HAL
open science

Prescription anticipée de la contraception d'urgence : qui et pourquoi ? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente-Maritime

Lise Potier

To cite this version:

Lise Potier. Prescription anticipée de la contraception d'urgence : qui et pourquoi ? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01212724

HAL Id: dumas-01212724

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01212724v1

Submitted on 7 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 n°

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Le

Par Lise COIFFIER née POTIER
Née le 12 Août 1983

Prescription anticipée de la contraception d'urgence : qui et pourquoi ? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente-Maritime.

Directeur de thèse

Dr CAMBON Dominique

JURY :

Pr DALLAY Dominique	Président
Pr SALAMON Roger	Membre
Dr CASTERA Philippe	Membre
Dr CAMBON Dominique	Membre

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique DALLAY,
Professeur de Gynécologie-Obstétrique.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma haute considération.

A Monsieur le Professeur Roger SALAMON,
Professeur de Santé Publique.
Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,
Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale.
Vous avez accepté de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Dominique CAMBON,
Docteur en Gynécologie-Obstétrique.
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de faire partie du jury. J'ai apprécié votre disponibilité et le soutien dont vous avez fait preuve lors de la réalisation de mon travail.

Mes sincères remerciements à tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail :

- en particulier à Patricia pour sa disponibilité, son sourire, et son aide logistique,
- au Dr Xavier CHAUMET qui m'a rendue moins statophobe,
- à l'équipe du planning familial de Saintes pour leur accueil,
- aux patientes qui ont accepté de m'aider en répondant aux questionnaires,
- aux médecins interrogés, pour le temps qu'il m'ont consacré.

Un grand merci à tous les médecins qui ont participé à ma formation, que ce soit lorsque j'étais externe au CHU de Poitiers, ou lors de mes stages d'interne au CHU de Bordeaux, aux Centres Hospitaliers d'Orthez, de Pau et de Bayonne. Merci à leurs équipes médicales qui m'ont accompagnée et formée, ainsi qu'à mes co-internes.

Merci aux Docteurs MAIRESSE et MAURIN qui m'ont fait découvrir et apprécier la médecine générale rurale, et m'ont confortée dans mon projet d'exercice.

Mes remerciements personnels :

A Christophe pour son immense patience.

A ma maman, qui m'a appris qu'un poisson n'avait pas besoin de bicyclette.

A toute ma famille, pour m'avoir toujours aidée et soutenue tout au long de ces interminables études. Merci de m'avoir permis d'arriver jusque-là.

A Karine, Alex, Jessy, Thaïs, Hélène, Sarah, Marie, Marion et Mylène pour leur avis précieux.

Je dédie ce travail à ma maman, qui termine sa carrière quand je débute la mienne.

SOMMAIRE

TABLE DES ABBREVIATIONS ……5

INTRODUCTION ……6

CONTEXTE ……8

METHODE ……18

RESULTATS ……24

DISCUSSION ……41

CONCLUSION ……..50

BIBLIOGRAPHIE ……..52

ANNEXES ……..55
Questionnaire « Femmes »
Questionnaire « Médecins Généralistes »

TABLE DES MATIERES ……65

TABLE DES ABREVIATIONS

ACOG : American Congress of Obstetricians and Gynecologists

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DNB : Diplôme National du Brevet

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport imprévu non protégé...diverses circonstances exposent au risque d'une grossesse non prévue.
Dans ces cas, où la prévention primaire que constitue la prise d'une contraception régulière a été mise en échec, la contraception dite d'urgence constitue une solution de rattrapage qui permet d'éviter le recours éventuel à l'IVG.

Comme son nom l'indique, la CU doit être réalisée le plus tôt possible après le rapport sexuel à risque. La conséquence logique de cette notion d'urgence serait de s'assurer la disponibilité à l'avance du produit «pour le cas où», comme c'est le cas par exemple des médicaments utilisés pour les crises de migraine.
Ce qui pourrait se traduire concrètement par la PA d'une CU, dans l'intention de diminuer le nombre des grossesses non désirées. Il semble que dans les faits une telle démarche pourtant simple soit relativement rare : peu de professionnels de santé font une prescription de CU à titre préventif.

De nombreuses études étrangères montrent que la PA de la CU (par des structures hospitalières ou des médecins généralistes) est bénéfique au niveau individuel : elle augmente son utilisation en cas de besoin, et diminue le délai de sa prise.

L'HAS recommande depuis avril 2013 « d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas dans certaines situations ». (1) Elle indique que ces situations ne peuvent pas être caractérisées a priori.
Ces recommandations françaises, ainsi que les différentes recommandations internationales, proposent une courte liste de situations précises dans lesquelles on peut envisager à bon escient une PA de CU. Mais elle n'est pas exhaustive, elle ne mentionne que peu de circonstances dans lesquelles une meilleure disponibilité de la CU diminuerait le risque de grossesse imprévue.

De ce constat est né mon questionnement : je me suis demandé s'il existait des variables sociodémographiques, des comportements contraceptifs ou d'autres paramètres susceptibles d'induire cette prescription.
Mon travail consiste donc à répondre à cette question : quels facteurs influent sur la PA d'une CU ?

Les situations nécessitant une PA de CU ne peuvent pas être caractérisées a priori ; elles peuvent toutefois l'être à posteriori, par exemple en étudiant les circonstances d'un échec contraceptif. En examinant les prescriptions de certains professionnels de santé, on peut discerner d'autres facteurs : ceux liés au prescripteurs.

L'identification de tous ces facteurs est donc l'objectif de ce travail, l'hypothèse étant qu'il en existe d'autres que ceux décrivant les situations proposées par les recommandations.

CONTEXTE

Avant de détailler mon travail de recherche, je vais exposer ici quelques données de la littérature : tout d'abord les caractéristiques des différents médicaments disponibles, puis les avantages, les indications et les freins de la PA de CU repérés dans les recommandations et les études internationales.

1. Données scientifiques

La CU ou contraception post-coïtale se définit comme l'ensemble des méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage ; elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière.

Il existe 2 types de contraception d'urgence : les méthodes hormonales (NORLEVO® et équivalent, ELLAONE®) et la méthode mécanique (par la pose d'un DIU au cuivre).
La PA concerne uniquement les méthodes hormonales : le DIU n'est pas propice à une prescription à l'avance puisqu'il impose obligatoirement un geste médical.
Voici quelques rappels concernant la monographie des différents médicaments disponibles.

1.1. Caractéristiques communes (2)

Les inducteurs enzymatiques (anticonvulsivants, rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis) diminuent l'action de ces médicaments.

Les précautions d'emploi sont les suivantes :
- il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local jusqu'au retour des règles suivantes,
- leur utilisation ne contre-indique pas la poursuite d'une contraception hormonale régulière,
- en cas de vomissements survenant dans les trois heures suivant la prise du comprimé, il est recommandé de reprendre immédiatement un comprimé.
- on peut prendre cette contraception d'urgence à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard des règles.

1.2. NORLEVO® (3)

C'est la contraception d'urgence la plus fréquemment utilisée, connue sous le nom de «pilule du lendemain».
Il s'agit de lévonorgestrel dosé à 1,5 mg.

1.2.1. Stratégie thérapeutique

Conditionné et administré sous forme d'un comprimé en prise unique, il doit être pris dans les 72 heures (3 jours) qui suivent un rapport non ou mal protégé, et si possible dans les 12h.
Il n'est pas efficace à 100%, et son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation : elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 h, à 58% entre 49 et 72 h. L'efficacité après 72 h n'est pas connue. (4)

1.2.2. Effets indésirables

L'ANSM rapporte comme effets secondaires :

- très fréquents : nausées, douleurs abdominales, métrorragies, céphalées, asthénie, tension mammaire, vertiges, retard de règles,
- fréquents : diarrhée, vomissements, saignements irréguliers, spottings,
- très rares : hypersensibilité cutanée (rash, urticaire, prurit, oedème).

1.2.3. Délivrance

Le lévonorgestrel NORLEVO® obtient l'AMM en avril 1999, il est délisté en juin et peut donc s'obtenir sans prescription médicale.
En CPEF, sa délivrance est gratuite et anonyme pour les mineures et pour les majeures sans couverture sociale. Dans les services universitaires de médecine préventive, il est délivré anonymement et gratuitement aux étudiantes.
En 2000, il peut être délivré par les infirmières scolaires dans les collèges et les lycées, dans un premier temps avec un accord parental, qui deviendra facultatif à partir du mois de décembre 2000.
Depuis mars 2001, il est remboursé à 65% par la sécurité sociale en cas de prescription par un médecin ou une sage-femme. Son prix a été fixé à 7,41€.
La délivrance gratuite aux mineures, hors prescription médicale s'obtiendra par décret d'application en janvier 2002.
Toutes ces mesures ont entrainé une augmentation de 72% de son utilisation entre 2000 et 2005. (3)

1.2.4. Equivalent

Il existe sur le marché une autre spécialité contenant du lévonorgestrel dosé à 1,5 mg : le Lévonorgestrel 1500µg du laboratoire Biogaran. Il a obtenu l'AMM en 2006. Il coûte 6,07€ et est pris en charge à 65%.

1.3. ELLAONE® (5)

Le principe actif est l'ulipristal acétate, dosé à 30mg.
Il est utilisable jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé, ce qui lui vaut le surnom de « pilule du surlendemain ».

1.3.1. Stratégie thérapeutique

Conditionné et administré sous forme d'un comprimé en prise unique, il doit être pris le plus tôt possible, dans les 120 heures (5 jours) qui suivent un rapport non ou mal protégé,

1.3.2. Précautions d'emploi supplémentaires

Ne pas utiliser plus d'une fois par cycle.
Il n'est pas recommandé en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère insuffisamment contrôlé par un glucocorticoïde oral.
L'allaitement est déconseillé pendant une semaine après la prise.

1.3.3. Effets indésirables

L'ANSM rapporte comme effets secondaires :

- fréquents : céphalées, vertiges, nausées, vomissements, douleurs abdominales et pelviennes, dysménorrhée, sensibilité des seins, troubles de l'humeur, myalgies, douleurs dorsales, fatigue,
- peu fréquents : grippe, troubles de l'appétit, troubles émotionnels, anxiété, insomnie, troubles d'hyperactivité, changement de libido, somnolence, migraine, troubles de la vision, diarrhée, bouche sèche, dyspepsie, flatulences, acné, prurit, ménorragies, pertes vaginales, troubles menstruels, métrorragies, vaginite, bouffées de chaleur, syndrome prémenstruel frissons, malaise, fièvre,
- rares : désorientation, tremblements, troubles de l'attention, dysgueusie, syncope, hyperémie oculaire, sensation anormale de l'œil, photophobie, gorge sèche, urticaire, prurit génital, dyspareunie, kyste ovarien rompu, douleurs vulvo-vaginales, hypoménorrhée, soif.

1.3.4. Délivrance

Son AMM date d'octobre 2009, une ordonnance faite par un médecin ou une sage-femme est nécessaire pour la délivrance et le remboursement à 65 %.
Depuis avril 2015, il est disponible sans ordonnance en pharmacie, son prix a diminué à 19,70€, et il est gratuit pour les mineures.

1.3.5. Service Médical Rendu

L'HAS n'a rapporté qu'une amélioration mineure du service médical rendu par rapport au NORLEVO® (6), et souligne que l'intérêt de santé publique n'est que faible.
En effet, ELLAONE® a un profil pharmacologique semblable à celui du levonorgestrel, tout en étant plus coûteux et plus iatrogène, mais pas plus efficace.
D'ailleurs, la revue Prescrire (6) va plus loin que les conclusions officielles de l'HAS, et recommande actuellement de s'en tenir au lévonorgestrel sur la base d'un progrès thérapeutique jugé insuffisant.

2. Avantages de la PA de CU

La disponibilité à l'avance de la CU, c'est à dire la possibilité pour les femmes d'avoir une contraception d'urgence disponible à leur domicile, permet :

- d'augmenter son accessibilité, notamment en dehors des horaires d'ouverture habituelle des pharmacies,
- d'éviter la perte d'efficacité en réduisant le délai entre le rapport et l'administration,
- de bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale grâce à la délivrance sur ordonnance,
- d'éviter la gêne occasionnée par la demande, en permettant sa délivrance aux femmes en dehors d'une situation où elles pourraient se sentir jugées et mal à l'aise.

Différentes études (8), toutes réalisées à l'étranger, aboutissent aux mêmes conclusions : la mise à disposition à l'avance augmente le recours à celle-ci et permet un accès plus rapide.

3. Indications

3.1. Indications de la CU

3.1.1. Selon l'OMS (9)

En cas de rapport sexuel, l'OMS recommande de recourir à une CU en cas de :

- absence de contraception,
- échec ou usage défectueux de la méthode contraceptive :
    - déchirure, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif,
    - oubli d'un contraceptif oral combiné pendant 3 jours consécutifs ou non,
    - prise de la pilule à progestatif seul avec plus de 3h de retard (ou plus de 12h de retard en cas de pilule dosée à 0,75 mg de désogestrel),
    - expulsion d'un DIU ou d'un implant hormonal contraceptif,
    - déplacement, mise en place tardive ou retrait trop précoce d'un anneau vaginal ou d'un dispositif transdermique (patch) contenant une hormone contraceptive,
    - injection d'un progestatif avec plus de 2 à 4 semaines de retard (selon le progestatif),
    - injection mensuelle d'une association d'œstrogène et de progestatif avec plus de 7j de retard,
    - déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale,
    - échec du retrait (par exemple éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes),
    - spermicides dissous avant le rapport,
    - erreur de calcul de la période d'abstinence périodique ou absence d'abstinence ou de contraception mécanique pendant la période de fécondité,
- agression sexuelle : lorsque la femme n'est pas protégée par une méthode de contraception efficace.

3.1.2. En France

L'HAS (10) recommande depuis 2004 que, lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leurs efficacités respectives et de leurs conditions d'accès.

Dans son rapport de 2009 (4), l'IGAS met l'accent sur l'importance de l'information concernant l'existence de la CU en cas de diarrhées et/ou vomissements importants, qui équivalent à un oubli de pilule.

La dernière campagne d'information réalisée par le ministère de la santé et l'INPES remonte à juin 2012. L'objectif était d'informer les femmes et en particulier les jeunes, qu'elles ont jusqu'à 5 jours pour avoir recours à la CU. Il s'agissait de spots radio et de bannières web. Les textes faisaient référence aux prises de risques les plus fréquentes : l'accident de préservatif, l'oubli de pilule, et l'absence de contraception.

3.2. Indications de la PA de CU

3.2.1. Recommandations internationales

L'OMS (11) recommande de délivrer par avance une CU aux femmes, afin qu'elles puissent en disposer en cas de nécessité, et qu'elles puissent la prendre dès que possible après un rapport non protégé.
Dans son Manuel sur la planification familiale à l'intention des prestataires de services de santé (12), l'OMS recommande de fournir une CU à l'avance à toutes les femmes qui le souhaitent, et en particulier aux jeunes femmes.
La Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (13) recommande qu'il soit remis à l'avance aux femmes en âge de procréer une ordonnance de CU hormonale. Elle le recommande d'autant plus lorsque le préservatif est le seul moyen de contraception d'une femme et de son partenaire, ainsi que pour toutes les femmes ayant subi une IVG.
Le Collège Américain d'Obstétrique et de Gynécologie (14) recommande de fournir une CU à l'avance aux femmes consultant dans des centres de planification familiale ou des services de santé sexuelle. Il insiste sur l'intérêt de la PA de la CU pour les mineures.

3.2.2. Recommandations françaises

L'IGAS (4) recommande la prescription à l'avance de la CU aux femmes qui le souhaitent, lors des consultations de prescription de la contraception conventionnelle.

Les recommandations de l'HAS concernant la prescription et la délivrance à l'avance de la CU ont été publiées en avril 2013 (1). Ces recommandations s'appuient sur la note de cadrage rédigée en 2011, ainsi que sur une revue systématique de la littérature et des analyses de bases de données sur l'utilisation de la contraception d'urgence en France.
L'HAS recommande plutôt d'envisager cette prescription au cas par cas dans certaines situations. Il peut s'agir :

- des femmes ayant des difficultés d'accès à la CU (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 (c'est-à-dire : les méthodes barrières, les spermicides, le retrait).

Elle insiste aussi sur l'information à donner aux patientes, qui doit être systématique et personnalisée.

D'après le rapport de l'IGAS (4), il existe des situations à risque, qu'il importe de détecter afin de proposer une prescription adaptée.
Parmi ces situations à risque on peut citer :

- la sexualité juvénile non reconnue par la famille (notamment quand la religion ou la culture familiale interdit les relations amoureuses hors mariage),
- les situations de précarité matérielle (absence de domicile fixe par exemple) ou morale (dépendance, addiction).

4. Freins

4.1. Freins à l'utilisation de la CU

4.1.1. Méconnaissance globale de la CU

Le manque d'informations sur le délai d'efficacité, ainsi que les croyances relatives à la CU sont des freins à son utilisation.

4.1.1.1. Méconnaissance par les femmes

L'IGAS ainsi que de nombreuses études dénoncent le défaut d'information. Trop peu de professionnels renseignent les femmes sur la CU, ses différentes méthodes, ses délais, ses moyens d'accès.
En découlent ainsi des inquiétudes non fondées (largement relayées par les forums internet) : baisse de la fertilité voire stérilité, dérèglement hormonal, risque pour la santé, équivalence avec une IVG… L'OMS (15) insiste sur l'innocuité de la CU, et affirme que moins de 1 femme sur 5 ressent des effets secondaires bénins et de courte durée, le plus souvent sous forme de règles irrégulières.

En 2005, seulement 11,7% des femmes de 15 à 24 ans (et 7,1% des hommes) connaissaient le délai d'efficacité reconnu de 72h pour prendre la CU (16), et ¼ de cette population interrogée ne savait pas qu'il était inutile d'avoir une ordonnance pour se la procurer (4).

4.1.1.2. Méconnaissance par les médecins

La CU est peu abordée dans l'enseignement et la littérature médicale.
Lors de la formation initiale, l'item 27 « contraception » ne fait que mentionner son existence.
Dans un ouvrage de 335 pages comme « l'IVG et sa prévention » paru chez Masson, 2 phrases seulement sont consacrées à la CU.
Ainsi, certains MG avouent qu'ils ont des lacunes concernant ces connaissances, ce que confirme la thèse de C. Naïmi-Lelong (17) : 37 % des généralistes étudiés ne connaissent pas le délai d'utilisation de la CU. Elle a par ailleurs mis en évidence que certains MG y sont réticents car ils considèrent la CU comme une pilule abortive.
L'HAS dénonce par ailleurs un manque de perception de l'utilité de la CU par les professionnels de santé.

4.1.2. Sentiment de culpabilité

Certaines femmes décrivent un sentiment de culpabilité d'avoir pris du plaisir en ayant omis de se protéger.
Elles redoutent ainsi l'attitude moralisatrice du médecin prescripteur ou du pharmacien.

On peut par ailleurs aisément comprendre que venir en urgence chez son médecin pour raconter son immédiate vie sexuelle ne soit pas apprécié.

4.1.3. Difficultés d'accessibilité géographique et temporelle

Le passage obligé, dans un délai très court, par une pharmacie voire par un médecin (pour les femmes majeures souhaitant être remboursées) peut constituer une difficulté réelle, surtout dans certaines circonstances (jours fériés, lieu isolé, nécessité de bousculer un emploi du temps chargé...).

4.1.4. Ambivalence du désir de grossesse

Elle est décrite comme le besoin (inconscient) de se prouver sa propre fécondité, en décalage avec un désir réel de maternité.

4.1.5. Freins financiers

La gratuité étant limitée aux mineures en situation d'urgence, le prix de la CU peut être un frein pour les femmes majeures en difficulté financière.

4.1.6. Manque de perception du risque de grossesse

Le recours à la CU en cas de rapport mal ou non protégé est loin d'être systématique. Il est fonction de l'appréciation par les femmes du risque de grossesse, qui reste très subjective et se fonde trop souvent sur un pari approximatif quant à la période supposée « dangereuse ». (4)

4.2. Freins à la PA de CU

4.2.1. Risque de mésusage

Une crainte fréquemment exprimée vis-à-vis de la CU est qu'elle pourrait servir de méthode de substitution plutôt que de rattrapage, en dissuadant les utilisatrices de recourir à une contraception régulière. Ce débat ressurgit régulièrement à chaque train de mesures visant à améliorer la disponibilité de la CU.
Les données de l'INPES (16) montrent, au contraire, que depuis 1999 la couverture contraceptive a continué de s'élargir, et que dans 85% des cas les femmes recourent à une contraception régulière dans le mois qui suit la prise d'une CU.

Les risques d'abus d'utilisation sont évoqués par les détracteurs de la PA de CU. Mais les données du Baromètre santé 2005 de l'INPES (16) montrent que plus de 2 femmes sur 3 ayant eu recours à la CU ne l'ont utilisée qu'une seule fois. Une étude australienne menée en 2009 (18) a montré que la PA n'engendrait pas d'augmentation de l'utilisation de la CU.

Dans son travail de thèse (19), M. Bah évoque les craintes des professionnels qu'une PA n'entraine une déresponsabilisation de la patiente et une banalisation de l'oubli de pilule.

Plusieurs travaux ont montré que si les femmes ont la pilule du lendemain à disposition, pour « au cas où », cela ne modifiait pas leur attitude vis-à-vis de la contraception régulière, et n'augmentait pas les comportements à risques. (20)(21)(22)(23)(24)

La Cochrane a publié en 2008 un travail (25) sur l'impact d'une PA et donc de la disposition à l'avance d'une CU chez des jeunes femmes. Les conclusions étaient claires ; la possession d'une CU « en avance » n'a pas eu d'impact négatif sur le comportement sexuel des patientes : pas d'augmentation de l'incidence des IST, ni de la fréquence des RS non protégés, pas de changement de méthode contraceptive, ni de substitution de la contraception régulière par la CU. Donc l'inquiétude « que les femmes en abusent » ne semble pas fondée.

4.2.2. Anonymat non garanti

Le rapport de l'IGAS (4) mentionnait qu'une PA de CU peut être mise en échec pour les mineures, si la prise en charge financière de la prescription et la délivrance des contraceptifs n'était pas assurée indépendamment des parents. En effet, dans certains contextes familiaux, la crainte de voir figurer la trace d'une consultation et d'une prescription sur le relevé adressé par la caisse de sécurité sociale et/ou la mutuelle peut constituer un véritable obstacle.

4.2.3. Conditions de délivrance

Le coût d'une PA pour la sécurité sociale pourrait être un frein à la PA. (19)
Rappelons toutefois qu'une consultation médicale pour sa prescription en urgence coûte à la sécurité sociale 15,10 €, et que l'IVG, qui coûte entre 191,74 € et 644,71 €, est toujours délétère. (26)
De plus, les médicaments disponibles pour la PA se conservent 3 ans, il n'y a donc pas besoin de renouvellement fréquent de ce stock à domicile : le gaspillage est limité.

De nombreux médecins et pharmaciens considèrent la PA comme inutile car le NORLEVO® et le LEVONORGESTREL BIOGARAN® sont disponibles en vente directe en pharmacie (19). Une meilleure information leur permettrait de revoir leur position.

METHODE

1. Choix de la méthode

L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs qui influent sur la PA d'une CU.

La méthode quantitative s'est imposée, puisque le but était de comparer 2 situations : une qui amenait à une PA, l'autre non.

J'ai donc réalisé une enquête descriptive, par le biais d'auto-questionnaires.
Afin d'identifier les facteurs liés aux patientes et ceux liés aux prescripteurs, j'ai défini 2 populations cibles :

- la population « femmes » : qui permettait de caractériser a posteriori des situations de grossesse non prévue, pouvant relever d'une PA,
- la population « médecins généralistes » : qui permettait d'identifier les facteurs qui alertent les prescripteurs sur l'opportunité d'une PA, mais aussi les freins à cette prescription.

2. Populations étudiées

2.1. Population « femmes »

Le CPEF propose, entres autres missions, une aide dans le choix contraceptif et un accompagnement pré et post IVG. Les femmes y venant en consultation constituent une population qui a paru adaptée à ce travail de thèse.

L'échantillon incluait toute femme consultant au CPEF de Saintes, ne remplissant aucun critère d'exclusion suivant :

- ne souhaitant pas participer à l'étude,
- ne maîtrisant pas le français,
- ne consultant pas pour elle-même,
- ayant rempli le questionnaire de manière très incomplète.

2.2. Population « médecins généralistes»

L'échantillon incluait tout médecin remplissant les critères de sélection suivants:

- être médecin généraliste,
- exercer en ambulatoire,
- exercer dans la moitié sud de la Charente-Maritime,
- avoir dans sa patientèle des femmes concernées par une prescription de contraception (ceux ayant un DESC qualifiant ont donc été exclus).

3. Mode de recrutement

3.1. Population « femmes »

Le questionnaire a été proposé à toutes les femmes se présentant au CPEF de Saintes.
Afin d'exclure les femmes ne correspondant pas aux critères retenus, il était accompagné d'une notice comprenant des critères précis :

« Vous êtes une femme,
Vous parlez français,
Vous n'êtes pas ménopausée,
Vous consultez pour vous-même au planning familial. »

3.2. Population « médecins généralistes»

La base de données de la maternité de Saintes a été utilisée pour sélectionner les MG. La secrétaire a fourni une liste des médecins correspondant aux critères retenus, et ayant au moins une patiente qui a consulté dans l'établissement. 273 médecins ont ainsi été retenus.

4. Elaboration des questionnaires

4.1. Population « femmes »

Le support de l'enquête a été un auto-questionnaire, sous la forme de 4 feuilles recto, avec 1 item par page.
Le langage était facilement compréhensible et les questions courtes afin d'être accessibles à un maximum de femmes.
Les questions étaient en majorité fermées, pour plus de simplicité.

Les items étudiés étaient des informations personnelles, la contraception habituelle, la CU, et la PA de celle-ci.

L'item **« informations personnelles »** avait pour but de déterminer les caractéristiques sociodémographiques des femmes, ainsi que leurs antécédents médicaux et la raison de leur consultation au CPEF.
Pour la catégorie socio-professionnelle, la question portait sur la profession actuelle. J'ai repris la classification de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) pour en établir la liste.
Pour le lieu d'habitation, j'ai délimité 3 situations, en fonction de la distance entre le domicile et une grande ville (Saintes pour mon étude).

Les antécédents étudiés étaient :

- IVG : les femmes devaient préciser leur nombre le cas échéant,
- VIH,
- autre IST : les femmes devaient préciser laquelle.

L'item **« contraception habituelle »** concernait le mode de contraception, les oublis éventuels, et les prescripteurs éventuels.
La question du mode de contraception actuelle était volontairement ouverte : les femmes pouvaient ainsi écrire ce qu'elles savaient de leur contraception (par exemple « stérilet » ou « MIRENA »), et donner plusieurs réponses (par exemple préservatif et pilule).
La question sur la cause d'oubli était aussi ouverte, pour ne pas influencer la réponse.

L'item **« contraception d'urgence »** concernait les informations reçues, le recours antérieur éventuel et la prescription de la CU le cas échéant.

L'item **« prescription anticipée de la contraception d'urgence »** concernait l'information reçue, la proposition des prescripteurs, le souhait de la femme, les avantages perçus, et les raisons d'un refus le cas échéant. Avant les questions, une courte phrase expliquait ce qu'est la PA de CU.
Pour les freins et les avantages à la PA de CU, 5 propositions étaient énoncées à chaque question. Plusieurs réponses étaient possibles, et les femmes pouvaient ajouter d'autres raisons si elles le souhaitaient.
Pour formuler les propositions concernant les avantages à la PA de CU, je me suis appuyée sur le rapport de l'IGAS (4) et les recommandations de l'HAS (1). Pour celles concernant les freins, je me suis appuyée sur les recommandations de l'HAS, une étude américaine (27), la thèse de C. GUILLOT (28), et un article de C. BOUCHARD (29).
La dernière question portait sur l'utilisation de la CU en cas de disponibilité à domicile : elle concernait donc les femmes ayant un antécédent d'IVG. Elles avaient ensuite la possibilité de commenter leur réponse.

4.2. Population « médecins généralistes»

Le support de l'enquête a été un auto-questionnaire, sous la forme de 3 feuilles recto.
Le questionnaire s'est voulu simple et concis, pour être complété en moins de 5 minutes et obtenir un taux de retour satisfaisant. Il était anonyme, afin d'éviter la peur d'un jugement de valeur du médecin répondant.
Il comprenait 1 fiche de renseignements et 7 questions, et était accompagné d'une lettre explicative.

Les questions concernaient l'exercice de la gynécologie, les informations données sur la conduite à tenir en cas d'oubli et sur la CU, et la prescription de celle-ci.

Les critères proposés dans les QCM pour la PA de CU et pour le refus de celle-ci ont été définis en compilant les données de précédentes études sur le sujet et des recommandations internationales. (4)(12)(13)(14)(15)(19)(28)(29)

Les arguments retenus en faveur de la PA de CU étaient :

- minorité,
- situation de précarité,
- antécédent d'IVG,
- absence de contraception,
- insatisfaction de la patiente concernant sa contraception habituelle,
- contraception par préservatif,
- contraception par autre méthode barrière ou retrait ou spermicide,
- irrégularité des rapports sexuels,
- difficulté d'accès à une pharmacie,
- voyage à l'étranger,
- demande de la patiente.

La question restait ouverte pour permettre aux répondants d'ajouter leurs propres critères si nécessaire.

Les arguments proposés pour justifier un refus de la PA de CU étaient :

- risque d'abus d'utilisation,
- déresponsabilisation de la patiente,
- risque d'abandon de la contraception régulière,
- banalisation de l'oubli de pilule,
- iatrogénie : risques de dérèglement du cycle, de complications à long terme,
- risque de comportement à risque d'IST,
- coût pour la sécurité sociale,
- inutilité de la prescription anticipée car vente directe en pharmacie.

La question restait également ouverte pour que les médecins puissent justifier différemment leur refus le cas échéant.

Le questionnaire proposait en dernière page de laisser des commentaires éventuels.

5. Déroulement de l'enquête

5.1. Population « femmes »

Le questionnaire était proposé aux femmes à leur arrivée au CPEF, afin d'être rempli dans la salle d'attente. Il a été distribué par la personne les accueillant (la secrétaire), et récupéré par la sage-femme lors de la consultation.

Le recueil des questionnaires a duré du 13 Octobre 2014 au 12 janvier 2015 inclus.

5.2. Population « médecins généralistes»

La voie postale a été choisie pour permettre aux médecins de remplir le questionnaire quand ils trouvaient un créneau pour le faire.
Les enveloppes destinées aux médecins généralistes comprenaient le questionnaire, la lettre explicative, ainsi qu'une enveloppe de retour pré-timbrée, à l'adresse du Dr CAMBON au Centre Hospitalier de Saintes.

Elles ont été envoyées par la poste le 26 novembre ; les dernières réponses ont été reçues le 5 janvier 2015.

6. Analyse des données

Les données issues des questionnaires ont ensuite été saisies et analysées sur le logiciel Sphinx Plus avec la version 5.0.

J'ai tout d'abord décrit les résultats issus des 2 questionnaires.
Puis j'ai effectué des analyses bivariées, dans le but d'étudier l'existence de la liaison entre certaines variables :

- Etude de la liaison entre « proposition de PA » chez les femmes et les caractéristiques de ces femmes (facteurs sociodémographiques, antécédents médicaux, spécificités de leur contraception, oublis contraceptifs récents, recours antérieurs à la CU, attentes concernant la PA),
- Etude de la liaison entre « souhait d'une PA » chez les femmes et ces mêmes caractéristiques,
- Etude de la liaison entre « proposition de PA » par les médecins et caractéristiques de ces MG (facteurs démographiques, formation et exercice de la gynécologie).

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test du Chi2.

RESULTATS

A. ENQUÊTE « FEMMES »

1. Participation à l'enquête

84 femmes ont répondu au questionnaire.
78 femmes ont été incluses. Ont été exclues : 1 femme accompagnant sa fille au CPEF (ne correspondant donc pas aux critères recherchés), 5 femmes ayant laissé trop de questions sans réponse (2 n'ont donné aucune information personnelle, 3 n'ont répondu à aucune question concernant la prescription anticipée de la contraception d'urgence).

2. Descriptif de l'échantillon

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

2.1.1. Age

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 9 étaient mineures (soit 11,5 %),
- 14 avaient entre 18 et 24 ans (soit 17,9 %),
- 15 avaient entre 25 et 29 ans (soit 19,2 %),
- 17 avaient entre 30 et 34 ans (soit 21,8 %),
- 12 avaient entre 35 et 39 ans (soit 15,4 %),
- 10 avaient entre 39 et 44 ans (soit 12,8 %),
- 1 avait 49 ans (soit 1,3 %).
-

L'âge moyen était de 29 ans (écart-type : 8,2 ans).

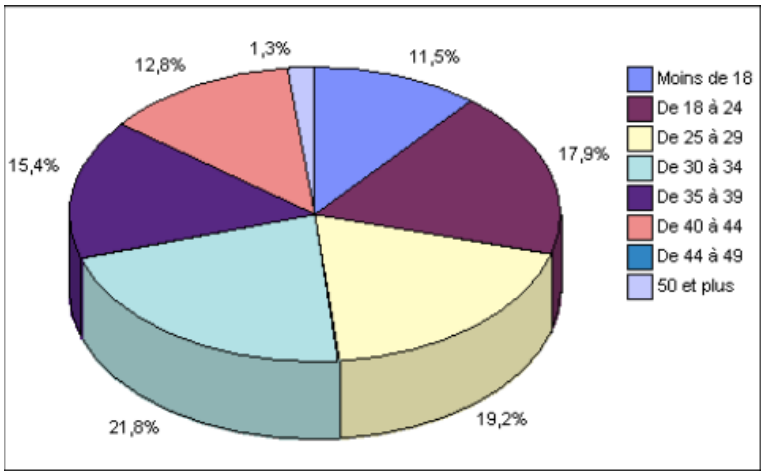

Figure 1 : diagramme de répartition des femmes selon leur âge (en années).

2.1.2. Niveau d'études

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 4 n'avaient aucun diplôme, (soit 5,1 %),
- 35 avaient un niveau brevet (DNB), BEP ou CAP (soit 44,9 %),
- 16 avaient un niveau bac (soit 20,5 %),
- 10 avaient un diplôme de niveau bac +2 (soit 12,8 %),
- 11 avaient un diplôme de niveau supérieur à bac +2 (soit 14,1 %),
- 2 n'ont pas répondu à la question (soit 2,6 %).

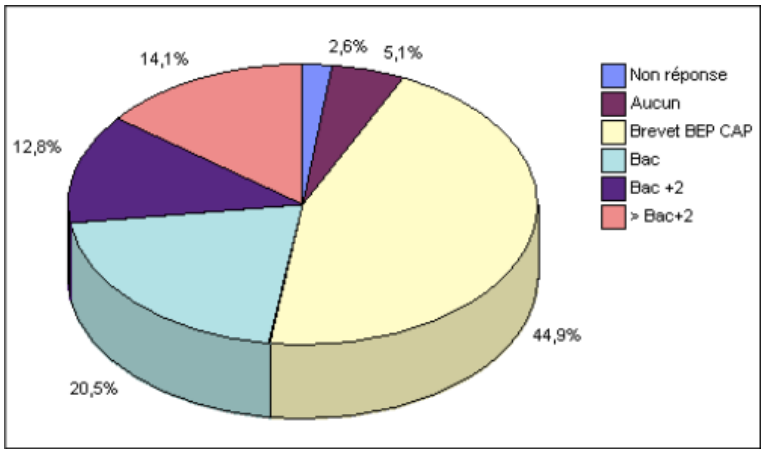

Figure 2 : diagramme de répartition des femmes selon leur diplôme.

2.1.3. Catégorie socio-professionnelle

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 21 étaient employées (soit 26,9 %),
- 19 étaient sans profession (soit 24,4 %),
- 10 étaient étudiantes (soit 12,8 %),
- 10 exerçaient une profession intermédiaire (enseignement, santé, fonction publique) (soit 12,8 %),
- 6 faisaient partie des cadres et professions libérales (soit 7,7 %),
- 5 étaient ouvrières (soit 6,4 %),
- 5 n'ont pas répondu (soit 6,4 %),
- 2 étaient commerçantes (soit 2,6 %),
- il n'y avait aucune agricultrice.

2.1.4. Lieu d'habitation

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 25 habitaient en ville ou à moins de 5 km (soit 32,1 %),
- 23 habitaient entre 5 et 10 km d'une ville (soit 29,5 %),
- 28 habitaient à plus de 10 km d'une ville (soit 35,9 %),
- 2 n'ont pas répondu (soit 2,6 %).

2.1.5. Statut marital

55 des 78 femmes étaient en couple (soit 70,5 %), 23 étaient célibataires (soit 29,5 %).

2.1.6. Nombre d'enfants

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 33 n'avaient pas d'enfant (soit 42,3 %),
- 13 avaient 1 enfant (soit 16,7 %),
- 24 avaient 2 enfants (soit 30,8 %),
- 6 avaient 3 enfants (soit 7,7 %),
- 2 avaient 4 enfants (soit 2,6 %).

2.2. Antécédents médicaux

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 41 n'avaient aucun antécédent parmi ceux proposés,
- 25 avaient eu 1 IVG, 8 en avaient eu 2, 1 en avait eu 3, 1 en avait eu 4, 1 en avait eu 5,
- 4 avaient eu des chlamydiae :
  - 2 avaient eu des chlamydiae et 1 IVG,
  - 1 avait eu des chlamydiae et 3 IVG,
- 2 avaient eu l'HPV :
  - 1 avait eu l'HPV et 1 IVG,
  - 1 avait eu l'HPV et 2 IVG,
- aucune n'était atteinte par le VIH.

Tableau 1 : répartition des femmes selon leurs antécédents (ATCD) médicaux :

ATCD médicaux	Effectif	Fréquence
Aucun	41	52,60%
1 IVG	25	32,10%
2 IVG	8	10,30%
3 IVG	1	1,30%
4 IVG	1	1,30%
5 IVG	1	1,30%
Chlamydiae	4	5,10%
HPV	2	2,60%
VIH	0	0%

Le nombre de citations est supérieur au nombre de femmes, du fait des réponses multiples.

2.3. Motif de consultation au planning familial

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 62 consultaient pour une IVG (soit 79,5 %),
- 11 consultaient en post-IVG (soit 14,1 %),
- 3 consultaient pour une contraception (soit 3,8 %),
- 1 consultait pour une contraception d'urgence (soit 1,3 %),
- 1 consultait pour un suivi gynécologique (soit 1,3 %).

3. Les femmes et leur contraception

3.1. Contraception habituelle

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 39 avaient une pilule oestro-progestative (soit environ 50 %),
- 13 n'avaient aucune contraception (soit environ 18 %),
- 11 utilisaient le préservatif seul (soit environ 15 %),
- 5 avaient un stérilet (soit environ 6 %),
- 3 n'ont pas répondu à la question,
- 2 étaient sous progestatifs oraux,
- 2 avaient un NEXPLANON®,
- 1 utilisait le patch EVRA®,
- 1 utilisait l'anneau intra-vaginal NUVARING®,
- 1 associait préservatif et pilule oestro-progestative.

Les pourcentages sont approximatifs car les femmes pouvaient donner plusieurs réponses.

3.2. Durée d'utilisation de la contraception actuelle

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 4 l'utilisaient depuis moins de 1 mois (soit 5,1 %),
- 2 l'utilisaient depuis 1 à 2 mois (soit 2,6 %),
- 4 l'utilisaient depuis 2 à 6 mois (soit 5,1 %),
- 6 l'utilisaient depuis 6 à 12 mois (soit 7,7 %),
- 7 l'utilisaient depuis 12 à 24 mois (soit 9,0 %),
- 12 l'utilisaient depuis 24 à 60 mois (soit 15,4 %),
- 23 l'utilisaient depuis plus de 60 mois (soit 29,5 %),
- 20 n'ont pas répondu à la question soit 25,6 %).

3.3. Oubli(s)

Parmi les 41 utilisatrices de contraception orale :

- 13 n'ont rapporté aucun oubli,
- 16 avouaient avoir eu au moins un oubli durant les semaines précédentes,
- 1 a rapporté un oubli datant de plusieurs années,
- 11 n'ont pas répondu à la question.

Parmi les 11 utilisatrices de préservatifs :

- 6 n'ont rapporté aucun oubli,
- 3 avouaient avoir eu au moins un oubli dans les semaines précédentes,
- 2 n'ont pas répondu à la question.

L'utilisatrice d'anneau NUVARING® a rapporté un oubli dans les semaines précédentes.
L'utilisatrice du patch EVRA® n'a pas répondu à la question, l'utilisatrice de la double protection « pilule + préservatif » non plus.

Les femmes ayant rapporté un oubli récent l'ont justifié par :

- « nuit passée hors du domicile » (4 citations),
- « négligence » (3 citations),
- « débordée par les enfants » (1 citation),
- « règles irrégulières » (1 citation),
- « l'alarme n'a pas sonné » (1 citation),
- « suites de couches » (1 citation),
- « maladie » (1 citation),
- « travail » (1 citation).

3.4. Prescripteur(s)

Concernant la prescription initiale :

- 29 femmes n'ont pas répondu à la question (soit 37,2 %), parmi lesquelles 11 utilisatrices de préservatifs et 12 femmes sans contraception,
- 12 femmes avaient fait appel à un médecin généraliste (soit 15,4 %),
- 28 femmes avaient fait appel à un gynécologue (soit 35,9 %),
- 9 femmes avaient fait appel à une sage-femme (soit 11,5 %).

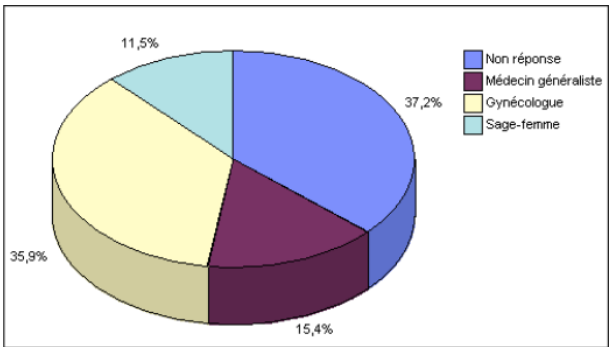

Figure 3 : diagramme de répartition selon le prescripteur initial de contraception

Concernant le renouvellement :

- 32 femmes n'ont pas répondu à la question, parmi lesquelles 11 utilisatrices de préservatifs et 12 femmes sans contraception,
- 25 femmes avaient fait appel à un médecin généraliste,
- 17 femmes avaient fait appel à un gynécologue,
- 5 femmes avaient fait appel à une sage-femme.

La somme des effectifs dépasse les 78 attendus, car certaines femmes ont fait appel à plusieurs prescripteurs. Les pourcentages sont donc approximatifs.

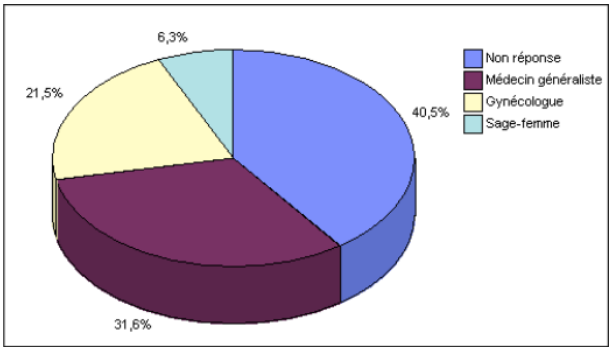

Figure 4 : diagramme de répartition selon le prescripteur du renouvellement de contraception

4. Les femmes et la CU

4.1. Informations reçues

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 49 (soit 62,8 %) n'ont reçu aucune information concernant la CU : ni lors de la prescription initiale, ni lors d'un renouvellement.
- 27 ont reçu une information initialement,
- 9 en ont reçu lors d'un renouvellement,
- 1 n'a pas répondu à la question.

La somme des effectifs dépasse les 78 attendus, car certaines femmes ont reçu des informations lors de la prescription initiale et lors d'un renouvellement.

Parmi les 41 femmes sous contraception orale :

- Lors de la prescription initiale, 21 avaient reçu des informations sur la CU :
  - 12 par un gynécologue, 5 par une sage-femme, 4 par un MG.
  - 8 MG sur les 12 consultés n'ont pas délivré d'informations, tout comme 9 gynécologues sur les 21, et 3 sages-femmes sur les 8.
- Lors du renouvellement, 10 ont reçu des informations sur la CU :
  - 5 par une sage-femme, 4 par un gynécologue, 1 par un MG,
  - 23 MG sur les 24 consultés n'ont pas délivré d'informations ; les 5 sages-femmes consultées l'ont fait, ainsi que 4 gynécologues sur 11.

Parmi les 13 femmes sans contraception, 3 ont reçu une information.
Parmi les 11 femmes se protégeant avec des préservatifs, 1 a été informée.
La femme utilisant une contraception orale et des préservatifs a été informée lors de la prescription initiale, par une sage-femme. Les femmes sous patch et anneau contraceptifs n'ont reçu aucune information concernant la CU.

4.2. Recours antérieur

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 50 n'ont jamais pris la pilule du lendemain (soit environ 64 %),
- 22 l'ont obtenue en pharmacie sans prescription (soit environ 28 %),
- 3 y ont eu recours en passant par le CPEF (soit environ 4 %),
- 3 se la sont procurée en pharmacie avec une ordonnance (soit environ 4 %),
- 2 n'ont pas répondu à la question,
- aucune ne se l'est procurée au lycée.

2 femmes y ont eu recours plusieurs fois et par différents moyens ; les pourcentages sont donc approximatifs.

4.3. Prescription

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 63 n'ont jamais eu d'ordonnance de CU (soit 80,8 %),
- 10 ont eu une ordonnance : 6 par une sage-femme (soit 7,7 %), 2 par un gynécologue (soit 2,6 %), 2 par un MG (soit 2,6 %),
- 5 n'ont pas répondu à la question.

3 ordonnances ont été faites dans un contexte d'urgence, les 7 autres étaient des prescriptions anticipées.

5. Les femmes et la PA de CU

5.1. Informations reçues

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 62 ne savaient pas qu'une PA de CU était possible (soit 79,5 %),
- 9 en ont été informées par une sage-femme (soit 11,5 %),
- 2 en ont été informées par leur famille (soit 2,6 %),
- 2 n'ont pas répondu (soit 2,6 %),
- 1 en a été informée par un gynécologue (soit 1,3 %),
- 1 en a été informée par un MG (soit 1,3 %),
- 1 en a été informée par internet (soit 1,3 %).

La femme ayant été informée par internet a précisé qu'elle avait recherché l'information.

5.2. Propositions des prescripteurs

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 70 n'ont reçu aucune proposition (soit 89,7 %),
- 7 ont répondu qu'on leur avait proposé une PA de CU (soit 9 %),
- 1 n'a pas répondu à cette question.

Parmi les 7 propositions, 6 ont été faites par des sages-femmes et 1 l'a été par un gynécologue.

Les raisons évoquées par les femmes pour ces propositions étaient :

- « suite IVG »,
- « prévention »,
- « urgence ».

5.3. Attentes

Parmi les 78 femmes interrogées :

- 38 auraient souhaité qu'on leur propose une PA de CU (soit 48,7 %),
- 39 ne l'auraient pas souhaité (soit 50 %),
- 1 n'a pas répondu à la question.

5.4. Freins

Voici les raisons évoquées pour un refus de PA de CU :

- « je ne pense pas en avoir besoin » (12 citations),
- « je préfère la demander anonymement à la pharmacie » (8 citations),
- « je n'ai pas eu assez d'informations la concernant » (5 citations),
- « j'ai peur des effets secondaires » (2 citations),
- « pour des raisons de religion ou de convictions personnelles » (1 citation).

Les femmes pouvaient ajouter d'autres raisons si elles le souhaitaient, mais aucune ne l'a fait.

Les réponses des femmes ayant un stérilet ou un implant progestatif n'ont pas été prises en compte, puisqu'elles ont toutes répondu qu'elles n'en n'avaient pas besoin, à juste titre.

5.5. Avantages

Voici les avantages à la PA de CU repérés par les femmes :

- « c'est une sécurité de l'avoir à l'avance » (60 citations),
- « ça permet de l'avoir à disposition quand la pharmacie est fermée » (37 citations),
- « on peut l'emporter quand on part à l'étranger » (15 citations),
- « elle est remboursée par la sécurité sociale » (14 citations),
- « ça évite d'être mal à l'aise en la demandant » (13 citations).

Les femmes pouvaient ajouter d'autres raisons si elles le souhaitaient, mais aucune ne l'a fait.

5.6. Recours en cas de disponibilité

Si les 35 femmes ayant un antécédent d'IVG avaient eu la pilule de lendemain à disposition grâce à une PA de CU, 21 l'auraient prise (soit 60 %).

4 femmes ne l'auraient pas prise :

- 2 ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte à ce moment-là,
- 1 ne s'était pas rendue compte de l'oubli de pilule,
- 1 l'avait à disposition chez elle mais ne l'a pas prise.

6. Croisements de résultats

6.1. Propositions de PA faites par les prescripteurs

J'ai étudié les caractéristiques des situations des 7 femmes à qui on a proposé une PA.

- Age : une PA a été proposée à :
    - 44,4 % des mineures (soit 4 parmi les 9),
    - 13,3 % des femmes entre 25 et 29 ans (soit 2 parmi les 15),
    - 5,9 % des femmes entre 30 et 34 ans (soit 1 parmi les 17),
    - aucune des femmes âgées entre 18 et 24 ans, ni des plus de 35 ans.
- Niveau d'études : une PA a été proposée à :
    - 25 % des femmes sans diplôme (soit 1 parmi les 4),
    - 11,4 % des femmes de niveau DNB/BEP/CAP (soit 4 parmi les 35),
    - 12,6 % des femmes de niveau bac (soit 2 parmi les 16),
    - aucune femme de niveau d'études plus élevé.
- CSP : une PA a été proposée à :
    - 40 % des étudiantes (soit 4 parmi les 10),
    - 20 % des ouvrières (soit 1 parmi les 5),
    - 16,7 % des cadres ou libérales (soit 1 parmi les 6),
    - 10 % des femmes de profession intermédiaire (soit 1 parmi les 10),
    - aucune employée, aucune commerçante (ou chef d'entreprise ou artisan), ni aucune femme sans activité.
- Lieu d'habitation : une PA a été proposée à :
    - 8 % des femmes habitant en ville ou à moins de 5 km (soit 2 parmi les 25),
    - 17,3 % des femmes habitant entre 5 et 10 km d'une ville (soit 4 parmi les 23),
    - 3,6 % des femmes habitant à plus de 10 km d'une ville (soit 1 parmi les 28).
- Statut marital : une PA a été proposée à :
    - 12,7 % des femmes en couple (soit 7 parmi les 55),
    - aucune des 23 femmes célibataires.
- Nombre d'enfants : une PA a été proposée à :
    - 15,1 % des femmes sans enfant (soit 5 parmi les 33),
    - 4,4 % des femmes ayant au moins 1 enfant (soit 2 parmi les 45).
- Antécédents médicaux : une PA a été proposée à :
    - 9,8 % des femmes n'ayant aucun antécédent parmi ceux étudiés (soit 4 parmi les 41),
    - 8,3 % des femmes ayant subi au moins 1 IVG (soit 3 parmi les 36).
- Contraception actuelle : une PA a été proposée à :
    - 7,1 % des femmes sans moyen de contraception (soit 1 parmi les 13),
    - 15 % des femmes sous oestro-progestatif oral (soit 6 parmi les 39),
    - aucune des 12 femmes utilisant des préservatifs, ni des femmes utilisant le patch ou l'anneau.
- Durée utilisation de la contraception : une PA a été proposée à :
    - 31,3 % des femmes utilisant leur contraception actuelle depuis moins de 12 mois (soit 5 parmi les 16),
    - 2,4 % des femmes l'utilisant depuis plus de 12 mois (soit 1 parmi les 42).

- Oubli éventuel de la contraception : une PA a été proposée à :
    - 9 % des femmes ne l'ayant jamais oubliée (soit 2 parmi les 22),
    - 21,1 % des femmes ayant déclaré un oubli dans les semaines précédentes (soit 4 parmi les 19).
- Recours antérieur à la CU : une PA a été proposée à :
    - 13,3 % des femmes y ayant déjà eu recours (soit 4 parmi les 28),
    - 4 % des femmes ne l'ayant jamais prise (soit 2 parmi les 50).
- Attentes : une PA a été proposée à :
    - 15,8 % des femmes le souhaitant (soit 6 parmi les 38),
    - 1 femme refusant la PA, car elle « ne pens[ait] pas en avoir besoin ».

6.2. Attentes des femmes concernant la PA

J'ai croisé les 77 réponses avec différentes variables susceptibles de les influencer.

- Age :
    - 66 ,7 % des mineures (soit 6) souhaitaient une PA, ainsi que 60 % des 25-29 ans (soit 9) et 52,9 % des 30-34 ans (soit 9),
    - 64,3 % des 18-24 ans (soit 9) ne souhaitaient pas de PA, ainsi que 58,3 % des 35-39 ans (soit 7) et 60 % des 40-44 ans (soit 6).
- Niveau d'études :
    - 75 % des femmes n'ayant aucun diplôme (soit 3) ne souhaitaient pas de PA, ainsi que 60 % des femmes ayant un niveau bac +2 (soit 6) et 63,6 % des femmes ayant un diplôme supérieur à bac +2 (soit 7),
    - 57,1 % des femmes ayant un DNB/CAP/BEP (soit 20) et 50 % des femmes de niveau bac (soit 8) souhaitaient une PA.
- CSP :
    - 66,7 % des cadres et professions libérales (soit 4) souhaitaient une PA, tout comme 57,1 % des employées (soit 12), 60 % des ouvrières (soit 3), et 50 % des étudiantes (soit 5),
    - 70 % des professionnelles intermédiaires (soit 7) ne souhaitaient pas de PA, tout comme 57,9 % des femmes sans emploi (soit 11).
- Lieu d'habitation :
    - 52,2 % des femmes habitant entre 5 et 10 km d'une ville (soit 12) souhaitaient une PA, tout comme 50 % de celles habitant à plus de 10 km d'une ville (soit 14),
    - 60 % des femmes habitant en ville ou à moins de 5 km d'une ville (soit 15) ne souhaitaient pas de PA.
- Statut marital :
    - 50,9 % des femmes en couple (soit 28) ne souhaitaient pas de PA,
    - 52,2 % des femmes célibataires (soit 12) souhaitaient une PA.
- Nombre d'enfants :
    - 54,5 % des femmes n'ayant pas d'enfant (soit 18) souhaitaient une PA,
    - 53,3 % des femmes ayant au moins un enfant ne souhaitait pas de PA (soit 24).

- Antécédents médicaux :
    - 45 % des femmes n'ayant aucun des antécédents étudiés souhaitaient une PA (soit 18),
    - 55,6 % des femmes ayant subi au moins 1 IVG souhaitaient une PA (soit 20).
- Contraception actuelle :
    - 65 % des femmes sous pilule oestro-progestative (soit 26) souhaitaient une PA, tout comme 58,3 % des femmes utilisant le préservatif comme moyen de contraception (soit 7),
    - 78,6 % des femmes sans contraception (soit 11) ne souhaitaient pas de PA.
- Durée d'utilisation de la contraception :
    - 50 % des femmes utilisant leur contraception actuelle depuis moins de 12 mois (soit 8) souhaitaient une PA, ainsi que 54,8% des femmes l'utilisant depuis plus de 12 mois (soit 23).
- Oubli éventuel :
    - 52,4 % des femmes n'ayant jamais oublié leur contraception (soit 11) souhaitaient une PA,
    - 73,7 % des femmes ayant déclaré au moins un oubli dans les semaines précédentes (soit 14) souhaitaient une PA.
- Recours antérieur à la CU :
    - 60,7 % des femmes ayant déjà pris la CU souhaitaient une PA (soit 17),
    - 56 % des femmes ne l'ayant jamais prise ne souhaitaient pas de PA (soit 28).

B. ENQUÊTE « MEDECINS GENERALISTES »

1. Participation à l'enquête

273 médecins généralistes ont été sollicités pour participer à l'enquête. 111 médecins ont répondu au questionnaire.
17 questionnaires n'ont pas pu être utilisés : 5 médecins n'exerçaient plus la médecine générale, 12 questionnaires ne comportaient aucune réponse concernant la prescription anticipée de la contraception d'urgence.
94 médecins ont donc été inclus soit un taux de participation de 34,4 %.

2. Descriptif de l'échantillon

2.1. Age

Parmi les 94 médecins interrogés :
- 12 avaient entre 30 et 39 ans (soit 12,8 %),
- 17 avaient entre 40 et 49 ans (soit 18,1 %),
- 33 avaient entre 50 et 59 ans (soit 35,1 %),
- 32 avaient entre 60 et 69 ans (soit 34 %).

L'âge moyen était de 52,7 ans (écart-type : 9,7 ans).

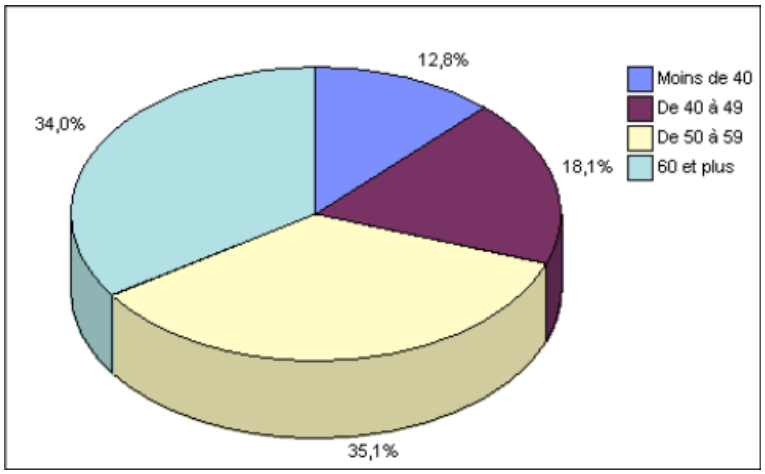

Figure 5 : diagramme de répartition des MG selon leur âge (en années)

2.2. Sexe

Parmi les 94 médecins interrogés, 31 femmes et 63 hommes ont répondu au questionnaire, soit respectivement 33 % de femmes et 67 % d'hommes.

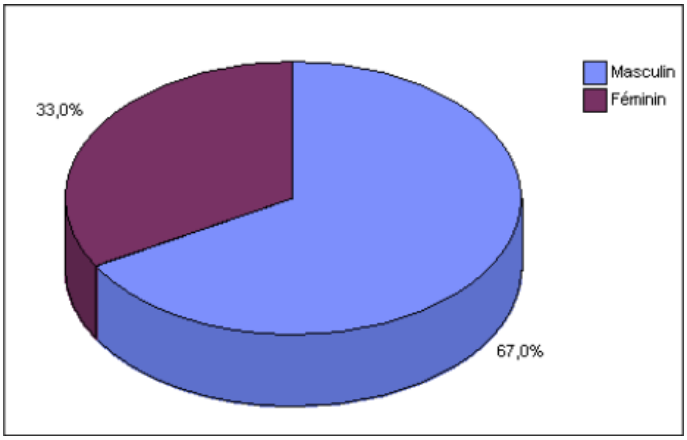

Figure 6 :
diagramme de répartition des MG selon leur sexe

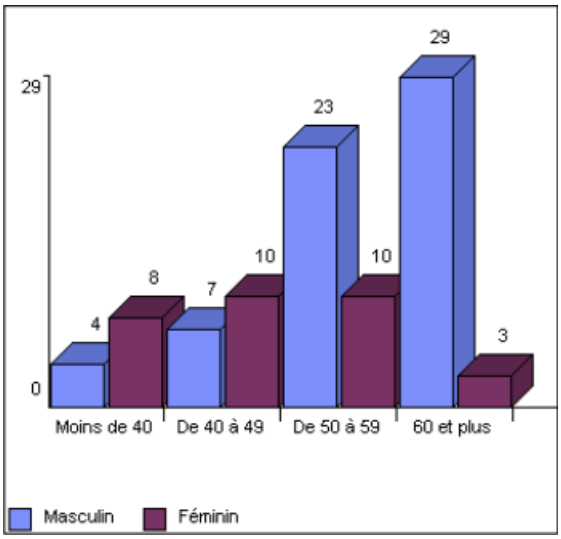

Figure 7 :
histogramme de répartition des MG par effectif, selon leur âge et leur sexe.

2.3. Lieu d'exercice

Parmi les 94 médecins interrogés :

- 33 exerçaient en milieu rural (soit 35,1 %),
- 41 exerçaient en milieu semi rural (soit 43,6 %),
- 20 exerçaient en milieu urbain (soit 21,3 %).

2.4. Formation en gynécologie

Parmi les 94 médecins interrogés :

- 79 avaient seulement la formation initiale en gynécologie (soit 84 %),
- 7 avaient obtenu le diplôme universitaire (DU) « gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste » (soit 7,4 %),
- 6 avaient suivi un programme de formation continue (FMC/DPC) (soit 6,4 %),
- 2 avaient effectué un stage en centre d'orthogénie (soit 2,1 %).

3. Pratique de la gynécologie

3.1. Exercice de la gynécologie

Parmi les 94 médecins interrogés, 83 assuraient des consultations de gynécologie (soit 88,3 %), 11 n'en faisaient pas (soit 11,7 %).
Un médecin a ajouté qu'elle faisait des vacations en planning familial.

3.2. Prescription de contraceptifs

Parmi les 94 médecins interrogés :
- 91 faisaient des prescriptions initiales de contraceptifs,
- 93 faisaient des renouvellements de contraception,
- aucun ne prescrivait jamais de contraceptif.

3.3. Informations délivrées sur la conduite à tenir en cas d'oubli

Lors de la prescription initiale de contraceptifs, 88 médecins (soit 93,6 %) abordaient systématiquement la conduite à tenir en cas d'oubli avec leur patiente.
Lors du renouvellement d'un contraceptif, 38 médecins (soit 40,4 %) l'abordaient systématiquement.
Parmi les 94 médecins interrogés, 5 avouaient ne jamais l'aborder (soit 5,3 %), et 2 n'ont pas répondu à la question.

3.4. Informations délivrées sur la CU

Parmi les 94 médecins interrogés :
- 60 médecins donnaient des informations concernant la CU lors de la prescription initiale d'une contraception (soit 63,8 %),
- 29 médecins lors du renouvellement (soit 30,9 %),
- 25 médecins abordaient cette question lors de consultations pour un autre motif que la contraception (soit 26,6 %),
- 16 médecins ne délivraient jamais d'information sur la CU (soit 17 %),
- 2 médecins n'ont pas répondu à la question.

La somme des effectifs dépasse les 94 attendus, car certains MG répétaient les informations lors de plusieurs consultations.

3.5. Prescription de la CU

Parmi les 94 médecins interrogés :
- 14 médecins (soit 12,8 %) ne prescrivaient jamais de CU,
- 77 médecins la prescrivaient en situation d'urgence,
- 18 médecins la prescrivaient en anticipation.

La somme des effectifs dépasse les 94 attendus, car certains MG prescrivaient en urgence et en anticipé.

4. Prescription anticipée de la CU

4.1. Critères de prescription

Voici les critères en faveur d'une PA de CU repérés par les médecins :
- absence de contraception (17 citations),
- demande de la patiente (14 citations),
- minorité (12 citations),
- antécédent d'IVG (10 citations),
- contraception par préservatif (10 citations),
- irrégularité des rapports sexuels (8 citations),
- situation de précarité (8 citations),
- contraception par autre méthode barrière, ou spermicide ou retrait (6 citations),
- difficulté d'accès à une pharmacie (2 citations),
- voyage à l'étranger (1 citation),
- insatisfaction de la patiente concernant sa contraception habituelle (1 citation).

Les médecins pouvaient aussi ajouter leurs propres critères, mais aucun ne l'a fait.

4.2. Intention de prescription

Parmi les médecins ne pratiquant pas la PA de CU :
- 37 médecins se disaient prêts à le faire (soit 50 %),
- 37 médecins refusaient (soit 50 %).

4.3. Freins à cette prescription

Voici les critères désignés par les médecins pour expliquer leur refus d'une PA :
- banalisation de l'oubli de pilule (24 citations),
- risque d'abus d'utilisation (22 citations),
- inutilité de la PA car vente directe en pharmacie (21 citations),
- déresponsabilisation de la patiente (16 citations),
- risque d'abandon de la contraception régulière (14 citations),
- coût pour la sécurité sociale (7 citations),
- risque de comportement à risque d'IST (7 citations),
- iatrogénie : risques de dérèglement du cycle et de complications à long terme (6 citations).

Les médecins pouvaient aussi ajouter leurs propres critères.
3 médecins ont ajouté : « je suis toujours disponible pour un RDV en urgence ».
Voici les autres critères, cités 1 fois :
- « éthique »,
- « je ne m'estime pas assez formé, je préfère que le gynéco le fasse »,
- « je suis toujours disponible pour un conseil téléphonique »,
- « risque d'utilisation par une autre personne que celle à qui elle a été prescrite »,
- « pas de contrôle médical du délai entre la prise de CU et le rapport sexuel non protégé »,
- « ma patientèle de gynéco est peu autonome et ne me semble pas capable de gérer une CU seule »,
- « pas de détection par le médecin d'une contraception mal adaptée ».

5. Commentaires

Voici les commentaires ajoutés par les médecins :
« Je trouve indispensable d'avoir une courte discussion avec la patiente avant qu'elle ne prenne la pilule du lendemain : j'ai déjà eu des demandes de prescription purement liées au stress et qui ne nécessitait pas de prise de pilule du lendemain. »
« Je n'ai pas eu l'occasion de prescrire une pilule du lendemain depuis 7 ans que j'exerce en milieu rural. Je la prescrivais auparavant en milieu urbain. »
« Une consultation médicale me semble indiquée après tout rapport à risque. »
« Seulement pour les patientes habituelles du cabinet »
« J'insiste auprès des patientes sur le caractère d'urgence. »
« Je donne l'information, mais je ne prescris que si la patiente le demande. »
« Je distribue le tableau de l'HAS sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Je propose systématiquement une PA de CU lors de la primo-prescription de la contraception. »
« Il faut augmenter la possibilité pour l'ensemble des jeunes femmes d'accéder à des lieux d'accueil pour améliorer la contraception et diminuer le nombre d'IVG. »

6. Croisements de résultats

Afin d'étudier les caractéristiques des médecins proposant des PA de CU, j'ai croisé les réponses à la question 5 (prescription en anticipé ou non) avec différentes variables susceptibles d'influencer ces réponses.

- Age :
  - 16,7 % des MG de moins de 39 ans faisaient des PA (soit 2),
  - 29,4 % des MG ayant entre 40 et 49 ans faisaient des PA (soit 5),
  - 15,2 % des MG ayant entre 50 et 59 ans faisaient des PA (soit 5),
  - 18,8 % des MG ayant plus de 60 ans faisaient des PA (soit 6).
- Sexe :
  - 12,7 % des MG masculins faisaient des PA (soit 8),
  - 32,3 % des MG féminines faisaient des PA (soit 10).
- Lieu d'exercice :
  - 30,3 % des MG exerçant en milieu rural faisaient des PA (soit 10),
  - 13,1 % des MG exerçant en milieu urbain et semi-urbain faisaient des PA (soit 8).
- Formation en gynécologie :
  - 15,2 % des MG ayant uniquement la formation initiale faisaient des PA (soit 12),
  - 40 % des MG ayant une formation supplémentaire faisaient des PA (soit 6).

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

1.1. Forces de ce travail

1.1.1. Originalité

A ma connaissance et après avoir vérifié dans la littérature, aucune étude française n'a été menée sur les facteurs influençant la PA de CU.

1.1.2. Représentativité de l'échantillon « femmes »

Dans mon étude, 57,1 % des femmes sans contraception ont un niveau DNB/BEP/CAP ; ce sont les plus nombreuses.
Selon le baromètre santé 2010 de l'INPES (30), les femmes les moins diplômées sont plus nombreuses à ne pas utiliser une méthode de contraception de manière systématique.
Mon échantillon se rapproche donc de la population générale concernant cet item ; on peut penser qu'il en est de même pour les autres.

1.2. Limites de ce travail

1.2.1. Biais des échantillons

1.2.1.1. Représentativité de l'échantillon « MG »

A l'échelle de la France, on recensait 102140 médecins généralistes en 2014, dont 57,5% d'hommes et 42,5 % de femmes (31). En Charente-Maritime en 2013, on dénombrait 61% d'hommes et 39 % de femmes (32).
En comparant mon échantillon (67 % d'hommes, 33 % de femmes) avec ces résultats grâce au test du Chi2, on observe une différence significative : mon échantillon comporte plus d'hommes qu'attendus.
L'âge moyen des MG français est de 51,6 ans, celui des Charentais-Maritime est de 52 ans. L'âge moyen de mon échantillon est plus élevé : 52,7 ans. Ceci s'explique par le fait que mon échantillon comporte plus d'hommes qu'attendus, et que l'âge moyen des hommes MG est plus élevé que celui des femmes

1.2.1.2. Biais de sélection

Il s'agissait d'une étude anonyme basée sur le volontariat, ce qui constitue un biais d'auto-sélection.
Le fait de se sentir (ou non) à l'aise avec la contraception et plus particulièrement la CU, a pu influencer les femmes dans le choix de répondre ou non à ce questionnaire.
L'exclusion des femmes ne consultant pas pour elles-mêmes au CPEF peut aussi constituer un biais de sélection.

1.2.1.3. Biais de recrutement

L'étude concernant les femmes est une étude mono-centrique, elle portait sur une population restreinte correspondant aux femmes consultant au CPEF de Saintes.

1.2.2. Critique du questionnaire

Concernant le questionnaire destiné aux femmes, certaines questions ont été mal comprises ou n'étaient pas suffisamment claires. Ceci a pu être source de non-réponse ou de biais.
La question du niveau d'étude était mal formulée : le terme « dernier diplôme obtenu » n'était pas assez précis. Pour preuve, une femme y a répondu « brevet de secourisme ».
Les questions de l'item « contraception habituelle » n'étaient pas adaptées à toutes les femmes. En effet, les femmes n'ayant pas de contraception ou utilisant le préservatif ne consultent pas pour la prescription initiale ni le renouvellement d'ordonnance. La première question de l'item « contraception d'urgence » n'était pas non plus appropriée dans ces cas-là.
La question concernant les oublis de la contraception habituelle n'était pas pertinente pour les femmes ayant un stérilet ou un implant.

1.2.3. Critique du recueil des données

Bien que cela soit minimisé par l'anonymat, il peut y avoir un biais de déclaration : le fait que les femmes remplissaient le questionnaire en salle d'attente, éventuellement avec des amies ou connaissances, pouvait modifier les réponses fournies.
De plus, les déclarations des femmes pouvaient être partiellement faussées car il s'agit d'un sujet sensible : l'IVG et la contraception d'urgence restent tabous. Le biais de désirabilité sociale a pu jouer un rôle important ici.

Se baser sur le point de vue de la patiente ne permet pas d'attester de l'information ou des conditions de prescription effectivement proposées par le professionnel de santé, ce qui a pu entrainer un biais de confusion dans mon étude. Les femmes ont pu ne pas retenir les informations données car elles n'étaient pas disposées à les entendre ; les professionnels ont pu délivrer l'information sans qu'elle soit intégrée (ou même comprise) par la patiente.

1.2.4. Critique de l'analyse

Mon étude comporte plusieurs biais statistiques.
La population des MG est non homogène : les variables « âge » et « sexe » ne sont pas indépendantes comme je l'ai déjà mis en évidence. Il est très probable par ailleurs que le fait d'être un MG femme influence les comportements dans une consultation gynécologique.
Les échantillons étant petits, la puissance de cette étude est faible.
Je n'ai relevé que 7 propositions de PA de CU faites aux femmes interrogées.
L'étude de ces propositions est peu fiable, la taille de cet échantillon étant très petite.

2. Synthèse des principaux résultats

2.1. Propositions de PA de CU faites aux femmes

L'étude des propositions de PA ne permet pas d'identifier formellement des facteurs significatifs : l'échantillon est trop petit. Néanmoins, on peut observer une proportion importante de mineures, de femmes ayant un niveau BNP/BEP/CAP, d'étudiantes, de femmes en couple, de femmes ayant déclaré au moins un oubli contraceptif récent, de femmes ayant déjà utilisé la CU, et de femmes utilisant leur contraception depuis moins de 12 mois parmi celles qui ont reçu une proposition de PA de CU. Le fait que le prescripteur soit une SF semble aussi influer sur cette proposition.

2.2. Attentes des femmes

Il n'y a pas d'association significative entre le souhait d'une PA et l'âge des femmes (p=0,269), leur niveau d'études (p=0,291), leur lieu d'habitation (p=0,327), leur statut marital (p=0,746), leur parité (p=0,430), un antécédent d'IVG (p=0,358), la durée d'utilisation de leur contraception (p=0,678), un éventuel oubli contraceptif (p=0,165), ni un recours antérieur à la CU (p=0,132).
Les femmes interrogées ont reconnu comme principal avantage à la PA l'accessibilité en dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie.

2.3. Place du MG

Les MG sont plus consultés pour les renouvellements de contraception que pour les prescriptions initiales (à l'inverse des gynécologues).
Les MG donnent moins d'informations sur la CU que les gynécologues et les SF : 62,8 % des femmes n'en n'ont reçu aucune ; ce taux est encore plus élevé si le prescripteur est un MG (86,1 %).
Dans mon étude sur les femmes, une seule avait été informée par son MG qu'une PA de CU était possible, et aucune PA n'a été faite par un MG. Pourtant, 2/3 des femmes consultant un MG pour leur contraception auraient souhaité qu'on leur propose.
Les MG ont plutôt rédigé les ordonnances pour les urgences.

2.4. Prescriptions des MG

On observe une corrélation entre la PA de CU et :
- le sexe du MG (p=0,024) : les femmes prescrivent plus que les hommes,
- le lieu d'exercice du MG (p=0,043) : ceux qui exercent en milieu rural prescrivent plus que ceux en milieu urbain et semi-urbain,
- la formation en gynécologie (p=0,025) : ceux qui ont une formation supplémentaire prescrivent plus que ceux qui n'ont que la formation initiale.

En revanche, il n'y a pas d'association significative entre la PA et l'âge du MG.

2.5. Intentions des MG

50 % des MG ne faisant pas de PA se disent prêts à le faire, mais 50 % s'y refusent, allant à l'encontre des recommandations de l'HAS.
Les raisons de refus les plus citées sont les mêmes que celles qui avaient déjà été identifiées lors de l'arrivée sur le marché de la CU : risque de banalisation de l'oubli de pilule, d'abus d'utilisation, de déresponsabilisation des patientes et d'abandon de la contraception régulière. L'inutilité de la prescription en raison de la vente directe en pharmacie a aussi été citée de nombreuses fois dans mon étude.
Les principaux critères amenant un médecin à proposer une PA sont l'absence de contraception, une demande de la patiente, la minorité, un antécédent d'IVG et la contraception par préservatif. Ce sont les critères retenus par l'OMS, l'IGAS et l'ACOG. Les critères retenus par l'HAS sont parmi les moins cités par les MG.

2.6. Freins observés

- Manque de perception du risque de grossesse :

11,4 % des femmes ayant subi une IVG pensaient ne pas pouvoir tomber enceinte lors du rapport fécondant.
Parmi les femmes ne souhaitant pas de PA de CU, 12 ont justifié ce refus par « je ne pense pas en avoir besoin ». Or 10 d'entre elles venaient consulter au CPEF pour une IVG, et 1 pour un suivi post-IVG.

- Insuffisance d'information des femmes :

62,8 % des femmes n'ont reçu aucune information concernant la CU de la part des prescripteurs de leur contraception. Les femmes utilisant le préservatif ont reçu moins d'informations que les autres, celles qui utilisent le patch ou l'anneau contraceptifs n'en n'ont reçu aucune.
Parmi les 28 femmes sous contraception orale et ayant un antécédent d'IVG, 50 % seulement ont reçu une information concernant la CU.
Presque 80 % des femmes interrogées ne savaient pas qu'une PA de CU était possible : la moitié était pourtant intéressée par cette proposition.

- Crainte du regard social et de la stigmatisation :

13 femmes ont évoqué la gêne engendrée par la demande d'une CU.

- Méconnaissance de la CU par les MG :

Pour justifier un refus de faire une PA de CU, les MG ont donné des arguments qui démontrent leur manque de connaissances à ce sujet :
  - risques de banalisation de l'oubli de pilule, d'abus d'utilisation, de déresponsabilisation des patientes et d'abandon de la contraception régulière,
  - iatrogénie,
  - « je ne m'estime pas assez formé, je préfère que le gynéco le fasse ».

- Non prise en compte du délai de prise de la CU par les MG :

Pour justifier un refus de PA de CU, plusieurs MG ont répondu qu'une consultation leur paraissait indispensable, sans considérer les besoins des patientes hors des horaires et jours d'ouverture du cabinet médical. Ces médecins paraissent négliger le fait que les 12 premières heures sont les plus propices à la prise de la CU.

2.7. Liste des facteurs identifiés lors de cette expérience

- Facteurs en faveur de la PA :

  - Facteurs liés à la femme
    - Critères sociodémographiques
      - Mineure
      - Faible niveau d'études
      - En couple
    - Comportement contraceptif
      - Absence de contraception
      - Contraception par préservatif
      - Utilisation depuis moins de 12 mois
      - Oublis contraceptifs
      - Antécédent d'IVG
      - Recours antérieur à la CU
    - Demande formulée

  - Facteurs liés au prescripteur
    - Médecin généraliste
      - Femme
      - Milieu rural
      - Formation complémentaire en gynécologie
    - Type de professionnel de santé
      - Sage-femme

- Freins à la PA :

  - Facteurs liés à la femme
    - Manque de perception du risque de grossesse
    - Manque d'informations
    - Crainte du jugement social

  - Facteurs liés au prescripteur
    - Méconnaissance de la CU
    - Crainte de mésusage de la CU
    - Manque de perception de son utilité
    - Négligence du délai de prise de la CU

3. Analyse des résultats

3.1. Age des patientes

On observe une grande proportion d'étudiantes parmi les femmes à qui on a proposé une PA, ce qui pourrait s'expliquer par leur minorité.
La minorité est un critère relevé par l'ACOG, et une grande proportion de MG de mon étude.
Quoi qu'il en soit, ces 2 catégories de femmes devraient être ciblées par la proposition d'une PA. En effet, les étudiantes consultent moins (33) et font partie de la tranche d'âge la plus à risque de subir une IVG (34).

3.2. Utilisation du préservatif

Les femmes utilisant le préservatif comme moyen de contraception consultent moins pour motif gynécologique que les autres femmes. En effet, il n'y a pas de consultation dédiée à la contraception ; elles sont donc moins informées sur la CU, et les oublis sont moins traqués.
Le MG a donc un rôle de dépistage, dans le cadre de « consultations habituelles » : il devrait poser régulièrement la question de la contraception et des oublis, proposer une information sur la CU et éventuellement une PA.

3.3. Antécédent d'IVG, oublis contraceptifs, recours antérieur à la CU

Ces critères sont des facteurs de risque de grossesse non prévue. Il faudrait donc, encore plus qu'avec les autres patientes, répéter les informations concernant la CU, dépister les oublis contraceptifs régulièrement, voire adapter la contraception.

3.4. Sexe du MG

Les MG femmes font plus de PA de CU que les MG hommes.
2 explications peuvent être avancées, et il est possible que les 2 soient pertinentes :

- Les MG femmes sont peut-être plus sensibilisées que les hommes à la CU et sa PA,
- Les MG femmes sont en moyenne plus jeunes que les hommes, et les MG jeunes ont mieux été formés à la CU et ses enjeux que les MG plus anciens.

3.5. Difficultés non prises en compte par les MG

Plusieurs MG ont signalé l'inutilité de la PA en raison de la vente directe de la CU en pharmacie. Néanmoins, cette disponibilité ne s'adresse pas à toutes les femmes : elle exclut celles qui ont des difficultés d'accès géographique à une pharmacie, des difficultés financières, ou celles qui ont besoin de la CU un dimanche ou un jour férié.

3.6. Informations délivrées : incohérences dans les résultats

Parmi les femmes ayant consulté un MG pour leur contraception, seulement 13,9 % ont reçu une information concernant la CU. Or, 63,8 % des MG interrogés disent donner des informations sur la CU lors de la prescription initiale, et 30,9 % lors du renouvellement.
Aucune femme interrogée n'a eu de proposition de PA par un MG, or 16,5 % des MG interrogés disent la proposer.
On constate une grande différence entre les informations données et les informations reçues. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences :

- les résultats concernant les MG peuvent être surestimés car il s'agissait d'une enquête d'opinion,
- l'information a pu être donnée par le MG, sans être écoutée ou intégrée par la patiente,
- les patientes des MG interrogés ne font pas partie des femmes recrutées car elles ont eu accès aux informations concernant la CU, et ont ainsi pu s'en servir en cas d'échec de contraception.

3.7. Voyage à l'étranger

L'HAS a indiqué qu'un voyage à l'étranger devait amener le professionnel de santé à proposer une PA de CU à sa patiente. Les MG de mon étude ne l'ont cité qu'une seule fois, ce critère de prescription paraît incompris. Il serait judicieux d'évaluer la pertinence de la CU dans les trousses de secours d'urgence (nécessaire de voyage, trousse de secours des bateaux de croisière, etc.), afin de mieux communiquer sur ce sujet.

3.8. Sages-femmes

Les sages-femmes ont été peu consultées par rapport aux gynécologues et MG pour la contraception, mais elles ont fait un travail remarquable de prévention. Lors de la primo prescription de la contraception, 62, 5 % ont donné des informations sur la CU, et 100 % l'ont fait lors du renouvellement. 9 sages-femmes ont informé leurs patientes qu'une PA de CU était possible, et elles l'ont proposée à 6 patientes qui l'ont acceptée.
Il se peut que ces informations soient biaisées par le fait qu'une partie de ces sages-femmes aient été consultées dans le cadre du CPEF.

4. Prospectives

Il faudrait des études à plus grande échelle pour confirmer ou infirmer les suppositions faites à partir de l'étude des propositions de PA. Un travail rétrospectif et un recueil prospectif de données devraient permettre de mieux cerner les facteurs décisionnels conduisant à une PA.

Une meilleure identification des facteurs pourrait conduire à prendre des mesures en faveur d'une attitude plus préventive.

L'IGAS préconise déjà d'inclure la CU dans les trousses de secours, il serait intéressant d'évaluer la pertinence de cette suggestion.

5. Propositions

Au niveau des femmes, les freins principaux à l'utilisation de la CU étant le manque de perception du risque de grossesse et le manque de connaissance de la CU, une meilleure information apparaît comme primordiale.
Dans l'idéal, il faudrait que les professionnels de santé informent systématiquement les femmes sur la CU lors de toute consultation en rapport avec la sexualité ou le contraception, en dehors de tout contexte d'urgence.

Après avoir repéré des facteurs de risque de grossesse non prévue, le MG devrait donner à la patiente toutes les informations nécessaires pour qu'elle puisse prendre de manière autonome une décision réfléchie en cas d'oubli contraceptif.
Ce qui signifie :

- évaluer l'adéquation de la contraception,
- donner à la patiente des informations orales sur la CU,
- lui remettre un support d'explication des circonstances devant amener à prendre la CU,
- proposer une PA,
- rappeler l'importance de la protection contre les IST,
- rester joignable par téléphone pour répondre aux femmes ayant pris un risque et les aider à l'évaluer.

Le travail préventif effectué au quotidien par les sages-femmes est remarquable. Les médecins pourraient s'en inspirer, notamment dans :

- l'accompagnement global de la femme (en tant que femme et non patiente),
- l'aspect relationnel et psychologique (qui n'est pas assez pris en compte dans la formation et l'évaluation d'un médecin),
- la capacitation et l'autonomie de la femme et non l'assistance.

Tout ceci demande une amélioration de la formation des médecins dans leur relation avec les patients.

CONCLUSION

Dans mon étude, les facteurs en faveur de la PA de CU, qui sont liés aux femmes, sont :

- la minorité,
- le faible niveau d'études,
- le fait d'être en couple,
- l'absence de contraception,
- l'utilisation de la contraception actuelle depuis moins de 1 an,
- les oublis contraceptifs,
- l'antécédent d'IVG,
- le recours antérieur à la CU.

La demande formulée par la patiente est aussi un facteur de prescription, sous-tendu par l'information de cette possibilité.

Au niveau des MG, la prescription est favorisée par le fait qu'il :

- soit une femme,
- exerce en milieu rural,
- ait eu une formation supplémentaire en gynécologie.

Les sages-femmes proposent plus de PA de CU que les autres professionnels de santé.

Les freins observés sont les mêmes que ceux déjà désignés par l'HAS :

- au niveau des femmes, on relève le manque de perception du risque de grossesse, le manque d'informations et la crainte du jugement social,
- au niveau des prescripteurs, on souligne la méconnaissance de la CU et le manque de perception de son utilité.

S'y ajoutent, présentés par les MG étudiés, la crainte du mésusage de la CU et la négligence du délai de prise de la CU.

La moitié des médecins interrogés a jugé que la PA de CU n'est pas salutaire pour les patientes. Une meilleure communication sur ce sujet permettrait une prise de conscience de l'absence de nocivité, et de son intérêt dans les situations à risque de grossesse non désirée.

Le MG a un rôle de dépistage des prises de risque, dans le cadre des « consultations habituelles » : il devrait poser régulièrement la question de la contraception et des oublis, proposer une information sur la CU et éventuellement une PA en fonction des facteurs retrouvés. Il est bien sûr indispensable qu'il rappelle aux patientes l'importance du préservatif dans la lutte contre les IST.

La PA de CU n'est pas une fin en soi, mais le fait de la proposer induit un dialogue avec la patiente, et l'amène à une autonomisation et une responsabilisation. Le MG a alors un rôle de conseiller et d'expert dans l'éducation à la santé sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique. 2013 - 16p.

2. HAS. Contraception d'urgence. *Fiche Mémo*. 2013 - 3p.

3. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit : Norlevo 1,5mg, comprimé. Disponible sur http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0235171.htm

4. AUBIN, JOURDAIN-MENNINGER, CHAMBAUD. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. *Rapport IGAS.* 2009 - 99p.

5. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit : EllaOne 30 mg, comprimé. Disponible sur : http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf

6. HAS. Commission de la transparence. Avis, 13 janvier 2010. ELLAONE 30 mg, comprimé. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf

7. Ulipristal (ELLAONE®) - Contraception postcoïtale : pas mieux que le lévonorgestrel. *La Revue Prescrire*. 2009, 29(314), 886-889.

8. POLIS, GRIMES, SCHAFFER et al. Advance Provision of Emergency Contraception for Pregnancy Prevention. *The Cochrane Library*, 2007.

9. OMS. Contraception d'urgence Aide-mémoire N°244. Genève, 2012. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr

10. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. *Synthèse des recommandations en santé publique*. 2013 - 4p.

11. OMS. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. Genève, 2005. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924256284X.pdf

12. OMS. Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Mise à jour 2011. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856304_fre.pdf?ua=1

13. SOCIETE DES OBSTETRICIENS ET GYNECOLOGUES DU CANADA, BLACK, FRANCOEUR et al. Consensus canadien sur la contraception. 1ère partie. *J Obstet Gynecol Can*, 2004, (143), 158-174.

14. FACULTY OF FAMILY PLANNING AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE. Emergency contraception. Guidance. *J Fam Plan Reprod Health Care,* 2006, 32(2), 121-128.

15. OMS. Aide-mémoire sur l'innocuité des pilules au lévonorgestrel seul-de la contraception d'urgence (LNG-PCU).Genève, 2010. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70329/1/WHO_RHR_HRP_10.06_fre.pdf?ua=1

16. MOREAU, LYDIE, WARSZAWSKI et al. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. *Baromètre santé*, 2005, 329-367.

17. NAIMI-LELONG, Clothilde. La contraception d'urgence : opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord. Lille, 2013. Thèse de doctorat.

18. NOVIKOVA, WEISBERG, FRASER. Does readily available emergency contraception increase women's awareness and use ? *European J. of Contraception and Reproductive Healthcare*, 2009, 14(1), 39-45.

19. BAH, Mariama. Freins à la prescription anticipée de la contraception d'urgence hormonale. Paris Diderot, 2010. Thèse de doctorat.

20. FAIRHURST, ZIEBLAND, WIKE et al. Contraception : why can't you give it away? Qualitative findings from an evaluation of advance provision of emergency contraception. *Contraception*, 2004, 70(1), 25-29.

21. GLASIER, BAIRD. The effects of self-administering emergency contraception. *New England Journal of Medecine*, 1998, 339(1), 1-4.

22. WALSH, FREZIERES. Patterns of emergency contraception use by age and ethnicity from a randomized trial comparing advance provision and information only. *Contraception*, 2006, 74(2), 110-117.

23. JACKSON, SCHWARZ, FREEDMAN et al. Advance Supply of Emergency Contraception. Effect on Use and Usual Contraception - a Randomized Trial. *Obstetrics and Gynecology*,2003,102(1), 8–16.

24. LO, FAN, HO et al. Effects of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behavior: a randomized controlled trial.*Human Reproduction*,2004,*19*(10),2404-2410.

25. POLIS, SCHAFFER, BLANCHARD et al. Advance Provision of Emergency Contraception for Pregnancy Prevention: A Meta-Analysis. *The Cochrane Library*, 2007.

26. Coût d'une IVG [Ressource électronique]. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. [réf. du 02/04/2015]. France
Disponible sur : www.sante.gouv.fr/coût-d-une-ivg.html

27. WHITTAKER, ARMSTRONG, ADAMS. Implementing an Advance Emergency Contraception Policy: What Happens in the Real World ?. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* , 2008, 40(3), 162–170.

28. GUILLOT, Cédric. Les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes de 18 à 24 ans. Lyon, 2013. Thèse de doctorat.

29. BOUCHARD. Intérêt de la prescription d'avance en contraception d'urgence. *Médecine Thérapeutique Endocrinologie et Reproduction, 2003,* 5(3), 146-149.

30. BECK, RICHARD. Les comportements de santé des jeunes – Analyse du Baromètre santé 2010. *Baromètres Santé INPES*. 14p

31. DREES. La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier 2014.
Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps,11287.html

32. CNOM. La démographie médicale en Poitou-Charentes : La situation en 2013.
Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ poitou_charentes_2013.pdf

33. EmeVia. La santé des étudiants en 2013 – 8ème enquête nationale.
Disponible sur : http://www.emevia.com/sites/default/files/files/PPTPrésentationdesrésultats.pdf

34. MAZUY, TOULEMON, BARIL. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*, 2015, 69(3), 365-398.

ANNEXES

Mademoiselle, Madame,

Je suis Lise COIFFIER, médecin généraliste, et j'effectue un travail de recherche dans le cadre de ma thèse, sous la direction du Dr CAMBON, responsable du service de gynécologie du Centre Hospitalier de Saintes.

Mon travail concerne la prescription à l'avance de la pilule du lendemain.
Mon but est d 'étudier les pratiques des différents prescripteurs et les attentes des patientes, dans le but d'améliorer les pratiques des médecins généralistes.

Je vous remercie de remplir ce questionnaire anonyme le plus précisément possible : plus il sera complet, plus il sera utile pour mon travail.

Vous êtes concernée par ce questionnaire si :

Vous êtes une femme,
Vous parlez français,
Vous n'êtes pas ménopausée,
Vous consultez pour vous-même au planning familial.

Dans le cas contraire, ne le remplissez pas.

Merci beaucoup pour l'aide que vous m'apportez.

Lise COIFFIER

INFORMATIONS PERSONNELLES

1 - Votre âge : ans

2 - Le dernier diplôme que vous avez obtenu :

3 - Votre profession (si vous êtes étudiante : classe ou niveau) :

4 - Vous habitez : (entourez la bonne réponse)

A - en ville ou à moins de 5 km d'une grande ville

B - Entre 5 et 10 km d'une grande ville

C - A plus de 10 km d'une grande ville

5 - Vous êtes : en couple / célibataire

6 - Combien avez-vous d'enfants ?

7 - Vos antécédents médicaux :

A - Avez-vous déjà subi une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) ?

oui / non

si oui : combien ?

B – Etes-vous atteinte par le VIH ? oui / non

C – Avez-vous dejà eu une autre IST (Infection Sexuellement Transmissible) ?

oui / non

si oui laquelle ?

8 - Pour quel motif consultez-vous au planning familial aujourd'hui ?

A - contraception

B - contraception d'urgence

C - IST (Infection Sexuellement Transmissible)

D - IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)

E - suivi gynécologique

F - autre : lequel ?

VOTRE CONTRACEPTION HABITUELLE

Question 1 : Quelle contraception utilisez-vous ? (en cas de pilule, indiquez son nom)
Si vous en avez plusieurs, indiquez-le (par exemple : pilule MINIDRIL et préservatif)

Question 2 : Depuis combien de temps utilisez-vous cette contraception ?

Question 3 : Vous arrive-t-il de l'oublier ? oui / non

Si oui : Date du dernier oubli :

Causes de(s) l'oubli(s) :

Question 4 : Par qui a-t-elle été prescrite initialement ?

A - un médecin généraliste

B - un gynécologue

C - une sage-femme

D - autre : qui ?

Question 5 : Qui renouvelle sa prescription ?

A - un médecin généraliste

B - un gynécologue

C - une sage -emme

D - autre : qui ?

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Question 1 : Avez-vous eu des informations concernant la pilule du lendemain :

A - lors de la prescription initiale de votre contraception ? oui / non

B - lors du renouvellement ? oui / non

Question 2 : Avez-vous déjà pris la pilule du lendemain ? oui / non

Si oui : où vous l'êtes vous procurée ?

A - au planning familial

B – au lycée

C – en pharmacie : avec ordonnance / sans ordonnance

Question 3 : Vous a-t-on déjà prescrit une ordonnance de pilule du lendemain ?

oui / non

si oui :

A - Qui vous l'a prescrite ? (plusieurs réponses possibles)

1 - un gynécologue
2 - un médecin généraliste
3 - un médecin traitant
4 - un autre médecin
5 - une sage femme
6 - une infirmière

B – Etait-ce : en urgence / à l'avance

PRESCRIPTION ANTICIPEE

Ces questions concernent la prescription à l'avance de la pilule du lendemain.

Question 1 : Savez-vous qu'on peut vous prescrire à l'avance une pilule du lendemain, pour que vous l'ayez à disposition en cas de besoin ? oui / non

Si oui : qui vous en a informé ?

Question 2 : Vous a-t-on déjà proposé de vous la prescrire ? oui / non

si oui :

A - qui ?

B - pourquoi ?

Question 3 : Souhaiteriez-vous qu'on vous la propose ? oui / non

si non : pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

A - je préfère la demander anonymement à la pharmacie
B - je n'ai pas eu assez d'informations la concernant
C - je ne pense pas en avoir besoin
D - j'ai peur des effets secondaires
E - pour des raisons de religion ou de convictions personnelles
F – autre(s)raison(s) : laquelle (lesquelles) ?

Question 4 : Selon vous, quels sont les avantages à la prescription à l'avance de la pilule du lendemain ? (plusieurs réponses possibles)

A - Elle est remboursée par la sécurité sociale
B - C'est une sécurité de l'avoir à l'avance
C - Ça évite d'être mal à l'aise en la demandant
D - Ça permet de l'avoir à disposition quand la pharmacie est fermée
E - On peut l'emporter quand on part à l'étranger
F - Autres : lesquels ?

Question 5 : Ne répondez à cette question que si vous avez déjà eu une IVG :

Si vous aviez eu à disposition la pilule du lendemain lors de l'accident de contraception, l'auriez vous utilisée ? oui / non

Si non : pourquoi ?

Lise COIFFIER
Remplaçante en médecine générale
0658526676
lisecoiffier@gmail.com

le 4 septembre 2014

OBJET : Questionnaire pour thèse de médecine générale

SUJET : La prescription anticipée de la contraception d'urgence par le médecin généraliste

Cher confrère, chère consoeur,

Je réalise mon travail de thèse dans le cadre du département de médecine générale de Bordeaux 2, sous la direction du Dr Dominique CAMBON, responsable du service de gynécologie du Centre Hospitalier de Saintes.

La mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence augmente le recours à celle-ci et permet un accès plus rapide, augmentant ainsi son efficacité.
En avril 2013, la HAS a publié des recommandations, demandant d'envisager sa prescription au cas par cas.

Je vous sollicite afin de connaître vos habitudes concernant cette prescription.

Ainsi, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre au questionnaire ci-joint, et de me l'adresser avec l'enveloppe réponse fournie. Il est anonyme, et nécessite moins de 5 minutes de votre temps (1 fiche de renseignements et 7 questions).
J'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de mon enquête.

Je vous remercie pour l'aide que vous apportez à la réalisation de mon travail.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter.

Lise COIFFIER

FICHE PERSONNELLE DE RENSEIGNEMENTS

Age : ans

Sexe : M / F

Exercice :

A - rural

B - semi-rural

C - urbain

Formation en gynécologie :

A - formation initiale uniquement

B - DU : le(s)quel(s) ?

C – Autre :

QUESTIONNAIRE :

Merci d'entourer la ou les bonne(s) réponse(s)

1 - Pratiquez-vous des consultations de gynécologie : OUI / NON

2 - Prescrivez-vous des contraceptifs :

A – en prescription initiale

B – en renouvellement

C - jamais

3 - Abordez-vous systématiquement la conduite à tenir en cas d'oubli lors :

A – de la prescription initiale

B – du renouvellement

4 – Donnez-vous des informations sur la pilule du lendemain lors :

A – de la prescription initiale de contraception

B – du renouvellement de contraception

C – de consultation pour un autre motif

5 – Prescrivez-vous la pilule du lendemain : OUI / NON

Si oui :

A – dans un contexte d'urgence

B – en anticipation

6 – **Ne répondez à cette question que si vous avez entouré « oui » et « B » à la question 5 :**
Quels sont les critères qui vous amènent à proposer une prescription anticipée de pilule du lendemain ?

A - minorité

B - situation de précarité

C - antécédent d'IVG

D - absence de contraception

E - insatisfaction de la patiente concernant sa contraception habituelle

F - contraception par préservatif

G - contraception par autre méthode barrière ou retrait ou spermicide

H - irrégularité des rapports sexuels

I - difficulté d'accès à une pharmacie

J - voyage à l'étranger

K - demande de la patiente

L - autres : lesquels ?

7 – **Ne répondez à cette question que si vous n'avez pas répondu à la question 6 :**
Seriez-vous prêt(e) à prescrire de manière anticipée une contraception d'urgence ?

OUI / NON

Si non, pourquoi ?

A - risque d'abus d'utilisation

B - dé-responsabilisation de la patiente

C - risque d'abandon de la contraception régulière

D - banalisation de l'oubli de pilule

E - iatrogénie : risques de dérèglement du cycle, de complications à long terme

F - risque de comportement à risque d'IST

G - coût pour la sécurité sociale

H - inutilité de la prescription anticipée car vente directe en pharmacie

I – autre(s) raison(s) : laquelle (lesquelles) ?

Commentaires éventuels :

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ABBREVIATIONS ……5

INTRODUCTION ……6

CONTEXTE ……8

1. Données scientifiques ……...9
    1.1. Caractéristiques communes ……..9
    1.2. NORLEVO® ……9
        1.2.1. Stratégie thérapeutique ……..10
        1.2.2. Effets indésirables ……...10
        1.2.3. Délivrance ……10
        1.2.4. Equivalent ……10
    1.3. ELLAONE® ……11
        1.3.1. Stratégie thérapeutique ……..11
        1.3.2. Précautions d'emploi supplémentaires ……11
        1.3.3. Effets indésirables ……...11
        1.3.4. Délivrance ……11
        1.3.5. Service Médical Rendu ……...12
2. Avantages de la PA de CU ……12
3. Indications ……13
    3.1. Indications de la CU ……..13
        3.1.1. Selon l'OMS ……..13
        3.1.2. En France ……13
    3.2. Indications de la PA de CU ……..14
        3.2.1. Recommandations internationales ……14
        3.2.2. Recommandations françaises ……...14
4. Freins ……15
    4.1. Freins à l'utilisation de la CU ……...15
        4.1.1. Méconnaissance globale de la CU ……...15
            4.1.1.1. Méconnaissance par les femmes ……15
            4.1.1.2. Méconnaissance par les médecins ……15
        4.1.2. Sentiment de culpabilité ……15
        4.1.3. Difficultés d'accessibilité géographique et temporelle ……...16
        4.1.4. Ambivalence du désir de grossesse ……16
        4.1.5. Freins financiers ……..16
        4.1.6. Manque de perception du risque de grossesse ……..16
    4.2. Freins à la PA de CU ……16
        4.2.1. Risque de mésusage ……..16
        4.2.2. Anonymat non garanti ……17
        4.2.3. Conditions de délivrance ……17

METHODE ……18

1. Choix de la méthode ……19
2. Populations étudiées ……...19
    2.1. Population « femmes » ……19
    2.2. Population « médecins généralistes» ……19

3. Mode de recrutement ……..20
3.1. Population « femmes » ……20
3.2. Population « médecins généralistes» ……20
4. Elaboration des questionnaires ……20
4.1. Population « femmes » ……20
4.2. Population « médecins généralistes» ……21
5. Déroulement de l'enquête ……23
5.1. Population « femmes » ……23
5.2. Population « médecins généralistes» ……24
6. Analyse des données ……24

RESULTATS ……24

A - ENQUÊTE « FEMMES » ……25
1. Participation à l'enquête ……25
2. Descriptif de l'échantillon ……25
2.1. Caractéristiques sociodémographiques ……25
2.1.1. Age ……25
2.1.2. Niveau d'études ……26
2.1.3. Catégorie socio-professionnelle ……26
2.1.4. Lieu d'habitation ……26
2.1.5. Statut marital ……27
2.1.6. Nombre d'enfants ……27
2.2. Antécédents médicaux ……27
2.3. Motif de consultation au planning familial ……27
3. Les femmes et leur contraception ……28
3.1. Contraception habituelle ……28
3.2. Durée d'utilisation de la contraception actuelle ……28
3.3. Oubli(s) ……28
3.4. Prescripteur(s)……29
4. Les femmes et la CU ……30
4.1. Informations reçues ……30
4.2. Recours antérieur ……30
4.3. Prescription ……30
5. Les femmes et la PA de CU ……31
5.1. Informations reçues ……31
5.2. Propositions des prescripteurs ……31
5.3. Attentes ……31
5.4. Freins ……32
5.5. Avantages ……32
5.6. Recours en cas de disponibilité ……32
6. Croisements de résultats ……33
6.1. Propositions de PA faites par les prescripteurs ……33
6.2. Attentes des femmes concernant la PA ……34

B - ENQUÊTE « MEDECINS GENERALISTES » ……36
1. Participation à l'enquête ……36
2. Descriptif de l'échantillon ……36
2.1. Age ……36
2.2. Sexe ……37
2.3. Lieu d'exercice ……37
2.4. Formation en gynécologie ……37

3. Pratique de la gynécologie ……..38
3.1. Exercice de la gynécologie ……..38
3.2. Prescription de contraceptifs ……..38
3.3. Informations délivrées sur la conduite à tenir en cas d'oubli ……..38
3.4. Informations délivrées sur la CU ……38
3.5. Prescription de la CU ……38
4. Prescription anticipée de la CU ……..39
4.1. Critères de prescription ……39
4.2. Intention de prescription ……..39
4.3. Freins à cette prescription ……39
5. Commentaires ……40
6. Croisements de résultats ……40

DISCUSSION ……41

1. Validité de l'étude ……42
1.1. Forces de ce travail ……42
1.1.1. Originalité ……..42
1.1.2. Représentativité de l'échantillon « femmes » ……..42
1.2. Limites de ce travail ……42
1.2.1. Biais des échantillons ……..42
1.2.1.1. Représentativité de l'échantillon « MG » ……42
1.2.1.2. Biais de sélection ……42
1.2.1.3. Biais de recrutement ……..42
1.2.2. Critique du questionnaire ……43
1.2.3. Critique du recueil des données ……43
1.2.4. Critique de l'analyse ……43
2. Synthèse des principaux résultats ……44
2.1. Propositions de PA de CU faites aux femmes ……44
2.2. Attentes des femmes ……..44
2.3. Place du MG ……44
2.4. Prescriptions des MG ……..44
2.5. Intentions des MG ……45
2.6. Freins observés ……45
2.7. Liste des facteurs identifiés lors de cette expérience ……46
3. Analyse des résultats ……..47
3.1. Age des patientes ……47
3.2. Utilisation du préservatif ……47
3.3. Antécédent d'IVG, oublis contraceptifs, recours antérieur à la CU ……47
3.4. Sexe du MG ……47
3.5. Difficultés non prises en compte par les MG ……..47
3.6. Informations délivrées : incohérences dans les résultats ……..48
3.7. Voyage à l'étranger ……48
3.8. Sages-femmes ……48
4. Prospectives ……49
5. Propositions ……..49

CONCLUSION ……..50

BIBLIOGRAPHIE ……..52

ANNEXES ……..55
Questionnaire « Femmes » ……56
Questionnaire « Médecins Généralistes » ……61

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Prescription anticipée de la contraception d'urgence : qui et pourquoi ? Identification des facteurs l'influençant à partir d'une expérience autour de Saintes en Charente-Maritime.

RESUME
Introduction. La prescription anticipée de la contraception d'urgence permet d'augmenter son accessibilité, par une délivrance à l'avance. Le but de cette étude est d'identifier les facteurs influant sur cette prescription.
Méthode. Une enquête descriptive par 2 auto-questionnaires a été menée, sur 2 populations cibles. L'échantillon de femmes a été constitué parmi les patientes consultant au planning familial de Saintes, celui de médecins généralistes a été recruté par voie postale. Le recueil des données s'est fait de octobre 2014 à janvier 2015. Les 2 populations ont été décrites, puis une analyse bivariée a permis l'étude des prescriptions rapportées.
Résultats. 78 femmes ont été incluses. Seulement 7 prescriptions anticipées leur ont été proposées, faites en majorité par des sages-femmes, pour des patientes mineures, de faible niveau d'étude, en couple, ayant déjà utilisé la contraception d'urgence, sous pilule depuis moins de 1 an, et l'ayant oubliée récemment.
94 médecins généralistes ont été inclus, sur les 273 sollicités. 50 % refusaient de faire une prescription anticipée, par crainte de mésusage, par méconnaissance, et par manque de perception de son utilité.
Les autres facteurs identifiés en faveur de la prescription anticipée sont l'absence de contraception, la contraception par préservatif, l'antécédent d'interruption volontaire de grossesse, et la demande formulée par la patiente. Les freins observés liés aux femmes sont le manque de perception du risque de grossesse, le manque d'informations, et la crainte du regard social. Le délai d'utilisation de la contraception d'urgence est mal pris en compte par les médecins.
Conclusion. De nombreux facteurs ont été identifiés, parmi lesquels un préoccupant manque de connaissances des médecins généralistes et des femmes concernant la contraception d'urgence.

TITLE : Anticipated prescription of emergency contraception: who and why? Identification of influenting factors from an experiment around Saintes in Charente-Maritime.

ABSTRACT
Background. The anticipated prescription of emergency contraception increases its accessibility, by advance delivering. The objective of this study is to identify factors that influence this prescription.
Method. A descriptive survey by 2 auto-questionnaires was led on 2 target populations. Sample of women was constituted among Saintes' family planning patients, sample of general practioners was recruited by mail. Datas were collected from October, 2014 to January, 2015. The 2 populations were described, then reported prescriptions were studied by bivariate analysis.
Results. 78 women were icluded. Only 7 anticipated propositions were proposed, made by majority by midwives, for underage patients, with low level of education, in a relationship, having already taken morning after pill, using pill for less than 1 year, and having recently forgotten it. 94 general practitioners were included, among 273 requested. 50 % refused to administer by advance, for fear of misuse, for lack of knowledge, and for not assessing the usefulness. Other factors identified to support anticipated prescription are absent contraception, use of condom, history of abortion, and request made by the patient.
Impediments related to women are the lack of pregnancy risk perception, the lack of informations, and social judgement. Doctors are not sufficiently attentive to the medication intake period.
Conclusion. Numerous factors were identified. General practionners and women's lack of knowledge on emergency contraception is worrisome.

MOTS CLES : prescription anticipée, contraception d'urgence, facteurs, médecin généraliste

---

DISCIPLINE : Médecine Générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :
Université de Bordeaux 2 – Victor Ségalen
UFR des sciences médicales
146 rue Léo Saignat
33000 BORDEAUX