire de Lille 2006: Disponible sur: www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1151.pdf

[14] Livre INPES: « *éducation thérapeutique du patient* » 2010, disponible sur: www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1302.pdf

[15] Mottet C: « *Information sur la conduite à tenir en cas d'oubli d'une pilule oestroprogestative* ». [Thèse d'exercice de médecine générale]. Enquête auprès de 179 médecins généralistes du Poitou-Charentes. Université de Poitiers 97; 2008 . Disponible sur <http://www.sudoc.fr/121900371>

[16] HAS (Haute autorité de santé) : Note de cadrage «*Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence*». Septembre 2011. Internet : p17

[17] Bah Mariama. *Freins à la prescription anticipée de la contraception d'urgence hormonale*. étude qualitative par entretien semi-directif. [thèse d'exercice de médecine générale] 2010. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/150202865>

[18] Aubeny E., Bulher M., Colau J.C., Vicaut E., Zadikian M., Childs M., «*Oral contraception : patterns of non-compliance*» The coraliance study. The European journal of contraception et reproductive health care 2002; 7:155-161. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Oral+contraception+%3A+patterns+of+non-compliance.+The+Coraliance+Study>.

[19] INPES : «*La contraception qui vous convient existe.*». Campagne grand public 15 mai 2013. Disponible sur: www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp

[20] Moreau C., Trussel J., Michelot F., Bajos N. « *The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives* », American Journal of Public Health, march 2009, vol 99, n°3

[21] IGAS (Inspection générale des affaires sociales) RAPPORT N°RM2009-104A: *La prévention des grossesses non désirées : contraception et CU*

[22] Plessis S: «*Pourquoi les femmes qui ont recours à l'IVG n'ont-elles pas utilisé la contraception hormonale d'urgence (Lévonorgestrel)?*» [Thèse d'exercice de médecine générale] 2004 Nantes

[23] Glassier A., M.D, Baird D.,SC. D: «*The effect of selfadministering emergency contraception*», N. Engl J of Medecine, 1998;339;n° 1;p14

[24] HAS (Haute Autorité de Santé): « *Améliorer l'information sur la contraception d'urgence* » - Recommandation en santé publique , HAS Avril 2013

[25] 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 Société 2004; 407: 1-4

[26] Vilain A., Mouquet M.C. (Drees): «*Les interruptions volontaires de grossesse en 2010*». Études et résultats n°804, juin 2012. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2010,10978.html>

[27] Davie E : «*Un premier enfant à 28 ans*» . division Enquêtes et études démographiques, Insee. Insee Première N° 1419 - Octobre 2012. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419

TABLE DES MATIERES:

<u>INTRODUCTION:</u>	9
<u>MATERIEL ET METHODE:</u>	10
<u>RESULTATS :</u>	11
1) <u>Le recrutement:</u>	11
2) <u>Caractéristiques de l'échantillon:</u>	12
3) <u>La vie contraceptive des femmes :</u>	13
a) L'oubli de contraception était considéré différemment selon les femmes et les conduites à tenir étaient variables.....	13
- La signification de l'oubli différait selon les femmes, et le risque de grossesse était peu exprimé.....	13
- L'oubli de pilule entraînait une adaptation des comportements	13
b) Les femmes connaissaient la contraception d'urgence sans maîtriser les modalités d'utilisation	14
- Elles en avaient principalement entendu parler par les médias ou leurs amies	14
- Les connaissances sur les modalités d'utilisation et d'accès étaient aléatoires.....	14
- En règle générale c'était la rupture ou l'oubli du préservatif qui justifiaient le recours à la contraception d'urgence.....	15
- La physiologie et l'impact sur le corps humain étaient méconnus.....	15
c) La moitié des femmes y avaient déjà eu recours, la plupart du temps en se la procurant librement en pharmacie :	15
- deux seulement y avaient eu recours dans le cadre d'un oubli de pilule :.....	15
- pour la plupart l'obtention s'était faite librement en pharmacie, pour d'autres au planing familial, chez le médecin, ou encore dans le cadre de leur travail :	16
- La demande était limitée par la crainte du jugement et par le coût	16
4) <u>La relation avec le médecin</u>	17
a) Le temps de la première consultation était dédié à la prévention des oubli.....	17
b) L'espace et les informations donnés lors des consultations de renouvellement s'avéraient souvent limités.....	17
c) Pour la majorité des femmes, parler contraception avec leur médecin restait simple, mais elles déploraient souvent la rapidité des consultations sur la contraception, ne laissant que peu de place pour leur questionnement.....	18
d) La contraception d'urgence n'était pas systématiquement évoquée lors d'une première demande ou d'un renouvellement de contraception.....	18
5) <u>L'opinion des femmes sur la contraception d'urgence</u> :	19
a) Le planning familial, les médias, les amies étaient les principales sources d'information sur la CU, cela reposait sur une démarche volontaire.....	19
b) Plusieurs arguments étaient en faveur d'une prescription conjointe de contraception d'urgence et de contraceptif	20
c) De nombreux freins à la prescription conjointe étaient émis.....	20
d) Toutes évoquaient l'importance de redonner l'information	21

<u>DISCUSSION :</u>	22
1) Limites et biais de l'étude.....	22
2) Les femmes n'ont pas les connaissances optimales pour pallier à un oubli de contraception et recourir à la contraception d'urgence :.....	23
3) Le recours à la contraception d'urgence n'est pas systématique en cas de rapport à risque de grossesse:	24
4) Les médecins ne semblent pas à l'aise sur le sujet de la contraception :	25
5) La contraception d'urgence est très peu mentionnée au cours des consultations:	26
6) Pour la plupart des femmes, la prescription systématisée de contraception d'urgence était considérée comme utile:	26
7) Pour certaines la prescription systématisée de ontraception d'urgence était considérée comme dangereuse:	27
8) L'information semblait avant tout le point capital à respecter.....	27
<u>CONCLUSION :</u>	28
<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	29
<u>TABLE DES MATIERES :</u>	31
<u>ANNEXES :</u>	33
1) <u>Annexe 1 : Le guide d'entretien</u>	33
2) <u>Annexe 2 : fiche d'information destinée aux pharmaciens</u> :.....	34
3) <u>Annexe 3 : Fiche d'information destinée aux participantes</u> :	35

ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Questions d'introduction, Identité:

- Nom, Prénom, age
- Profession
- Situation maritale, Nombre d'enfants
- Mode de contraception
- Qui est le prescripteur ?

1-Est ce que la CU c'est quelque chose qui vous parle ? En terme de Prescription / Utilisation /Recours/ Information ?

- Quelle connaissance en avez vous et comment en avez vous entendu parler ?
- Que pensez vous des conséquences des oubli de contraception? Que feriez vous en cas d'oubli, ou qu'avez vous fait si cela vous est arrivé?
- Avez vous déjà eu besoin d'une CU ?
- Dans quelle situation avez vous pu avoir besoin d'une CU?
- Savez vous de quelle manière on peut se la procurer?
- A propos de la CU connaissez vous son nom, son cout, , si elle est remboursée ou pas, qu'elle peut être prescrite ?Est ce que vous trouvez que c'est cher ?
- Que pensez vous du risque de la systématisation sur le corps ?

2- Comment ça se passe avec votre médecin lors du renouvellement de votre contraception ? Fonctionnement médecin, prescription systématique d'une CU, questionnement de l'oubli, accessibilité :

- Comment votre médecin vous prescrit il votre contraception ?
- De quelle manière vous abordez le sujet des oubli avec votre médecin ?
- Si vous oubliez lui en parlez vous?
- Quelles freins auriez vous à parler contraception avec votre médecin ?
- A quelle occasion votre médecin a t il pu vous prescrire une CU, l'associe t'il systématiquement à votre renouvellement ?

3- Les préférences des femmes a propos de la prescription de la CU :

- Pensez vous être suffisamment sensibilisée à la CU ?
- Que pensez vous de la possibilité de prescrire une CU lors du renouvellement de contraception ? En quoi ça changerait les choses pour vous ?
- Pensez vous que cela améliorerait les connaissances des femmes en matière de contraception, notamment au sujet des oubli ?

Annexe 2 : fiche d'information destinée aux pharmaciens :

Information pour les pharmaciens

Madame, Monsieur,

Actuellement remplaçante de médecine générale, je prépare ma thèse sur la CU.J'aimerai recueillir l'opinion des femmes sur la possibilité qu'a le médecin de leur prescrire une CU de manière systématique lors du renouvellement de leur contraception.Pour cela j'ai besoin de réaliser des entretiens avec des femmes sélectionnées lors de leur passage en pharmacie pour le renouvellement de leur contraception.Mon objectif est de recenser les patientes venant avec leur prescription de renouvellement sur une durée d'un mois environ.

Vous serait il possible de les informer de cette thèse, et de me transmettre leur coordonnées afin que je les contacte pour un entretien ?

CRITERES D'INCLUSION :

- Entre 15 et 52 ans
- Contraception oestroprogestative : orale, patch, anneau
- Prescription ou renouvellement par le médecin traitant ou par le gynécologue

CRITERE D' EXCLUSION :

- Renouvellement en centre de plannification ou planning familial

Merci,

Sandra Boureau
06, 84, 83, 28, 00
sandra.boubou@hotmail.fr

Annexe 3 : Fiche d'information destinée aux participantes :

Information pour les patientes

Mesdames, Mesdemoiselles

Actuellement remplaçante de médecine générale, je prépare ma thèse sur la CU. Je m'intéresse à son utilisation, la connaissance qu'en ont les femmes, et leur opinion, afin de pouvoir améliorer nos pratiques professionnelles. J'aimerai recueillir votre avis sur ce mode de contraception au cours d'un entretien.

Seriez vous disponible pour me consacrer un peu de temps ? Votre pharmacien pourra me transmettre vos coordonnées, et je vous contacterai pour un entretien dans le lieu de votre convenance.

Merci beaucoup de m'aider dans ce travail de recherche.

Sandra Boureau 06, 84, 83, 28, 00
sandra.boubou@hotmail.fr