



HAL
open science

Contraception post interruption volontaire de grossesse : attentes des femmes socialement défavorisées

Asmao Salambéré

► **To cite this version:**

Asmao Salambéré. Contraception post interruption volontaire de grossesse : attentes des femmes socialement défavorisées. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03166912

HAL Id: dumas-03166912

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03166912v1>

Submitted on 11 Mar 2021

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.



CONTRACEPTION POST INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE : ATTENTES DES FEMMES SOCIALEMENT
DEFAVORISEES

THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

en vue de l'obtention du diplôme d'Etat

par **SALAMBERE Asmao**

née le 14/12/1991 au Burkina Faso

Présentée et soutenue publiquement à Nice le 24 Octobre 2019

Codirigée par : Docteur Céline CASTA et Docteur Carol Anne BOUDY-
BARBAROUX

Président du jury : Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Assesseurs : Madame la Professeure associée Brigitte MONNIER

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

REMERCIEMENTS

A mes directrices de thèse Céline et Carol Anne qui m'ont conseillée et guidée pas à pas avec patience et bienveillance.

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Delotte et aux membres du jury Monsieur le Professeur Pradier et Madame la Professeure associée Monnier, qui ont accepté de porter de l'attention à mon travail.

Qu'ils trouvent ici, l'expression de sentiments les plus respectueux.

A ma mère qui m'a toujours soutenue.

A mon père que je porte dans mon cœur.

A Laurencie et Martina: merci pour votre amitié.

A Alexiane, Typhaine et Audrey : les journées étaient moins longues grâce à vos sourires.

A Mélissa, Oriane et Sonia, mes amies de toujours et pour toujours.

LISTE DES ABREVIATIONS

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INPES : Institut National de prévention et d'éducation pour la santé

PUMA : Protection Universelle Maladie (ex CMU de base)

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

RSA : Revenu de Solidarité Active

APL : Aide Personnalisée au Logement

ALS : Allocation de Logement Social

AAH : Allocation Adulte Handicapé

API : Allocation Parent Isolé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

E1 : Entretien numéro 1

LARC : Long-Acting Reversible Contraception

DIU : Dispositif Intra-Utérin

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	8
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODE	14
1) Méthode.....	14
2) L'échantillon.....	14
2.2.1 Critères d'inclusion	14
2.2.2 Critères de non-inclusion.....	15
3) Les entretiens	15
2.3.1 Déroulement.....	15
2.3.2 Le guide d'entretien.....	16
4) Analyse des données.....	16
5) Ethique	17
RESULTATS	18
1) Le recrutement.....	18
2) Caractéristiques de l'échantillon.....	18
3) Analyse thématique des résultats	20
2.3.3 Connaissances des patientes.....	20
2.3.3.1 Les sources d'informations.....	20
2.3.3.2 Peu d'informations retenues	21
2.3.3.3 Peu de questions posées au moment de la consultation	21
2.3.3.4 Sous-estimation du risque de grossesse et d'effets indésirables.....	21
2.3.3.5 Sous-estimation par les patientes de leurs capacités à comprendre les informations données	22
3.3.1 Qualité de l'information donnée par les professionnels de santé	22
3.3.1.1 Plusieurs méthodes proposées	22
3.3.1.2 Informations données satisfaisantes	23
3.3.1.3 Manque d'informations détaillées sur les effets secondaires potentiels ou sur les précautions d'utilisation.....	23
3.3.1.4 Bonne accessibilité aux soins	24
3.3.1.5 Manque d'informations détaillées sur le parcours de soins en cas d'effets indésirables	24
3.3.1.6 Rôle du médecin généraliste	24
3.3.2 Facteurs influençant le choix de la méthode contraceptive.....	25

3.3.2.1	Efficacité.....	25
3.3.2.2	Innocuité.....	25
3.3.2.3	Confort d'utilisation pour une bonne observance.....	26
3.3.2.4	Coût.....	27
DISCUSSION.....		28
1)	Critique de l'étude.....	28
4.1.1	Limites de l'étude.....	28
4.1.1.1	Biais de confusion.....	28
4.1.1.2	Biais de sélection.....	28
4.1.1.3	Biais d'analyse des données.....	29
4.1.2	Forces de l'étude.....	29
2)	Analyse des résultats.....	29
4.3.1	Fournir des sources d'informations fiables.....	29
4.3.2	Fournir de meilleures informations sur les effets indésirables des contraceptifs ...	30
4.3.3	Adapter la consultation.....	31
4.3.4	Prendre en compte leurs critères dans le choix d'une contraception.....	31
4.3.5	Sensibiliser sur le risque de grossesse et l'importance d'une bonne observance .	32
4.3.6	Rappeler la disponibilité d'une contraception d'urgence en cas de besoin.....	33
4.3.7	Le rôle du médecin généraliste.....	33
CONCLUSION.....		35
BIBLIOGRAPHIE.....		36
ANNEXES.....		41
Annexe 1.....		41
Annexe 2.....		43
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		46
RESUME.....		47
ABSTRACT.....		48

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	19
Tableau 2: Récapitulatif des résultats.....	27

INTRODUCTION

Du fait d'un recul de l'âge moyen du premier accouchement à 28 ans (1), la période d'activité sexuelle sans désir de parentalité augmente. De même le nombre de femmes en âge de procréer en activité sexuelle, c'est à dire celles ayant eu au moins un rapport sexuel dans l'année sans désir de grossesse croît (1).

Une contraception efficace et adaptée au mode de vie (2) et aux choix de chaque femme (3) est donc indispensable pour la prévention des grossesses non planifiées et leurs conséquences éventuelles telle que l'IVG (4).

En France, malgré une importante couverture contraceptive une grossesse sur trois en moyenne n'est pas planifiée. Parmi elles 62% conduisent à une IVG (5).

En 2017 c'est environ un tiers des femmes qui auront recours à l'IVG une ou plusieurs fois au cours de leur vie (6). Le nombre d'IVG est resté stable depuis les années 1990 à environ 210 000 IVG par an (6). Cependant, on constate une augmentation constante du nombre d'IVG multiples depuis les années 2000 qui concerne en 2017 environ 70 000 femmes (7).

Pour lutter contre le risque de récurrence il est nécessaire de mettre en place une méthode de contraception efficace dès l'IVG ou rapidement après (8) et d'informer les femmes sur la disponibilité d'une contraception d'urgence. Il faut surtout les éduquer à ne pas sous-estimer le risque de grossesse (9) et les aider à choisir une contraception adaptée à leur mode de vie afin de favoriser l'observance(3). Ainsi le rôle des praticiens libéraux, généralistes, sages-femmes ou gynécologues est essentiel dans la prise en charge de la contraception post IVG car en 2017 environ 22% des IVG sont réalisés hors établissement de santé principalement par des médecins généralistes et gynécologues (18% en 2016) (7). Plus globalement les médecins généralistes sont avec les gynécologues les principaux prescripteurs de contraceptifs.

En 2011 dans son étude par auto questionnaire sur un échantillon de 7802 femmes N. Bajos ne constatait pas de différences dans la prescription de la contraception post IVG entre les femmes selon leur catégorie socio-économique (revenu, niveau d'éducation, couverture sociale, la situation professionnelle, origine ethnique) (10). Elle retrouvait même en 2013 un taux de prescription de méthodes contraceptives médicales plus élevé chez les femmes socialement défavorisées (11). Dans une autre étude portant sur 7541 femmes ayant réalisées une IVG, elle ne relevait pas des difficultés d'accès à la contraception en post IVG quelque soit la situation sociale des femmes. De plus au moins quatre cinquième des femmes interrogées déclaraient

avoir été informées sur la contraception au cours de l'IVG (12). Plus localement dans les Alpes Maritimes et le Var, une étude de 2017 révélait majoritairement une réévaluation et une modification de la méthode contraceptive en post abortum chez les patientes ayant eu recours à un avortement itératif (13).

Ainsi malgré un taux de prescription contraceptive en post-IVG similaire, une information sur la contraception souvent délivrée et un même accès déclaré à la contraception post-IVG on constate que le recours à l'IVG multiple, en augmentation ces dernières décennies, concerne surtout les femmes de catégories socio-économiques défavorisées (femmes sans couverture sociale ou née en Afrique sub-saharienne ou avec un niveau d'études inférieur au Bac plus deux) (11).

Au cours d'une consultation, délivrer une information auprès du plus grand nombre est essentielle à la réussite d'une action de prévention. Cependant cet universalisme ne permet pas à lui seul de réduire les inégalités en santé (14). Un discours dont les aspects quantitatifs (degré de diffusion) mais aussi qualitatifs (fond, contenu, niveau de langue, support de diffusion etc.) sont adaptés au niveau de défaveur sociale de son interlocutrice rend possible l'aplanissement du gradient social de santé. C'est l'universalisme proportionné (14). De même lors d'une consultation une prescription appropriée aux habitudes de vie, aux craintes, freins économiques et envies de la patiente est essentiel à une meilleure observance à long terme.

On se demande alors si l'information et le choix de la contraception proposés par les professionnels de santé lors de la consultation post IVG sont réellement modulés et adaptés aux besoins des patientes des catégories socio-économiques défavorisées. Il serait donc intéressant d'identifier les attentes et besoins des patientes socialement défavorisées quant à la prescription de la contraception post IVG afin d'y répondre au mieux.

MATERIEL ET METHODE

1) Méthode

Pour explorer les attentes des femmes socialement défavorisées sur leur contraception post IVG nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi directifs. Un guide d'entretien établi était évolutif et composé de questions ouvertes. Il permettait des réponses individualisées et garantissait aussi une reproductibilité de la méthode.

2) L'échantillon

2.2.1 Critères d'inclusion

Pour mener notre étude nous avons dû recruter des femmes majeures socialement défavorisées ayant eu recours à au moins une IVG. Le recrutement s'est réalisé dans la patientèle de médecins généralistes, sages-femmes libérales et celles du centre d'orthogénie du service de gynécologie du CHU de Nice.

La précarité sociale se définit comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible» (15). Elle n'est donc pas synonyme de pauvreté.

Le collège de médecine générale et l'INPES ont établi une série de critères sociaux afin d'aider les médecins à identifier des populations socialement vulnérables ou à risque (16) (17). Cependant il n'existe pas de consensus sur les critères qui caractérisent la défaveur sociale. En effet dans la littérature la définition de "populations défavorisées" ou de « populations précaires » est très variable selon les critères choisis et leur nombre. Il s'agit donc d'un groupe très hétérogène d'individus. Il reste cependant admis que c'est l'inscription de ces critères dans le temps qui importe.

Pour notre étude nous nous sommes donc basés sur un outil d'aide au repérage de la précarité sociale élaboré en 2006 (18) pour sélectionner les patientes. Il possède selon l'étude une sensibilité de 80%. Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire et comprend 5 critères de vulnérabilité sociale :

- le type de couverture sociale de base : PUMA, AME, aucune couverture
- le type de couverture sociale complémentaire : CMU-C, APS
- Difficultés à payer des médicaments ou des examens médicaux
- Minimas sociaux : RSA, APL, ALS, pension d'invalidité, AAH, API
- le statut par rapport à l'emploi : en recherche d'emploi depuis plus de six mois

Pour être considéré comme socialement précaire il faut présenter au moins une des cinq caractéristiques de l'outil.

2.2.2 Critères de non-inclusion

Les femmes ayant des difficultés d'expression orale ou écrite en langue française n'ont pas été incluses.

Les femmes mineures n'ont également pas été incluses.

3) Les entretiens

2.3.1 Déroulement

Ces entretiens ont tous été réalisés par l'enquêtrice et auteure. Les interviews ont été menées après la consultation post IVG dédiée à la contraception. Un descriptif de l'objet de l'étude leur a été fait. La durée de l'entretien estimée à une quinzaine de minutes a également été annoncée. Avant chaque entretien les interviewées étaient informées non seulement de l'enregistrement de celui-ci mais aussi de leur anonymat.

Les entretiens pouvaient être téléphoniques ou de visu et se déroulaient au centre d'orthogénie de l'hôpital de l'Archet dans une salle calme au sein du centre. Seules l'interviewée et moi étions présentes au moment des entretiens. Les entretiens ont tous été menés après signature d'un consentement.

Le nombre d'entretiens a été déterminée à posteriori par la saturation des données soit lorsque deux entretiens n'apportent pas d'éléments nouveaux.

2.3.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (voir annexe 1) tente d'explorer cinq axes principaux :

- la vision de la patiente de sa contraception actuelle mais aussi de la contraception en général,
- les conditions de consultation lors de la prescription (lieu : hôpital ou cabinet, durée, contact avec le prescripteur),
- l'information délivrée lors de la première consultation post IVG dédiée (info adaptée, bien comprise ? questions posées par la patiente ? réponses à leurs questionnements ?),
- les déterminants du choix de la prescription de la contraception (avis d'autres médecins, avis de l'entourage, influence du mode de vie, de la communauté, consultation internet.)
- le devenir de cette prescription initiale de contraceptif (adaptée ou pas à posteriori, freins rencontrés).

Dans le cas où les réponses étaient trop courtes où s'éloignaient du sujet, des questions de relance étaient prévues pour mieux les étayer. Le guide d'entretien était évolutif afin d'inclure les données nouvelles apportées par les entretiens déjà réalisés.

4) Analyse des données

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement sonore sur dictaphone et d'une retranscription du verbatim mot à mot par moi-même sur fichier Word.

Chaque verbatim a fait l'objet d'une analyse individuelle, verticale. Cela a permis d'isoler l'entretien par entretien des unités de sens. Ensuite une analyse transversale a permis de dégager des thèmes en regroupant les unités de sens présents dans plusieurs entretiens. Ces thèmes correspondent ou pas aux thèmes du guide d'entretien. Les unités de sens présents dans un seul entretien peuvent également être prises en compte lors de l'analyse des résultats.

Cette analyse thématique est le fruit d'une double lecture par le Dr Boudy-Barbaroux et moi-même.

5) Ethique

L'anonymat des patientes a été garanti avec un numéro attribué à chaque patiente. Leur consentement oral puis écrit a été obtenu au moment de l'entretien. Elles avaient le droit à tout moment de demander le retrait de leur participation à l'étude.

Un accord MR004 de la CNIL a été obtenu avant le début du recrutement par la Direction de l'Innovation Numérique et du Système d'Information du CHU de Nice. L'étude a été enregistrée dans le registre de traitement du CHU de Nice le 14/08/2019 sous la référence R04-013 et sur le site de l'INDS avec la référence MR 4111140819.

RESULTATS

1) Le recrutement

La saturation des données a été obtenue au bout de treize entretiens.

Le recrutement a été réalisé d'Aout à mi-Septembre 2019. Dans un premier temps il s'est fait via les médecins généralistes et sages-femmes libéraux conventionnés avec le CHU de Nice pour la réalisation d'IVG médicamenteuses. Les médecins et sages-femmes inscrits sur une liste disponible au centre d'orthogénie du CHU étaient contactés téléphoniquement. Ensuite un descriptif de l'étude leur était transmis par mail avec une notice d'information et un consentement écrit à signer par la patiente. Dix médecins et sages-femmes ont été contactés et seules trois patientes ont pu être recrutées par ce biais.

Dans un deuxième temps le recrutement s'est opéré directement au centre d'orthogénie du CHU de l'Archet grâce à la coopération des sages-femmes présentes. Ainsi dix femmes ont pu être recrutées.

Sur les treize entretiens menés huit se sont déroulés de visu au centre d'orthogénie du CHU et cinq ont été téléphoniques.

2) Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon compte 13 femmes âgées de 18 à 36 ans. La patiente type a environ 25 ans, a réalisé au CHU sa première IVG et n'a pas d'enfant. Elle est sans emploi ou est employée à temps partiel. Niveau d'étude BAC, elle est sous le régime de la sécurité sociale si elle travaille à temps partiel et sous la PUMA si elle est sans emploi. Elle bénéficie d'aides au logement.

Sur les treize patientes sept présentaient au moins deux critères de précarité.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Colonne1	Effectif*	Pourcentage
Age		
18-25	6	46%
25-30	5	38%
Plus de 30	2	16%
Nb IVG		
Une	9	68%
Deux	2	16%
Plus de deux	2	16%
Lieu d'IVG		
Hôpital Archet	10	77%
Cabinet libéral	3	23%
Nb d'enfants		
Aucun	9	68%
Un	1	8%
2 ou plus	3	23%
Catégorie socioprofessionnelle		
Sans emploi	6	46%
Employées	5	38%
Etudiantes	2	16%
Niveau d'étude		
Aucun	1	8%
BEPC/ CAP	3	23%
Bac	7	54%
Bac +3 et plus	2	16%
Couverture sociale		
SECU	7	54%
PUMA	5	38%
CMU-C	5	38%
Mutelle	7	54%
AME	1	8%
Minimas sociaux		
APL, ALS, HLM	10	77%
RSA	3	23%
Bourse d'études	2	16%
Aucun	2	16%

* Sur treize interviewées

La durée des entretiens varie de onze à vingt-deux minutes avec une durée moyenne établie à treize minutes et trente secondes.

Le guide d'entretien a été modifié au fil des entretiens et des analyses verticales en insistant sur les informations retenues par la patiente et sur les éventuels échecs contraceptifs. Il a été définitif au bout du quatrième entretien.

3) Analyse thématique des résultats

L'analyse verticale de chaque verbatim a permis de dégager des unités de sens regroupés en sous-thèmes. Les sous thèmes ont permis de distinguer trois thèmes principaux :

- Les connaissances des patientes
- Leur évaluation de la qualité de l'information donnée par les professionnels de santé
- Les facteurs influençant le choix de la méthode contraceptive

2.3.3 Connaissances des patientes

2.3.3.1 Les sources d'informations

Internet était la source d'information la plus fréquemment citée, par sept patientes :

- “ Je regarde beaucoup internet, des avis sur le net, dans les blogs et les forums.” (E4)
- “si on va sur le net on tape le nom de la pilule on trouve quoi faire en fonction du comprimé oublié” (E8)

L'entourage c'est-à-dire les amies, collègues et la famille ont été tout autant cité :

- “Et mes copines m'avait dit que c'était bien aussi or ce n'est pas fiable” (E1)

Les médecins et plus particulièrement les médecins généralistes ont été mentionnés par six des patientes :

- “je vais voir le gynécologue ou le généraliste pour nos petits problèmes de femmes j'en parle avec eux comme ça” (E1)
- « Et puis si ça ne va pas je peux repartir là-bas ou demander à mon généraliste. Il me connaît bien. Il me dira. ” (E5)

2.3.3.2 Peu d'informations retenues

Malgré une satisfaction quant aux informations données par le personnel médical on constate que six patientes n'ont retenu que peu d'informations sur le contraceptif prescrit comme simplement son nom :

- « Je ne sais plus comment elle s'appelle cette pilule mais la boîte est rose » (E7)

ou les informations sur les effets indésirables :

- “Je sais plus ce qu'elle m'a dit. Après sur les effets secondaires elle m'a dit je pense.... Non elle m'a pas dit...Je ne sais pas. Ouais vraiment je fais confiance” (E2)

Avec des oublis :

- « mais ça j'ai un peu oublié » (E5)

Trois évoquent explicitement une écoute peu attentive des informations données par le professionnel de santé lors de la consultation :

- « Ou peut-être qu'il me l'avait dit mais je n'ai pas fait attention » (E3)
- « Je n'écoutais pas trop. Je voulais juste ma pilule et me casser. » (E6)

Avec dans trois cas une absence de décision partagée :

- « J'ai dit direct OK. C'est elle qui sait. J'ai suivi. » (E7)

2.3.3.3 Peu de questions posées au moment de la consultation

Cinq entretiens laissaient apparaître une absence de critique de l'information et une absence de recherche d'informations :

- « Mais ma généraliste elle avait parlé que de la pilule alors je n'ai pas posé de questions surtout que je connais rien » (E7)

Alors même que l'une d'elle mentionne la bienveillance des professionnels :

- « Ils prennent le temps de répondre aux questions quand j'en ai » (E4)

2.3.3.4 Sous-estimation du risque de grossesse et d'effets indésirables

Le risque de grossesse a été sous-estimé lors du rapport sexuel par six patientes :

- « c'était une fois seulement qu'on l'avait refait » (E4)
- « Mais je suis tombée enceinte quand même alors qu'il n'a jamais fini dedans en plus. » (E12)

Le défaut d'observance a eu des conséquences sous-estimées à cinq reprises :

- « Je me suis dite que ce n'étais pas si grave car il [l'implant] était resté collé au moins 4 jours ...Il avait eu le temps de se répandre sur ma peau et tout. » (E5)

Le risque d'effets indésirables a été aussi sous-estimé quatre fois :

- « Après ils m'avaient dit pour le poids mais moi je ne pensais pas à ce point. » (E6)

2.3.3.5 Sous-estimation par les patientes de leurs capacités à comprendre les informations données

Il y a eu à quatre reprises une tendance des patientes à sous-estimer leurs capacités à comprendre les explications du professionnel de santé et à prendre une décision en fonction :

- « Elle m'a proposé celle-là, j'y connaissais rien et je lui faisais confiance donc je l'ai prise. C'est un médecin. » (E8)

Avec en plus pour l'une d'elles une peur du jugement de valeur face au corps médical :

- « mais je n'ai pas dit que j'allais avec les hommes... Parce qu'il y avait le docteur. Je n'allais pas dire ça au docteur. » (E3)

3.3.1 Qualité de l'information donnée par les professionnels de santé

3.3.1.1 Plusieurs méthodes proposées

Onze patientes se sont vues proposer plusieurs méthodes contraceptives dont des méthodes à longue durée d'action comme l'implant et le stérilet :

- « On m'a parlé de l'implant, de la pilule, du stérilet bien sûr et d'autres méthodes comme les patches et l'anneau vaginal aussi je crois. » (E11)

Ces onze patientes indiquaient avoir fait leur propre choix, qu'elles l'ont exprimé et que ce choix a été suivi et respecté :

- « J'ai préféré le patch » (E5)
- « J'ai choisi le stérilet. Ils m'ont proposé plusieurs et moi j'ai choisi le stérilet. Je suis sûre. » (E1)

Les seules patientes pour lesquelles une seule méthode contraceptive a été proposée sont deux patientes ayant fait appel à un médecin généraliste et une gynécologue qui leur ont prescrit d'emblée une pilule contraceptive.

- « elle a juste pris une feuille d'ordonnance avec le nom de la nouvelle pilule » (E12)

Deux patientes ont remarqué une absence d'information sur des méthodes contraceptives moins répandues ou moins évoquées comme le MAMA ou les progestatifs injectables :

- « mais elles ne m'ont pas parlé de l'allaitement pour ne pas tomber enceinte... il faudrait nous parler de tout sinon après nous on ne sait pas forcément ». (E9)

3.3.1.2 Informations données satisfaisantes

Cinq patientes ont explicitement déclaré être satisfaites des explications fournies sur l'utilisation des différentes méthodes et leur mode de fonctionnement :

- « Elle m'a tout expliqué dans son bureau au calme...Elle m'a même montré un stérilet en vrai... Ils prennent le temps de répondre aux questions quand j'en ai » (E4)

Avec une bonne compréhension des explications exprimées pour trois d'entre elles :

- « C'était simple à comprendre leurs explications » (E1)

3.3.1.3 Manque d'informations détaillées sur les effets secondaires potentiels ou sur les précautions d'utilisation

Six ont été sujettes à des effets secondaires et se sont plaintes du manque d'informations précises à ce sujet lors de la prescription du contraceptif :

- « Ben moi ils m'avaient dit qu'on peut prendre du poids mais ils m'ont pas dit combien et puis ils m'ont pas dit si ça pouvait rediminuer tout seul. » (E6)

Ou sur les précautions d'emploi :

- « Mais elle ne m'a pas dit pour ça. Peut-être qu'elle pensait que je savais mais pour moi ça ne coulait pas de source » (E8)

Pour trois d'entre elles ce manque d'informations a été selon elles à l'origine d'une défaillance dans l'utilisation du contraceptif et d'une grossesse non planifiée :

- « on a conclu que c'était sûrement à cause de la gastro si la pilule n'avait pas marché » (E8)
- « J'ai dit que j'avais l'implant. Ils m'ont rien dit d'autre. Ils m'ont pas plus parlé après, ils m'ont pas dit pour les trois ans, ils n'ont pas plus demandé alors moi je n'ai rien dit.» (E10)
- « sans me dire que ça donnait des migraines. Elle aurait pu me prévenir. Donc je ne voulais plus retourner chez elle et je ne voulais plus les hormones. »

3.3.1.4 Bonne accessibilité aux soins

Douze patientes n'ont pas mentionné de difficultés à l'accès aux soins concernant l'IVG et la contraception :

- « On n'a presque pas payé. » (E3)
- « Et les rendez-vous quand j'appelais j'en avais un pas trop loin. Franchement ça allait. » (E1)

Une patiente dénonçait la pénurie en gynécologues libéraux exerçant en secteur 1 et ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires :

- « pour trouver à Nice un gynéco qui ne fait pas de dépassement, je ne vous dis pas.... » (E13)

3.3.1.5 Manque d'informations détaillées sur le parcours de soins en cas d'effets indésirables

Paradoxalement, malgré cette accessibilité on note aussi un retard à la consultation en cas d'effets indésirables chez quatre patientes :

- « J'en pouvais plus ça faisait 9 mois avec les serviettes et tout » (E1)
- « Mais j'ai attendu de voir mais ça ne partait pas alors que je mangeais la même chose. Je suis grosse comme ça depuis 8 mois du coup » (E6)

Deux attribuaient cela à un manque d'informations précises sur le parcours de soins à suivre en cas d'effets indésirables :

- « et puis ils ne m'ont pas dit quand je dois m'inquiéter et quoi faire exactement si ça saignait. » (E1)

3.3.1.6 Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste comme déjà mentionné a été le second pourvoyeur d'informations après internet. Il a été aussi le prescripteur de contraceptifs pour sept des patientes.

Trois d'entre elles avaient volontairement consulté pour cela un médecin généraliste qui n'était pas leur médecin traitant :

- « Même si c'était la première fois que je la voyais d'habitude je vais chez un généraliste à l'Ariane » (E2)

Par ailleurs sept ne déclaraient pas de médecin traitant et consultaient des médecins de manière itérative :

- « Sinon moi normalement je ne parle pas aux docteurs. Je ne suis jamais malade moi. Je n'ai rien à leur dire à la base » (E6)

Plusieurs situations de fragilité à identifier par le médecin généraliste sont retrouvées dans les entretiens.

Huit patientes sont dans une situation de fragilité financière avec peu de revenu :

- Six patientes sont sans revenu.
- Deux sont étudiantes boursières du fait des faibles moyens financiers de leurs parents.

Une patiente est dans une situation de sexualité adolescente clandestine :

- “Déjà je n'en avais pas la première fois que je suis tombée enceinte à 16 ans. Mes parents n'ont pas su.”

Deux autres patientes étaient en situation d'instabilité affective :

- “Sauf qu'en Juillet avec mon mari ça n'allait pas trop. On avait déjà nos problèmes avant mais là c'était revenu plus fort en Juillet alors j'étais moins vigilante.” (E9)
- “En fait je ne suis plus avec le père de mes enfants mais parfois on se revoit si vous voyez ce que je veux dire...”

3.3.2 Facteurs influençant le choix de la méthode contraceptive

3.3.2.1 Efficacité

Il s'agissait bien souvent du premier critère énoncé. Douze participantes l'ont cité. Il constitue un impératif :

- « Ben déjà le fait qu'elle marche très bien, qu'elle soit sûre en gros. » (E4)

3.3.2.2 Innocuité

La contraception a été présentée par deux patientes comme un moyen d'avoir une vie sexuelle épanouie sans risque :

- « C'est important de pouvoir profiter sans problème après. » (E1)

L'innocuité a donc été évoquée sept fois. L'absence d'effets indésirables était essentielle :

- « Ensuite il ne faut pas que ça ait des effets secondaires trop forts. Dix kilos ce n'est pas possible. » (E6)
- « que ça ne soit pas dangereux pour moi. » (E9)

Cette recherche d'innocuité influençait même leurs choix avec un rejet des méthodes hormonales :

- « faut pas qu'elle ait trop d'effets secondaires donc c'est aussi pour ça que par mesure de sécurité je préfère le sans hormones désormais » (E4)
- « C'est vrai que je n'ai jamais aimé les hormones en plus que j'allaite. » (E9)

Ou méthodes par dispositif :

- « Déjà moi je ne veux pas un truc qu'on me rentre dans le corps. » (E6)

Les effets secondaires étaient à l'origine d'une mauvaise observance pour deux patientes :
« J'ai failli l'arrêter plus d'une fois d'un coup à cause de ça » (E6)

3.3.2.3 Confort d'utilisation pour une bonne observance

On constate tout d'abord que huit patientes sur treize utilisaient une méthode contraceptive lorsqu'elles ont eu leur grossesse non planifiée :

- « Ben j'avais le patch mais il n'a pas marché » (E5)

Dans cinq cas sur huit il s'agissait d'une contraception hormonale orale :

- « Heuuu j'avais la pilule mais elle n'a pas marché. » (E8)

Six patientes ont attribué leur grossesse non planifiée à un défaut d'observance de leur contraceptif :

- «Là tout ça c'est arrivé parce que j'avais oublié ma pilule» (E13)

Dont cinq se plaignaient du caractère contraignant de la prise quotidienne de la pilule au vu du risque d'oubli :

- « J'étais sous pilule mais je l'oubliais parfois et je n'utilisais pas le préservatif car j'étais sous pilule. » (E1)

Et cinq souhaitaient des méthodes moins contraignantes que la pilule pour une meilleure observance :

- « quelque chose que je ne pouvais pas oublier et sans contrainte » (E4)
- « Et l'implant aussi je ne connaissais pas trop. Ça au moins tu ne peux pas l'oublier. » (E7)

3.3.2.4 Coût

Certains contraceptifs ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et cela constituait un frein pour trois d'entre elles :

- « Et puis on m'a parlé du patch mais ça aussi faut payer cher. Moi je ne peux pas. » (E3)
- « Et puis je suis boursière alors faut pas que ça soit trop cher. » (E11)

Tableau 2: Récapitulatif des résultats

CONNAISSANCES DES PATIENTES
Sources d'informations : Internet
Sources d'informations : Proches
Sources d'informations : Profs de santé
Peu de questions posées
Peu d'informations retenues
Sous-estimation du risque de grossesse
Sous-estimation de leurs capacités à s'impliquer
QUALITE DES INFORMATIONS DONNEES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE
Plusieurs méthodes contraceptives proposées
Informations données satisfaisantes
Bonne accessibilité aux soins pour l'IVG et la contraception
Manque d'informations sur les effets indésirables
Retard à la consultation en cas d'EI
Manque d'informations sur le parcours de soins en cas d'effets indésirables
FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX
Efficacité
Innocuité
Confort d'utilisation pour une bonne observance
Coût

DISCUSSION

1) Critique de l'étude

4.1.1 Limites de l'étude

4.1.1.1 Biais de confusion

Il n'existe aucune liste validée de critères définissant de la défaveur sociale. Nous avons utilisé un outil d'évaluation de la précarité sociale afin d'avoir des critères sociaux objectifs pour recrutement des patientes. Cet outil de repérage de la précarité sociale n'est pas validé.

4.1.1.2 Biais de sélection

Initialement il y avait une volonté de recruter deux populations de femmes : des patientes ayant effectuées leur IVG dans des cabinets libéraux et d'autres ayant fait appel au centre d'orthogénie du CHU de l'Archet. Cela aurait permis de mieux explorer deux prises en charge différentes : celle ambulatoire et celle entièrement hospitalière. Une origine multicentrique des patientes recrutées en milieu hospitalier aurait aussi été intéressante.

Les femmes ayant des difficultés d'expression orale ou écrite en langue française ont été exclues. En effet les femmes étrangères socialement défavorisées ne parlant pas correctement le français sont tout autant voire plus vulnérables. Ce choix s'est imposé compte tenu des difficultés liées à la présence d'un traducteur au moment de l'entretien.

Les femmes mineures ont elles aussi été exclues. Souvent elles se présentaient seules, sans leurs parents ou tuteurs légaux. Pour des questions légales seules les femmes majeures ont été prises en compte. Il aurait été intéressant de les inclure dans l'étude car elles sont parfois elles aussi sujettes à la précarité.

4.1.1.3 Biais d'analyse des données

Le fait d'être novice dans l'analyse de données qualitatives a été ma principale difficulté pour dégager les thèmes et sous-thèmes. De plus l'utilisation d'un logiciel de traitement des données qualitatives comme In vivo aurait peut-être permis de dégager d'autres thèmes.

4.1.2 Forces de l'étude

Un point fort de l'étude est le fait que malgré l'utilisation d'un outil de repérage de la précarité non validé, l'échantillon est composé de femmes regroupant pour la moitié d'entre elles plusieurs critères socio-économiques de vulnérabilité sociale.

La deuxième lecture des verbatim effectuée permet une meilleure validité interne de l'étude.

La saturation des données a été atteinte.

2) Analyse des résultats

Notre interprétation des résultats nous permet de conclure que les patientes socialement défavorisées ont des besoins et attentes du corps médical encore importants. Elles attendent : des sources d'informations fiables, de meilleures informations sur les effets indésirables, d'une consultation adaptée, d'une prise en compte de leurs priorités dans le choix de leur contraception, d'une sensibilisation appuyée sur le risque de grossesse, d'un rappel sur la disponibilité de la contraception d'urgence et enfin d'un médecin généraliste qui sache les accompagner dans leurs choix.

4.3.1 Fournir des sources d'informations fiables

Internet est la source d'information la plus utilisée dans notre étude. Il serait donc essentiel d'orienter les femmes dans leurs recherches en leur conseillant des sites officiels où elles disposent d'informations fiables. Elles ont besoin d'adresses internet précises. En effet

toutes ne sauraient pas discerner les sites internet officiels aux informations validées des sites aux informations partielles, non vérifiées voire totalement fausses. Certaines déclarent se référer à des forums où des informations douteuses foisonnent. La capacité à utiliser l'outil numérique, à rechercher, comprendre les informations et surtout à les critiquer s'appelle la littératie numérique (19). Internet étant un média très répandu même dans les catégories sociales les plus défavorisées il est souvent consulté et la patiente doit être un minimum orientée dans ses éventuelles recherches. Correctement exploité il peut constituer un outil sur lequel peut s'appuyer le médecin pour l'information de la patiente comme le montre l'étude du Dr Sellier sur l'impact d'internet dans la relation médecin-patient (20). C'est ainsi que la Conférence Nationale de Santé de 2017 recommande entre autres le développement de la littératie numérique en santé chez les plus jeunes mais aussi chez les adultes afin de réduire les inégalités sociales en santé (21). En parallèle les professionnels de santé doivent s'adapter à la littératie numérique en santé de leurs patientes en aiguillant au mieux celles qui en ont le plus besoin.

Elles doivent aussi disposer d'interlocuteurs disponibles rapidement en cas de questionnements. Il serait indiqué par exemple de leur donner le contact de la PMI la plus proche avec adresse et numéro de téléphone. On peut aussi leur proposer un numéro de téléphone officiel et gratuit où elles seraient informées par des personnes qualifiées (22).

4.3.2 Fournir de meilleures informations sur les effets indésirables des contraceptifs

Bien que majoritairement satisfaites de l'information donnée et des propositions contraceptives multiples en post IVG, elles ont des attentes encore insatisfaites quant aux informations sur les effets indésirables des contraceptifs prescrits. Une meilleure sensibilisation à la survenue d'effets indésirables est nécessaire. Les effets indésirables principaux doivent être clairement cités afin d'éviter au maximum les incompréhensions ou la surprise chez la patiente (23).

Il n'y a eu presque aucune mention de difficulté d'accès aux soins que ce soit pour l'IVG ou pour la contraception après l'IVG. Paradoxalement on a constaté dans notre étude un retard à la consultation lors de la survenue d'un événement indésirable chez des patientes de l'étude. Retard soit mal expliqué par les interviewées elles-mêmes soit expliqué par une mauvaise évaluation du degré de gravité de cet effet indésirable. Il ne suffit donc pas de les citer. Les conditions de reconsultation lors de leur survenue doivent aussi être énoncées (symptômes, délai, critères de gravité, etc.) (23) et il est essentiel qu'un parcours de soins précis leur soit proposé dans ce cas.

4.3.3 Adapter la consultation

Il ne faut pas hésiter à stimuler les plus silencieuses à poser des questions. Effectivement c'est parfois par manque de confiance en leur capacité de compréhension face au professionnel de santé qu'elle s'abstienne d'intervenir. Il faut les inciter à être actives dans leur prise en charge. En 1996 Delbanco et Daley conclut après une revue de la littérature que plus les femmes sont impliquées dans le choix de leur contraception, plus elles en sont satisfaites et plus elles sont observantes (24).

Certaines patientes de notre étude ont fait part d'une attention limitée au cours de la consultation. Elles ont besoin d'informations concises, précises, claires et réitérées. Quelques-unes ont été réceptives à l'utilisation de supports (brochures, stérilet etc.). Ces supports papiers contiennent les informations essentielles et peuvent être gardés et relus. Il ne faut pas hésiter à réduire la quantité d'informations et même opter pour le conseil minimal pour gagner en efficacité (25).

Elles sont beaucoup informées et influencées par leur entourage et/ou internet. C'est ainsi que certaines viennent en consultation avec une idée claire du contraceptif qu'elles souhaitent et sont plus ou moins hermétiques au discours énoncé. Il faut respecter ce choix mais malgré tout prendre le temps des explications sur les autres méthodes en essayant de capter leur attention au mieux.

4.3.4 Prendre en compte leurs critères dans le choix d'une contraception

Dans notre étude les patientes choisissent leurs méthodes contraceptives en fonction de leur efficacité, leur innocuité, leur facilité d'utilisation et leur coût.

Il n'est pas étonnant qu'après une IVG l'efficacité soit un critère prioritaire. Du point de vue efficacité théorique toutes les méthodes citées dans cette étude ont un indice de Pearl inférieur à un sauf le préservatif. Ce n'est donc pas ce critère qui sera déterminant dans le choix d'une méthode contraceptive parmi celles proposées aux femmes dans les centres de santé.

L'observance est une variable qui dépend plus ou moins de la méthode contraceptive choisie. Proposer une LARC (stérilet ou implant contraceptif par exemple) à l'observance non personne-dépendante permet de satisfaire les exigences des patientes en matière d'efficacité et surtout de limiter le risque de grossesse non planifiée par défaut d'observance. Ces méthodes sont recommandées particulièrement après une IVG. Elles sont de plus en plus répandues et acceptées. Largement proposées aux patientes dans notre étude les LARC sont de plus en plus prescrites en post abortum à la place de la contraception orale à l'observance moins fiable (13).

Les proposer ne signifie pas les imposer et le choix de la patiente doit toujours être respecté. De même leur prescription ne garantit pas leur mise en place (13).

Environ le quart des femmes réalisant une IVG est sous contraception hormonale orale selon les résultats de N. Bajos sur une population d'étude de 7802 femmes (10). Dans notre étude elles représentent un peu plus du tiers des interviewées.

Pour les patientes qui préfèrent les méthodes à courte durée d'action comme la contraception orale il leur faut une information claire sur les modalités d'utilisation et sur la conduite à tenir en cas d'oubli comme le confirme l'étude du Dr. Lamande (26). Il est indéniable qu'une bonne information sur la contraception est un impératif à une bonne observance. Il ne faut donc pas hésiter lors de consultations pour d'autres motifs ou lors des renouvellements de prescription à rappeler ces informations, à les détailler, à les compléter et à réévaluer régulièrement l'observance de la patiente comme préconisé par l'HAS (27). Il faut aussi réévaluer ses connaissances sur sa contraception orale car de nombreuses patientes présentent des lacunes ne leur permettant pas de prévenir correctement une grossesse non planifiée (28).

Certaines formes galéniques de contraception hormonale comme le patch ou l'anneau vaginal ont une meilleure efficacité pratique que la contraception orale (29). Elles ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie or le coût constitue un frein particulièrement pour les femmes socialement défavorisées. Avec un prix moyen d'environ 15 euros pour trois patchs (soit un mois de traitement), cette méthode est inabordable pour certaines femmes aux situations économiques fragiles (30). Une femme devrait pouvoir choisir la contraception qui lui convient le mieux peu importe sa situation financière.

L'innocuité et l'absence d'effets indésirables ont aussi leur impact. Cependant on ne peut prédire la survenue d'effets indésirables qui est patiente-dépendante. Dans ce cas on ne peut agir qu'à postériori. Systématiquement proposer à la patiente une consultation à trois mois après une nouvelle prescription d'un contraceptif permettrait de relever les éventuels effets indésirables et de changer de contraceptif si besoin est (27).

4.3.5 Sensibiliser sur le risque de grossesse et l'importance d'une bonne observance

Les femmes socialement défavorisées ont plus souvent un bas niveau d'études. Dans notre étude la majorité des femmes avaient un niveau scolaire inférieur ou égal au baccalauréat.

Chaque femme doit avoir un minimum de connaissances sur la reproduction, la sexualité et sur sa propre anatomie pour pouvoir intégrer le risque de grossesse. Sa sous-estimation est mentionnée dans la moitié de nos entretiens. Elle est l'une des principales causes de non-recours à la contraception d'urgence comme le souligne une étude de 2018 menée au service de gynécologie de l'hôpital de l'Archet 2 à Nice (9). La sensibilisation sur le risque de grossesse en particulier chez les adolescentes qui débutent leur vie sexuelle est recommandée afin qu'elle évalue correctement le risque de grossesse (23).

4.3.6 Rappeler la disponibilité d'une contraception d'urgence en cas de besoin

La possibilité d'une contraception d'urgence en cas de risque de grossesse doit être rappelée à la patiente. Dans notre étude aucune patiente n'a évoqué la contraception d'urgence, « pilule du lendemain » ou stérilet. La contraception orale d'urgence est disponible en pharmacie sans ordonnance depuis 2001. Elle est remboursée à 65% si prescrite et gratuite dans les lycées, CeGIDD, services de santé universitaires etc. Utilisable jusqu'à cinq jours après le rapport à risque elle aurait été indiquée dans le cas de certaines de nos patientes. L'HAS recommande même dans certains cas une prescription à l'avance d'une contraception orale d'urgence (31). Mais pour considérer l'éventualité d'une contraception d'urgence encore faut-il que le risque de grossesse soit correctement pris en compte par la patiente.

4.3.7 Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste en tant qu'acteur de soins primaires joue le rôle d'informateur et de prescripteur de contraceptifs. Il s'occupe bien souvent du suivi gynécologique des patientes (32). Il est un interlocuteur de proximité et à l'occasion de rencontrer les patientes plus ou moins régulièrement pour divers motifs. Il doit donc être le professionnel de santé particulièrement attentif à l'information de la patiente, à la réévaluation de la prescription de la contraception, à sa modification si nécessaire, à la recherche d'effets indésirables et tout cela en prenant en compte son parcours contraceptif. Il ne doit pas hésiter à proposer et à prescrire les nouvelles méthodes contraceptives (implant, le patch ou anneau vaginal) ou le DIU qui favorisent une meilleure observance que la contraception orale ainsi que la contraception d'urgence ce qu'il fait encore trop peu (33).

Il se doit de respecter le choix des patientes : il accompagne la patiente dans sa réflexion et ne lui impose pas sa vision. Il doit établir une relation partenariale avec ses patientes. Il doit

garder en mémoire que le choix d'une contraception ne se fait pas uniquement sur des critères d'efficacité scientifique. Le vécu subjectif de la patiente et ses représentations et craintes vis à vis de la contraception jouent un rôle ainsi que ses rapports avec le médecin traitant.

La population que nous étudions est une population en âge de procréer donc jeune, en général non polypathologique, qui n'a pas un contact étroit avec le corps médical avec des consultations itératives. Plusieurs interviewées dans notre étude n'avaient pas de médecin traitant et consultaient rarement. La présence d'un médecin traitant favorise un suivi plus régulier, mieux coordonné avec les autres professionnels de santé et une prise en charge plus optimale. C'est ainsi que la garantie d'une possibilité pour chacun d'avoir un médecin traitant fait partie des stratégies de transformation du système de santé « Ma santé 2022 ». Dans cette même trajectoire les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé orienteront les patients dans la recherche d'un médecin traitant (34).

Comme dans le cas d'une patiente de notre étude, le médecin traitant est parfois volontairement évité et non informé de certains événements gynécologiques. Ce choix doit être respecté.

Il faut noter que la période post IVG constitue en elle-même une période de fragilité. Pour lutter contre les inégalités en santé le médecin généraliste se doit aussi de repérer au mieux d'autres situations de fragilité spécifiques ou non aux femmes de milieux sociaux défavorisés et qui peuvent influencer sur l'observance. La précarité matérielle (absence de revenu, absence de logement, logement insalubre etc.), l'isolement social (absence de soutien familial ou amical), les phases d'instabilité affective (rupture, divorces, nouvelles rencontres etc.) et la sexualité juvénile clandestine (pour des motifs religieux, culturels ou d'autres motifs) sont des facteurs de fragilité auxquels nous avons été confrontés durant notre étude. D'autres facteurs de risque de mauvaise observance sont décrits par l'HAS et sont à prendre en compte dans le choix du contraceptif comme la période de post-partum ou la violence (qu'elle soit physique ou morale) ou encore la période de transition entre deux méthodes contraceptives (35).

Il est essentiel de rappeler que le code de santé publique interdit à tout professionnel de santé de refuser les soins à une personne sous prétexte qu'elle est bénéficiaire de la CMU-C ou l'AME ou de lui demander l'avance des frais. Pourtant la pratique est encore très répandue avec 37% des médecins refusant les patients couverts par la CMUC ou l'AME (36). Même certaines plateformes en ligne de prise de rendez-vous médicaux ont par le passé mentionné les refus des médecins de la prise en charge des patients bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME (37).

Nul n'étant censé ignorer la loi il ne faut pas hésiter à rappeler aux patientes leurs droits et les pousser à signaler tout comportement discriminatoire dont elles sauraient être victimes.

CONCLUSION

Notre étude a permis de révéler les attentes de femmes socialement défavorisées quant à la prescription de la contraception en post-IVG.

On constate qu'elles retiennent peu les informations données par les professionnels de santé, leur posent peu de questions, utilisent comme sources d'informations principales internet et leurs proches en plus des médecins, sous estiment le risque de grossesse et leur capacité à comprendre et à s'impliquer dans leur prise en charge.

Elles attendent des professionnels de santé : une orientation vers des sources d'informations fiables, des informations plus précises sur les effets indésirables potentiels des contraceptifs, une consultation où elles sont motivées à s'impliquer activement dans leur prise en charge, une sensibilisation plus appuyée sur le risque de grossesse et l'importance d'une bonne observance, un rappel sur la disponibilité d'une contraception d'urgence et d'un médecin généraliste pourvoyeur d'informations, prescripteur et partenaire dans leur parcours contraceptif. Enfin elles attendent également une prise en compte de leurs priorités dans le choix d'une contraception qui sont l'efficacité, l'innocuité, le confort d'utilisation pour une meilleure observance et enfin le coût.

BIBLIOGRAPHIE

1. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. Division Enquêtes et études démographiques, Insee N° 1419 - Octobre 2012. Disponible sur <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14416/3/ip1419.pdf>
2. INPES et ministère du travail de l'emploi et de la santé : Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Dans Dossier de presse - Octobre 2011. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp1111026.pdf>
3. INPES et ministère du travail de l'emploi et de la santé : La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Dans Dossier de presse 11 septembre 2007. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>
4. Claire Aubin Danièle Jourdain Menninger avec la participation du Dr. Laurent Chambaud, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales - Octobre 2009 Disponible <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
5. Nathalie Bajos Agathe Lamarche-Vadel Fabien Gilbert Michèle Ferrand. COCON Group Caroline Moreau. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Dans Human Reproduction, Volume 21, Issue 11, Pages 2862–2867 - 1 November 2006. Disponible sur <https://academic.oup.com/humrep/article/21/11/2862/2939464>.
6. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Élodie Baril. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Dans Population et sociétés Numéro 518 - Janvier 2015. Disponible sur https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
7. Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques : 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Dans Etudes et Résultats Numéro 1021 - Septembre 2018. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>.
8. Raccah-Tebeka B1, Plu-Bureau G2, Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré,

AP-HP, Paris et Unité de gynécologie médicale, hôpital Port-Royal-Cochin, AP-HP, Paris : Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice - Elsevier Masson - 2015. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26527021>

9. Dupuis S, Antomarchi J, Dani V, Dorez M, Delotte: Barriers to the use of emergency contraception in a population consulting for an abortion. Service de gynécologie de l'hôpital Archet 2 à Nice - Octobre 2018. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30327193>.
10. Caroline Moreau, Julie Desfrères et Nathalie Bajos : Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Dans Revue française des affaires sociales 2011/1, pages 148 à 161. Disponible sur https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm?try_download=1.
11. Nathalie Bajos, Caroline Moreau, France Prioux: Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age. Dans Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Elsevier Masson - 2013, Rev Epidemiol Sante Publique - Juin 2013. Disponible sur <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00846967/document>.
12. Caroline Moreau, James Trussell, Julie Desfreres and Nathalie Bajos. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. Dans Contraception - 2010. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3703645/>
13. Madame Amélie L'HEUDÉ Réévaluation des prescriptions contraceptives dans le cadre des avortements répétitifs au sein des Alpes-Maritimes et du Var Est : réalités et perspectives Thèse présentée à Nice le 20 Avril 2018. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936914/document>.
14. Bastien Affeltranger, Louise Potvin, Christine Ferron, Hélène Vandewalle et Alexandre Vallée. Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? Dans Santé Publique 2018/HS1 (S1), pages 13 à 24. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-13.htm?contenu=article>
15. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris: Journal officiel; 28 février 1987. p. 14.

16. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la Médecine Générale, Groupe de travail universitaire et professionnel, version 3.1 du 8 mars 2014. Disponible sur <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf>
17. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. Document destiné aux professionnels de santé - État des connaissances établi par l'INPES et le Collège de Médecine Générale - Mai 2014. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1538.pdf>
18. Jean Pascal, Christine Quélier, Christian Agard, Jean-Michel Nguyen et Pierre Lombrail. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? Dans Sciences sociales et santé 2006/3 (Vol. 24), pages 33 à 58. Mis en ligne sur Cairn.info le 08/02/2014. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2006-3-page-33.htm>
19. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Qu'est-ce que la littératie numérique ? Les enjeux d'une culture numérique – Publié en Mai 2016. Disponible sur <https://primabord.eduscol.education.fr/qu-est-ce-que-la-litteratie-numerique>
20. Anne Sellier. Impact d'internet dans la relation médecin patient : une étude en ligne à destination des patients. Thèse de doctorat en Médecine - novembre 2010. Disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731994/document>
21. Conférence Nationale en Santé. La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé - Avis adopté en assemblée plénière le 06 juillet 2017. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf
22. choisirscontraception.fr. Contacts utiles. Disponible sur : <https://www.choisirscontraception.fr/contacts-utiles/.htm>
23. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) - Janvier 2015 et mise à jour juillet 2019. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf

24. Delbanco TL1, Daley J. Through the patient's eyes: strategies toward more successful contraception. Septembre 1996. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8752227>.
25. Joulia Audrey. Contraception orale : Améliorer l'observance par le conseil minimal- Étude de cohorte 2012/2013. Thèse pour de diplôme d'état de Docteur en Médecine présentée le 11 Octobre 2013 à l'Université Paris Diderot. Disponible sur http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4377_JOULIA_these.pdf
26. Tiphaine Lamande. L'information détenue par les patientes leur permet-elle de gérer correctement un oubli de pilule. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine de présenté le 9 Avril 2013. Disponible sur <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/ede6cbaa-dc8c-4e21-ab30-5f53b9e72e7d>.
27. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Recommandation de bonne pratique – Validation en Juillet 2019 et mise en ligne en Septembre 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
28. Delphine Boos. Évaluation de la connaissance des femmes sous pilule de leur contraception. Mémoire soutenu le 22 juin 2018 en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme Année universitaire 2017-2018 à l'Université de Grenoble. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878870/document>
29. Assurance Maladie. Efficacité des moyens contraceptifs – Septembre 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/alpes-maritimes/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
30. Prix public indicatif du patch contraceptif de la marque Evra. Pas de remboursement par l'Assurance Maladie. Disponible sur <https://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-patch.htm>
31. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgences Prescription et délivrance à l'avance - Avril 2013. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Document de Références en médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM – Juin 2008. Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/referentiel_medecine_generale_.pdf

33. Chapuis-Sicard Corinne. Évaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004. Thèse pour de diplôme d'état de Docteur en Médecine présentée le 14 Février 2013 à l'Université Paris Diderot
34. Agence Régionale de Santé. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins – Juillet 2019. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
35. HAS : Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée - Avril 2013. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
36. Article L1110-3 Modifié par LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 3. Code de la Santé Publique. Disponible sur <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ArticleL1110-3CSP.pdf>
37. Isabelle Rey-Lefebvre. Le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME : la mention devra disparaître des sites. Article de presse du quotidien Le Monde - publié le 17 décembre 2018. Disponible sur https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/12/17/cmu-ame-les-sites-de-prise-de-rendez-vous-medicaux-doivent-retirer-toute-mention-de-refus-de-soins_5398910_3224.htm

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien

5 questions :

1) Parlez-moi de votre contraception.

Il s'agit d'un cadrage préalable. On fait un état des lieux de la vision de la patiente sur sa contraception actuelle mais aussi sa représentation de la contraception en général. Cela peut dès lors permettre d'évaluer la connaissance de la patiente sur sa contraception actuelle (efficacité, posologie, effets secondaires éventuels) et de déterminer si la contraception actuelle est celle prescrite en post IVG.

2) Comment s'est déroulée la première consultation dédiée à la contraception après l'IVG?

Il s'agit d'identifier les conditions de prescription de cette première contraception post IVG (lieu, professionnel de santé prescripteur, durée de consultation, délai de rendez-vous, contact avec le prescripteur, présence d'une tierce personne au moment du rendez-vous etc.) ainsi que leur impact sur la patiente (difficultés à avoir le rendez-vous, durée de consultation perçue comme trop courte).

3) Comment vous a-t-on donné des informations sur la contraception prescrite ?

Il faut identifier les informations reçues sur la contraception prescrite en quantité (volume) et surtout en qualité (contenu, qualité scientifique, niveau de précision, support, niveau de langue utilisé par le prescripteur) mais aussi les questions et le niveau d'adaptation des réponses données.

4) Comment s'est fait le choix de la contraception prescrite?

Il s'agit de déterminer la place de la patiente que a eu l'enquêtée lors de la prise de décision. On pourra aussi évaluer la prise en compte de son mode de vie, de ses craintes et envies par le prescripteur. Il faudrait aussi déterminer si plusieurs méthodes contraceptives ont été proposées. Il faut identifier si possible les critères qui pour elles sont déterminants dans le choix de leur

contraception (efficacité médicale, avis d'autres médecins, avis de l'entourage, de la communauté, consultation internet etc.)

5) Une fois l'ordonnance pour cette contraception en main que s'est-il passé ?

On pourra connaître les difficultés pratiques et freins auxquels elle a été confrontée concrètement (contraceptif non pris en charge à 100%, avance de frais, nécessité de prendre plusieurs rendez-vous, difficultés d'utilisation du moyen contraceptif), s'ils avaient été anticipés ou pas par la patiente et dans ce cas exprimés lors de la consultation. On pourra aussi établir si cette contraception prescrite lui était a posteriori adaptée ou pas, si elle en a été satisfaite ou pas.

Annexe 2

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PATIENTES

Titre de la recherche : CONTRACEPTION POST INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ATTENTES DES FEMMES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude médicale dans le cadre d'une thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité de médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous prendrez le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation et pour demander des explications éventuellement.

RESPONSABLES DE L'ÉTUDE

Les personnes responsables du projet sont : l'interne de médecine générale SALAMBERE ASMAO qui réalise l'étude et les co-directrices de thèse DR CASTA Céline et DR BOUDY Carol Anne.

BUT DE L'ÉTUDE

On constate que les femmes qui ne sont pas socialement avantagées font plus souvent plusieurs avortements. L'objectif de ces entretiens est d'identifier chez ces femmes leurs attentes concernant les conditions de prescription de la contraception notamment après un avortement, ce qui les a satisfaites ou pas lors de la consultation dédiée à la contraception. On veut savoir ce qu'elles veulent afin de mieux répondre à leurs besoins et éviter ainsi une nouvelle grossesse non désirée.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Il s'agira de s'entretenir avec chaque participante pendant environ une vingtaine de minutes. Des questions lui seront posées sur la contraception après l'avortement. Les réponses seront libres. Elle pourra interrompre l'entretien à tout moment. L'entretien se déroulera en présence uniquement de Mme SALAMBERE et de la participante dans un lieu isolé.

Un enregistrement sonore de l'entretien sera réalisé et retranscrit. La participante pourra avoir accès sur simple demande au transcrit de l'entretien et demander sa rectification. L'entretien pourra être téléphonique selon les souhaits de la participante. Les participantes seront sélectionnées selon des critères sociaux.

LÉGISLATION - CONFIDENTIALITÉ

Toute information y compris sociale vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle. Les données de ce recueil concernent votre âge, couverture sociale et le type de prestations sociales éventuelles perçues et votre statut par rapport à l'emploi. Afin de

préservé votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La publication éventuelle des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel ni nominatif.

Ces données sont conservées jusqu'à la fin de la publication de la recherche et les résultats de ces exploitations ne peuvent permettre de vous réidentifier. Le traitement de ces données est conforme à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ainsi qu'au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (règlement général sur la protection des données).

Vos données sont réservées à mes directrices de thèse et moi uniquement et seront soumis au secret professionnel. Le responsable du traitement informatique est le Directeur Général du CHU de Nice. Pour veiller à la bonne application de la réglementation, le CHU de Nice a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPO) que vous pouvez joindre au dpo@chu-nice.fr et qui pourra répondre à toutes vos questions concernant la protection des données personnelles.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, retirer votre consentement ou exercer votre droit à la portabilité en écrivant au Délégué à la Protection des Données (DPO) du CHU de NICE par mail à dpo@chu-nice.fr ou par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des données (DPO), Hôpital de Cimiez, 4 avenue de la Reine Victoria – CS 91179 – 06003 Nice Cedex. De même, vous pouvez vous opposer à votre participation à un traitement des données vous concernant pour des motifs légitimes, sans que cela ne modifie en aucune façon la prise en charge médicale réalisée par votre médecin.

Vous pouvez également décider en cours d'étude de retirer votre participation sans avoir à vous justifier et sans préjudice. Les données sonores et écrites vous concernant seront dès lors détruites.

Dans l'hypothèse où vous estimez que vos données ne sont pas traitées conformément à la réglementation relative aux données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter Mme SALAMBERE interne de médecine générale.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE ÉTUDE MÉDICALE**

**CONTRACEPTION POST INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ATTENTES DES
FEMMES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES**

Je soussigné(e) (nom et prénom du sujet),

accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Mme SALAMBERE ASMAO

J'ai lu et compris la notice d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé. J'accepte l'enregistrement de données sociales. J'accepte l'enregistrement sonore avec retranscription des entretiens réalisés lors de l'étude.

Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de Mme SALAMBERE ASMAO

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire et que mon anonymat sera préservé.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influence pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

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 mœurs.

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.

RESUME

Titre : Contraception post interruption volontaire de grossesse : attentes des femmes socialement défavorisées.

On constate ces dernières décennies une augmentation du recours à l'IVG multiple qui concerne surtout les femmes de catégories socio-économiques défavorisées. Il serait intéressant d'identifier les attentes et besoins des patientes socialement défavorisées quant à la prescription de la contraception post IVG afin d'y répondre au mieux.

Une étude qualitative avec guide d'entretien nous a permis de réaliser treize entretiens individuels semi directifs dont huit de visu et cinq téléphoniques. Les enquêtées ont recrutées auprès des patientèles de médecins généralistes et sages-femmes libéraux mais aussi au centre d'orthogénie du CHU de l'Archet à Nice selon des critères socio-économiques.

Les femmes socialement défavorisées ont tendance à peu retenir les informations médicales sur leur contraception, à utiliser internet pour s'informer, à poser peu de questions, à peu s'impliquer dans leur prise en charge et à sous-estimer le risque de grossesse.

Elles attendent des professionnels de santé : une orientation vers des sources d'informations fiables, des informations plus précises sur les effets indésirables potentiels des contraceptifs, une consultation où elles sont motivées à s'impliquer activement dans leur prise en charge, une sensibilisation plus appuyée sur le risque de grossesse et l'importance d'une bonne observance, un rappel sur la disponibilité d'une contraception d'urgence et enfin d'un médecin généraliste pourvoyeur d'informations, prescripteur et un partenaire dans leur parcours contraceptif. Elles attendent également une prise en compte de leurs priorités dans le choix d'une contraception qui sont l'efficacité, l'innocuité, le confort d'utilisation pour une meilleure observance et enfin le coût.

Mots-clés :

Contraception

Interruption Volontaire de Grossesse

Défaveur sociale

ABSTRACT

Title: Contraception after voluntary interruption of pregnancy: expectations of socially disadvantaged women.

The rate of multiple abortions is rising these last decades especially for the socially disadvantaged women. It would be interesting to identify their expectations and needs regarding the prescription of contraception to meet them better.

A qualitative research with an interview guide allowed us to realize thirteen semi-directive individual meetings, eight in face to face and five over the phone. The interviewees have been selected based on socio-economics criteria among independent general practitioners and midwives and in the orthogenic center of the hospital Archet in Nice.

Socially disadvantage women tend to not remember the medical information about their contraception, ask few questions, not so much get involved in their management, use internet to learn and underestimate the pregnancy risk.

They are expecting from the healthcare professionals to be guided towards reliable sources of information, detailed information about sides effects, medical consultations in which they are motivated to actively get involved in the medical decisions, more awareness about unintended pregnancy and the importance of good compliance, a reminder about the availability of an emergency contraception and lastly a doctor provider of information, prescriber and partner in their contraceptive course. They are also expecting a better consideration of their priorities in their contraception choices which are efficiency, safety, comfort in use for a better compliance and the cost.

Key words:

Contraception

Voluntary interruption of pregnancy

Social disadvantage