Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 avril 2019 à Poitiers

Par Madame Cyrielle DUTHEIL

Etat des lieux des connaissances d'un échantillon de femmes de 15 à 50 ans sur la contraception hormonale d'urgence en Poitou-Charentes

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR CHAPLET

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE,

Professeur de Gynécologie et Obstétrique.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie pour votre regard sur ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur Claire LAFAY-CHEBASSIER,

Maître de Conférences Universitaire de Pharmacologie Clinique.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver, dans ce travail, l'expression de mes sincères remerciements et de ma plus grande considération.

À Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Docteur en Médecine Générale.

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse.

Je te remercie pour tout ce que tu m'as appris et de m'avoir accompagnée dans l'exercice de la médecine générale avec autant de bienveillance. Sois assuré de ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,

Docteur en Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de diriger et de juger cette thèse.

Je vous remercie pour vos conseils, votre soutien et votre disponibilité. Recevez ici mes sincères remerciements pour m'avoir guidée tout au long de ce travail et soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A toutes les personnes ayant contribué à ce travail :

A tous les médecins ayant accepté de distribuer les questionnaires à leurs patientes, merci de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet.

A toutes les femmes qui ont pris du temps pour remplir ce questionnaire, ce travail n'aurait pas été possible sans elles.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 11

I. INTRODUCTION 13

1. Les usages de la contraception en France 13

2. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste encore important 15

3. La contraception d'urgence 16

a. Recours à la contraception d'urgence 16

b. Paradoxe et méconnaissance de la contraception d'urgence 18

c. Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence 19

4. Le médecin généraliste et la contraception 20

a. Le rôle du médecin généraliste 20

b. Connaissances de la contraception d'urgence par les médecins généralistes en Poitou-Charentes 23

5. Objectifs de recherche 24

II. MATERIELS ET METHODES 25

1. Recueil des données 25

a. Méthodes de recueil 25

b. Elaboration du questionnaire 25

c. Informations recueillies 26

2. Population de l'étude 26

a. Critères d'inclusion 26

b. Critères d'exclusion 27

3. Analyse des données 27

III. RESULTATS 29

1. Taux de réponses 29

2. Caractéristiques de la population de l'étude 30

a. Age des répondantes 30

b. Catégories socio-professionnelles des répondantes 30

c. Situation sociale des répondantes 31

d. Histoire obstétricale 31

e. Contraception 32

3. Connaissances sur la pilule contraceptive et la contraception d'urgence 37

a. Connaissances des délais définissant l'oubli de pilule contraceptive 37

b. Connaissances de l'attitude concernant la prise du contraceptif en cas d'oubli 38

c. Connaissances de la conduite à tenir après oubli de la pilule 39
d. Connaissances concernant le moyen de procuration de la PCU 41
e. Connaissances sur les délais de prise de la PCU 42
f. Connaissances sur l'efficacité de la PCU en fonction de la prise 43
g. Connaissances sur le mode d'action de la PCU 44
h. Connaissances sur les effets de la PCU 45
4. Sources d'informations sur la PCU, freins à la prise et ressenti des répondantes concernant la PCU 46
a. Sources d'informations sur la PCU 46
b. Ressenti des répondantes sur la facilité d'accès à la contraception d'urgence 47
c. Freins à se procurer la contraception d'urgence 48
d. Ressenti des répondantes lors d'une délivrance de PCU à la pharmacie 49
5. Opinion des répondantes concernant la prescription anticipée de PCU 49

IV. DISCUSSION 53
1. Biais et limites de l'étude 53
a. Biais de méthodologie 53
b. Biais de recrutement et sélection 54
c. Biais d'analyse 54
d. Effet Hawthorne 55
2. Discussion des résultats principaux de l'étude 55
a. Caractéristiques de la population 55
b. Connaissances de la population sur la conduite à tenir en cas d'oubli de la contraception et connaissances sur la PCU 58
3. Sources d'informations, freins et ressenti des répondantes sur la PCU 62
a. Sources d'informations des répondantes sur la PCU 62
b. Freins des répondantes à se procurer la PCU 63
c. Ressenti des répondantes lors de la délivrance de la PCU en pharmacie 64
4. Prescription anticipée de la PCU : opinion des répondantes 65
5. Pistes de réflexion et plan d'amélioration 67

V. CONCLUSION 73

BIBLIOGRAPHIE 75

ANNEXES 79

RESUME 85

SERMENT 86

ABREVIATIONS

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INPES : Institut National de Prévention et Education pour la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

LARC : Long Acting Reversible Contraception

PCU : Pilule de Contraception d'Urgence

HAS : Haute Autorité de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

MG : Médecin Généraliste

CCP : première Consultation de Contraception et Prévention

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

I. INTRODUCTION

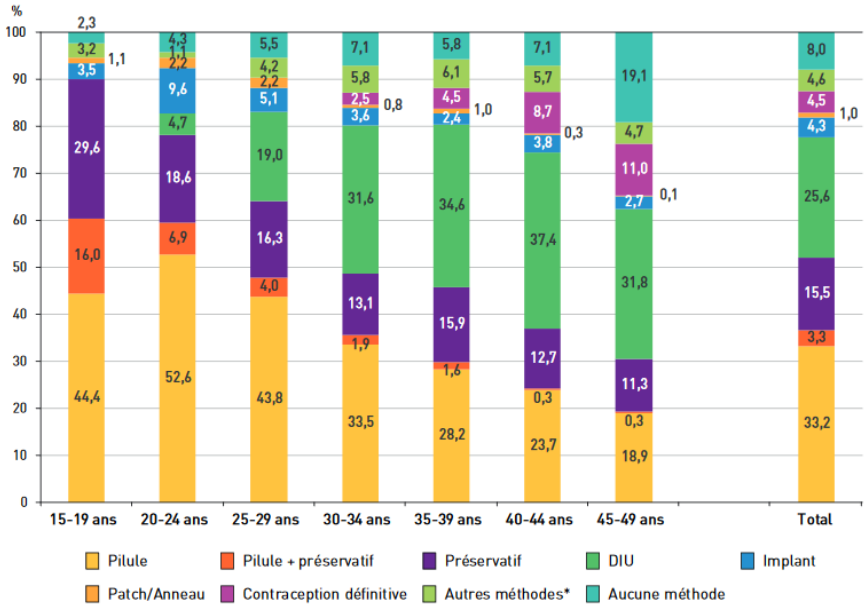
En France, les prémices du droit des femmes à disposer de leur corps et à contrôler leur fécondité apparaissent avec la loi du 28 décembre 1967[1], dite loi Neuwirth, qui autorise la fabrication et la commercialisation de la contraception orale.
Mme Simone Veil, par la loi du 5 décembre 1974, élargit le dispositif notamment avec le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures. Puis, la loi du 17 janvier 1975[2], dite loi Veil, rendue définitive avec la loi du 31 décembre 1979, dépénalisera l'avortement, qui devient interruption volontaire de grossesse (IVG).

Depuis les années 2000, les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive constituent un enjeu essentiel de santé publique et sont reconnues comme telles dans la loi du 4 juillet 2001[3] relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, dite loi Aubry.

1. Les usages de la contraception en France

En France, la pratique contraceptive est très répandue. Selon les résultats du Baromètre Santé 2016[4] de l'Institut National de Prévention et Education pour la Santé (INPES) portant sur 4315 femmes de 15 ans à 49 ans, 71,9% des femmes sont concernées par la contraception (hors femmes enceintes, stériles ou ménopausées). Parmi les femmes concernées par la contraception, 8,0 % déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse.

Parmi les méthodes médicalisées pour assurer leur contraception (pilule, dispositif intra-utérin (DIU), implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint), la pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5%) en 2016 (Graphique 1). Cependant, on constate que son utilisation diminue au fur et à mesure de l'âge au profit du DIU.



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

Graphique 1 – Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

Depuis 2013, une diminution significative de 3,1 points du recours à la pilule est constatée chez les femmes de 15 à 49 ans faisant suite au débat médiatique sur la sécurité des contraceptifs[5]. Ce débat s'est manifesté en réaction à la plainte contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme sous pilule oestroprogestative de 3ème génération ayant présenté un accident vasculaire cérébral. Les risques associés aux méthodes de contraception médicalisées ont alors été mis en avant. De plus, les pilules de 3ème et 4ème génération ont alors été déremboursées en mars 2013.
Immédiatement après le débat, une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers des méthodes à l'efficacité pratique plus grande telles que le DIU, l'implant ont été constatés mais également vers le préservatif.

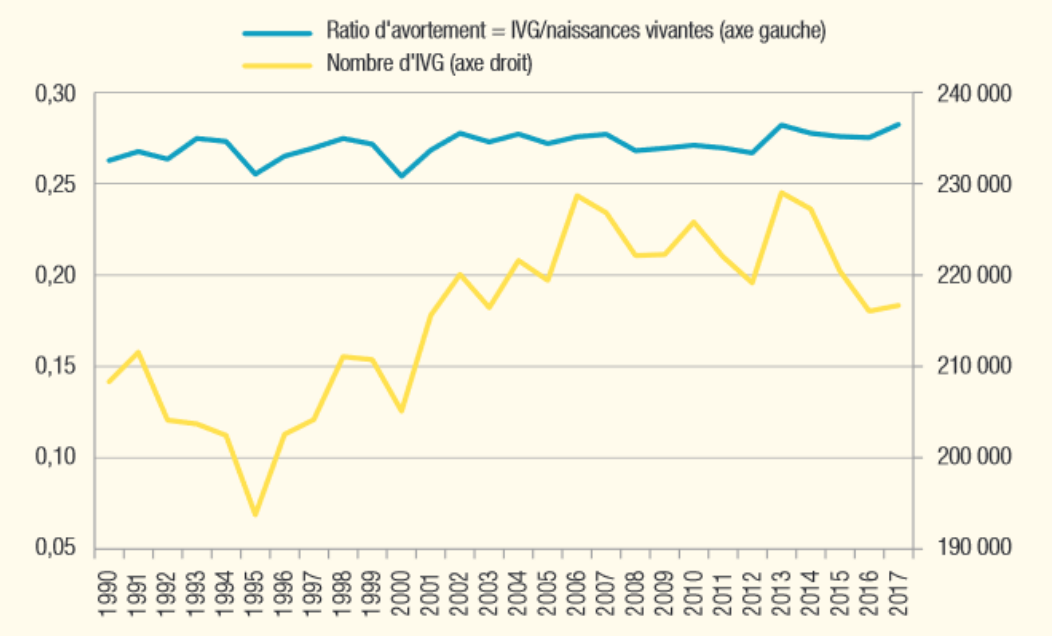
Ces principaux changements ont été observés chez les femmes de 20-29 ans. C'est dans cette tranche d'âge que l'on observe le taux d'IVG le plus élevé. Ainsi, l'utilisation du DIU ou de l'implant devrait permettre de réduire le risque de grossesse non prévue. En effet, le DIU et l'implant font partie de ce que l'on nomme les LARC (Long Acting Reversible Contraception). Les LARC sont les contraceptifs réversibles les plus efficaces : une fois installés ils ne requièrent aucune participation active de la part de la femme.

2. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste encore important

L'interruption volontaire de grossesse est un enjeu de santé publique : le taux annuel est encore important, elle résulte le plus souvent d'une contraception mal maîtrisée ou inexistante.

La France se trouve dans une situation paradoxale où d'une part le taux de recours et de diffusion de la contraception est l'un des plus élevés d'Europe et où, d'autre part, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse se stabilise à un niveau élevé.

En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France dont 16 043 en région Nouvelle-Aquitaine[6]. Les IVG restent les plus fréquentes chez les femmes de 20 à 24 ans (26,7 femmes sur 1000). Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse depuis (Graphique 2).



Graphique 2 – Evolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017

Les femmes les plus jeunes ont un comportement davantage à risque concernant les rapports non protégés, mais ce sont également celles qui ont le plus utilisé la pilule de contraception d'urgence (PCU) lors de leur dernier rapport non ou mal protégé[7].

3. La contraception d'urgence

a. Recours à la contraception d'urgence

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), l'expression contraception d'urgence désigne une contraception de « rattrapage », utilisable par les femmes en situation d'urgence dans les quelques jours qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue[8].

Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : la pilule de contraception d'urgence comprenant le Lévonorgestrel (NORLEVO®) et l'Ulipristal Acétate (ELLAONE®) (Tableau 1) et le dispositif intra-utérin au cuivre[9].

Le Lévonorgestrel, dit « pilule du lendemain », est un progestatif disponible en pharmacie sans prescription médicale depuis mai 1999.

L'Ulipristal Acétate est un modulateur des récepteurs de la progestérone, plus récent sur le marché (2009), dit « pilule du surlendemain » car pouvant être pris jusqu'au 5ème jour après le rapport à risque de grossesse. Il n'est plus soumis à prescription médicale depuis février 2015.

La PCU agit principalement en inhibant l'ovulation. Elle n'est pas efficace à 100 % et son efficacité est d'autant plus grande que sa prise est précoce après le rapport non protégé.

Tableau 1 – Produits hormonaux utilisés pour la contraception d'urgence en France

Méthode		Classe	Produit	Posologie recommandée	Indication
Pilule contraceptive d'urgence (PCU)	Lévonorgestrel (LNG)	Hormone – progestatif	Norlevo 1,5 mg®, Lévonorgestrel Biogaran 1 500 µg	1,5 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive
	Ulipristal acétate (UPA)	Modulateur des récepteurs de la progestérone	EllaOne 30 mg®	30 mg en 1 prise orale	Contraception d'urgence dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive

La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception[3] a permis une facilité d'accès à la PCU avec l'autorisation de délivrance du Levornorgestrel sans prescription médicale gratuite et anonyme pour les mineures puis secondairement de l'Ulipristal Acétate en mars 2015.

La France est par ailleurs le premier pays en Europe à avoir autorisé l'accès sans ordonnance au Lévonorgestrel en pharmacie[10].

Grâce à l'amélioration de son accessibilité, il a été constaté une augmentation importante de l'utilisation de la contraception d'urgence, surtout chez les femmes de moins de 30 ans.
Toujours dans le but de faciliter l'accès à la contraception d'urgence, les autorités ont mis en place un circuit simplifié en cas de situation à risque de grossesse non désirée avec une délivrance possible dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) (1974), dans les infirmeries scolaires (2000) et dans les services de médecine universitaire (2009).
Depuis 2005, les sages-femmes sont autorisées à prescrire la PCU. Sur prescription d'un professionnel de santé, la contraception d'urgence est remboursée à 65% par l'Assurance Maladie.

Selon le Baromètre Santé 2010[11], le recours à la contraception d'urgence est de plus en plus fréquent chez les personnes interrogées, sexuellement actives, de 15-54 ans. Entre 2000 et 2010, l'utilisation de la PCU, chez les femmes de 15 à 49 ans, passe de 9 à 24%.

En France en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la PCU au cours des 12 mois[12]. C'est parmi les femmes de moins de 30 ans que le niveau d'utilisation est le plus important (11,5%). Les changements récents dans l'usage de la contraception chez les femmes de moins de 30 ans ne semblent pas avoir impacté les niveaux de recours aux solutions de rattrapage.
La mise à disposition sans prescription médicale en 2015 de la formule à l'Ullipristal Acétate, peu relayée médiatiquement, ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'utilisation contrairement à ce qui avait été observé entre 2000 et 2005 avec l'arrivée de la PCU au Levonorgestrel.
Cette stabilité se retrouve à travers les chiffres de ventes : plus d'un million de « pilules du lendemain » et « du surlendemain » sont vendues chaque année depuis 2005, un chiffre qui était même en légère baisse entre 2013 et 2015[6].

Les trois circonstances principales citées qui ont conduit à la prise de la PCU sont :

- Un problème avec le préservatif (32,5%)
- Un problème de pilule (24,9%)
- Un rapport sexuel non protégé (21,8%).

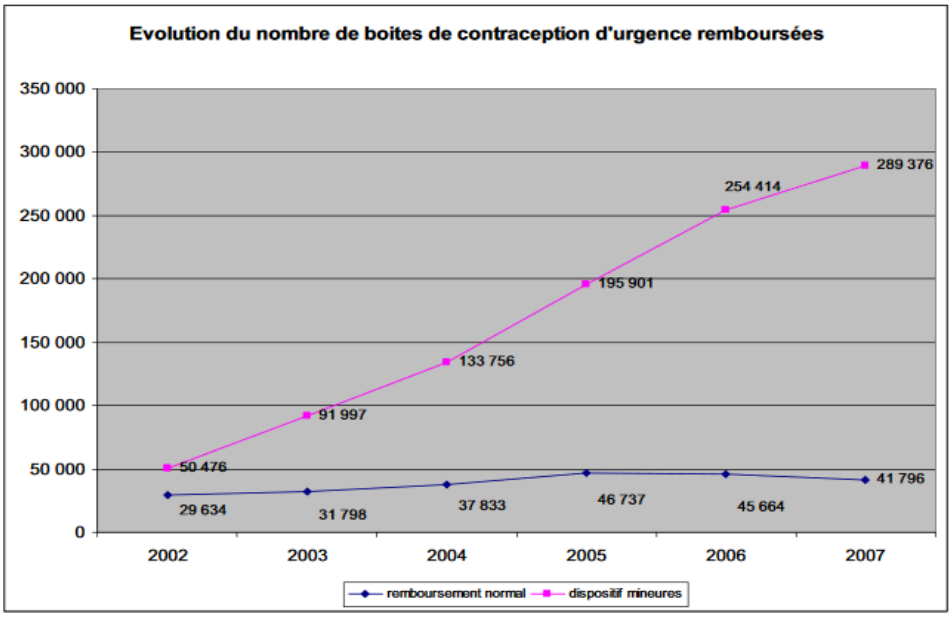
Dans la majorité des cas (91,5%) le recours à la contraception d'urgence a permis à la femme de ne pas être enceinte.

Malgré cela, le taux de grossesses non désirées ne diminue pas ou peu. Les échecs de la contraception restent fréquents puisque selon l'étude Cocon publiée en 2003 par l'INSERM et l'INED, 1 grossesse sur 3 est une grossesse non prévue et parmi ces dernières la moitié fait l'objet d'une IVG[13].

Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent sous contraception. Dans cette étude, seules 11% des femmes en situation de risque de grossesse non désirée ont eu recours à la contraception d'urgence.

Selon le rapport de l'IGAS basé sur les données de l'Assurance maladie, le nombre de boites de contraception d'urgence ayant fait l'objet d'une demande de remboursement en 2007 s'élève à 332000[10]. Près de 90% de ces boites ont été délivrées gratuitement par les pharmaciens à des jeunes mineures ou déclarées mineures selon la procédure prévue.

On constate en effet que c'est la mise en place du dispositif de délivrance gratuite et anonyme pour les mineures, opérationnel depuis 2002, qui explique l'essentiel de la progression des remboursements de contraception d'urgence depuis cette date alors que les remboursements sur prescription médicale ont peu augmenté. En effet, la délivrance gratuite aux mineures est passée de 50 476 en 2002 à 289 376 en 2007, soit un coefficient multiplicateur de 5,7 (Graphique 3).



Source : CNAMTS

Graphique 3 – Evolution du nombre de boites de contraception d'urgence remboursées de 2002 à 2007

b. Paradoxe et méconnaissance de la contraception d'urgence

Des idées reçues et des représentations erronées sur la contraception sont encore largement répandues ainsi que d'importantes lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives.

Ceci contribue à expliquer une mauvaise perception des femmes à propos du risque de grossesse, ce qui entraine de fait une moindre utilisation de la contraception d'urgence. De plus, il existe un lien entre utilisation de la PCU et les connaissances et perceptions la concernant. Les femmes ayant une bonne connaissance des délais de prise et celles qui percevaient la PCU comme efficace déclaraient un recours plus fréquent. Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif, l'utilisation de la PCU n'a pas progressé en France.

Les modalités d'usage ainsi que les dispositifs permettant la délivrance de la contraception d'urgence sont relativement méconnus[14]. Effectivement, le niveau de connaissance sur la contraception d'urgence est assez hétérogène : il est nettement plus élevé dans les classes d'âge les plus jeunes en milieu scolaire.

En 2005, seules 11,7% des femmes de 15 à 54 ans (et 7,1% des hommes) connaissaient le délai d'efficacité reconnue de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence alors qu'un français sur quatre n'a aucune idée de ce délai[15]. Un quart de la population âgée de 15 à 54 ans interrogée ne savait pas qu'il est inutile d'avoir une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence.

La contraception d'urgence est communément appelée la « pilule du lendemain », ce qui laisse entendre qu'il s'agit d'une pilule à prendre dans les 24 heures alors que les femmes disposent de 5 jours au maximum, selon la méthode utilisée, pour éviter une grossesse. Cette désignation peut alors entrainer une confusion en ce qui concerne le délai de prise et d'efficacité. Selon l'HAS en 2013, des femmes avouaient ne pas prendre de PCU si le rapport non protégé avait eu lieu au-delà des dernières 24 heures[8].

Concernant la contraception et la contraception d'urgence, l'information et l'éducation à la sexualité chez les mineures semblent malgré tout abondantes par la multiplicité des sources et des acteurs qui y participent.

Il est important de poursuivre la promotion de la contraception d'urgence comme complément à une contraception régulière. Elle doit être soutenue dans un contexte de stabilité du nombre de grossesses non prévues et d'interruptions volontaires de grossesse.

c. Freins à l'utilisation de la contraception d'urgence

Selon le rapport de l'HAS de 2013[8], les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence sont définis en 3 groupes : les freins liés aux usagers, les freins liés aux professionnels de santé ainsi que les freins au niveau structurel (accessibilité physique ou financière).

Les principaux freins sont liés aux usagers, prédominant sur une mauvaise perception du risque de grossesse. Cependant, on retrouve également en tant que frein majeur le manque de connaissance sur la PCU, décrit comme un frein à son utilisation dans une revue de littérature réalisée par l'HAS (12 études recensées).

Selon le sondage de BVA en mars 2012[16] auprès de 3775 femmes, la contraception d'urgence est considérée comme un progrès pour la majorité des femmes (86%) et sa prise relèverait d'un acte de responsabilité. Néanmoins, 2/3 des femmes ressentent cette prise comme un signe d'imprudence et 20% ressentiraient de la honte si elles devaient la prendre.

La HAS précise que ni l'âge, ni le niveau d'éducation, ni la localisation géographique, ni les comportements sexuels à risque des femmes n'influencent l'utilisation de la PCU.
Pour résumé, les principaux freins à son utilisation sont :

- L'insuffisance de perception du risque de grossesse,
- L'insuffisance de connaissances sur la PCU (délai, efficacité, modalités d'accès),
- La perception négative de la PCU,
- Les inquiétudes relatives aux effets indésirables de la PCU.

4. Le médecin généraliste et la contraception

a. Le rôle du médecin généraliste

Selon la définition européenne de la WONCA[17] *(World Organization of National colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)* de 2002, la médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. Il s'agit d'une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

6 compétences fondamentales et transversales définissent cette discipline (Figure 1)[18].

Figure 1 - La marguerite des compétences du médecin généraliste.

Les médecins généralistes (MG) sont des interlocuteurs privilégiés concernant la santé des femmes et particulièrement dans leur contraception : ils prescrivent la contraception d'une femme sur deux.
La Société française de médecine générale place la contraception au septième rang du classement des motifs de consultations les plus fréquents pour les femmes en médecine générale[19].

Le médecin généraliste a un rôle important en matière de counseling : une démarche de conseil et d'accompagnement du patient qui, guidé par le praticien, prend les décisions. Cela a une efficacité démontrée en matière de contraception.
Ainsi, la démarche de counseling est aujourd'hui recommandée par l'HAS qui propose une trame de consultation à travers la méthode BERCER de l'OMS[20] traduite du guide de counseling « GATHER».
« BERCER » est un acronyme, il permet de structurer la consultation sur la contraception et le suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour (« GATHER » en anglais : Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Return).

L'implication de la femme dans le choix de sa contraception est indispensable quelle que soit la méthode contraceptive choisie. Cela permet notamment d'améliorer leur observance.

L'intérêt de la contraception est une priorité très actuelle pour la médecine de soins primaires : la HAS souligne dans ses recommandations que la discussion d'une méthode de contraception justifie une consultation entièrement dédiée à cette question.

En conséquence, depuis le 01/11/2017 la première consultation de contraception et prévention (CCP) des infections sexuellement transmissibles (IST) de la jeune femme de 15 à 18 ans est désormais à 46€ après revalorisation tarifaire et est prise en charge à 100% par l'assurance maladie[21].

Les femmes ont peu recours aux conseils du médecin en cas d'accident de contraception. L'anticipation prend alors toute sa place lors de consultation de médecine générale.

Selon la double enquête de BVA Healthcare en 2012[16] sur la perception et l'utilisation de la contraception d'urgence, les principales raisons énoncées devant l'absence de consultation devant un risque de grossesse sont que la consultation médicale semble incompatible avec l'urgence :

- « Compliqué d'avoir un rendez-vous en urgence »
- « Il fallait faire au plus vite »

Les actions demandées par les patientes aux médecins de premier recours selon ce sondage sont des actions en amont du risque de grossesse :

- Un rôle de conseil quant à la méthode de contraception la plus adaptée
- Un rôle de prévention sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou d'accident de contraception, savoir identifier les situations à risque de grossesse
- Un rôle d'informations sur la contraception d'urgence : son indication, sa prise, son mode d'action…

C'est pourquoi il est nécessaire, pour le médecin généraliste, d'anticiper les risques liés à une grossesse non désirée et d'aborder la contraception hormonale d'urgence dans le cadre d'une consultation.

L'interrogation sur la mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence s'est posée en 2011. La HAS recommande d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence[8] uniquement au cas par cas dans certaines situations :

- Les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (par ex. difficulté d'accès à une pharmacie, difficultés financières)
- Les femmes voyageant à l'étranger
- Les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces.

La HAS ne recommande pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique. En effet, les études disponibles n'ont pas démontré l'efficacité d'une telle stratégie pour diminuer l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle populationnelle.

Cependant, une prescription à l'avance de la contraception d'urgence devrait s'accompagner systématiquement d'une information personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST.

Qu'en est-il cependant de l'avis des patientes ?
Cela sera un des objectifs de ce travail, de recueillir l'opinion des femmes de 15 à 50 ans concernant la prescription à l'avance de la contraception d'urgence.

b. Connaissances de la contraception d'urgence par les médecins généralistes en Poitou-Charentes

Une étude a été menée en 2011 sur les connaissances et savoir-faire déclarés en matière de contraception sur 110 internes de médecine générale en Poitou-Charentes[22]. Celle-ci a révélé un manque important de connaissances et d'habiletés des internes de médecine générale dans le domaine de la contraception. Ce travail confirme que l'enseignement de la contraception n'est pas pleinement satisfaisant. Les besoins de formation des médecins généralistes sont un enjeu important pour le système de santé.

Les travaux sur la thématique de la contraception d'urgence à la faculté de Médecine de Poitiers ont débuté en 2013 par G. Gaiani[23]. Son hypothèse de recherche était que les connaissances des médecins généralistes sur la PCU pouvaient influencer leur pratique et notamment la fréquence de délivrance d'informations. Elle a construit un outil d'évaluation des connaissances à ce sujet à destination des MG.
Puis, en 2015, C. Bouquet[24] a démontré que le counseling sur la PCU en médecine générale était particulièrement peu abordé (3 consultations sur 803), il était alors impossible de comparer les connaissances entre ceux qui l'abordent et ceux qui ne l'abordent pas.
Ensuite, L. Bouskine[25] a réalisé une revue de la littérature en 2017 sur les connaissances et les représentations des MG en matière de PCU. Il a été mis en évidence que des croyances et des méconnaissances existaient chez les MG mais il existe peu d'études à ce sujet et il n'a pas été montré si les pratiques et les connaissances étaient corrélées.
Un double travail a été réalisé en 2018 par C. Bucco[26] et S. Moreau[27] concernant le niveau de connaissances des médecins généralistes en matière de PCU tout en étudiant la corrélation avec leurs représentations. Les résultats ont montré qu'il persiste des croyances, des représentations négatives qui peuvent limiter leur counseling, cependant aucun lien n'est retrouvé entre connaissances et représentations. Malgré tout, les connaissances des MG et la fréquence de délivrance d'explications sur la PCU sont corrélées. Les MG interrogés informaient peu et prescrivaient peu la PCU alors qu'ils y étaient favorables.

Les femmes obtiennent donc des informations via d'autres moyens que par leur médecin généraliste.

5. Objectifs de recherche

Le contexte actuel retrouve 2 tendances :

- Les femmes ne semblent pas obtenir leurs connaissances de la PCU par leur médecin généraliste et ont donc d'autres sources d'informations.
- L'utilisation de la PCU a considérablement augmenté depuis 2001 contrairement aux nombres de prescriptions médicales.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux des connaissances sur la pilule de contraception d'urgence d'un échantillon de patientes de 15 à 50 ans consultant en cabinet de médecine générale en Poitou-Charentes.

Les objectifs secondaires sont :

- Étudier les sources d'informations des patientes en matière de contraception d'urgence, les freins à la prise et leur ressenti lors de la procuration en pharmacie
- Interroger les femmes sur leur opinion concernant la prescription anticipée de la PCU

II. MATERIELS ET METHODES

1. Recueil des données

a. Méthodes de recueil

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, quantitative et multicentrique par auto-remplissage anonyme d'un questionnaire.
Elle a été menée de juin à septembre 2018 auprès des femmes de 15 à 50 ans consultant en cabinet de médecine générale.
Le recueil des données a été effectué grâce à des questionnaires distribués par des praticiens, volontaires à la participation de l'étude, à leurs patientes ou accompagnantes de patients.
Les praticiens ont été recrutés par l'intermédiaire de mails par le biais du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes.
Les questionnaires ont été remis et recueillis par le médecin ou les secrétaires directement au sein du cabinet. Une fois complétés, les questionnaires de connaissances ont été récupérés par réexpédition postale à l'aide d'enveloppes pré-timbrées.
Les questionnaires ont été envoyés par voie postale le 21/06/2018.
L'étude a donc débuté fin juin et la clôture de réception des formulaires était au 30/09/2018, soit une durée de 3 mois environ.
Parmi les médecins ayant accepté initialement la diffusion du questionnaire à leurs patientes, les non-répondants ont été relancés ensuite 2 fois par mail, fin juillet et mi-septembre 2018.

Cette étude n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation au comité d'éthique car elle était non interventionnelle.

b. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré pour cette étude à l'intention des patientes après avoir réalisé une revue de la littérature et ciblé les questions pertinentes afin de répondre aux objectifs de recherche.
Une première version de ce questionnaire a été établie et testée auprès de plusieurs femmes et auprès de certains praticiens concernant la faisabilité du questionnaire et de la compréhension des questions.
Les remarques formulées ont été prises en compte pour conduire à la version définitive.
La durée estimée pour répondre au questionnaire est de 10 minutes environ.

L'introduction du questionnaire comprenait une courte explication des objectifs de l'étude, la population ciblée ainsi que le respect de l'anonymat.
Le questionnaire est composé de 11 questions fermées à choix unique, 12 questions fermées à choix multiples et 1 question ouverte à texte, imprimé sur 2 feuilles A4 recto-verso (Annexe 1).

La méthode de contraception d'urgence par dispositif intra-utérin (DIU) a été volontairement exclus du questionnaire.

c. Informations recueillies

Les données recueillies à propos des femmes concernaient :

- 1ère partie :
  - Leurs données sociodémographiques : tranche d'âge, catégorie socioprofessionnelle (Selon la classification INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques), situation sociale
  - Leur histoire obstétricale à savoir gestité, antécédent d'interruption volontaire de grossesse
  - Leur histoire contraceptive actuelle : le contraceptif utilisé, la durée de prise du contraceptif actuel, le prescripteur et la fréquence de l'oubli
- 2ème partie :
  - Auto-estimation de leur degré de connaissance sur la contraception d'urgence
  - Sources de connaissances sur la contraception d'urgence
  - Confrontation à la prise de PCU et si oui pour quels motifs
- 3ème partie :
  - Connaissances sur la PCU : procuration, modalités de prise, mode d'action
  - Recherche de freins à la prise de PCU
  - Avis sur la prescription anticipée de PCU avec la contraception

2. Population de l'étude

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes de 15 à 50 ans
- Femmes consultant un praticien de médecine générale volontaire à l'étude
- Suivant ou non une contraception au moment de l'étude

b. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes de moins de 15 ans et plus de 50 ans
- Les hommes

3. Analyse des données

L'ensemble des données des questionnaires a été exporté et exploité à l'aide du logiciel Excel 2016. Les analyses statistiques ont été réalisées par l'intermédiaire du site BiostaTGV selon le test statistique d'hypothèse du Khi-2, en considérant un risque alpha à 5%. Pour certains cas où les effectifs étaient inférieurs à 5, un complément par un test de Fisher a été réalisé.
La différence est considérée comme significative lorsque p est inférieur à 0,05.

Concernant les variables et facteurs d'étude, l'analyse s'est présentée comme suit :

- L'âge a été réparti en 5 tranches : 15 à 18 ans, 18 à 25 ans, 25 à 35 ans, 35 à 45 ans, et 45 à 50 ans.
- Les réponses aux questions à choix unique ont été classées en 2 groupes : les réponses correctes et les réponses incorrectes, regroupant les réponses fausses ainsi que les réponses "je ne sais pas" afin d'être comparées avec le test statistique du Khi2.

III. RESULTATS

1. Taux de réponses

18 médecins ont initialement accepté de participer à cette étude par retour positif de mail.

12 médecins ont finalement réexpédié les questionnaires complétés.

360 exemplaires avaient été envoyés aux 18 médecins.

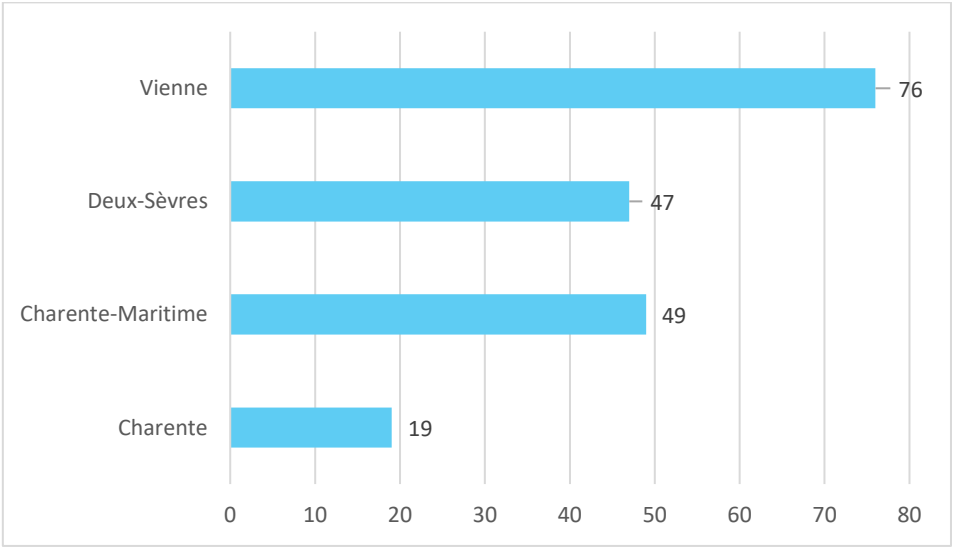
Parmi les 12 médecins ayant répondu, 5 sont des femmes soit 41,7 % et 7 sont des hommes soit 58,3%.

Parmi les 210 questionnaires reçus initialement :

- 2 ont été exclus car hors limite d'âge
- 11 étaient incomplets
- 6 n'étaient pas remplis selon la consigne

Au total, l'analyse des données a été réalisée sur 191 questionnaires (Graphique 4) dont :

- 76 provenant du département de la Vienne soit 39,8%
- 47 provenant du département des Deux-Sèvres soit 24,6%
- 49 provenant du département de la Charente-Maritime soit 25,6%
- 19 provenant du département de la Charente soit 10,0%



Graphique 4 – Répartition de la population étudiée par département

2. Caractéristiques de la population de l'étude

a. Age des répondantes

Tableau 2 – Répartition par tranches d'âge

Age des femmes	**Femmes N (%)**
15-18 ans	7 (3,7)
18-25 ans	36 (18,8)
25-35 ans	57 (29,8)
35-45 ans	62 (32,5)
45-50 ans	29 (15,2)
Total général	**191 (100)**

Les femmes entre 35-45 ans étaient les plus nombreuses et représentaient un tiers de la population de l'étude, suivies de près par les 25-35 ans (Tableau 2).
Toutes les tranches d'âge étaient représentées.

b. Catégories socio-professionnelles des répondantes

Tableau 3 – Répartition par catégories socio-professionnelles

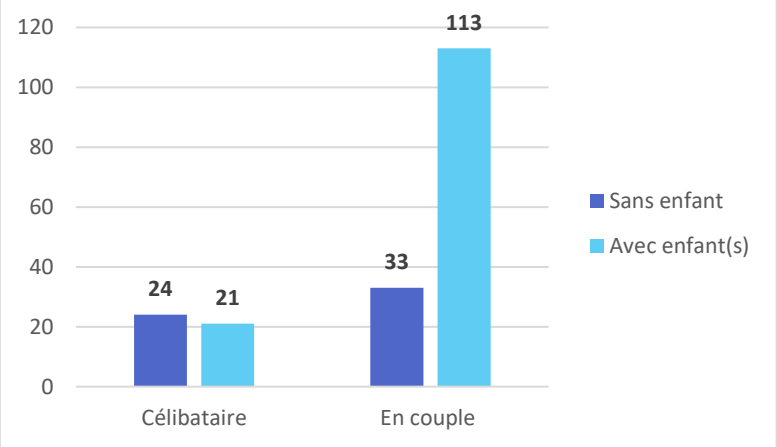
Profession	**Femmes N (%)**
Agricultrice, exploitante	1 (1)
Artisane, commerçante, chef d'entreprise	6 (3)
Autres personnes sans activité professionnelle	18 (9)
Cadre et profession intellectuelle supérieure	32 (17)
Employée	90 (47)
Lycéenne ou étudiante	25 (13)
Ouvrière	5 (3)
Profession intermédiaire	14 (7)
Total général	**191 (100)**

Toutes les catégories socio-professionnelles ont été représentées selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'INSEE (Tableau 3).
La plus large proportion concerne les employées.
Les minorités représentées sont les agricultrices/exploitantes puis les artisanes/commerçantes/chefs d'entreprise et les ouvrières.

c. Situation sociale des répondantes

Seulement 57 d'entre elles étaient nullipares.

La plupart des femmes était en couple (146) et 45 d'entre elles étaient célibataires. La grande majorité des femmes étaient en couple avec enfants (Graphique 5).



Graphique 5 – Répartition des femmes en fonction de leur situation sociale

d. Histoire obstétricale

i. *Nombre de grossesses*

Tableau 4 – Répartition du nombre de grossesses

Nombre de grossesses	**Femmes N (%)**
0	55 (29)
1	28 (15)
2	52 (27)
3	37 (19)
4 ou plus	19 (10)
Total général	**191 (100)**

La répartition du nombre de grossesses était diversifiée et bien répartie (Tableau 4).

La majorité des femmes était nulligeste ou avait eu 2 grossesses.

ii. *Recours à l'IVG*

Tableau 5 – Répartition du nombre d'IVG

Recours à l'IVG	**Femmes N (%)**
Non	158 (83)
Oui, 1 fois	25 (13)
Oui, 2 fois	6 (3)
Oui, 3 fois ou plus	2 (1)
Total général	**191 (100)**

La grande majorité des femmes de cette étude n'ont jamais eu recours à l'IVG (Tableau 5). Cependant, 17% d'entre elles ont déjà pratiqué une IVG.

e. Contraception

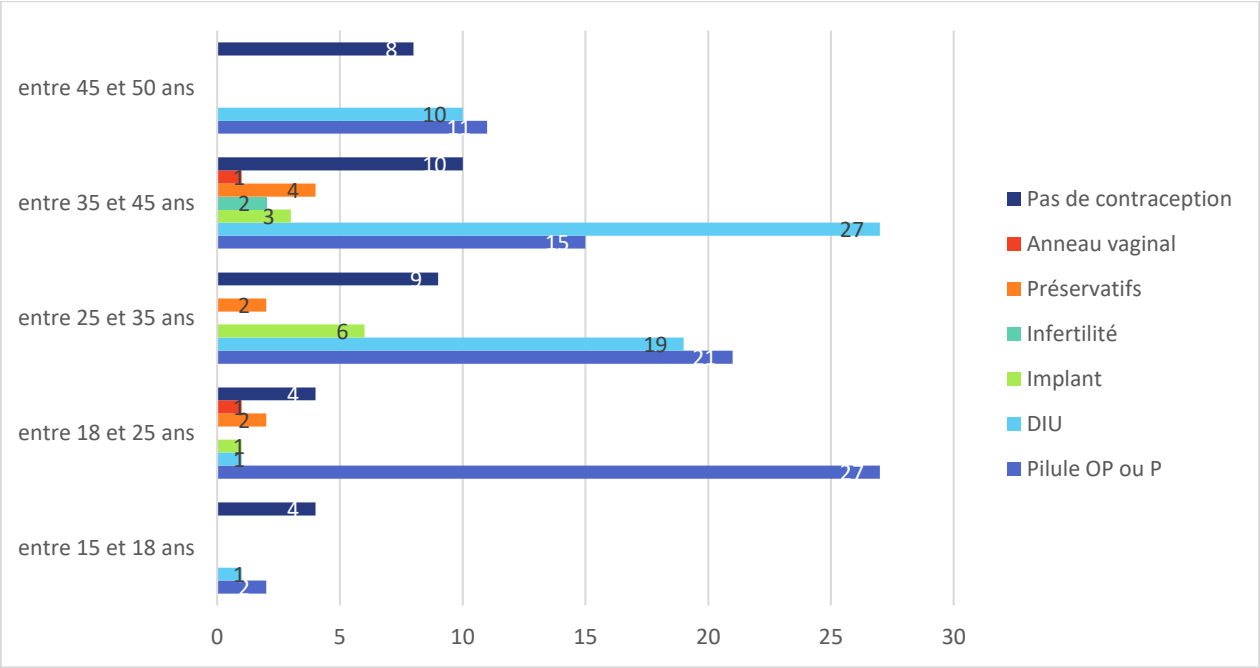
i. *Méthode de contraception actuelle*

Tableau 6 – Répartition des différents modes de contraception des femmes

Mode de contraception	**Femmes N (%)**
Pilule OP ou P	76 (40)
DIU	58 (31)
Implant	10 (5)
Anneau vaginal	2 (1)
Préservatifs	8 (4)
Infertilité ou stérilisation	2 (1)
Pas de contraception	35 (18)
Total général	**191 (100)**

On constate que la contraception orale est la plus utilisée parmi notre population d'étude (Tableau 6). Un tiers des patientes utilisent le DIU et une proportion non négligeable de 18% des femmes n'ont aucune contraception.

Il apparaît nettement que la tendance chez les moins de 25 ans est à la pilule contraceptive alors que celle-ci évolue au profit du DIU à partir de 25 ans pour être prédominante après 35 ans (Graphique 6). L'absence de contraception est à remarquer dans toutes les tranches d'âges.



Graphique 6 – Répartition des méthodes de contraception en fonction des tranches d'âges

ii. *Prescripteur de la contraception actuelle*

Tableau 7 – Répartition des différents prescripteurs de la contraception

Prescripteur	**Femmes N (%)**
Gynécologue	82 (43)
Médecin généraliste	59 (30)
Sage-femme	20 (11)
Décision personnelle	8 (4)
Non concernée par un prescripteur	22 (12)
Total général	**191 (100)**

Le gynécologue reste le prescripteur majoritaire dans notre échantillon (Tableau 7).

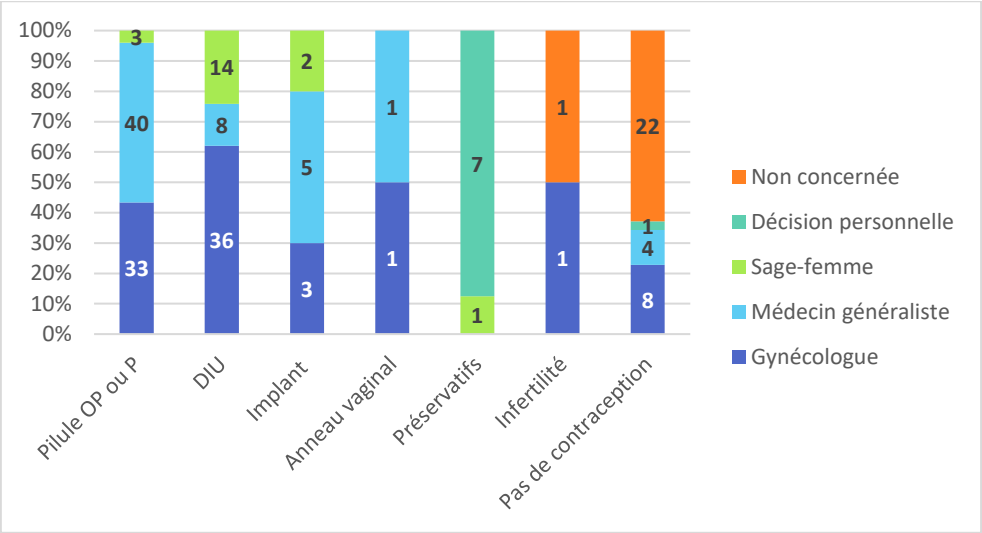
Malgré cela, pratiquement un tiers des prescripteurs sont des médecins généralistes.

Dans une moindre mesure, les sages-femmes sont responsables de 11% des prescriptions.

Les patientes sont dites « non-concernées » si elles n'ont pas de contraception.

Les médecins généralistes semblent majoritairement prescrire la pilule contraceptive à leurs patientes, alors que les gynécologues restent les interlocuteurs privilégiés lors du recours au DIU (Graphique 7). En ce qui concerne l'implant, le prescripteur est plus diversifié entre le gynécologue, le MG et la sage-femme.

L'infertilité concerne l'infertilité primaire mais également l'infertilité secondaire par stérilisation, expliquant l'intervention du gynécologue dans ces résultats.



Graphique 7 – Répartition des méthodes de contraception en fonction des prescripteurs

iii. *Durée de prise de la contraception actuelle*

Tableau 8 – Répartition selon la durée de prise de la contraception actuelle

Durée de prise de contraception	**Femmes N (%)**
< 5 ans	65 (34)
Entre 5 et 10 ans	41 (21)
> 10 ans	57 (30)
Non concernée	28 (15)
Total général	**191 (100)**

La majorité des femmes de la population prenait leur contraception depuis moins de 5 ans, cependant la répartition est variée (Tableau 8).

iv. *Oubli de contraception*

Tableau 9 – Répartition de la fréquence d'oublis de la contraception

Fréquence d'oublis	**Femmes N (%)**
1 ou plusieurs fois par semaine	7 (4)
Entre 1 et 3 fois par mois	7 (4)
Entre 1 et 3 fois par trimestre	10 (5)
Entre 1 et 3 fois par an	39 (20)
Jamais	30 (16)
Non concernée	98 (51)
Total général	**191 (100)**

Un tiers des femmes (33%) déclarait oublier leur contraception au minimum 1 fois par an, parmi elles 14 femmes (soient 8%) l'oublient au moins 1 fois par cycle (Tableau 9).
La moitié de notre population n'est pas concernée par l'oubli de contraception : elles utilisent soit un DIU, l'implant ou n'ont pas de contraception.

v. Auto-évaluation du niveau de connaissances des répondantes sur la PCU

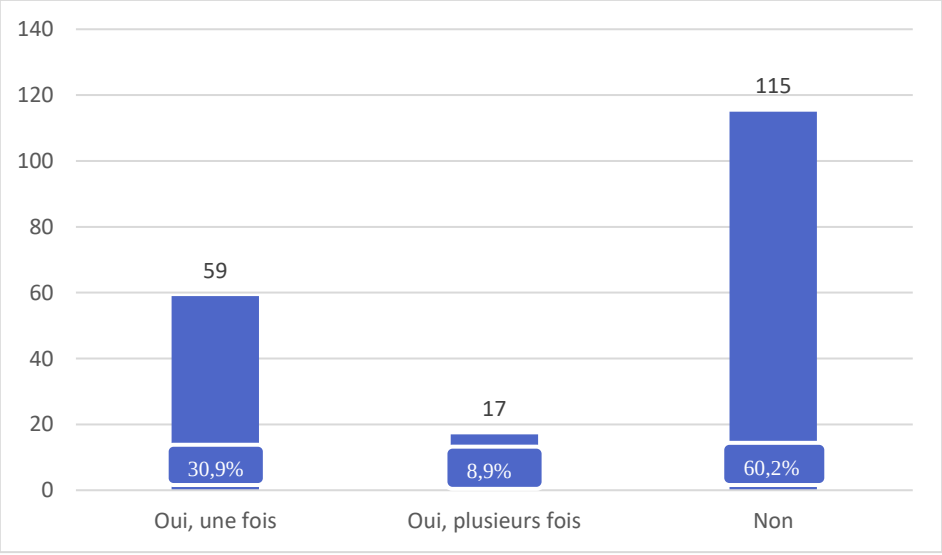
Tableau 10 – Répartition de l'auto-évaluation du niveau de connaissances sur la PCU

Auto-évaluation des connaissances sur la PCU	**Femmes N (%)**
Bonne	54 (28)
Moyenne	84 (44)
Insuffisante	53 (28)
Total général	**191 (100)**

Seulement 54 des répondantes estiment avoir de bonnes connaissances à propos de la PCU, soit 28% (Tableau 10). La majorité évalue avoir des connaissances moyennes, en effet elles sont 44% à l'estimer. Par ailleurs, elles sont 28% à considérer leurs connaissances insuffisantes.

L'auto-évaluation des connaissances sur la PCU n'est pas significativement liée à l'âge. Il n'y a pas non plus de différence retrouvée selon la spécialité du prescripteur de la contraception ni selon la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive. **Cependant, les répondantes ayant déjà eu recours à la PCU estiment de manière significative avoir de meilleures connaissances sur la contraception d'urgence que les autres (p-value = 0,0012).**

vi. Recours à la contraception d'urgence

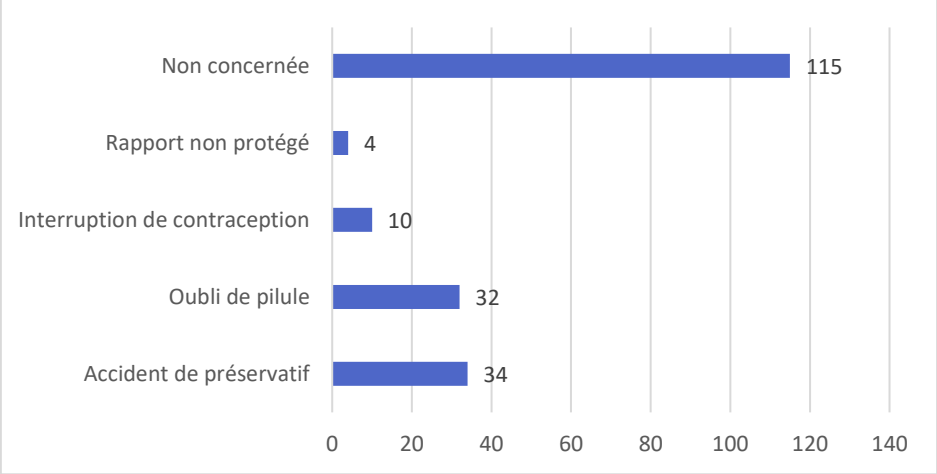


Graphique 8 – Répartition des répondantes selon leur recours à la PCU

39,8% des répondantes ont déjà été confrontées à une situation nécessitant le recours à la contraception d'urgence dont 8,9% plusieurs fois (Graphique 8).
La majorité ne l'ont jamais utilisée.

Le recours à la PCU n'est pas significativement lié à l'âge.
Cependant, le recours à la PCU est plus fréquent parmi nos répondantes entre 25 et 35 ans : 45% des 25-35 ans l'ont déjà utilisé au moins une fois alors qu'elles sont 34,8% chez les moins de 25 ans et 38,4% des plus de 35 ans.
Il n'y a pas de différence significative concernant le recours à la PCU selon la spécialité du prescripteur de la contraception ni selon la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive.

vii. Situation nécessitant le recours à la contraception d'urgence



Graphique 9 – Répartition des situations nécessitant le recours à la PCU des répondantes

Les patientes « non concernées » sont celles n'ayant jamais eu recours à la PCU.
La part de patientes non concernées (115 femmes) par la prise de contraception d'urgence a été volontairement retirée pour interpréter les résultats, soit un calcul basé sur 76 répondantes (Graphique 9) :

- 40,8% ont déclaré avoir utilisé la PCU devant un accident de préservatif
- 36,8% devant un oubli de pilule contraceptive
- 11,8% après interruption de contraception
- 5,7% après un rapport non protégé sans contraceptif associé
- A noter que 3,9% ont répondu avoir eu recours à plusieurs reprises à la PCU soit pour un accident de préservatif soit pour un oubli de pilule et 1,3% pour une interruption de contraception ainsi qu'un oubli de pilule.

3. Connaissances des répondantes sur la pilule contraceptive et la contraception d'urgence

a. Connaissances des délais définissant l'oubli de pilule contraceptive

Tableau 11 – Répartition des croyances concernant le délai de l'oubli de la pilule contraceptive

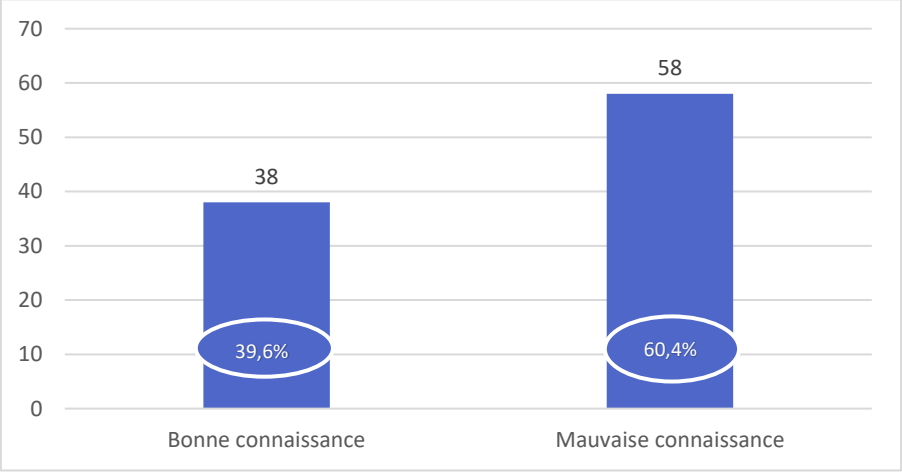
Délais définissant l'oubli	**Femmes N (%)**
En cas d'oubli de plus de 3h	20 (10)
En cas d'oubli de plus de 6h	16 (8)
En cas d'oubli de plus de 12h	**38 (20)**
En cas d'oubli de plus de 24h	17 (9)
Ne sait pas	5 (3)
Non concernée	95 (50)
Total général	**191 (100)**

La réponse attendue était « en cas d'oubli de plus de 12h ».

38 femmes ont donné la bonne réponse (Tableau 11).

La part de patientes non concernées par la prise de pilule contraceptive a été volontairement retirée pour interpréter les résultats, soit un calcul basé sur 96 patientes ou 50% des répondantes.

Seulement 39,6% de la population étudiée connaissaient la bonne réponse concernant le délai d'oubli (Graphique 10).

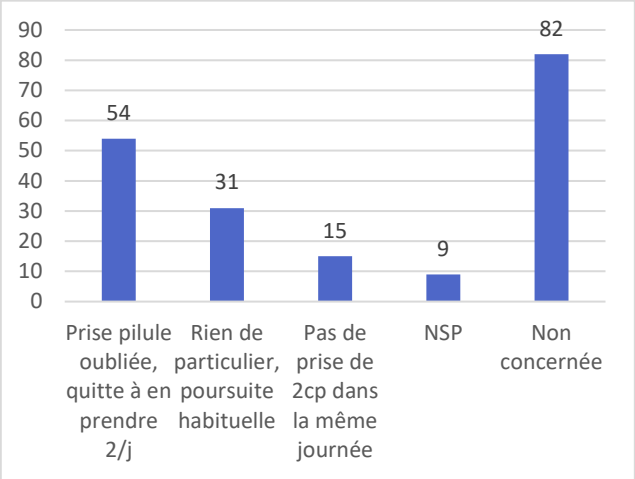


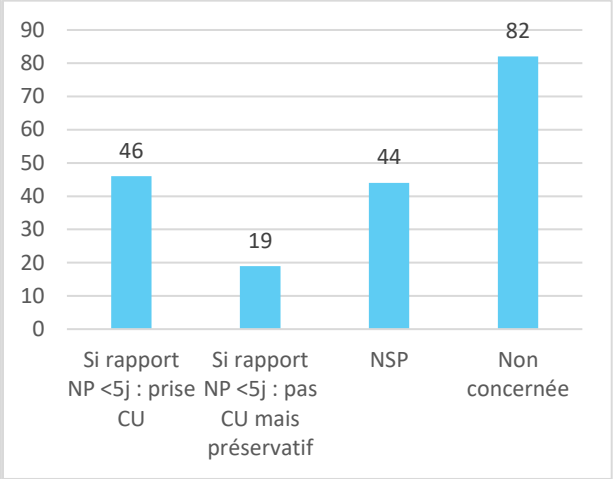
Graphique 10 – Connaissances du délai d'oubli de la pilule contraceptive

Nous n'avons pas pu montrer de différences significatives concernant les connaissances du délai d'oubli de la pilule contraceptive :

- Ni en fonction des tranches d'âges des 15-25 ans, 25-35 ans et 35-50 ans
- Ni en fonction de la spécialité du prescripteur de la contraception
- Ni en fonction de la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive
- Ni en fonction d'un recours antérieur à la PCU.

b. Connaissances de l'attitude concernant la prise du contraceptif en cas d'oubli





Graphique 11 *Graphique 12*

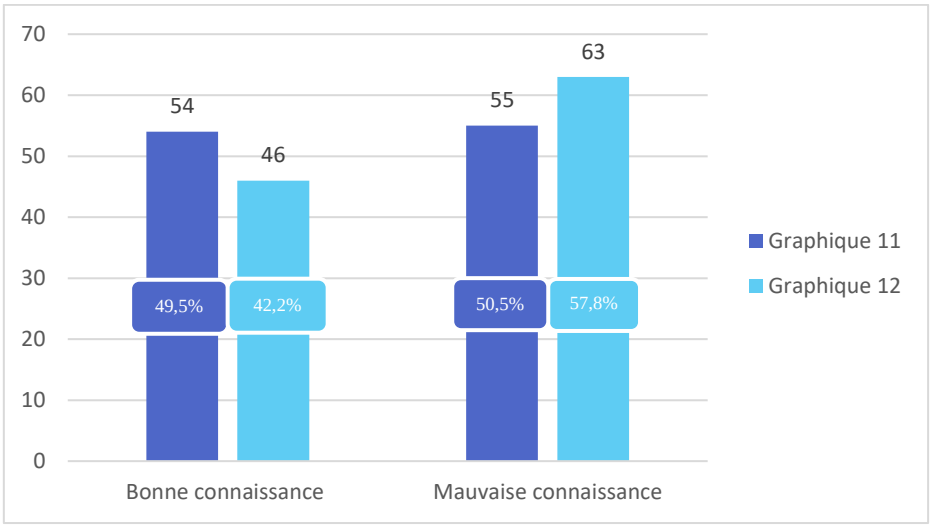
Répartition des réponses concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive

Les graphiques 11 et 12 représentent la répartition des réponses données par les femmes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive.

Les réponses attendues en cas d'oubli étaient :

- **« prise de la pilule oubliée, quitte à prendre 2 comprimés dans la même journée »**
- **« si rapport sexuel non protégé dans les 5 jours, indication à la prise de la contraception d'urgence ».**

La part de patientes non concernées (82 femmes) par la prise de pilule contraceptive a été volontairement retirée pour interpréter les résultats, soit un calcul basé sur 109 patientes.



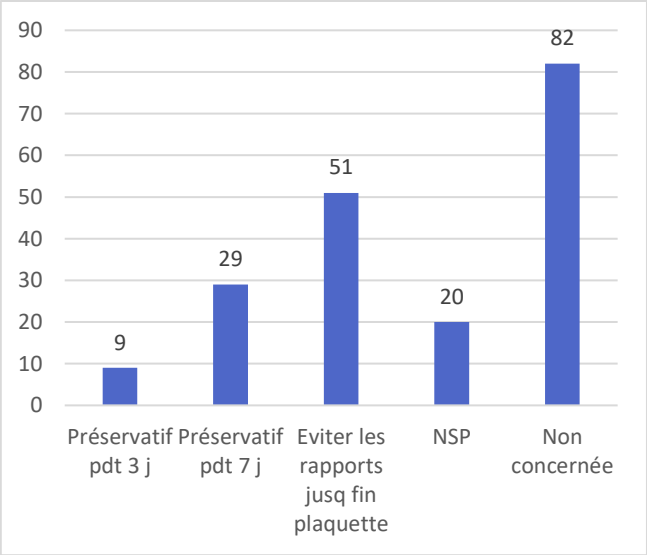
Graphique 13 – Connaissances de l'attitude des répondantes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive

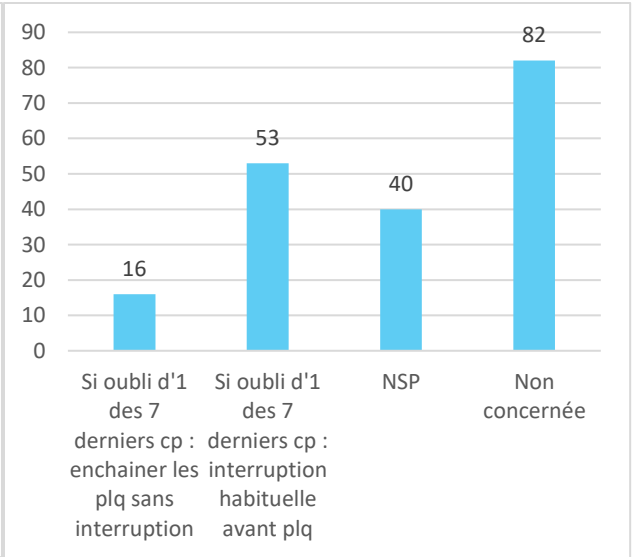
Le graphique 13 regroupe la répartition des réponses des femmes selon leur bonne ou mauvaise connaissance aux questions relatives à la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive représentées dans les graphiques 11 et 12.
La moitié des répondantes savaient qu'elles devaient prendre le comprimé oublié malgré la prise du prochain comprimé dans la même journée (Graphique 13).
Concernant la prise de PCU en cas d'oubli de pilule et de rapports non protégés dans les 5 jours, uniquement 42,2% des répondantes ont correctement répondu.
19 d'entre elles soient 17,4% déclaraient utiliser des préservatifs les jours suivants.

Nous n'avons pas pu montrer de différences significatives sur les connaissances de la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule contraceptive aussi bien concernant la prise de la pilule oubliée ou concernant la prise de PCU en cas de rapports non protégés dans les 5 jours :

- Ni en fonction des tranches d'âges (15-25 ans, 25-35 ans et 35-50 ans)
- Ni en fonction de la spécialité du prescripteur de la contraception
- Ni en fonction de la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive
- Ni en fonction d'un recours antérieur à la PCU.

c. Connaissances de la conduite à tenir après oubli de la pilule





Graphique 14 *Graphique 15*

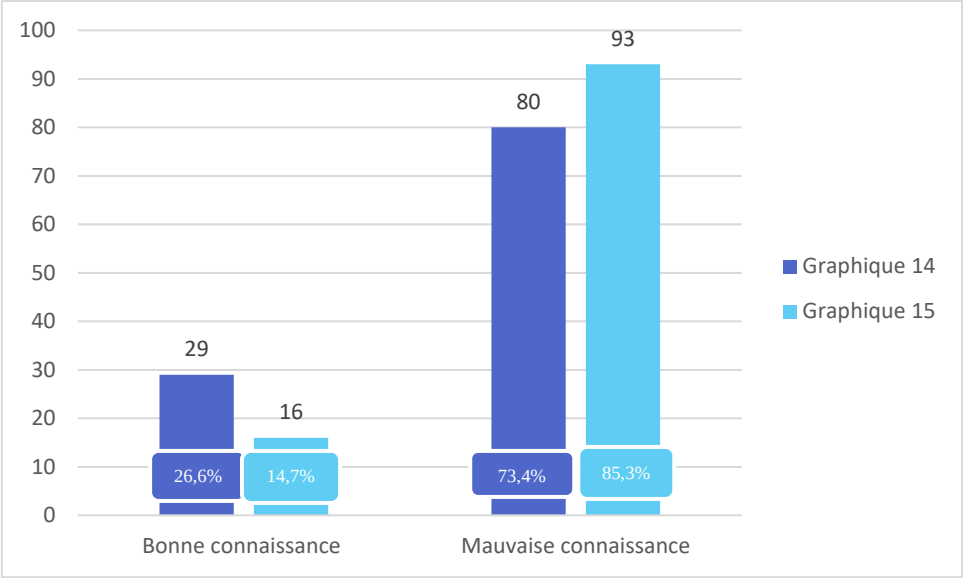
Répartition des réponses concernant la conduite à tenir après oubli de pilule

Les graphiques 14 et 15 représentent la répartition des réponses données par les femmes concernant la conduite à tenir après oubli de pilule contraceptive.

Les réponses attendues étaient :

- **« Vous utilisez un préservatif uniquement pendant 7 jours »**
- **« Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs (en cas de prise non continue), vous poursuivez la plaquette jusqu'à la fin et enchaînez avec la plaquette suivante sans jour d'interruption ».**

La part de patientes non concernées (82 femmes) par la prise de pilule contraceptive a été volontairement retirée pour interpréter les résultats, soit un calcul basé sur 109 patientes.



Graphique 16 – Connaissances de l'attitude des répondantes concernant la conduite à tenir après oubli de pilule contraceptive

Le graphique 16 regroupe la répartition des réponses des femmes selon leur bonne ou mauvaise connaissance aux questions relatives à la conduite à tenir après oubli de pilule contraceptive représentées dans les graphiques 14 et 15.

Seulement 26,6% des répondantes ont correctement répondu concernant l'utilisation de préservatifs pendant 7 jours après un oubli de pilule contraceptive et en cas de rapports non protégés dans les 5 jours (Graphique 16).
Elles sont également très peu (14,7%) à connaître la nécessité d'enchaîner les plaquettes si l'oubli de pilule survient dans les 7 derniers jours de la plaquette.

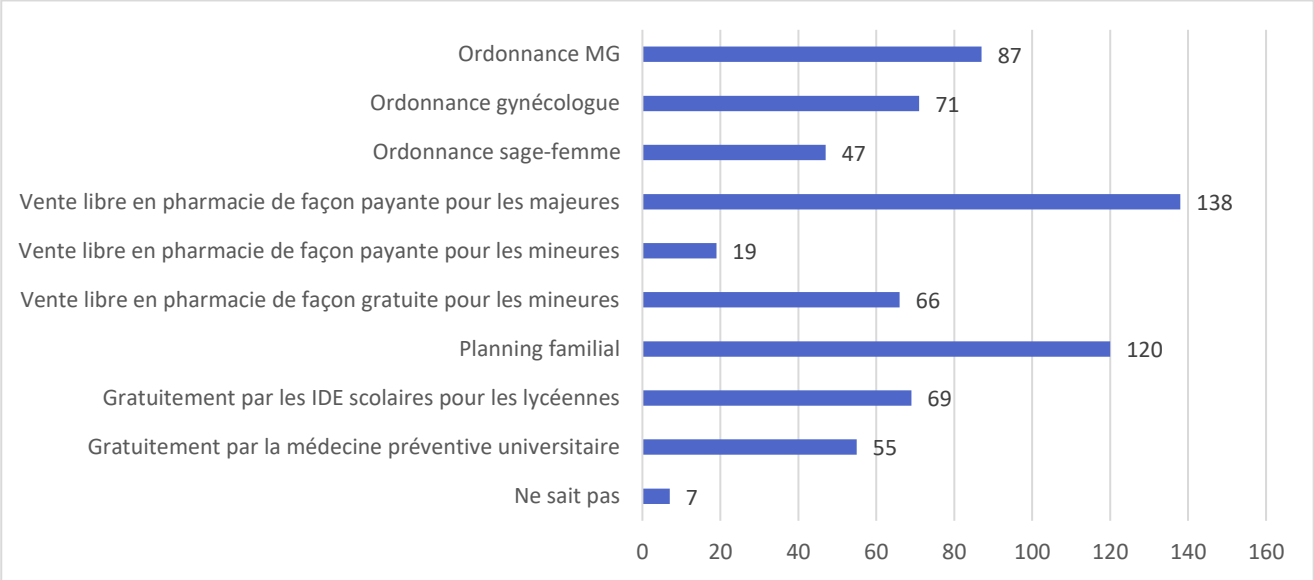
Les connaissances des patientes sur la protection mécanique après oubli de pilule sont significativement liées à l'âge (p-value = 0,0238). Les femmes de moins de 35 ans ont de meilleures connaissances que celles entre 35 et 50 ans.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée selon la spécialité du prescripteur de la contraception ni selon la fréquence d'oubli de leur pilule contraceptive.
Le recours à la PCU n'est pas un facteur significatif concernant les connaissances des patientes sur la protection mécanique après oubli de pilule contraceptive.

d. Connaissances concernant le moyen de procuration de la PCU

Il s'agissait d'une question fermée à choix multiples (« Comment pouvez-vous vous procurer la pilule du lendemain ? »), **les réponses attendues étaient :**

- **Sur ordonnance du médecin généraliste**
- **Sur ordonnance du gynécologue**
- **Sur ordonnance de la sage-femme**
- **En vente libre à la pharmacie de façon payante pour les femmes majeures**
- **En vente libre à la pharmacie de façon gratuite pour les femmes mineures**
- **Au planning familial**
- **Gratuitement par les infirmiers scolaires pour les lycéennes en secondaire**
- **Gratuitement par la médecine préventive universitaire pour les étudiantes**



Graphique 17 – Répartition des connaissances sur les moyens de procuration de la PCU en nombre

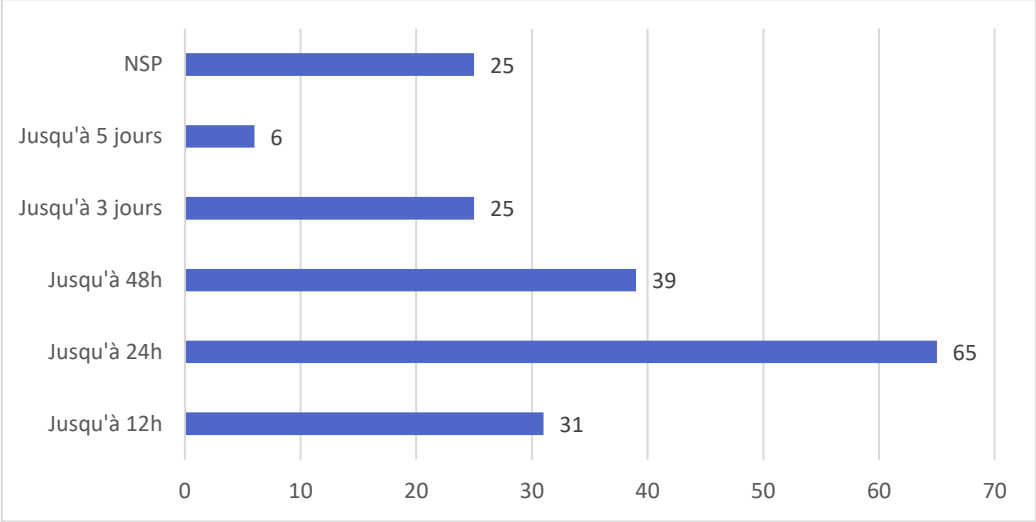
Les répondantes connaissent majoritairement le recours à la pharmacie pour se procurer la contraception d'urgence de façon payante pour les femmes majeures (72,2%) ainsi qu'au planning familial (62,8%) (Graphique 17).

L'accès gratuit à la PCU par les mineures est connu par 34,5% des femmes à la même proportion que son accès par les infirmiers scolaires en enseignement secondaire.
La prescription par un professionnel de santé, donnant droit au remboursement de la PCU par la Sécurité Sociale, n'est que faiblement citée :

- 45,5% des répondantes ont évoqué la prescription par le médecin généraliste
- 37,2% par le gynécologue
- 24,6% par la sage-femme

Il n'y a pas de différence significative entre les connaissances des moyens de procuration de la PCU selon les tranches d'âge des répondantes.
Cependant, les répondantes les plus jeunes (15-25 ans) connaissent plus souvent l'accessibilité à la PCU de façon anonyme et gratuite pour les mineures, tandis que les répondantes entre 35-50 ans citent plus fréquemment la possibilité d'accès par prescriptions d'un professionnel de santé, par le planning familial ou accès direct payant en pharmacie pour les femmes majeures.

e. Connaissances sur les délais de prise de la PCU



Graphique 18 – Répartition des connaissances sur les délais de prise de la PCU

La réponse attendue à cette question (« Dans quel délai pouvez-vous prendre la pilule du lendemain ? ») était « jusqu'à 5 jours » cependant la réponse « jusqu'à 3 jours » était également considérée comme correcte.

Seulement 3% des femmes (6 personnes) ont répondu « 5 jours » et 13% (25 personnes) ont répondu « 3 jours » soit un total de 16% de réponses correctes (Graphique 18).
La majorité des répondantes, soit un tiers d'entre elles, pensent à un délai maximum de prise de la PCU à 24h, 21% à un délai de 48h et 16% à un délai de 12h.
13% déclarent ne pas connaître ce délai.

Les connaissances des répondantes ont été évaluées selon les tranches d'âges :

- 28% des 15-18 ans ont correctement répondu à la question
- 22% des 18-25 ans
- 12% des 25-35 ans
- 17% des 35-45 ans
- 10% des 45-50 ans

Aucune des répondantes entre 25 et 35 ans ainsi qu'entre 45 et 50 ans n'a répondu « jusqu'à 5 jours ». Au total, il n'y a pas de différence significative concernant les connaissances sur les délais de prise de la PCU selon l'âge.

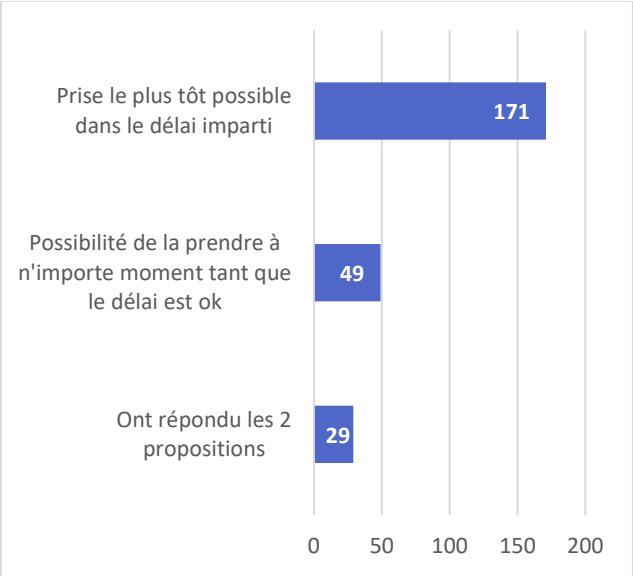
Les connaissances des femmes ont été également évaluées selon leur recours à la PCU :

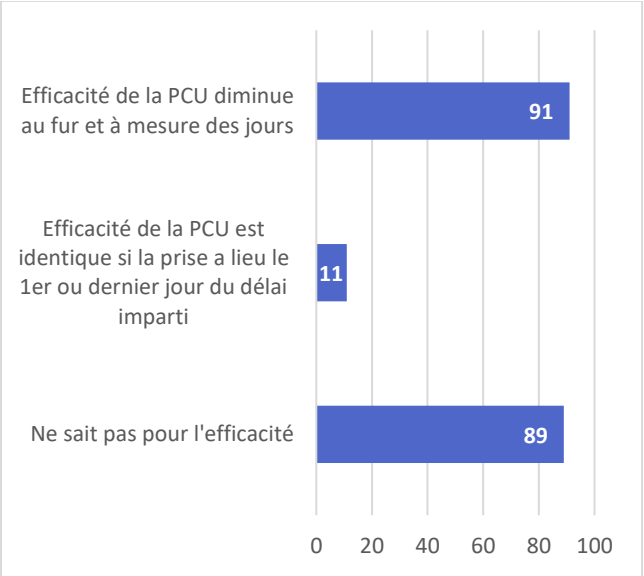
- 14% des répondantes ayant déjà eu recours une fois à la PCU ont correctement répondu
- 35% des répondantes ayant eu recours plusieurs à la PCU ont correctement répondu. Cependant aucune d'entre elles n'a répondu « jusqu'à 5 jours ».
- 15% des répondantes avaient la bonne réponse sans avoir eu recours à la PCU auparavant.

Cependant, il n'y a pas de différence significative retrouvée concernant les connaissances des répondantes sur les délais de prise de la PCU selon le recours antérieur à la PCU.

Les délais de prise de la PCU ne sont pas significativement mieux connus selon la spécialité du prescripteur de la contraception ni selon la fréquence d'oublis.

f. Connaissances sur l'efficacité de la PCU en fonction de la prise





Graphiques 19 et 20 – Répartition selon les connaissances de l'efficacité de la PCU selon la prise

La réponse attendue était « Prise de la PCU le plus tôt possible dans le délai imparti » mais la réponse « Possibilité de la prendre à n'importe quel moment tant que le délai de la prise est respecté » était également acceptée (Graphique 19) :

- 89,5% des répondantes savaient que la prise devait avoir lieu le plus précocement possible après le rapport sexuel à risque de grossesse
- 25,7% ont répondu qu'elles pouvaient prendre la PCU tant que le délai de prise était respecté
- 15,1% des femmes ont coché les 2 propositions.

Concernant l'efficacité, la réponse attendue était « L'efficacité de la PCU diminue au fur et à mesure des jours suivant le rapport sexuel à risque de grossesse ».

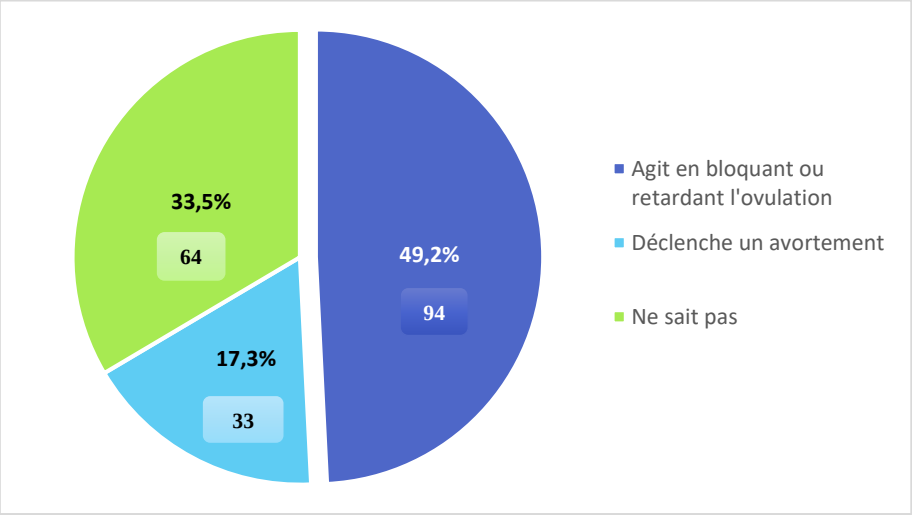
Elles sont 47,6% à avoir correctement répondu et 5,8% à penser que l'efficacité est identique quel que soit le moment de la prise dans le délai imparti (Graphique 20).

46,6% ont déclaré ne pas connaître la réponse.

Ces connaissances concernant l'efficacité de la PCU sont significativement liées à l'âge (p-value = 0,0263). En effet, les répondantes de 15-25 ans ont de meilleures connaissances que les femmes plus âgées.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée selon le recours antérieur à la PCU ni selon la spécialité du prescripteur.

g. Connaissances sur le mode d'action de la PCU



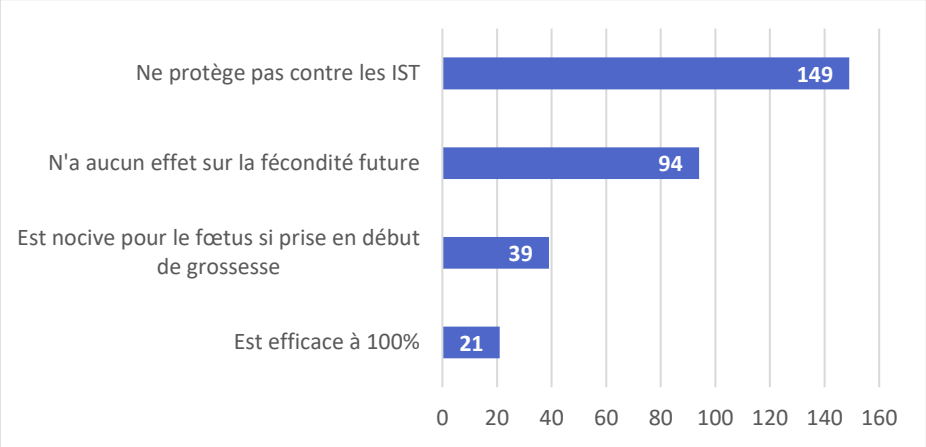
Graphique 21 – Répartition des connaissances sur le mode d'action de la PCU

La réponse attendue était « La PCU agit en bloquant ou retardant l'ovulation ».

Pratiquement la moitié des répondantes connaissaient la bonne réponse (Graphique 21).
Elles sont malgré tout 17,3% à penser que la PCU déclenche un avortement et 33,5% ne savent pas quel est le mode d'action de la contraception d'urgence.

Les connaissances sur le mode d'action de la PCU ne sont pas strictement significatives en fonction de l'âge des répondantes (p-value = 0,0609) ni selon la spécialité du prescripteur du contraceptif.
Le mode d'action de la PCU est significativement mieux connu par les répondantes ayant déjà eu recours à la PCU antérieurement : elles sont 60% à connaître la réponse contre 42,6% pour les femmes ne l'ayant jamais utilisée (p-value = 0,0220).

h. Connaissances sur les effets de la PCU



Graphique 22 – Répartition selon les connaissances des répondantes sur les effets de la PCU

Les réponses attendues étaient :

- **« La PCU ne protège pas contre les IST »**
- **« La PCU n'a aucun effet sur la fécondité future »**

Une large proportion des répondantes (78,0%) savait que la PCU ne protège pas contre les IST.
49,2% des femmes étaient au clair sur le fait que la PCU n'a aucune conséquence sur la fécondité future (Graphique 22). Cependant, elles étaient 20,4% à penser que la PCU est nocive pour le fœtus si elle est prise en cas de grossesse débutée.
11% faisaient erreur en pensant que la PCU est efficace à 100%.

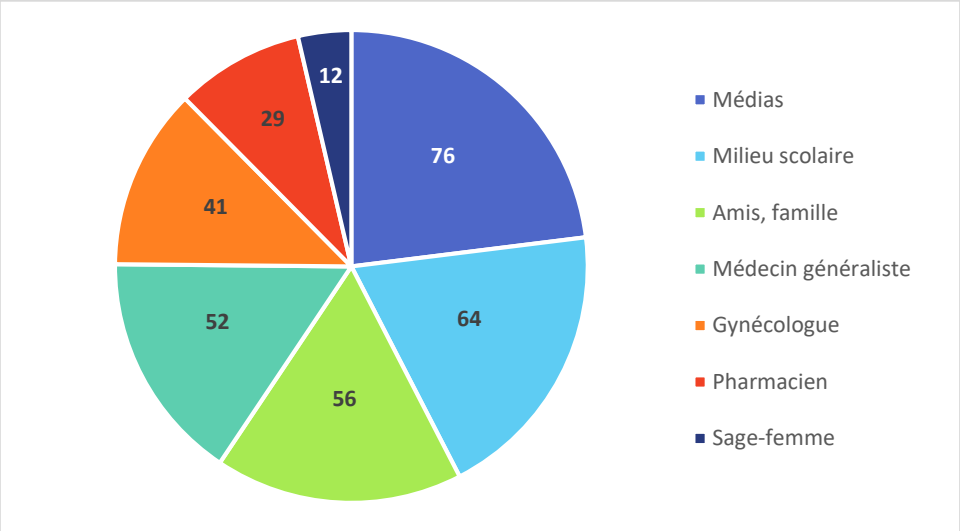
Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les connaissances des répondantes sur les effets de la PCU :

- Ni en fonction des tranches d'âge 15-25 ans, 25-35 ans et 35-50 ans (p-value = 0,4793)
- Ni en fonction de la spécialité du prescripteur (p-value = 0,2708).

Cependant, les connaissances des répondantes sur les effets de la PCU sont significativement liées au recours antérieur à la PCU (p-value = 0,0227), les femmes l'ayant utilisée ont mieux répondu que les autres.

4. Sources d'informations sur la PCU, freins à la prise et ressenti des répondantes concernant la PCU

a. Sources d'informations sur la PCU



Graphique 23 – Répartition des sources d'informations des répondantes sur la PCU en nombres

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Les sources d'informations des répondantes tout âge confondu sur la PCU sont majoritairement obtenues hors milieu médical.

En effet, la majorité déclare être informée grâce aux médias (Internet, télévision ou radio) soit 39,8% des répondantes mais aussi par le milieu scolaire soit 33,5% d'entre elles ou par l'entourage (amis, famille) soit 29,3% (Graphiques 23).

Les répondantes sont moins nombreuses à déclarer être informées par un professionnel de santé :

- 27,2% par le médecin généraliste
- 21,5% par le gynécologue
- 15,2% par le pharmacien
- 6,3% par la sage-femme

Les sources d'informations ont été réparties en 2 groupes afin d'être comparées :

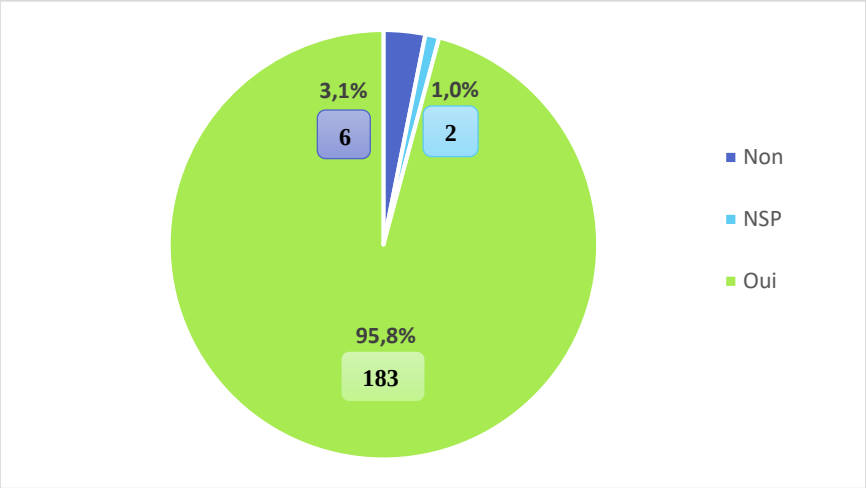
- Professionnels de santé : médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, pharmacien
- Autres : milieu scolaire, amis/famille, médias.

Les sources d'informations sont significativement liées à l'âge (p-value = 1.011E-8) : on observe parmi les tranches d'âges les plus jeunes une forte prédominance d'informations par le milieu scolaire, les médias et l'entourage (92% des 15-25 ans et 75,3% des 25-35 ans) contrairement aux femmes de 35-50 ans qui déclarent être aussi bien éduquées par les professionnels de santé (49,3%) que par les sources extérieures à la santé.
On peut observer que plus l'âge des répondantes avance, plus elles reçoivent l'information par les professionnels de santé.

Les répondantes ne reçoivent pas de manière significative plus d'informations de la part des professionnels de santé selon le prescripteur de leur contraceptif (p-value = 0,090).
En effet, elles déclarent obtenir majoritairement leurs informations par le milieu scolaire, l'entourage ou médias alors qu'elles sont suivies par un professionnel de santé pour la prescription de leur contraceptif : 56,6% des patientes suivies par un médecin généraliste, 59,2% des patientes suivies par un gynécologue et 73,3% suivies par une sage-femme.

Les informations délivrées par un ou plusieurs professionnels de santé sont significativement liées au recours antérieur à la PCU (p-value = 2.105E-6) : 54,4% des répondantes ayant eu recours à la PCU ont déclaré avoir reçu des informations par un professionnel de santé contre seulement 28,3% pour celles ne l'ayant jamais utilisée.

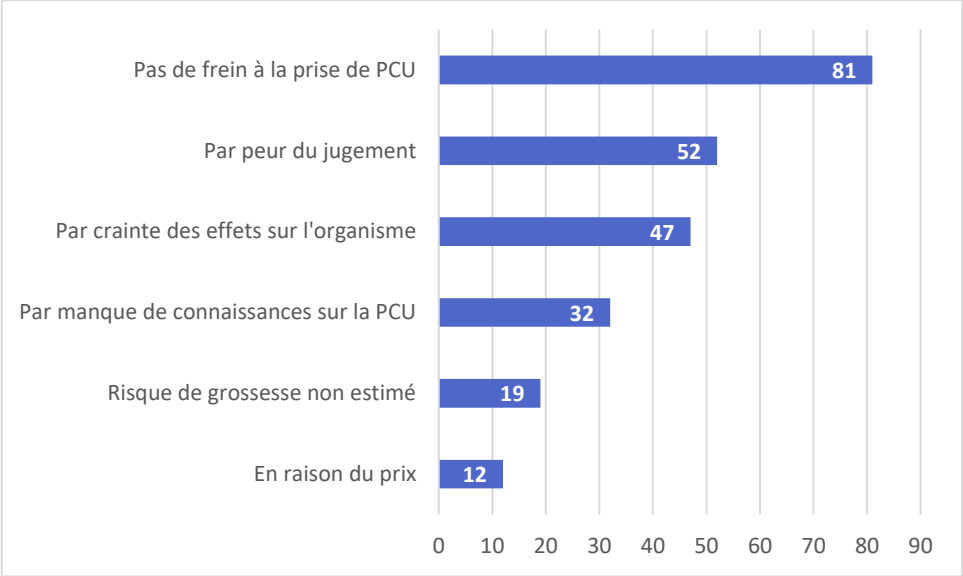
b. Ressenti des répondantes sur la facilité d'accès à la contraception d'urgence



Graphique 24 – Répartition du ressenti des répondantes sur la facilité d'accès de la PCU

Les répondantes pensent très majoritairement à 95,8% que la PCU est facilement accessible si besoin (Graphique 24).

c. Freins à se procurer la contraception d'urgence



Graphique 25 – Répartition des freins des répondantes à se procurer la PCU

Il s'agissait d'une question à choix multiples possibles.

Parmi les répondantes, 42,4% n'ont pas de frein à se procurer la PCU (Graphique 25).

Les freins avancés par les répondantes sont :

- La peur du jugement pour 27,2% d'entre elles
- La crainte des effets sur l'organisme pour 24,6% d'entre elles
- Le manque de connaissances sur la contraception d'urgence pour 16,8% d'entre elles
- Une mauvaise estimation du risque de grossesse pour 9,9% d'entre elles
- En raison du prix pour 6,9% d'entre elles.

Les freins à se procurer la PCU sont significativement liés à l'âge (p-value = 3.942 E-5) : les répondantes entre 35 et 50 ans ont majoritairement répondu ne pas avoir de freins à se procurer la PCU contrairement aux moins de 25 ans qui ont davantage peur du jugement et ont des craintes sur les effets de la PCU sur l'organisme.

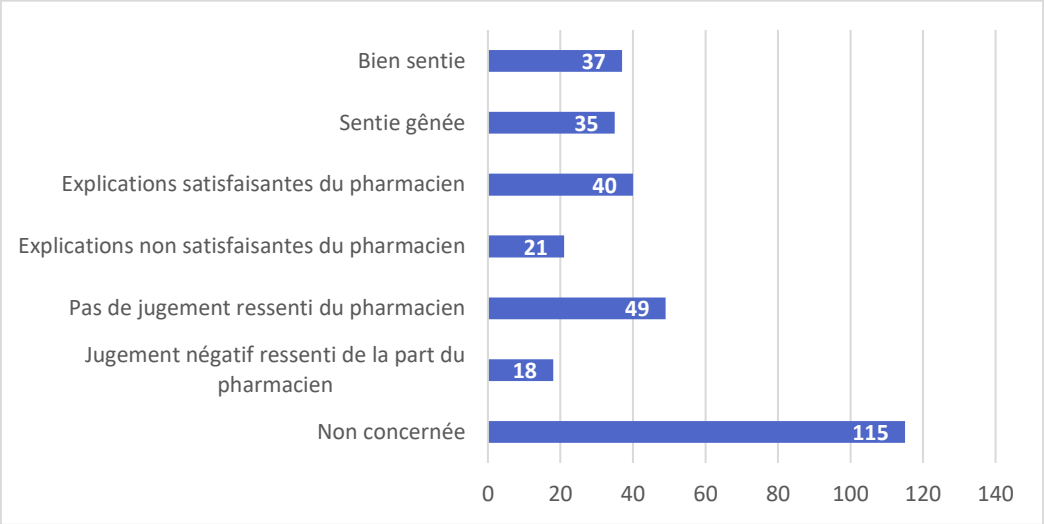
Le prix et le manque d'estimation du risque de grossesse sont plus faiblement cités par tous les âges.

Les freins à se procurer la PCU sont également significativement liés au recours antérieur à la PCU (p-value = 0,0109).

Les répondantes n'ayant jamais utilisé la PCU ont plus peur du jugement, elles estiment manquer de connaissances sur la PCU et ont plus de difficultés à évaluer le risque de grossesse.

Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les freins énoncés par les répondantes selon la spécialité du prescripteur (p-value = 0,6396).

d. Ressenti des répondantes lors d'une délivrance de PCU à la pharmacie



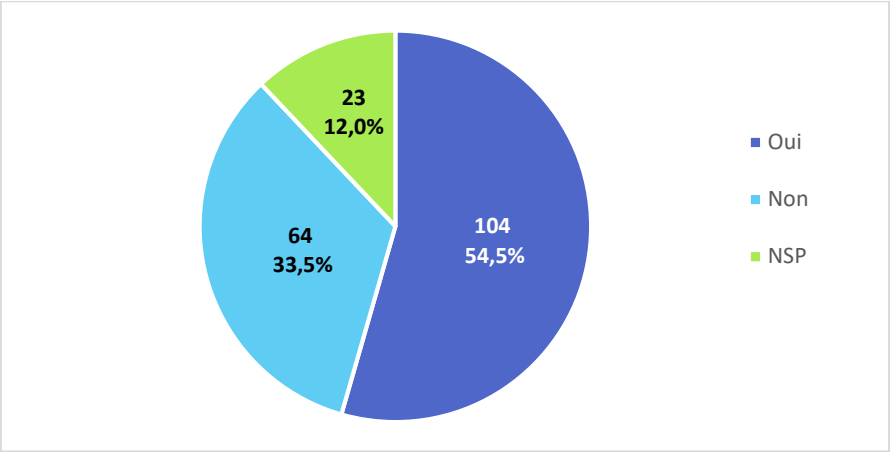
Graphique 26 – Répartition du ressenti des répondantes lors d'une délivrance de PCU à la pharmacie

115 femmes n'ont jamais pris la PCU, elles n'étaient donc pas concernées par cette question, par conséquent le calcul des réponses est effectué sur les 76 répondantes (Graphique 26).
Selon la déclaration des répondantes :

- 48,7% se sont bien senties lors d'une demande de délivrance de la PCU à la pharmacie
- 46,0% se sont senties gênées
- 52,6% ont trouvé les explications du pharmacien satisfaisantes
- 27,6% n'ont pas trouvé les explications du pharmacien satisfaisantes
- 64,5% n'ont pas ressenti de jugement de la part du pharmacien
- 23,7% ont ressenti un jugement négatif de la part du pharmacien

5. Opinion des répondantes concernant la prescription anticipée de PCU

104 femmes soit 54,5% des répondantes ont déclaré être favorable à la prescription conjointe de la contraception d'urgence avec leur contraceptif habituel (Graphique 27).
64 femmes soit un tiers des répondantes sont contre cette prescription anticipée.
Elles sont 23 soit 12% à ne pas avoir donné leur avis sur la question.



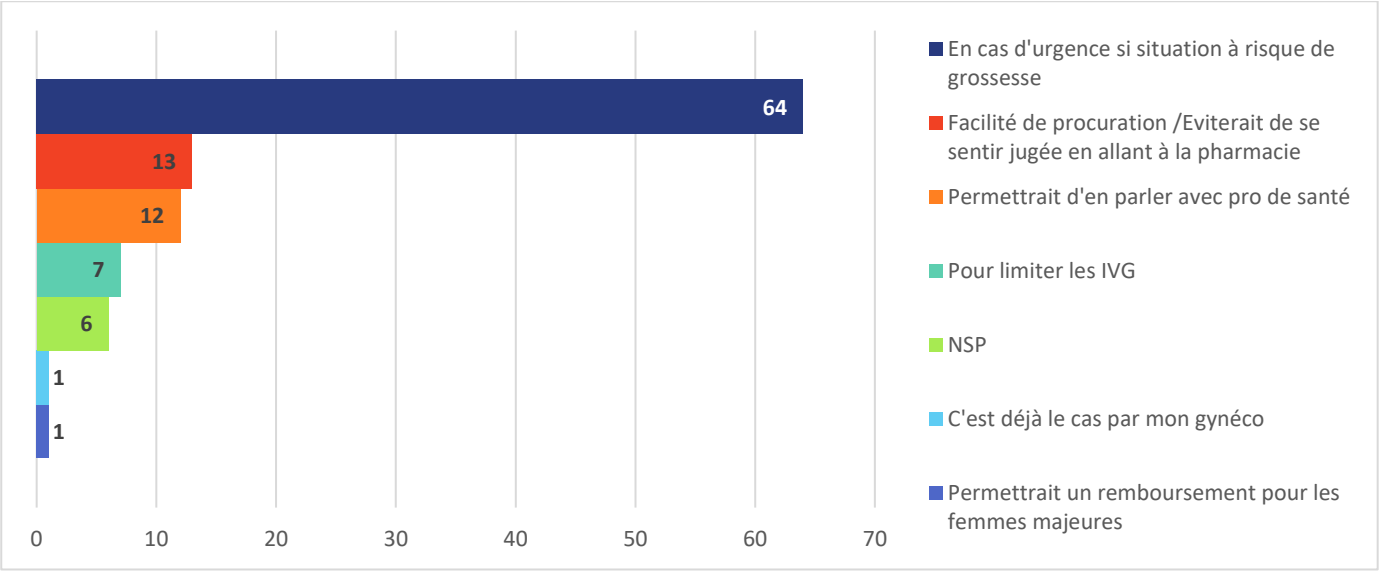
Graphique 27 – Répartition de l'opinion des répondantes sur la prescription anticipée de la PCU

L'opinion sur la prescription anticipée de la PCU est significativement liée à l'âge (p-value = 0,0162). Les répondantes de moins de 25 ans sont plus majoritairement favorables à la prescription anticipée que les autres dont les avis sont plus partagés.

C'est parmi la tranche d'âge 35-50 ans que les répondantes ont le moins réussi à donner leur opinion.

Parmi les 104 répondantes ayant répondu positivement à la prescription anticipée de la PCU (Graphique 28) :

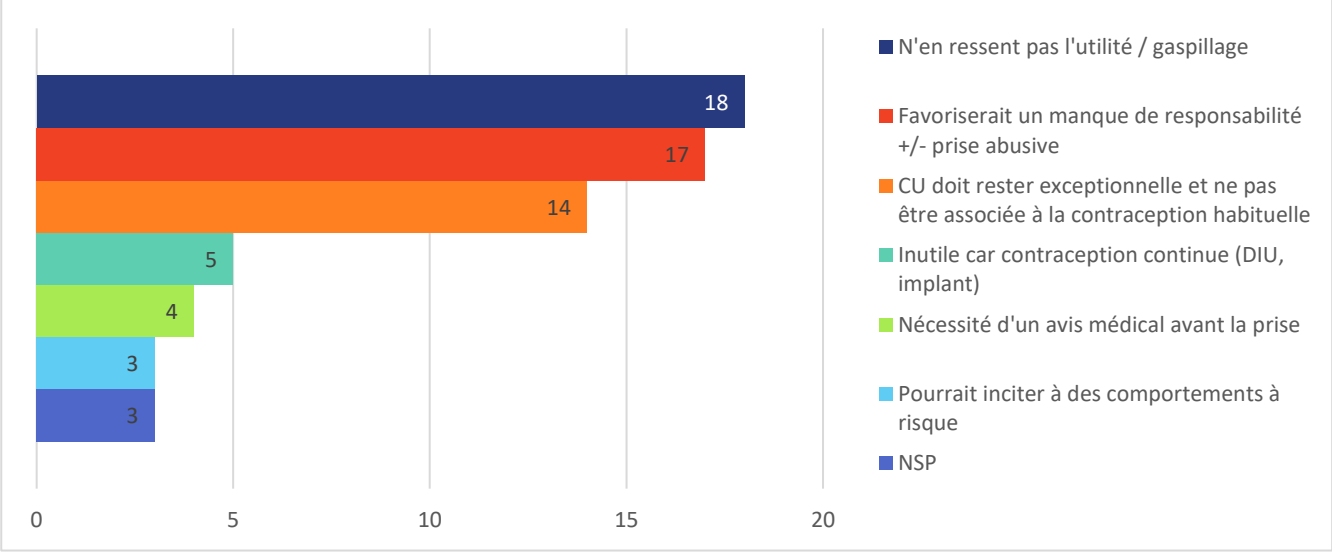
- 61,5% sont favorables en cas d'urgence si survient une situation à risque de grossesse
- 12,5% sont favorables grâce à la facilité de procuration par la prescription qui diminuerait la peur du jugement à la pharmacie
- 11,5% sont favorables car cela leur permettrait d'échanger à ce sujet avec leur professionnel de santé
- 6,7% pensent que cela limiterait les IVG
- 5,8% n'ont pas donné d'explications à leur réponse positive
- 0,96% est favorable et fonctionne déjà comme cela avec son gynécologue
- 0,96% est favorable devant le remboursement permis grâce à la prescription par la Sécurité Sociale pour les femmes majeures



Graphique 28 - Répartition des explications des répondantes favorables à la prescription anticipée de la PCU

Par ailleurs, parmi les 64 répondantes contre la prescription anticipée de la PCU (Graphique 29) :

- 28,1% n'en ressentent pas l'utilité et voient cela comme du gaspillage
- 26,6% pensent que cela favoriserait un manque de responsabilité concernant la contraception ainsi qu'une prise possiblement abusive de la PCU
- 21,9% évoquent le caractère exceptionnel de la PCU qui ne doit pas être associée à la contraception habituelle
- 7,8% n'en ont pas l'utilité car bénéficient d'une contraception continue (DIU, implant)
- 6,25% évoquent l'envie ou la nécessité d'un avis médical avant la prise de la PCU
- 4,7% pensent que cela pourrait inciter à des comportements à risque
- 4,7% n'ont pas donné d'explications à leur réponse négative



Graphique 29 - Répartition des explications des répondantes contre la prescription anticipée de la PCU

IV. DISCUSSION

Cette étude a pour objectif principal de faire un état des lieux des connaissances sur la contraception d'urgence sous forme orale d'un échantillon de patientes de 15 à 50 ans consultant en cabinet de médecine générale en Poitou-Charentes.
Les objectifs secondaires sont :

- Étudier les sources d'informations des répondantes en matière de contraception d'urgence, les freins à la prise de la PCU et leur ressenti lors de la procuration en pharmacie
- Interroger les femmes sur leur opinion concernant la prescription anticipée de la PCU

Par ce travail, nous avons étudié la connaissance globale des répondantes sur la contraception selon plusieurs critères : la définition de l'oubli et de son délai, les conditions de prise de la contraception après oubli, les mesures associées à l'oubli puis la contraception d'urgence, ses modalités de prise et son mode d'action.

La première partie de la discussion regroupera les biais et limites de ce travail.
Ensuite, nous étudierons les principaux résultats de l'étude et les analyses des différences de connaissances des répondantes selon leur âge, la spécialité du prescripteur de la contraception et le recours antérieur à la PCU.
Puis, nous verrons d'une part quelles sont les principales sources d'informations et les freins des répondantes en matière de contraception d'urgence et d'autres part, si elles sont favorables à la prescription anticipée de la PCU.
Enfin, la dernière partie annoncera différentes pistes de réflexion et plans d'amélioration à mettre en place consécutifs aux résultats de ce travail.

1. Biais et limites de l'étude

a. Biais de méthodologie

Le choix du questionnaire pour recueillir les connaissances des patientes s'est imposé : en effet le questionnaire est une méthode simple à mettre en place et d'exploitation facile. Cependant cela comporte des limites, notamment concernant la validité de construction qui n'a pas été vérifiée. Malgré cela, le questionnaire distribué aux femmes consultant en cabinet de médecine générale a été élaboré en fonction des objectifs de la thèse et à partir d'études validées.

Les questions fermées à choix multiples pouvaient influencer les réponses des femmes mais cela permettait une analyse plus évidente des résultats.

Certaines questions pouvaient être difficiles à comprendre pour certaines femmes. Le niveau de compréhension des questions lors de l'élaboration du questionnaire a pu être surévalué malgré des essais réalisés au préalable sur des femmes de situations sociales différentes.

De plus, certaines questions autour de la pilule contraceptive n'ont pas été complétées par certaines répondantes utilisant un autre mode de contraception. Elles n'avaient pas compris qu'elles pouvaient malgré tout répondre aux questions afin d'évaluer leurs connaissances.

Les questionnaires incomplets concernant la conduite à tenir lors de l'oubli de la pilule contraceptive ont été exclus lors de la réalisation des analyses statistiques.

b. Biais de recrutement et sélection

Il faut noter qu'il existe probablement un biais de recrutement lié au fait que seuls ont participé les médecins généralistes intéressés par le sujet d'étude. De plus, les praticiens ont été recrutés par l'intermédiaire de mails par le biais du Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes. Il est possible de supposer que ces médecins ont davantage une démarche éducationnelle envers leurs patients. Le taux de questionnaires retournés était de 58,3%.

Cette étude présente également un biais de sélection : les femmes participantes à l'étude étaient recrutées lors d'une consultation de médecine générale pour elle ou en tant qu'accompagnatrice dans les départements de la Charente, de la Charente-Maritime, des Deux-Sèvres et de la Vienne.

Elles peuvent ne pas représenter l'ensemble des femmes françaises.

Le questionnaire n'interroge pas les femmes sur leurs origines culturelles et religieuses. Cela semble pourtant avoir un impact sur les modes de contraception et de manière plus générale sur les connaissances concernant la contraception d'urgence. Il aurait pu être intéressant d'introduire cette donnée dans nos recherches.

c. Biais d'analyse

De par la taille de l'échantillon de l'étude, la puissance de ce travail est faible, la représentativité est donc limitée. Cela peut être un frein dans les analyses statistiques. Il faudrait réaliser cette étude à plus grande échelle pour s'assurer de la significativité des résultats obtenus.

Cependant la plupart des résultats correspondent aux données de la littérature telles que le Baromètre santé 2010[11], le Baromètre santé 2016[4], l'étude de l'Institut BVA publiée en 2015[16] ou encore l'enquête « COCON » sur le recours à l'IVG et les pratiques contraceptives en France[13].

La faiblesse de l'étude est d'utiliser des données déclaratives, il s'agit d'une collecte d'information, qui repose sur une auto-évaluation des femmes, qui est, par conséquent, limitée à la validité d'un système déclaratif. Cependant le fait que pour les items déjà étudiés en particulier sur la contraception d'urgence, les résultats soient concordants avec les résultats précédents est une forme de validation de la méthode.

d. Effet Hawthorne

L'effet Hawthorne décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Il est possible que les femmes interrogées aient eu l'envie de bien répondre aux questions posées ou se soient senties jugées. Elles ont pu modifier leur comportement dans leurs réponses ou bien avoir recours à des sources externes pour répondre correctement aux questions, ce qui peut constituer un biais de mesure pour notre étude avec un risque de surévaluation. Cependant, le fait d'avoir conservé l'anonymat lors du remplissage du questionnaire pourrait réduire l'importance de ce biais lié aux réponses des femmes.

2. Discussion des résultats principaux de l'étude

a. Caractéristiques de la population

- *Age*

Toutes les tranches d'âge étaient représentées avec une majorité de femmes entre 25 et 45 ans, soit 62,3%. Les femmes mineures entre 15 et 18 ans étaient les plus faiblement représentées.
Notre population semble équilibrée comparativement à la répartition dans la population générale selon le dernier recensement INSEE[28] paru le 15/01/2019.

- *Catégories socio-professionnelles*

Toutes les catégories socio-professionnelles ont été représentées selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'INSEE[28].
La majorité de notre population appartenait à la catégorie des employées, soit 47% des répondantes. La sur-représentation des employées et la faible proportion des autres catégories ne permettaient pas de réaliser de comparaisons statistiquement intéressantes.

- *Situation sociale*

La grande majorité de notre population était en couple avec enfant(s) (59,2%).

Malgré cela, leurs situations sociales étaient variées avec également des célibataires nullipares ou avec enfants ainsi que des femmes en couple sans enfant.

- *Histoire obstétricale*

Le nombre de grossesses des répondantes était diversifié et bien réparti. La majorité de notre population était nulligeste ou avait eu 2 grossesses.
Dans notre population d'étude, 17,2% des femmes avaient déjà pratiqué une IVG.

- *Mode de contraception*

Les modes de contraception de notre population sont variés et comparables à ceux du Baromètre Santé 2016[4].
La pilule contraceptive est la contraception la plus utilisée de notre population d'étude pour 39,8% des répondantes, suivie par le DIU à 30,4% puis l'implant à 5,2%. 18,3% de ces femmes en âge de procréer n'ont pas de contraception.

Notre population d'étude est donc comparable à la population générale à propos de l'âge, l'histoire obstétricale et les moyens contraceptifs.

- *Prescripteur de contraception actuelle*

Pratiquement un tiers des prescripteurs de la contraception de nos répondantes sont des médecins généralistes mais le gynécologue reste le prescripteur majoritaire dans notre échantillon (42,9%). Les sages-femmes sont responsables de 11% des prescriptions.
Les MG sont donc des acteurs importants en ce qui concerne la délivrance d'information et de prescription en matière de contraception, comme cela est décrit par le rapport de l'HAS en 2014 sur la décision médicale partagée[29].

- *Oubli de contraception*

Un tiers des répondantes ont déclaré oublier leur contraception au minimum 1 fois par an, parmi elles 8% l'oublient au moins 1 fois par cycle. 16% des femmes ont répondu ne jamais oublier leur contraception.
Selon plusieurs études[30,31], entre 20% à 54% des femmes ont oublié au moins une fois leur pilule au cours des 6 derniers mois. Ces données sont comparables à ce que l'on retrouve dans notre étude.

- *Auto-évaluation des connaissances et recours à la PCU*

- Seulement 28% des répondantes estiment avoir de bonnes connaissances à propos de la PCU.

La majorité des femmes (44%) évalue avoir des connaissances moyennes. Par ailleurs, elles sont 28% à considérer leurs connaissances insuffisantes.

Les répondantes ayant déjà eu recours à la PCU estiment de manière significative avoir de meilleures connaissances sur la contraception d'urgence que les autres (p-value = 0,0012).
Cependant, l'autoévaluation des connaissances sur la PCU n'est pas significativement liée à l'âge, ni au prescripteur de la contraception ni à la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive.

- 39,8% des répondantes de notre population ont déjà eu recours à la prise d'une pilule de contraception d'urgence dont 8,9% à plusieurs reprises. La majorité de notre population ne l'a jamais utilisée.

Le recours à la PCU n'est pas significativement lié à l'âge ni à la situation sociale.
Il n'y a pas non plus de différence significative concernant le recours à la PCU selon la spécialité du prescripteur de la contraception ni selon la fréquence d'oubli de la pilule contraceptive.

- Parmi les 76 répondantes ayant déjà eu recours à la PCU, les situations à risque retrouvées étaient :
- Un accident de préservatif pour 40,8% d'entre elles
- Un oubli de pilule contraceptive pour 36,8% d'entre elles
- Une interruption de contraception pour 11,8% d'entre elles
- Un rapport non protégé sans contraceptif associé pour 5,7% d'entre elles
- A noter que 3,9% ont répondu avoir eu recours à plusieurs reprises à la PCU soit pour un accident de préservatif soit pour un oubli de pilule et 1,3% pour une interruption de contraception ainsi qu'un oubli de pilule.

D'après l'enquête française[13] « COCON » (portant sur des femmes âgées de plus de 18 ans de 2000 à 2004), 71% des femmes connaissaient la pilule du lendemain, mais n'étaient que 9% à déclarer l'avoir utilisée au moins une fois.
Cela est plus faible que l'utilisation retrouvée dans notre étude mais la délivrance de la PCU sans prescription médicale était récente lors de la réalisation de l'enquête « COCON ».
Cette enquête montrait déjà que le pourcentage d'utilisatrices de pilule du lendemain était plus élevé chez les jeunes et chez les célibataires et avait tendance à être plus élevé chez les femmes les plus diplômées.

Il n'est pas retrouvé ni dans l'enquête COCON ni dans notre étude de facteurs favorisants le recours à la contraception d'urgence, notamment un antécédent d'IVG. Cela n'augmente pas le recours à la PCU en cas d'oubli à risque.

b. Connaissances de la population sur la conduite à tenir en cas d'oubli de la contraception et connaissances sur la PCU

- *Connaissances du délai définissant l'oubli de la pilule contraceptive*

Parmi les répondantes concernées par la prise de pilule contraceptive, elles étaient seulement 39,6% à connaître la bonne réponse concernant le délai d'oubli.

Nous n'avons pas pu montrer de différences significatives concernant les connaissances du délai d'oubli de la pilule contraceptive selon l'âge, le prescripteur, la fréquence d'oubli de pilule ou un recours antérieur à la PCU.

- *Connaissances de la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule contraceptive*

Parmi les répondantes concernées par la prise de pilule contraceptive, seulement la moitié d'entre elles savait qu'elles devaient prendre le comprimé oublié dès que possible, même si cela impliquait la prise de 2 comprimés le même jour.

Concernant la prise de PCU en cas d'oubli de pilule et de rapports non protégés dans les 5 jours, uniquement 42,2% des répondantes ont correctement répondu.
17,4% des répondantes déclaraient utiliser des préservatifs les jours suivants sans avoir conscience qu'elles étaient à risque de grossesse et qu'elles auraient dû prendre une PCU en cas de rapports non protégés dans les 5 jours.

Nous n'avons pas pu montrer de différences significatives sur les connaissances de la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule contraceptive aussi bien concernant la prise de la pilule oubliée ou concernant la prise de PCU en cas de rapports non protégés dans les 5 jours.

- *Connaissances de la conduite à tenir les jours suivants un oubli de la pilule*

Parmi les répondantes concernées par la prise de pilule contraceptive, seulement 26,6% des répondantes ont correctement répondu concernant la durée d'utilisation de préservatifs pendant 7 jours après un oubli de pilule contraceptive et en cas de rapports non protégés dans les 5 jours.
Elles sont également très peu (14,7%) à connaître la nécessité d'enchaîner les plaquettes si l'oubli de pilule survient dans les 7 derniers jours de la plaquette.

Les connaissances des patientes sur la protection mécanique après oubli de pilule sont significativement liées à l'âge (p-value = 0,0238). Les femmes de moins de 35 ans ont de meilleures connaissances que celles entre 35 et 50 ans.
Il n'y a pas de différence significative retrouvée selon les autres critères.

- *Connaissances des moyens d'accès à la PCU*

Les moyens d'accès à la PCU sont insuffisamment connus.
Les répondantes connaissent majoritairement le recours à la pharmacie pour se procurer la contraception d'urgence de façon payante pour les femmes majeures (72,2%) ainsi qu'au planning familial (62,8%). L'accès gratuit et anonyme à la PCU par les mineures est connu par 34,5% des femmes à la même proportion que son accès par les infirmiers scolaires en enseignement secondaire.
La prescription par un professionnel de santé, donnant droit au remboursement de la PCU par la Sécurité Sociale, est plus faiblement citée :

- 45,5% des répondantes ont évoqué la prescription par le médecin généraliste
- 37,2% par le gynécologue
- 24,6% par la sage-femme

Il n'y a pas de différence significative entre les connaissances des moyens d'accès de la PCU selon les tranches d'âge des répondantes.

Selon le rapport de l'HAS de 2013[8] sur la contraception d'urgence, l'accès à la PCU se fait directement en pharmacie dans plus de 90 % des cas, sans prescription médicale. Ceci confirme les résultats d'une analyse du Baromètre Santé 2005[15] qui montrait que 85 % des femmes qui avaient utilisé la contraception d'urgence au cours de l'année précédente l'avaient obtenue directement en pharmacie sans prescription, et que les femmes plus âgées avaient plus souvent obtenu la PCU sur prescription que les plus jeunes.

Nous retrouvons également cette tendance parmi notre population d'étude.

- *Connaissances des délais de prise de la PCU*

Seulement 16% des femmes ont correctement répondu : 3% des femmes ont répondu « 5 jours » et 13% ont répondu « 3 jours ».
Un tiers des répondantes pensent à un délai maximum de prise de la PCU à 24h, 21% à un délai de 48h et 16% à un délai de 12h. 13% déclarent ne pas connaître ce délai.

Il n'y a pas de différence significative concernant les connaissances sur les délais de prise de la PCU selon l'âge ni selon les autres critères (prescripteur, fréquence d'oubli, recours à la PCU).

L'Institut BVA (en partenariat avec l'INPES) a réalisé en 2007 une enquête téléphonique auprès d'un échantillon national représentatif de la population française, de 2004 personnes afin de dresser un état des lieux des connaissances et des opinions de la population par rapport aux moyens de contraception[32].
Selon cette étude, 90% de leur échantillon pensent que le délai de prise de la PCU est inférieur ou égale à 48h maximum. Ce délai, comparable à celui de notre travail (qui est de 84%), est malheureusement sous-estimé et mal connu des patientes.

- *Connaissances sur l'efficacité de la PCU selon la prise*

89,5% des répondantes savaient que la prise devait avoir lieu le plus précocement possible après le rapport sexuel à risque de grossesse pour une meilleure efficacité.
25,7% ont répondu qu'elles pouvaient prendre la PCU tant que le délai de prise était respecté et 15,1% des femmes ont coché les 2 propositions.
Elles sont 5,8% à penser que l'efficacité est identique quel que soit le moment de la prise dans le délai imparti et 46,6% ont déclaré ne pas connaître la réponse.

Ces connaissances concernant l'efficacité de la PCU sont significativement liées à l'âge (p-value = 0,0263). En effet, les répondantes de 15-25 ans ont de meilleures connaissances que les femmes plus âgées.
Il n'y a pas de différence significative retrouvée selon le recours antérieur à la PCU ni selon la spécialité du prescripteur.

Concernant leurs connaissances, même si la grande majorité des répondantes savait que la PCU doit être prise le plus précocement possible, le délai possible de prise de la PCU était mal connu. De plus, elles sont finalement peu à savoir que l'efficacité de la PCU diminue au fur et à mesure des jours.

- *Connaissances sur le mode d'action de la PCU*

Pratiquement la moitié des répondantes (49,2%) connaissaient le mode d'action de la PCU.
Elles sont malgré tout 17,3% à penser que la PCU déclenche un avortement et 33,5% ne savent pas quel est le mode d'action de la contraception d'urgence.

Les connaissances sur le mode d'action de la PCU ne sont pas strictement significatives en fonction de l'âge des répondantes (p-value = 0,0609) ni selon la spécialité du prescripteur du contraceptif.

Le mode d'action de la PCU est significativement mieux connu par les répondantes ayant déjà eu recours à la PCU antérieurement : elles sont 60% à connaître la réponse contre 42,6% pour les femmes ne l'ayant jamais utilisée (p-value = 0,0220).

- *Connaissances sur les effets de la PCU*

Une large proportion des répondantes savait que la PCU ne protège pas contre les IST. 49,2% des femmes étaient au clair sur le fait que la PCU n'a aucune conséquence sur la fécondité future. Cependant, elles étaient 20,4% à penser que la PCU est nocive pour le fœtus si elle est prise en cas de grossesse débutée. 11% faisaient erreur en pensant que la PCU est efficace à 100%.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les connaissances des répondantes sur les effets de la PCU ni en fonction de l'âge ni en fonction du prescripteur.
Cependant, les connaissances des répondantes sur les effets de la PCU sont significativement liées au recours antérieur à la PCU (p-value = 0,0227), les femmes l'ayant utilisée ont mieux répondu que les autres.

Grâce au questionnaire créé pour ce travail, il a été montré au sein de notre population que les connaissances autour de la conduite à tenir autour de l'oubli de pilule contraceptive étaient insuffisantes notamment à propos de :

- La prise du comprimé de pilule oubliée à prendre dès que possible même si cela implique la prise de 2 comprimés dans la même journée
- La prise de PCU en cas de rapports non protégés dans les 5 jours précédant l'oubli
- La protection mécanique pendant 7 jours suivant l'oubli de pilule
- L'enchaînement de plaquettes si l'oubli de pilule survient dans les 7 derniers jours de la plaquette
- Du délai de prise de la PCU
- Du mode d'action de la PCU.

La nécessité de prise le plus précocement possible après une situation à risque, les moyens d'accès ou l'absence de protection contre les IST sont des aspects de la PCU relativement mieux connus de nos répondantes.

En France, en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont utilisé la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois[12].
En France, c'est parmi les femmes de moins de 30 ans que le niveau d'utilisation est le plus important (11,5%). Les changements récents dans l'usage de la contraception chez les femmes de moins de 30 ans ne semblent pas avoir impacté les niveaux de recours aux solutions de rattrapage.

La mise à disposition sans prescription en 2015 de la formule à l'Ullipristal Acétate, peu relayée médiatiquement, ne s'est pas accompagnée d'une hausse de l'utilisation contrairement à ce qui avait été observé entre 2000 et 2005 avec l'arrivée de la CU au Levonorgestrel.

Cependant, l'identification d'un risque de grossesse est insuffisante si on considère qu'en France, parmi les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG), neuf sur dix n'ont pas utilisé la CU car elles n'ont pas identifié ce risque[33].

3. Sources d'informations, freins et ressenti des répondantes sur la PCU

a. Sources d'informations des répondantes sur la PCU

Dans l'étude réalisée par l'institut de sondage BVA publiée en 2015[16] sur la contraception d'urgence auprès de 3775 femmes fertiles de 16 à 45 ans, la majorité des femmes ayant eu recours à la PCU estimaient que le médecin n'était pas l'acteur le plus adapté en situation d'urgence, et donnaient plus ce rôle au pharmacien, d'accès plus facile.
Cependant, elles étaient nombreuses à donner au médecin un rôle de prévention, d'information et de conseil dans le choix de la contraception.

Selon les résultats de notre travail, les sources d'informations des répondantes tout âge confondu sur la PCU sont majoritairement obtenues **hors milieu médical.**
En effet, la majorité déclare être informée grâce aux médias (Internet, télévision ou radio) soit 39,8% des répondantes mais aussi par le milieu scolaire soit 33,5% d'entre elles ou par l'entourage (amis, famille) soit 29,3%.
Nos résultats sont légèrement inférieurs mais comparables à ceux de l'étude BVA précédemment citée. Leurs informations concernant la PCU sont en grande majorité obtenues hors milieu médical alors que la source d'informations préférée et souhaitée par les femmes est le médecin pour 36% d'entre elles (27% pour le milieu scolaire).
Les répondantes sont moins nombreuses à déclarer être informées par un professionnel de santé :

- 27,2% par le médecin généraliste
- 21,5% par le gynécologue
- 15,2% par le pharmacien
- 6,3% par la sage-femme

Les sources d'informations sont significativement liées à l'âge (p-value = 1.011E-8) : on observe parmi les tranches d'âges les plus jeunes une forte prédominance d'informations par le milieu scolaire, les médias et l'entourage (92% des 15-25 ans et 75,3% des 25-35 ans).

Contrairement aux femmes de 35-50 ans qui déclarent être aussi bien éduquées par les professionnels de santé (49,3%) que par les sources extérieures à la santé.
On peut observer que plus l'âge des répondantes avance, plus elles reçoivent l'information par les professionnels de santé.
Les répondantes ne reçoivent pas de manière significative plus d'informations de la part des professionnels de santé selon le prescripteur de leur contraceptif.
Les informations délivrées par un ou plusieurs professionnels de santé sont significativement liées au recours antérieur à la PCU (p-value = 2.105E-6).

De par leur place dans le système de soins, les professionnels de santé (MG, gynécologues, sages-femmes) devraient délivrer les informations sur la PCU en amont de son utilisation et en parler systématiquement lorsque la patiente est concernée lors d'une consultation concernant la contraception.

b. Freins des répondantes à se procurer la PCU

Parmi les répondantes, 42,4% d'entre elles n'ont pas de frein à se procurer la PCU.
Les freins avancés par les répondantes par ordre décroissant sont :

- La peur du jugement pour 27,2% d'entre elles
- La crainte des effets sur l'organisme pour 24,6% d'entre elles
- Le manque de connaissances sur la contraception d'urgence pour 16,8% d'entre elles
- Une mauvaise estimation du risque de grossesse pour 9,9% d'entre elles
- En raison du prix pour 6,9% d'entre elles.

Les freins à se procurer la PCU sont significativement liés à l'âge (p-value = 3.942 E-5) : les répondantes entre 35 et 50 ans ont majoritairement répondu ne pas avoir de freins à la prise de la PCU contrairement aux moins de 25 ans qui ont davantage peur du jugement et ont des craintes sur les effets de la PCU sur l'organisme.
Les freins à se procurer la PCU sont également significativement liés au recours antérieur à la PCU (p-value = 0,0109).
Les répondantes n'ayant pas utilisé la PCU ont plus peur du jugement, elles estiment avoir manqué de connaissances sur la PCU et ont plus de difficultés à évaluer le risque de grossesse.
Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les freins énoncés par les répondantes selon la spécialité du prescripteur.

Selon le rapport de l'HAS de 2013 sur l'état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée[34], les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence peuvent être définis selon 3 niveaux : au niveau des usagers potentiels, au niveau des professionnels et au niveau structurel.

Au niveau des usagers, les principaux freins identifiés concernent le manque de perception du risque de grossesse, le manque de connaissance de la contraception d'urgence et de son délai d'utilisation, les attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence, les craintes du regard social et de la stigmatisation, la perception exagérée du risque d'effets indésirables.

Au niveau des professionnels de santé, les freins comprennent la méconnaissance de la contraception d'urgence, le manque de perception de son utilité, le manque d'information fournie par les cliniciens aux femmes, ainsi que les attitudes moralisatrices notamment des pharmaciens.

Au niveau structurel, les freins portent sur l'accessibilité physique et financière de la PCU.

Les principaux freins identifiés par la revue de littérature se concentrent au niveau des usagers de la PCU, ce qui correspond aux résultats obtenus par ce travail.

En 2014, dans une enquête réalisée dans 5 pays européens dont la France[35], 7170 femmes sexuellement actives étaient interrogées.

Parmi elles, un tiers des femmes se sentait jugée, inconfortable et coupable d'utiliser la PCU et elles étaient également un tiers à déclarer ne pas connaître le fonctionnement de la PCU et avait de fausses croyances à son égard (aboutit à l'infertilité, pilule abortive).

Les professionnels de santé ont un rôle à jouer d'éducation en délivrant des informations sur la PCU en amont de façon à diminuer les freins liés à son utilisation.

c. Ressenti des répondantes lors de la délivrance de la PCU en pharmacie

Les répondantes pensent très majoritairement à 95,8% que la PCU est facilement accessible en cas de situation à risque.

Sur les 76 femmes de notre étude qui ont déjà utilisé la PCU :

- 48,7% se sont bien senties lors d'une demande de délivrance de la PCU à la pharmacie
- 46,0% se sont senties gênées
- 52,6% ont trouvé les explications du pharmacien satisfaisantes
- 27,6% n'ont pas trouvé les explications du pharmacien satisfaisantes
- 64,5% n'ont pas ressenti de jugement de la part du pharmacien
- 23,7% ont ressenti un jugement négatif de la part du pharmacien

Selon l'étude publiée en 2015 par l'institut de sondage BVA précédemment décrite[16], c'est le pharmacien, qui doit prendre en charge l'urgence. Il est clairement plébiscité dans son rôle pour la délivrance et le conseil (58%). Il est jugé rassurant (73%), sauf chez les mineures qui vivent souvent ses conseils comme moralisateurs (67%). Dans le cadre de la dispensation en pharmacie, l'obtention de la PCU est jugée facile et rapide (95%). La plupart des femmes ayant pris une PCU l'ont d'ailleurs obtenue directement en pharmacie pour 86% d'entre elles.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de notre étude concernant la perception de jugement du pharmacien mais comparable au regard de l'accès facile et rapide de la PCU en cas de situation à risque de grossesse.

4. Prescription anticipée de la PCU : opinion des répondantes

Selon les résultats de notre étude, 54,5% des répondantes ont déclaré être favorable à la prescription conjointe de la contraception d'urgence avec leur contraceptif habituel.
Un tiers des répondantes sont contre cette prescription anticipée. Elles sont 12% à ne pas avoir donné leur avis sur la question.

L'opinion sur la prescription anticipée de la PCU est significativement liée à l'âge (p-value = 0,0162). Les répondantes de moins de 25 ans sont plus majoritairement favorables à la prescription anticipée que les autres dont les avis sont plus partagés.

- Parmi les 104 répondantes favorables à la prescription anticipée de la PCU :

- 61,5% sont favorables en cas d'urgence si survient une situation à risque de grossesse
- 12,5% sont favorables pour la facilité de procuration grâce à la prescription qui diminuerait la peur du jugement à la pharmacie
- 11,5% sont favorables car cela leur permettrait d'échanger à ce sujet avec leur professionnel de santé
- 6,7% pensent que cela limiterait les IVG
- 5,8% n'ont pas donné d'explications à leur réponse positive
- 0,96% fonctionne déjà comme cela avec son gynécologue
- 0,96% grâce à la prescription permettant le remboursement par la Sécurité Sociale pour les femmes majeures

- Par ailleurs, parmi les 64 répondantes contre la prescription anticipée de la PCU :

- 28,1% n'en ressentent pas l'utilité et voient cela comme du gaspillage
- 26,6% pensent que cela favoriserait un manque de responsabilité concernant la contraception ainsi qu'une prise possiblement abusive de la PCU

- 21,9% évoquent le caractère exceptionnel de la PCU qui ne doit pas être associée à la contraception habituelle
- 7,8% n'en ont pas l'utilité car bénéficient d'une contraception continue (DIU, implant)
- 6,25% évoquent l'envie ou la nécessité d'un avis médical avant la prise de la PCU
- 4,7% pensent que cela pourrait inciter à des comportements à risque
- 4,7% n'ont pas donné d'explications à leur réponse négative

✓ Une étude publiée en 2015 auprès de femmes françaises sur internet s'est également intéressée à la perception de la contraception d'urgence de la part des femmes[7].

Elles perçoivent la prise de la PCU comme un acte responsable (86%). Cependant deux tiers des femmes (66%) considèrent que cette utilisation est aussi le témoin d'une imprudence en matière de contraception et 20% des femmes déclarent avoir honte de la prendre.

36% des femmes n'ont aucune idée du mécanisme d'action de la contraception d'urgence, 47% ignorent qu'elle ne rend pas stérile et 41% ne savent pas qu'elle n'est pas un abortif.

Pourtant, 54% des femmes souhaiterait avoir cette PCU chez elles en cas de nécessité.

36% considèrent que le médecin est le mieux placé pour leur donner l'information souhaitée sur la PCU, alors que les informations dont elles disposent proviennent essentiellement des médias et des campagnes d'information Grand Public.

Ces résultats sont parfaitement concordants avec les résultats retrouvés dans notre étude.

✓ Quatre revues systématiques de la littérature dont 2 incluant une méta-analyse ont étudié l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU à la demande de l'HAS en 2013[8].

Il n'a pas été démontré que la fourniture à l'avance de la PCU réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu la PCU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et ce dans des délais plus courts. Aucun effet négatif n'a été démontré sur les rapports sexuels non protégés, les IST ou sur l'utilisation de la contraception régulière. Malheureusement, la prescription anticipée de la PCU ne semble pas efficace sur les grossesses non prévues.

Les hypothèses considérées sont :

- Un manque d'évaluation de situation à risque de grossesse des femmes qui n'utiliseraient pas la PCU alors qu'elles l'ont à disposition.
- Il est possible que ce soient les femmes le moins à risque de grossesse qui soient les plus susceptibles de l'utiliser.

Dans la mesure où une prescription à l'avance de la PCU ne semble pas être efficace pour diminuer le nombre de grossesses non prévues à l'échelle d'une population, il n'est pas pertinent de la recommander de manière systématique en routine.
Cependant, une évaluation de la situation au cas par cas semble appropriée particulièrement pour certaines femmes :

- Les femmes utilisant des méthodes barrières ou méthodes contraceptives moins efficaces
- Les adolescentes
- Les femmes voyageant à l'étranger
- Les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence.

Quelles que soient les modalités de la prescription anticipée de la PCU, celle-ci devrait s'accompagner d'une information sur les modalités et l'utilisation de la PCU, sur la nécessité de prévention des IST ainsi que sur la contraception en général.

5. Pistes de réflexion et plan d'amélioration

Les hypothèses initiales de ce travail étaient :

- Des connaissances limitées des patientes sur la contraception d'urgence
- Des représentations erronées sur la contraception d'urgence
- Un défaut d'informations des patientes de la part du milieu médical

Les résultats de notre étude ont confirmé des connaissances insuffisantes de nos répondantes sur la contraception d'urgence ce qui constituent des freins non négligeables à son utilisation.
Parmi les freins à la prise de la PCU retrouvés dans notre étude, outre la peur du jugement des femmes, les freins sont fortement liés à un manque d'informations sur cette méthode de rattrapage, mais aussi sur la contraception en générale et le cycle féminin.

Les freins les plus fréquemment retrouvés sont : la crainte des effets sur l'organisme, le manque de connaissances sur la contraception d'urgence et surtout une mauvaise estimation du risque de grossesse.
Dans l'étude européenne précédemment citée publiée en 2014[35], plus de 80% des femmes ont indiqué vouloir être plus informées sur la contraception d'urgence. La plupart des femmes préféreraient recevoir les informations par un professionnel de santé et non par les médias ou leur entourage (première source d'information pourtant mentionnée).
Seulement 27% des femmes de cette étude ont déjà échangé à propos de la contraception d'urgence avec leur médecin généraliste ou gynécologue.

Il est donc indispensable pour accroître l'utilisation de la PCU que les femmes soient correctement informées à ce propos principalement par les professionnels de santé concernant :

- Le cycle hormonal féminin
- Les méthodes de contraception, dont une idéalement choisie par la patiente pour obtenir une meilleure observance
- La notion d'oubli de contraception et la protection mécanique qui doit en découler
- Les circonstances de prise de la PCU en fonction des situations à risque de grossesse
- Le délai de prise de la PCU : en effet, une mauvaise estimation de la fenêtre d'efficacité de la PCU impacte directement l'usage qui en est fait. Les femmes qui sous-estiment ce délai y ont moins recours.
- Les lieux et moyens d'accès de la PCU
- La gratuité pour les mineures et les étudiantes à la médecine préventive universitaire
- Le mode d'action de la PCU.

De cette façon, nous diminuerons fortement les freins liés à la prise de PCU évoqués par les femmes de notre étude.

- <u>Bien utiliser la consultation de « première consultation contraception CCP »</u>

Cette consultation applicable depuis le 1er novembre 2017 pour la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 17 ans révolus est prise en charge à 100%[21]. Il doit s'agir d'une consultation longue, cotée 46€.
D'après les thèses de C. Bucco[26] et S. Moreau[27], les médecins généralistes parlaient peu de la contraception d'urgence, notamment par manque de temps en consultation et pensaient que les informations étaient déjà connues. Cette consultation dédiée et revalorisée doit permettre d'améliorer la délivrance d'informations pour les mineures. Cependant, la tranche d'âge de la consultation CCP est très réduite et insuffisante.
Il serait donc intéressant de développer des consultations de suivi de contraception qui seraient dédiées au renouvellement de la contraception pour toutes les femmes, consultant seules ou en couple. Cela permettrait de répéter des informations sur la contraception, la conduite à tenir en situation à risque de grossesse, la PCU, le désir de grossesse et de s'assurer de la bonne compréhension des patientes. Une évaluation au cas par cas de la prescription anticipée de la PCU pourrait être réalisée. Dans le cas où la PCU aurait été utilisée dans l'année, une attention particulière sera portée à la situation à risque ayant entrainé la prise afin de proposer une éventuelle réévaluation du mode de contraception en accord avec la patiente.

L'information est d'autant plus importante que, selon le Baromètre santé 2005[15], l'utilisation de la contraception d'urgence faisait majoritairement suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière (oubli de pilule : 30,1 %, problème avec le préservatif : 30,7 %) et ne concerne que beaucoup plus rarement les femmes sans contraception (22 %).

Une métanalyse publiée en 2015[36] a démontré que pour augmenter la compliance à la contraception il est nécessaire de faire de l'éducation un objectif de la consultation, en s'appuyant éventuellement sur différents outils fiables à communiquer aux patientes (plaquettes d'informations, applications mobiles, sites web…). Selon les patientes, il convient de déterminer quel support est le plus intéressant à utiliser.

Concernant les sites web, « http://www.choisirsacontraception.com/ » et « http://www.contraceptions.org/ » prodiguent des informations fiables et adaptées à tout public.

Concernant les applications mobiles, il existe notamment une application développée et testée par une association départementale du Planning familial à Rennes : l'application Pill'Oops. Elle a été généralisée sur tout le territoire début juin 2017 et est téléchargeable gratuitement. Elle permet notamment de programmer un rappel quotidien à l'heure de la prise supposée du comprimé, d'avoir un suivi de son cycle, de se renseigner sur la pilule prescrite et de trouver des conseils en cas d'oubli.

Afin d'aider les prescripteurs, l'INPES a créé une carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », conçue comme un outil de dialogue entre le professionnel de santé et sa patiente. (Annexe 2)

Elle décrit la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Les professionnels de santé peuvent la remettre lors de la prescription ou de la délivrance de la pilule. Son format carte de crédit en fait un aide-mémoire facile à conserver avec soi pour les femmes.

- <u>Le principe du conseil minimal en consultation de médecine générale</u>

Il s'agit d'une intervention brève et systématique, sous forme de conseil, qui peut être proposée à tous les patients quel que soit le motif de la consultation, de façon systématique et adapté au patient. L'efficacité du conseil minimal est prouvée par rapport à l'absence d'intervention.

Selon la thèse d'A. Joulia publiée en 2013[37] sur l'amélioration de l'observance de la contraception orale par le conseil minimal, elle a pu confirmer que celui-ci améliore les connaissances théoriques des patientes concernant la conduite à tenir en cas d'oublis de pilule, de façon statistiquement significative. Dans son étude, les femmes qui s'estimaient mal informées ne cherchaient pas à se renseigner sur leurs lacunes. En apportant les informations de manière systématique et sans attendre que les patientes ne les demandent, on améliore de manière optimale les connaissances, en un minimum de temps pour le médecin généraliste en 4 phrases simples. Cette pratique, qui peut être standardisée, doit être systématique pour augmenter au maximum son efficacité.

- Améliorer les connaissances des médecins

Dans les travaux précédemment évoqués de C. Bucco[26] et S. Moreau[27], les connaissances des médecins généralistes concernant la contraception d'urgence sont encore fluctuantes, avec 50% de médecins ayant de bonnes connaissances sur le sujet. Cela entraine des freins à la délivrance d'informations et de prescriptions concernant la PCU, liés à des représentations négatives, un manque de formation et une méconnaissance théorique.

Selon la Haute Autorité de santé[8], il est d'ailleurs recommandé aux professionnels de santé de délivrer une information régulière aux hommes et aux femmes concernant les différentes méthodes contraceptives, incluant la PCU.

La HAS a d'ailleurs mis à disposition des professionnels de santé une « fiche mémo » sur le sujet en 2013[38].

Par ce travail, nous avons pu mettre en lumière les méconnaissances des répondantes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive et sur la PCU : les femmes comme les médecins participants à l'étude ont émis un avis positif sur l'intérêt de cette étude.

Certains praticiens ont spontanément déclaré que cela aurait un impact positif sur leur pratique en insistant sur leur pratique éducationnelle.

- Promouvoir l'éducation sexuelle en milieu scolaire

Un rapport d'informations a été publié le 7 mai 2011 par Mme la députée Bérengère Poletti[39] au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Il en ressortait que les informations concernant la contraception et contraception d'urgence étaient abondantes mais inefficaces.

Les idées reçues persistantes doivent être combattues notamment en perfectionnant le système éducatif français en conférant à l'éducation nationale une véritable mission d'éducation à la sexualité. Au moins trois séances annuelles d'information doivent y être consacrées dans les écoles, les collèges et les lycées par groupes d'âge homogènes en formant les professeurs des écoles et les professeurs de sciences et vie de la Terre des collèges et lycées à une éducation progressive adaptée à chacun des âges des élèves concernés. De plus, il est nécessaire de s'assurer que les manuels de Sciences et Vie de la Terre doivent contenir des notions appropriées sur la fécondation.

Un travail similaire à celui-ci a été mené par C. Giroire-Revalier[40] concernant les connaissances d'un échantillon d'hommes sur la PCU en Poitou-Charentes. Les résultats de son étude ont mis en évidence des connaissances insuffisantes des répondants qui déclarent un défaut d'informations pour 56,5% d'entre eux.

Il serait intéressant à l'avenir de promouvoir une responsabilité partagée entre les hommes et les femmes au sujet de la contraception en général et de s'assurer d'une bonne qualité d'informations et d'éducation pour tous.

Pour terminer, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le premier préservatif masculin remboursé à 60% par la Sécurité sociale baptisé EDEN à compter du 10 décembre 2018[41]. Il s'agit d'une nouvelle étape en faveur de la prévention des infections sexuellement transmissibles. Cette prise en charge par l'Assurance maladie concerne les femmes comme les hommes.

V. CONCLUSION

Notre travail avait pour but de faire un état des lieux des connaissances d'un échantillon de femmes sur la contraception d'urgence en Poitou-Charentes.

Cela faisait suite aux différents travaux réalisés à la Faculté de Médecine de Poitiers qui retrouvaient parmi les médecins généralistes interrogés une faible délivrance d'informations et de prescriptions de la PCU alors qu'ils y étaient favorables.

Les résultats de notre étude ont confirmé des connaissances insuffisantes de nos répondantes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive et sur la contraception d'urgence ce qui constituent des freins non négligeables à son utilisation.
Les femmes les plus jeunes ont dans l'ensemble de meilleures connaissances que les autres concernant la conduite à tenir en cas d'oubli alors que les femmes ayant déjà eu recours à la PCU sont mieux informées sur la contraception d'urgence.
Cette méconnaissance et de nombreuses idées reçues peuvent être lourdes de conséquences quant au risque de grossesse non désirée.
Les sources d'informations des patientes sur la PCU ont également été étudiées : on retrouve un défaut d'informations de la part des professionnels de santé au profit des sources hors milieu médical (médias, milieu scolaire ou entourage).

Notre travail s'est également intéressé aux freins à l'utilisation de la PCU, les freins les plus fréquemment retrouvés par ordre décroissant sont : la peur du jugement, la crainte des effets sur l'organisme, le manque de connaissances sur la contraception d'urgence et une mauvaise estimation du risque de grossesse.
La contraception d'urgence est une solution efficace pour éviter une grossesse non désirée, mais son utilisation implique plusieurs préalables : reconnaître une situation à risque de grossesse, avoir des connaissances fiables sur la contraception d'urgence et y avoir rapidement accès.

Pour que ces conditions soient remplies, le rôle du médecin est fondamental concernant l'éducation en matière de contraception.

De plus, la femme doit être au centre de la décision en matière de contraception afin d'en améliorer l'observance et donc l'efficacité.

Plus de la moitié de notre population d'étude a déclaré être favorable à la prescription anticipée de la PCU conjointement au renouvellement de la contraception régulière. Cela est significativement lié à l'âge, les femmes de moins de 25 ans sont davantage disposées à cette prescription anticipée.

La prescription à l'avance d'une contraception d'urgence paraît une bonne façon de concilier rapidité d'utilisation et information de qualité, comme le recommande l'OMS, sans diminuer la prise d'une contraception régulière. Elle doit être étudiée au cas par cas et proposée à toutes les femmes tout en rappelant qu'il s'agit d'une méthode de rattrapage.

Par ailleurs, l'appellation de « pilule du lendemain » devrait être abandonnée, source de croyances erronées. D'autant plus qu'il est nécessaire d'accentuer l'information autour de l'Ulipristal Acétate (ou EllaOne®), qui est encore mal connue et qui rallonge pourtant le délai d'action de la PCU à 5 jours.

Enfin, il est important de souligner que les pharmaciens sont au centre du dispositif de prévention des grossesses non désirées à travers la contraception d'urgence. Leur rôle va bien au-delà de la simple délivrance, on estime à 90% la part de contraception d'urgence délivrée sans ordonnance dans les officines. Premier et parfois seul interlocuteur, le pharmacien est appelé à jouer un rôle particulièrement important d'information et de conseil.
Deux travaux concernant les connaissances sur la contraception d'urgence des pharmaciens et préparateurs en pharmacie vont débuter prochainement à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Poitiers afin d'étudier les informations données aux patientes se procurant une PCU en accès direct à la pharmacie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Journal officiel de la république française. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754&dateTexte=20130913. [Consulté le 16/01/2019]

[2] Journal officiel de la république française. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230. [Consulté le 16/01/2019]

[3] Journal officiel de la république française. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id. [Consulté le 09/10/2018]

[4] INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé 2016. Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France. 2017.

[5] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H & al. La crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif ? INED, Population et Sociétés. 2014;511.

[6] Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Études et Résultats, n°1081, DREES, 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf. [Consulté le 09/10/2018]

[7] 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;44(8):706-714.

[8] Haute autorité de santé. Recommandations en Santé Publique - Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence__synthese_et_recommandations.pdf. [Consulté le 11/10/2018]

[9] Jamin C, et al. Les contraceptions d'urgence : propositions de la Commission Orthogénie du CNGOF. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2015;43(9):571-574.

[10] IGAS, Inspection générale des affaires sociales. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Octobre 2009. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/104000049.pdf. [Consulté le 12/10/2018]

[11] Beck F, Richard JB. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Analyses du Baromètre santé 2010 : Les comportements de santé des jeunes. Santé Publique France. 2013.

[12] 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):590-595. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/2018_29_1.html. [Consulté le 15/01/2019]

[13] Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception : from accessibility to efficiency. Human Reproduction. 2003;8(5):994-999.

[14] INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Santé Publique France. Juin 2007. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf. [Consulté le 10/10/2018]

[15] Lydié N, Léon C. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé 2005, Premiers résultats : Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Santé Publique France. 2006.

[16] Genser E, Bracq C. BVA Healthcare, BVA Opinion. Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012. Disponible sur : https://staticswww.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_presentation_femmes_et_leaders_contraception_durgence_hra3fd1c.pdf. [Consulté le 21/01/2019]

[17] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille. Société Européenne de médecine générale – Médecine de famille ; 2002.

[18] Compagnon L, Bail P, Huez JF et al. Définitions et description des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-155.

[19] Société française de médecine générale. OMG, Observatoire de médecine générale. Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents par patients pour les femmes pour l'année 2009. 2009. Disponible sur : http://omg.sfmg.org/content/donnees/top25.php. [Consulté le 22/01/2019]

[20] INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Santé Publique France. 2013. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf. [Consulté le 22/01/2019]

[21] MG France. La consultation CCP, Consultation de Contraception et Prévention. 2017. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1756-la-consultation-ccp-consultation-de-contraception-et-prevention. [Consulté le 22/01/2019]

[22] Grandcolin S. et al. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). Pédagogie Médicale 2014;15(1):53–60

[23] Gaiani G. Construction et validation d'un outil d'évaluation des connaissances des médecins généralistes en matière de contraception d'urgence. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2013.

[24] Bouquet C. Evaluation de la fréquence du counseling en matière de contraception d'urgence. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2015.

[25] Bouskine L. Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence, Recherche de freins à la prescription. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2017.

[26] Bucco C. Représentations des médecins généralistes concernant le counseling en matière de contraception d'urgence. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2018.

[27] Moreau S. Niveaux de connaissances d'un groupe de médecins généralistes au sujet de la contraception d'urgence et étude d'une corrélation avec leurs représentations. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2018.

[28] INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population par sexe et groupe d'âges en 2019. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474. [Consulté le 21/02/2019]

[29] Haute autorité de santé. Rapport d'élaboration - Contraception : aides pour une décision médicale partagée. Juillet 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-08/rapport_elaboration.pdf. [Consulté le 11/01/2019]

[30] Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique Fertil. Février 2006;34(2):120-6.

[31] Leridon H, Oustry P, Bajos N, et l'équipe Cocon. La médicalisation croissante de la contraception en France. INED, Population et Sociétés. Juillet-Août 2002;381:1-4.

[32] Gall B, Jouannic E. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. BVA Opinion. Les Francais et la Contraception. Mars 2007. Disponible sur : https://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf. [Consulté le 21/02/2019]

[33] Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 2011;1 :116-147.

[34] Haute autorité de santé. Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Avril 2013. Disponible sur : https://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf. [Consulté le 11/01/2019]

[35] Nappi RE. et al. Use of and attitudes towards emergency contraception : a survey of women in five european countries. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014;19:93-101.

[36] Halpern V, Lopez LM, Grimes DA, Stockton LL, Gallo MF. Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD004317.

[37] Joulia A. Contraception orale : améliorer l'observance par le conseil minimal – Etude de cohorte 2012/2013. [Thèse d'exercice], Paris 7 ; 2013.

[38] Haute autorité de santé. Synthèse des recommandations en santé publique. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. 2013. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence__fiche_de_synthese.pdf. [Consulté le 11/10/2018]

[39] Assemblée Nationale. Rapport d'informations n°3444 de Mme Poletti B. - Au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. 2011. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp. [Consulté le 15/01/2019]

[40] Giroire Revalier C. Evaluation des connaissances des hommes de 15 à 55 ans consultants en cabinet de médecine générale sur la contraception hormonale d'urgence. [Thèse d'exercice], Poitiers ; 2018.

[41] Buzyn A. Ministère des Solidarités et de la Santé. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/181127-cp_prise_en_charge_preservatif.pdf. [Consulté le 01/03/2019]

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire Patientes sur la Contraception d'Urgence

Bonjour Madame,
Étant actuellement jeune médecin généraliste remplaçante, j'effectue un travail de recherche pour ma thèse afin d'évaluer la connaissance des patientes sur la contraception d'urgence (pilule du lendemain).
Il ne s'agit pas d'un contrôle des connaissances mais de réaliser un état des lieux afin d'améliorer la délivrance d'informations à ce sujet.
Je réalise un questionnaire qui vous est distribué aujourd'hui, destiné **aux femmes de 15 à 50 ans.**

Ce questionnaire est entièrement anonyme.
Pour que vos réponses soient exploitables, je vous remercie de bien vouloir répondre à toutes les questions.
Je vous remercie d'avance de l'attention que vous portez à ce questionnaire, votre aide me sera très utile.
Si à l'issue de ce questionnaire, vous cherchez des réponses à vos questions, vous pourrez trouver des réponses sur le site *choisirsacontraception.fr* ou auprès de votre médecin traitant.

Il est possible d'entourer une ou plusieurs réponses en fonction des questions.

1) Quel est votre âge ?
   a) Entre 15 et 18 ans
   b) Entre 18 à 25 ans
   c) Entre 25 à 35 ans
   d) Entre 35 à 45 ans
   e) Entre 45 et 50 ans

2) Quelle est votre profession ?

(*Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelle (PCS) de l'INSEE)*
   a) Agricultrice, exploitante
   b) Artisane, commerçante, chef d'entreprise
   c) Cadre et profession intellectuelle supérieure
   d) Profession intermédiaire
   e) Employée
   f) Ouvrière
   g) Autres personnes sans activité professionnelle
   h) Lycéenne ou Étudiante

3) Quelle est votre situation sociale ?
   a) Célibataire
   b) En couple
   c) Sans enfant
   d) Avec enfant(s)

4) Combien de grossesses avez-vous eu ? (IMG, IVG et fausses couches incluses)

IMG = Interruption Médicale de Grossesse ; IVG = Interruption Volontaire de Grossesse
   a) 0
   b) 1
   c) 2
   d) 3
   e) 4 ou plus

5) Avez-vous déjà subi une IVG ? (Interruption Volontaire de Grossesse)
   a) Oui, 1 fois
   b) Oui, 2 fois
   c) Oui, 3 fois ou plus
   d) Non

6) Quelle est votre méthode de contraception actuelle ?
   a) Pilule œstroprogestative ou progestative / Pouvez-vous préciser son nom svp :……
   b) Patch

c) Anneau vaginal
d) Préservatif masculin ou féminin
e) Implant progestatif
f) DIU (Dispositif intra-utérin ou « stérilet »)
g) Pas de contraception

7) Qui vous a prescrit votre contraception ?
a) Votre médecin généraliste
b) Votre gynécologue
c) Votre sage-femme
d) Autre :

8) Depuis combien de temps prenez-vous votre contraception ?
a) < 5 ans
b) Entre 5 et 10 ans
c) > 10 ans

9) S'il s'agit d'une contraception orale, à quelle fréquence oubliez-vous votre pilule ou la prenez avec trop de retard ?
a) Jamais
b) Entre 1 et 3 fois par an
c) Entre 1 et 3 fois par trimestre
d) Entre 1 et 3 fois par mois
e) 1 ou plusieurs fois par semaine

10) Si votre contraception est une **pilule**, à quoi correspond un oubli et donc à partir de combien de temps prenez-vous le risque que votre contraception ne fonctionne plus ?
a) En cas d'oubli de plus de 3h
b) En cas d'oubli de plus de 6h
c) En cas d'oubli de plus de 12h
d) En cas d'oubli de plus de 24h

11) En cas de rapport à risque de grossesse, si votre contraception est la pilule, que faites-vous en cas d'oubli de contraception ? *Plusieurs réponses sont possibles :*
a) Rien de particulier, vous poursuivez votre contraception normalement les jours suivants sans protection particulière
b) Vous prenez immédiatement la pilule oubliée et poursuivez la pilule à l'heure habituelle, quitte à prendre 2 comprimés dans la journée
c) Vous ne prenez pas 2 comprimés le même jour
d) En cas de rapports non protégés dans les 5 derniers jours, vous prenez une pilule du lendemain
e) En cas de rapports non protégés dans les 5 derniers jours, vous ne prenez pas de pilule du lendemain mais vous vous utilisez un préservatif les jours suivants

12) Si votre contraception est la pilule, que faites-vous en cas d'oubli de contraception ?
Plusieurs réponses sont possibles :
a) Vous utilisez un préservatif uniquement pendant 3 jours
b) Vous utilisez un préservatif uniquement pendant 7 jours
c) Vous évitez les rapports sexuels jusqu'à la fin de la plaquette
d) Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs (en cas de prise non continue), vous poursuivez la plaquette jusqu'à la fin et enchaînez avec la plaquette suivante sans jour d'interruption
e) Si l'oubli concerne un des 7 derniers comprimés actifs (en cas de prise non continue), vous poursuivez la plaquette jusqu'à la fin et vous prenez les comprimés inactifs ou faites l'interruption habituelle avant de commencer la nouvelle plaquette

13) Comment qualifieriez-vous vos connaissances concernant la pilule du lendemain et la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?
a) Bonne
b) Moyenne
c) Insuffisante

14) Comment obtenez-vous ou avez-vous obtenu vos connaissances sur la contraception d'urgence ? (*« pilule du lendemain »*) *Plusieurs réponses sont possibles :*

a) Milieu scolaire
b) Amies, famille
c) Médecin généraliste
d) Gynécologue
e) Sage-femme
f) Pharmacien
g) Campagnes d'informations : Internet, télévision, radio
h) Autre :.....

15) Avez-vous déjà utilisé une contraception d'urgence ? (*« pilule du lendemain »*)

a) Oui, une fois
b) Oui, plusieurs fois
c) Non

16) Si vous avez déjà utilisé une pilule du lendemain, quelle en était la raison ?
Plusieurs réponses sont possibles :

a) Interruption de contraception
b) Accident de préservatif
c) Oubli de pilule
d) Autre raison :.....

17) Comment pouvez-vous vous procurer la pilule du lendemain ? *Plusieurs réponses possibles.*

a) Sur ordonnance du médecin généraliste
b) Sur ordonnance du gynécologue
c) Sur ordonnance de la sage-femme
d) En vente libre à la pharmacie de façon payante pour les femmes majeures
e) En vente libre à la pharmacie de façon payante pour les femmes mineures
f) En vente libre à la pharmacie de façon gratuite pour les femmes mineures
g) Au planning familial
h) Gratuitement par les infirmiers scolaires, pour les lycéennes en enseignement secondaire
i) Gratuitement par la médecine préventive universitaire pour les étudiantes

18) A votre avis, dans quel délai pouvez-vous prendre la pilule du lendemain ?

a) Jusqu'à 12h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'oubli de contraception
b) Jusqu'à 24h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'oubli de contraception
c) Jusqu'à 48h après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'oubli de contraception
d) Jusqu'à 3 jours après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'oubli de contraception
e) Jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'oubli de contraception
f) Je ne sais pas

19) Parmi ces phrases, lesquelles sont vraies concernant la pilule du lendemain (en cas de rapport sexuel à risque de grossesse) ?

a) Je dois la prendre idéalement le plus tôt possible dans le délai imparti de la prise
b) Je peux la prendre à n'importe quel moment tant que le délai de la prise est respecté
c) L'efficacité de la pilule du lendemain diminue au fur et à mesure des jours suivants le rapport sexuel à risque de grossesse
d) L'efficacité de la pilule du lendemain est identique si la prise a lieu le premier ou le dernier jour possible suivant le rapport sexuel à risque de grossesse

20) Pour vous est-il facile d'accéder à la contraception d'urgence ?

a) Oui.
b) Non. Pouvez-vous expliquer pourquoi en quelques mots :.....

21) En cas d'indication à la prise d'une contraception d'urgence suite à un rapport sexuel à risque, quels pourraient être le ou les freins à vous procurer une pilule du lendemain ?
   a) En raison du prix
   b) Par peur du jugement
   c) Par crainte des effets de cette pilule sur votre organisme
   d) Par manque de connaissance sur cette méthode de contraception d'urgence
   e) Vous ne vous estimiez pas à risque de grossesse
   f) Autre raison :.....
   g) Je n'ai pas de frein à prendre la pilule du lendemain

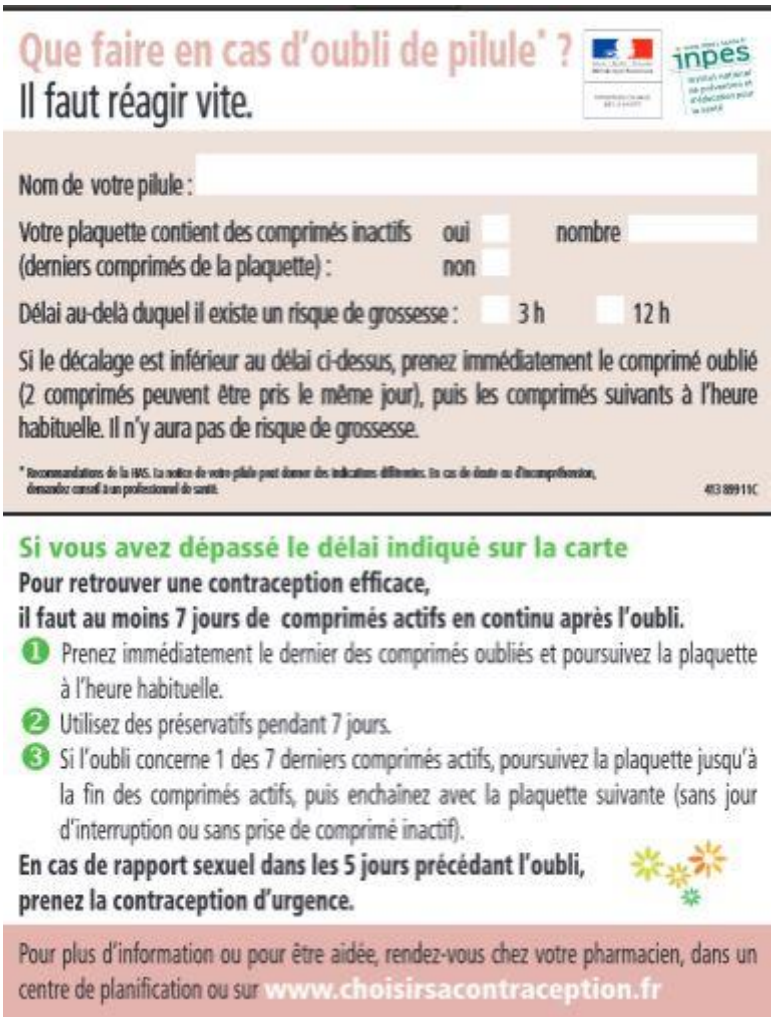
22) Si vous vous êtes déjà procurée la pilule du lendemain sans ordonnance en pharmacie, quel a été votre ressenti ? *Plusieurs réponses sont possibles :*
   a) Je me suis bien sentie
   b) Je me suis sentie gênée
   c) Les explications du pharmacien étaient satisfaisantes
   d) Les explications du pharmacien n'étaient pas satisfaisantes
   e) Je n'ai pas ressenti de jugement particulier de la part du pharmacien
   f) J'ai ressenti un jugement négatif de la part du pharmacien

23) Parmi ces phrases, lesquelles sont vraies concernant la pilule du lendemain ?
   a) Elle agit en bloquant ou retardant l'ovulation
   b) Elle déclenche un avortement
   c) Elle est efficace à 100%
   d) Elle ne protège pas contre les maladies sexuellement transmissibles
   e) Son utilisation n'a aucun effet sur la fécondité future
   f) Son utilisation est nocive pour le fœtus si elle est prise en début de grossesse

24) Seriez-vous favorable à la prescription conjointe d'une contraception d'urgence ou « pilule du lendemain » dès la prescription de votre contraception ?
   a) Oui, pourquoi ? ….....
   b) Non, pourquoi ? ….....

Annexe 2

La carte INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule »



Que faire en cas d'oubli de pilule* ?

Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui ☐ non ☐ nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : ☐ 3 h ☐ 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

1. Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
2. Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
3. Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur **www.choisirsacontraception.fr**

RESUME

Introduction : L'utilisation de la pilule de contraception d'urgence (PCU) est en augmentation constante depuis la facilitation de sa délivrance mais pourtant elle est très peu abordée et prescrite en consultation de médecine générale.
L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances d'un échantillon de femmes de 15 à 50 ans sur la PCU en Poitou-Charentes.
Secondairement, nous nous sommes intéressés aux sources d'informations des répondantes, leurs freins à l'utilisation de la PCU et leur opinion concernant la prescription anticipée de la PCU.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale, quantitative et multicentrique par auto-remplissage anonyme d'un questionnaire. Elle a été menée de juin à septembre 2018 auprès des femmes de 15 à 50 ans consultant dans 12 différents cabinets de médecine générale.

Résultats : 191 questionnaires ont pu être analysés.
Les connaissances de nos répondantes sont insuffisantes notamment concernant le délai d'oubli de pilule contraceptive, le délai de recours à la PCU et les idées reçues sur le mode d'action de la PCU.
Les sources d'informations des patientes sur la PCU ont également été étudiées : on retrouve un défaut d'informations de la part des professionnels de santé au profit des sources hors milieu médical (médias, milieu scolaire ou entourage). Cela est significativement lié à l'âge, les femmes de moins de 35 ans sont plus informées hors milieu médical.
Les freins à l'utilisation de la PCU les plus fréquemment retrouvés par ordre décroissant sont : la peur du jugement, la crainte des effets sur l'organisme, le manque de connaissances sur la contraception d'urgence et une mauvaise estimation du risque de grossesse.
Plus de la moitié de notre population d'étude a déclaré être favorable à la prescription anticipée de la PCU conjointement au renouvellement de la contraception régulière. Cela est significativement lié à l'âge, les femmes de moins de 25 ans sont davantage disposées à cette prescription anticipée.

Discussion et conclusion : Les connaissances de nos répondantes sont insuffisantes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule contraceptive et sur la PCU ce qui constituent des freins non négligeables à son utilisation. L'éducation des femmes se doit d'être accrue notamment par les professionnels de santé au cours des consultations afin d'améliorer le recours à la PCU.
90% des recours à la PCU ont lieu directement à la pharmacie, il serait intéressant d'étudier les connaissances des pharmaciens sur la PCU ainsi que les informations délivrées aux patients dans les officines.

Mots clés : Contraception d'urgence, connaissances, sources d'informations, freins, prescription anticipée.

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !