

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° : 12

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

DES de Médecine Générale

PAR

Sandra PFEIFFER

Née le 28/04/1988 à Strasbourg

**Enquête qualitative sur le ressenti des patientes concernant l'information reçue au sujet de leur
contraception orale, en particulier en cas d'oubli.**

Président de thèse : Philippe DERUELLE, Professeur

Directeur de thèse : Jean-Luc GRIES, Professeur associé



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LODES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute-pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NI IC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNTSCH Pierre P0051	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme Ayme-Dietrich Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Clauco (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SEREMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Pr Jean-Luc GRIES, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail avec bienveillance et une patience infinie. Merci pour votre enseignement du savoir-faire et savoir-être médecin généraliste, ces années passées à vos côtés en tant qu'élève puis remplaçante mon beaucoup apporté.

Au Pr Philippe DERUELLE, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici ma gratitude pour l'intérêt porté à ce travail et ma profonde estime.

Au Pr Nathalie JEANDIDIER, merci d'avoir accepté de juger mon travail et de donner de votre temps pour participer à ce jury

Au Dr Mathieu LORENZO, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse en participant à mon jury.

A tous ces médecins formidables que j'ai rencontrés, en tant que patiente, élève ou collègue. Vous m'avez impressionné, inspiré, donné (ou redonné) goût à la médecine.

A ces patientes qui m'ont fait confiance et m'ont livré leurs histoires. De leur participation, découle ce travail.

A mes nombreux relecteurs, qui se sont piqués les yeux sur mes fautes d'orthographe.

Aux Drs KOWARCZYK et VILLEMIN, pour votre confiance et votre bienveillance, merci de m'avoir attendu. Maintenant place à la suite !

A mes parents, pour leur soutien et leurs encouragements depuis toujours. Vous m'avez porté, chacun à votre façon, merci d'avoir fait de moi ce que je suis.

A ma sœur, pour cette complicité depuis des années, pour ton humour et ton sens de la dérision. Merci d'être là.

A ma famille et à ceux qui ne sont plus parmi nous, mais bien présents dans mon cœur.

A mes amis, rencontrés dans la cour de récré ou sur les bancs de la fac. Merci d'être partie de cette grande aventure que j'écris avec certains d'entre vous depuis bientôt vingt ans. Merci pour votre soutien dans les heures sombres et pour tous ces moments partagés.

A mon mari, à tout ce que nous avons déjà accompli, à ce qu'il nous reste encore à construire et à découvrir. Merci d'avoir accepté de relever le défi à mes côtés.

A toi ma petite Ariane, qui nous conduit vers l'avenir.

Table des abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale, Accréditation et d'Evaluation en Santé

CCP : Consultation de Contraception et Prévention

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CO : Contraception Orale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

EPPM : Etude Permanente de la Prescription Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCU : Pilule Contraceptive d'Urgence

SA : Semaines d'aménorrhée

Table des matières

I.	INTRODUCTION	26
A.	Contexte	26
B.	Données épidémiologiques sur la prise de pilule.....	26
1.	La contraception en France	26
a.	Perspective historique.....	26
b.	Le choix du mode de contraception.....	27
2.	La contraception à l'étranger	31
a.	L'accès à la contraception	31
b.	Les modes de contraception	33
C.	Grossesses non désirées et oubli de pilule :.....	36
1.	La fréquence des oublis.....	36
2.	Un rapport de causalité établi.....	37
3.	Un mot sur l'IVG	38
D.	Que font les femmes lorsqu'elles oublient leur pilule ?	40
1.	Recommandations officielles	40
2.	Etudes sur le comportement des femmes en cas d'oubli	41
3.	Etudes sur l'information à la patiente en cas d'oubli.....	42
E.	La place du médecin généraliste	44
1.	Une prescription fréquente.....	44
2.	L'initiation.....	45
3.	Le renouvellement	46

F.	Objectifs du travail	47
II.	MATERIEL ET METHODE	49
A.	Etude qualitative	49
B.	Population et recrutement.....	50
1.	Où et quand ? : Cadre géographique et temporel de l'étude.....	50
2.	Qui ? : Critères d'inclusion et d'exclusion	50
3.	Comment ? : Déroulement du recrutement	51
C.	Entretiens semi-directifs	51
1.	Le choix de l'entretien individuel	51
2.	Trame d'entretien	52
3.	Déroulement pratique.....	53
D.	Méthode d'analyse.....	54
1.	Utilisation de la théorisation ancrée	54
2.	Logiciel d'analyse qualitative.....	54
III.	RESULTATS.....	55
A.	Description de la population étudiée.....	56
1.	Caractéristiques démographiques	56
a.	Age.....	56
b.	Domiciliation.....	56
c.	Classe socio-professionnelle.....	57
d.	Situation familiale.....	58
2.	Description de la contraception orale utilisée	58

a.	Type de contraception orale	58
b.	Age d'initiation et durée d'utilisation de la pilule	60
B.	Analyse des verbatims.....	60
1.	La première prescription de pilule	60
a.	Le motif de prescription	60
b.	Personne à l'origine de la demande de contraception	63
c.	Prescripteur de la première pilule.....	65
2.	En cas d'oubli.....	68
a.	Contextes des oublis.....	68
b.	Attitude des patientes en cas d'oubli.....	69
c.	Prévention des oublis	71
d.	Contraception d'urgence : la pilule du lendemain	73
3.	L'information	79
a.	Des sources d'information différentes.....	79
b.	L'information lors de la prescription initiale et du renouvellement	84
c.	La demande d'information	89
d.	La question du support.....	93
4.	Niveau de confiance	97
a.	Concernant le risque de grossesse	97
b.	Concernant les effets secondaires	101
5.	La pilule au quotidien	103
a.	La gestion journalière	103

b.	Le renouvellement.....	105
c.	La contraception à l'avenir	107
6.	La place du partenaire.....	110
IV.	DISCUSSION	115
A.	Forces et limites de l'étude	115
1.	Population de l'étude et biais de recrutement	115
a.	Représentativité et comparaison à la population nationale	115
b.	Les biais de sélection	119
c.	La non inclusion des mineures	121
2.	Processus d'entretiens et biais d'investigation.....	121
a.	L'investigateur	121
b.	Le « off » et la saturation des données	123
3.	Analyse et biais d'interprétation.....	123
a.	Subjectivité du chercheur.....	123
b.	Validité interne.....	123
B.	L'information.....	124
1.	Les sources d'information	124
a.	La place centrale du médecin généraliste confortée	124
b.	Des sources d'information différentes concernant la contraception d'urgence	125
c.	La notice d'utilisation : un outil à considérer	126
2.	Un décalage entre l'information reçue par les patientes et l'information qu'elles demandent	127

a.	Demande de plus d'explications sur les effets indésirables.....	127
b.	Un temps d'échange plus long pour dépasser le seul cadre de la pilule	128
3.	La place de l'information en milieu scolaire.....	130
C.	Pilule du lendemain, croyances et difficultés rencontrées	131
1.	Un accès libre qui a fait débat	131
2.	Diabolisation et fausses croyances.....	132
3.	Culpabilité et difficulté d'obtention	133
4.	Vers une prescription anticipée de contraception d'urgence ?	134
D.	Les effets indésirables	136
1.	Le risque thrombo-embolique.....	136
a.	Les chiffres.....	136
b.	Les facteurs de risques	137
c.	Le cas Marion LARAT et ses conséquences	138
2.	Le risque carcinologique.....	139
a.	Une augmentation du risque de cancer du sein, du col de l'utérus et du foie.....	139
b.	Un rôle protecteur contre le cancer des ovaires et de l'endomètre.....	140
3.	La peur des hormones.....	141
a.	Un décalage entre les craintes des médecins et celles des patientes.....	141
b.	La mode du « tout naturel ».....	142
E.	Ce renouvellement qui reste une contrainte	143
1.	Pourquoi la pilule est-elle sous prescription médicale obligatoire ?	143
2.	Une certaine souplesse déjà en vigueur	144

3.	Vers une pilule sans ordonnance ?.....	144
4.	Dualité entre un choix de vie intime de la femme et une réponse « médicalisée ».....	145
F.	La place du partenaire.....	146
1.	Différences générationnelles	146
2.	Du côté des hommes.....	147
G.	Perspectives.....	149
1.	Améliorer l'information des plus jeunes.....	149
2.	Améliorer l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli	150
3.	Améliorer l'information lors du renouvellement de pilule	151
4.	Améliorer la collaboration avec les pharmaciens	152
V.	CONCLUSION	153
VI.	ANNEXE	156
A.	Annexe I : Trame d'entretien	156
B.	Annexe II : Fiche d'information et de consentement.....	158
C.	Annexe III : exemple d'entretien E3	159
D.	Annexe IV : Carte INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » Recto/Verso	164
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	165

Table des figures

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France 1968 - 2013.....	28
Figure 2: Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge.....	30
Figure 3 : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, utilisant une méthode de contraception	32
Figure 4 : Proportion des femmes utilisant un mode de contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple dans le monde, par zone géographique, 2011	34
Figure 5 : Proportion des différents moyens de contraception utilisés par les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en couple, par zone géographique, 2011	35
Figure 6 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge entre 1990 et 2019	39
Figure 7 : Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de prise de pilule.....	40
Figure 8 : Diagramme de flux de la population de l'étude.....	55
Figure 9 : Répartition des patientes selon leur âge.....	56
Figure 10 : Tableau des résultats : situation familiale et professionnelle des participantes	57
Figure 11 : Type de contraception utilisée par les patientes	59
Figure 12 : Motif d'initiation de la pilule	61
Figure 13 : Personne à l'origine de la demande de contraception	64
Figure 14 : Prescripteur de la première pilule.....	66
Figure 15 : Carte conceptuelle concernant la première prescription de pilule	67
Figure 16 : Nuage de mots : Verbatims concernant l'oubli de pilule	68
Figure 17 : Carte conceptuelle concernant l'oubli de pilule.....	78
Figure 18 : Sources d'information sur la marche à suivre en cas d'oubli.....	79
Figure 19 : Sources d'information sur la contraception d'urgence.....	81
Figure 20 : Sources d'information "en cas de problème"	83

Figure 21 : Diagramme en radar sur la variété des sources d'informations	84
Figure 22 : Caractérisation de l'information initiale concernant la pilule.....	85
Figure 23 : Répétition de l'information concernant la pilule	88
Figure 24 : Nuage de mots : Verbatims concernant la demande d'information des patientes.....	89
Figure 25 : Supports d'information cités par les patientes	94
Figure 26 : Carte conceptuelle concernant l'information sur la contraception reçue et demandée par les patientes	96
Figure 27 : Niveau de confiance des patientes en leur pilule	97
Figure 28 : Explications possibles d'une grossesse sous pilule selon les patientes.....	100
Figure 29 : Prescripteur lors du renouvellement de pilule.....	105
Figure 30 : Implication de leur(s) partenaire(s) dans leur contraception, vue par les patientes.....	110
Figure 31 : Souhait des patientes quant à la place de leur(s) partenaire(s) dans la contraception....	111
Figure 32 : Comparaison des populations de l'étude et des utilisatrices de pilule en France	116
Figure 33 : Comparaison des lieux de résidence entre population de l'étude et population française	117
Figure 34 : Comparaison des catégories socioprofessionnelles entre population de l'étude et population féminine française	118
Figure 35 : Méthode de contraception utilisée selon le niveau de formation des femmes	119

I. INTRODUCTION

A. Contexte

La prescription d'une contraception orale et son renouvellement font partie de l'exercice quotidien en médecine générale. Le renouvellement en particulier fait souvent l'objet d'une demande « de dernière minute » à la fin d'une consultation que la patiente a sollicitée pour un autre motif (1). Cette prescription n'est donc, de fait, pas toujours l'objet d'un rappel d'informations, sur le mode de prise, ou d'une approche centrée sur la patiente.

Il s'agit pourtant d'un traitement pharmacologique, disponible uniquement sur ordonnance et dont le mésusage peut exposer à des complications médicales dans de rares cas (maladie thrombo-embolique ou événement cardio-vasculaire par exemple), mais surtout à un risque de survenue de grossesse non désirée (2).

Les autorités sanitaires constatent depuis plusieurs années une stagnation du nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et relèvent même une légère hausse sur les dernières années (3) (4).

Ces différents constats nous ont amené à penser que beaucoup de patientes pourraient méconnaître la marche à suivre en cas d'oubli de pilule.

B. Données épidémiologiques sur la prise de pilule

1. La contraception en France

a. Perspective historique

Durant la première moitié du XX^{ème} siècle la politique française encourage la natalité. La loi du 31 juillet 1920 réprime ouvertement « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle » (5). Il n'est fait que peu de distinction entre la contraception et l'interruption de grossesse. En 1956, le

Dr Gregory PINCUS met au point la première pilule contraceptive, qui sera commercialisée aux États-Unis dès 1957 (6). En France, il faudra attendre le 28 décembre 1967 et la loi NEUWIRTH qui légalise la prescription libre de la pilule contraceptive (7). La loi n'est toutefois appliquée qu'à partir de 1972. Nouvelle progression en juin 1974 (6) : L'Assemblée Nationale vote le projet de Simone VEIL ministre de la Santé, qui libéralise totalement la contraception. La Sécurité Sociale rembourse la pilule et les mineures ont droit à l'anonymat.

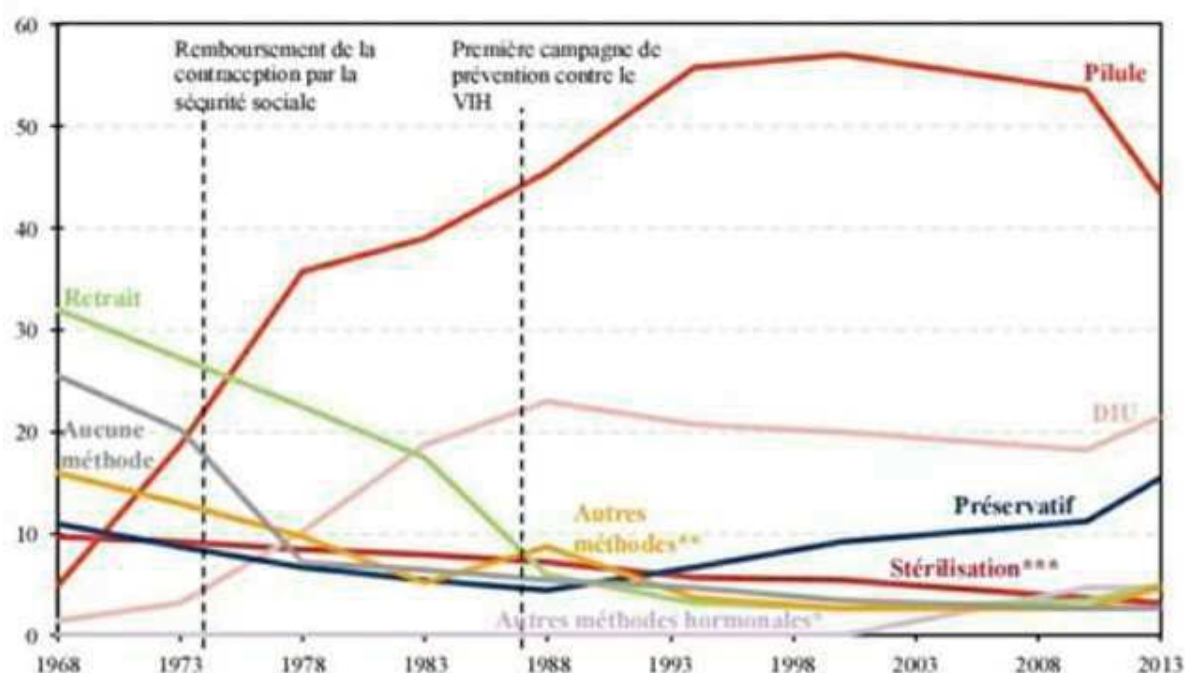
L'accès à la contraception s'est depuis largement démocratisé et la pilule s'est imposée en France comme le moyen de contraception le plus utilisé. En 1988, parmi les femmes de 18 à 49 ans, deux sur trois (65 %) utilisent une méthode de contraception (8). Le tiers restant ne risque pas pour autant une grossesse non désirée (absence de partenaire, désir de grossesse, grossesse en cours ou impossibilité d'avoir un enfant). Selon cette étude, seulement 2 % des femmes risquent une grossesse non souhaitée et n'ont déclaré aucune pratique contraceptive. En 1988, la moitié des patientes utilisent une contraception orale (32% des femmes entre 18 et 49 ans) et un quart le stérilet (17%). En 2010, d'après le Baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 90,2 % des femmes (sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant) utilisent une méthode de contraception (9). Ce chiffre est de 91,2 % chez les 15 à 29 ans (10). Ce large recours à la contraception se confirme dans le temps car selon le Baromètre santé 2016, parmi les femmes concernées par la contraception, 92 % affirment utiliser un moyen pour éviter une grossesse (11). 71.8 % d'entre elles ont recours à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception.

b. Le choix du mode de contraception

Les observations menées au cours de ces 50 années d'histoire contraceptive en France révèlent une certaine chronologie dans l'utilisation des différents moyens de contraception (8) (10) (11). On parle de « norme contraceptive » (12). Le préservatif est principalement utilisé chez les plus jeunes lors du

début de la vie sexuelle et sa fréquence d'utilisation diminue avec l'âge. La contraception orale intervient dès que les individus entrent dans une relation amoureuse stable. Elle reste le premier moyen de contraception utilisé en France. La contraception orale est plébiscitée chez les jeunes avec un pic chez les 20 – 24 ans, où elle était utilisée par 83.4% des patientes de cette tranche d'âge utilisant une méthode contraceptive en 2010 (10). Trois quarts des contraceptifs oraux sont des pilules combinées oestro-progestatives, le quart restant sont des progestatifs seuls (13). Puis, à partir de 25 ans, les femmes se tournent plus vers le Dispositif Intra-Uterin (DIU) qui devient à l'âge de 35 ans le premier mode de contraception utilisé, souvent une fois la famille constituée. Ce schéma se répète depuis des années. Cependant on note une modification des habitudes sur les deux dernières décennies.

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées en France 1968 - 2013



* implant, patch, anneau vaginal

** abstinence périodique, méthodes locales, autre, NSP

*** l'enquêtée ou son partenaire

Champ : France métropolitaine. Femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir.

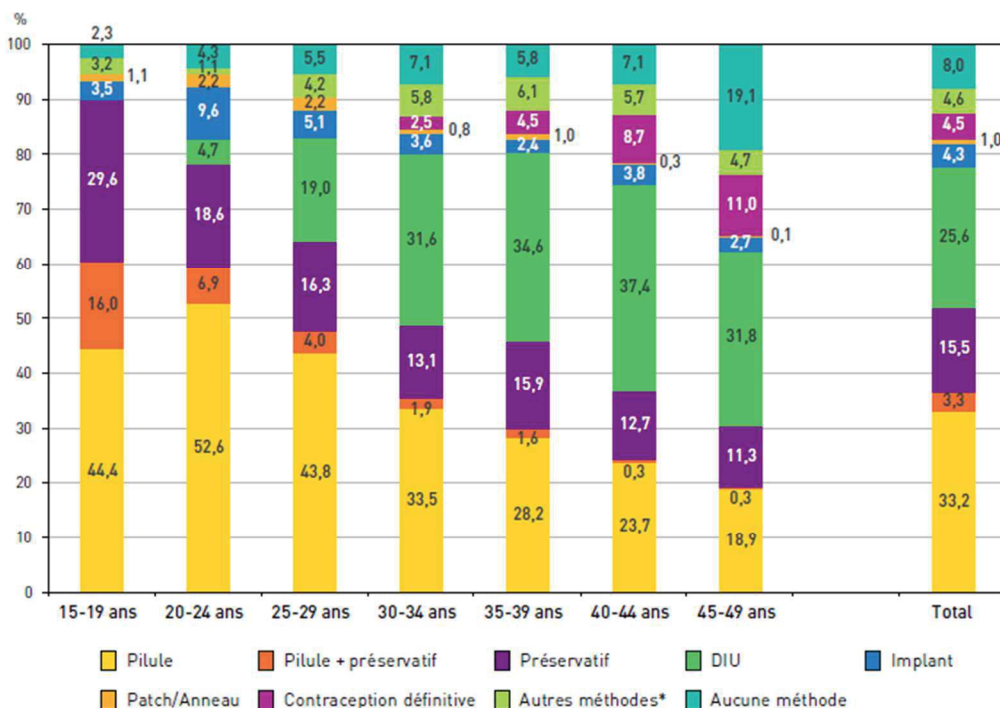
Source : estimations à partir de résultats de Leridon et Toulemon (1991) et de l'Enquête Mondiale de Fécondité-1978, l'Enquête Régulation des naissances-1988, l'Enquête Situation Familiale et Emploi-1994, l'Enquête CoCon-2000 et les enquête Fecond-2010 et 2013.

L'utilisation de la pilule a atteint son apogée en 2000 où elle représente 60% de la couverture contraceptive (14). Depuis on note une régression progressive de son utilisation (même si elle reste le moyen de contraception le plus utilisé), 45% en 2010, 40.5% en 2013, puis 36.5% en 2016 (15). Ce phénomène s'explique par deux éléments :

- Depuis le début des années 2000, l'offre s'est largement diversifiée en termes de méthodes contraceptives. Cette diversité a été portée à la connaissance des professionnels de santé par un rapport de l' ANAES en 2004 (16), repris par le ministère de la santé en 2005 au travers de recommandations (17) ; et au grand public au travers d'un plan national de santé publique mis en place en 2007 (18). Un site internet « www.choisirsacontraception.fr » et un numéro d'appel gratuit ont été mis à disposition pour répondre aux questions relatives à la contraception. Des campagnes de presse et des spots publicitaires télévisés, incitent les françaises à reconsidérer leur mode de contraception si elles estiment qu'il n'est pas le mieux adapté à leur quotidien sous le slogan « la meilleur contraception c'est celle que l'on choisit » (9). Le recours à d'autres modes de contraception a augmenté progressivement. En 2010, la contraception orale enregistrait un recul de 4.6% par rapport au début des années 2000 au profit d'autres méthodes hormonales (19). 4% des femmes entre 15 et 49 ans avaient recours à ces autres méthodes en 2010 (2.6% pour l'implant, 1.0% pour l'anneau vaginal et 0.4% pour le patch contraceptif). A ceci s'ajoute une utilisation plus large du DIU chez les plus jeunes avec l'arrivée de dispositifs adaptés aux nullipares.
- Fin 2012, les contraceptifs oraux de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont fait l'objet d'une importante controverse suite à la médiatisation d'une plainte déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme ayant subi un accident vasculaire cérébral qui l'avait laissée lourdement handicapée alors qu'elle utilisait une pilule de 3^{ème} génération (20). Le ministère de la Santé a décidé de ne plus rembourser de pilule de 3^{ème} et 4^{ème} génération à compter du 31 mars 2013 et de retirer du marché en mai 2013 la Diane 35® (Cyprotérone acetate 2mg + Ethinylestradiol 0.035mg). Un climat de méfiance s'est durablement installé

autour de la pilule contraceptive (quelle que soit sa génération) et près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode après le débat médiatique de 2012-2013 (15).

Figure 2: Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



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

Au total, selon le Baromètre santé de l'INPES de 2016 (11):

- Malgré son recul ces dernières années, la pilule reste le premier mode de contraception utilisé par les femmes de 15 à 49 ans avec une moyenne de 33.2% (36.5% en association avec le préservatif). Les plus grandes utilisatrices sont toujours les 20-24 ans avec un taux de 52.6% (59.5% en association avec le préservatif).
- Le stérilet est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé, il couvre 25.6% des femmes utilisant une contraception. Son utilisation reste majoritairement choisie par les femmes de 30 à 49 ans même si on note une progression chez les moins de 30 ans ces dernières années.
- Le préservatif est le troisième moyen le plus utilisé. Il est majoritairement privilégié par les 15-19 ans où il est utilisé comme seul moyen de contraception par 29.6% des jeunes filles.

- Les autres méthodes hormonales (implant, anneau vaginal et patch contraceptif) représentent 5.3% des contraceptifs utilisés, les méthodes non hormonales (diaphragme, cape, spermicide) 4.6% et la stérilisation 4.5%

Il est important de souligner que si les femmes se détournent de plus en plus de la pilule, elles ne se détournent pas de la contraception et la couverture contraceptive reste très importante. La part des femmes n'utilisant aucun moyen de contraception et qui serait tout de même exposée à un risque de grossesse est stable, estimée à 3% (11).

2. La contraception à l'étranger

a. L'accès à la contraception

Les pratiques contraceptives sont très hétérogènes à travers le monde. Si la « légalité » de la contraception fait moins débat que celle de l'avortement (et cela au sein même de l'Union Européenne), l'accès qu'y ont les femmes en pratique est très variable.

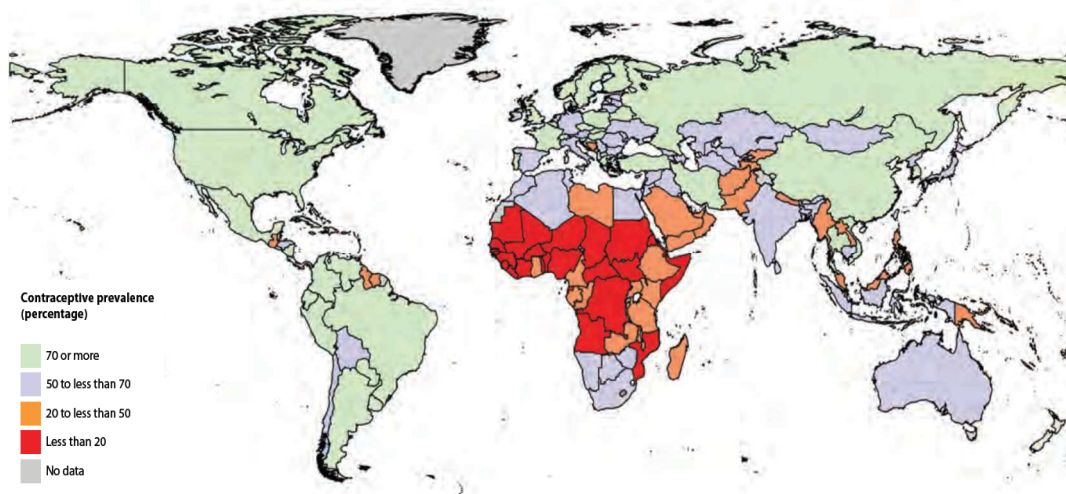
Dans une grande partie des pays d'Afrique ou d'Asie, le manque d'information et même d'éducation ainsi que la faiblesse des politiques préventives, maintiennent les femmes dans l'ignorance ou la méconnaissance des moyens de gérer leur fertilité. A ceci s'ajoutent souvent des difficultés économiques, tant au niveau des Etats pour assurer une offre sanitaire suffisante, qu'au niveau individuel dans des pays où les soins et traitements sont bien souvent à la charge des patients.

Dans d'autres pays qu'on peut considérer comme moins fragiles économiquement (certains pays d'Europe de l'Est ou états des USA), c'est le poids culturel ou de la religion qui freine l'usage de moyen de contraception moderne (21). Ces considérations sont directement corrélées au statut de la femme et aux évolutions sociétales en cours dans chaque pays.

Pourtant, un meilleur accès à la contraception s'est soldé par une baisse du nombre d'avortements pratiqués dans les pays développés, ainsi que l'a révélé une étude de l'INED (Institut National d'Etudes

Démographiques) (22). En Europe, jusque dans les années 1990, on distinguait une nette différence entre les pays du Nord et d'Europe Occidentale où les femmes avaient plus recours à la contraception depuis les années 1960, et les pays de l'Est où les femmes avaient plus recours à l'avortement (23). Le recours à l'avortement en Europe a été ensuite divisé par deux entre les années 1990-1994 et 2010-2014 (24). A la faveur de la chute du rideau de fer, de nouveaux modèles sociaux intégrant la contraception ont pu se diffuser. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), quand le taux d'accès à un moyen de contraception moderne est de l'ordre de 70 %, le nombre des avortements est de 10 à 30 pour 1000 femmes en âge de procréer. Il passe de 30 à 50 pour 1000 femmes quand ce taux d'accès à la contraception tombe entre 40 et 60 % (24).

Figure 3 : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en union libre, utilisant une méthode de contraception



Source : United Nations • Department of Economic and Social Affairs • Population Division

Selon un rapport de l'Organisation des Nations Unies de 2013, la prévalence moyenne de la contraception à travers le monde est de 63 % (25). Le taux le plus faible a été relevé au Soudan (4 %) et le taux le plus élevé en Norvège (88 %). Les taux les plus bas sont relevés en Afrique Sub-Saharienne où plus de la moitié des 48 pays ayant des données disponibles ont une couverture contraceptive

inférieure à 30 %. Ces chiffres ne sont retrouvés que dans 7 des 47 pays asiatiques. En Amérique Latine et dans les Caraïbes, aucun des 37 pays n'a de taux inférieur à 30 %, mais 9 d'entre eux ont un taux de contraception inférieur à 50 %. Les meilleurs taux de contraception sont ceux de l'Amérique du Nord avec 75 %, suivis de l'Amérique Latine et des Caraïbes (73 %). L'Europe n'arrive qu'en troisième position avec 70 % (25).

b. Les modes de contraception

Selon ce même rapport des Nations Unies de 2013 (21), compilant les données de 188 pays à travers le monde concernant l'usage de contraception chez les femmes de 15 à 49 ans, 9 utilisatrices sur 10 ont recours à une méthode de contraception moderne. La stérilisation féminine est la méthode la plus utilisée à travers le monde. Elle est utilisée par 19 % des femmes concernées. En comparaison, les Françaises y ont quatre fois moins recours (4.5 %) (11). Les pays où les femmes y ont le plus recours sont majoritairement en Amérique Latine et aux Caraïbes (26 % en moyenne), mais également en Chine (29 %) et en Inde (36 %).

Le deuxième mode de contraception le plus utilisé est le DIU avec une moyenne mondiale de 14 % d'utilisatrices parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple. Les taux d'utilisation les plus importants se trouvent en Asie et dans certains pays du Moyen Orient (entre 30 et 40 % en Israël et en Egypte).

La contraception orale (méthode la plus utilisée en France) n'occupe que la troisième place en termes de prévalence mondiale avec un taux moyen de 9 % d'utilisatrices parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple. Cependant la pilule est le moyen de contraception dont l'utilisation est la plus largement développée à travers le monde. Elle est utilisée à plus de 30 % par 9 pays européens, 4 en Afrique, 1 en Asie, 1 en Amérique du Sud et 1 en Océanie.

L'utilisation du préservatif masculin est le principal moyen de contraception pour 8% des couples dont la femme est âgée de 15 à 49 ans à travers le monde, ce qui lui confère la quatrième place.

En ce qui concerne la part occupée par la pilule parmi les moyens de contraception, on compte plus de pays avec au moins 30 % d'utilisatrices de pilule que de pays où les femmes recourent à la stérilisation ou au DIU dans des proportions comparables. L'utilisation de la pilule va donc de pair avec une plus large diffusion de la contraception auprès de la population, qui est pour l'instant plus l'apanage des pays développés. En effet, ce rapport met en lumière une nette corrélation concernant le type de contraception prévalente et le niveau de développement du pays. Les modes de contraception réversibles et « à court terme » tels que la contraception orale ou l'utilisation de préservatifs représentent la moitié des usages dans les pays développés, contre moins d'un quart pour la stérilisation ou la pose de DIU. A l'inverse, dans les pays en voie de développement, la stérilisation féminine et le stérilet représentent 57 % des méthodes de contraception utilisées.

Figure 4 : Proportion des femmes utilisant un mode de contraception parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple dans le monde, par zone géographique, 2011

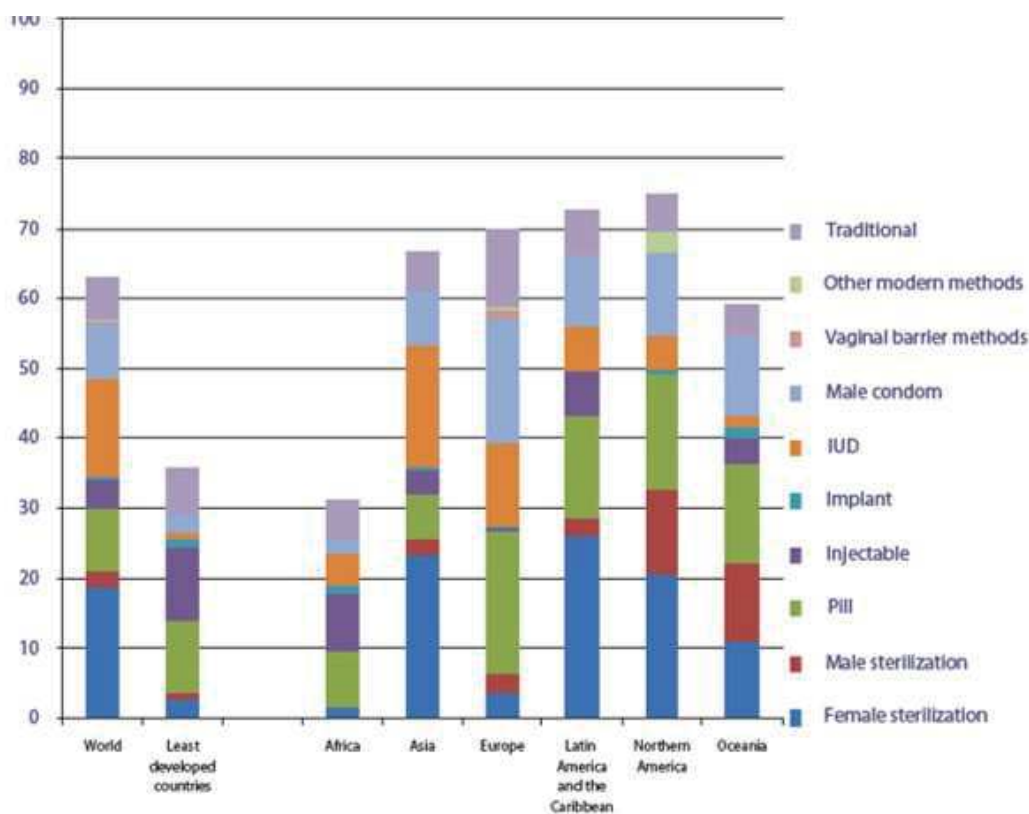
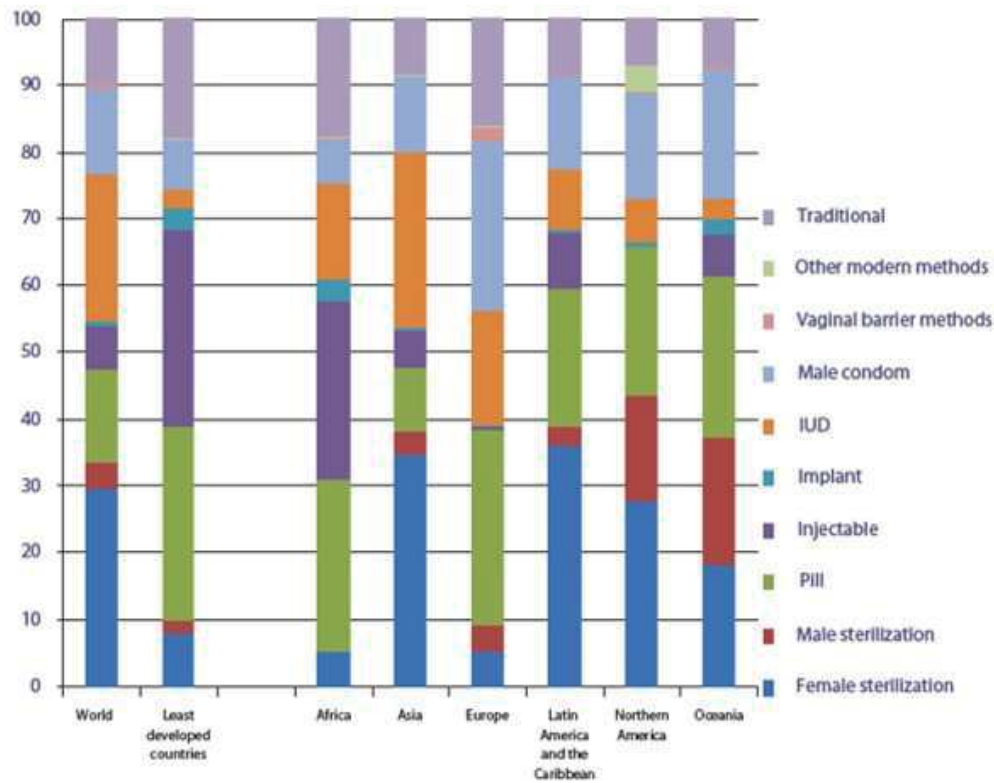


Figure 5 : Proportion des différents moyens de contraception utilisés par les femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en couple, par zone géographique, 2011



Source : United Nations • Department of Economic and Social Affairs • Population Division

L'idée selon laquelle l'utilisation de la pilule comme principal moyen de contraception serait une exception française n'est qu'à moitié vraie. A l'échelle internationale la pilule ne concerne effectivement que 9 % des femmes contre plus de 30 % dans notre pays. Mais si l'on se replace dans une perspective plus européenne, la France semble se rapprocher de ses voisins. D'après une étude du Dr CIBULA portant sur les pratiques contraceptives des femmes en Europe et publiée en 2008 (26), la contraception hormonale orale est la méthode la plus utilisée à travers le continent. Les pays où ce taux d'utilisation était le plus élevé étaient la France (49 %) et la République Tchèque (44 %).

C. Grossesses non désirées et oubli de pilule :

1. La fréquence des oublis

La contraception hormonale orale est considérée comme l'une des plus efficaces sur le plan théorique. Son indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant ce moyen de contraception pendant 1 an) est de 0.3. En pratique, ce taux s'élève à 8 dans les conditions d'utilisation courante (9) (27). Ces chiffres sont identiques qu'il s'agisse d'une contraception orale combinée (oestro-progestative) ou progestative seule. L'efficacité de la pilule contraceptive n'est garantie que si son observance est rigoureuse. Or, selon une analyse du ministère de la Santé publiée en 2007, « Pour une femme qui prend une pilule toute sa vie, cela suppose entre 6 000 et 7 000 prises de comprimés, sans aucun oubli de comprimé, ni décalage de prise entre 2 plaquettes » (28) : les oublis semblent inévitables.

Dans la partie rétrospective de l'étude CORALIANCE publiée en 2004, 22.5 % des utilisatrices de pilules déclarent au moins un oubli durant les 6 mois précédent (29). Dans 74.6 % des cas il s'agirait d'un oubli unique et dans 8% il s'agirait d'oublis récurrents (au moins 6 oublis dans les 6 derniers mois). Toujours selon les patientes, 42 % des oublis ont lieu lors de la première semaine du cycle (où le risque de grossesse est le plus important). La seconde partie de cette étude est prospective, les patientes étaient invitées à remplir un agenda avec leur nombre d'oublis. Les informations recueillies étaient parfois contradictoires. Ainsi on recense des oublis chez 15 % des participantes dans l'étude prospective (contre 22.5 % dans l'étude rétrospective). Mais il ne s'agissait pas nécessairement des mêmes patientes. « L'effet étude » et « auto-questionnaire » a pu modifier le comportement de certaines femmes et biaiser les résultats. Le caractère déclaratif de ces données constitue une limite à l'interprétation de ces études. Les données issues de travaux menés avec des piluliers électroniques tendent à montrer que les patientes sous-estimeraient leurs oublis (30).

Il est impossible d'établir un « profil de patiente oubliuse » ou « non-oubliuse » (qui en pratique courante pourrait amener les praticiens à orienter d'emblée la patiente sur un mode de contraception

plutôt qu'un autre). Cette impossibilité d'identifier une population plus à risque d'oubli est répétée dans l'étude GRECO (31). Les patientes en échec de contraception orale sont souvent décrites comme des femmes jeunes, célibataires et ayant eu déjà au moins deux enfants, comme le montrent plusieurs travaux sur les oublis (32) (33). Ce n'était pas le cas dans cette étude. L'âge moyen était de 27 ans et seules 11 % des femmes avaient moins de 20 ans ; 60 % étaient mariées ou vivaient maritalement ; 40 % n'avaient encore jamais eu d'enfant et 20 % n'en avaient qu'un seul. Le niveau social a souvent été incriminé, mais dans cette population on comptait 31 % de femmes ayant entamé le second cycle du secondaire et 18 % de femmes ayant fait des études supérieures.

De fait aucune patiente n'est à l'abri du risque d'oubli.

2. Un rapport de causalité établi

Selon l'enquête COCON réalisée en 2003, on estime qu'environ un tiers des grossesses sont non prévues (34) et que 50% de ces grossesses se solderont par un avortement. Parmi ces grossesses non prévues, 65% ont lieu alors que les femmes déclarent utiliser un moyen de contraception (21% contraception orale, 9% DIU, 12% préservatif, 23% autre méthode). La principale raison de ces échecs de contraception est leur mauvaise utilisation.

Des chiffres plus récents issus du Baromètre santé de l'INPES de 2010 concernant les 15-29 ans confirment le chiffre de 36.6% de femmes déclarant que leur grossesse (sur les cinq dernières années) était non prévue (10). Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes âgées de 15 à 29 ans n'ayant pas désiré être enceintes et l'oubli de pilule pour 44 % d'entre elles.

L'étude GRECO publiée en 2004 s'intéresse particulièrement aux grossesses survenant sous contraception orale (31). Elle met en évidence que les oublis, même uniques, restent de loin la cause la plus importante des échecs de la contraception orale (60.8 % des échecs et 80.1 % des facteurs

favorisant l'échec de contraception). La deuxième cause d'échec évoquée était les vomissements (9.8 %) et la troisième les diarrhées (6.9 %). Parmi ces patientes, 14.9 % des femmes avouaient des oublis fréquents et 12.6 % des oublis très fréquents. Les oublis auraient majoritairement lieu au cours de la première partie du cycle. Les oublis de début de cycle étant plus à risque de développer une grossesse et les patientes répondant dans cette étude étant enceintes, on peut se demander si cette dernière information ne résulte pas d'un biais d'inclusion. D'autres études confirment pourtant cette tendance (29).

Dans l'étude GRECO, 81.5 % des femmes ont choisi d'interrompre la grossesse (31), d'autres études similaires évoquent plutôt le taux de 50 % (29) (35).

3. Un mot sur l'IVG

En France, l'accès à l'Interruption Volontaires de Grossesse (IVG) est un droit reconnu depuis la loi VEIL du 17 janvier 1975 (36), remboursée par la sécurité sociale depuis 1983. Initialement une femme pouvait décider d'interrompre sa grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA). Depuis la loi du 4 juillet 2001 ce délai a été rallongé à 14 SA (37). Cette loi a également permis aux mineures d'accéder à l'IVG sans autorisation parentale.

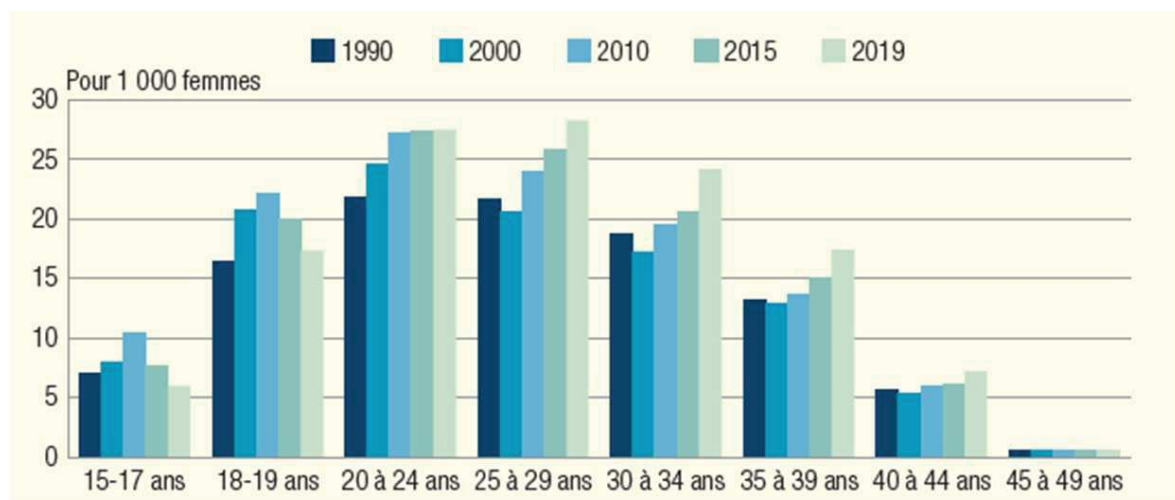
On a constaté une hausse sensible du nombre d'IVG enregistrées entre 1976 et 1981, suivi d'une certaine baisse avec stabilisation (38). Dans les années 1990, on note une augmentation du recours à l'IVG par les jeunes voire les très jeunes femmes (moins de 18 ans), et ce jusqu'au début des années 2000 (39). Le rapport annuel de la DREES (3) nous apprend que depuis 1995 le taux de recours à l'IVG suit globalement une tendance à la hausse, passant de 12.5/1000 femmes en 1995 à 15/1000 en 2018 et 15.6/1000 en 2019 (4)

En 2019, le nombre d'IVG en France s'élevait à 232 200 (dont 217 500 en métropole)(4).

Chaque année, on compte environ une IVG pour un peu plus de trois naissances. Depuis 2001, le nombre d'IVG varie, chaque année, entre 215 000 et 230 000. En 2018, il est supérieur de 3 % à celui de 2017. Le taux de recours à l'IVG s'élève à 15,4 pour 1 000 femmes résidentes en France entière, contre 14,8 l'année précédente, atteignant ainsi son maximum depuis 1990. Ce constat est à nuancer. Il existe de fortes variations de ce taux entre la Métropole (15 IVG/1000 femmes) et l'Outre-Mer (27.8 /1000), mais également entre les différentes régions de Métropole (variant du simple au double entre 10,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en Pays de la Loire à 22,0 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur). On constate également une variabilité dans les tranches d'âges concernées. Après une hausse ces dernières décennies, le taux de recours à l'IVG est en baisse chez les moins de 20 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 20-24 ans dont le taux reste stable. On constate en revanche une augmentation du recours à l'IVG à partir de 25 ans et ce jusqu'à 45 ans.

Cette tendance à la hausse se confirme en 2019 (4), on observe une hausse du recours à l'IVG de 0.6 point par rapport à 2018.

Figure 6 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge entre 1990 et 2019



Source : DREES (SAE), CNAM-TS (Erasmé puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de population au 1er janvier 2016) calculs DREES.

Les données ont été révisées le 10-12-2020 par rapport à la mise en ligne du 24-09-2020.

En 2011, l'INED estime qu'une femme sur trois connaîtra au moins une IVG (39). Celles qui y ont recours sont plus à risque d'y recourir à nouveau (probabilité de 41 %). Parmi les IVG réalisées à l'hôpital, 30 % des femmes concernées déclaraient avoir déjà eu une IVG antérieure (3).

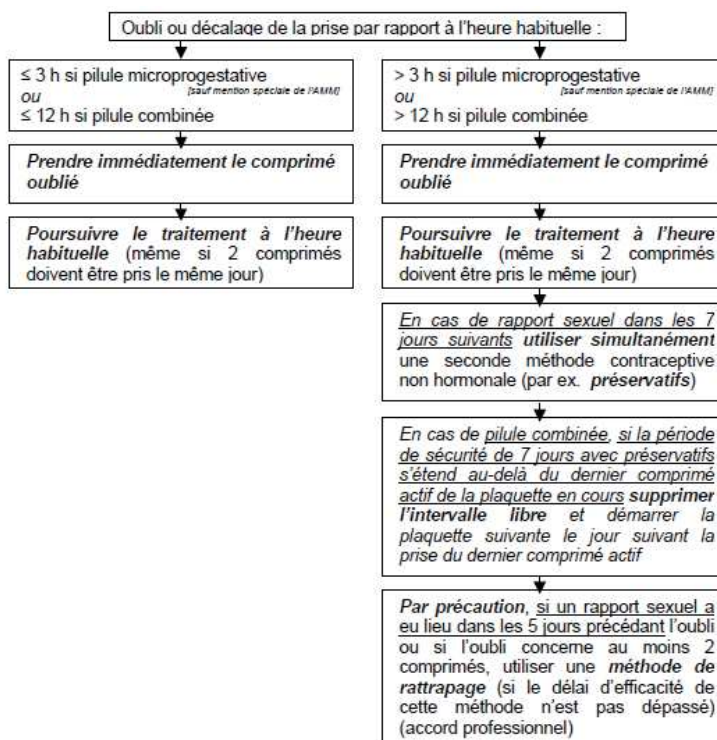
72 % des IVG concernent des femmes utilisant une contraception. Parmi ces patientes, 23.1 % étaient sous contraception orale (40). Si l'on considère les 232 200 avortements réalisés en France en 2019, on peut estimer à 38 619 (dont 36 174 en Métropole) le nombre d'IVG réalisées sous pilule en un an.

D. Que font les femmes lorsqu'elles oublient leur pilule ?

1. Recommandations officielles

L'ANAES (actuellement HAS) a établi en décembre 2004 des recommandations pour la pratique clinique intitulées « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » dans lesquelles figure la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule (16).

Figure 7 : Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de prise de pilule



Source : HAS 2004

NB : le délai de 3h concerne maintenant principalement la pilule Microval®, les autres macro-progestatives peuvent être reprises dans un délai de 12h.

NB 2 : Ces mesures s'appliquent pour toutes les pilules, excepté Qlaira® pour laquelle il est recommandé de se référer à la notice

Ces recommandations font régulièrement l'objet de rappels dans les documents de synthèse du Ministère de la Santé et les Fiches mémo de la HAS, la dernière mise à jour date de juillet 2019 : « Contraception hormonale orale : dispensation en officine » (41).

Selon le type de pilule (combinée ou progestative), son schéma de prise (21 ou 28 jours) et l'existence de comprimés inactifs (et leur nombre), il est parfois délicat de donner des recommandations génériques et les femmes peuvent avoir du mal à s'y retrouver. En octobre 2011, l'INPES a réalisé et diffusé une carte intitulée « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » à destination des patientes (Annexe IV). Ce document au format carte de crédit a été conçu comme un aide-mémoire facile à conserver et à consulter. Idéalement il doit être rempli par un professionnel de santé pour permettre une adaptation maximale à la contraception de chaque patiente. Le site officiel « choisirsacontraception.fr » constitue également un outil apportant une conduite à tenir en fonction de chaque pilule et en adéquation avec les recommandations.

Les notices des pilules sont fréquemment consultées par les patientes. Mais selon une étude menée à Bordeaux en 2011, les informations qu'elles contiennent sont souvent complexes, variables et parfois non conformes aux recommandations HAS (42).

2. Etudes sur le comportement des femmes en cas d'oubli

Dans sa thèse soutenue en 2004 et sur les bases de l'étude EPILULE de 2003 portant sur 2802 femmes recrutées en médecine générale, Renaud MENIERE met en évidence que plus de la moitié des patientes interrogées décrivent un oubli dans les 6 mois précédents (32). Trois quarts d'entre elles s'estiment bien informées sur la contraception et 74 % savaient que les recommandations à suivre en cas d'oubli figurent sur la notice. Pourtant elles ne sont que 43 % des utilisatrices des contraceptions orales combinées à savoir que le délai maximum pour la prise du comprimé oublié est de 12 heures, la moyenne des réponses était de 20.4 heures. 79 % des patientes répondantes savent qu'en cas d'oubli il faut utiliser des préservatifs, la durée moyenne citée était de 10.8 jours.

Une étude observationnelle réalisée entre 2004 et 2005 dans les Hauts-de-Seine a questionné 196 femmes sur leur observance et leur attitude en cas d'oubli de contraception orale (33). 54 % des femmes ont déclaré avoir oublié au moins une pilule dans les 3 mois précédents, 36 % l'ont reprise dans les délais et 7 % avaient une attitude en accord avec les recommandations HAS. Mais sur les 196 patientes de l'étude, une sur trois s'expose à un risque de grossesse (soit un taux de 57 % parmi les 105 patientes ayant déclaré un oubli).

Plus récemment (en 2013) Abdallah WASSIM a réalisé une étude sur 454 patientes dans la Somme afin de déterminer le taux de femmes ayant une attitude à risque de grossesse à la suite d'un oubli (43). Il confirme un taux de 54 % d'oubli durant les 3 mois précédents chez ses participantes. La majorité s'estimait bien informée et elles étaient 71 % à n'avoir consulté aucune source d'information. 63 % des patientes ont repris le comprimé dans les délais, mais parmi les 91 patientes hors délai (37 %), 87 % avaient une attitude exposant à un risque de grossesse. Seulement 23 % d'entre elles ont utilisé une contraception supplémentaire les jours suivant l'oubli et elles ne sont que 13 % à l'avoir fait jusqu'à au moins 7 jours. Parmi les patientes ayant dépassé le délai de rattrapage et ayant eu un rapport dans les 5 jours précédant l'oubli (44 femmes), elles ne sont que 14 % à avoir eu recours à la contraception d'urgence.

3. Etudes sur l'information à la patiente en cas d'oubli

Les oublis de prise de contraceptif oral sont fréquents et les études précédemment citées mettent en évidence qu'un certain nombre de patientes n'ont dans ce cas pas la bonne conduite à tenir, les exposant ainsi à un risque de grossesse non désirée.

Dans sa thèse soutenue en 2011, le Marie GRISARD relevait la non-conformité des notices d'utilisation par rapport aux recommandations de l'ANAES et proposait l'amélioration de l'information à donner par les prescripteurs (42).

Le Audrey JOULIA en 2013 a mené une étude prospective contrôlée randomisée visant à évaluer l'efficacité d'un conseil minimal concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Un groupe-test recevait une information minimale et était comparé à un groupe-contrôle ne recevant aucune information. Lors du rappel 3 mois plus tard, on constate chez les patientes ayant bénéficié du conseil minimal une amélioration significative de leurs connaissances. Le pourcentage de patientes capables de donner plus de 60% de réponses exactes au questionnaire sur la conduite à tenir en cas d'oubli passe de 25.3 % à 75 % (44). L'information orale, même brève, semble avoir un impact positif, en tous cas à moyen terme.

Dans son travail de thèse également soutenue en 2013, le Agathe POLLET évalue en plus de l'information orale, l'impact de la remise d'une information écrite. Les patientes ont répondu à un questionnaire évaluant leurs connaissances sur l'oubli de pilule, puis ont été randomisées en deux groupes ; l'un recevant une information « orale seule », l'autre recevant une information « orale et écrite ». Lors du rappel à 3 mois, le taux de bonnes réponses passe de 7.2 % à 20.7 % pour les patientes ayant bénéficié de l'information uniquement orale et à 37.3 % pour celles ayant eu une information orale et écrite.

L'information écrite peut être de différentes natures. En 2011 l'INPES a mis au point la carte « que faire en cas d'oubli de pilule ? » (Annexe IV) dont l'évaluation fut le travail de deux thèses en 2014, Katy CARLES à Rouen (45) et Elodie PIGNARD dans le cadre de l'étude OPTIMEGE (18). Ces deux études confirment que cet outil est jugé clair et compréhensible (45) avec une amélioration du sentiment de clarté dans la conduite à tenir (passant de 80.8 à 92.3 % (18)). Pourtant cet outil reste très peu consulté, bien que conservé par les patientes, et on peut craindre que son impact en pratique reste faible.

Enfin, selon une étude réalisée dans le Var sur 96 patientes (Anne-Helene JAGER-CARDINAL (46)), 54.2% des patientes ont une attitude qui diffère des recommandations qu'elles connaissent. Les principales différences entre la théorie et la pratique portaient à 58.3 % sur l'utilisation du préservatif les jours suivant l'oubli et à 70.8 % sur la prise d'une contraception d'urgence.

L'information des patientes concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule est primordiale, elle améliore leurs connaissances. L'information écrite fait mieux que l'information orale. Les outils lorsqu'ils sont distribués sont jugés positivement par les patientes. Pourtant il semble subsister des différences entre les recommandations connues et comprises et leur application en pratique.

E. La place du médecin généraliste

1. Une prescription fréquente

En mai 2000, le CNGOF (Collège National des Obstétriciens de France) diffusait les résultats d'une étude concernant la répartition des consultations des femmes entre médecin généraliste et gynécologue dans « La prise en charge des femmes françaises »(47). La majorité des actes gynécologiques est réalisée par les gynécologues. Mais selon cette analyse, les femmes consultent 3.6 fois par an en moyenne leur médecin généraliste pour un motif gynécologique. Ces consultations concernent essentiellement la contraception et la ménopause. D'après l'EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale), 64.4 % des femmes consultent un gynécologue et 37.9 % un médecin généraliste pour leur contraception (48). Selon une étude récente (2017) publiée par un site de prise de rendez-vous en ligne, 3 % des motifs de consultation en médecine générale concernent la gynécologie médicale (49). Une étude plus ancienne (2009) mais plus précise de l'Observatoire de la Médecine Générale classe la contraception au 15^{ème} rang des résultats de consultation soit un pourcentage de 3.90 % (50). Dans sa thèse réalisée dans le cadre de l'étude ECOGEN et soutenue en 2013, Sarah DARRIAU s'intéresse particulièrement au contenu de cette consultation et notamment aux procédures de prévention (conseil thérapeutique, examens cliniques et complémentaires...) mis en œuvre lors de la prescription de contraception (51). Elle indique que la contraception est fréquemment associée à d'autres motifs de consultation (en moyenne entre 2.77 et 3.06) Toujours selon cette étude la prescription de contraception orale ne s'accompagne d'éléments de prévention

que dans moins d'un cas sur deux. Paradoxalement ces procédures de prévention liées à la contraception sont majoritairement présentes dans les consultations ne se soldant pas par une prescription de contraception. Ceci est emblématique de la complexité de l'activité de médecine générale et explique la difficulté à évaluer les procédures de prévention et les informations liées à la contraception distillées en médecine générale.

2. L'initiation

Les médecins généralistes réaliseraient 45 % des initiations de contraception orale (Etude EPILULE 2003) (32). Selon les recommandations HAS (Fiche mémo mise à jour en juillet 2019), l'initiation d'une contraception doit faire l'objet d'une consultation uniquement dédiée à ce motif quel que soit l'âge de la patiente (52). Pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, cette consultation est valorisée par une cotation particulière par la CNAM depuis le 1^{er} novembre 2017. En décembre 2004 l'ANAES éditait un rapport présentant l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en France, leur modalité de prescription et les moyens pour intégrer la patiente dans le choix de sa contraception (16). La direction Générale de la santé a repris ce rapport en mars 2005 dans un document synthétique à destination des professionnels de santé (17). Il y est recommandé de suivre le modèle BERCER défini par l'OMS et inspiré d'une démarche éducative. L'acronyme reprend les six étapes clés d'une consultation de contraception qui sont : Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour. Cette démarche permet une réponse adaptée aux besoins de la patiente, de l'intégrer dans le choix du mode de contraception et d'en espérer une meilleure observance et donc une meilleure efficacité. Malheureusement ce modèle semble difficile à appliquer en pratique. Dans son travail de thèse soutenu en 2012 le Arnaud COLIN révèle de nombreux obstacles tant sur la connaissance du modèle que sur sa faisabilité en consultation (53). Ce même constat est refait en 2018 par Mme Coralie TARTARE dans son mémoire de sage-femme(54). Si l'implication de la patiente à travers le modèle BERCER reste à améliorer, plusieurs données tendent à montrer que la majorité des initiations de pilule

bénéficient d'une consultation dédiée adéquate permettant de délivrer les informations clés concernant la prise d'un contraceptif oral (32). En 2009 dans une étude menée par le Valérie BERTIN-STEUNOU, 84 % des médecins informaient oralement leur patiente de la conduite à tenir en cas d'oubli et 28 % leur délivraient une information écrite (55).

3. Le renouvellement

Plus encore que l'initiation, les médecins généralistes semblent souvent sollicités pour le renouvellement de la contraception orale. Toujours selon l'étude EPILULE de 2003, ils réalisent 58 % de ces renouvellements (32). Comme vu précédemment, la contraception est rarement le motif unique de consultation chez le médecin généraliste et fait même parfois l'objet d'une demande en toute fin de consultation. Dans son travail de thèse consacré aux pratiques de prescription de contraception en médecine générale, Corinne CHAPUIS-SICARD indique que 96.6 % des médecins interrogés acceptent de renouveler une prescription de pilule en fin de consultation (56). Cela est compréhensible compte tenu du caractère parfois « semi-urgent » de cette demande, mais empêche souvent la délivrance d'une information complète et de qualité.

Dans sa thèse soutenue en 2016 Jeanne ZAOUÏ s'intéresse particulièrement aux facteurs déterminant ces demandes de renouvellements lors de consultations non dédiées(1). Les éléments déterminants révélés par son étude sont la polyvalence, la facilité et la rapidité d'accès au médecin généraliste qui n'est pas considéré comme un spécialiste d'organe. L'intégration de la pilule au quotidien des patientes, la satisfaction du traitement et l'absence de demande autre que celle de la délivrance d'une ordonnance faisait percevoir une consultation uniquement dédiée à ce motif comme « illégitime ». Enfin les patientes interrogées évoquaient également les contraintes temporelles tant pour elles que pour leur médecin (souvent perçu comme « débordé ») apparentant une consultation pour ce simple motif à une perte de temps.

La consultation pour l'initiation d'une contraception avec cotation dédiée semble être relativement bien menée dans les cabinets de médecine générale. Cependant l'information et d'éventuelles difficultés à la prise du traitement sont beaucoup moins recherchées par les praticiens lors d'une consultation pour renouvellement. Toujours selon les travaux de Valérie BERTIN-STEUNOU, ils ne seraient qu'un tiers à s'informer quasi systématiquement d'un potentiel oubli et un tiers à réitérer une information lors d'un renouvellement de pilule (55). La difficulté pour les médecins généralistes à trouver du temps pour une nouvelle information lors d'un renouvellement est répétée lors d'un travail de thèse qualitative par Claire GALICHON en 2014 (57).

F. Objectifs du travail

Beaucoup de travaux menés (et notamment d'études quantitatives) permettent de faire un état des lieux.

La transmission d'informations lors des prescriptions de pilule ne semble pas optimale, avec le risque de générer des oublis ou d'une mauvaise gestion de ces derniers.

Les oublis restent la première limite à l'efficacité de la contraception orale, avec pour conséquence un risque de grossesse non désirée et parfois le recours à l'IVG.

Des enquêtes quantitatives ont permis de montrer que les femmes n'avaient, en majorité, pas la bonne attitude en cas d'oubli de pilule (43) (33).

D'autres travaux de types interventionnels montrent que la remise d'une information écrite et même une information orale minimale permet une amélioration des connaissances et des attitudes (44) (58) (18).

Malgré ces données et de nombreux outils (cartes INPES, sites internet officiels, applications pour smartphone), le problème ne semble pas régresser et le nombre d'IVG stagne depuis des années (59) et a même augmenté en 2018 (3).

Il ressort de plusieurs thèses que la prescription de contraception est un peu stéréotypée. Il apparaît plusieurs fois en conclusion que la patiente est insuffisamment sollicitée à s'impliquer dans sa contraception (14).

L'objectif principal de notre travail a été d'explorer le ressenti et le vécu des patientes concernant l'information donnée lors des consultations de prescription de contraception orale, notamment au sujet des oublis de pilule.

L'objectif secondaire est d'identifier des perspectives d'amélioration quant à la transmission de cette information lors de ces consultations.

II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patientes vues en cabinet de médecine générale.

A. Etude qualitative

Comme l'explique le Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone (GROUM.F), la recherche qualitative tente d'explorer objectivement les éléments subjectifs (60). Elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficilement mesurables. Elle cherche à explorer et expliquer des phénomènes observés en générant des hypothèses qui permettraient de mieux les comprendre.

Le sujet de cette thèse étant de nature subjective (le ressenti des patientes), l'étude qualitative s'est imposée comme la méthode la plus adéquate pour explorer cette question.

Il ne s'agissait pas ici de mesurer une variable, ni d'obtenir des données chiffrées, mais de garder un champ de réponse aussi ouvert que possible afin de permettre l'émergence de nouvelles hypothèses qui n'auraient pas été envisagées initialement. Par son approche compréhensive et inductive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre les attitudes pratiques des patientes, la « vraie vie », et la théorie scientifique (l'indice de Pearl d'une pilule ou l'amélioration des connaissances après la délivrance d'une information) (61). Le domaine de la médecine générale et sa complexité est propice à ce type d'études puisqu'il s'y noue des enjeux organiques mais également psychologiques, sociaux et environnementaux qu'il convient de prendre en compte pour tenter d'avoir une approche globale de la compréhension de la santé et des déterminants de soins (60) (61).

B. Population et recrutement

1. Où et quand ? : Cadre géographique et temporel de l'étude

Le recrutement des patientes s'est fait sur la base du volontariat dans deux cabinets de médecine générale du Bas-Rhin ; l'un pouvant être qualifié « d'urbain » dans l'Eurométropole de Strasbourg, l'autre plus « rural » à 35 kilomètres au nord de Strasbourg. Le choix de mener l'étude sur ces deux cabinets différents a été délibéré afin d'espérer un plus large échantillonnage dans les profils des participantes et donc une plus grande variété dans leurs réponses.

Le recrutement s'est étalé d'août 2018 à juillet 2019.

2. Qui ? : Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être une femme majeure
- Être sous contraception orale au moment de l'étude. Cela signifie que la patiente était déjà sous contraception orale au moment du recrutement, et l'était encore au moment de l'entretien.

Le type de contraceptif oral utilisé n'était pas discriminant pour l'inclusion dans l'étude.

Il n'y avait pas à proprement parler de critères d'exclusion, mais l'application des critères d'inclusion ne permettait pas de proposer l'étude aux mineures. De la même façon, les patientes vues pour l'initiation d'une contraception orale ne se sont pas vu proposer de participer à l'étude, tout comme celles qui l'ont stoppée au moment où devait se réaliser l'entretien (même si elles l'ont utilisée pendant de nombreuses années).

L'échantillon a été constitué de manière raisonnée au fil de l'étude afin d'obtenir des réponses diversifiées.

3. Comment ? : Déroulement du recrutement

Au cours de son activité de médecin généraliste remplaçante, l'investigatrice a donc proposé à toute patiente vue en consultation et répondant à ces deux critères de participer à l'étude si elle le souhaitait, et ce quel que soit le motif de consultation de la patiente. Etaient exposés aux patientes la nature, les modalités et le sujet de l'étude. Il leur a été expliqué qu'il s'agissait d'un travail de recherche dans le cadre d'une thèse, que la participation était volontaire et anonyme.

L'étude se déroulait sous la forme d'entretiens dont la durée était estimée entre 10 et 20 minutes. Afin de ne pas induire de réponse ni biaiser les résultats, il a simplement été dévoilé que le sujet portait sur la contraception et son contexte de prescription. Les patientes favorables à la participation à l'étude ont autorisé l'investigatrice à disposer de leurs coordonnées et à les recontacter pour l'organisation des entretiens. Les patientes ont ensuite été recontactées par téléphone pour convenir d'un rendez-vous. En cas de non réponse au premier appel, un second appel était émis et un message vocal laissé sur messagerie. En cas de non réponse après deux appels et un message, il n'a pas été effectué de relance supplémentaire.

C. Entretiens semi-directifs

La technique de recueil des données s'est faite au travers d'entretiens individuels semi-dirigés.

1. Le choix de l'entretien individuel

Le choix de l'entretien individuel s'est rapidement imposé étant donné la nature du sujet abordé. La contraception touchant aux sphères de l'intime et de la sexualité, les entretiens en focus groups nous semblaient peu appropriés avec un risque d'inhiber les réponses des participantes. Au contraire nous souhaitons que les patientes s'expriment le plus librement possible afin de majorer la diversité des données verbales recueillies.

2. Trame d'entretien

Les entretiens étaient menés par l'investigatrice à l'aide d'une trame d'entretien semi-directif (annexe I). Il s'agissait d'orienter la réflexion de la patiente à travers différentes questions que nous nous sommes efforcés d'énoncer de la façon la plus ouverte afin de respecter la variété des réponses possibles. Ceci a permis une certaine fluidité de la parole tout en gardant la possibilité d'approfondir ou de détailler certaines idées se révélant inédites ou intéressantes au cours des entretiens.

Avant de débiter l'étude à proprement parler, trois « entretiens tests » ont été réalisés, non retenus pour l'analyse, afin d'affiner et d'améliorer les questions composant la trame d'entretien. Une fois ces trois entretiens réalisés, aucune modification n'a plus été apportée au questionnaire, mais la formulation de certaines questions ainsi que l'ordre dans lequel elles étaient abordées pouvaient varier en fonction de la compréhension de l'interlocuteur et de la dynamique de l'entrevue.

La première partie du questionnaire avait pour objectif de permettre de décrire la population étudiée.

La seconde partie abordait les thèmes de :

- la première prescription de pilule
- l'oubli de prise
- la confiance en sa contraception
- la place du/des partenaire/s
- la pilule au quotidien
- le renouvellement

Ces thèmes étaient abordés par une ou deux questions principales ouvertes assorties de questions de relance si nécessaire.

La dernière question visait à laisser à la patiente un champ d'expression libre, lui permettant de revenir spontanément sur un aspect qu'elle aurait trouvé plus important ou d'évoquer un sujet qui n'aurait pas été abordé au cours de l'entretien.

3. Déroulement pratique

Le déroulement et la finalité de ces entrevues étaient exposés aux patientes lors du recrutement et à nouveau avant de débiter les interviews. Il leur a été ouvertement expliqué qu'il s'agissait d'un travail de thèse d'exercice portant sur la contraception, que leur participation était anonyme et que l'entretien allait être enregistré pour les besoins de l'étude. Leur accord a été recueilli oralement et par écrit par la signature d'une fiche d'information et de consentement (Annexe II).

Tous les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice en personne. Ils se déroulaient dans un cadre calme au domicile des patientes ou au cabinet médical de leur médecin traitant (où a eu lieu le recrutement). Dans la majorité des cas les interviews étaient menés lors d'un rendez-vous dédié permettant d'assurer à la patiente comme à l'investigateur une disponibilité temporelle suffisante pour mener l'étude dans de bonnes conditions. Pour deux entretiens, l'interview s'est fait à la suite d'une consultation à la demande de la patiente. Ces deux consultations se déroulaient en fin de matinée et n'étaient pas suivies d'autre rendez-vous, libérant l'investigateur des contraintes de planning et permettant de prendre le temps nécessaire au bon développement des réponses des participantes.

Les entretiens ont été enregistrés au moyen de la fonction dictaphone du smartphone de l'investigatrice. L'enregistrement était nécessaire pour deux raisons principales : Il permettait de libérer l'investigateur de la prise de notes et donc d'être plus disponible pour interagir avec la patiente lors de la discussion. Il permettait également de garantir une retranscription fidèle du discours de la patiente, sans oubli ni modification de ses mots.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits de façon manuelle à partir des enregistrements audios. Les hésitations, changements d'intonation usage du langage familier ou éventuelles erreurs de syntaxe ont été respectés. Les comptes-rendus ont été anonymisés et identifiés par la lettre « E » suivi d'un chiffre de 1 à 12 dans l'ordre chronologique où ils se sont déroulés.

Selon les principes de la recherche qualitative, l'échantillonnage, le recueil des données et l'analyse se sont déroulés de façon simultanée. Des patientes ont été incluses et le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à atteindre une saturation des données, lorsque deux entretiens successifs n'ont plus apporté d'éléments nouveaux à l'analyse.

D. Méthode d'analyse

1. Utilisation de la théorisation ancrée

L'analyse a été faite selon la méthode de la théorisation ancrée. Les résultats de ces verbatims ont été analysés de manière inductive. Cette méthode vise la construction d'une théorie non pas à partir d'une hypothèse prédéfinie mais à partir des données empiriques recueillies sur le terrain (62). Elle consiste à développer une théorie basée sur la réalité construite par les personnes étudiées.

Après une lecture attentive et approfondie des entretiens, les idées brutes ont d'abord été décontextualisées lors d'une première opération de codage. Puis ces codes ont fait l'objet d'une catégorisation donnant déjà une première unité de sens aux données collectées. Ces catégories ainsi obtenues ont ensuite été mises en relation pour tenter d'établir un schéma explicatif. La modélisation de ce schéma permet de recontextualiser les résultats ainsi obtenus.

2. Logiciel d'analyse qualitative

L'application de cette analyse par théorisation ancrée a été faite à l'aide du logiciel d'analyse qualitative. En raison de difficultés à disposer du logiciel N-Vivo, le choix s'est porté sur le logiciel QDA Miner Lite (dans sa version gratuite). Cet outil a permis un encodage et une modélisation des données plus fluide que s'ils avaient été réalisés manuellement.

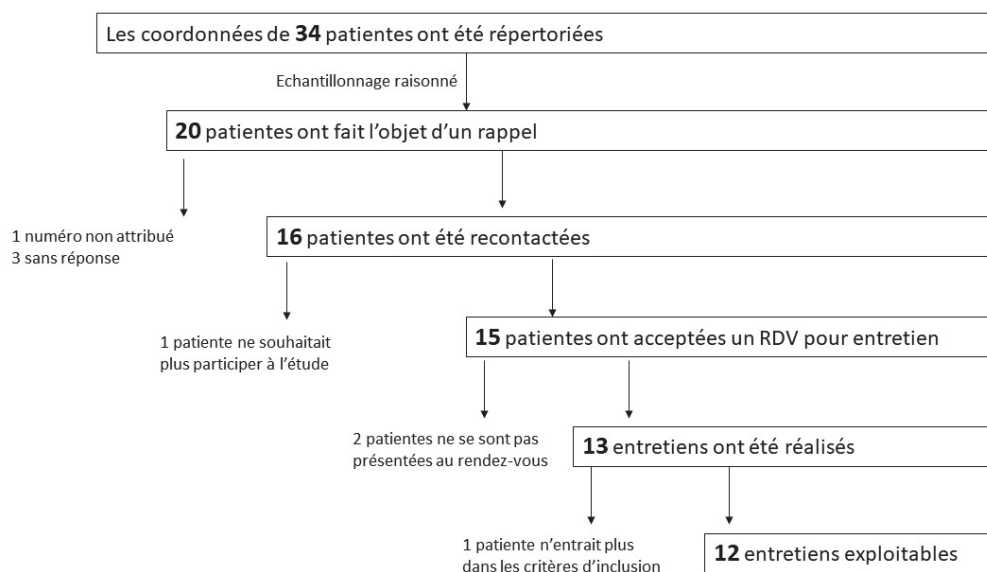
Il n'a pas été réalisé de triangulation des données.

III. RESULTATS

Toute patiente vue en consultation par l'investigatrice et qui répondait aux critères d'inclusion s'est vu proposer de participer à l'étude. Les motifs de refus de participation à l'étude étaient le manque de temps, le faible intérêt porté à la démarche et le fait que la patiente était habituellement suivie par un autre médecin que celui remplacé par l'investigatrice au moment du recrutement. Les coordonnées de 34 patientes ont été répertoriées avec leur autorisation. L'échantillonnage a été réalisé de façon raisonnée notamment en fonction de l'âge afin de permettre une large variété de profils parmi les patientes participantes. 20 patientes ont fait l'objet d'un rappel. 4 rappels se sont révélés infructueux, 3 sans réponse malgré un message vocal laissé et 1 numéro non attribué. Une patiente recontactée n'a plus souhaité participer à l'étude par manque de disponibilité au moment du rappel (en période d'examen). 15 patientes ont été recontactées avec succès et le rendez-vous a été fixé pour la réalisation de l'entretien. Deux de ces patientes ne se sont pas présentées le jour de l'entretien. Un entretien réalisé s'est révélé non exploitable car la patiente n'entrait plus dans les critères d'inclusion, elle avait stoppé sa contraception entre la date du recrutement et celle à laquelle a été réalisée l'entrevue.

Au total, 12 entretiens ont été réalisés entre le 19 avril 2019 et le 19 juillet 2019.

Figure 8 : Diagramme de flux de la population de l'étude



La durée des entretiens variait de 10 minutes et 20 secondes à 16 minutes et 34 secondes avec une moyenne de 13 minutes 05 secondes.

La majorité des entretiens (huit) a été réalisée en cabinet médical. Trois entretiens ont été réalisés à domicile et un entretien sur le lieu de travail de la patiente.

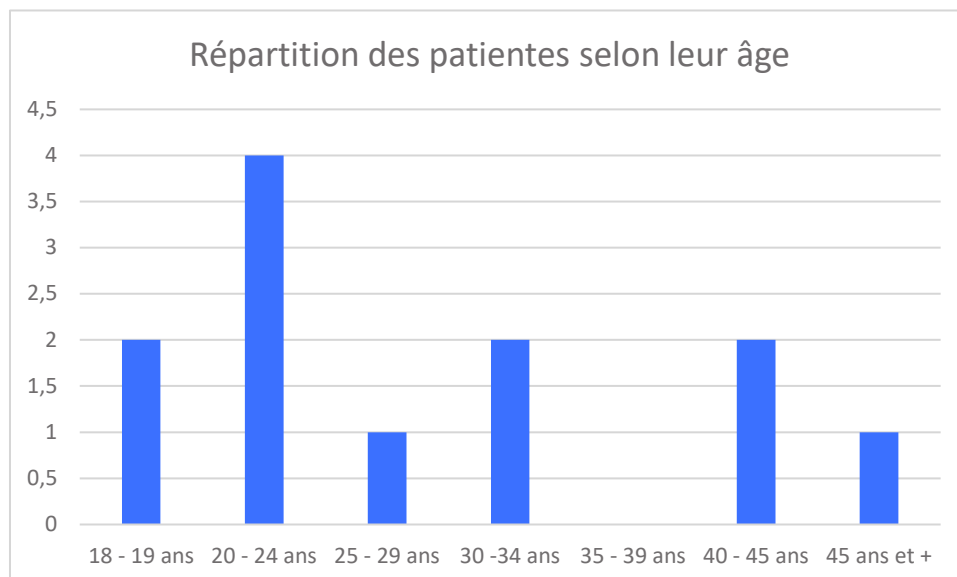
A. Description de la population étudiée

1. Caractéristiques démographiques

a. Age

Les patientes étaient âgées de 18 à 53 ans. L'âge moyen des participantes était de 29,58 ans et l'âge médian de 25,5 ans.

Figure 9 : Répartition des patientes selon leur âge



b. Domiciliation

Concernant le lieu de domiciliation des patientes :

- 1 patiente résidait dans une grande ville de plus de 100 000 habitants
- 2 patientes résidaient dans des villes de 10 000 à 100 000 habitants
- 5 patients résidaient dans des agglomérations de 5 000 à 10 000 habitants
- 3 patientes résidaient dans des communes de 1 000 à 5000 habitantes
- 1 patiente résidait dans une commune de moins de 1 000 habitants.

L'INSEE n'utilise plus un classement en termes de nombre d'habitants, mais en termes de densité de population. Ainsi selon ces critères :

- 2 patientes vivent dans des communes densément peuplées
- 3 patientes vivent dans des communes de densité intermédiaire
- 7 patientes vivent dans des communes peu denses

c. Classe socio-professionnelle

Figure 10 : Tableau des résultats : situation familiale et professionnelle des participantes

Situation familiale et professionnelle des participantes					
	âge	situation familiale	enfants	professions	niveau d'étude
E1	18 ans	célibataire	0	lycéenne	Bac
E2	21 ans	en couple	0	assistante commerciale	Bac +2
E3	23 ans	célibataire	0	Etudiante en M1 enseignement	Bac +4
E4	19 ans	en couple	0	en service civique	Bac
E5	53 ans	mariée	2	nourrice agréée	BEP-CAP
E6	28 ans	célibataire	0	comptable	Bac +2
E7	32 ans	pacsé	2	directrice de crèche	Bac +4
E8	33 ans	divorcée	1	secrétaire téléphonique	BEP
E9	23 ans	en couple	0	puéricultrice	Bac +4
E10	42 ans	divorcée	2	conseillère à l'emploi	Bac +3
E11	40 ans	mariée	3	employée en boulangerie	CAP
E12	23 ans	en couple	0	étudiante	Bac +4

La description de l'échantillon de patientes s'est fait selon le Nomenclature PCS (Professions et Catégories Socio-professionnelles) établie en 2003 par l'INSEE (63) et toujours en vigueur.

- 1 patiente entrant dans la catégorie *Cadre et profession intellectuelle supérieure*
- 4 patientes occupaient des *Professions intermédiaires*
- 3 patientes étaient *Employées*
- 4 patientes entrant dans la catégorie *Autre*, il s'agissait ici de jeunes femmes encore lycéenne, étudiantes ou en service civique.

Concernant le niveau d'étude des participantes, c'est la nomenclature des diplômes par niveau, établie par le Service Publique (64) qui a été utilisée.

- 3 patientes avaient un niveau BEP ou CAP
- 2 patientes avaient un niveau Bac
- 2 patientes avaient un niveau Bac + 2
- 1 patiente avait un niveau Bac + 3
- 4 patientes avaient un niveau Bac + 4

d. Situation familiale

Sept patientes se sont déclarées en couple au moment de l'entretien ; 3 étaient célibataires ; 2 étaient divorcées.

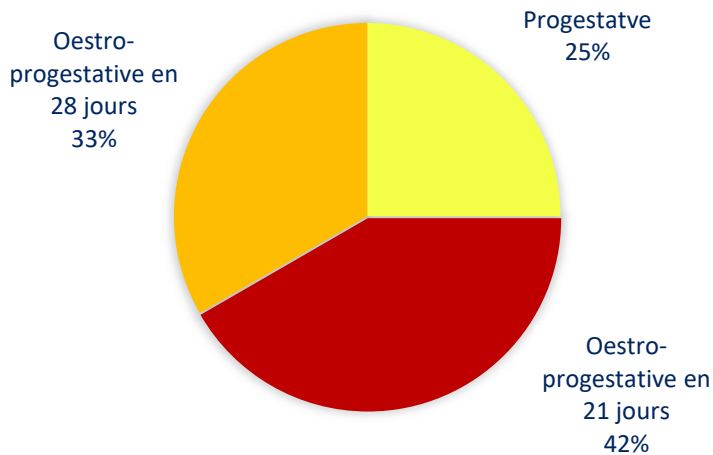
Cinq participantes avaient des enfants (1, 2 ou 3 enfants).

2. Description de la contraception orale utilisée

a. Type de contraception orale

Figure 11 : Type de contraception utilisée par les patientes

Type de contraception utilisée par les patientes



Les trois quarts des participantes (9 patientes) utilisaient une pilule oestro-progestative. La majorité de ces pilules (sept sur neuf) était de 2^{ème} génération :

- Ethinylestradiol 0.02mg + Levonogestrel 0.1mg pour 5 patientes (Leeloo Gé®, Lovavulo Gé®, Optilova®)
- Ethinylestradio 0.03mg + Levonogestrel 0.15mg pour 2 patientes (Minidril®)

Une patiente utilisait une pilule de 3^{ème} génération :

- Ethinyestradiol microdosée 0.035mg + Ciprotérone acetate 2mg (Diane 35®).

Une patiente utilisait une pilule de 4^{ème} génération :

- Estradiol valérate + Dienogest (Qlaira®).

En fonction de leur pilule, quatre patientes avaient un schéma de prise en 28 jours (les utilisatrices d'Optilova® et Qlaira®) et cinq patientes en 21 jours (Leeloo Gé®, Lovavulo Gé®, Diane 35®, Minidril®)

Les trois autres patientes utilisaient une pilule progestative :

- Desonogestrel 0.075mg pour deux patientes (Clareal Gé®), pilule de 3^{ème} génération.

- Levonogestrel 0.03mg pour une patiente (Microval®), pilule de 2^{ème} génération.

La durée de protection contraceptive d'une pilule progestative impose un schéma de prise en 28 jours.

b. Age d'initiation et durée d'utilisation de la pilule

Dans notre échantillon, les patientes ont initié leur contraception orale entre l'âge de 15 ans et 20 ans.

La moyenne d'âge lors de la première prescription était de 16.8 ans et la médiane de 16.5 ans.

Concernant leur pilule actuelle, les patientes ont déclaré utiliser cette contraception depuis une période allant de 2 mois à 20 ans. La moyenne était de 5.7 ans et la médiane de 3.8 ans.

B. Analyse des verbatims

1. La première prescription de pilule

a. Le motif de prescription

L'entrée dans la vie contraceptive peut se faire selon plusieurs modes. Dans notre échantillon, on peut distinguer deux motifs principaux lors de l'initiation de la pilule.

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une demande de prescription à but contraceptif accompagnant l'entrée dans la vie sexuelle.

- « Parce que j'ai commencé à avoir des rapports. » (E4)
- « ... je voulais pas avoir d'enfant tout de suite. » (E11)

Un second motif de recours à la pilule fréquemment retrouvé lors des entretiens était une demande de prescription en réponse à des troubles menstruels, par exemple pour des règles irrégulières :

- « Donc je suis allée chez la gynécologue parce que j'avais des règles abondantes et pas du tout régulières. » (E3)

Ou des dysménorrhées

- « Ben j'y suis allée parce que j'avais des douleurs de règles qui étaient insoutenables. » (E12)
- « l'idée c'était de... d'éviter les règles douloureuses. » (E7)

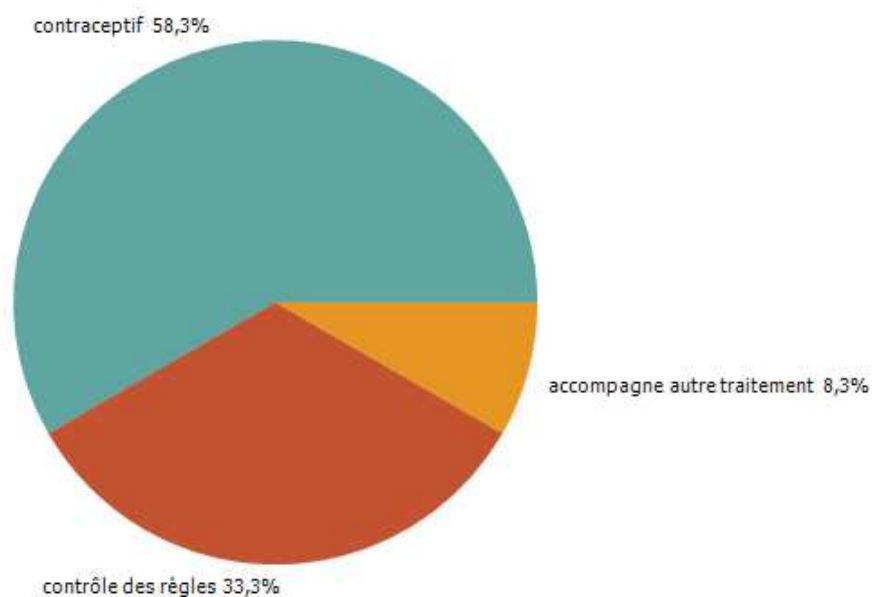
Voire dans un but clairement affiché de contrôle du cycle menstruel :

- « c'était pas pour la contraception même, c'était pour pas avoir les règles à un moment précis [...] on partait en voyage à Rome en bus. » (E9)

Pour une patiente de notre échantillon, l'introduction de la pilule a été faite à visée contraceptive, non pas motivée par l'entrée dans la vie sexuelle (en tous cas pas au premier plan), mais en association avec un traitement anti-acnéique (tératogène).

Figure 12 : Motif d'initiation de la pilule

Motif d'initiation de la pilule



Pour ces patientes qui ont commencé à prendre la pilule dans un but autre que celui d'une contraception, leur a été posé la question de savoir comment elles avaient intégré « le côté anticonceptionnel » du traitement qui leur avait été prescrit. Une partie d'entre elles admettaient que cet aspect de leur pilule n'était pas primordial à l'époque, puisqu'elles la prenaient principalement pour des problèmes de règles :

- « Maintenant ça va, mais c'est vrai que plus jeune, quand on commence, ben j'avais quand même que 15 ans, c'est pas vraiment quelque chose dont on se soucie. Surtout quand on a pas vraiment encore de rapports sexuels [...] c'était pour mes règles donc y avait moins de pression j'ai envie de dire. » (E3)

Lors du début de leur vie intime, certaines patientes ont relevé le côté positif de bénéficier déjà d'une contraception efficace en place :

- « il (*médecin prescripteur*) m'a tout de suite dit que c'était une contraception pour éviter d'avoir des bébés. » (E6)
- « Pour moi c'était pas principalement ça, mais que c'était pour ça aussi, le moment venu. » (E12)

Le principal enjeu pour que cette contraception soit effectivement efficace est la bonne observance de traitement. Si la régularité de prise est déjà bien installée, il s'agit effectivement d'un « paramètre déjà réglé » lorsqu'arrivent les premiers rapports sexuels :

- « pour moi ça a rien changé. Je savais que ça servait à la contraception premièrement, enfin pour moi pas au début. Puis ben, pour moi vu que je la prenais depuis mes 16 ans ça a rien changé, c'était normal. » (E12)

D'autres patientes témoignent de plus de difficultés à appréhender cette transition. Une prise irrégulière de la pilule, sans conséquence pour traiter des règles douloureuses, se révèle inefficace

pour éviter une éventuelle grossesse non désirée. En occultant l'aspect « contraceptif » de la pilule, une sorte de tolérance peut s'installer quant à l'irrégularité de la prise.

- « quand on est plus jeune on pense moins fréquemment, on se dit pas « bon maintenant faut que je la prenne sinon il y a un risque » donc on y pense pas. » (E3).

Une fois de « mauvaises habitudes » prises, il est difficile de les corriger au moment où les patientes ont besoin d'une contraception efficace, les exposant au risque d'oubli et à ses conséquences :

- « avant j'avais tendance à remettre à plus tard et oublier de la prendre donc, du coup je savais que maintenant j'avais plus trop le droit de la faire. » (E3)
- « C'est pour ça que je pense qu'il y a eu une période où il y a eu plus d'oublis parce que j'avais pas forcément à l'esprit le côté... j'avais pas forcément de compagnon à l'époque donc voilà. » (E7)

b. Personne à l'origine de la demande de contraception

Dans notre étude, dans la majorité des cas la demande de prescription d'une pilule émane de la patiente. On constate que très fréquemment c'est aussi la mère de la patiente qui incite le début d'une prise contraceptive.

Soit à l'initiative de sa fille qui lui en parle directement et qu'elle accompagnera chez un professionnel :

- « j'avais demandé à ma mère une contraception la plus adaptée pour mon âge et pour la situation, et donc on s'est tourné vers la pilule. » (E1)
- « j'en ai parlé à ma mère et elle m'a emmené voir Dr G... et voilà. » (E9)

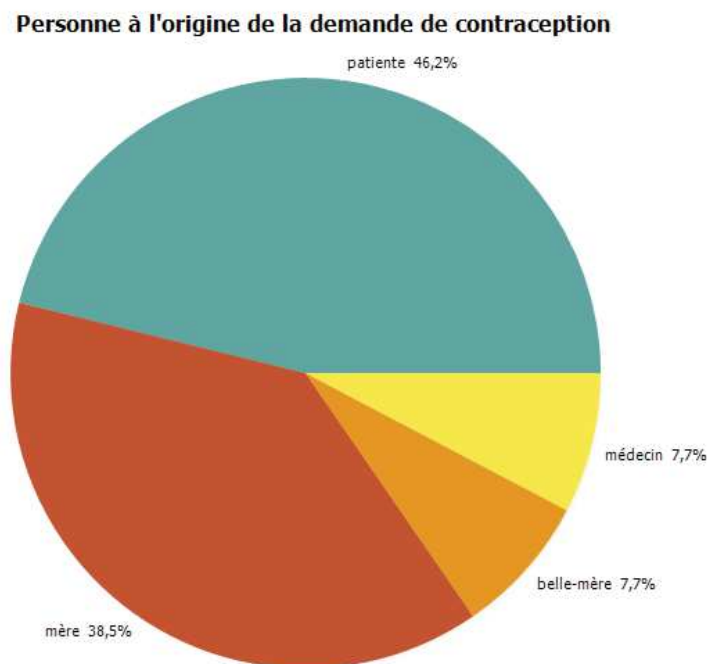
Soit de sa propre initiative :

- « c'est ma mère. Parce qu'elle se doutait que j'avais un copain et que voilà... Elle a préféré que je prenne la pilule. » (E2)

Une patiente a été incitée par sa belle-mère :

- « On avait pas de contraception ni rien [...] vu que ma belle-mère elle voyait que, ben ma mère elle prenait pas les devants, ben elle s'est dit comme quoi elle devait m'emmener elle-même au planning familial. » (E4)

Figure 13 : Personne à l'origine de la demande de contraception



Le conseil maternel est souvent sollicité :

- « c'est ma mère qui m'avait conseillé pour des règles abondantes il me semble. » (E3)
- « j'suis allée avec ma mère qui m'a conseillée d'aller chez un gynécologue. » (E12)

Mais cette implication dans la vie intime des patientes est parfois vécue comme intrusive :

- « c'était plus ma mère, enfin moi je voulais aller voir le médecin pour qu'il me donne des médicaments. Elle m'a dit « on va aller voir la gynécologue ». » (E12)
- « sans en parler à mes parents et j'aurais un peu plus attendu [...] parce que c'était le début et je trouvais que la capote ça suffisait. » (E2)

- « Je sais juste que en fait j'étais incitée à la prendre [...] enfin j'ai été un peu prise de court on va dire. » (E4)

On perçoit dans ces réponses une sorte d'empressement parental à « mettre leur fille sous pilule » Une patiente a relevé qu'il s'agissait probablement d'une occasion pour les parents d'introduire la contraception :

- « C'est subtil mais je pense que c'est sûrement d'elle. Parce que l'âge fait aussi que les questionnements des parents sont liés à ça. Aux rapports sexuels et à tout ça, au fait d'avoir un bébé. Donc je pense que même si au départ mon questionnement a été le mien au départ, il a été induit de son côté en termes de pilule plutôt qu'autre chose » (E7)

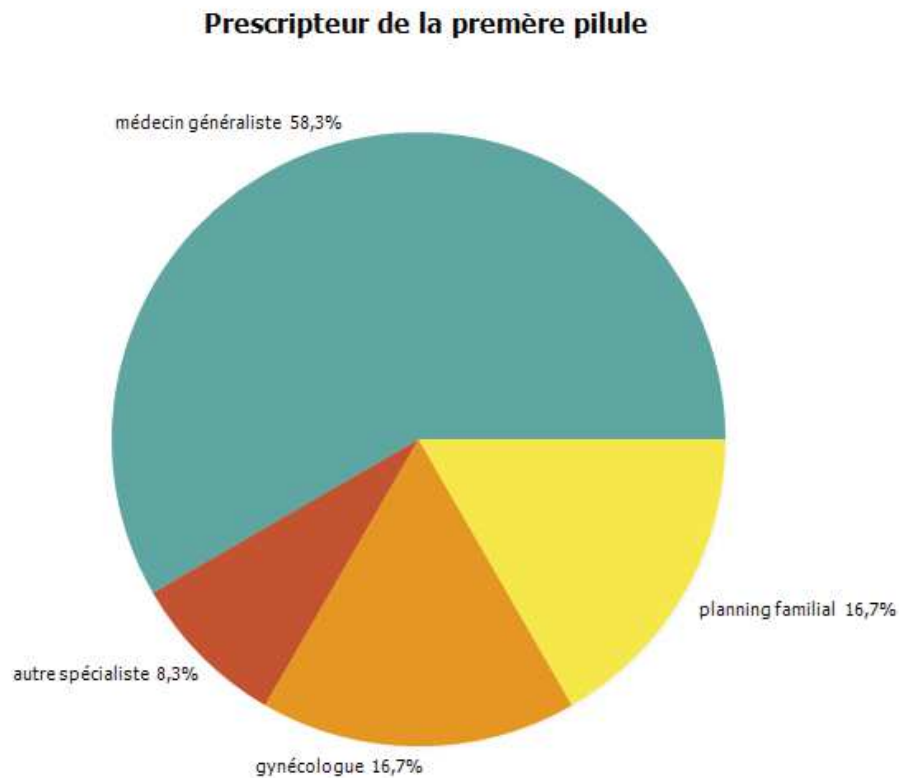
Dans notre cohorte, une patiente a été mise sous contraceptif oral par son dermatologue en raison d'un traitement concomitant par rétinoïde :

- «vu que j'étais obligée, qu'il fallait pas que je tombe enceinte parce que bon, pour pas avoir des bébés déformés et tout ça. » (E6)

c. Prescripteur de la première pilule

Chez les patientes que nous avons interrogées, la première prescription de pilule a majoritairement été faite par un médecin généraliste, il s'agissait du médecin de famille ou du médecin traitant de la patiente.

Figure 14 : Prescripteur de la première pilule



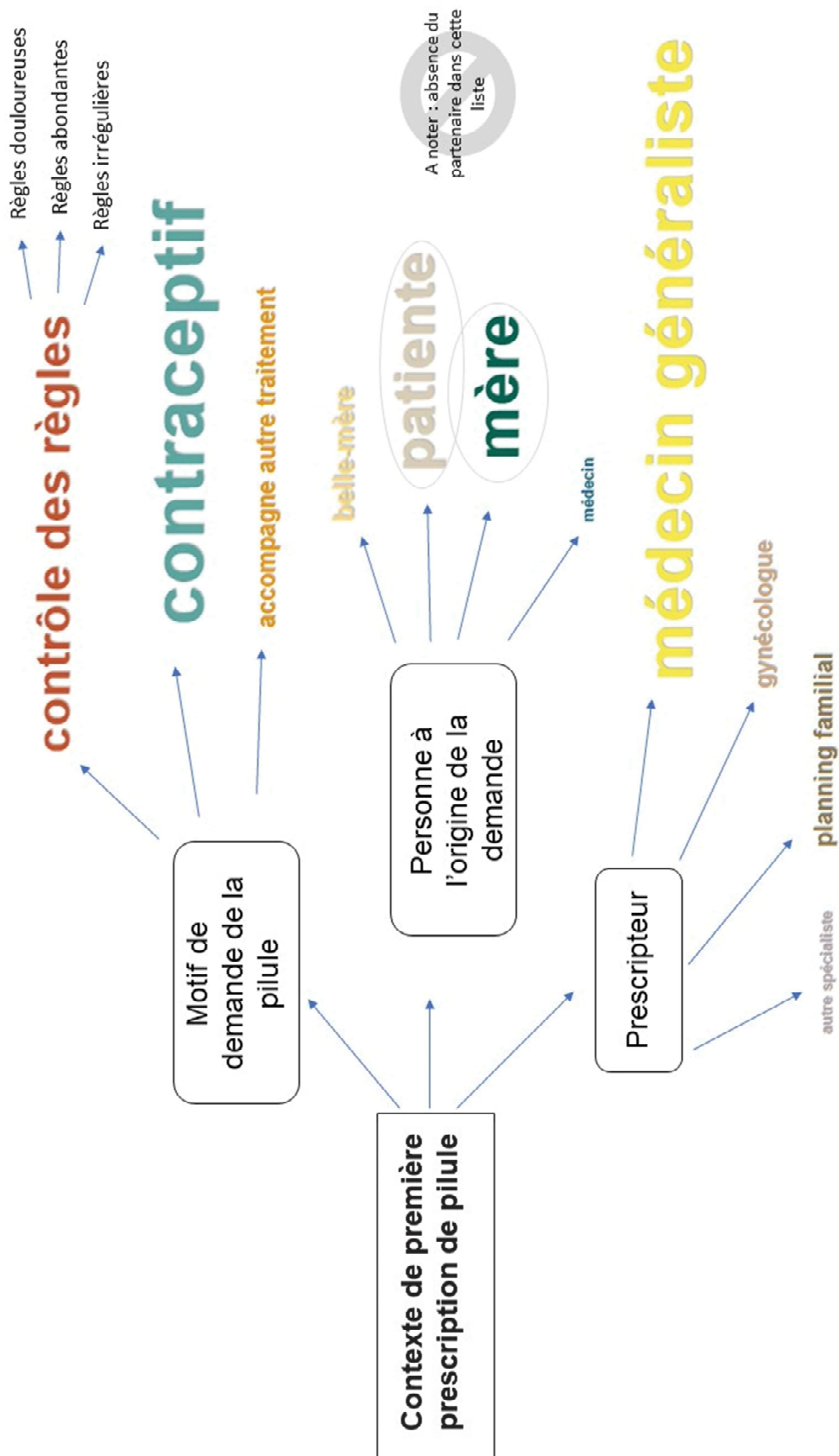
On peut noter que les patientes ayant consulté au planning familial pour cette première prescription étaient mineures au moment de cette consultation.

- « j'étais encore mineure et j'étais passée par le planning familial. » (E8).

On notera également que pour les deux patientes pour qui l'initiation de la pilule a été faite par un gynécologue, le motif de cette consultation chez le spécialiste n'était pas la contraception mais des règles douloureuses et abondantes, le gynécologue semblant plus intégré dans un suivi distant, ou en cas de problème.

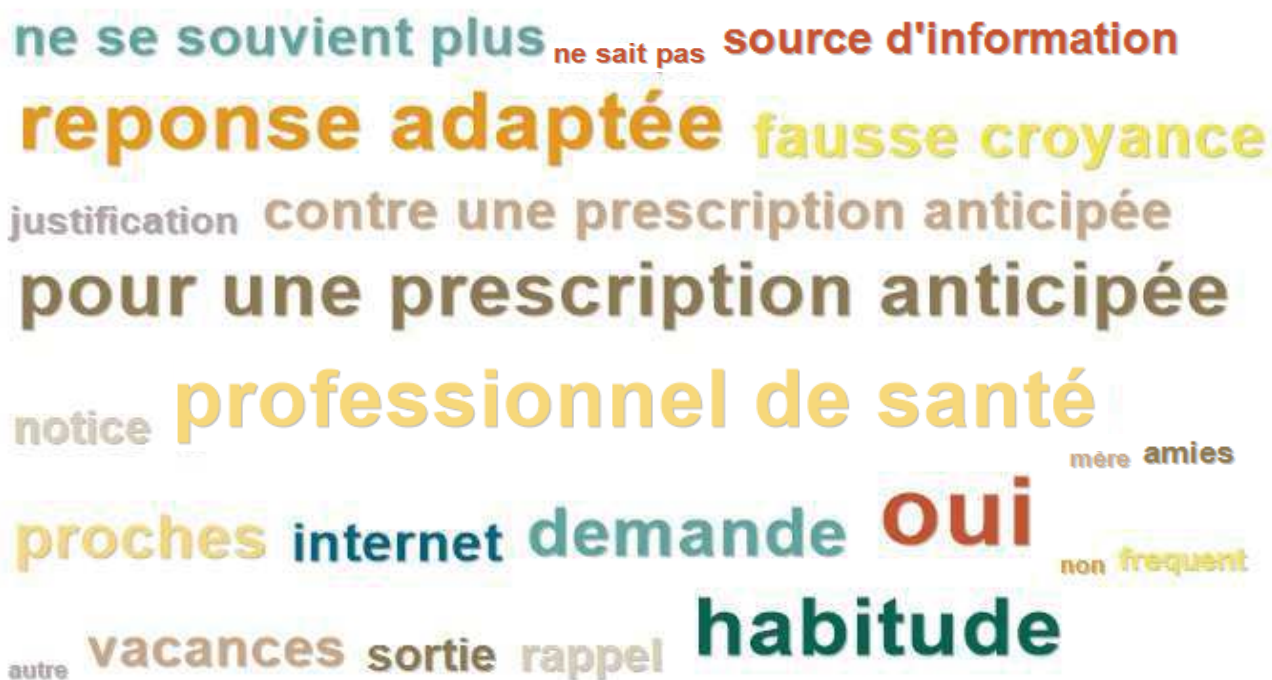
- « Mais sinon si c'est vraiment des problèmes plus graves et que j'ai pas forcément la réponse ce sera la gynécologue quoi. Mais généralement c'est toujours d'abord le médecin traitant. » (E8)
- « Et puis après ben si j'ai un problème ben j'prends rendez-vous avec la gynécologue tout de suite, si y'a un souci. » (E12)

Figure 15 : Carte conceptuelle concernant la première prescription de pilule



2. En cas d'oubli

Figure 16 : Nuage de mots : Verbatims concernant l'oubli de pilule



a. Contextes des oublis

La quasi-unanimité des patientes déclare avoir déjà été confrontée à un oubli de pilule. A la question avez-vous un antécédent d'oubli de pilule, 11 patientes sur 12 répondent : oui.

La caractérisation de l'oubli est variable selon les participantes. Cela va de l'oubli de moins de 12 heures permettant un rattrapage du comprimé omis :

- « enfin si entre les 12 heures quoi. » (E4)

Jusqu'à l'oubli menant à une grossesse non désirée :

- « Ben j'suis tombée enceinte à 18 ans [...] j'étais sous pilule, en fait j'ai oublié une fois, j'ai eu un rapport avec quelqu'un. » (E6)

Concernant les circonstances des oublis, une partie des patientes admet des oublis fréquents.

- « ça m'arrive ouais. Moi j'ai une tête en l'air pas possible donc... » (E10)

Ces oublis à répétitions trouvent parfois leur explication dans les habitudes de prises des patientes :

- « Le soir au coucher, et du coup c'était plus compliqué, des fois je m'endormais en bas au salon, du coup je montais un peu sonnée et j'oubliais de la prendre. [...] maintenant j'ai mis le matin [...] j'me lève, j'prends tout de suite. » (E11)

La période d'initiation du traitement, surtout si celui-ci a été initié à but non contraceptif, semble aussi plus à risque :

- « Je sais qu'au début, mes plaquettes il en restait cinq, six dessus parfois, parce que j'oubliais. » (E3)
- « ouais, j'étais étudiante [...] l'heure n'était pas l'heure exacte. » (E7)

En plus de celles confrontées à des oublis fréquents, une grande partie des patientes a relevé des situations particulières majorant ponctuellement le risque d'oubli. Elles ont évoqué régulièrement les sorties et les périodes de vacances propices au changement de rythme et à la modification des habitudes quotidiennes :

- « Ben l'oublier le soir quand on sort, l'oublier à la maison alors qu'on part en week-end. » (E12)
- « parce qu'on est en vacances, on y pense pas, on a pas le même rythme et tout. » (E11).

b. Attitude des patientes en cas d'oubli

Lorsqu'on leur posait la question « Que feriez-vous en cas d'oubli de pilule ? », les réponses des patientes étaient majoritairement adaptées et en accord avec les recommandations. Elles ont évoqué spontanément la notion de délai dans lequel un rattrapage du comprimé oublié était possible :

- « Sur ma pilule y a un laps de temps, si c'est dans ce laps de temps j'peux la reprendre tout de suite. » (E12)

En cas de dépassement de ce délai la nécessité d'utiliser un autre mode de contraception pour les jours suivants était aussi connue (bien qu'un peu moins fréquemment évoquée) :

- « si je suis sur un écart plus long, ben je sais que dans ce cas là pas de rapport sexuel, sans préservatif en tous cas, pendant au moins cinq jours. » (E10)
- « soit je m'abstiens, ou bien j'en parle à mon copain et y met un préservatif. » (E9)

Enfin la possibilité de recourir à une contraception d'urgence était bien connue :

- « Et puis j'essaie de prendre la pilule du lendemain si y a eu des rapports. » (E4).

A plusieurs reprises, les patientes ont indiqué que si l'information sur la marche à suivre en cas d'oubli a bien été donnée, souvent elle l'est au moment de l'initiation de la pilule et que cette initiation est parfois lointaine, laissant le temps d'oublier les consignes :

- « mais après comme c'était quand j'avais 18 ans et que ça m'est arrivé quand j'en avais 25, j'me souviens plus forcément quoi. » (E8)
- « je sais plus ça remonte. » (E9)

Face à cette ancienneté des recommandations qui leur avaient été faites, les patientes indiquent spontanément avoir recours à une source d'information. Il s'agit très souvent de la notice de leur pilule, notamment pour les oublis dans un délai court :

- « Ben j'lis la notice pour voir comment faire si jamais. » (E12).
- « Ca dépend à quelle étape de la plaquette je suis. Si c'est la première [...] la deuxième semaine [...] Généralement moi je garde ma notice comme ça je vérifie au cas où, où j'en suis, qu'est-ce que je dois faire. » (E8).

Pour des oublis plus longs, en cas de rapport sexuel les jours précédents ou en cas de doute, en second recours les patientes se tournent vers les professionnels de santé, médecins généralistes, pharmaciens ou planning familial :

- « après si c'est 24 à 48 heures je pense que j'appellerais soit le docteur pour avoir son conseil, ou alors peut être aller voir avec la pharmacienne s'il faut effectivement prendre une pilule du lendemain en plus ou quoi que ce soit. » (E8)
- « et si encore j'ai un doute j'appelle le planning familial. » (E2)

Deux patientes (E2 et E11) ont également évoqué internet comme source d'information en cas d'oubli :

- « à l'époque oui c'était la notice, maintenant y a internet, on tape le nom et y a tout. » (E11)

Une patiente (E1) dit avoir sollicité sa mère à l'occasion d'un oubli :

- « J'en ai parlé à ma mère et comme elle elle prenait aussi une contraception quand elle était plus jeune, ben c'est elle qui m'a tout expliqué et qui m'a dit ce qu'il faut faire. » (E1)

c. Prévention des oublis

Afin de prévenir les oublis, certaines patientes ont mis en place des rappels, sur leur téléphone portable principalement :

- « J'ai un rappel sur mon téléphone. » (E1)
- « De mettre un réveil pour me souvenir de la prendre. » (E3)

Pour une participante, le rappel était également présent sur le smartphone de son compagnon :

- « J'ai un rappel et puis mon copain il l'a aussi. » (E4)

Cette aide à la prise était évoquée par les participantes les plus jeune (âgée de 18 à 23 ans), dont la première prescription de pilule était récente et les habitudes de prise pas encore bien installées :

- « j'avais pas forcément le « réflexe-pilule » encore. » (E3).

Le temps passant les patientes avaient moins recours à ce type de rappel :

- « tout au début j'avais toujours un réveil mais là j'mets plus le réveil. J'le mets à côté de ma table de nuit et c'est automatique. » (E9)

Pour une majorité des participantes, la prévention des oublis passe par l'intégration de la prise de pilule dans les habitudes du quotidien. Elles décrivaient leur « rituel » (E5) :

- « c'est un rituel pour moi, Le soir avant que le film commence je regarde automatiquement. Avant 9h je la prends. » (E5),
- « le soir avant d'me coucher j'la prends. C'est une habitude que j'ai prise. » (E12)

Et les « stratégies » mises en place dans leur organisation pour éviter les oublis :

- « elle est posée à un endroit stratégique de la cuisine qui fait que logiquement je dois la voir quand je passe devant. » (E10)
- « J'ai les deux plaquettes l'une à côté de l'autre, LEVOTHYROX® et pilule. Comme ça je suis sûre de pas oublier. » (E11).

Comme déjà évoqué précédemment la modification de ces habitudes quotidiennes est alors plus à risque d'oubli :

- « le quotidien ça va mais c'est plus si on part en vacances ou autre, c'est là où les habitudes sont pas là. Du coup la pilule, y a plus de risque d'oubli quoi. » (E6).

Une patiente a évoqué le fait qu'une pilule dont le schéma de prise était en 28 jours était d'une observance plus facile pour elle :

- « c'était une pilule continue. Ça j'avais apprécié parce que du coup y avait pas la pause où il faut « ah il faut pas que j'oublie de la reprendre. ». Donc c'est vrai que le fait qu'elle m'avait expliqué que c'était une pilule continue j'étais très satisfaite. J'ai dit « comme ça on se pose pas de question, on la prend tous les jours ». » (E8)

d. Contraception d'urgence : la pilule du lendemain

Qu'elles y aient eu personnellement recours ou non, les patientes évoquaient fréquemment l'utilisation de la pilule du lendemain dans la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (9 participantes sur 12 dans notre échantillon). Elles en connaissaient souvent les modalités d'usage (délai de prise, conditions de délivrance en pharmacie). Cette connaissance de l'existence d'une contraception d'urgence orale est immédiatement nuancée dans le discours des patientes par une sorte d'injonction à en limiter le recours et l'usage :

- « Je sais qu'il faut pas la prendre à plusieurs reprises, c'est vraiment... ça doit pas être une habitude. » (E1)
- « faut pas que ça devienne trop systématique, faut que ça reste juste urgent. » (E3)
- « Je sais que c'est pas bon d'en prendre de trop. » (E9)

Dans notre échantillon, les femmes ont à l'esprit qu'il ne peut s'agir d'une stratégie de contraception pérenne :

- « ça doit pas remplacer une contraception normale. » (E1)

On notera également qu'un certain nombre de fausses croyances sont persistantes dans l'esprit d'une part des patientes :

- « moi on m'a dit que au bout de trois fois y a des risques d'être stérile ou des choses comme ça. » (E9)
- « parce que sinon ça n'a plus d'effet après, le corps il s'habitue. » (E2)

- « Et surtout que ça dérègle tout le cycle. » (E1)

Ceci attribue à la pilule du lendemain une dangerosité erronée.

A ces fausses croyances, s'ajoute un « besoin de justification » exprimé par les patientes qui ont un jour eu besoin de chercher une contraception d'urgence :

- « J'veux vraiment pas avoir de risque. » (E11),
- « *Y avez-vous déjà eu recours ?* – Oui. Mais pas parce que j'étais sûre qu'il fallait que je la prenne, plus vraiment au cas où. » (E2)

Certaines patientes expriment un côté « culpabilisant » de cette démarche :

- « Eh ben, faut assumer le côté « qu'est ce que je viens chercher etc » [...] le côté « ben je viens en chercher une ». » (E7)

Elles ont un vécu difficile par rapport à la délivrance de ce traitement, se sentant jugées et obligées de motiver leur demande parlant même « d'interrogatoire » (E7).

- « Parce qu'en plus on reçoit la question sympa du « pourquoi vous venez chercher ... ? » [...] c'est stressant. » (E7)

Ce « regard de jugement de la part des gens qui servent » (E3) peut même compliquer l'accès à la contraception d'urgence :

- « ouais je sais qu'il y a eu des moments en fonction de la pharmacie j'ai pas osé retourner à celle-là et puis on va à une autre. » (E7)
- « y a des personnes qui n'osent pas aller à la pharmacie demander cette pilule. » (E12)

Alors même que l'accès à la pilule du lendemain a été facilité pour limiter le nombre de grossesses non désirées et d'IVG, les patientes décrivent de façon subjective un regard parfois moralisateur, voire accusateur lorsqu'elles en font la demande. Cette posture parfois tenue par le pharmacien a même

été exacerbée pour une des patientes qui s'est vu refuser la délivrance d'une seconde pilule du lendemain (la même semaine), ayant pour conséquence une grossesse non désirée et une IVG.

L'injonction à y avoir recours le moins possible, les fausses croyances et le besoin de justification lors de sa demande contribuent à diaboliser quelque peu la pilule du lendemain.

Il a été demandé aux patientes ce qu'elles pensaient d'une prescription anticipée d'un comprimé de contraceptif d'urgence, en même temps que leur pilule contraceptive.

La majorité d'entre elles (8 sur 12) était plutôt favorable à une telle proposition.

Deux patientes disposaient déjà d'une pilule du lendemain dans leur pharmacie à domicile. La prescription peut être à l'initiative de la patiente ou de son médecin :

- « On est trois nénettes à la maison, maintenant j'ai une pilule du lendemain à la maison. C'est là, donc comme la date est longue conservation, j'en ai une. On sait jamais. C'est vrai que ouais, les oublis ça peut arriver. » (E10)
- « C'est mon médecin qui m'a conseillé de la prendre au cas où. » (E4).

Les patientes ont majoritairement trouvé l'idée intéressante. Elles ont relevé son côté pratique mais aussi rassurant. Un oubli pouvant survenir à n'importe quel moment, avoir accès à la pilule du lendemain sans condition d'horaire d'ouverture des pharmacies semble être avantageux :

- « Oui ! ça ce serait bien oui ! Parce que ben comme dit, ça tombe un jour où c'est un dimanche ou Si on l'a, on peut le prendre tout de suite, à ce moment-là quoi. Ca serait bien d'en avoir une en réserve en fait. A la maison, au cas où voilà... ça arrive et voilà, c'est plus de sécurité. » (E 11)

- « Je pense que c'est une bonne idée. Parce qu'on sait jamais. Enfin je trouve que c'est plus stressant d'aller à la pharmacie, de demander la pilule du lendemain dans un délai court. » (E2)

Elles sont aussi revenues sur le regard du pharmacien et l'inconfort de la demande. Une prescription anticipée paraît plus facile à demander qu'une urgence :

- « En tous cas je trouve que c'est moins, enfin y a moins ce regard jugeant parce qu'on arrive avec l'ordonnance et donc voilà. Après il pense c'qu'il veut mais... y a pas l'explication derrière. [...] c'est probablement un accès plus facile. » (E7)
- « Alors ça peut être pas mal et rassurant surtout pour les plus jeunes. » (E3)

Certaines sont même allées plus loin évoquant une systématisation de cette association pilule contraceptive/pilule du lendemain.

- « Limite en mettre une dans le paquet, qui serve pas mais ça peut être pas mal. » (E3)
- « Ben que ce soit un package, oui ça me paraît pertinent tout à fait. » (E10).

Dans ce groupe de patientes favorables à la proposition d'une prescription anticipée de contraception d'urgence, trois d'entre elles nuancent rapidement leur propos, alertant sur le risque de « banalisation » de son usage :

- « ça doit pas être habituel, ça doit pas remplacer une contraception normale. » (E1).

La prescription anticipée est peut-être une bonne idée, mais pas pour tout le monde :

- « je pense que ça dépend de la personne. Si après justement ils se disent « oh ben c'est pas grave parce que j'ai ça au cas où », faut pas non plus oublier de se protéger. C'est à double tranchant. [...] Je pense que plus on donne des fois, c'est que mon avis perso, plus on donne des fois de libertés, plus après les gens ils font moins attention. »(E8)

Trois patientes étaient défavorables à cette proposition.

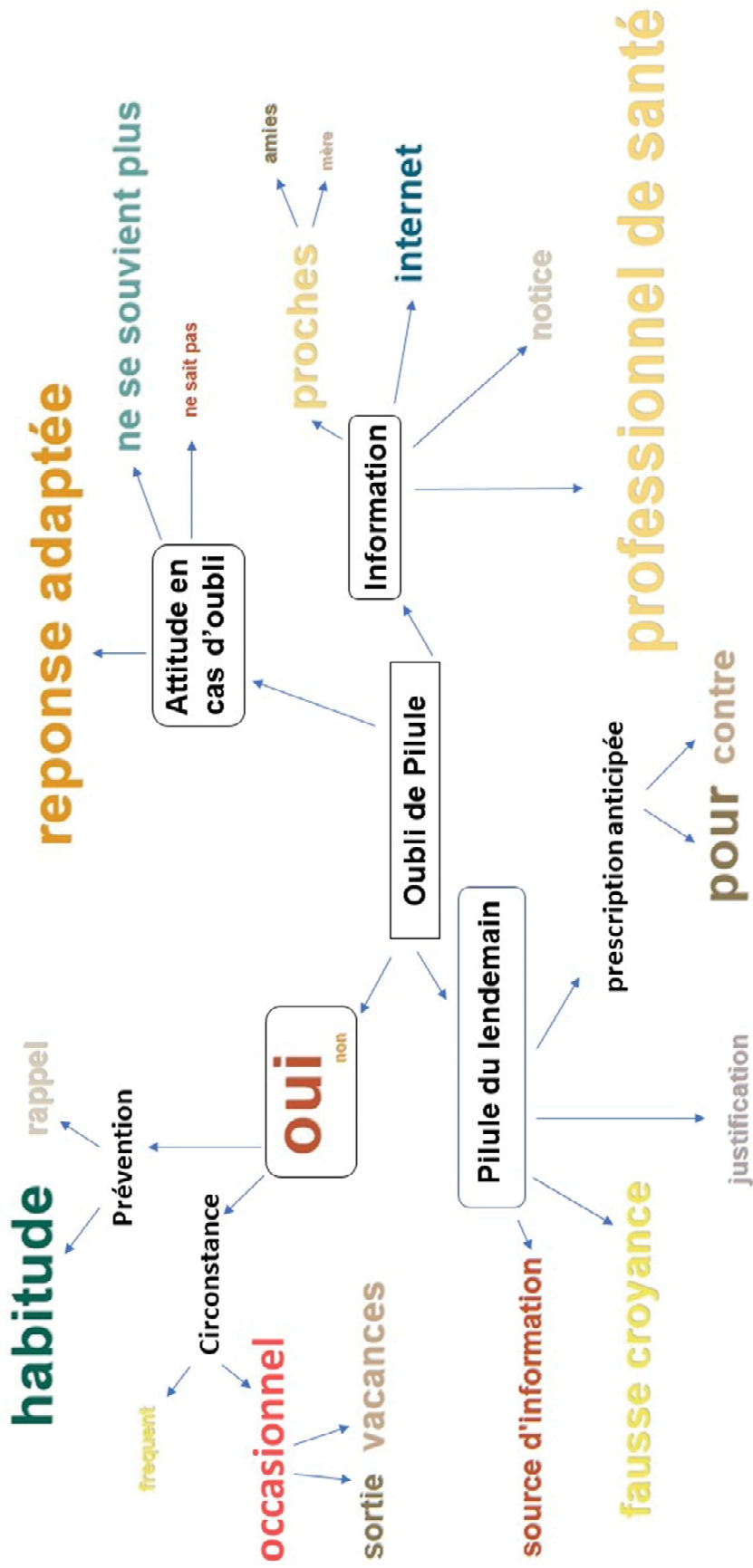
D'une part, le risque de dérive et de mésusage était jugé trop important :

- « Ben je pense que c'est un peu irresponsable parce que on doit d'abord penser à « ne pas oublier » et pas se dire que « ben c'est pas grave en cas de problème on prendra la pilule du lendemain ». Parce que comme dit, ça dérègle tout le cycle et ça doit pas être récurrent. » (E1)
- « c'est de se dire comme si ça tendait à dire que c'est anodin et que si y a un oubli c'est pas très grave. Pourtant c'est pas quelque chose qui doit se répéter, pour moi, pour moi il faut... si on le prescrit c'est qu'on laisse la place, la porte ouverte à cet oubli alors que vaudrait mieux se dire qu'il faut pas l'oublier quoi. C'est dans cette optique-là. » (E9)

D'autre part, la proposition était jugée plus inutile que dangereuse, du fait d'un accès facilité en pharmacie :

- « y a beaucoup de pharmacies partout, pour moi c'est très accessible. » (E9)
- « Après on peut la chercher sans ordonnance. Du coup je pense pas que ce soit utile. » (E6)

Figure 17 : Carte conceptuelle concernant l'oubli de pilule



3. L'information

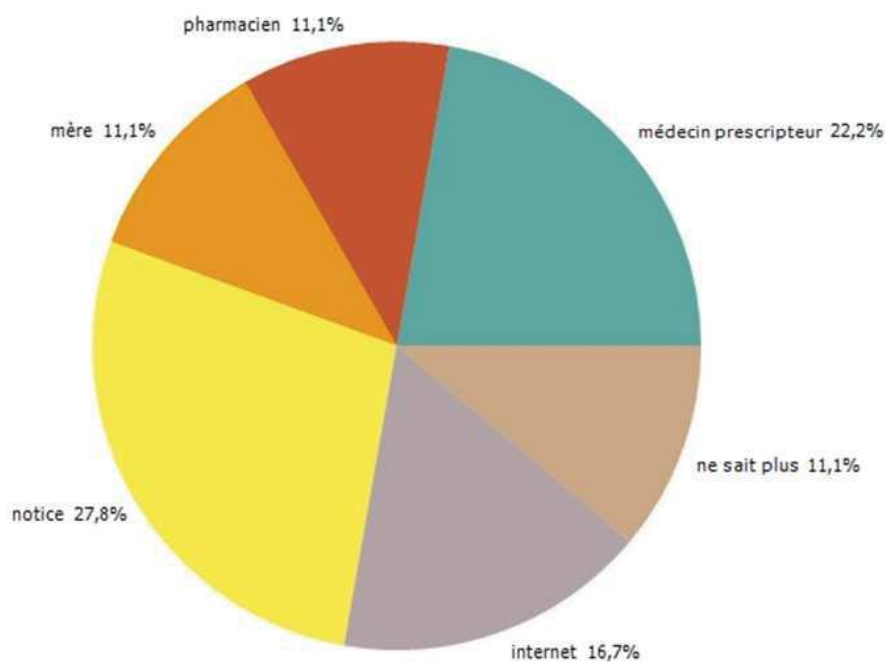
a. Des sources d'information différentes.

Il est intéressant de noter que les sources d'information concernant la marche à suivre en cas d'oubli, sont sensiblement différentes des sources d'information sur la pilule du lendemain ou des sources consultées en cas de problème.

A la question « *Comment avez-vous été informée de la marche à suivre en cas d'oubli de pilule ?* », les patientes citent en premier lieu les professionnels de santé (médecins et pharmaciens).

Figure 18 : Sources d'information sur la marche à suivre en cas d'oubli

Sources d'information sur la marche à suivre en cas d'oubli



- « La gynéco m'a dit qu'en cas d'oubli il y a un risque de grossesse, donc vaut mieux aller en pharmacie, faire ce qu'il faut et faire un test de grossesse après quand même pour s'assurer. »

(E3)

- « Oui, c'était le médecin traitant. » (E9)

- « Ben en fait à chaque fois que je renouvelle la pilule et bien le pharmacien il répète. » (E4)

Le recours à la notice du traitement est également très fréquemment cité, en association ou non avec une autre source :

- « Après la gynéco m'a dit de me référer du coup à la notice. » (E12)
- « sur la notice ou sur internet. » (E2)

Le recours à internet arrive en troisième position.

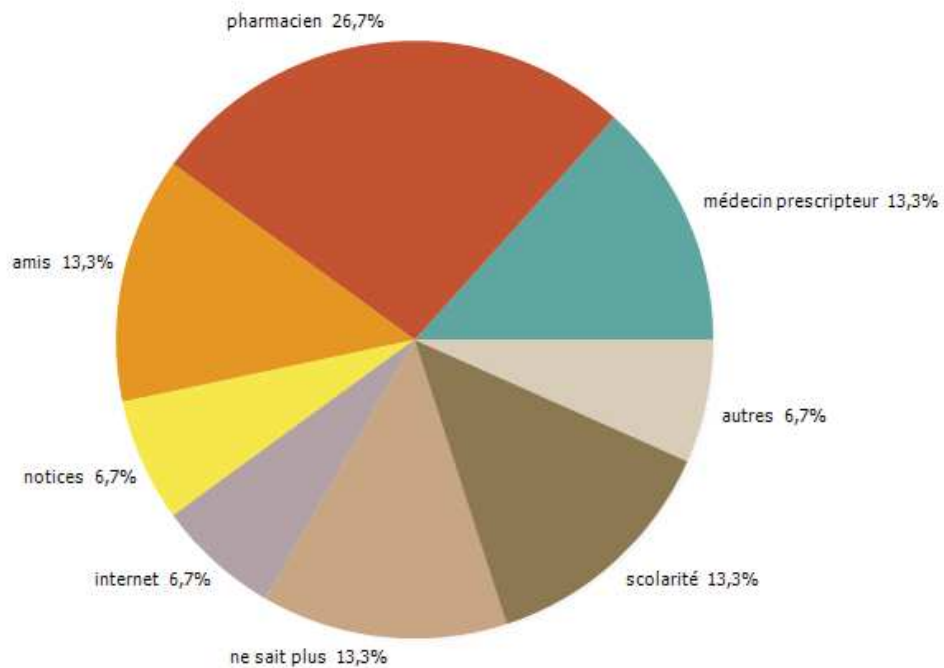
Deux participantes ont évoqué leur mère comme source d'information :

- « J'en ai parlé à ma mère [...] c'est elle qui m'a tout expliqué et qui m'a dit ce qu'il faut faire. » (E1),
- « On m'a dit « il faut la prendre ou t'es enceinte ! » « t'as intérêt à pas l'oublier... avant que tu rentres t'étais enceinte ! » C'était ma mère qui disait ça. » (E5)

Lorsqu'on interroge les patientes sur leur source d'information concernant la contraception d'urgence, certains éléments nouveaux apparaissent. Cette information semble spécifique et se dissocie de l'information générale en cas d'oubli.

Figure 19 : Sources d'information sur la contraception d'urgence

Sources d'information sur la contraception d'urgence



Le monde médical et paramédical reste la principale source d'information mais cette fois c'est le pharmacien qui dispense majoritairement cette information. Elle est souvent délivrée avec le comprimé au comptoir de la pharmacie :

- « Donc après c'est plus la pharmacienne qui quand elle vous le délivre va vous donner les points d'attention et de vigilance. » (E10)

L'évocation des notices et d'internet est bien moins fréquente lorsqu'il s'agit de pilule du lendemain. Dans la sphère intime, les mères ne sont plus du tout citées, remplacées par les amies.

On notera également que certaines patientes ont eu accès à cette information via leur scolarité :

- « En cours, on en a parlé, à l'école. » (E12),
- « [...]c'était des sujet d'exposés ou quoi que ce soit. » (E8)

Une patiente révèle avoir obtenu cette information via des magazines (catégorie « autres ») :

- « Purement comme ça en discutant avec des amies simplement ou par des magazines. Ça a jamais été abordé avec un professionnel. » (E10)

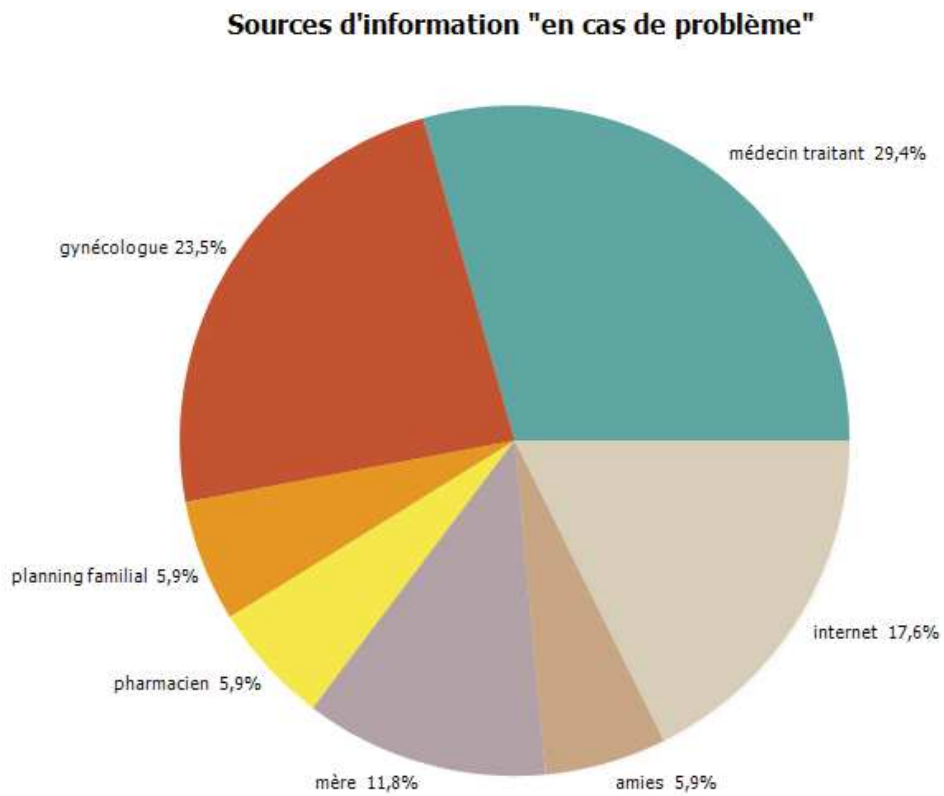
L'absence d'information concernant la pilule du lendemain par leur médecin a été évoquée à plusieurs reprises :

- « Par des amies quoi. Ce genre de chose j'en ai jamais parlé avec les médecins. » (E3)
- « Non parce que j'osais pas non plus leur en parler. » (E8).

A la question « *En cas de problème, où iriez-vous chercher des réponses ?* » les patientes ont majoritairement répondu « chez le médecin » (E5) (E6) généraliste ou gynécologue. Ceci est argumenté par la confiance qu'ont les patientes en leur praticien :

- « Parce que j'ai confiance toujours en mon médecin traitant. » (E8)
- « Plutôt auprès d'un médecin que sur internet où on peut lire un peu tout et n'importe quoi. Je préfère me prendre le temps et m'assurer qu'il n'y a rien derrière. » (E3)

Figure 20 : Sources d'information "en cas de problème"



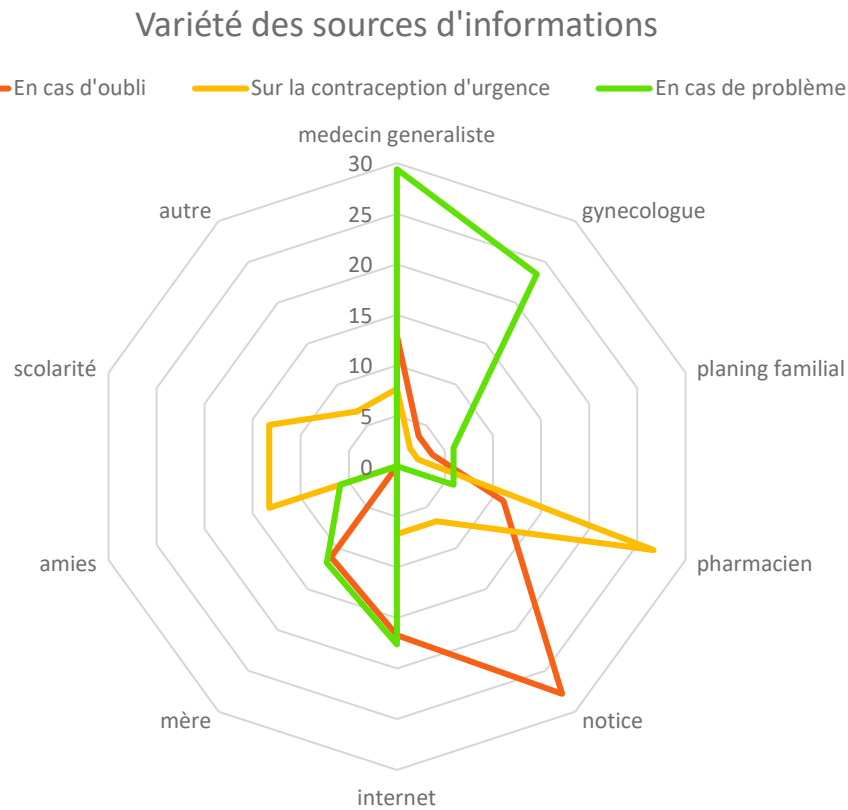
Le recours aux proches avec en premier lieu la sollicitation du conseil maternel, puis des amies est ensuite évoqué par 3 patientes :

- « Ben en premier, ma mère. » (E12)

Avec la même fréquence on retrouve le recours à internet :

- « Sur internet oui. Maintenant oui, sur internet on peut tout savoir. » (E11).

Figure 31 : Diagramme en radar sur la variété des sources d'informations

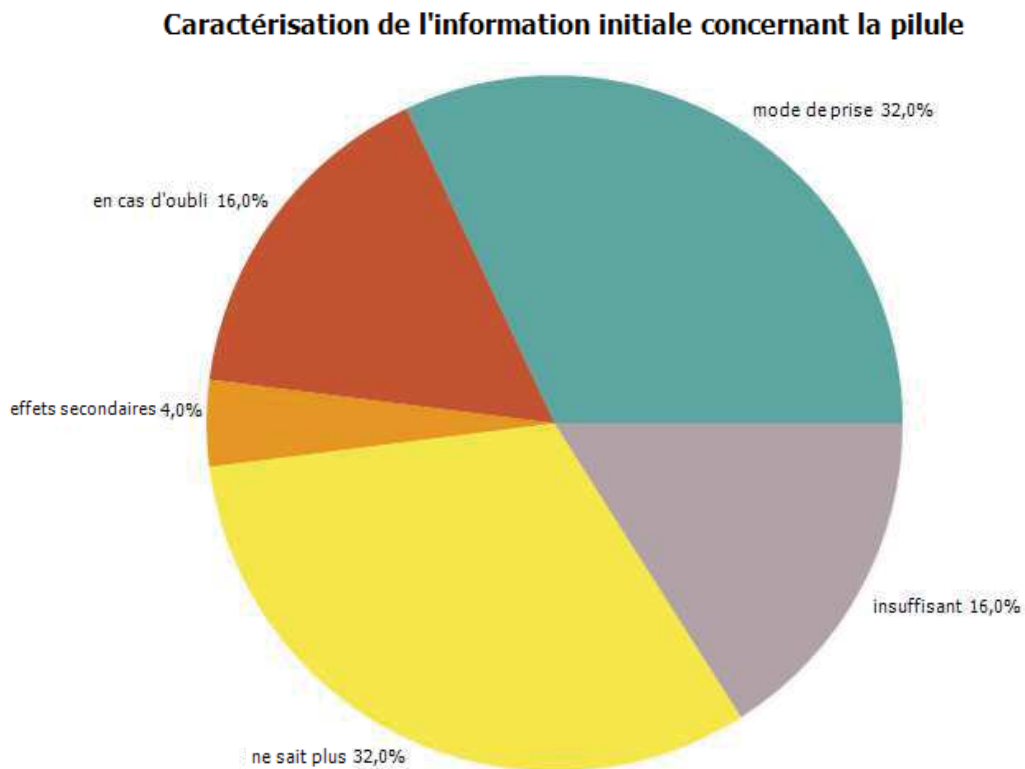


b. L'information lors de la prescription initiale et du renouvellement

L'information sur la pilule lors de l'initiation de celle-ci est donnée dans la majorité des cas. Cependant, pour un tiers des participantes, la première prescription étant lointaine, le souvenir de ce qui composait cette information reste vague, voir complètement oublié.

- « Sûrement oui. Mais ça date... sûrement. » (E5)
- « Non je me souviens pas. J'avais 20 ans à l'époque. J'me souviens vraiment pas non. » (E11)
- « J'me rappelle pas du tout. Enfin si, elle m'a expliqué mais j'peux plus vous dire, j'me souviens plus trop. » (E12)

Figure 22 : Caractérisation de l'information initiale concernant la pilule



Cette information initiale porte principalement sur le mode de prise des comprimés :

- « il m'a expliqué du coup le fonctionnement, que c'est une pilule 21 jours j'crois et que après ça ça s'arrête, et que pendant une semaine on la prend pas et que on a du coup à ce moment-là normalement les règles, et que après c'est reparti on la reprend. » (E9)

Ces explications ont été citées par 8 patientes (soit deux tiers de notre échantillon). Elles constituent l'information minimale et sont parfois les seules rapportées par les patientes.

- « Il m'a expliqué comment la prendre. Enfin... voilà c'est tout. » (E11)

Dans un tiers des cas (4 patientes), l'oubli de pilule a été mentionné lors de l'information initiale :

- « Après elle m'avait expliqué un peu en cas d'oubli, qu'est-ce qu'il fallait faire. » (E8)

Les éventuels effets indésirables n'ont été mentionnés que lors d'un entretien :

- « On m'avait dit qu'avec celle-là il y avait beaucoup plus de risques de prise de poids, d'acné... » (E1)

Un peu moins de la moitié des patientes interrogées (cinq d'entre elles) estimaient que l'information reçue lors de la consultation de première prescription de pilule était insuffisante.

Certaines évoquent une absence d'information :

- « Non c'est pas que je me souviens plus c'est qu'on m'a rien dit. » (E2)
- « *Quelles informations avez-vous eu lors de cette première prescription ?* - Il m'en a pas donné. Enfin il m'a juste dit de prendre la pilule en plus du traitement, c'était obligatoire. » (E6)

D'autres relatent une information ressentie comme superficielle :

- « ça reste assez vague. Et je me rappelle un entretien très court. » (E10)
- « enfin y a pas eu d'information spécifique en fait. C'était plus le côté « bon ben, on va prendre ça » - « ok très bien » Ça marche... « ben voilà c'est sur 21 jours, faut les prendre à heure fixe. » Ca restait très factuel en fait. » (E7)
- « Après les risques en soi on n'en a pas trop parlé, ça je l'ai vu plus sur la notice . » (E8)

Dans notre étude, pour cinq patientes, le motif de prescription initial de la pilule n'était pas contraceptif. La nature de l'information rapportée par ces patientes était comparable à celle des autres participantes :

- Une ne s'en souvenait pas du tout
- Pour deux patientes l'information était insuffisante voire inexistante
- Pour deux patientes l'information était composée d'explication sur le mode de prise et la gestion des oublis.

Aucune de ces patientes n'a bénéficié d'une nouvelle consultation dédiée à la contraception lors de son entrée dans la vie sexuelle.

Il a ensuite été demandé aux patientes si elles bénéficiaient d'une répétition de ces informations, entre autres lors des renouvellements de prescription. Leur réponse a été majoritairement négative. Cette absence de nouvelle information était expliquée par les patientes par le fait qu'elles prenaient ce traitement parfois depuis plusieurs années déjà. Elles le connaissent bien et disent spontanément ne pas avoir de question au moment du renouvellement :

- « Non pas forcément. Si j'ai des questions, j'lui pose. Sinon... elle m'demande si j'ai des questions, si j'en ai pas ben... Après ça fait longtemps que j'la prends, du coup j'suis habituée, je connais les trucs à faire. » (E12)
- « Non généralement comme c'est une pilule que moi je connais déjà généralement on refait pas le check-up. [...] donc y a pas forcément d'autre information parce que c'est une pilule que je connais déjà. » (E8)

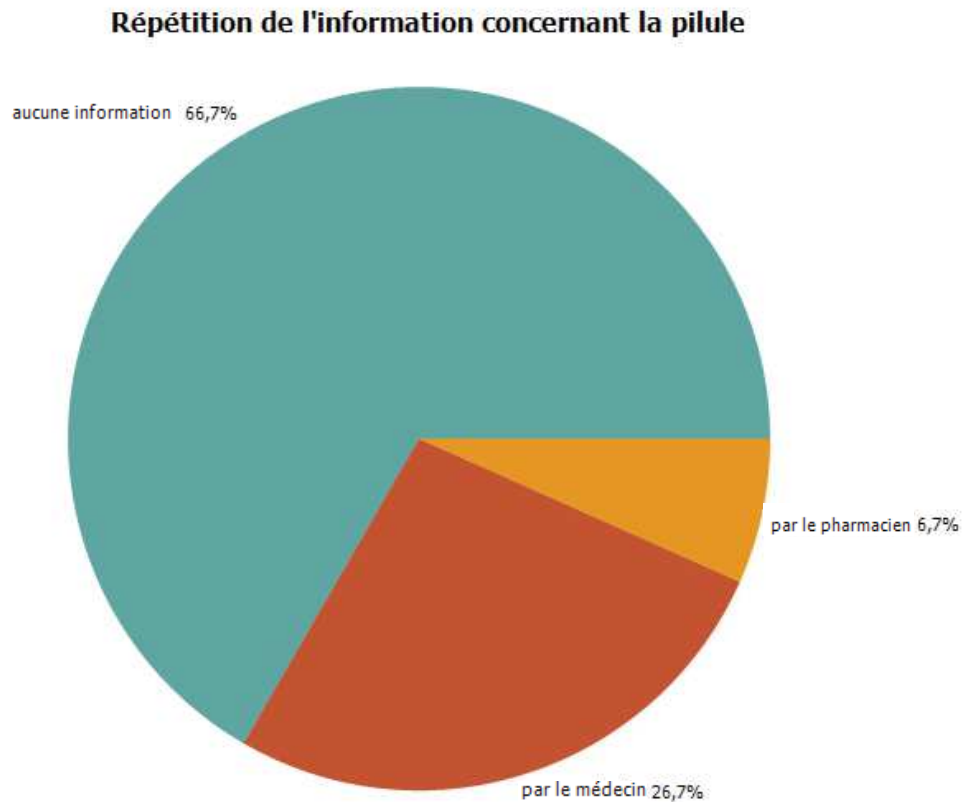
Cette utilisation de longue date cantonne même parfois le renouvellement de contraception à une « formalité ». Elle se fait à l'occasion d'une consultation non dédiée de médecine générale ou lorsqu'elle est faite dans le cadre d'un suivi gynécologique ce dernier fait déjà lui-même partie d'une routine :

- « Mais après quand on va toujours chez le même (*gynécologue*), bonjour – au revoir – « salut » presque. C'est... on est habitué à les voir une fois dans l'année. « Ah bonjour Mme Dxxx ça va ?! » « ouais ouais » « hop, vous avez pris du poids » « ouais... ne me le dit pas » et c'est tout. Mais sinon presque plus rien. Et surtout à mon âge, y a plus de discussion sur la pilule. » (E5)
- « parce que souvent la pilule elle passe dans le côté, ben on vient pour autre chose, et on se dit « tien ! il me faudrait un renouvellement de pilule » et on vient pas forcément « pour ça ». Puisque d'un côté c'est très démocratisé, c'est le côté « ben il faut prendre la pilule » et d'un

autre côté du coup on est pas forcément conscient de tout ce que ça implique derrière. Voilà. »

(E7)

Figure 23 : Répétition de l'information concernant la pilule



Pour un quart des participantes, le renouvellement s'accompagnait d'une information. Elle portait sur la gestion des oublis et les effets indésirables :

- « Chaque fois que je represcrivais la pilule il me faisait bien un petit topo de si jamais j'oublie, qu'est ce que je dois faire etcetera. Et puis voilà. » (E9)
- « Au niveau des effets secondaires, savoir si j'ai pas pris de poids, si au niveau de l'acné ça va et si elle me convient toujours. Ou si j'ai envie de changer. » (E1)

Une patiente a dit bénéficier d'une information de son pharmacien lors du renouvellement :

- « Ben en fait à chaque fois que je renouvelle la pilule et bien le pharmacien il répète. » (E4)

c. La demande d'information*Figure 24 : Nuage de mots : Verbatims concernant la demande d'information des patientes*

Malgré l'installation de ces routines et l'absence de question au moment des renouvellements, les patientes restaient largement demandeuses d'informations.

Leur principale demande concernait les explications. Elles auraient souhaité avoir plus d'information sur la nature de leur pilule, son mode de fonctionnement, une demande d'informations qu'on pourrait qualifier de « besoin d'informations techniques » voire de « besoin d'informations scientifiques » :

- « Peut-être qu'on m'explique plus. Parce que je sais qu'il y a différents types de pilules, et je sais toujours pas quel type est le mieux adapté pour qui. Et en quoi elles sont différentes aussi. » (E1)
- « Peut-être être plus informée sur ce qu'il y a dedans. » (E2)

D'autres auraient souhaité plus d'explications sur son mode de prise, d'un point de vue « pratique » :

- « Du médecin. Qu'on m'explique clairement comment ça se passe pour la pilule quoi [...] Qu'on comprenne mieux comment la prendre. » (E6)
- « Euh oui, qu'elle m'explique plus ouvertement comment... » (E11)

Ces demandes d'explications et d'informations concernaient parfois les effets indésirables des traitements.

Soit parce que les patientes y ont été confrontées et auraient souhaité y être sensibilisées en amont :

- « Ben comme dit la baisse de libido, je pensais pas que ça pouvait venir de la pilule, donc pendant longtemps on a cherché des solutions. [...] Et j'aurais aimé qu'on me dise plus tôt que c'était un effet secondaire. » (E1)
- « Oui parce que des fois par rapport au TSH, ça monte, ça descend ; enfin je sais pas si ça peut jouer la pilule là-dessus, je sais pas. Non on m'a pas informé là-dessus ouais. » (E11)

Soit par souci de clarté. Elles demandent des informations « validées médicalement » dans un monde où les médias véhiculent de nombreux messages, parfois contradictoires :

- « On entend plein de choses qui sont peut être pas vraies ou peut être vraies. Donc savoir ce qui est vrai ou pas vrai. » (E2)
- « Parce qu'au final... Même toutes les pilules... Je prends la Diane®, je sais, mais je sais qu'elle est mauvaise, donc des fois je me dis qu'est ce qui va m'attendre ou autre... Enfin voilà c'est quand même, c'est un peu une bombe à retardement je trouve la Diane®. J'ai arrêté de fumer donc ça va mais c'est quand même une bombe à retardement je pense. Mais bon... » (E6)

Enfin ces demandes de plus d'informations et d'explications étaient directement motivées pour certaines par une demande de plus d'autonomie dans le choix de leur contraception. Ces patientes souhaitaient être informées des différents modes de contraception existants, de leurs modalités, avantages et inconvénients afin d'éclairer leur choix sur ce qu'elles jugeaient susceptible de leur convenir au mieux.

Ce point a été soulevé par de jeunes patientes lors de l'initiation du traitement :

- « Peut être qu'on nous laisse plus le choix sur, ben sur le choix de la pilule. [...] à notre âge, on nous assigne plus directe vers la pilule et on laisse de côté les autres moyens de contraception. » (E1)

Mais aussi par des patientes plus âgées utilisatrices de la pilule depuis parfois des décennies :

- « quand on est chez la gynéco, si on pose pas le question de savoir est-ce qu'il y a des nouveautés, on nous les propose pas forcément [...] on est ancré dans une pilule qu'on prend depuis des lustres ; mais c'est à un moment donné peut être se ré interpeler à chaque fois la patiente, se dire « voilà, aujourd'hui il y a d'autres choses qui existent. Est-ce que vous les connaissez ? Est-ce que vous souhaitez les étudier ? ». » (E10)
- « Peut-être me proposer d'autres pilules, par exemple : je sais pas si ça fait grossir, ça fait prendre du poids, ou si y a des contre-indications... tout ça je sais pas. [...] Me renseigner un peu plus, que quelqu'un m'explique si y a une autre pilule, je sais pas. » (E11)

Le deuxième grand thème abordé par les patientes était une demande d'un plus grand temps d'échange à l'occasion de cette prescription.

- « Déjà un temps d'échange qui permet de poser les choses un peu tranquillement et de les réaborder. » (E10)

La contraception touche aux sphères de la sexualité et de l'intime dont le sujet est souvent délicat à aborder « surtout pour les plus jeunes » (E3). Certaines patientes regrettent « un entretien très court » (E10) alors qu'au contraire les jeunes patientes disaient avoir besoin de plus de temps pour être mises en confiance et aborder ces sujets :

- « Parce que c'est vrai que on prend pas le temps. » (E6)
- « Mais oui peut-être qu'un temps j'osais pas forcément en parler. Je trouve que c'est pas forcément un sujet qui est simple à aborder. » (E7)

Ce plus grand temps d'écoute et d'échange permettrait d'une part de donner une information de meilleure qualité aux patientes qui parfois doivent assimiler beaucoup d'explications d'un coup :

- « Ben après on regarde beaucoup sur internet mais le problème c'est qu'avec internet y a tout et n'importe quoi, donc le mieux se serait quand même d'avoir... moi je trouve qu'un médecin c'est quand même plus rassurant. » (E6)
- « c'est quand même relecture par derrière de la notice d'utilisation parce qu'une première fois quand on explique ça paraît un peu flou de savoir. [...] sur effectivement comment est ce qu'on se protège, comment on prend une pilule, quelles sont les conséquences à quoi ça sert exactement. » (E10)

D'autre part, ce temps d'échange paraissait être une importante occasion pour dépasser le seul sujet de l'utilisation « pratique » de la pilule et aborder le sujet plus large de la sexualité et de la prévention. Avant de parler de contraception, il paraissait important pour certaines patientes de réaborder avec les jeunes filles le sujet du risque de grossesse :

- « Même déjà le parler. Le parler. Déjà à un certain âge, aujourd'hui les jeunes filles à 10 - 11 ans elles ont déjà leurs règles, déjà avertir là ! Même si c'est encore des enfants (entre guillemets). Mais quand même leurs expliquer le pourquoi et comment. [...] Exactement, vraiment, pourquoi elle est là cette pilule ! [...] Le risque d'être enceinte ! Tout ça. » (E5)

Une autre patiente a évoqué le fait que le sujet était encore tabou dans certaines familles :

- « parce que ça fait aussi un peu peur. Parce que ça touche une sphère tabou de, enfin chez les français quoi. Ce côté intime de la relation. » (E7)

La consultation permettrait justement « d'ouvrir un espace de paroles aux familles qui ont pas forcément cet espace de parole à la maison » (E7). Elle reprenait l'idée déjà existante d'une consultation dédiée :

- « Et je me dis qu'aux alentours de l'adolescence 16-17 ans ça peut être cool d'avoir un RDV spécial pour ça. [...] un RDV où on y va forcément pour ça. » (E7)

Au sujet de la sensibilisation aux questions de la sexualité, plusieurs patientes ont relevé le rôle important que joue et que doit continuer à jouer le milieu scolaire :

- « Et puis, moi je dis, parler en plus à l'école aussi. Moi je dis l'école. Parce que aujourd'hui les jeunes filles sont quand même déjà plus mûres que nous on était, que moi-même j'étais. » (E5)
- « Là avec elles j'en parle, elles ont des informations en cours. J'ai l'impression voilà que c'est quelque chose qui est répété plusieurs fois. » (E10)
- « Je pense qu'à l'heure actuelle l'information est différente. Parce que Cxxx par exemple qui a 7 ans, à l'école on lui parle déjà de tout ce qui est contraception etc. [...] Par ce que du coup finalement pour elle ça devient quelque chose de tout à fait naturel. » (E7)

Cette information était jugée complémentaire et destinée à s'articuler avec celle donnée en milieu médical :

- « surtout si à l'école y a déjà des choses qui sont abordées ça permet peut être que les jeunes arrivent avec des vraies questions [...] puisqu'ils auront déjà eu des infos diverses et variées, [...] ils arriveront peut-être avec d'autres questions. Mais dans un espace spécifique pour ça en fait. » (E7)

d. La question du support

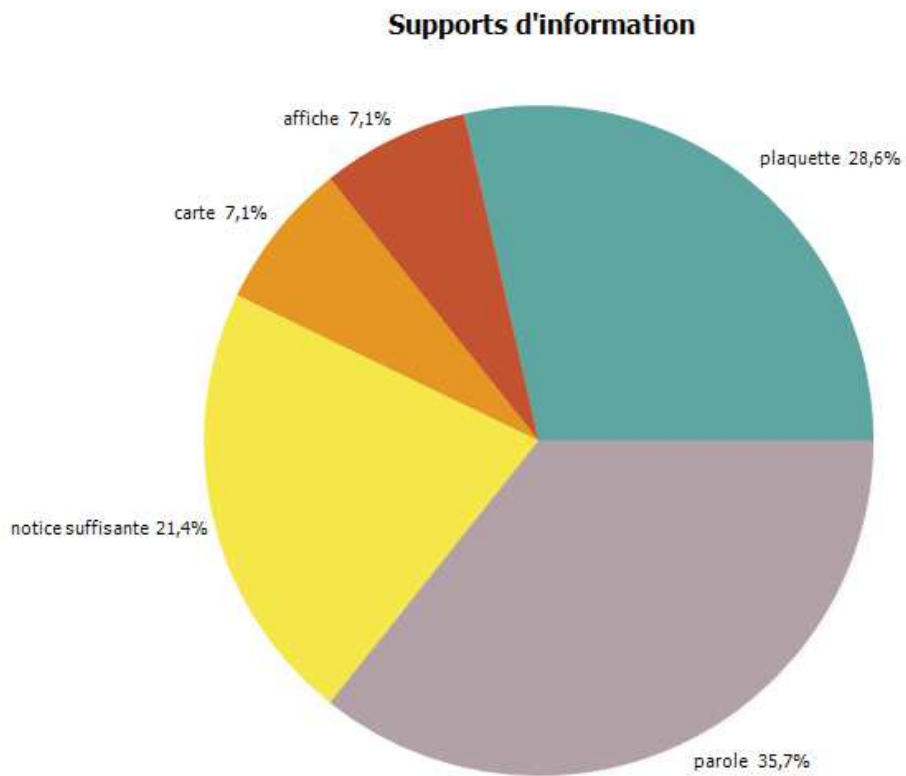
Concernant la question du support de cette information, dans la majorité des cas, la parole et les explications verbales restaient la première et principale source d'information souhaitée :

- « Même déjà le parler. Le parler. » (E5)
- « d'ouvrir un espace de parole. » (E7)

Les autres supports étaient considérés comme des compléments à l'information orale :

- « je trouve qu'un médecin c'est quand même plus rassurant. - *Un autre support pourrait-il vous aider ?* - Oui aussi. Tout sauf chercher soi-même en fait. » (E6)

Figure 25 : Supports d'information cités par les patientes



Les supports les plus cités étaient les plaquettes informatives :

- « Une plaquette informative ? Ben ouais, pourquoi pas, ça serait utile quoi. Si on sait plus, si y a quelques infos qui disent à partir de quand ça sert plus à rien de reprendre sa pilule, ou qu'est ce que ça impact de prendre la pilule du lendemain ou des choses comme ça. » (E9)
- « J'trouve qu'il faudrait informer plus (*au sujet de la contraception d'urgence*), quitte à donner un petit dépliant en même temps. » (E3)

Une patiente a évoqué l'utilité d'un support « pratico-pratique » (E10), à consulter en cas d'oubli :

- « Donc oui peut être avoir un petit support. Mais un support, pas un support de notice, schématique, pratico-pratique, voilà en petit support ; comme chez vous par exemple pour savoir les jours de consultation libre (*parle d'un format carte de visite*), un petit support comme ça, tout simple facilitateur. Qui permet de dire « voilà, pop pop pop, la situation et qu'est ce qu'on fait. » (E10)

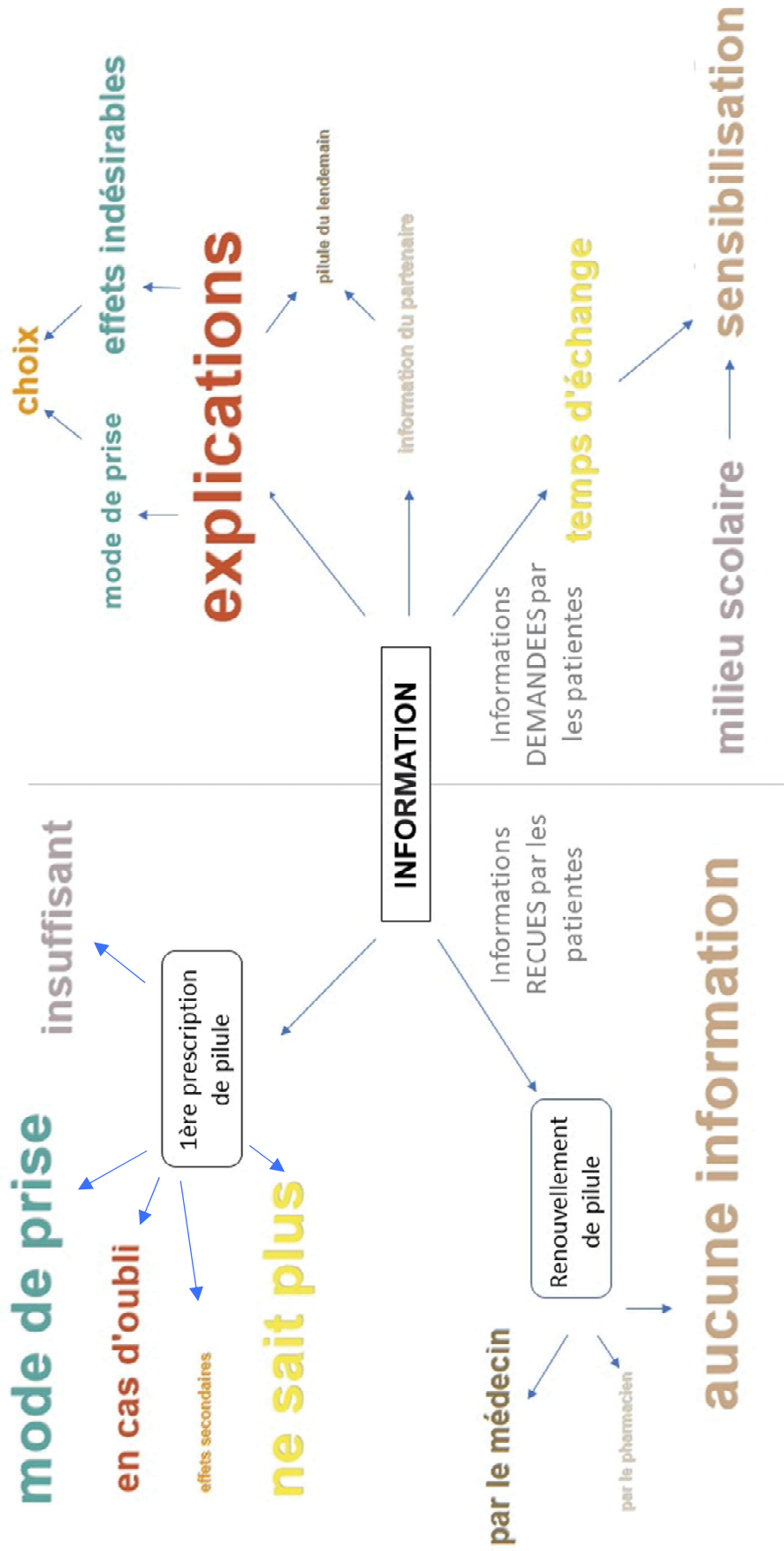
Une autre patiente proposait l'utilisation de supports tels que des affiches, permettant d'inciter les patientes à aborder le sujet :

- « tout ce qui est affiche même dans les salles d'attente, ben c'est sympa parce que ça permet de... ben quand on n'a pas forcément envie d'en parler ça permet au moins d'avoir un premier accès. Et puis dans la salle d'attente on passe vachement de temps. » (E7).

Pour trois des patientes interrogées aucun autre support n'était nécessaire. L'information reçue en consultation ainsi que leur notice de pilule leurs étaient suffisantes.

- « Non pas forcément. Ça me convient bien comme ça. » (E12)

Figure 26 : Carte conceptuelle concernant l'information sur la contraception reçue et demandée par les patientes

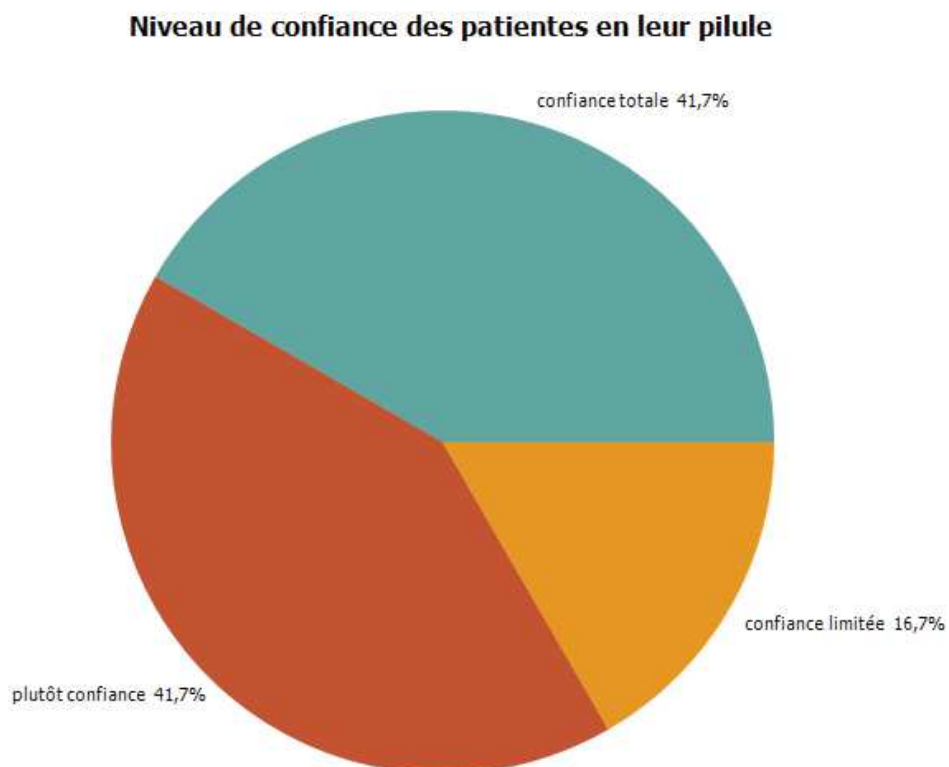


4. Niveau de confiance

a. Concernant le risque de grossesse

Les participantes à l'étude avaient majoritairement confiance en leur contraception. A la question : « *Quel est votre niveau de confiance en votre contraception par rapport au risque de grossesse ?* », dix patientes sur douze accordaient à leur pilule un niveau de confiance très élevé.

Figure 27 : Niveau de confiance des patientes en leur pilule



Cinq lui faisaient confiance à 100%, sans réserve :

- « Ben moi, j'lui fait 100% confiance ouais. » (E11)
- « Aucun risque. » (E6)

Les cinq autres patientes évoquaient un taux de confiance allant de 80 à 99 % :

L'origine de leurs réserves se trouve dans l'information dont elles ont bénéficié (faisant référence avec plus ou moins d'approximations à l'indice de Pearl), mais aussi dans les cas de grossesses non désirées survenues sous pilule dans leur entourage.

- « Ben je sais que c'est à 99% fiable. Donc y a toujours 1%... Mais tant que je la prends tous les jours à la même heure j'me sens en confiance. » (E1)
- « ben j'ai plutôt confiance. Après je sais qu'il y en a qui sont quand même tombées enceintes, mais moi ça m'est pas encore arrivé en tous cas. » (E4)

Deux participantes en revanche avaient peu confiance en leur contraception par pilule.

L'une d'elles a personnellement présenté plusieurs grossesses sous pilule, avec pour conséquence un évitement des rapports :

- « A l'heure actuelle ? C'est pour ça qu'on fait RIEN. Parce qu'on se sent pas... Que ce soit moi ou que ce soit lui, pour le coup, on est pas super rassurés. » (E7)
- « Parce qu'en cours de route il y a aussi eu des interruptions de grossesses qui étaient liées à la pilule. » (E7)

Pour l'autre patiente, ce sont les nombreux cas de grossesses sous pilule autour d'elle qui l'ont fait douter :

- « Ben de moins en moins. [...] C'est vrai que je me retrouve avec pas mal de femmes qui malgré la contraception ou avec la pilule du lendemain, tombent quand même enceinte. Du coup, c'est vrai que ça interpelle et du coup c'est vrai qu'on se dit : wouh wouh wouh, ça met quand même des craintes quand même par rapport à tout ça. » (E10)

Le risque de grossesse reste une angoisse chez certaines patientes (quatre sur douze), même pour celles qui disent avoir confiance en leur contraception.

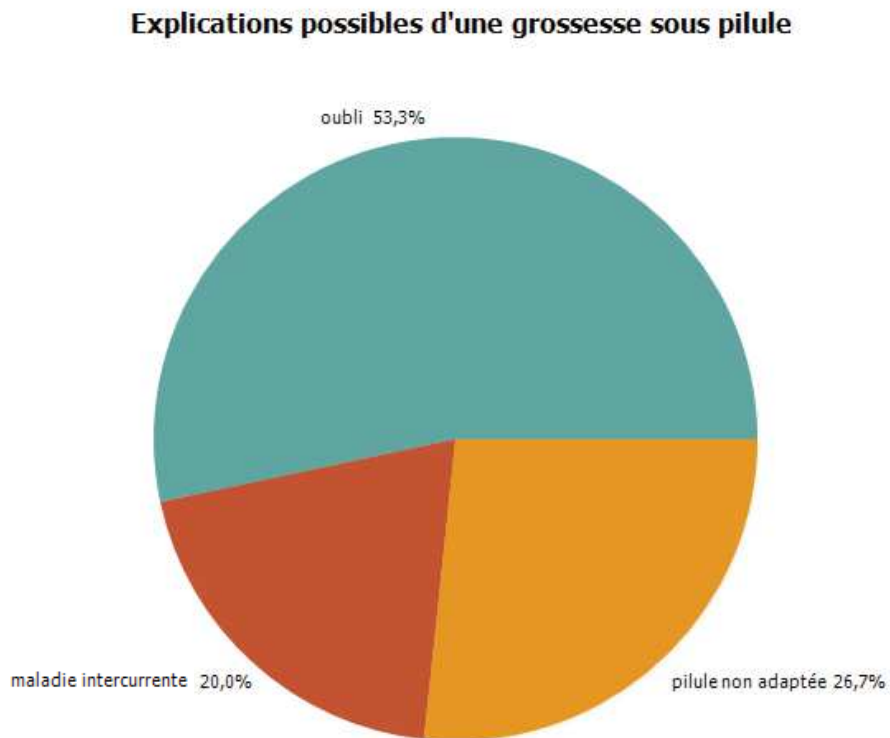
- « Alors moi j'suis une stressée par rapport à ça. [...] J'attends mes règles avec impatience à chaque fois, donc... » (E12)

Mais majoritairement les participantes étaient plutôt sereines par rapport au risque de grossesse. D'une part, elles ont en général confiance en leur contraception, d'autre part elles ont confiance en elle-même et en leur gestion de celle-ci afin d'éviter ou de pallier les oublis :

- « Non jamais ! Parce que temps que je le prenais, j'tombais pas enceinte. Dès que j'l'arrêtais, le mois d'après j'étais enceinte. Donc c'est que ça marche bien, c'est que ça fonctionne bien. » (E11)
- « Moi personnellement oui parce que je suis jamais enfin voilà la seule grossesse que j'ai c'était une grossesse voulue, Et sinon je suis jamais tombée enceinte par accident. » (E8)

La notion de connaissances, d'amies ou de familles ayant dû faire face à une grossesse non désirée alors qu'elles prenaient une contraception est très présente dans le discours des patientes. Certaines argumentant que tant qu'elles n'ont pas eu à déplorer ce genre d'incident, elles accordaient leur confiance à leur pilule. L'objectif principal d'une contraception étant d'éviter une grossesse non désirée, il paraissait évident qu'il ne fallait pas attendre qu'un tel événement se produise avant de reconsidérer si la patiente était bien informée ou la pilule adaptée. Afin d'explorer cette question il a été demandé aux patientes : « *Pour vous quelles seraient les situations où il est possible de tomber enceinte sous pilule ?* »

Figure 28 : Explications possibles d'une grossesse sous pilule selon les patientes



Les réponses étaient plutôt rassurantes puisque dans la majorité des cas les patientes évoquaient l'oubli ou une mauvaise prise comme principale cause d'une grossesse survenant sous contraception orale :

- « Si on la prend pas aux heures régulières je dirais, peut être si on la prend une fois le matin, une fois l'après-midi, enfin vraiment pas régulièrement. » (E9)
- « Ben une mauvaise prise. Déjà si on prend mal la pilule, ou l'oubli quoi. » (E12)

La deuxième cause évoquée était que la pilule n'était peut-être plus adaptée à la patiente. Elles évoquaient de façon tacite une sorte de « résistance de l'organisme » :

- « Et puis je pense qu'avec les hormones chacun réagit différemment, il y en a qui sont peut être moins sensibles ou plus sensibles. » (E3)

- « Ben si c'est plus une pilule « adaptée » je dirais. » (E9)

Pour la patiente qui a présenté des grossesses sous pilule, l'explication qui lui a été donnée était qu'elle faisait partie de ces quelques femmes que l'indice de Pearl (0.3%) ne couvre pas.

- « Compliqué parce que Cxxx (*premier enfant*) est un bébé-pilule et que donc du coup ben... pourtant je la prenais bien comme il faut, pourtant j'ai pas été malade ce mois-là non plus... et pourtant elle est arrivée. [...] Alors mon gynéco m'a gentiment dit «Ah mais c'est le 1% ». Il a dit « c'est 99%, donc il reste 1% ». Bon ben OK. [...] Alors ok on m'a dit « oui mais vous êtes très fertile etc » ouais mais quand-même... » (E7)

Enfin, certaines ont également évoqué les maladies intercurrentes et notamment les vomissements pouvant être à l'origine d'un défaut d'efficacité de la pilule.

- « Je sais que quand on vomit les quelques heures après la prise ben ça sert plus à rien. » (E1)
- « Ben c'est arrivé à une amie à moi donc je le sais, elle avait pris sa pilule et elle a eu la diarrhée après. Et elle a pas fait le rapprochement et elle est tombé enceinte. » (E2)
- « Ou certains médicaments aussi, je crois en phytothérapie j'avais lu une fois, que y a une plante qui peut un petit peu abaissé l'efficacité de la pilule. » (E8)

b. Concernant les effets secondaires

Les effets secondaires liés à la pilule ont été largement et spontanément évoqués par les participantes. On les retrouve dans dix des douze entretiens. Souvent les patientes en parlent dès la première question (« *Racontez-moi comment s'est déroulée votre première prescription de pilule* »). Elles

évoquaient les différents effets indésirables qu'elles ont présentés, motivant parfois des changements répétés de pilule.

- « Au début ça se passait pas forcément bien parce que j'avais beaucoup d'effets secondaires. [...] J'ai changé plusieurs fois à cause des effets secondaires. » (E1)

Les principaux effets secondaires cités étaient :

- Prise de poids (jusqu'à 30kg pour une patiente), dyslipidémie
- Troubles des règles (aménorrhée secondaire, métrorragies, règles en continu)
- Douleurs mammaires, sécheresse vaginale, pertes blanches
- Trouble de l'humeur, baisse de libido
- Migraines, maux de ventre, vomissements
- Acné

Ces événements indésirables ont parfois entamé la confiance que pouvaient avoir les patientes en leur traitement, non pas en termes d'efficacité, mais en termes d'innocuité :

- « je sais que c'est pas bon de prendre la pilule trop longtemps. » (E8)

Certaines évoquaient le côté « intrusif » de la pilule, surtout quand elle est responsable de variations de l'humeur, se sentant dépossédées d'une partie d'elles-mêmes :

- « le fait d'ingurgiter quelque chose de chimique, on sait que forcément ça a des conséquences sur autre chose. Et puis ça nous dérègle un peu notre humeur, enfin plein de choses. Ben, j'trouve que voilà ça nous enlève quand même une partie de nous-même. Donc c'est vraiment nous introduire quelque chose dont on veut pas et nous effacer une partie de nous en même temps quoi, c'est un peu... trop intrusif. C'est vraiment ça. » (E10)

Au point de provoquer parfois une réaction de dégoût à la prise :

- « Après je sais que mon corps à un moment donné quand je la prends j'ai une espèce de nausée qui fait que « ah ouai... » je pense que même psychologiquement, à mon avis. » (E7)

Un autre élément à relever était les effets indésirables théoriques (en particulier les accidents thrombo-emboliques), auxquels les patientes n'ont pas fait face personnellement mais qui étaient également source d'angoisse :

- « Une amie a fait une embolie pulmonaire suite à un changement de pilule et ça m'a fait très très peur sur le coup. » (E3)
- « je crois que c'était un générique d'une pilule où il y a eu des décès (je sais plus le nom) y a quelques années j'crois, y a eu des soucis. Donc elle m'a de nouveau changé. » (E12)

5. La pilule au quotidien

a. La gestion journalière

A la question « *Comment ça se passe avec votre pilule actuelle ?* », la très grande majorité des patientes (onze sur douze) ont répondu : « Bien » (E11).

- « Ben ça se passe bien. Ben c'est la seule que je supporte bien. » (E10)
- « Et ben ça marche plutôt bien. » (E1)

La pilule est intégrée à leur quotidien, faisant partie de leur routine journalière.

- « En fait c'est tous les matins, quand je me maquille y a la pilule à côté. » (E6)

- « Ben le soir avant de me coucher. C'est... je fais même plus attention quoi. » (E2)

Elles ont évoqué les termes « d'habitude » (E12, E4), de « rituel » (E5, E7), de « rythme » (E7) « d'automatisme » (E5, E9).

Un quart des participantes ressentaient tout de même ce traitement comme une contrainte :

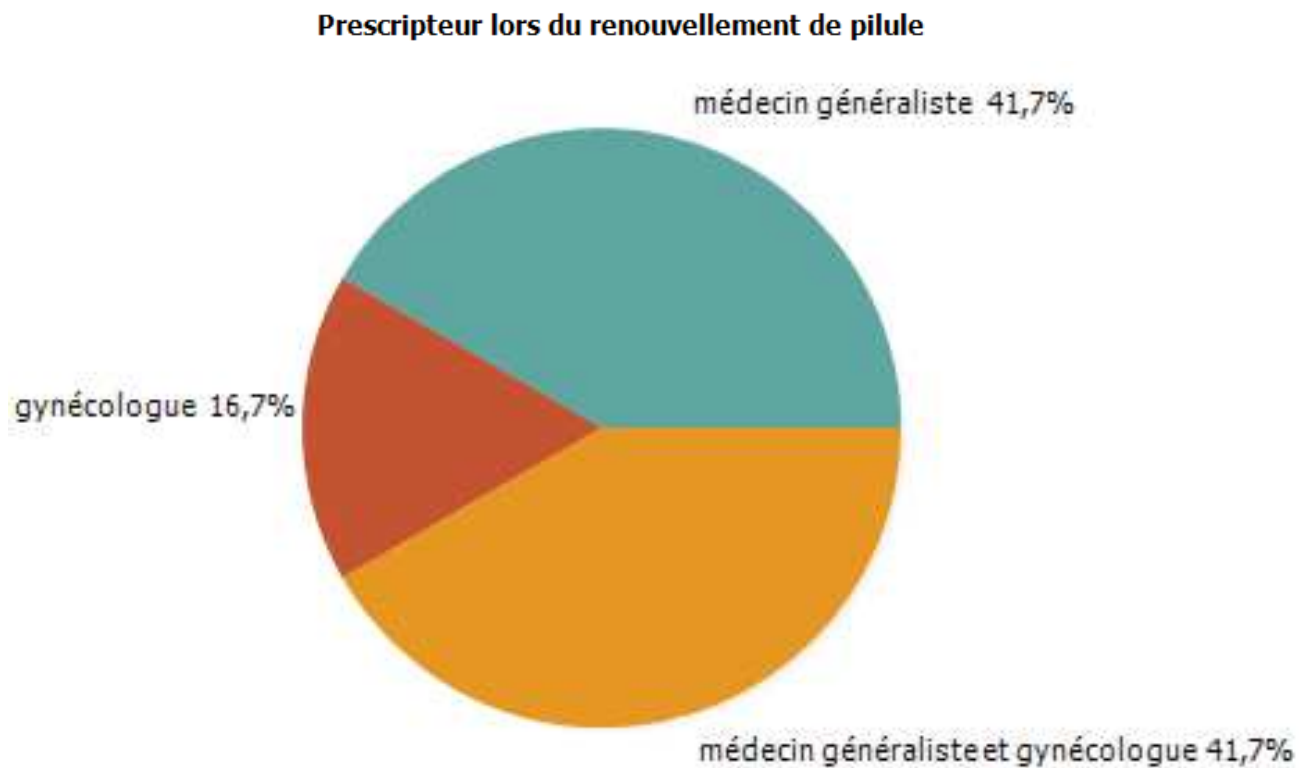
- « c'est des fois contraignant. » (E8)

Cette contrainte était liée à l'obligation de régularité qu'impose la contraception orale :

- « Et oui il faut y penser, quand on part quelque part faut que je l'ai sur moi, faut que je la prenne à heure plus ou moins régulière sinon j'oublie. » (E3)
- « J'ai peur de l'oublier. » (E3)

D'autre part c'était l'obligation de contraception en elle-même (et ses conséquences en termes d'effets indésirables) qui était vécue comme une contrainte :

- « on aimerait bien pouvoir à un moment donné arrêter tout ça et se sentir libre. Parce que c'est vraiment un sentiment de « non-liberté » avec cette obligation de contraception. » (E10)
- « Ben je la prends tous les jours c'est déjà pas mal. Et voilà je fais attention parce qu'elle m'a dit justement comme la première j'ai pris beaucoup de poids [...] J'aimerais bien l'arrêter, j'aimerais bien être sans, parce que ça reste des hormones. » (E3)

b. Le renouvellement*Figure 29 : Prescripteur lors du renouvellement de pilule*

Pour cinq patientes, les renouvellements de pilule sont faits par leur médecin traitant. Pour deux patientes, ils sont faits par leur gynécologue. Pour cinq patientes ils sont faits alternativement par leur médecin traitant et leur gynécologue en fonction de la disponibilité des professionnels ou du besoin d'examens complémentaires :

- « Je vais chez le gynéco. [...] Si je peux pas avoir de rendez-vous c'est des fois Dr Gxxx (*médecin traitant*) qui me la prescrit pour un mois. » (E5)
- « une année c'est la généraliste et tous les 2 à 3 ans je fais le contrôle chez le gynécologue et là c'est elle qui me le fait à ce moment-là. » (E8)

Pour la moitié des patientes la prescription est valable 1 an, ce qui semblait être accepté et apprécié par les patientes :

- « Là j'ai une ordonnance long terme, ça évite d'y retourner. » (E7)

Pour les autres la validité de l'ordonnance allait de 3 à 9 mois. Cette durée était souvent perçue comme trop courte et contraignante. La notion de « date butoir » (E3) à partir de laquelle les patientes risquent de ne plus avoir de contraception est vécue comme stressante :

- « à un moment je me rappelle que je m'y suis pris au tout dernier moment, et j'avais eu peur parce que j'étais allée à la pharmacie directement en pensant que mon ordonnance elle était encore valide ; au final ben elle était plus valide [...] j'étais en stress parce que j'étais pas vraiment chez moi, enfin c'était compliqué. » (E4)
- « Et puis d'avoir toujours la prescription. [...] Il faut la faire prescrire, on se rend compte qu'on arrive à la fin. » (E3)

Par ailleurs, la nécessité de reconsulter « juste pour un renouvellement » (E6) de pilule est vécue comme contraignante et cette consultation paraît superflue :

- « Après je trouve ça chiant tous les trois mois ou tous les six mois de devoir retourner chez le médecin « juste » pour un renouvellement. Je trouve ça chiant. [...] juste pour une pilule, je trouve c'est chiant. C'est contraignant. » (E6)
- « C'est vrai que c'est, c'est un peu lourd parfois quand on peut pas prescrire pour un an ; ou qu'à la pharmacie qu'on délivre que pour 3 mois. J'comprends pas pourquoi on délivrerait pas pour 6 mois. Ça je comprends pas, je vois pas qu'est ce que ça peut engendrer de me donner plus quoi. » (E9)

Un tiers des participantes ont exprimé une demande de plus de souplesse dans les renouvellements de la pilule, que ce soit au niveau de la prescription ou de la délivrance en pharmacie. Elles souhaitaient pouvoir accéder à leur contraception habituelle même sans ordonnance en cours de validité ou que le traitement délivré le soit pour une durée plus longue :

- « Renouvellement moins compliqué je pense. A partir du moment où on veut continuer qu'il y ait pas à chaque fois une date butoir. Après tout si on veut aller chez la gynécologue ça doit être notre choix et pas une contrainte parce qu'on doit renouveler. Plus facile ouai je dirais. » (E3)
- « Ben que je puisse en prendre plus que pour 3 mois déjà. Peut être 6 mois allez, peut être pas 1 an j'dirais, parce que bon à cause des péremptions des choses comme ça mais je dirais 6 mois. » (E9)

Une patiente a relevé que la notion d'un contrôle médical dans le cadre de cette prescription lui paraissait importante :

- « Le fait d'aller chez le médecin et d'avoir un contrôle je trouve de toutes façons c'est essentiel [...] généraliste ou gynécologue, j'pense que vaut mieux prévenir que guérir, donc vaut mieux faire des contrôles et voilà. Non moi je changerais pas forcément quelque chose. » (E8)

c. La contraception à l'avenir

Une majorité de patientes (les trois quarts) est satisfaite de sa contraception et pense la poursuivre. Elles indiquaient qu'elles la supportaient bien maintenant et parfois en appréciaient les effets (en particulier en matière de dysménorrhées).

- « La pilule ça m'aide beaucoup pour mes règles, pour mes douleurs. Après à voir pour la suite. [...] Si un jour il FAUT que je change, j'ai pas le choix je le ferai mais pour l'instant je suis contente avec ça. » (E12)
- « le gynéco m'a dit je devrai bientôt arrêter mais moi j'ai plus envie d'avoir mes règles. [...] Je suis habituée maintenant à plus les avoir à cause de cette pilule. Moi je suis très satisfaite de ça. [...] Et puis j'ai encore envie de la prendre au moins deux ans. » (E5)

Certaines prévoient un changement de mode de contraception dans les prochaines années :

- « A l'avenir je pense me faire poser un implant, plutôt vers mes 25 ans. Ou alors un stérilet. - *Pourquoi ce choix ?* - C'est l'oubli de la pilule. Je sais que ça m'est déjà arrivé plusieurs fois et je préfère avoir un moyen sûr où j'ai pas besoin d'y penser. Et je le renouvelle tous les 3 ans.» (E1)
- « je sais qu'à partir d'au-delà de 40 ans ils aiment pas trop non plus qu'on continue à prendre la pilule. Donc on avisera à ce moment-là. » (E8)

D'autres présentaient des réserves sur les autres modes de contraception, en termes de tolérance, d'efficacité et d'acceptation psychologique.

- « Je peux l'arrêter quand je veux (*la pilule*). L'implant, j'aime pas le principe qu'il y ai un truc qui se balade. Et le stérilet j'ai pas confiance. » (E2)
- « ben je pense rester dessus. Je sais que si je voulais prendre l'implant, ben y aurait déjà d'autres contraintes par rapport à ça, parce qu'on peut ne pas bien le supporter. Alors que là je sais que je supporte bien la pilule. » (E4)

Enfin trois participantes disaient ne plus vouloir continuer à prendre la pilule.

En raison d'un manque de confiance en cette contraception :

- « après je me suis dit « ben non je veux plus de pilule ! » après je suis passée sur un implant parce que voilà. Parce qu'en cours de route il y a aussi eu des interruptions de grossesses qui étaient liées à la pilule. » (E7)

En raison d'une méfiance à l'égard de ce traitement et des hormones :

- « J'aimerais bien l'arrêter, j'aimerais bien être sans, parce que ça reste des hormones. Mais je peux pas [...] Donc oui, si je pouvais m'en passer ce serait bien. » (E3)
- « j'trouve ça assez déplorable qu'à l'année où on est, on ait toujours rien trouvé qui nous permette voilà d'être sur quelque chose de beaucoup plus naturel. » (E10)

En raison des contraintes qu'elle implique :

- « Ben justement j'aimerais bien l'envisager sans ! [...] on aimerait bien pouvoir à un moment donné arrêter tout ça et se sentir libre. » (E10)
- « Alors l'implant, très simple en fait. Puisque, voilà y avait pas besoin d'y penser, y avait pas besoin de réfléchir à quelle date on était etc, c'était le côté « ça y est ». C'est assez simple, plus de règles, rien du tout. » (E7)

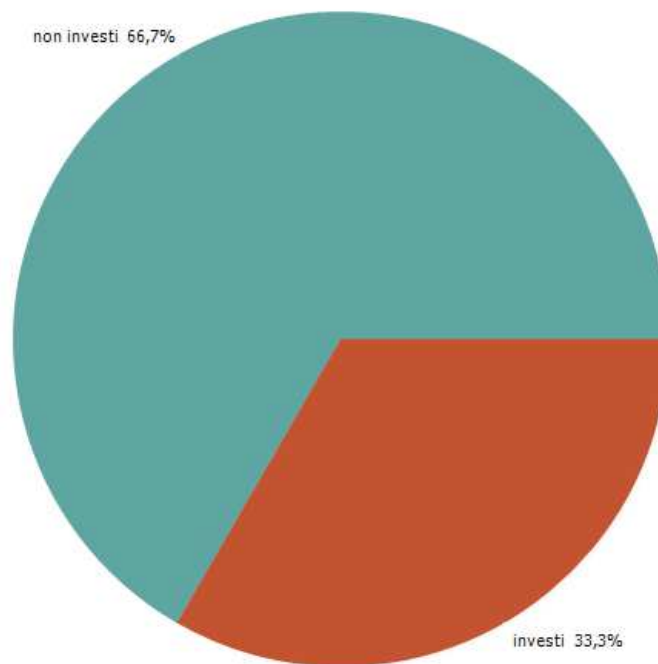
6. La place du partenaire

Lorsqu'il a été évoqué avec les patientes la place de leur(s) partenaire(s) dans la gestion de leur contraception, deux tiers d'entre elles estimaient qu'ils n'étaient pas investis dans ce sujet.

- « j'me débrouille toute seule. » (E12)
- « Non, il s'en fichait. Il s'en fichait que je... en gros c'est à moi de prendre la pilule donc tu te démerdes quoi. » (E4)

Figure 30 : Implication de leur(s) partenaire(s) dans leur contraception, vue par les patientes

Implication de leur(s) partenaire(s) dans leur contraception, vue par les patientes



-

Pour les patientes estimant que leur partenaire était investi dans la contraception, cette implication allait de la simple discussion du sujet :

- « Je lui en parle parce que je pensais à un moment passer au stérilet ou à l'implant. » (E2)

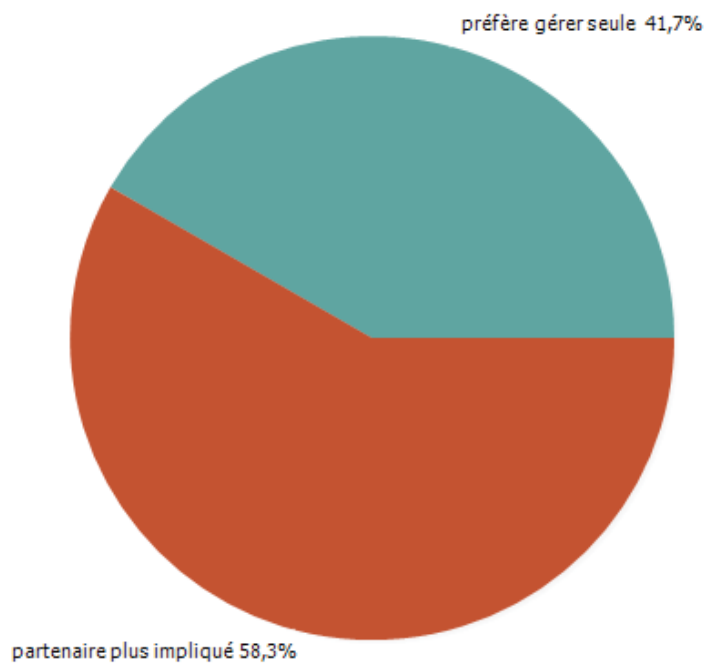
À un investissement quotidien dans les habitudes de prise :

- « Du coup mon copain actuel, c'est lui qui me le rappelle, il a le rappel sur le téléphone aussi. » (E4)
- « il est un peu « aide-mémoire » par rapport à ça. » (E10)

Les participantes ont ensuite été interrogées sur la place qu'elles souhaiteraient voir occuper par leur(s) partenaire(s) au sujet de la contraception.

Figure 31 : Souhait des patientes quant à la place de leur(s) partenaire(s) dans la contraception

Souhait des patientes quant à la place de leur(s) partenaire(s) dans la contraception



Une courte majorité des patientes aurait souhaité une implication plus importante de leur partenaire. Cette demande d'implication était motivée par l'envie et parfois le besoin de partager la charge de la contraception :

- « en fait c'était au début et j'osais pas l'impliquer, et au final ça m'aurait rassuré qu'il veuille le faire de lui-même. » (E4)
- « y a pas de raison que ce soit que la femme qui porte ça. » (E10)

Leurs partenaires masculins sont décrits comme passifs à ce sujet :

- « Ben des fois c'est un peu, ouais, toujours à nous de penser à ça et du coup eux ils sont un peu tranquilles. » (E8).

Les patientes exprimant cette demande la justifient d'autant plus que la responsabilité en cas de grossesse est à partager par les deux parents :

- « Et en cas d'oubli aussi ! Parce que là il y aura les conséquences pour les deux ! » (E8)
- « c'est une responsabilité qui se porte des deux côtés. » (E10)

L'investissement souhaité est d'intensité variable selon les patientes interrogées. Certaines estimaient qu'une information adéquate constituerait déjà un progrès :

- « Ben après qu'il s'informe, qu'il y en a qui soient un peu plus au courant [...] au courant que voilà, il peut y a voir des conséquences, que c'est des fois contraignant ou autre chose, ouais je trouve ça normal. » (E8)
- « qu'un homme soit informé ça peut être pas mal aussi. Justement voilà s'il y a un problème, pilule du lendemain, que ce soit pas à la femme de paniquer, et voilà. » (E3)

D'autres attendraient qu'il soit « un peu « aide-mémoire » par rapport à ça » (E10) :

- « si j'avais tendance à l'oublier [...] j'lui dirait peut-être de me le rappeler quoi. » (E9)

D'autres enfin souhaiteraient une implication équivalente à celle qu'ont les femmes :

- « Ah ben qu'à un moment donné ce soit 50/50. » (E10)
- « maintenant on parle de pilule pour les hommes aussi donc je trouve ça plutôt pas mal si ça peut marcher. » (E3)

Une patiente met aussi en lumière le fait que si la contraception est souvent perçue comme « un truc de femmes » (E5), avec un manque d'implications des hommes, c'est peut-être par manque de sollicitation et de solution masculine innovante à leur proposer :

- « Peut-être une technique du côté des hommes [...] Après qu'on leur laisse aussi la possibilité à eux de se responsabiliser par rapport à ça, d'avoir aussi des modes d'action de leur côté. » (E10)

Un peu moins de la moitié des participantes a répondu qu'elle préférerait gérer seule leur contraception.

Ce choix est parfois exprimé avec résignation :

- « qu'est ce que vous voulez ... non. Pour la pilule non, je vois pas comment il peut s'investir. » (E11)
- « Je préfère gérer moi-même. Ils sont pas vraiment informés, on l'est beaucoup plus. » (E1)

Pour d'autres patientes, gérer seule leur contraception relève d'une question d'autonomie et de contrôle :

- « Parce que c'est mon... c'est à moi de prendre ma pilule j'suis assez grande pour gérer ça. » (E12)
- « c'est moi qui gère, c'est MON corps donc... » (E8)

Au sujet de la contraception masculine, une patiente déclare :

- « si une pilule par exemple masculine existait, je pense que je ferais pas forcément confiance. Je préfère la gérer moi-même parce que les risques c'est moi qui les ai après. » (E8)

Dans notre échantillon, qu'il s'agisse de l'implication actuelle ou d'un souhait d'investissement plus important de la part de leurs partenaires, les réponses étaient variées dans chaque tranche d'âge interrogée.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

De nombreuses études quantitatives ont été menées concernant l'information connue ou donnée aux patientes en cas d'oubli de pilule contraceptive. Peu d'études se sont penchées sur le ressenti des patientes quant à l'information reçue lors de ces consultations pour prescriptions de pilule. Le versant qualitatif de ce sujet n'a été que très peu exploré ce qui rend notre étude originale.

N'ayant trouvé que peu de travaux de cette nature, sur ce sujet-là, nous n'avions que peu de références pour comparer nos résultats dans leur globalité. Toutefois les différents thèmes abordés au cours des entretiens ont permis une confrontation aux données de la littérature.

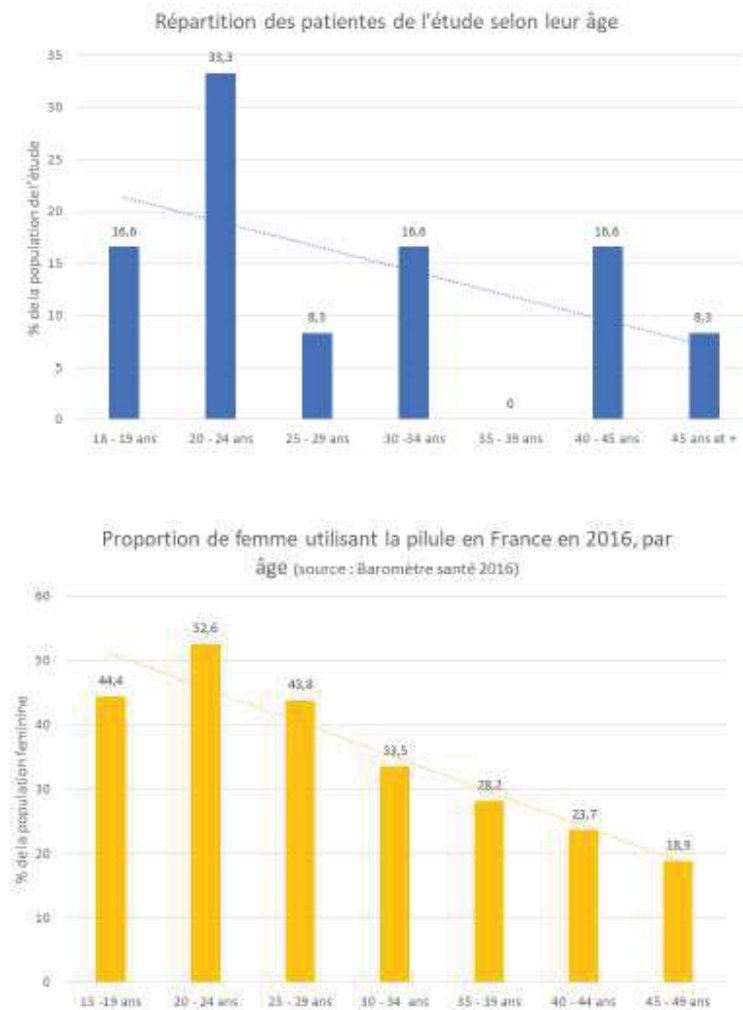
1. Population de l'étude et biais de recrutement

L'essence même de l'investigation qualitative s'attache plus à la variabilité des situations qu'à la représentativité de la population étudiée. L'échantillonnage des participantes a donc été fait de façon raisonnée. Cela signifie que les patientes incluses ne l'ont pas été de façon aléatoire mais dans le but d'obtenir une variabilité maximale de cas possibles afin d'espérer une plus grande variété de réponses et de résultats. Cependant afin de permettre une comparaison avec la population générale ou avec d'autres études, des données à caractère socio-démographique ont également été collectées.

a. Représentativité et comparaison à la population nationale

Bien que la représentativité n'était pas l'objectif principal, les choix ont été orientés par la description de la population utilisatrice de pilule en France, notamment par classe d'âge.

Figure 32 : Comparaison des populations de l'étude et des utilisatrices de pilule en France

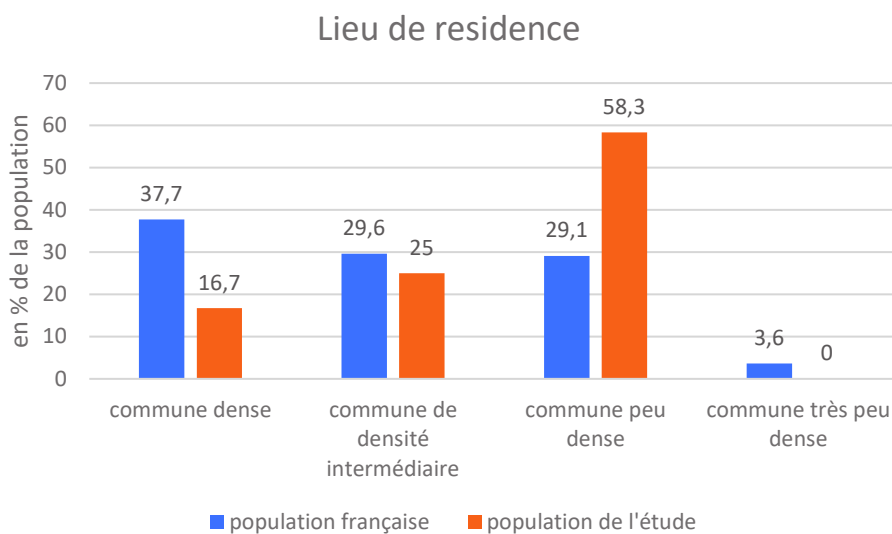


Ainsi, nous avons tenté d'obtenir une répartition similaire des patientes par classe d'âge par rapport aux données de Santé publique France (en 2016). Les 20 – 24 ans sont les principales utilisatrices de pilule en France et sont également la classe d'âge la plus représentée dans notre étude. Nous n'avons par contre qu'une seule patiente de la classe d'âge 25 - 29 ans et pas de patiente dans la classe d'âge de 35 à 39 ans. Ceci s'explique par le fait que peu d'utilisatrices de pilule de cette tranche d'âge ont été rencontrées en consultation, et les potentielles participantes n'ont malheureusement pas donné suite à nos sollicitations.

Concernant le lieu de résidence des patientes il a été difficile de comparer notre échantillon à celui de la population générale compte tenu de l'absence de définition consensuelle des « zones urbaines et rurales ». Une des comparaisons la plus pertinente semble celle des densités de population.

Selon l'Insee, en France en 2019, 38% de la population vit dans une commune densément peuplée (65). La population que nous avons recrutée ne correspond pas à cette description puisque la majorité des participantes résidaient dans des communes peu denses.

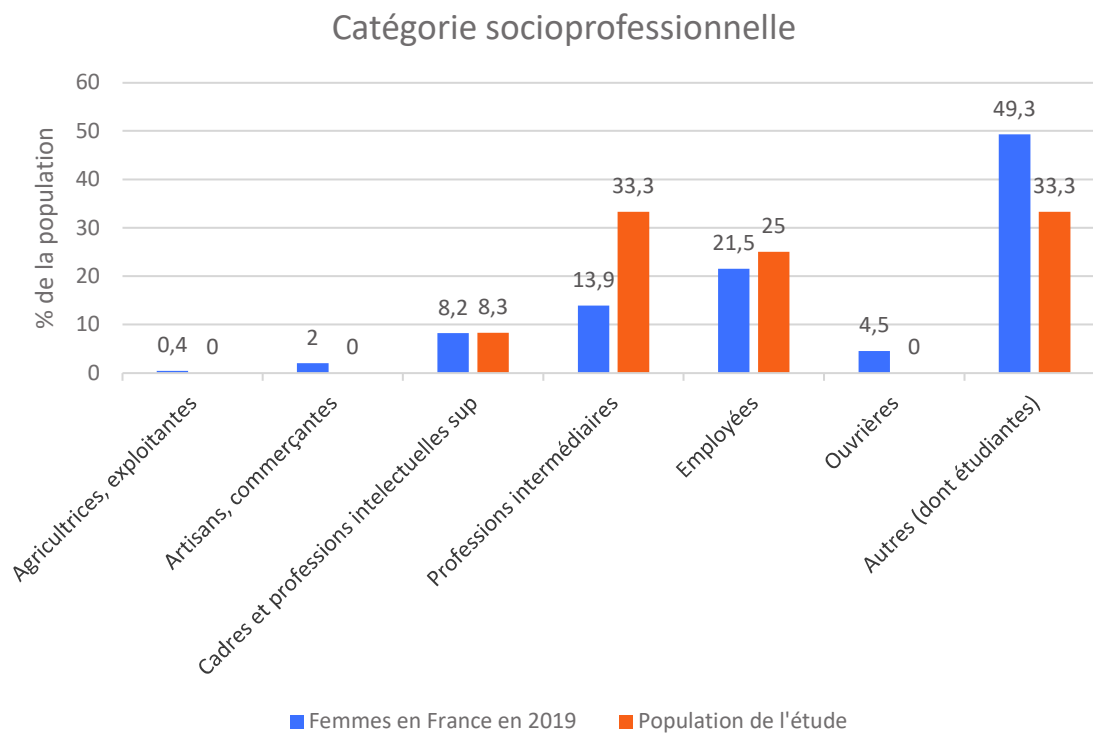
Figure 33 : Comparaison des lieux de résidence entre population de l'étude et population française



Mais cela ne semble pas porter préjudice à la pertinence de notre enquête puisque d'après la littérature le lieu de vie ne semble avoir que peu d'impact sur l'usage de la contraception. En 1995 déjà Brigitte BACCAÏNI écrivait que les différences en matière de pratiques contraceptives ne se jouaient pas entre « rural » et « urbain », mais plus au niveau intra-urbain en fonction des caractéristiques socio-démographiques des quartiers : « les retards en matière de pratique contraceptive moderne ne s'observent pas dans le milieu rural [...] mais dans les HLM des grandes agglomérations urbaines. » (66).

En ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles, les participantes à notre enquête se classaient parmi les quatre catégories les plus représentées par les femmes en France selon les chiffres de l'Insee en 2019 (67). Cependant les proportions n'étaient pas toujours comparables à celles de la population générale.

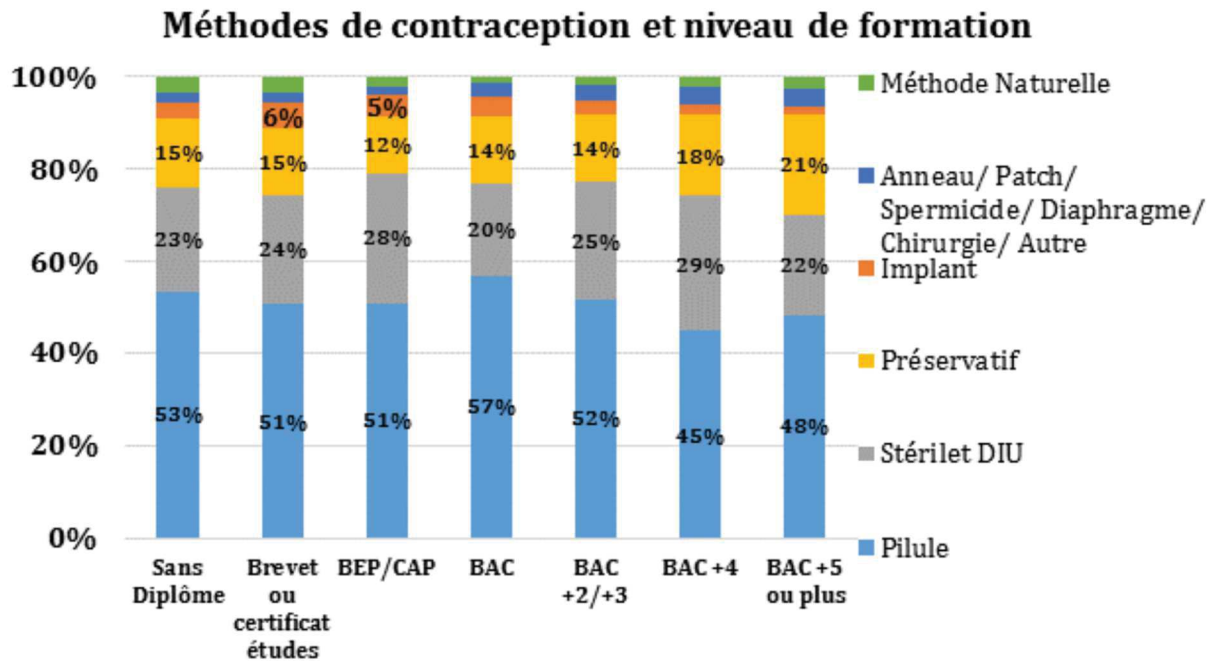
Figure 34 : Comparaison des catégories socioprofessionnelles entre population de l'étude et population féminine française



Là encore cela ne semble pas porter préjudice à la pertinence de notre étude, étant donné que la pilule est utilisée de façon équivalente par toutes les catégories socioprofessionnelles (68) (14).

Et il semble en être de même pour le niveau d'étude comme le décrit Sakina BENBRIKA ABARANE dans son travail portant sur 9670 femmes (14). La pilule est largement utilisée quel que soit le niveau de formation des patientes.

Figure 35 : Méthode de contraception utilisée selon le niveau de formation des femmes



Source : Déterminants sociodémographiques dans le choix de la méthode contraceptive chez des femmes de 18 à 40 ans au sein de la Cohorte Constances, Sakina BENBRIKA ABARANE, 2018

En ce qui concerne le type de contraception utilisée durant notre étude, 75 % des participantes étaient sous pilule oestro-progestative et 25 % sous pilule progestative microdosée. La part de la pilule progestative parmi nos interviewées est un peu plus importante que celle retrouvée dans la littérature. En 2003 dans l'étude GRECO, 88 % des patientes étaient sous contraception orale combinée, et 9.6 % sous contraception progestative(31). En 2013, la HAS avance les chiffres de 75 % sous pilule oestroprogestative et 15 % sous microprogestative (13).

b. Les biais de sélection

La population de notre étude se veut la plus large possible, mais nous sommes bien conscients que 12 patientes ne représentent pas avec exhaustivité l'ensemble de la population féminine française. Plusieurs éléments peuvent constituer un biais de sélection :

- Les participantes ont été recrutées en cabinet de médecine générale.

On peut supposer que les profils des patientes consultant en PMI ou en cabinet de gynécologie diffèrent de celui des patientes consultant leur médecin traitant au sujet de leur contraception. Afin de limiter ce biais de recrutement, la participation à l'étude a été proposée à toutes les patientes vues en consultation et répondant aux critères d'inclusion, ne se limitant pas à celles dont la contraception faisait partie des motifs de consultation. La médecine générale étant celle qui touche une plus large part de la population, nous espérons ainsi garder une variété plus importante de cas.

- Le recrutement a été fait par la remplaçante.

Le recrutement des patientes a été fait par l'investigateur lui-même, à l'occasion de remplacements de médecine générale. Les patientes qui ne souhaitaient pas voir de médecin remplaçant, et préféraient différer leur consultation jusqu'au retour de leur médecin traitant, n'ont de fait pas pu être incluses dans l'étude.

- Biais de volontariat.

Dans une étude comme la nôtre incluant des sujets sur la base du volontariat, il y a inévitablement un risque de biais de sélection car les sujets volontaires présentent généralement des caractéristiques différentes de celles des personnes refusant de participer à l'étude. Ceci d'autant plus que notre enquête relève du domaine de l'intime et de la sexualité, sujet tabou pour certaines patientes pouvant éprouver une gêne à aborder ces questions.

c. La non inclusion des mineures

La question des mineures s'est rapidement posée lors de l'élaboration de notre enquête. Leur inclusion paraissant légitime de prime abord car parmi les jeunes femmes de 15 à 19 ans concernées par la contraception, 44.4 % utilisent la pilule. Un chiffre qui monte à 60.4% si on y ajoute l'association pilule + préservatif. Cependant, toute étude portant sur les patients mineurs doit théoriquement solliciter une autorisation parentale (69). Certaines patientes mineures prennent une contraception à l'insu de leurs parents et ne souhaitent pas qu'ils en soient informés. Nous avons également la crainte que certains parents souhaitent assister à l'entretien mené avec leur fille (comme ils en ont le droit), biaisant les réponses de la participante. Au vu du sujet de notre étude, il paraissait extrêmement délicat de concilier une totale liberté de parole des jeunes patientes et une information et autorisation parentale. Nous avons donc choisi de ne pas inclure les mineures dans notre étude.

Ce choix est d'autant plus assumé que le cœur de notre propos porte sur l'information des patientes notamment en cas d'oubli de pilule. Or, la population la plus concernée par les IVG ne sont pas les mineures mais les femmes de 20 à 29 ans (3). De même dans l'enquête GRECO, qui considérait les grossesses survenues sous contraception orale (sans distinction de l'issue de la grossesse) l'âge moyen était de 27.4 ans (31). En excluant les mineurs, nous n'excluons donc pas la population la plus concernée par ces questions.

2. Processus d'entretiens et biais d'investigation

a. L'investigateur

- L'investigateur était une femme

Le fait que l'investigateur était une femme a probablement influencé de manière positive la richesse des déclarations des participantes. On peut supposer que les patientes étaient plus à l'aise pour aborder les questions de contraception et de sexualité avec un interlocuteur du même sexe. Une

patiente a révélé être plus à l'aise avec une gynécologue femme : « J'ai toujours pris une gynécologue femme pour être plus à l'aise. » (E3). Et c'est également ce qu'on retrouve dans la littérature. Les patients parleraient d'avantage à une femme médecin et lui communiqueraient plus facilement des informations d'ordre psycho-social (70). Dans une étude menée sur 6923 patientes en Midi-Pyrénées Lydia BRISPOT indique que les femmes choisissent plus délibérément un médecin femme pour un problème intime (71).

Dans une moindre mesure, on peut éventuellement supposer que l'âge de l'investigateur (30 ans au moment de l'étude) a pu faciliter l'instauration d'un climat de confiance pour les participantes les plus jeunes.

- L'investigateur était peu expérimenté

La qualité des entretiens, et donc des résultats qui en découlent, est intimement liée à la faculté de l'enquêteur à conduire l'entrevue, tant sur le plan relationnel que dans sa façon de formuler les questions. Il s'agissait de notre premier travail de recherche qualitative, nous manquions donc d'expérience. Nous avons tenté de poser des questions les plus ouvertes possibles, de respecter les silences et de moduler les interviews de façon neutre. Trois entretiens test, non intégrés dans l'analyse, ont été réalisés préalablement au début de l'étude afin d'entraîner l'investigateur à cette pratique.

Malgré nos efforts, les attitudes et intentions de l'investigateur ont pu parfois influencer ou orienter le discours des participantes. Ce risque est inhérent à la méthode qualitative et ne peut être totalement écarté. Pour tenter d'en limiter l'effet, des reformulations ont été utilisées tout au long des entretiens afin de conforter la validité interne des données collectées. D'autre part, la dernière partie de l'entretien laissait un champ d'expression libre aux patientes si elles souhaitaient revenir sur un thème ou aborder un sujet duquel elles auraient été éloignées au fil de l'entretien. Peu de patientes ont investi cet espace de parole et lorsqu'elles l'ont fait c'était pour revenir sur des éléments déjà évoqués lors d'une question précédente. La plupart d'entre elles disaient avoir fait le tour de la question.

b. Le « off » et la saturation des données

De façon assez naturelle, la discussion entre l'enquêtrice et la patiente se poursuivait après la fin de l'enregistrement. Des éléments intéressants ont ainsi pu être dits « en off », malgré la question ouverte finale. Dans un souci de rigueur de l'étude et surtout par respect déontologique et éthique par rapport à la participante, ce qui a été dit en dehors de sa période d'enregistrement n'a pas été utilisé pour l'analyse. On peut se poser la question d'une éventuelle perte d'information. Pour garantir la validité de l'étude, les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

3. Analyse et biais d'interprétation

a. Subjectivité du chercheur

Le recueil des données et leur analyse ont été réalisés par la même personne. Les différentes catégories et grands thèmes étant créés par l'investigateur lui-même, on peut donc craindre que l'analyse et l'interprétation soient soumises à la subjectivité du chercheur. Il s'agit d'un biais d'interprétation qui malheureusement est caractéristique de cette méthodologie qualitative. L'utilisation de l'outil informatique et l'application de règles méthodologiques spécifiques ont permis de limiter ce biais.

b. Validité interne

Le codage ouvert, correspondant à la première étape de l'analyse a été réalisé grâce au logiciel QDA Miner Lite. Ce codage a permis d'obtenir une riche variété de données dont certaines étaient inattendues. L'organisation de ces verbatims à travers différents thèmes et sous-thèmes a ensuite permis l'élaboration de schémas explicatifs.

L'outil informatique a permis d'appréhender avec plus de précision l'importance des différents éléments à travers les discours des patientes, notamment en termes de fréquence de codage. Les illustrations graphiques et en nuages de mots proposées par le logiciel ont permis une description objective de la prévalence de certaines idées.

On peut déplorer l'absence de double codage ou de triangulation qui constitue indiscutablement une faiblesse dans notre travail. Pour tenter d'y pallier, la recherche et l'identification de cas négatifs parmi le panel de patientes interrogées, nous a obligé à reconsidérer notre modèle interprétatif afin d'intégrer tous ces éléments (y compris ceux qui ne cadrent pas avec l'ensemble) (72). Ce fut le cas par exemple sur la question de la place du partenaire où l'analyse des réponses de certaines patientes ne s'intégrait pas au modèle initialement imaginé, nous obligeant à réinterpréter cette question à travers un nouveau modèle sans doute plus objectif.

B. L'information

1. Les sources d'information

a. La place centrale du médecin généraliste confortée

Notre sujet d'étude portait sur l'information qu'ont les patientes vis-à-vis de leur contraception. Plusieurs fois la question leur a été posée sur les sources d'information consultées. « *Comment avez-vous été informée de la marche à suivre en cas d'oubli de pilule ?* », « *Comment avez-vous eu ces informations sur la contraception d'urgence ?* », « *En cas de problème, où iriez-vous chercher la réponse ?* ». Alors que toutes les questions étaient orientées sur le thème de l'oubli de pilule, il est intéressant de noter que les réponses étaient sensiblement différentes en fonction de la question posée.

Les professionnels de santé représentent toujours la principale source d'information et en particulier le médecin généraliste. Il occupe la première place concernant l'information « en cas d'oubli de pilule » pour 22.2 % des participantes et « en cas de problème » pour 29.4 % d'entre elles. Au sujet de la pilule du lendemain, c'est le pharmacien qui est le premier référent (26.7 %), suivi du médecin généraliste ex-aequo avec le gynécologue et le milieu scolaire (13.3 %). Les données de la littérature confirment que les patientes font confiance à leur médecin généraliste concernant la contraception. D'après le document « Les Français et la contraception » publié en mars 2007 par l'INPES (73), à la question : *à quelles sources d'informations ou quels médias avez-vous le plus confiance pour obtenir des informations sur la contraception ?* 43 % avaient répondu le médecin généraliste, contre 37 % pour le spécialiste. A la question : *selon vous, à qui devrait s'adresser une personne qui aurait besoin d'un conseil ou d'une aide sur le sujet de la contraception ?* 95 % avaient répondu le médecin généraliste contre 92 % pour le médecin spécialiste. Ceci confirme bien le rôle central à jouer par le médecin traitant.

b. Des sources d'information différentes concernant la contraception d'urgence

Comme dit précédemment, les sources d'information sur la contraception d'urgence se révèlent être différentes de celles sur la pilule ou même la marche à suivre en cas d'oubli de pilule. Parmi les professionnels de santé, ce ne sont plus les médecins mais le pharmacien qui est la principale source d'information. Dans le cadre privé, les mères qui occupaient une place importante dans la gestion des oublis ne sont plus du tout mentionnées et on voit apparaître le recours à la sphère amicale. On voit également apparaître le milieu scolaire comme source d'information.

Ce résultat nous a surpris étant donné que l'évocation de la pilule du lendemain a toute sa place dans l'information sur la prise en charge des oublis de contraception. La source d'information pour l'un devrait être la même pour l'autre. Plusieurs explications sont possibles.

Plusieurs participantes ont admis ne plus se souvenir de l'information reçue lors de l'initiation de leur contraception, celle-ci étant parfois lointaine. On peut donc imaginer que la contraception de rattrapage a peut-être été évoquée lors de cette consultation initiale puis oubliée par la suite. D'autant plus si les patientes n'y ont pas eu recours.

Mais on peut également considérer que la pilule du lendemain occupe une « place à part » dans la contraception. Si le recours à la contraception orale s'est largement démocratisé et ne fait plus l'objet d'une stigmatisation, il n'en est pas encore de même pour l'utilisation de la contraception d'urgence. Elle est encore le sujet d'une culpabilisation des femmes qui y ont recours. Ceci explique peut-être pourquoi les patientes se tournent vers d'autres intervenants.

D'autre part, le caractère urgent des situations justifiant la prise d'une pilule du lendemain peut inciter les patientes à « shunter l'étape médecin » pour se rendre directement en pharmacie et c'est donc de fait le pharmacien qui devient le principal pourvoyeur d'informations.

c. La notice d'utilisation : un outil à considérer

Dans notre échantillon les patientes étaient nombreuses à recourir à la notice de leur pilule pour gérer les oublis. Il s'agit d'une recommandation officielle (74) et certaines patientes y ont été incitées par leur médecin. Marie GRISARD relevait dans son travail de thèse que les informations trouvées dans les notices de pilule contraceptive étaient parfois incomplètes ou non conformes aux recommandations (42). Il est clair que toutes les notices ne se valent pas. Certains emballages présentent un schéma d'une lecture simple et rapide, directement adossé à la plaquette de comprimés. D'autres décrivent la marche à suivre en cas d'oubli, au milieu d'une interminable notice en petits caractères.

Il paraît donc intéressant pour le médecin prescripteur de connaître « le packaging » du contraceptif prescrit. Si la notice est suffisamment claire, compréhensible et facile d'utilisation ; aucun autre support d'information ne paraît nécessaire (certaines patientes de notre étude ont indiqué que leur

notice leur suffisait). Dans le cas contraire, des petites cartes d'information « pratico-pratique » (comme l'a demandé une patiente) existent déjà et peuvent être distribuées aux patientes (Annexe IV).

Cette démarche peut être faite par le médecin mais également par le pharmacien.

La délivrance d'un médicament générique peut modifier l'aspect de l'emballage du médicament ainsi que celui de la notice qui l'accompagne. Il pourrait être intéressant d'explorer également les impacts de ce changement auprès des patientes.

2. Un décalage entre l'information reçue par les patientes et l'information qu'elles demandent

Au cours de notre enquête, 16 % des patientes interrogées estimaient que l'information qui leur avait été fournie était insuffisante. Au-delà de la quantité, c'est également la nature de cette information qui était citée. Nous avons développé notre trame d'entretien afin d'explorer d'éventuels besoins, attentes ou demandes en termes d'information sur l'oubli de pilule. L'analyse des données recueillies a révélé que ce n'était pas le cas dans notre échantillon de patientes. Même s'il existe quelques lacunes, la demande d'information concernant la gestion des oublis ou la pilule du lendemain n'a été citée que très marginalement. Les patientes ont exprimé d'autres attentes.

a. Demande de plus d'explications sur les effets indésirables

Elles étaient en demande de plus d'explications sur la nature de leur pilule, son mode de fonctionnement, sa composition. Elles déploraient surtout le manque d'information sur les potentiels effets indésirables de ce traitement. Une patiente s'est retrouvée en errance avant de pouvoir attribuer ses troubles de la libido à sa pilule contraceptive « j'aurais aimé qu'on me dise plus tôt que c'était un effet secondaire » (E1). Lorsque les effets indésirables rapportés sont considérés comme

« bénins », les patientes ressentent un manque de considération des professionnels face à leur plainte (75). Une patiente rapporte « je pensais avoir des problèmes de libido à cause de ma pilule. Ben, il m'a pas clairement dit que je devais aller voir un psy mais c'était pas loin » (E2).

Ces effets secondaires bien que sans gravité sont loin d'être anecdotiques. Dans un travail de thèse soutenu en 2019, les patientes interrogées sur leurs freins à la contraception hormonale évoquent en premier lieu la prise de poids, le risque d'acné et le risque de trouble de l'humeur (76). Une meilleure information semble nécessaire. De plus, elle contribuerait à éclairer le choix des patientes qui expriment également une demande de plus d'autonomie quant au choix de leur contraception.

Mais une telle information ne semble pas évidente à mettre en place. Mis à part le risque thrombo-embolique, parfaitement documenté et faisant l'objet d'un dépistage avant l'initiation d'une contraception orale, les autres effets indésirables habituellement attribués à la pilule n'ont pas été démontrés scientifiquement (77). Le CNGOF rappelle que « comme tout médicament, il existe une variation de tolérance interindividuelle » (77). Une même pilule sera supportée différemment en fonction de la sensibilité endocrinienne de chaque organisme. Lors d'une consultation pour première prescription de pilule, il est difficile de lister tous les effets indésirables potentiels que pourraient présenter la patiente sans risquer de perdre son adhésion au traitement. Il est préférable de garder une oreille attentive et bienveillante à la tolérance qu'elle aura à cette pilule et ne pas hésiter à explorer le large éventail de contraceptions dont nous disposons, afin que chacune trouve la méthode qui lui convient.

b. Un temps d'échange plus long pour dépasser le seul cadre de la pilule

Les patientes étaient aussi en demande d'un temps d'échange plus long, pour aborder le sujet de la pilule mais également celui plus large de la contraception, du risque de grossesse et de la sexualité. Cette demande a été naturellement formulée par les patientes les plus âgées de notre population d'étude (déjà mère d'enfants en âge d'utiliser une contraception), mais également par les plus jeunes.

Ce temps d'échange et surtout d'écoute plus long pourrait permettre « de poser les choses tranquillement » (E10). Laisser la confiance s'installer, surtout lorsqu'il s'agit d'une jeune fille pour qui aborder ces sujets intimes est parfois intimidant. Demander quelles sont les connaissances que la patiente a déjà, déminer les fausses croyances, la laisser d'abord poser ses questions afin de lui apporter une information la plus adaptée possible ; ce sont autant de pistes permettant d'améliorer ce temps d'échange.

Un travail de thèse en 2012 indique que les patients disposent d'un peu plus d'une minute pour expliciter leur(s) motif(s) de consultation (78), ce qui peut paraître un peu juste pour ce motif en particulier. Afin de valoriser le temps pris par le praticien pour garantir la qualité de l'information accompagnant une première prescription de pilule, une cotation spécifique a été mise en place depuis le 1^{er} novembre 2017. Cette Consultation pour Contraception et Prévention (CCP) n'est facturable qu'une fois à hauteur de 46€ (pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie) et réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans. Bien que les médecins aient une opinion positive de la CCP, ils ne l'utilisent que très peu (79). Quant aux patientes elles ne connaissent pas l'existence de cette consultation dédiée qui pourtant répondrait à leur demande : « aux alentours de l'adolescence 16-17 ans ça peut être cool d'avoir un RDV spécial pour ça » (E7).

Depuis le 1^{er} mars 2019, le calendrier des consultations obligatoires de pédiatrie a été modifié et un examen obligatoire est à réaliser entre 15 et 16 ans, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (80). Deux doubles pages y sont consacrées dans le carnet de santé de l'enfant (version 2018). Il y est explicitement recommandé que l'adolescent soit vu durant une partie de la consultation sans ses parents. Il est encore tôt pour en mesurer l'impact mais une telle mesure pourrait faciliter l'abord des questions de sexualité et de contraception avec les adolescents et mener si nécessaire à une consultation dédiée à la contraception.

3. La place de l'information en milieu scolaire

Le milieu scolaire a été plusieurs fois évoqué au cours de nos entretiens. Les plus jeunes le citent comme source d'information (en particulier concernant la pilule du lendemain), les plus âgées saluent l'utilité des interventions de sensibilisation menées et dont leurs enfants ont déjà bénéficié.

L'éducation sexuelle a été introduite à l'école en 1973, l'enseignement n'était alors que réservé aux lycéens, facultatif et portait sur la contraception et les maladies vénériennes. Depuis un article du code de l'éducation nationale (datant du 4 juillet 2001) cet enseignement est devenu obligatoire. Les modalités d'encadrement de l'éducation à la sexualité et à la vie affective se sont élargies et précisées (81). Il est préconisé dès l'école primaire de mettre en œuvre des temps consacrés à l'éducation à la sexualité. Les collèges et lycées sont tenus d'organiser au moins trois séances par an, par groupes de niveau, reliées et complétées par les enseignements dispensés en cours. Y sont abordés la contraception et la prévention des IST mais également la prévention des violences sexuelles, du sexisme, de l'homophobie ; le respect de soi-même et d'autrui et le développement d'un esprit critique.

Malheureusement les établissements sont assez inégaux dans leurs investissements dans cet enseignement. Une enquête réalisée par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes en 2016, révèle que 25 % des écoles élémentaires, 11 % des lycées et 4 % des collèges déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle (82). Lorsque l'on interroge les adolescents ou les jeunes adultes ayant bénéficié de ces séances, le bilan est mitigé. Dans une étude qualitative menée en 2013 sur les connaissances des jeunes hommes concernant la contraception, les participants (âgés de 18 à 20 ans) déclaraient n'avoir retenu que peu de connaissances sur ce sujet à l'occasion de ces cours (83). Les élèves ne présentent pas tous la même maturité ni le même intérêt pour le sujet. Pour certains l'intervention aura lieu trop tôt avec un excès d'informations, pour d'autres elle interviendra trop tard. Le programme a le mérite d'exister mais il n'atteint pas son objectif chez tous les jeunes.

Ces informations données en cours pourraient aussi constituer un élément permettant au médecin généraliste d'ouvrir la discussion avec les jeunes patientes, sur le sujet de la contraception. A-t-elle déjà eu des séances d'éducation à la sexualité ? Quels sujets ont été abordés ? A-t-elle des questions ? Même si ces séances sont incomplètes, lointaines ou maladroites elles constituent une opportunité d'aborder le sujet. Les informations reçues en milieu scolaire et en cabinet médical (et dans le milieu familial si celui-ci est propice au dialogue) doivent pouvoir se compléter et s'interconnecter afin d'assurer aux jeunes filles des connaissances suffisantes et fiables.

C. Pilule du lendemain, croyances et difficultés rencontrées

1. Un accès libre qui a fait débat

Le 1^{er} juin 1999, la pilule du lendemain (le contraceptif d'urgence Norlevo®) est mise en vente libre dans les pharmacies, puis la loi du 13 décembre 2000 supprime la prescription obligatoire pour la contraception d'urgence et permet sa délivrance gratuite dans les pharmacies pour les mineures (39).

Aujourd'hui en officine, deux pilules contraceptives de rattrapage sont disponibles :

- Norlevo®, Levonorgestrel 1.5mg. Elle est efficace jusqu'à 72 heures (selon AMM) après un rapport sexuel non ou mal protégé. C'est celle qui est la plus largement utilisée, elle est disponible sans ordonnance pour les mineures depuis 2002.
- EllaOne®, Ulipristal acétate 30mg. Elle est efficace jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel non ou mal protégé. Soumise à une prescription médicale jusqu'en 2015, elle est maintenant également disponible gratuitement et sans ordonnance pour les mineures.

Cette libéralisation de la contraception d'urgence a fait craindre pour certains une augmentation des comportements irresponsables avec le risque de voir les femmes supplanter leur contraception

habituelle par cette alternative. Les chiffres ont depuis montré qu'il n'en est rien. En 2006 le ministre de la Santé répondait au Sénat à ce sujet : « Une récente enquête menée par l'INSERM, à la demande du ministère de la Santé et des Solidarités, montre que le motif principal de recours à ce type de contraception est, dans 84 % des cas, la survenue d'un accident lors de l'utilisation d'une méthode contraceptive régulière. »(84)

Selon Santé publique France, en 2016, 11,5 % des femmes âgées de 15 à 29 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de l'année. (85)

2. Diabolisation et fausses croyances.

D'après l'enquête publiée début juillet par Santé publique France, 54,3 % des moins de 30 ans considèrent que la pilule du lendemain est dangereuse (86). Ces fausses croyances ont également été retrouvées dans notre étude : « ça peut rendre stérile », « c'est trois fois maximum », « y faut pas l'utiliser trop souvent ». D'où viennent ces idées reçues et cette diabolisation de la contraception d'urgence ?

Le Consortium international pour la contraception d'urgence rappelle en 2018 : « Les pilules contraceptives d'urgence (PCU) sont extrêmement sûres. Aucune mort ou complication sérieuse n'a pu être liée à un traitement avec les PCU » (87). Leurs principaux effets indésirables (saignement vaginaux, nausées, vomissements, céphalées) sont bénins et se résolvent spontanément le plus souvent en 24 heures. Les PCU sont même plus sûres que les contraceptifs oraux puisque les contre-indications reconnues pour ces derniers ne se s'appliquent pas à la contraception d'urgence, y compris les antécédents thrombo-emboliques et de cancer du sein.

Concernant les utilisations répétées, les PCU ont fait preuve de leur innocuité. Il n'a notamment pas été constaté de baisse de fertilité chez les utilisatrices régulières (88). Il n'a pas été décrit non plus d'effet de surdosage ou de baisse d'efficacité en cas d'utilisation répétée de la même PCU.

Toutes les femmes devraient pouvoir obtenir et utiliser des PCU chaque fois qu'elles en ont besoin (87).

Ces idées reçues sont donc pour la plupart sans fondement scientifique. Une seule peut éventuellement s'expliquer : « faut pas que ça devienne une habitude ». En effet les PCU n'ont pas été développées pour une utilisation en tant que méthode de contraception régulière. Leur efficacité est de 98% dans les 12 heures suivant le rapport à risque, puis ce taux baisse à mesure que le délai de prise s'allonge. Une contraception orale (à condition qu'elle soit prise de façon régulière) est donc plus efficace que la prise de PCU « au coup par coup ».

3. Culpabilité et difficulté d'obtention

Au travers de nos entretiens, nous avons nettement perçu que le recours à la contraception d'urgence était empreint de culpabilité. En avoir besoin met en évidence le fait « qu'on a failli ». Un oubli de prise ou une erreur de prise de sa pilule est vécu comme un échec. Ce sentiment est d'autant plus important chez les femmes les plus jeunes. Parfois tout juste sorties de l'adolescence, ces jeunes adultes encore en formation ne sont pas encore tout à fait assurées dans la place qu'elles occupent dans la société et dans leurs relations intimes. Cet « accident » est perçu comme un échec dans l'émancipation de la jeune femme, craignant de passer pour immature ou irresponsable. Ces représentations sont le fait d'une société où la sexualité des femmes fait encore l'objet du contrôle et de la honte. « On leur fait la morale, comme si contrôler sa fertilité et avoir une sexualité de plaisir était problématique » constate Marianne NOISI, directrice du Planning familial (86).

Ce sentiment est largement entretenu par l'expérience vécue par certaines lors de la démarche de récupérer cette contraception d'urgence en pharmacie. Plusieurs patientes de notre échantillon ont évoqué « le regard » du pharmacien. Et on ne compte plus sur les réseaux sociaux ou dans les médias le nombre de récits de patientes gênées, infantilisées voir méprisées alors qu'elles demandent une pilule du lendemain en officine (86).

Dans cette problématique les pharmaciens occupent une place centrale. Ils ont un rôle de conseil et d'information mais paradoxalement sont parfois décrits comme rendant l'accès à cette contraception difficile. En 2016 l'Ordre des Pharmaciens avait à ce sujet suscité une vaste polémique lançant une consultation de la profession sur l'éventuelle introduction d'une clause de conscience dans son code de déontologie, consultation suspendue depuis (89). L'article prévoyant qu'un pharmacien pouvait « refuser d'effectuer un acte pharmaceutique susceptible d'attenter à la vie humaine » a été particulièrement décrié, faisant craindre un durcissement de l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence en particulier.

Interrogée à ce sujet, une pharmacienne explique que : « Le malaise initial de la patiente qui vient demander une contraception d'urgence, tend à lui faire ressentir comme hostile toute tentative de discussion. » (90). Ces professionnels se sentent tiraillés entre leur responsabilité personnelle (obligation de traçage des produits dispensés, devoir d'information) et les dispositions « facilitatrices » (accès anonyme et gratuit pour les mineurs) leur donnant le sentiment d'être réduits à de simples « distributeurs de boîtes » (80).

Ces demandes « en urgence » sont donc stressantes pour les femmes comme pour les professionnels.

4. Vers une prescription anticipée de contraception d'urgence ?

Dans notre travail nous avons interrogé les participantes sur leurs opinions concernant la prescription anticipée d'une PCU, à l'occasion d'un renouvellement de leur pilule par exemple. La majorité y était favorable, même si elles insistaient sur l'importance de ne pas banaliser l'utilisation de la pilule du lendemain. On peut relever que les quelques patientes défavorables à cette idée étaient parmi les plus jeunes de l'étude. Elles estimaient qu'une telle mesure était « un peu irresponsable » (E1), incitant les femmes à faire moins attention à l'observance de leur pilule. Cette réaction était inattendue surtout venant de jeunes patientes. S'agit-il plus d'une « déresponsabilisation » ou d'une « déculpabilisation » ? Le recours à une contraception d'urgence pour éviter une grossesse non désirée

nous paraît être un comportement responsable. Reste à déterminer si toutes les femmes sont capables de gérer cette prise de pilule de rattrapage en autonomie et de façon correcte à domicile.

Les revues systématiques de la littérature et méta-analyses répertoriées par la HAS (91) nous apprennent que la fourniture à l'avance d'une contraception d'urgence augmente son utilisation et raccourcit les délais d'utilisation. Pourtant on constate une absence d'efficacité sur les grossesses non prévues. Il est possible qu'un certain nombre de femmes puissent ne pas évaluer correctement leur risque de grossesse.

Dans sa thèse soutenue en 2015, Lise POTIER relève également que les freins principaux à l'utilisation de la contraception d'urgence sont le manque de perception du risque de grossesse et le manque de connaissance de cette contraception (92).

Sans la recommander formellement, la HAS liste dans son rapport d'avril 2013 (91) sur la contraception d'urgence sept recommandations préconisant d'envisager une prescription à l'avance, au cas par cas, ou dans certaines situations particulières :

- les femmes utilisant des méthodes barrières
- les femmes vivant avec le VIH
- les femmes voyageant à l'étranger
- les femmes vivant en milieu rural où l'accès à une pharmacie est difficile
- les adolescentes
- plus généralement les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelque raison que ce soit.

La Société Française de Gynécologie quant à elle, plaide pour une fourniture ou une prescription à l'avance systématique en routine.

Si la prescription anticipée d'une contraception de rattrapage semble être une piste intéressante pour limiter le stress et la charge émotionnelle d'une demande en urgence, voire en améliorer l'accès ; elle

ne garantit pas une utilisation appropriée de cette dernière et n'a pour l'instant pas fait preuve de son efficacité en termes de taux de survenue d'une grossesse non désirée.

Si la situation rend cette prescription pertinente, elle doit impérativement s'accompagner d'une information détaillée et personnalisée pour espérer être efficace.

D. Les effets indésirables

Notre sujet d'étude s'intéressait au ressenti des femmes concernant l'information sur leur pilule. Initialement nous étions particulièrement orientés vers l'information sur les oublis de pilule mais les patientes évoquaient de façon fréquente et appuyée un autre thème central : les effets indésirables, les hormones et les peurs qu'elles suscitent.

1. Le risque thrombo-embolique

a. Les chiffres

Les maladies thrombo-emboliques veineuses (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) et complications artérielles (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral ischémique) sont responsables des principales complications, mais ont été peu évoquées par les patientes lors des entretiens. Plus de 50% des thromboses veineuses profondes et 30% des événements artériels chez les femmes en période d'activité génitale seraient attribuables à la contraception oestro-progestative. Cette dernière multiplie le risque d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral ischémique par 2 et celui de maladies veineuse thrombo-emboliques par 3 à 5 (93).

Si cette augmentation de risque est réelle, il faut tout de même préciser que la fréquence de ces événements est faible dans la population de femmes jeunes (77). On compte 6 cas d'accidents

vasculaires artériels pour 1 000 000 de femmes/an chez les non utilisatrices de pilule, versus 15/1000 000 chez les utilisatrices de pilules oestroprogestative. C'est effectivement un rapport du simple au double mais cela reste un évènement rare.

Sur le plan des accidents thrombo-embolique veineux, leur fréquence est un peu plus élevée que les accidents artériels (fort heureusement ils sont rarement graves). On dénombre 5 à 10 accidents pour 100 000 femmes par an chez les non utilisatrices de pilules, passant à 20 à 40 / 100 000 chez les femmes sous pilule oestroprogestative. Là encore la valeur absolue reste faible, surtout si l'on compare ce surrisque à celui du post-partum. Le risque thrombo-embolique veineux est cinq fois plus important en post-partum que celui des oestro-progestatifs (77).

b. Les facteurs de risques

Ces complications sont moins à craindre lors de l'utilisation d'un contraceptif oral non combiné (progestatif seul) étant donné que ce sont les œstrogènes qui favorisent l'apparition de thromboses (77) (94) (95). L'augmentation du risque artériel est identique quelle que soit la génération de pilule (77). L'augmentation du risque veineux quant à lui est propre à chaque association oestro-progestative, donc à chaque pilule. Ce surrisque est maximal durant la 1^{ère} année de prise et diminue progressivement pour se stabiliser aux alentours de la 3^{ème}, 4^{ème} année.

Le risque est largement majoré chez les fumeuses. La potentialisation des effets pro thrombogène du tabac conjugué à celui des hormones de synthèse fait augmenter de façon significative le risque d'évènement thrombo-embolique artériel. Cette augmentation est fonction de l'âge, du nombre de cigarettes consommées par jour et de l'ancienneté du tabagisme. L'association de la pilule et du tabac multiplierait le risque d'accident cardiovasculaire par 20 (96). Cette notion de particulière dangerosité de la pilule associée au tabac est revenue dans quelques entretiens. Une patiente évoque le terme de « bombe à retardement » (E6) mais sans forcément saisir pourquoi ce cocktail est explosif.

Les facteurs individuels tels que les antécédents thrombo-emboliques (personnels ou familiaux), l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'obésité ou la présence de migraines sont autant d'évènements pouvant eux aussi favoriser la survenue d'accidents cardio-vasculaires. Leur recherche systématique avant l'initiation d'une contraception orale permet d'identifier les patientes à risque et de les orienter vers un mode de contraception plus sûr pour elles.

c. Le cas Marion LARAT et ses conséquences

Ces redoutables effets secondaires se sont rappelés à la société en 2012 lors de la crise des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Marion LARAT, victime en 2006 d'un AVC suivi de lourdes séquelles, avait déposé plainte en décembre 2012 contre le laboratoire commercialisant sa pilule contraceptive (de 3^{ème} génération), invoquant la responsabilité de ce dernier. Sa démarche a été suivie de 130 autres plaintes (97). Même si l'enquête a été classée sans suite en 2017, la médiatisation de l'affaire a conduit l'Agence du médicament à renouveler ses recommandations sur ces pilules qui ne doivent être prescrites qu'en 2^{ème} recours (98) et abouti au déremboursement des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération en mars 2013. Les conséquences ont été rapidement visibles. Ainsi, pour l'année 2015, les parts de marché respectives des contraceptifs oraux combinés de 1^{ère} et 2^{ème} génération par rapport aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération étaient de 79% versus 21%. Pour rappel, en 2012, ces ratios étaient respectivement de 52% versus 48% (98). Les ventes totales des contraceptifs oraux combinés ont diminué de 5,3% entre 2013 et 2014 et de 4,8 % entre 2014 et 2015, au profit d'autres modes de contraception. « Près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012/2013 sur les pilules. Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013 » (20).

Ces événements ont conduit à l'installation d'un sentiment de méfiance à l'égard de ce traitement, et des hormones en général (99).

2. Le risque carcinologique

On peut aussi citer les inquiétudes que représentent tous les cancers hormono-dépendants et particulièrement les « cancer de la femmes » (sein, ovaire, endomètre, col de l'utérus).

a. Une augmentation du risque de cancer du sein, du col de l'utérus et du foie.

Quelques études ont mis en évidence un surrisque de cancer du sein (risque relatif entre 1.2 et 1.6) chez les patientes utilisatrices de pilules combinées (100) (101). Dans la population générale, on estime à moins de 1% la part des cancers du sein attribuable à la pilule oestroprogestative, et 7% pour les cancers du sein survenant avant la ménopause (102). Le risque est majoré lors d'une longue durée d'utilisation chez les jeunes femmes (102). Ce surrisque disparaît dix ans après l'arrêt de ce contraceptif.

On note également un surrisque de cancer du col de l'utérus chez les utilisatrices de pilules oestroprogestatives (103). Le rapport entre infection à HPV et pilule est encore flou. Certains évoquent l'effet des œstrogènes sur le pouvoir carcinogène du virus (77). D'autres mettent en avant un possible biais de confusion, expliquant que les femmes utilisant la pilule comme moyen de contraception, utiliseraient moins le préservatif et seraient donc plus à risque d'être infectées par un HPV. Là encore le risque augmente avec la durée d'utilisation de la pilule et diminue après son arrêt.

L'utilisation à long terme de la contraception orale combinée ferait également augmenter le risque de carcinome hépato-cellulaire (103). Les travaux rapportant cet effet sont anciens, se réfèrent à des oestro-progestatifs plus dosés que ceux utilisés actuellement et incluent un trop petit nombre de patientes (l'incidence de ce cancer est de 2.4/100 000 femmes/an (104)) (105). Les dernières méta-analyses ne permettent pas d'apporter une réponse claire. Par principe de précaution, la contraception orale est contre-indiquée en cas d'antécédent de carcinome hépato-cellulaire.

Régulièrement d'autres craintes émergent. La dernière en date concerne l'Acétate de Cyprotérone (Androcur®). Prescrit initialement comme traitement de l'hirsutisme mais utilisé aussi en tant que contraceptif (hors AMM), il présenterait une augmentation de risque de méningiome (x7 au bout de 6 mois d'utilisation, x20 au bout de 5 ans). L'ANSM a donc imposé de nouvelles conditions à son utilisation : une IRM cérébrale est à faire avant l'initiation du traitement et à 5 ans, et un formulaire de consentement doit être signé par la patiente et le médecin prescripteur (106).

b. Un rôle protecteur contre le cancer des ovaires et de l'endomètre

La prise d'une contraception orale diminue le risque de cancer de l'ovaire. Cette réduction du risque est d'autant plus importante que l'utilisation est longue. Selon une étude américaine, la prise de pilule pendant au moins 10 ans est associée à une diminution de 40% du risque de cancer de l'ovaire (107). Cette réduction de risque persisterait jusqu'à 30 ans après l'arrêt de la pilule (77). Les pilules moins dosées en œstradiol (<35 µg) semblent garder cet effet protecteur (102).

De la même manière, la prise prolongée d'une pilule oestro-progestative a un effet protecteur sur le risque de cancer de l'endomètre. La baisse de risque serait de l'ordre de 50% et encore significative 20 ans après l'arrêt de la prise de pilule (107).

Enfin certaines études (103) avanceraient une réduction du risque de cancer colorectal. Mais ces résultats font encore l'objet de discussions.

Que ce soit pour leur effet protecteur ou pour le facteur de risque qu'elles représentent, les pilules les plus récentes, et donc les moins dosées, pourraient interagir dans des proportions différentes que celles citées plus haut. Les patientes prises en compte dans les études citées prenaient des pilules de première et deuxième génération (107). Les cancers survenant parfois des décennies après l'exposition, nous manquons de recul sur ces questions pour les posologies les plus récentes.

3. La peur des hormones

a. Un décalage entre les craintes des médecins et celles des patientes

La crainte d'un évènement thrombo-embolique et dans une moindre mesure des cancers hormono-dépendants n'occupe qu'une place secondaire dans le discours des patientes. Dans sa thèse soutenue en 2019 Marine GASCOIN a analysé les réponses de 196 jeunes femmes sur les freins à l'utilisation d'une contraception hormonale (76). Elle a mis en évidence que les trois principaux freins à la pilule chez les 15 – 29 ans étaient : la prise de poids pour 73.5 % d'entre elles, l'acné pour 50 % et les troubles de l'humeur pour 43.9 %. Ces trois effets secondaires ont également été largement cités par les 12 patientes de notre enquête. Si ce trio de tête reste le même pour toute les tranches d'âge interrogées, on observe tout de même que chez les mineures la peur de la présence d'hormones occupe une place prépondérante alors que chez les 25 – 29 ans c'est la crainte de développer un cancer ou un accident thrombo-embolique qui est plus souvent évoquée (76).

Il y a donc un décalage entre les craintes des médecins, focalisés sur les événements indésirables graves, et celles des patientes plus inquiètes des effets secondaires qualifiés de « bénins ». Si le plus souvent ils ne sont pas considérés comme suffisamment gênants pour justifier l'arrêt de la contraception, lorsqu'on interroge les patientes à ce sujet, elles sont nombreuses à insister sur ce point, à considérer que ces effets sont « sous-estimés » par les professionnels de santé et elles « sous-écoutées » (75).

Sans pouvoir véritablement parler de « peur », une part de la méfiance que peuvent susciter les hormones est due aux effets concrets sur l'organisme, directement constatés et ressentis par les patientes. Elles craignent que la prise de ce comprimé modifie leur aspect physique et leur caractère. Dans notre enquête, une patiente a déclaré « ça nous enlève une partie de nous-même » (E10). Elles ont peur de ne plus être elles-mêmes. C'est ce qui explique peut-être que les plus jeunes sont plus sensibles aux freins que représentent les effets indésirables bénins et la présence d'hormones dans

leur contraception (76). Encore proche de l'adolescence, l'image que ces jeunes femmes ont d'elles-mêmes est encore fragile.

b. La mode du « tout naturel »

On assiste depuis plusieurs années à l'émergence d'une prise de conscience environnementale. Celle-ci s'accompagne d'une mouvance prônant le retour au bio et au naturel. Sans pour autant devenir militants écologistes, les Français sont de plus en plus vigilants vis-à-vis des produits qu'ils consomment, et les produits pharmaceutiques ne font pas exception. Parallèlement, les médias alimentent régulièrement les débats sans toujours donner les informations utiles à leur compréhension. On peut citer la notion de « bœuf aux hormones », les perturbateurs endocriniens, la pollution des cours d'eau par les œstrogènes responsables du changement de sexe de certains poissons et batraciens. Le « chimique », et par extension les traitements hormonaux, sont devenus objet de suspicion. La pilule modifiant le cycle naturel des femmes, est donc vue comme potentiellement dangereuse. Dans une enquête nationale menée sur 5963 femmes et publiée en 2014, 36 % des patientes pensent que la contraception peut être dangereuse pour la santé (108). Dans 30 % des cas, cette dangerosité évoquée était liée à la présence d'hormones. Marine GASCOIN a retrouvé à peu près les mêmes proportions dans son étude en 2019 (76). 82.5 % des patientes se disaient satisfaites de leur contraception, mais parmi elles, 43.8 % estiment que la contraception est dangereuse pour la santé.

A cette aspiration au « plus naturel » s'ajoute également un désir de « plus de liberté ». Le retour à la nature est fantasmé comme l'affranchissement des contraintes. Or la pilule, nécessitant une prise régulière à heure fixe, délivrée sur ordonnance et parfois responsable d'effets secondaires, est vue comme une contraception contraignante. On assiste à un véritable paradoxe, alors que la pilule a été accueillie par les femmes comme une libération il y a cinquante ans, les jeunes adultes d'aujourd'hui la vivent comme une contrainte, « un casse-tête » auquel il faut penser tous les jours (75). Les jeunes

femmes nées dans les années 1990 - 2000 ont débuté leur sexualité dans un contexte où la contraception orale a toujours été disponible. Elles n'ont pas eu comme leurs aînées à se battre pour y avoir accès. Elles font d'avantage valoir le côté antinaturel et contraignant de la pilule, occultant l'enjeu de liberté qu'elle a représenté (23).

E. Ce renouvellement qui reste une contrainte

Il ressort encore des entretiens que les patientes sont en demande de plus de souplesse par rapport au renouvellement de leur pilule, sur le plan des prescriptions (avec une demande de renouvellement plus long) comme de la délivrance en pharmacie qu'elles souhaiteraient possible même sans ordonnance en cours de validité.

1. Pourquoi la pilule est-elle sous prescription médicale obligatoire ?

L'exigence d'une prescription médicale s'explique par le fait que les hormones synthétiques composant les contraceptions orales ne sont pas anodines et présentent pour certaines patientes un risque, notamment de pathologie thrombo-embolique. La prescription d'une pilule doit donc obligatoirement être précédée d'une consultation médicale.

Le suivi et le renouvellement de cette prescription sont également soumis à l'autorité médicale. Ceci est justifié par l'indication comme dans tout traitement à vérifier la tolérance, l'efficacité et l'observance de ce dernier. La réalisation d'un bilan lipidique et ainsi recommandé 3 mois après l'instauration d'une contraception orale combinée (109). Ces consultations pour renouvellement devraient également être l'occasion de vérifier si le mode de contraception est toujours adapté à la patiente et de redonner une information appropriée. Notre étude comme de nombreuses autres a

montré que ce n'était pas le cas en pratique. La consultation pour renouvellement de pilule est perçue comme inutile et contraignante.

2. Une certaine souplesse déjà en vigueur

Comme nos patientes, beaucoup plaident pour un assouplissement des conditions de renouvellement. On peut rappeler d'une part que la prescription d'une contraception peut être faite par différents professionnels : médecin généralistes, gynécologues, sages-femmes, planning familial et un renouvellement d'ordonnance peut être fait par une infirmière scolaire pour une durée maximum de 6 mois si l'ordonnance initiale date de moins d'un an.

Afin d'éviter une « rupture de protection contraceptive », une certaine souplesse est également en vigueur dans les pharmacies. Les pharmaciens peuvent dispenser des médicaments contraceptifs oraux sans ordonnance en cours de validité si les conditions suivantes sont respectées :

- lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins de 1 an est expirée
- seulement lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée ;
- sans dépasser un total de 6 mois (13)

Ces dispositions permettent une délivrance d'appoint en pharmacie lorsque la fin d'une prescription n'a pas été anticipée mais ne permettent pas aux femmes de s'affranchir de suivi médical pour le renouvellement de leur pilule à long terme.

3. Vers une pilule sans ordonnance ?

Certains vont plus loin et militent pour une vente de pilule contraceptive sans ordonnance comme c'est déjà le cas dans certains pays comme la Russie, la Turquie, le Portugal et la plupart des pays d'Amérique du sud (110). Le Collège Américain des Gynécologues Obstétriciens recommande d'ailleurs

depuis 2012 la vente des pilules contraceptives sans ordonnance. L'identification des patientes à risque de complications serait faite en remplissant un questionnaire avec l'aide du pharmacien, elles seraient alors orientées vers une consultation médicale. Les gynécologues soulignent également qu'une telle mesure permettrait une plus grande responsabilisation des femmes et donc une meilleure adhésion.

En France, en avril 2017, le collectif « libérez ma pilule » composé de médecins, de pharmaciens, du Planning familial et de féministes a publié une lettre ouverte adressée aux laboratoires pharmaceutiques pour demander la mise sur le marché d'une pilule contraceptive sans ordonnance (111). Il s'agirait d'une pilule progestative. Cela permettrait une plus grande autonomie des femmes et d'améliorer l'accès à la contraception.

Toujours en avril 2017 un laboratoire français a déposé aux Etats-Unis une demande d'AMM pour la commercialisation d'une pilule sans ordonnance. Aucune mesure similaire n'a pour l'instant été annoncée en France.

4. Dualité entre un choix de vie intime de la femme et une réponse « médicalisée »

Avant la légalisation de l'accès libre à la contraception en 1967, des méthodes contraceptives circulaient déjà en France. Les couples avaient alors recours au retrait ou à des méthodes barrières (diaphragme ou préservatif). Les pratiques contraceptives ne se discutaient que dans un cadre privé, entre les partenaires. Avec l'arrivée des méthodes dites « modernes », la contraception s'est de plus en plus médicalisée. L'accès aux contraceptifs hormonaux ou au DIU étant conditionné par une prescription, le sujet est sorti du cadre intime pour être discuté en cabinet médical (12). Ceci a permis l'émancipation des femmes qui n'étaient plus tributaires du comportement de leur partenaire pour la gestion de leur fertilité. La contraception « traditionnelle de couple » est devenue une contraception « féminine » mais aussi « médicale »(12). La femme reste perçue comme une patiente alors qu'elle n'est pas malade (13) (112). C'est bien de ce statut de « patiente », assujettie à l'autorité médicale, que les femmes souhaitent maintenant s'émanciper.

F. La place du partenaire

1. Différences générationnelles

Les premiers codages nous ont initialement laissé penser qu'il existait une différence dichotomique entre les patientes les plus jeunes et leurs aînées concernant la place de leur(s) partenaire(s) dans leur contraception. L'émergence au fil de notre travail de cas négatifs, nous ont poussé à affiner notre analyse.

A la question : « *souhaitez-vous qu'il (votre partenaire) s'investisse plus dans la contraception ?* » un peu plus de la moitié (58.3 %) des participantes répondent « oui ». Si l'intensité de cet investissement souhaité était variable (allant de la simple information à l'évocation d'une pilule masculine), sa justification était la même pour toutes : faire de la contraception une affaire de couple et non pas uniquement une affaire de femme. On peut relever que cette posture était adoptée par des femmes de tout âge (allant de 18 à 42 ans dans notre échantillon).

Les 41.7 % restant ne souhaitaient pas que leur(s) partenaire(s) s'investissent plus dans leur contraception. Dans cette population par contre, les arguments étaient clairement différents en fonction de l'âge des interviewées. Chez les plus jeunes, cette réponse est souvent justifiée comme un élément personnel et intime « ça me regarde ». Cela pourrait être interprété comme une défense contre une intervention extérieure, mais aussi comme un besoin d'affirmer son affranchissement et son émancipation « je suis une femme adulte et responsable, capable de gérer sa contraception », une patiente dit explicitement : « j'suis assez grande pour gérer ça » (E12). Il semble que cette solitude face à cette question de la contraception soit parfois vécue comme « le prix à payer » pour cette liberté : « donc pour moi j'dois m'débrouiller toute seule quoi » (E12).

Au contraire, les femmes plus âgées, ayant déjà constitué une famille, évoquent parfois l'importance d'assumer à deux cette charge. Peut-être parce que ces femmes et leur conjoint souvent de la même tranche d'âges sont plus assurés et « rassurés » dans leur place sociale (d'adulte indépendant) et

familiale. Féminité et virilité seraient peut-être moins à démontrer une fois la famille constituée. Celles qui ne s'expriment pas en faveur d'un investissement plus important de leur conjoint le font plus par résignation. Elles jugent leurs partenaires désintéressés ou moins dignes de confiance : « je ferai pas forcément confiance. Je préfère la gérer moi-même parce que les risques c'est moi qui les ai après. » (E8)

2. Du côté des hommes

Dans le cadre du projet FECOND, il a été mis en évidence qu'entre 2005 et 2010, 5 % des hommes hétérosexuels et sexuellement actifs, ont connu un épisode de paternité non désiré (113). Et parmi l'ensemble des grossesses déclarées au cours de la même période, 22,5 % n'étaient pas intentionnelles, c'est à dire non souhaitées ou non prévues. D'autre part l'implication du partenaire dans le choix de la contraception permet de favoriser l'observance et l'acceptation de la méthode par les femmes (114). Les hommes sont donc directement impactés par la question de la contraception, non seulement en termes de conséquences en cas d'échec mais aussi en termes d'influence qu'ils peuvent avoir.

Dans sa thèse soutenue en 2015, Delphine CADIERGUES a interrogé 258 hommes de 15 à 55 ans au sujet de la contraception. 75 % d'entre eux considéraient qu'ils étaient suffisamment voire parfaitement informés sur le sujet (115). Pourtant leurs connaissances pratiques restent limitées et empreintes de fausses croyances. L'information qui est toujours à améliorer pour nos patientes doit aussi s'adresser aux hommes. Cet auditoire est d'autant plus à conquérir que selon les conclusions d'une étude de 2012 sur les connaissances des jeunes hommes en matière de contraception : « le médecin généraliste n'était pas l'interlocuteur privilégié des jeunes adultes en cas de recherche d'informations sur la contraception » (83). L'information des hommes sur la contraception doit donc être à l'initiative du médecin.

Toujours en 2015, une étude qualitative menée par Hortense VIEL s'est intéressée à l'implication des hommes dans la contraception de leur(s) partenaire(s) (116). Elle souligne que si beaucoup se sentent concernés et aspirent à plus d'égalité en la matière, peu s'investissent concrètement au quotidien.

Il est vrai que l'offre de contraception masculine est très limitée. Sur sa fiche de recommandations mises à jour en juillet 2019, la HAS ne liste que le préservatif, la vasectomie et la méthode du retrait (114). Les groupes pharmaceutiques se sont désengagés de la recherche sur la contraception masculine depuis plusieurs années par crainte d'un retour sur investissement trop faible (117).

Mais la recherche poursuit ses efforts. Des techniques alternatives telles que les injections mensuelles massives d'hormones, le « slip chauffant » pour augmenter la température des bourses ou l'injection de gel dans le canal déférent pour entraver la mobilité des spermatozoïdes ont été présentées. Elles n'ont pour l'instant pas été jugées suffisamment efficaces et/ou sûres au niveau de leurs effets indésirables pour être proposées à grande échelle.

Des résultats encourageants dans le développement d'une « pilule pour homme » nous viennent des Etats-Unis (117) (118). En 2019 et 2020, deux prototypes de pilules combinant androgènes et progestatifs (11-beta-MNTCD et dimétandrolone undécanoate) ont passé les essais de phase 1. Ces pilules se sont révélées capables de faire baisser significativement le taux de testostérone et d'autres hormones responsables de la production de spermatozoïdes. Bien que prometteur, un tel mécanisme d'action impose un délai de plusieurs semaines avant d'être pleinement efficace sur la fertilité. Ce même délai est à prévoir en termes de réversibilité des effets de ce traitement.

Une équipe australienne travaille au développement d'une pilule non hormonale, agissant sur le transport des spermatozoïdes hors du corps lors de l'éjaculation (117). Leurs recherches se concentrent sur des molécules qui empêchent l'activité de deux protéines spécifiques situées sur les cellules musculaires entourant les canaux déférents et permettant leur contraction. La méthode s'annonce sûre, rapidement efficace et réversible.

Se pose encore la question de l'acceptabilité de la contraception pour hommes. Pour certains, virilité et capacité de procréer sont indissociables (119). Le prise d'une contraception peut être associée à la remise en cause de leur statut masculin, avec la crainte d'un risque de stérilité et d'impuissance (116). La pilule contraceptive féminine est perçue comme « allant à l'encontre d'un processus normal », et donc s'accompagnerait systématiquement d'effets indésirables (83). Ces représentations issues du monde contraceptif féminin imprègnent déjà l'idée d'une pilule masculine avant même que celle-ci soit sur le marché. Les hommes seraient cependant ouverts à de nouvelles contraceptions masculines à condition que celles-ci soient fiables, de longue durée d'action et sans effet secondaire (119).

G. Perspectives

L'information reste la clef d'une bonne adhésion et d'une utilisation adéquate et donc efficace de la contraception orale. Celle-ci doit toujours être améliorée.

Plusieurs pistes ont ainsi été évoquées lors de ce travail.

1. Améliorer l'information des plus jeunes

Les patientes ont insisté sur leur besoin d'échange avec leur médecin traitant mais ne solliciteront pas une consultation pour ce seul motif. Elles ont également déclaré que l'information sur la contraception devrait s'inscrire dans un cadre plus large de sensibilisation à la sexualité et de prévention et devrait même être abordée avant la première prescription de pilule. Les plus jeunes ayant habituellement peu de problèmes de santé, elles consultent rarement et aborderont encore moins spontanément le sujet avec leur médecin. C'est donc au médecin d'initier la discussion. Nous avons ainsi identifié plusieurs pistes d'amélioration :

- Profiter de l'existence des cours d'éducation à la sexualité et à la vie affective en milieu scolaire pour aborder le sujet. Vérifier que la jeune personne (fille ou garçon) a pu bénéficier de cette sensibilisation, s'appuyer sur cet élément pour ouvrir la discussion, demander au patient s'il a des questions à ce sujet.
- Essayer de faire le point lors de consultations pour certificats médicaux d'aptitude au sport.
- La consultation dédiée à la première prescription de contraception (CCP) est peu utilisée car peu connue par les patientes. On peut espérer que la récente obligation d'une consultation de suivi pour les 15 – 16 ans soit l'occasion d'aborder les questions de prévention, de sexualité et de contraception (et si nécessaire, d'orienter vers une CCP). Il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de cette consultation obligatoire entre 15 et 16 ans.

2. Améliorer l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli

Concernant plus particulièrement les oublis, les patientes semblaient globalement bien informées et en mesure de trouver une source fiable d'information si besoin. Le recours à la notice, comme le préconise les recommandations, est effectif. Il serait intéressant pour les prescripteurs de mieux connaître la notice des pilules afin de savoir si les explications y figurant sont clairement compréhensibles et adaptées à la patiente. Si ce n'est pas le cas, de petits supports pratiques existent déjà et pourraient être distribués à ces patientes (Annexe IV).

Pourtant, des zones d'ombre et de fausses croyances persistent, notamment en ce qui concerne la pilule du lendemain. Les recommandations sont en faveur d'une prescription anticipée de cette contraception d'urgence au cas par cas plutôt que systématiquement. Nous pensons que cette possibilité doit au moins pouvoir être évoquée avec les patientes de façon systématique, même si elle ne se solde pas toujours par une prescription. Cette habitude pourrait également faire office d'aide-mémoire pour les praticiens. Voir sur l'ordonnance que l'on s'apprête à renouveler la présence d'une boîte de contraceptif de rattrapage incitera plus le prescripteur à interroger la patiente sur ses oublis

de pilule, si elle a eu besoin d'utiliser la pilule du lendemain, en somme si elle sait correctement gérer ses oublis de pilule et si ce mode de contraception lui est toujours adapté.

3. Améliorer l'information lors du renouvellement de pilule

Les patientes ont souvent révélé que l'information donnée initialement n'était pas forcément répétée lors des renouvellements de pilule. Les praticiens sont conscients de cette absence de répétition de l'information et l'expliquent le plus souvent par un manque de temps, une consultation dense dans laquelle la demande de renouvellement de pilule est un motif secondaire (57). Il est vrai qu'une information complète sur la contraception est longue et complexe (c'est d'ailleurs la raison qui a motivé la création d'une consultation dédiée à la première prescription (CCP)). Mais le renouvellement ne pourrait-il pas faire l'objet d'une « information minimale » ? A l'image du conseil minimal d'arrêt du tabac chez un fumeur, on peut imaginer une ou deux phrases/questions à poser systématiquement au moment du renouvellement. « Avez-vous des oublis de pilule ? », « Savez-vous quoi faire en cas d'oubli ? » par exemple. En cas de besoin, une information adaptée pourra alors être apportée.

Il serait intéressant d'évaluer la faisabilité d'une telle mesure auprès des médecins généralistes. Sur le plan pratique, cela est-il réalisable en cabinet de ville par des praticiens déjà fortement sollicités et en manque de temps ? Il serait également intéressant d'évaluer l'acceptabilité d'une telle mesure par les patientes. Elles sont en demande d'informations mais paradoxalement n'ont pas d'attente spécifique autre que la délivrance d'une ordonnance lors de leur consultation de renouvellement (1). D'autre part, l'aspect obligatoire de la prescription médicale pour la poursuite de leur contraception est déjà vécu comme une contrainte. Comment serait vécu un interrogatoire systématique sur leur oubli ? Enfin quel pourrait être l'impact d'une telle mesure sur l'information donnée et les connaissances des patientes ?

4. Améliorer la collaboration avec les pharmaciens

Enfin les pharmaciens ont été cités à de nombreuses reprises et occupent une place importante dans nos résultats. Ils interviennent dans la délivrance de la contraception régulière mais également de la contraception d'urgence. Ils pourraient être associés à l'explication de la conduite à tenir en cas d'oubli en se basant sur la notice ou en délivrant un support d'informations plus clair en cas de besoin. Si une pilule sans ordonnance voit le jour, leur concours sera probablement indispensable afin de dépister les patientes à risque (thrombo-embolique en particulier) et nécessitant une consultation médicale. Il pourrait être intéressant d'explorer leurs points de vue sur tous ces sujets afin d'élaborer des pistes d'améliorations dans cette relation triangulaire Médecin – Pharmacien – Patient.

V. CONCLUSION

La pilule reste le premier mode de contraception utilisé en France. Son excellente efficacité théorique est limitée en pratique par des oublis de prise et une mauvaise gestion de ces oublis. De nombreux travaux se sont intéressés aux connaissances et à l'information des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Ces travaux ont conclu à l'efficacité d'une information orale et écrite et au développement d'outils d'aide quant à la conduite à tenir en cas d'oubli. Parallèlement, le renouvellement de contraception orale ne fait que rarement l'objet d'une consultation dédiée ne permettant pas toujours la délivrance d'une information appropriée. Les professionnels soulignent un manque de temps dans une consultation aux motifs multiples et les patientes admettent ne pas avoir d'attentes particulières concernant ce renouvellement, souvent vécu comme contraignant.

L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti des patientes concernant l'information donnée lors de la prescription de leur pilule en général, et sur l'oubli de pilule en particulier.

Cette recherche a été effectuée par une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de douze femmes majeures utilisatrices de la pilule et consultant en cabinet de médecine générale. L'analyse en a été faite selon la méthode de la théorisation ancrée.

La consultation pour première prescription de pilule est habituellement un temps privilégié, pouvant permettre de dépister les situations à risque d'oubli. La participation et l'implication des patientes dans leur choix de contraception apparaissent essentiels. Pour cela, les femmes interrogées sont en demande de plus d'explications sur leur pilule - et sur les autres modes de contraception - afin d'éclairer leur choix ; et d'un plus grand temps d'échange sur le thème de la contraception voire de leur intimité.

L'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli est facilement donnée lors de la prescription initiale mais rarement répétée au cours des prescriptions de renouvellement. Pour autant, en cas d'oubli, les patientes ont globalement une attitude plutôt adaptée. Si les consignes sont trop lointaines dans le temps, les sources d'informations qu'elles consultent sont en général pertinentes. L'usage de la notice est répandu et peut être considéré comme un outil à présenter lors de l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

L'usage de la pilule du lendemain reste problématique. Si son existence et son mode d'obtention sont connus, elle fait l'objet de fausses croyances et son utilisation apparaît souvent associée à un besoin de justification, engendrant facilement un sentiment de culpabilité. L'information doit être améliorée. La proposition systématique de la prescription anticipée d'une contraception d'urgence, approuvée par les femmes interrogées, paraît intéressante.

Paradoxalement, si les patientes demandent plus d'explications et d'échange sur leur contraception, elles perçoivent le renouvellement de leur pilule comme une formalité contraignante. En conséquence, la demande de renouvellement de pilule est souvent formulée en motif annexe lors d'une consultation de médecine générale. L'intégration à cette modalité de renouvellement d'une information du type du conseil minimal – à partir de deux questions simples : « vous arrive-t-il d'oublier votre pilule ? » et « savez-vous quoi faire en cas d'oubli ? » - pourrait être suggérée et généralisée.

Par ailleurs, si les patientes ont majoritairement confiance en l'efficacité de leur contraception, ayant intégré que la principale cause de grossesse sous pilule est l'oubli ; elles remettent en question l'innocuité de celle-ci et redoutent parfois les effets indésirables bénins ou graves, exprimant une certaine méfiance vis-à-vis des hormones. Ainsi, si la pilule était auparavant considérée comme un moyen de libération des femmes, elle fait aujourd'hui de plus en plus l'objet de suspicions. L'information que nous devons à nos patientes doit pouvoir prendre en compte ces craintes. Les

plaintes liées aux retentissements d'effets secondaires considérés comme « bénins », devraient être accueillies avec bienveillance et écoute active, renforçant l'idée de la participation et l'implication des patientes dans leur choix de contraception.

Il existe donc manifestement un décalage entre l'information donnée et l'information souhaitée par les patientes. Ce décalage peut s'expliquer par le fait que la contraception orale hormonale est une réponse médicalisée à une question qui ne relève pas de la pathologie. La gestion de leur fertilité par la pilule est pour les femmes une question d'autonomie. Pourtant de nombreux aspects sont vécus comme une contrainte : mode de prise, renouvellement, effets indésirables. La question de la gestion des oublis est vécue comme intrusive puisqu'elle sous-entend que la patiente pourrait faillir dans son émancipation, alors qu'au contraire il s'agit de lui apporter les connaissances indispensables pour faire face à ces situations et éviter une grossesse non désirée. C'est à ce paradoxe que l'information donnée par le médecin doit essayer de répondre. Une des pistes de réponses est peut-être de s'informer d'abord des connaissances et des questionnements de la patientes avant de transmettre les informations nécessaires à la bonne gestion de sa contraception.

VU

Strasbourg, le 29 décembre 2020

Le Président du Jury de Thèse

Professeur Philippe DERULLE



VU et approuvé
Strasbourg, le 07 JAN 2021
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLI



VI. ANNEXE

A. Annexe I : Trame d'entretien

Trame d'entretien

Identité de la patiente

Informations démographiques

Nom, Prénom (anonymisé)

Age

Situation familiale (célibataire ou en couple, nombre d'enfants)

Lieu de résidence

Classe Socio-Professionnelle : travail, niveau d'étude.

Informations médicales

Quel est le nom de votre pilule ?

Depuis combien de temps la prenez-vous ?

A quel âge avez-vous commencé la pilule ?

La première prescription de pilule

Racontez-moi comment s'est déroulée votre première prescription de pilule ?

Questions de relance :

- Qui est à l'origine de la demande de contraception ?
- Qui a fait cette première prescription ?
- Pour quelle raison avoir débuté la pilule ? Quel était le motif principal de cette demande ?
- Quelles informations avez-vous eues lors de cette première prescription ? Ou qu'en avez-vous retenu ?
- Après cette première prescription quel a été la suite de votre contraception ?

Concernant les oublis :

Que faire :

- **En cas d'oubli de pilule, que feriez-vous ?**

Questions de relance :

- Quelle est votre expérience au sujet de l'oubli de pilule ? Dans quelles circonstances ?
- Qu'avez-vous mis en place pour éviter les oublis ?
- Que savez-vous de la contraception d'urgence ?
- Comment avez-vous eu ces informations ?
- Que pensez-vous de la prescription d'une pilule du lendemain en même temps que votre prescription de contraception ?

Information :

- **Comment avez-vous été informée de la marche à suivre en cas d'oubli de pilule ?**

Questions de relance :

- Quelles autres informations auriez-vous souhaitées ? Sur quel support ?
- Quelles sont les questions que vous n'osez pas poser à ce sujet ?
- En cas de problème, où iriez-vous chercher des réponses ?

Contraception et grossesses :

- **Quel est votre niveau de confiance en votre contraception par rapport au risque de grossesse ?**

Questions de relance :

- Selon vous, pourquoi ne pourrait-on pas faire confiance à la pilule ?
- Quel est votre niveau d'angoisse par rapport à une éventuelle grossesse ?
- Avez-vous peur d'une grossesse sous pilule ? Pourquoi ?
- Pour vous quelles seraient les situations où il est possible de tomber enceinte sous pilule ?

La place du partenaire :

- **Quelle est la place de votre ou vos partenaires dans la gestion de votre contraception ?**

Questions de relance :

- En cas d'oubli par exemple ?
- Trouvez-vous utile de l'impliquer dans la contraception ? Pourquoi ? Comment ?
- Quelle place souhaitez-vous qu'il(s) ai(ent) ?

Contraception au quotidien :

- **Comment ça se passe avec votre pilule actuelle ?**

Questions de relance :

- Comment est-elle intégrée dans votre quotidien ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- Quelle est votre tolérance à ce traitement ? Comment la « supportez-vous » ?
- Comment envisagez-vous votre contraception à l'avenir ?

Le renouvellement

- **Comment se passent vos renouvellements de pilule ?**

Questions de relances

- Qui procède au renouvellement ? A quelle fréquence ?
- Quelles sont vos interrogations au moment du renouvellement ?
- De quelles informations bénéficiez-vous au moment du renouvellement ?
- S'il y avait des choses à changer concernant vos renouvellements lesquelles seraient-elles ?

Expression libre

- **Avez-vous des choses à ajouter sur le sujet ?**

B. Annexe II : Fiche d'information et de consentement**Fiche d'information**

Vous vous apprêtez à participer à une étude sur la contraception et je vous en remercie.

Les éléments de cette étude serviront à l'élaboration d'une thèse de médecine.

Votre participation est garantie anonyme et le restera, votre nom n'apparaîtra à aucun moment dans ce travail.

Au cours d'un entretien nous aborderons plusieurs questions relatives à la contraception.

Pour les besoins de l'étude, et afin de rester fidèle à votre témoignage, l'entretien sera enregistré (toujours de façon anonyme).

Je vous remercie une fois encore de votre participation.

Sandra PFEIFFER

Je, soussignée certifie avoir été informée des modalités de l'étude de Mme PFEIFFER Sandra, avoir eu la garantie de l'anonymat et y participer librement.

Signature

C. Annexe III : exemple d'entretien E3

Racontez-moi comment s'est déroulée votre première prescription de pilule ?

Donc je suis allée chez la gynécologue parce que j'avais des règles abondantes, et pas du tout régulières. Donc elle m'a prescrit la Minidril d'abord. Et j'ai pris une trentaine de kilos avec cette pilule-là, que j'ai donc arrêtée. Je voulais arrêter totalement la pilule suite à ça. Et on a vu que sans prendre la pilule j'avais plus du tout mes règles de manière naturelle. Et donc comme j'avais des nodules qui apparaissaient j'ai dû recommencer à la prendre et ça m'a amené à ma deuxième consultation.

C'était Leeloo à ce moment-là ? Oui j'ai repris la Leeloo que j'ai arrêtée et repris quand j'ai vu que ça revenait pas de manière naturelle, on a fait le test.

Qui est à l'origine de la demande de contraception ?

C'est ma mère m'avait conseillé pour des règles abondantes il me semble.

Quelles informations avez-vous eues lors de cette première prescription ?

Elle m'a indiqué de la prendre trois semaines en continue, de l'arrêter pendant une semaine, de la reprendre. De me mettre un réveil pour me souvenir de la prendre. A l'époque elle m'a dit de pas le reprendre le lendemain si je l'avais oublié, sauf s'il y a eu un rapport, alors plutôt une pilule du lendemain à ce moment-là. Et voilà c'est ce qu'elle m'a dit grosso-modo.

Que vous a-t-elle dit d'autre par rapport aux oublis ?

Euhh, juste pas en reprendre deux du coup pour compenser.

En cas d'oubli de pilule, que feriez-vous ?

Ben ma fois, si j'ai pas de rapport non protégé, rien. Je la reprends le soir d'après heure habituelle et c'est tout.

Et en cas de rapport ?

Pilule du lendemain.

Pour vous le rapport c'est la nuit d'avant, la semaine d'avant... ?

Hum, j'en sais rien. J pense que dans le doute, même si pendant la semaine je l'ai pris correctement, qu'il y a juste eu un oubli, je ferais quand même attention.

Que savez-vous de la contraception d'urgence ?

Faut pas que ça devienne trop systématique, faut que ça reste juste urgent. Et il me semble que une fois majeure, c'est plus compliqué. Je sais pas j'ai pas eu à la prendre.

Vous n'avez jamais eu besoin de la chercher ?

Si à 17 ans, mais juste à 17 ans. Ils m'ont pas posé de question spécialement, ils m'ont pas demandé de carte vitale, ils m'ont juste donné le paquet et voilà.

Ils vous ont expliqué comment la prendre ?

Du tout. Du tout

Donc vous saviez que vous pouviez chercher la pilule du lendemain. Comment avez-vous eu ces informations ?

Je le savais ; je sais pas comment. Mais je pense que c'est des choses comme ça qu'on sait.

Avez-vous eu personnellement des expériences par rapport à l'oubli ?

Non

Quand vous avez pris la pilule du lendemain à 17 ans, c'était dans quelles circonstances ?

Rapport protégé sous pilule mais préservatif qui avait craqué. Donc... Comme j'avais déjà oublié je préférais.

Vous me parliez d'un réveil concernant l'heure de prise de la pilule. C'est toujours en place ?

Oui, oui parce que j'ai peur de l'oublier

Que pensez-vous de la prescription d'une pilule du lendemain en même temps que votre prescription de contraception ?

Ça pourrait être pas mal je pense, pour que ça soit plus... limite en mettre une dans le paquet, qui serve pas mais ça peut être pas mal. Plutôt que d'aller en pharmacie surtout qu'il y a un regard généralement de jugement de la part des gens qui servent. Alors ça peut être pas mal et rassurant surtout pour les plus jeunes. Après on fait plus attention une fois qu'on a l'habitude de la prendre mais au début l'oubli peut être plus systématique. Je sais qu'au début, mes plaquettes il en restait cinq, six dessus parfois, parce que j'oubliais, j'avais pas forcément le « reflexe-pilule » encore.

Comment avez-vous été informée de la marche à suivre en cas d'oubli de pilule ?

La gynéco m'a dit qu'en cas d'oubli il y a un risque de grossesse, donc vaut mieux aller en pharmacie, faire ce qu'il faut et faire un test de grossesse après quand même pour s'assurer.

Quelles autres informations auriez-vous souhaitées ?

Peut-être en allant la chercher, qu'on me dise, voilà s'il faut checker ou pas, s'il faut la prendre à tel moment, ou le nombre d'heures après laquelle elle est plus efficace, ça je l'ai appris de mon côté mais on nous le dit pas forcément. J'trouve qu'il faudrait informer plus, quitte à donner un petit dépliant en même temps.

Sur un autre support ?

Oui je pense que ça peut aider, ben les plus jeunes aussi toujours. Parce que maintenant ils les prennent aussi plus jeunes. Ça peut être pas mal.

Quand vous dites que vous vous êtes informé par vous-même, où avez-vous trouvé ces informations ?

Sur le net il me semble. En discutant avec des copines qui étaient confrontées à ça. Des discussions plutôt ouvertes.

Quelles sont les questions que vous n'osez pas poser à ce sujet ?

J'sais pas, j'en ai pas particulièrement. J'ai toujours pris une gynécologue femme pour être plus à l'aise. Donc quand j'avais des questions ou si j'avais des problèmes et que je prenais la pilule, je préférais lui demander si c'était lié. Parce que j'ai eu une période où j'avais des abcès sous-cutanés, donc je lui ai demandé si ça pouvait être lié ; elle m'a dit que non apparemment et puis voilà. J'ai toujours été assez bien suivie, je posais des questions s'il y avait des problèmes. Ça a été.

En cas de problème, où iriez-vous chercher des réponses ?

Plutôt auprès d'un médecin que sur internet où on peut lire un peu tout et n'importe quoi. Je préfère me prendre le temps et m'assurer qu'il n'y a rien derrière.

Plutôt quel professionnel ?

Peut-être ma gynécologue directement. Appeler pour prendre un rendez-vous, généralement ils sont assez arrangeants.

Quel est votre niveau de confiance en votre contraception, par rapport au risque de grossesse ?

Sur 10 ? 8, oui 8/10.

Pour vous quelles seraient les raisons pour lesquelles la contraception par pilule ne serait pas efficace ?

Bonne question. Je sais qu'il y a toujours des risques. C'est pas une chose sûre à 100% je crois qu'on parle de 99 et quelques %, donc il y a quand même un petit risque. Avec les oublis et des gens qui se font pas suivre par la suite ben forcément le risque est encore accru. Et puis je pense qu'avec les hormones chacun réagit différemment, il y en a qui sont peut-être moins sensibles ou plus sensibles..

Et pour vous personnellement, pourquoi vous ne mettriez « que un 8/10 » ?

Euhh, parce que j'ai des amies qui sont tombées enceinte sous pilule donc voilà.

C'est une angoisse pour vous aussi ?

Non pas spécialement.

Quelle est la place de votre ou vos partenaires dans la gestion de votre contraception ?

La pilule j'ai toujours été la chercher moi-même, je la prends. Après les partenaires demandent si on la prend, donc avec mes copains j'ai toujours été assez claire. Voilà je la prends y a pas de risque mais je préfère protéger à côté quand même, pour le reste.

Trouvez-vous utile de l'impliquer dans la contraception ?

Ça peut être bien aussi bien sûr, maintenant on parle des pilules pour les hommes aussi donc je trouve ça plutôt pas mal si ça peut marcher. Ben oui il n'y a pas que les femmes.

Quelle serait la place que vous souhaiteriez qu'ils aient ?

Qu'un homme soit informé ça peut être pas mal aussi. Justement voilà s'il y a un problème « pilule du lendemain » que ce soit pas à la femme de paniquer, et voilà.

Comment ça se passe avec votre pilule actuelle ?

J'ai eu du mal au début, donc je pleurais vraiment très souvent. Elle m'a rendu assez sensible. A côté de ça je l'ai quand même assez bien supportée. Comme j'ai pas trop le choix de la prendre... J'aimerais bien l'arrêter, j'aimerais bien être sans, parce que ça reste des hormones. Mais je peux pas donc ...

Pourquoi par rapport aux hormones ?

Une amie a fait une embolie pulmonaire suite à un changement de pilule et ça m'a fait très très peur sur le coup. Donc j'en avais parlé à ma gynécologue mais elle m'avait dit que malheureusement, moi il y avait le risque que si je l'arrête ben ça fonctionne de nouveau pas et j'ai vraiment beaucoup

souffert pendant les neuf ou dix mois où j'ai pas eu les règles du coup c'était ... Pour l'instant je continue mais bon...

Comment est-elle intégrée dans votre quotidien ?

Ben je la prends tous les jours c'est déjà pas mal. Et voilà je fais attention parce qu'elle m'a dit justement comme la première j'ai pris beaucoup de poids avec, elle m'a demandé si j'avais changé mes habitudes alimentaires j'ai dit que non. Que je faisais du sport mais malgré ça... Parce qu'elle m'a dit que ça pouvait augmenter la faim, ou que on se rendait plus compte qu'on avait pas faim justement. Donc j'ai fait attention mais...

C'est une contrainte d'y penser tous les jours ?

Oui ! Et puis d'avoir toujours la prescription. Parce que je sais que j'aime pas beaucoup aller chez le gynécologue, j'y vais pas systématiquement. Il faut la faire prescrire, on se rend compte qu'on arrive à la fin. Et oui il faut y penser, quand on part quelque part faut que je l'aie sur moi, faut que je la prenne à heure plus ou moins régulière sinon j'oublie. Donc oui, si je pouvais m'en passer ce serait bien.

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Y penser quand je dois partir

Comment envisagez-vous votre contraception à l'avenir ?

Comme dit, j'aimerais l'arrêter. Si un jour on trouve une solution pour que malgré ça je fonctionne naturellement. Elle m'a dit peut-être qu'avec une première grossesse ça s'arrangerait, mais on peut pas être sûr. Si je peux je l'arrêtera c'est sûr.

Pour passer sur un autre mode de contraception ?

Eventuellement un implant ou un stérilet dans le futur. Ou rien

Quelles informations avez-vous eu par rapport aux autres modes de contraception ?

J'ai commencé à m'intéresser. On m'a dit que le stérilet généralement avant une première grossesse, un premier accouchement ils conseillent pas trop. Les implants ça m'attire pas spécialement. Bon la pilule ça reste quelque chose de pas contraignant, c'est pas douloureux. Vu que je la supporte bien je cherche pas au-delà pour l'instant.

Comment se passent vos renouvellements de pilule ?

J'ai déjà demandé à mon médecin de la faire. Sinon je vais... je suis allé chez la gynécologue l'an dernier. C'est vrai que pour l'instant, elle me fait pas de frottis ou d'examen systématique, elle me dit tant qu'il n'y a pas de soucis particulier je pouvais demander un renouvellement ailleurs.

A quelle fréquence ?

Généralement j'ai un renouvellement sur deux ou trois fois. Donc ça me tient, comme c'est trois plaquettes, de 6 à 9 mois.

Quelles sont vos interrogations au moment du renouvellement ?

Est-ce-que j'ai envie de la continuer ? Arrêter ou non ? je dirais. Il y a l'envie d'arrêter, il y a le corps qui dit que non.

De quelles informations bénéficiez-vous au moment du renouvellement ?

J'en ai pas. Je vais juste parfois donc chez la gynécologue pour faire un suivi et comme je la supporte bien on fait pas trop le point par rapport à ça elle m'en propose pas d'autre. Comme je demande pas

d'évolution, j'ai jamais eu même trop d'acné donc on a pas besoin d'adapter avec une pilule différente.

Par rapport aux génériques qu'avez-vous à dire ?

J'ai toujours eu la même. Depuis que j'ai changé, j'ai la Leeloo Gé donc ça se passe bien.

S'il y avait des choses à changer concernant vos renouvellements lesquelles seraient-elles ?

Renouvellement moins compliqué je pense. A partir du moment où on veut continuer qu'il y ait pas à chaque fois une date butoir. Après tout si on veut aller chez la gynécologue ça doit être notre choix et pas une contrainte parce qu'on doit renouveler. Plus facile ouai je dirais.

Par rapport à l'oubli en particulier ?

Non, après c'est une responsabilité qui nous appartient. C'est à nous de faire attention.

Ça vous pèse ?

Non ça va. Maintenant ça va mais c'est vrai que plus jeune quand on commence ... ben j'avais quand même que 15 ans, c'est pas vraiment quelque chose dont on se soucie. Surtout quand il n'y a pas vraiment encore de rapports sexuels on se dit « c'est vraiment pour me protéger », c'était pour mes règles donc il y avait moins de pression j'ai envie de dire.

Par rapport au risque de grossesse ?

C'est ça, quand on est plus jeune on y pense moins fréquemment, on se dit pas « ben maintenant faut que je la prenne sinon il y a un risque » donc on y pense pas.

Comment s'est passé la transition entre « je la prends parce que j'ai des règles irrégulières » et « maintenant j'ai un copain ou j'ai des relations » ?

On fait plus attention.

On vous a refait un petit point ?

Non. Vraiment je regardais. Je suivais, ben je regardais la date, « maintenant voilà on est lundi, c'est bon ça concorde, j'ai pas oublié, c'est bon je suis à jour ». Et vraiment le réveil systématiquement. Avant j'avais tendance à remettre à plus tard et oublier de la prendre donc, du coup je savais que maintenant j'avais plus trop le droit de le faire.

C'est une prise de conscience personnelle ?

Ça vient avec la maturité je pense, on prend conscience aussi.


Vous avez quelque chose à ajouter par rapport à tout ça


Non, ça m'a l'air assez complet.

Merci beaucoup

D. Annexe IV : Carte INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » Recto/Verso

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?
Il faut réagir vite.


 République Française
 MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ


 www.inpes.sante.fr
 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Nom de votre pilule :

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

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

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

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

413 899 11C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,

il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

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

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



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

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Zaoui J. Renouveau de contraception orale en médecine générale: étude qualitative des facteurs déterminant la demande non dédiée des patientes de plus de dix-huit ans dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
2. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2005;34(1):53-61.
3. Annick Vilain (DREES). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. *Études Résultats.* sept 2019;(n°1125).
4. Annick Vilain (DRESS). 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans - Ministère des Solidarités et de la Santé. *Études Résultats* [Internet]. Sseptembre 2020 [cité 17 déc 2020];(1163). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
5. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle. *JORF* du 1 août 1920
6. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. *Le Point.* 2017 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
7. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
8. Toulemon L, Leridon H. Vingt ans de contraception en France: 1968-1988. *Population.* 1991;46(4):777-811.
9. INPES. Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? dossier de presse; 2011.
10. Beck F., Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis; 2013.
11. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1806>
12. Mireille Le Guen, Alexandra Roux, Mylène Rouzaud-Cornabas, Leslie Fonquerne, Cécile Thomé et Cécile Ventola pour le laboratoire junior Contraception&Genre. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation. *Popul Sociétés.* nov 2017;(549).
13. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
14. SAKINA BENBRIKA ABARANE. Déterminants sociodémographiques dans le choix de la méthode contraceptive chez des femmes de 18 à 40 ans au sein de la Cohorte Constances [Thèse d'exercice de médecine]. [France]: UNIVERSITE DE VERSAILLES ST-QUENTIN EN YVELINES; 2018.

15. De plus en plus de femmes délaissent la pilule pour une autre contraception [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/de-plus-en-plus-de-femmes-delaissent-la-pilule-pour-une-autre-contraception_116692
16. Service des recommandations professionnelles, de l'Anaes. STRATÉGIES DE CHOIX DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME. 2004 déc.
17. Direction générale de la Santé. Contraception : Pour une prescription adaptée. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2005.
18. Pignard E. Étude pilote du projet « OPTIMEGE »: Oubli de Pilule et ouTil d'Information en MEdecine GENérale concernant l'intérêt de la carte INPES intitulée « Que faire en cas d'oubli de pilule? » [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
19. Nathalie Bajos, Aline Bohet, Mireille Le Guen, Caroline Moreau et l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés. sept 2012;(492).
20. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet,, Caroline Moreau et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. mai 2014;(551).
21. août 2013 M | 25 mai 2012 | 25 CM à jour le 05. Les droits des femmes dans le monde – La santé [Internet]. madmoiZelle.com. 2012 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/femmes-monde-sante-106016>
22. Contraception et droits à l'avortement dans le monde : où en est-on ? [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/contraception-et-droits-a-l-avortement-dans-le-monde-l-argentine-va-t-elle-depenaliser-l-avortement_116719
23. Bajos N, Guillaume A, Kontula O. Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique. Council of Europe; 2004. 152 p.
24. L'accès à la contraception dans le monde : 100 000 décès de trop [Internet]. Alternatives Economiques. [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.alternatives-economiques.fr/laces-a-contraception-monde-100-000-deces-de/00069186>
25. United Nations • Department of Economic and Social Affairs • Population Division. World Contraceptive Patterns 2013. New York, NY 10017 United States of America; 2013.
26. Cibula DD. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. Eur J Contracept Reprod Health Care. 1 janv 2008;13(4):362-75.
27. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
28. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Stratégie d'actions en matière de contraception. 2007.
29. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, Childs M. The Coraliance study: non-compliant behavior. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. déc 2004;9(4):267-77.

30. Potter L, Oakley D, de Leon-Wong E, Cañamar R. Measuring compliance among oral contraceptive users. *Fam Plann Perspect*. août 1996;28(4):154-8.
31. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 févr 2006;34(2):120-6.
32. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2004.
33. Patrice Marie, Sophie Champollion, Rissane Ourabah. Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? *Exercer*. 2008;19(80):13 à 16.
34. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.
35. Rasch V. Contraceptive failure—results from a study conducted among women with accepted and unaccepted pregnancies in Denmark☆ ☆The study was funded by grants from University of Southern Denmark. *Contraception*. 1 août 2002;66(2):109-16.
36. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
37. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
38. Blayo C. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. *Population*. 1995;50(3):779-810.
39. Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Élodie Baril. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Conjonct Démographique - Ined - Inst Natl D'études Démographiques* [Internet]. 2014 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/le-nombre-ivg-est-stable-mais-moins-de-femmes-y-ont-recours/>
40. Contraception: From Accessibility to Efficiency - PubMed. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2003;18(5):994-9.
41. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception hormonale orale : dispensation en officine [Internet]. 2013 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine
42. Grisard M. Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule: l'information en question : enquête auprès de 218 utilisatrices de pilules oestroprogestatives [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2011.
43. Abdellah W. Que font les femmes dans la Somme quand elles oublient de prendre leur pilule ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
44. Joulia A. Contraception orale: améliorer l'observance par le conseil minimal : étude de cohorte 2012/2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.

45. CARLES Katy. La carte INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » : Un outil utile en médecine générale ? [Thèse d'exercice] [Rouen]: FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN; 2014.
46. Jager-Cardinale A-H. Les femmes et l'oubli de la pilule: enquête auprès de patientes en consultation de médecine générale dans le Var [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2012.
47. etude permanente de la prescription medicale observatoire thales - Recherche Google [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=etude+permanante+de+la+prescription+medicale+observatoire+thales>
48. Cohen J. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? : état des lieux et perspectives en 2020. Paris, France: Eska; 2000. 191 p.
49. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
50. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php#>
51. Darriau S. Les procédures de prévention lors des consultations avec prescription de contraception en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
52. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. 2013 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
53. Colin A. Le modèle BERCER est-il applicable en pratique courante?: enquête d'opinion auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2012.
54. TARTARE Coralie. La méthode BERCER lors de la primo-prescription de pilule. UNIVERSITE LILLE 2 ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHRU DE LILLE; 2018.
55. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 mai 2010;39(3):208-17.
56. Chapuis-Sicard C. Évaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
57. GALICHON Claire. La prescription et le suivi de la contraception : Difficultés rencontrées par le médecin généraliste. [Faculté de Médecine PARIS DESCARTES]: UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES; 2014.
58. Pollet A. Oubli de pilule: impact de la remise d'une information écrite sur les connaissances des femmes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.

59. Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey (DREES). 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. *Études Résultats*. sept 2018;(1081).
60. Recherche qualitative (GROUM.F) [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_recherche/recherche_qualitative_groumf/
61. Aubin-Auger I. Mercier A. Baumann L. Lehr-Drylewicz AM. Imbert P. Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 19(84):142-5.
62. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
63. pcs2003-1-Agriculteurs exploitants | Insee [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
64. Quelle est la nomenclature des diplômes par niveau ? | service-public.fr [Internet]. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F199>
65. 38 % de la population française vit dans une commune densément peuplée - Insee Focus - 169 [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4252859>
66. Baccaini B. Les contrastes géographiques des comportements de contraception. *Population*. 1995;50(2):291-329.
67. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle | Insee [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
68. Leridon H, Toulemon L. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population*. 1992;47(1):1-45.
69. Etudes Auprès Des Mineurs « Sujets Et Cibles « sensibles » « Comment Optimiser Vos Études Online – Syntec [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://practice.syntec-etudes.com/comment-optimiser-vos-etudes-online/sujets-cibles-sensibles/etudes-aupres-mineurs/>
70. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : Pourquoi s'en préoccuper ? *Rev Médicale Suisse*. 2010;257(6):1444-7.
71. Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Etude quantitative en Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/253/>
72. Lorraine Savoie-Zajc, Ph.D. Interrelations entre le singulier et l'universel : les propositions de la recherche qualitative. *Rech Qual*. 2013;Hors Série – numéro 15:7-24.
73. INPES DI-S: BGC de groupe ÉJC d'études. LES FRANCAIS ET LA CONTRACEPTION. 2007 mars.
74. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Recommandations de bon usage des contraceptifs oraux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/focus-medicaments/article/recommandations-de-bon-usage-des-contraceptifs-oraux>

75. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. *Rev Polit Soc Fam.* 2010;100(1):104-9.
76. Gascoin M. Freins des patientes à l'utilisation des contraceptifs hormonaux en première contraception de nos jours [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2904/>
77. CNGOF, Dr Geoffroy ROBIN1, Dr Brigitte LETOMBE1, Dr Christine ROUSSET-JABLONSKI1, Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, Pr Israël NISAND2. Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ? 2017.
78. 23 secondes, le temps de parole d'un patient en France, vrai ou faux ? *Quotid Médecin* [Internet]. 17 avr 2017 [cité 27 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/23-secondes-le-temps-de-parole-dun-patient-en-france-vrai-ou-faux>
79. Hakopian M. Opinion des médecins généralistes des Hauts-de-France sur la mise en place de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
80. Les examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/les-examens-de-suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
81. code de l'éducation nationale. L'éducation à la santé et à la sexualité (Articles L312-16 à L312-17-2) - Légifrance [Internet]. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032400741/2016-04-15/>
82. Sprimont D. ENQUÊTE - Que sont devenus les cours d'éducation sexuelle obligatoires inscrits dans la loi en 2001 ? [Internet]. 2019 [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/que-sont-devenus-les-cours-d-education-sexuelle-obligatoires-inscrits-dans-la-loi-en-2001>
83. Audrey Lambourg, François Morlon, Claire Zabawa, Katia Mazalovic. Connaissances et représentations des jeunes hommes (18-20 ans) en matière de contraception. *exercer.* 2015;26(120):156-61.
84. Accès à la pilule abortive dite « pilule du lendemain » - Sénat [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2006/qSEQ060121260.html>
85. BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2016, CONTRACEPTION. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. *Santé Publique Fr.* 2016;
86. Watrin V. La pilule du lendemain prise au piège des pipeaux. *Libération.fr* [Internet]. 31 juill 2019 [cité 19 nov 2020]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/07/31/la-pilule-du-lendemain-prise-au-piege-des-pipeaux_1743083
87. Consortium International pour la Contraception d'Urgence. PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE : Directives médicales et de prestations de services. 2018.

88. Jesam C, Cochon L, Salvatierra AM, Williams A, Kapp N, Levy-Gompel D, et al. A prospective, open-label, multicenter study to assess the pharmacodynamics and safety of repeated use of 30 mg ulipristal acetate. *Contraception*. avr 2016;93(4):310-6.
89. Brunel C. Pharmaciens : la clause de conscience qui ne passe pas [Internet]. *Le Point*. 2016 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/pharmaciens-la-clause-de-conscience-qui-fait-peur-aux-femmes-20-07-2016-2055772_40.php
90. Contraception d'urgence: des pharmaciens réagissent aux accusations de « mauvaises pratiques » [Internet]. *Généthique*. 2016 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.genethique.org/contraception-durgence-des-pharmaciens-reagissent-aux-accusations-de-mauvaises-pratiques/>
91. HAS. Contraception d'urgence Prescription et délivrance à l'avance. 2013 avr.
92. 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. Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MEDICALES;
93. Justine HUGON-RODIN¹ et Geneviève PLU-BUREAU¹, Hôpital Cochin-Port-Royal et Université Paris Descartes, Paris. CONTRACEPTION ET MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE. *Bul Assoc Anc Élèves Inst Pasteur*. juin 2014;56(219):47 à 51.
94. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. févr 2013;27(1):25-34.
95. Pesqueux T. La contraception progestative non combinée et le risque d'évènements thromboemboliques veineux. *Revue systématique de la littérature [Internet]. FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN*; 2018 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01830716>
96. Mélange explosif avec la pilule [Internet]. *Quebec sans tabac*. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://quebecsanstabac.ca/je-minforme/dangers-sante/cigarette-pilule-contraceptive>
97. Pilules contraceptives controversées : l'enquête classée sans suite [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/pilules-contraceptives-controversees-l-enquete-classee-sans-suite/>
98. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés (COC) de janvier 2013 à décembre 2015 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Evolution-de-l-utilisation-en-France-des-Contraceptifs-Oraux-Combines-COC-de-janvier-2013-a-decembre-2015-Communique>
99. Jeanblanc A. La pilule, tant désirée, désormais décriée [Internet]. *Le Point*. 2017 [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/la-pilule-tant-desiree-desormais-decriee-28-12-2017-2182930_57.php
100. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet Lond Engl*. 22 juin 1996;347(9017):1713-27.

101. Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, Persson I, Adami H-O, Lund E. Use of Oral Contraceptives and Breast Cancer Risk The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 1 déc 2002;11:1375-81.
102. Cibula D, Gompel A, Mueck A, Vecchia C, Hannaford P, Skouby S, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. 1 févr 1990;16:631-50.
103. Pilules contraceptives et risque de cancers - Traitements hormonaux [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>
104. 7. Carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/7-carcinome-hepatocellulaire-cancer-primitif-du-foie>
105. Foie et contraception orale [Internet]. FMC-HGE. 2010 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2010-paris/foie-et-contraception-orale-2/>
106. Marie RUELLEUX-DAGORNE. Contraception hormonale Des risques faibles et connus. *egora*. mars 2020;(248):24-5.
107. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the Associations Between Duration of Oral Contraceptive Use and Ovarian, Endometrial, Breast, and Colorectal Cancers. *JAMA Oncol*. 1 avr 2018;4(4):516.
108. Masson E. Contraception des femmes françaises de 15 à 45 ans : enquête nationale sur un échantillon représentatif de 5963 femmes. *EM-Consulte Gynecol Obstet Fertil*. juin 2014;42(6):415-21.
109. C. Demerlé-Roux*. Contraception estroprogestative et dyslipidémie. *Lett Gynécologue*. mars 2005;(300):32-5.
110. Pourquoi autoriser la vente de pilules contraceptives sans ordonnance ? [Internet]. *L'Obs*. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/sante/20170419.OBS8216/pourquoi-autoriser-la-vente-de-pilules-contraceptives-sans-ordonnance.html>
111. Lettre ouverte aux laboratoires pharmaceutiques #LiberezMaPilule [Internet]. *Libérez Ma Pilule*. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <http://liberezmapilule.com/>
112. Rochebrochard E de la, Leridon H. Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée ? [Internet]. Vol. *Cahier Ined n°161*. 2008 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02343494>
113. Grossesses non désirées : chez les hommes aussi [Internet]. *Inserm - La science pour la santé*. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/grossesses-non-desirees-chez-hommes-aussi>
114. HAS. Contraception chez l'homme - Fiche - RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES. 2013.

115. Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception: étude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
116. Hortense Viel. L'implication des hommes dans la contraception. Université de Caen; 2016.
117. Science-et-vie.com. Contraception : à quand une vraie pilule pour les hommes ? - Science & Vie [Internet]. 2020 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.science-et-vie.com/questions-reponses/contraception-a-quand-une-vraie-pilule-pour-les-hommes-57307>
118. Une première pilule contraceptive masculine testée avec succès [Internet]. www.pourquoidocteur.fr. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/28688-Une-pilule-contraceptive-masculine-testee-succes>
119. Priscilla Brolon. Implication des conjoints dans la contraception du couple : étude qualitative réalisée en Finistère du 23/04/2016 au 25/07/2016 auprès de 11 hommes hétérosexuels en couple de 23 à 49 ans. UFR de médecine et des sciences de la santé BREST; 2017.

Université
de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PFEIFFER Prénom : Sandra

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 03/01/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : La pilule est le premier mode de contraception utilisé en France. La principale limite à son efficacité reste les oublis. La délivrance d'une information orale, voire écrite, permet une amélioration des connaissances des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Or dans les faits, 44% des grossesses non désirées seraient attribuables à un oubli de pilule. Comment cette information est-elle appréhendée par les patientes ?

Matériel et méthode : Nous avons exploré le ressenti des patientes concernant l'information reçue sur leur contraception orale en général et sur l'oubli en particulier. Cette étude qualitative a été menée auprès de patientes majeures sous contraception orale et consultant en cabinet de médecine générale. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés jusqu'à saturation des données puis les verbatims ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Entre avril et juillet 2019, 12 entretiens ont été menés auprès de patientes constituant un échantillonnage raisonné. Les données recueillies ont mis en évidence une forte demande d'échange et d'information venant des patientes, mais pas spécifiquement au sujet de la prise en charge des oublis pour laquelle elles pensent être majoritairement bien informées. Elles souhaitent plus d'explications au sujet de leur pilule, ses modalités, sa composition ou ses effets indésirables responsables d'une certaine méfiance. Cette demande de plus d'informations s'inscrit dans une aspiration à plus d'autonomie, les patientes souhaitant être plus intégrées au choix de leur contraception.

En cas d'oubli de pilule les patientes consultent des sources d'informations pertinentes et adaptées comme la notice d'utilisation. La contraception d'urgence est connue mais fait l'objet de fausses croyances et d'un besoin de justification. Un effort d'information est à apporter sur ce point particulièrement. La proposition d'une prescription anticipée d'une pilule du lendemain, accueillie favorablement par les patientes, pourrait être envisagée en pratique courante.

La consultation pour renouvellement de pilule perçue comme contraignante et chronophage pourrait être l'occasion d'une information régulière. La mise en place d'une information minimale en une à deux phrases ou questions systématiques pourrait être explorée.

Conclusion : Il semble exister un décalage entre les informations données par les praticiens et celles demandées par les patientes. S'enquérir des questionnements des patientes avant la délivrance d'explications permettrait une information plus adaptée.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Contraception orale, information, oubli de pilule, étude qualitative

Président : Pr Philippe DERURELLE

Assesseurs : Pr Nathalie JEANDIDER, Pr Jean-Luc GRIES, Dr Mathieu LORENZO

Adresse de l'auteur :

Sandra PFEIFFER

48 Rue de l'Amiral Ronarc'h, 67640 FEGERSHEIM