

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Julie SEGUINOT

**CONTRACEPTION D'URGENCE : perception et attentes des patientes
en renouvellement de contraception orale concernant son abord
par le médecin généraliste en Eure-et-Loir**

Présentée et soutenue publiquement le **20 novembre 2025** devant un jury
composé de :

Président du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Laurence PHILIPPE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Châteauroux

Docteur Magalie RIVIERE, Médecine générale, CCU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Sophie GALICHER, Médecine Générale – Maintenon

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSEESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINTAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
GLAIE Axelle.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaïda.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny.....	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui.....	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

**En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

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

**Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.**

**Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et consœurs
si j'y manque.**

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Clarisse DIBAO-DINA, présidente du jury,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse.

A Madame la Docteur Laurence PHILIPPE,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en participant à mon jury de thèse.

A Madame la Docteur Magalie RIVIERE,

Merci pour l'honneur que tu me fais de participer à mon jury de thèse et pour tout ton soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail.

A Madame la Docteur Sophie GALICHER, directrice de thèse,

Un grand merci pour ton soutien, pour avoir accepté de diriger ma thèse et pour l'avoir fait avec force de conseils et d'engagement. Un grand merci pour ta confiance et tes encouragements tout au long de ce parcours.

Je remercie sincèrement **les patientes** qui ont accepté de participer à cette étude, pour le temps qu'elles ont consacré, la confiance qu'elles m'ont accordée et la richesse de leurs témoignages.

Merci à **Marie, Marine, Sophie et Ahmad** pour leur aide précieuse dans le recrutement des patientes de cette thèse.

Merci encore à **Magalie** pour la triangulation des entretiens malgré ton planning bien chargé et pour ton soutien motivationnel constant. Ces moments de partage autour du codage de nos travaux respectifs ont été précieux et inspirants, rendant cette étape du travail beaucoup plus stimulante.

Merci à **Sophie** mais également à **Maman, Léonore, Alexis, Alban et Papa** pour leur aide à la relecture de ce travail. Merci à **Léonore** et **Mike** pour leur aide et leurs conseils dans la mise en page de mon modèle explicatif. Merci également à **Alexis** pour son soutien au quotidien pendant cette période studieuse de rédaction.

Je souhaite remercier mes **MSU et tous les médecins** qui m'ont formée durant mon externat et mon internat. Leur expérience et leurs enseignements ont largement contribué à forger le médecin que je suis en train de devenir. Je pense notamment aux médecins de mon **stage de gynécologie** en libéral et au **CPEF de Montargis**, qui m'ont inspiré à travailler sur cette thématique.

Un merci tout particulier à **Marie, Jean et Marine** pour le stage de SASPAS et les remplacements qui ont largement contribué à forger le médecin que je suis aujourd'hui et qui m'inspirent pour devenir le médecin que j'aspire à être. Merci pour votre soutien et votre confiance.

Merci à **Tiphaine** pour nos moments révisions de voisinage pendant ces études et notamment pour ton accompagnement tout au long de la thèse, depuis les débuts avec notre groupe de travail avec **Magalie, Romain et Clémence**, jusqu'à la soutenance avec ton soutien précieux sur la dernière ligne droite que nous avons partagée avec notre date de soutenance commune.

Merci à mes amis, tout particulièrement à **Aurélie, Pauline, Stephan et Mathias**, pour votre amitié si précieuse et votre soutien tout au long de ces années. Les moments partagés à vos côtés comptent beaucoup à mes yeux, et j'ai hâte d'en créer encore beaucoup d'autres ensemble.

Merci à toute ma famille pour votre amour et votre soutien sans faille.

Un remerciement tout particulier à **mes parents**, pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour votre présence constante au fil de ces longues années d'études, et pour la force tranquille que vous m'avez transmise. Les mots sont bien trop faibles pour exprimer toute ma reconnaissance et mon amour. À toi, **Maman**, merci pour ton implication de chaque instant, dans ma vie comme dans mes études. Tu t'investis toujours sans compter, avec une générosité et un amour qui m'inspirent profondément. Je te transmets ici toute ma tendresse et mes remerciements. À toi, **Papa**, merci pour toute ton écoute et ta confiance. Tu m'as donné la liberté d'avancer et de croire en moi.

Merci à **Léonore et à Alban** pour nos moments de rires et de complicité entre taquineries et bienveillance : ces instants ont su apporter de la légèreté et du réconfort au milieu du rythme intense des études. Rien n'altère la force de nos liens entre frère et sœurs, et je sais que vous serez toujours là pour moi, comme je le serai pour vous.

Merci à toute ma belle-famille : **Marine, Florian, Catherine, Michel, Lucy, Tom et Lily**, pour votre présence, votre bienveillance et tous ces moments partagés qui m'ont portée et apaisée.

Merci à ma grand-mère **Mona**, pour ta tendresse, ta présence attentive et nos échanges précieux, même à distance. Cet été encore, ta présence m'a accompagnée dans la rédaction de ce travail entre baby-sitting et air marin.

Merci également à **Tat'Isa** et **David** mes parrain et marraine pour votre présence discrète de par la distance mais constante par attentions toujours empreintes de douceur et de bienveillance.

Une pensée toute particulière à **Rachel**, à qui je dois le souffle initial de ma vocation, celui d'un été de CE2 où est née l'envie de devenir médecin. Et une pensée émue pour **Papi Léo et Mamilette**, qui auraient tant voulu être là pour voir ce jour. Je les sais près de moi, fiers et bienveillants.

Enfin, **merci à toi Alexis**, pour partager ma vie et cette belle aventure ensemble. Merci pour ton soutien sans faille, pour ta présence, ton humour et ta façon unique de me motiver, toujours avec amour et originalité. Merci pour tout ce que nous construisons ensemble et pour ce bel avenir qui s'offre à nous. Je t'aime.

Et **merci à toi, Antonin**, mon tout petit mais déjà si grand. Merci de faire de moi ta maman pour la vie. Cette thèse elle a grandi un peu avec toi aussi, entre les moments d'allaitement et tes premiers pas cet été. Tu es ma plus belle source d'inspiration. Je t'aime fort.

RESUME ET MOTS CLES

CONTRACEPTION D'URGENCE :

Perception et attentes des patientes en renouvellement de contraception orale concernant son abord par le médecin généraliste en Eure-et-Loir

Introduction : La contraception d'urgence (CU) représente un pilier central en santé contraceptive pour laisser le choix de leur maternité aux femmes, mais elle est entourée d'idées reçues et de freins à son utilisation. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'information et l'accompagnement des patientes reste central, en lien avec les représentations qu'en ont celles-ci. **Objectif** : Explorer leurs attentes et leurs représentations de l'information délivrée par le MG concernant la CU.

Méthode : Étude qualitative par 12 entretiens semi-dirigés menés auprès de patientes de 18 à 45 ans en médecine générale.

Résultats : Le MG, est identifié comme un acteur clé de l'information en santé sexuelle. Il est attendu dans un rôle d'écoute, de réassurance et de clarification face aux nombreuses idées reçues entourant la CU : forte dose hormonale, incompatibilité avec la contraception orale, danger pour la fertilité ou protection contre les IST. Cependant en pratique il est peu voire pas acteur sur le counselling de la CU chez ces patientes. Elles décrivent la pharmacie comme principal lieu de recours à la CU, pour sa rapidité et son accessibilité, tout en soulignant l'importance d'un discours rassurant, mais parfois perçu comme moralisateur. Les patientes rapportent un vécu émotionnel fort autour de la prise : stress lié à la crainte d'une grossesse, vigilance accrue post-prise, honte, culpabilité, mais aussi soulagement et sentiment de sécurité lié à son existence. Certaines patientes relatent que l'expérience de la CU a été un déclic vers une contraception régulière.

Conclusion : La CU est perçue par les patientes comme une solution indispensable mais ambivalente, entre sécurité et inquiétude. Le MG est attendu pour un rôle d'information claire et adaptée, permettant de déconstruire les idées reçues, d'accompagner les émotions associées et de favoriser une meilleure appropriation de la contraception par les femmes.

Mots clés : Contraception d'urgence - Contraception orale - Médecin généraliste - Grossesse non désirée - Oubli de contraception - Recherche qualitative - Prévention - Relation médecin traitant - Attentes - Représentations

SUMMARY AND KEYWORDS

EMERGENCY CONTRACEPTION :

Patient's perceptions and expectations about how general practitioners address it during oral contraceptive renewal in Eure-et-Loir

Introduction : Emergency contraception (EC) represents a central pillar in contraceptive health, allowing women to make choices about their maternity. However it is surrounded by preconceived ideas and barriers to its use. The role of the general practitioner (GP) in the provision of information and support for women is key, linked to the representation that they themselves have of the subject. **Aim** : To explore their expectations and representations of the information delivered by the GP concerning EC.

Method : Qualitative study based on 12 semi-structured interviews with patients aged 18 to 45 in general practice.

Results : The GP is identified as a key actor in providing sexual health information. They are expected to play a listening, reassuring, and clarifying role in addressing the many preconceived ideas surrounding EC: high hormonal dose, incompatibility with oral contraception, risks to fertility, or protection against STI. However, in practice, the GP plays little to no role in EC counselling. Patients describe the pharmacy as their main source of EC, due to its speed and accessibility, while emphasizing the importance of reassuring communication, which can sometimes be perceived as moralizing. Patients report a strong emotional experience around EC: stress linked to fear of pregnancy, increased vigilance post-use, shame, guilt, but also relief and a sense of safety due to the availability of EC. Some patients report that the EC experience was a turning point toward regular contraception.

Conclusion : EC is perceived by patients as an indispensable but ambivalent solution, balancing safety and concern. The GP is expected to provide clear and appropriate information, to deconstruct misconceptions, support associated emotions, and facilitate better patient engagement with contraception.

Keywords : Emergency contraception - Oral contraception - General practitioner - Unintended pregnancy - Missed contraception - Qualitative research - Prevention - Doctor-patient relationship - Expectations - Perceptions

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	16
II.RAPPELS ET GENERALITES	17
A.CONTRACEPTION D'URGENCE.....	17
1. Définitions.....	17
2. Différents types de CU.....	17
3. Histoire	18
4. Conduite à tenir en cas oubli	19
B. EPIDEMIOLOGIE.....	19
1. Démographie : place du MG grandissante en contraception.....	19
2. Grossesses non désirées et IVG.....	19
3. Faible recours à la CU	22
C. PRINCIPAUX FREINS AU RECOURS A LA CU	22
1.Freins liés aux patientes	22
2. Freins liés aux professionnels de santé.....	22
3. Freins liés à l'accessibilité et à la démographie.....	23
III.MATERIEL ET METHODE	23
A.TRAVAIL PRELIMINAIRE ET RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	23
B.TYPE D'ETUDE	23
C.POPULATION	23
D.RECUEIL DES DONNEES	24
E.ANALYSE DES DONNEES	24
F.ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE	25
G.DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	25
IV.RESULTATS.....	26
CARACTERISTIQUES DES PATIENTES INCLUSES.....	26
CATEGORIE I : ATTENTES GENERALES LIEES AU RENOUVELLEMENT DE CO.....	27
1. Représentation autour du prescripteur.....	27
2. Contexte de la consultation de renouvellement de contraception.....	29
CATEGORIE II : ATTENTE D'UNE RELATION DE CONFIANCE AVEC LE MEDECIN TRAITANT	32
1. Approche centrée patiente.....	32
2. Alliance thérapeutique	34
3. Climat relationnel et liberté d'expression.....	35
4. Respect de l'autonomie contraceptive	37
CATEGORIE III : REPRESENTATIONS ET ATTENTES DU MT DANS LA PREVENTION SUR LA CU	39
1. Attente du MT qu'il aborde spontanément la CU.....	40
2. Prévention : attente d'un rôle d'information sur la CU de la part du MT.....	42
3. Représentation de la non-évocation de la CU par le médecin	47
4. Rôle de réassurance sur la CU	49
CATEGORIE IV : IMPACT DU VECU ET ATCD DE LA PATIENTE SUR LES ATTENTES ET REPRESENTATIONS DE LA CO ET DE LA CU.....	50
1. Impact des ATCD gynécologique	51
2. Vécu des menstruations	52
3. Vécu des grossesses.....	53
4. Vécu du passé contraceptif.....	54
5. Vécu de la sexualité	55
6. Rapport sociétal dans la contraception en général, la CU et la sexualité	56
CATEGORIE V : REPRESENTATIONS ET VECU DES PATIENTES SUR LES OUBLIS DE CO	59
1. Se rendre compte de l'oubli	60
2. Impact sur le comportement de la patiente post oubli.....	60
3. Inquiétude sur les conséquences de l'oubli.....	63
4. Stratégies pour limiter les oublis	64

5. Perception du risque de grossesse.....	65
CATEGORIE VI : REPRESENTATION ET VECU DES PATIENTES SUR LEURS CONNAISSANCES DE LA CU ET L'ACCES A CES CONNAISSANCES	67
1. Connaissance perçue par la patiente.....	68
2. Perceptions de situations nécessitant la prise de CU.....	69
3. Informations reçues et souhait d'informations sur les différents aspects de la CU.....	70
4. Sources d'informations sur la CU.....	73
CATEGORIE VII : ACCESSIBILITE DE LA CU EN PHARMACIE	78
1. Pharmacie comme 1er recours car facilité d'accès.....	78
2. Discours de la pharmacie perçu comme positif.....	79
3. Discours de la pharmacie perçu comme négatif par rapport à la CU.....	80
CATEGORIE VIII : REPRESENTATIONS ET EMOTIONS AUTOUR DE LA CU : IDEES REÇUES	81
1. Représentation, vécu et émotion autour de la prise de la CU	82
2. Représentation positive de la CU.....	84
3. Représentation négative autour de la CU : freins à son utilisation	86
4. Projection dans le conseil à autrui autour de la CU.....	90
CATEGORIE IX : EVOLUTIVITE AU COURS DU TEMPS	91
1. Avancées médicales dans le temps et ancienneté de la CU.....	91
2. Assouplissement des tabous sociétaux et transmissions intergénérationnelle	92
3. Evolution des attentes selon l'âge au cours de la vie de la femme	92
4. Evolution des ressources et des réflexes informationnels	93
5. Évolution des sentiments et représentations au cours de la vie de la femme	94
6. Mémoire floue sur la perception rétrospective	94
V.DISCUSSION	95
A.RESULTAT PRINCIPAL :	95
1. Arborescence complète simplifiée	95
2. Modèle explicatif complet et explications	97
B.FORCES ET LIMITES.....	100
1. Limites	100
2. Forces	101
C. COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE :.....	102
Catégorie I : Attentes générales liées au renouvellement de la CO.....	102
Catégorie II : Attente d'une relation de confiance avec le médecin traitant.....	104
Catégorie III : Représentations et attentes du MT dans la prévention sur la CU.....	107
Catégorie IV : Impact du vécu et des ATCD de la patiente sur les attentes et représentations de la CO et de la CU	111
Catégorie V : Représentations et vécu des patientes sur les oublis de CO.....	114
Catégorie VI : Représentations et vécu des patientes sur leurs connaissances de la CU et l'accès à ces connaissances.....	118
Catégorie VII : Accessibilité de la CU en pharmacie.....	123
Catégorie VIII : Représentations et émotions autour de la CU : idées reçues.....	124
Catégorie IX : Evolutivité au cours du temps	127
D. PERSPECTIVES	129
VI.CONCLUSION	130
VII.BIBLIOGRAPHIE	131
VIII.ANNEXES.....	139
Annexe 1 : Fiche d'information patiente affichée en salle d'attente	139
Annexe 2 : Fiche d'information patiente détaillée	140
Annexe 3 : Guide d'entretien initial.....	141
Annexe 4 : Guide d'entretien final.....	144

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Evolution des IVG dans le temps.....	20
Figure 2 : Evolution du taux de recours à l'IVG en fonction de l'âge	20
Figure 3 : Vente de CU.....	20
Figure 4 : Evolution des méthodes contraceptives dans le temps.....	21
Figure 5 : Evolution des méthodes contraceptives en fonction de l'âge	21
Tableau 1 : Caractéristiques des patientes	26
Figure 6 : Arbre de codage - Catégorie I.....	27
Figure 7 : Arbre de codage - Catégorie II.....	32
Figure 8 : Arbre de codage - Catégorie III.....	39
Figure 9 : Arbre de codage - Catégorie IV	50
Figure 10 : Arbre de codage - Catégorie V	59
Figure 11 : Arbre de codage - Catégorie VI	67
Figure 12 : Arbre de codage - Catégorie VII	78
Figure 13 : Arbre de codage - Catégorie VIII	81
Figure 14 : Arbre de codage - Catégorie IX	91
Figure 15 : Arborescence complète simplifiée 1ère partie	95
Figure 16 : Arborescence complète simplifiée 2ème partie	96
Figure 17 : Modèle explicatif complet	99

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

CAT : Conduite à Tenir

CHPC : Contraception Hormonale Post Coïtale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CO : Contraception Orale

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes / Première Consultation de Contraception de Prévention en santé sexuelle

CU : Contraception d'Urgence

DIU : Dispositif Intra Utérin

DMG : Département de Médecine Générale

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

EI : Effets Indésirables

FCS : Fausse Couche Spontanée

GND : Grossesse Non Désirée

GO : Gynécologue-Obstétricien

GS : Grossesse Surprise

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MT : Médecin Traitant

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RO : Renouvellement

RS : Rapport sexuel / Réseaux Sociaux

RSNP : Rapport Sexuel Non Protégé

RSP : Rapport Sexuel Protégé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SF : Sage-Femme

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

Ttt : Traitement

UPA : Ulipristal d'acétate

I. Introduction

En 2023, la France a enregistré le plus haut taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) depuis 1990, avec 243 600 interventions (1). Ce chiffre, en hausse, contraste avec la large disponibilité des méthodes contraceptives depuis plusieurs années. En 2023, 91% des femmes en âge de procréer, non enceintes déclaraient avoir recours à un moyen de contraception. Si les tendances contraceptives évoluent, la contraception orale (CO) concerne encore 26.8% des femmes, jusqu'à 36.6% dans la tranche d'âge la plus concernée par l'IVG à savoir les 20-29 ans (2).

Les grossesses non désirées résultent le plus souvent d'un oubli de contraception ou d'une rupture de préservatif (3,4). Or, depuis plus de vingt ans, une méthode de rattrapage efficace existe : la contraception d'urgence (CU). Celle-ci répond à un besoin essentiel de prévention des grossesses non désirées (GND) chez les femmes en âge de procréer. Cependant, malgré l'amélioration de son accès au fil du temps, le nombre de grossesses non désirées et de recours à l'IVG demeure élevé, souvent sans recours préalable à la CU (5).

Plusieurs freins expliquent cette situation : une connaissance insuffisante de la CU et de la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, ainsi qu'une mauvaise perception du risque de grossesse, notamment quant aux délais d'efficacité et aux situations justifiant son utilisation (6).

Parallèlement, les médecins généralistes (MG) abordent encore peu la question de la CU, en particulier au-delà de la première prescription contraceptive (7). Pourtant, l'apport d'informations claires et adaptées par le MG contribue à une meilleure connaissance de la CU et à une perception plus réaliste des situations à risque (8,9). La prévention en amont apparaît donc essentielle.

Le MG, en raison de sa proximité, de sa disponibilité et de la relation de confiance qu'il entretient avec ses patientes, occupe un rôle central dans la prévention contraceptive (10–13). Bien que l'accès à l'information se soit élargi via Internet ou l'entourage, les patientes demeurent demandeuses d'informations fiables et personnalisées de la part de leur MG (11,12). Une information adaptée et contextualisée pourrait ainsi lever certains freins et favoriser un recours plus approprié à la CU, notamment lors d'un échec de contraception orale.

Si plusieurs travaux de thèse ont déjà exploré les attentes des patientes envers leur MG concernant la CU (11,12,14,15), aucune étude à ce jour n'a spécifiquement porté sur les femmes en renouvellement de CO. Or, cette population représente une part importante des femmes concernées par les grossesses non désirées et les recours aux IVG.

Chez ces patientes, la CU constitue une solution spécifique en cas d'oubli de pilule. Cependant, une connaissance souvent insuffisante et une perception limitée du risque de grossesse en freinent encore le recours. Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'explorer leurs représentations, leurs expériences et leurs attentes vis-à-vis de la CU, afin de mieux comprendre leurs besoins d'information et d'adapter les pratiques de prévention en consultation.

Cette étude, menée auprès de femmes âgées de 18 à 45 ans en situation de renouvellement de contraception orale dans le département d'Eure-et-Loir, territoire marqué par un contexte de désertification médicale, cherche à recenser et analyser le vécu et les attentes de ces patientes. L'objectif est d'identifier comment le médecin généraliste peut contribuer à améliorer l'information, la prévention et le recours à la contraception d'urgence.

Mais quelles sont, précisément, les attentes de ces femmes vis-à-vis de leur médecin généraliste dans ce domaine ?

II. Rappels et généralités

A. Contraception d'urgence

1. Définitions

La contraception d'urgence (CU), plus communément appelée « pilule du lendemain » ou contraception hormonale post-coïtale (CHPC) désigne les différentes méthodes contraceptives permettant de prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non ou mal protégé. Elle peut être utilisée lorsqu'aucune contraception n'a été employée ou en cas d'échec d'une méthode (oubli de pilule, rupture de préservatif, etc.) (16).

La contraception d'urgence hormonale est une méthode de rattrapage qui n'est pas vouée à être utilisée régulièrement, notamment à cause d'un risque d'échec plus élevé que les contraceptions régulières beaucoup plus efficaces au long cours (16).

Elle peut être indiquée dans les cas suivants : un rapport sexuel non protégé sans moyen de contraception, l'oubli ou la rupture d'un préservatif, un oubli de contraception régulière (> 3 à 12 h en fonction de la contraception), des vomissements ou diarrhées dans les 3 heures suivant la prise d'un comprimé contraceptif, la perte d'un stérilet expulsé spontanément et le déplacement ou le retrait trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape cervicale (17,18).

2. Différents types de CU

Aujourd'hui, trois types de CU sont commercialisés en France : deux méthodes hormonales : Le lévonorgestrel (Norlevo®) et l'Ulipristal d'acétate (EllaOne®), ainsi qu'une méthode mécanique, le DIU au cuivre (16,19).

2.1. Lévonorgestrel (LNG) per os en dose unique à 1.5mg : Norlevo®

Le LNG est un progestatif qui agit en inhibant ou en retardant l'ovulation. Il peut être pris jusqu'à 72 heures après le rapport à risque, mais sera d'autant plus efficace qu'il sera utilisé de façon précoce, idéalement dans les 12 heures (16). Son efficacité reste cependant limitée à une administration strictement pré-ovulatoire : elle dépend du stade du follicule dominant au moment de la prise de la CU : entre 12 et 17 mm, l'ovulation est inhibée dans 96 % des cas, mais seulement dans 12 % lorsque le follicule atteint 18 à 20 mm ou que le pic de LH est imminent (19,20). Cependant le surpoids peut réduire son efficacité.

2.2. Ulipristal d'acétate (UPA) per os en dose unique à 30mg : EllaOne®

L'UPA est un modulateur du récepteur de la progestérone qui limite la croissance du follicule dominant et retarde ou inhibe le pic de LH, donc le moment de l'ovulation. Son efficacité avant le pic de LH dans les heures suivant le rapport à risque est proche de 100%, et reste efficace lors de la montée de la LH en retardant l'ovulation dans 79% des cycles (contre 14% avec le LNG). Cependant une fois le pic de LH atteint, tout comme le LNG, il n'a plus d'effet sur l'ovulation. Il est possible de prendre l'UPA jusqu'à 120 heures après le rapport à risque. Néanmoins plus il est utilisé tôt plus il sera efficace (16).

L'efficacité est maintenue en cas de surpoids. Cependant, la prise d'une contraception progestative immédiatement après la prise de cette CU est susceptible de diminuer l'efficacité de l'UPA, il est donc recommandé d'utiliser préférentiellement le LNG chez les patientes sous contraception régulière (20).

Pour le LNG et l'UPA, les interactions médicamenteuses avec les inducteurs enzymatiques du CYP3A4 jusqu'à un mois avant sa prise peuvent réduire son efficacité (16,20). Ces deux CU ont des effets indésirables possibles qui sont généralement modérés et de courte durée avec principalement

des troubles des règles (spotting, retard ou avance du cycle), asthénie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges ou tension mammaire (16).

2.3. DIU au Cuivre

Le DIU au cuivre agit grâce à son action cytotoxique du cuivre sur l'ovocyte et les spermatozoïdes et par une inflammation locale sur l'endomètre, empêchant l'implantation (16). Il est possible de le poser dans les 120 heures après le rapport à risque. C'est la méthode la plus efficace de CU et la seule offrant une contraception régulière par la suite (19).

3. Histoire

L'histoire de la contraception remonte à l'Antiquité, avec de multiples méthodes barrières ou spermicide qui ont évolué au fil du temps. La contraception a toujours été entourée de débats éthiques, religieux et politiques, notamment autour de l'IVG et de la contra-gestation (méthode pour empêcher la nidation de l'œuf), conduisant à des IVG clandestines dangereuses sur le plan sanitaire et pénal (20,21).

La première contraception hormonale, connue sous le nom d'Enovid®, verra le jour en 1954. En France, la première pilule contraceptive a été introduite seulement en 1961, en tant que médicament pour régulariser les règles, sans mention de propriétés contraceptives, dans le but de contourner la loi (21). En effet la pratique contraceptive et abortive était sévèrement punie par la loi dès le 18ème siècle et renforcée par la politique nataliste de l'après-guerre avec la loi de 1920 (22). La loi Neuwirth de 1967 autorisera finalement la contraception, et la première pilule sera commercialisée en 1974 (Stéridril®) (21).

La première utilisation documentée de CU date de 1964 aux Pays-Bas, pour une jeune fille de 13 ans victime d'un viol alors qu'elle était au milieu de son cycle menstruel, par l'administration d'œstrogènes (20). Une décennie plus tard, les premiers essais cliniques sur la CU sont effectués : d'abord par œstroprogestatifs, puis par progestatifs seuls en 1973, et par DIU au cuivre en 1979. Grâce à l'évolution vers une CU sans œstrogènes, les effets secondaires et les contre-indications vasculaires ont été réduits, et l'accès sans prescription a ainsi été facilité (20).

La première CU hormonale décrite par la méthode de Yuzpe consistait en la prise de 2 × 2 comprimés de Stéridril® espacés de 12h. Cette méthode œstroprogestative était à prendre dans les 72h après le rapport à risque. Commercialisée sous le nom de Tetragynon®, elle a été retirée de la vente en 2005 à cause de ses effets secondaires (nausées et vomissements principalement) et l'existence de nouvelles CU aussi efficaces, mieux tolérées et quasiment sans contre-indications (20).

Le Lévonorgestrel (LNG) est ensuite découvert, initialement en 2 prises puis en prise unique. Ce progestatif seul s'est avéré nettement mieux toléré, avec un protocole plus simple mais aussi une quasi-disparition de ses contre-indications, ce qui permet sa vente libre en 1999 (20).

L'Ulipristal d'acétate (UPA), également en prise unique, est commercialisée en France depuis 2009 et autorisée sans ordonnance depuis 2015. Elle permet une efficacité plus allongée (120h) avec un même profil de tolérance que le LNG (20).

Principales dates clés de la CU en France (20–23) :

- 1974 : remboursement de la pilule par la Sécurité sociale
- 1975 : Légalisation de l'IVG avec la loi Veil
- 1998 : Commercialisation de Tetragynon®
- 1999 : Commercialisation du Norlevo® (LNG) et vente sans ordonnance
- 2000 : accès anonyme pour les mineures et administration par infirmières scolaires
- 2001 : remboursement par la SS du Norlevo®
- 2002 : Gratuité de la CU pour les mineures

- 2005 : retrait de Tétragynon®
- 2009 : Commercialisation d'EllaOne® (UPA) et réforme HPST permettant aux SF de prescrire la contraception
- 2012 : délivrance gratuite dans les services universitaires
- 2013 : Remboursement de l'IVG à 100%
- 2015 : EllaOne® sans ordonnance
- 2022 : gratuité pour les femmes de moins de 26 ans
- 2023 : gratuité sans limite d'âge

4. Conduite à tenir en cas d'oubli

En cas d'oubli d'un comprimé contraceptif, la première étape consiste à vérifier le délai depuis l'heure habituelle de prise. Pour la plupart des pilules œstroprogestatives et progestatives, un écart inférieur à 12 heures (3 heures pour la pilule au lévonorgestrel) est considéré comme un retard et ne nécessite qu'une reprise immédiate du comprimé et la poursuite de la plaquette aux horaires habituelles.

Si l'oubli dépasse ce délai, il convient de prendre le comprimé oublié, de continuer la plaquette comme prévu et d'utiliser des protections supplémentaires, comme le préservatif, pendant les sept jours suivants. Si l'oubli survient dans les sept derniers comprimés actifs d'une pilule œstroprogestative, il est recommandé de commencer directement la plaquette suivante sans observer la pause habituelle, ce qui peut retarder ou supprimer les règles.

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé dans les cinq jours précédant l'oubli, la CU doit être envisagée. La prise rapide de la pilule du lendemain augmente significativement son efficacité. Un test de grossesse peut être réalisé 15 jours après un oubli associé à un rapport à risque. Cette conduite à tenir permet ainsi de réduire le risque de grossesse non désirée tout en assurant la continuité de la contraception orale (18).

B. Epidémiologie

1. Démographie : place du MG grandissante en contraception

En 1987, la réforme du troisième cycle des études médicales, en réorganisant les spécialités et supprimant temporairement la filière de gynécologie médicale jusqu'en 2003, a profondément modifié le paysage de la prise en charge gynécologique en France. Cette évolution a participé à un transfert progressif de certaines missions vers la médecine générale (24). Le rôle du MG en gynécologie et en contraception s'est ainsi renforcé face à la baisse du nombre de gynécologues et de l'allongement de leurs délais de consultation. Cette situation laisse aux médecins traitants (MT) et aux SF une place croissante dans la prise en charge contraceptive (25–27).

En parallèle, concernant la CU, la place du pharmacien est grandissante avec l'accessibilité de plus en plus facilitée sans ordonnance et de façon gratuite en pharmacie pour toutes les patientes (23). Cependant malgré cette place grandissante dans l'accessibilité de la CU, un rôle de prévention sur ce sujet reste indispensable en amont pour que les patientes puissent avoir une meilleure connaissance de la CU. Différents moyens permettent cette prévention, tels que l'éducation sexuelle dans les collèges et lycées, qui est désormais obligatoire, mais également par les parents. Cette prévention est aussi possible dans le cercle médical avec un rôle possible et attendu du MT.

2. Grossesses non désirées et IVG

Après une diminution du nombre d'IVG liée à la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021, une reprise à la hausse a été observée dès 2022 (28). En 2023, la France a enregistré le taux d'IVG le plus élevé depuis 1990, atteignant 16,8 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (**figure 1**), avec une prévalence particulièrement marquée chez les femmes de 20 à 29 ans (**figure 2**) (1,28). Cette hausse

est également conservée en termes de ratio d'avortement du fait de l'augmentation du nombre d'IVG et de la baisse du nombre de naissance (**figure 1**) (29).

La majorité des IVG et des grossesses non désirées font suite à des oublis de contraceptions ou à des ruptures de préservatifs (3,4). Cette augmentation se produit malgré la disponibilité croissante des méthodes contraceptives, une meilleure accessibilité de la CU et l'augmentation de 40 % des ventes de CU en pharmacie entre 2021 et 2022 (**figure 3**) (28).

Figure 1 : Evolution des IVG dans le temps (1)

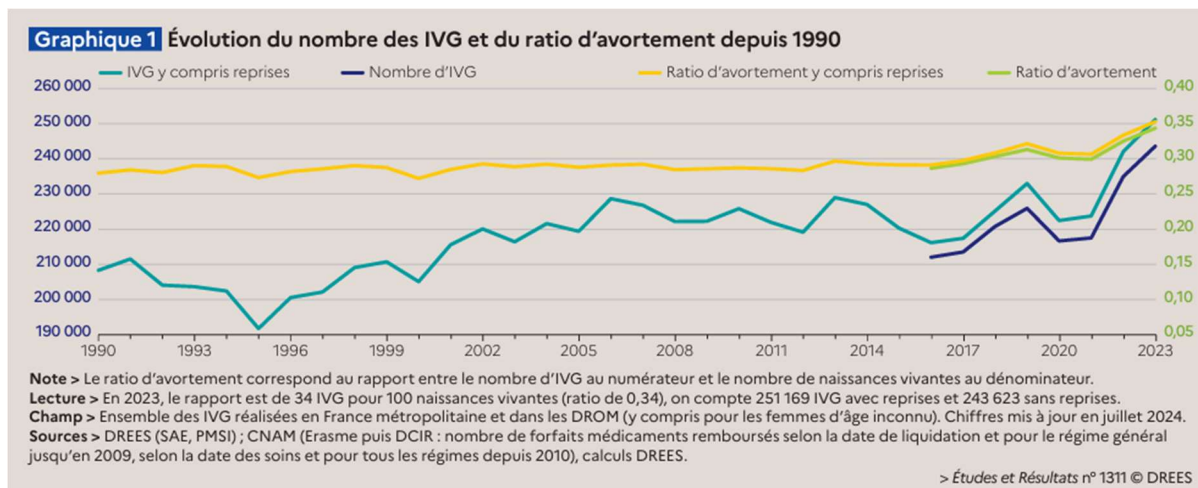


Figure 2 : Evolution du taux de recours à l'IVG en fonction de l'âge (28)

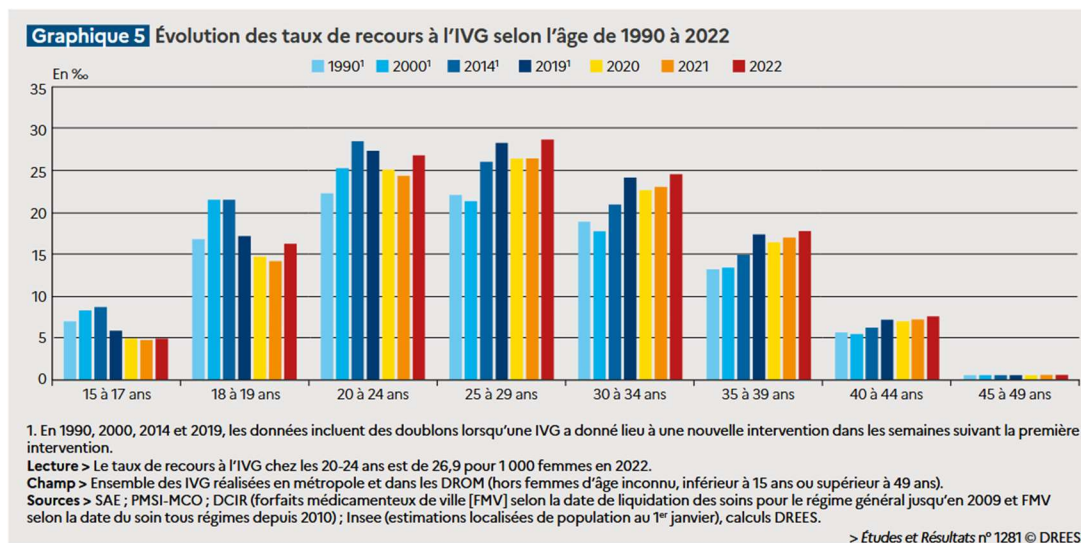
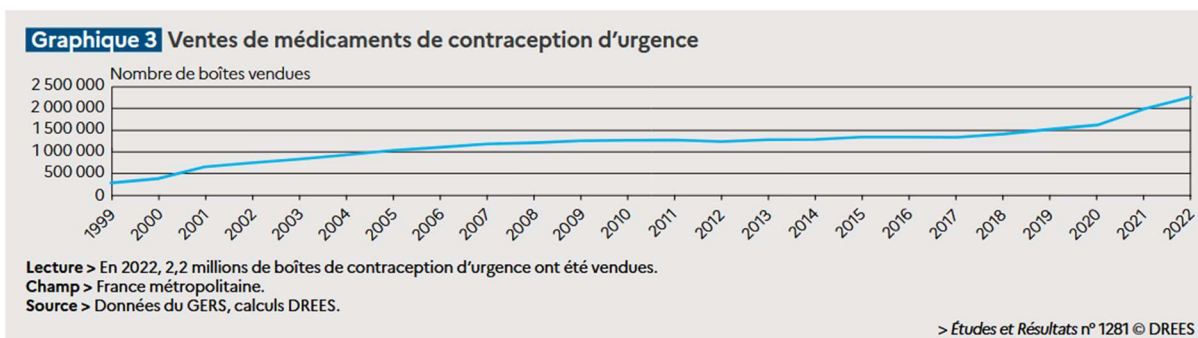


Figure 3 : vente de CU (28)



La couverture contraceptive reste stable depuis 2016 chez les femmes de 18 à 49 ans en âge de procréer, non enceintes, non stériles et qui ne souhaitent pas être enceinte. En effet 92% de ces femmes en 2016 déclaraient utiliser une méthode contraceptive contre 91% en 2023 (2,30). Cependant, la distribution des méthodes contraceptives évolue de manière significative, révélant une désaffection croissante envers la pilule depuis 2005. Cette tendance s'est intensifiée après la crise médiatique autour des pilules de 3ème et 4ème génération en 2012 et se poursuit en 2023. En 2005, plus de la moitié des femmes (55,8 %) recouraient à la pilule contraceptive, mais cette proportion a chuté à 36,4 % en 2016, puis à 26,8 % en 2023 (**figure 4**) (2). Néanmoins, malgré cette diminution croissante de la pilule contraceptive ces dernières années, les pics d'IVG sont encore principalement observés chez les 20-29 ans (**figure 2**) (28), donc à un âge où la majorité des patientes sont encore sous pilule avec 36.6% des patientes de 18 à 29 ans (**figure 5**) (2).

Figure 4 : Evolution des méthodes contraceptives dans le temps (2)

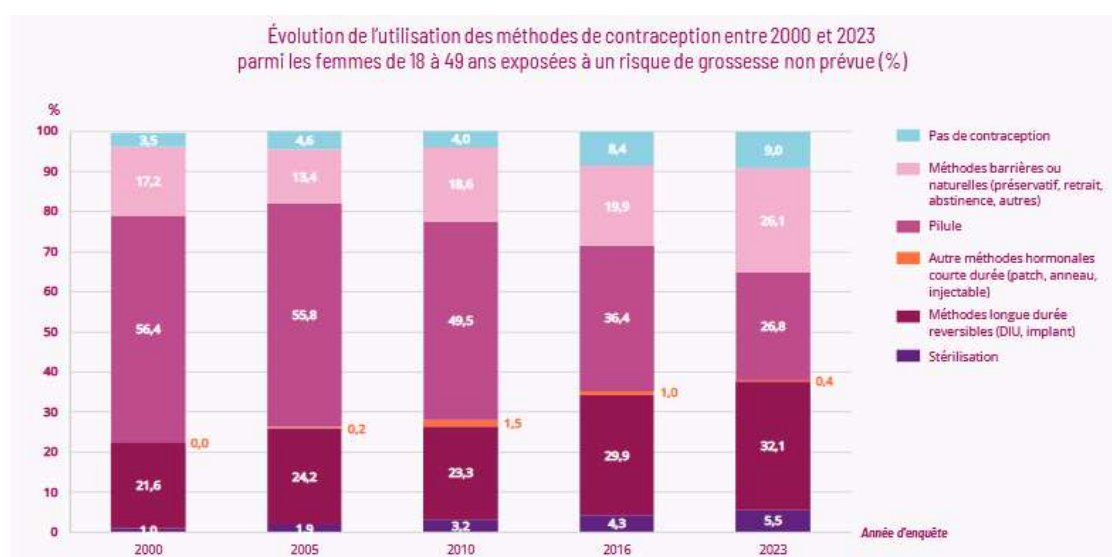
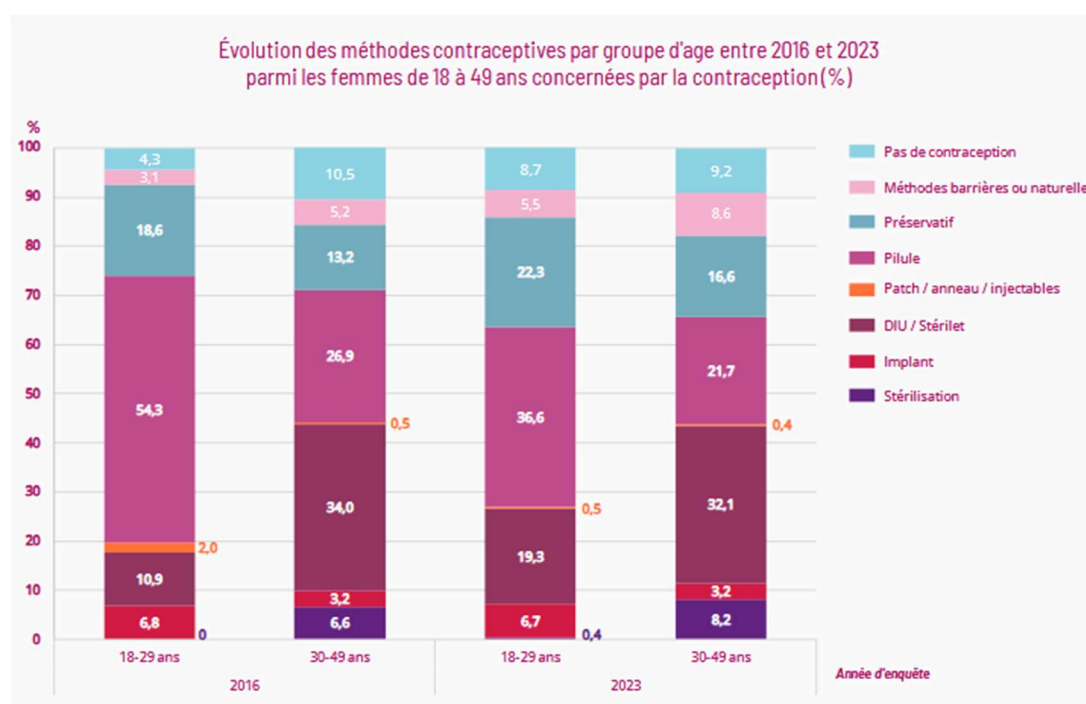


Figure 5 : Evolution des méthodes contraceptives en fonction de l'âge (2)



3. Faible recours à la CU

Malgré l'amélioration de l'accès à la CU au fil du temps, le nombre de grossesses non désirées et de recours à l'IVG restent élevés, généralement sans recours à la CU de la part des patientes (3,5,28). L'enquête COCON menée en 2005 révélait déjà que près d'une grossesse sur trois était non prévue, dont la moitié conduisait à une IVG, et que deux tiers de ces grossesses survenaient malgré l'utilisation d'une contraception régulière (31). Plus récemment, le Baromètre Santé 2016 a montré que seulement 6,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue avaient utilisé une CU dans les douze mois précédents (30). Les femmes ayant une bonne connaissance de la CU, notamment de ses délais et celles qui percevaient la CU comme efficace, déclaraient un recours plus fréquent à celle-ci, montrant ainsi un lien entre connaissance, représentation et utilisation (30).

Ce constat suggère que le faible recours à la CU ne s'explique pas uniquement par des difficultés d'accès, mais aussi par un ensemble de freins liés aux patientes et aux professionnels de santé.

C. Principaux freins au recours à la CU

1. Freins liés aux patientes

Les principaux freins mis en évidence liés aux patientes sont le manque de connaissance sur la CU et une mauvaise perception du risque de grossesse (6,32).

La connaissance des modalités d'utilisation de la CU reste insuffisante chez les patientes. Très peu de femmes connaissent les délais pour la CU et près de la moitié pensent que la CU doit être prise dans les 24 heures suivant le rapport sexuel à risque (10,30).

La perception du risque de grossesse est par ailleurs souvent incomplète. Si les patientes connaissent généralement les modalités d'obtention et la nécessité d'une prise rapide de la CU, les situations à risque sont parfois sous-estimées, notamment en cas d'oubli de contraception régulière (5,33–37). Une majorité de patientes ayant recours à une IVG n'ont pas eu recours à la CU avant cette grossesse non désirée et identifient mal les situations à risque de grossesse : dans une étude, 9 femmes sur 10 n'avaient pas utilisé la CU avant leur IVG (38).

Des idées reçues persistent également sur la CU de la part des patientes : une proportion importante de la population estime que l'utilisation répétée de la CU diminue son efficacité, qu'elle peut entraîner une stérilité ou qu'elle perd son intérêt au-delà de 24 heures (5,10,39,40). Certaines représentations négatives, liées à la crainte d'effets indésirables constituent encore un frein au recours de celle-ci, malgré une bonne connaissance de sa disponibilité (40).

La peur du jugement par les professionnels de santé, constitue également un frein à son utilisation, notamment chez les femmes jeunes, souvent adolescente (37).

2. Freins liés aux professionnels de santé

Du côté des professionnels de santé, la CU est peu abordée en consultation de médecine générale. Elle est généralement évoquée lors de la première prescription de contraception, mais rarement reprise par la suite (41–43). Les connaissances des médecins sur la CU restent incomplètes de manière générale, et l'information délivrée aux patientes par conséquent est hétérogène (44,45). Il apparaît que le manque de formation sur la CU cause ce manque de connaissance. La formation des MG sur la CU est une piste pour améliorer leurs connaissances en vue d'une meilleure dispensation aux patientes (9,46,47).

Des représentations négatives de la CU sont également rapportées, avec certains praticiens qui craignent une augmentation des comportements sexuels à risque ou une baisse de l'observance de la contraception régulière chez leurs patientes s'ils abordent plus la CU (7,45,47).

Enfin, le manque de temps en consultation constitue un frein supplémentaire, limitant les occasions d'aborder la CU avec les patientes (44).

3. Freins liés à l'accessibilité et à la démographie

Le frein lié à l'accessibilité de la CU est conditionné par la possibilité que les patientes ont pour se rendre en pharmacie : que ce soit en termes d'ouverture (soirées et week-end) mais également de distance. Certaines patientes, généralement jeunes peuvent être plus restreintes en milieu rural notamment (37).

III. Matériel et Méthode

A. Travail préliminaire et recherche bibliographique

Les premières recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de 2022 sur la base de données SUDOC à l'aide des mots-clés « contraception d'urgence » et « contraception hormonale post-coïtale » après avoir trouvé les équivalents en termes « Mesh ». L'objectif était d'identifier les travaux existants et de définir un angle d'étude innovant pour affiner la question de recherche. La bibliographie a ensuite été complétée via les plateformes Cairn, Cismef, les sites de référence et les bibliographies des documents consultés. Rapidement, la question des représentations et attentes des patientes vis-à-vis de leur MG sur la CU s'est imposée, avec un focus sur la population en renouvellement de contraception orale, peu étudiée dans les travaux précédents.

B. Type d'étude

L'objectif de cette étude visait à explorer les attentes des patientes concernant l'information délivrée par leur MG sur la CU. Ces attentes reposent sur les représentations et vécus des patientes qui sont les seules à pouvoir exprimer leur point de vue, nécessitant une approche interprétative pour analyser les données. Le choix s'est donc tourné vers une étude qualitative pour prendre en compte cette subjectivité (48). L'approche méthodologique choisie s'est inspirée de la théorisation ancrée, permettant de construire un modèle explicatif théorique à partir de l'analyse des données recueillies (49). Le guide « Initiation à la recherche qualitative en santé » a été utilisé tout au long de l'élaboration de ce travail (48).

C. Population

Un échantillonnage raisonné théorique jusqu'à saturation des données a été mis en place pour recruter les patientes. L'échantillonnage a été voulu de façon raisonné à la recherche d'une variation maximale en prenant en compte les variables d'âge, du lieu de résidence, de la catégorie socio professionnelle, des antécédents ATCD gynécologique ou obstétricaux (endométriose, grossesses, grossesses non désirées, IVG, FCS, recours à la CU, infertilité).

Le recrutement s'est initialement centré sur les patientes renouvelant leur CO auprès de leur MG, puis a été élargi aux patientes suivies par d'autres prescripteurs (gynécologues et SF), mais avec la recherche des attentes centrées envers le MG, enrichissant ainsi la diversité des données. Les patientes incluses étaient âgées de 18 à 45 ans, résidant dans le département d'Eure-et-Loir (28) et sous CO depuis au moins 6 mois. Pour faciliter le recrutement, le critère d'arrêt récent de CO (moins de 5 ans) a été intégré dans un second temps. Cette démarche d'élargissement de l'échantillonnage fut possible car il se raccroche à l'échantillonnage théorique permettant cette adaptation au cours de l'étude pour avoir une richesse de données plus importante tout en restant dans le sujet. Cet ajout a pu ainsi faire émerger des représentations différentes avec le recul de ces patientes.

Le recrutement de l'échantillonnage a été effectué dans les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) de mes remplacements et de ma directrice de thèse avec le soutien des MG et remplaçants sur place. Une tentative complémentaire de recrutement en pharmacie pour une plus grande ouverture sur différents prescripteurs a été mise en place avec rencontre et remise des fiches informations patiente dans plus d'une quinzaine de pharmacie, mais sans aucun retour de patientes. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à saturation des données.

Une explication orale a été faite aux patientes en fin de consultation sur le thème de la contraception en général sans rentrer plus dans le détail sur la CU pour ne pas ajouter un biais d'information avant l'entretien. Les patientes volontaires ont reçu une feuille d'information papier avec les règles RGPD, thématique générale de la thèse, déroulement et durée approximative de l'entretien avec une adresse mail spécifique à la thèse à contacter en cas de questions (*annexe n°2*). Certaines patientes ont été recrutées via une feuille d'information globale en salle d'attente leur permettant d'accéder à la fiche d'information patiente plus détaillée (*annexe n°1*). Elles ont ensuite été recontactées dans un second temps pour convenir d'un rendez-vous.

D. Recueil des données

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisé de façon semi structurée avec des questions ouvertes, puis testé sur des proches afin d'être affiné. Il a été ensuite comparé à ceux des thèses de M. Porte (2021) et D. Garde (2021) portant sur les attentes des patientes concernant la CU de la part de leur MG dans deux tranches d'âge différentes (11,12). Cette comparaison a été réalisée afin de ne pas oublier d'axe avant le début des entretiens. Leurs guides étant rédigés de façon plus ouverte, peu de modifications ont été réalisées ce qui a confirmé mon guide d'entretien initial. Il a ensuite été modifié et simplifié au cours des différents entretiens avec quelques ajustements (*annexes n°3 et 4*). Le guide d'entretien s'est donc orienté sur 4 grandes parties : une première partie de présentation générale, une deuxième partie de présentation sur la CO, les ATCD gynécologiques et obstétricaux, une troisième partie sur les connaissances et le vécu de la CU et des oublis et une dernière partie sur les attentes envers le MT.

Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi dirigés et individuels. Ils ont été réalisés en présentiel au cabinet de leur MT ou de façon téléphonique pour faciliter l'organisation des patientes recrutées. Les entretiens ont été enregistrés sur mon téléphone (Samsung S23) et également sur un dictaphone (marque Olympus) pour limiter le risque de perte de données informatique. Il s'organisait en 2 phases, une première phase entretien et une deuxième phase avec la réponse à leurs questions. Seule la première phase de l'entretien a été retranscrite en totalité, mais la deuxième phase a également été écoutée et seules les parties où la patiente ajoutait de nouvelles notions ou de nouveaux vécus ont été retranscrites. Les entretiens ont été ensuite retranscrits manuellement et intégralement par moi-même, en conservant tout son contenu verbal (fluence verbale, hésitations, rires, soupirs) sans inclure de langage non verbal hormis les hochements de tête des patientes en présentiel. Les retranscriptions ont été réalisées directement sur Word avec retranscription au mot à mot puis avec une réécoute complète afin de valider ou compléter la retranscription pour limiter au maximum les oublis. Elles n'ont pas été soumises aux patientes à la relecture.

La saturation théorique des données a été actée lorsque l'analyse du dernier entretien n'a plus apporté de nouveaux codages.

E. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse des données a bénéficié d'une triangulation par confrontation de mes résultats avec ceux de ma co-interne, Magalie Rivière. Cette collaboration a permis de croiser nos regards et de renforcer la validité interne de l'étude. De plus, le premier entretien a fait l'objet d'une analyse complémentaire par ma directrice de thèse, le Dr Sophie Galicher.

L'étiquetage initial des entretiens a été réalisé à l'aide du logiciel QDA Miner Lite dans sa version gratuite (v3.0.8). L'analyse intégrative a été réalisée via le logiciel Miro dans sa version gratuite (Miro®2025, disponible sur www.miro.com). Et la construction du modèle explicatif a été réalisée via le logiciel Lucidchart dans sa version payante (Lucid®2025 disponible sur www.lucidchart.com).

L'ensemble des entretiens ont été analysés avec une comparaison constante selon 3 niveaux avec une analyse ouverte, axiale et intégrative afin de réaliser un modèle explicatif.

F. Aspect éthique et réglementaire

Après une information éclairée sur l'étude et un délai de réflexion entre la phase de recrutement et de l'entretien, les patientes volontaires y ont consenti librement. Elles ont donné leurs consentements de façon orale, avec début de l'enregistrement après l'obtention de celui-ci et le rappel de leurs droits. L'anonymisation a été strictement réalisée par la suppression de tous les noms propres (noms de personnes et de lieux) et les entretiens ont été nommés par un code (P01, P02, ...). Les enregistrements et données personnelles ont été détruits après anonymisation pour ne pas pouvoir retracer les entretiens.

Le travail de thèse se situant hors loi Jardé car considéré comme n'impliquant pas la personne humaine et se plaçant dans le champ de l'expérimentation humaine et sociale, le Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été (50). Il a été testé via un outil conçu par le département de médecine générale (DMG) de Rennes et de Strasbourg sur les formalités administratives, réglementaires et éthique à réaliser avant un travail de recherche confirmant la non-nécessité de comité éthique (51). Le Dr Sophie Guyétant, coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles" du CHU de Tours a été ensuite contactée concernant les aspects éthiques et réglementaires de l'étude concluant à une non nécessité de déclaration à la CNIL devant l'anonymisation du questionnaire et sous condition de bien détruire toute trace pouvant faire correspondre l'identité des patientes avec leur entretien. Elle a également confirmé la non nécessité d'un comité éthique sauf publications dans certaines revues qui le demandent.

G. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu d'avril à septembre 2025. Le recrutement des participantes s'est arrêté lorsque la saturation des données a été obtenue, celle-ci est arrivée au bout du 12ème entretien. Il n'a pas pu être réalisé d'entretien de confirmation pour la saturation des données devant la difficulté de recrutement. Mais il a été observé une redondance des propos dans les derniers entretiens laissant à penser que le nombre d'entretiens effectués était satisfaisant pour garantir la profondeur et l'exhaustivité des données.

Le temps de l'entretien lié au guide, sans compter la seconde phase de l'entretien sur les réponses à leurs questions concernant la CU, a duré de 15 à 35 minutes. En moyenne, les entretiens ont ainsi duré 23,8 minutes avec une durée totale maximale de 45 minutes en comptant cette deuxième phase. 4 entretiens se sont déroulés en présentiel au cabinet médical et 8 entretiens se sont déroulés par entretien téléphonique.

IV. Résultats

Caractéristiques des patientes incluses

Tableau 1 : caractéristiques des patientes

	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
Durée entretien (min.)	35	17	20	25	20	15	26	23	30	30	25	20
Mode entretien	Tel.	Pr.	Tel.	Pr.	Pr.	Tel.	Tel.	Tel.	Pr.	Tel.	Tel.	Tel.
Age	45	45	27	21	32	39	41	19	20	33	19	33
Lieu de vie selon patiente	Semi Rur.	Urb.	Semi Rur.	Semi Rur.	Semi Rur.	Urb.	Semi Rur.	Rur.	Rur.	Semi Rur.	Semi Rur.	Rur.
Niveau d'étude	Bac+ 2	Bac+ 3	Bac+ 5	Bac+ 3	Bac+ 1	Bac+ 2	Bac+ 5	Étudi ante	Bac+ 2	Bac+ 4	Étudi ante	Bac+ 3
Statut couple	Cpl	Cpl	Célib	Célib	Cpl	Cpl	Cpl	Célib	Cpl	Cpl	Cpl	Cpl
GxPx	G4P2	G4P2	G0P0	G0P0	G2P2	G3P2	G0P0	G0P0	G0P0	G2P2	G0P0	G4P2
FCS / IVG / GND / PMA	2 FCS 4 PMA	2 FCS	0	0	1 GS	0	0	0	0	0	0	2 FCS 4 PMA
Nb CO	plsr.	plsr.	plsr.	plsr.	Uniq.	Uniq.	plsr.	plsr.	Uniq.	plsr.	plsr.	plsr.
Prescri- -pteur CO	MT	SF	GO	MT	MT	MT	GO	MT	MT	MT	MT	SF
Prise autre que CO	oui	oui	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	non
Auto-évaluation connaissance CU	2/10	5/10	5/10	2-4/10	NE	5/10	6-7/10	4/10	9/10	3/10	5/10	5/10
Oublis de CO	oui	oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Oubli à risque de grossesse	oui mais PMA	oui	Nc.	non	Nc.	oui	oui	non	non	oui	non	Oui mais PMA
Nombre utilisation CU	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
Abord de la CU par MT	non	non	non	non	non Rplc	non	non	non	non	non	non	non
Abord de la CU par GO ou SF	non	non	non	non	non	non	oui GO	oui GO	oui SF	Doute GO	non	oui GO

Pr. : Présentiel / **Tel.** : Téléphonique / **Urb.** : Urbain / **Rur.** : Rural / **Semi Rur.** : Semi rural / **Cpl** : en couple / **Célib** : Célibataire / **GxPx** : Nombre de grossesse et nombre de naissance viable / **FCS** : Fausse couche spontanée / **GS** : Grossesse surprise / **PMA** : Procréation médicalement assistée / **GND** : Grossesse non désirée / **Nb** : nombre / **plsr.** : plusieurs CO / **Uniq.** : une seule CO / **CO** : Contraception orale / **MT** : Médecin traitant / **SF** : Sage-Femme / **GO** : Gynécologue Obstétricien / **NE** : non évalué / **Nc.** : non concernée / **Rplc** : remplaçant du MT

Nb. De CO : si la patiente a utilisé un seul type de contraception orale ou plusieurs.

Prescripteur CO : le prescripteur actuel de la CO (la patiente peut avoir eu différents prescripteurs de CO au cours de sa vie)

Prise autre que CO : si la patiente a déjà utilisé un DIU ou un implant.

Oubli à risque de grossesse : si oubli de la CO dans une période avec rapports sexuels non protégés (les situations similaires chez les patientes en parcours PMA ont été considérés tout de même à risque).

Abord de la CU par GO ou SF : si souvenirs trop anciens pour se rappeler si abordé ou non cela est précisé avec « doute ».

L'analyse de ces entretiens a permis d'identifier 9 catégories, détaillées ci-dessous.

Catégorie I : Attentes générales liées au renouvellement de CO

Figure 6 : Arbre de codage - Catégorie I



1. Représentation autour du prescripteur

1.1. Médecin traitant

Les patientes perçoivent le MT comme un professionnel de santé très accessible et pratique pour le renouvellement de la contraception, mais pour des raisons qui peuvent varier. Pour certaines, il constitue le premier recours, choisi pour sa proximité, sa disponibilité et la connaissance globale de leur dossier médical, facilitant un suivi continu et la réévaluation régulière de la contraception. Pour d'autres, il représente un recours secondaire, choisi principalement lorsque l'accès à un spécialiste est difficile ou que les rendez-vous sont trop lointains, ce qui renforce le caractère pratique de sa disponibilité. Cette distinction souligne la diversité des usages et des attentes vis-à-vis du MT, même si certaines patientes ignorent encore le rôle qu'il peut jouer dans la contraception.

Facilité d'accès du MT : 1^{er} recours :

"Alors oui, ... pour le médecin traitant je dirais qu'il y a un côté plutôt pratique. Effectivement quand on a une consultation, ça peut être pratique de se faire renouveler euh l'ordonnance de sa contraception en même temps" (P03)

"et le docteur [MT] a gentiment proposé de continuer de me la prescrire donc c'était une bonne alternative" (P08)

"Là maintenant voilà c'est le médecin traitant de par ma demande. Et après à l'époque... bah quand j'ai commencé par contre c'était une gynécologue de mémoire..." (P10)

"j'ai eu un rendez-vous euh il y a une semaine ou 2 semaines avec à mon médecin pour euh..., parce que justement bah ma gynéco elle avait déménagé..." (P11)

Méconnaissance du rôle du MT dans la contraception :

" Mais c'est vrai que très honnêtement j'étais pas au courant que le médecin traitant en France il faisait ça [...] mais ce serait cool d'avoir un médecin traitant qui prends ça en charge aussi" (P07)

1.2. Gynécologue : spécialiste

Le gynécologue est perçu comme le spécialiste de référence pour la contraception et le suivi gynécologique. Les patientes attendent de ces consultations un accompagnement plus expert et détaillé. Cependant, l'accès aux gynécologues peut être limité : listes d'attente longues et disponibilité réduite. Certaines patientes se tournent alors vers d'autres professionnels, comme les MG ou les sage-femmes, lorsque les rendez-vous sont difficiles à obtenir. Le coût des consultations peut également constituer un frein pour certaines patientes généralement jeunes, surtout si le praticien n'est pas conventionné. L'initiation de cette contraception orale est donc souvent initiée par le gynécologue, avec parfois un relais d'ordre pratique par d'autres professionnels. D'autres patientes gardent une évaluation annuelle ou ponctuelle chez leur gynécologue pour une approche plus spécialisée, notamment sur certains ATCD gynécologiques particuliers (comme l'endométriose) et vont chez leur MT pour une réévaluation plus régulière avec renouvellement de la contraception pour allier suivi spécialisé et réévaluation régulière et accessible.

Suivi gynécologique partagé : gynécologue + MT (RO) :

"j'ai un suivi euh, ... annuel de mon médecin gynécologue. Donc le Dr [MT] ne fait que renouveler l'ordonnance" (P01)

"pour le médecin traitant je dirais qu'il y a un côté plutôt pratique [...] de se faire renouveler euh l'ordonnance de sa contraception en même temps. Euh après euh moi étant donné que j'ai quand même des soucis gynécologiques, j'aime bien aussi me rendre directement chez le gynécologue qui est plus spécialisé pour le coup." (P03)

Attentes majorées pour le spécialiste : perçu comme une référence :

"le gynécologue qui est plus spécialisé pour le coup." (P03)

"c'est vrai que bon, quand on va chez le gynécologue euh on s'attend à parler... bah de sujet un peu tabou et cetera..." (P08)

Accès restreint aux gynécos (délai long, liste fermée) :

"ma gynéco elle est super sauf que les rendez-vous c'est d'une année sur l'autre et j'ai loupé une fois le coche" (P02)

"Là maintenant voilà c'est le médecin traitant de par ma demande. Et après à l'époque... bah quand j'ai commencé par contre c'était une gynécologue de mémoire [...] Ça fait un moment que c'est dur de trouver un gynécologue." (P10)

"avoir une gynécologue en France c'est de plus en plus compliqué... On galère un peu à la trouver [rires]" (P07)

"c'est relativement rapide par rapport à la gynéco donc je pense que je vais aller chez la sage-femme pour le coup. [...] je vais appeler pour prendre rdv avec ma gynéco, mais c'est vrai que comme elle est sur l'hôpital et qu'elle fait et la gynéco et la PMA et crâneaux sont [rires] chers. " (P12)

Frein financier lié au non-conventionnement :

"je me suis arrêtée d'aller voir parce que euh, c'était compliqué de trouver... des disponibilités, le prix aussi des consultations qui est un petit peu élevé chez le gynécologue et le docteur [MT] a gentiment proposé de continuer de me la prescrire donc c'était une bonne alternative." (P08)

1.3. Sage-Femme

Les Sages Femmes ont également une grande part dans la contraception chez la femme. Certaines patientes découvrent positivement le rôle de la sage-femme dans le suivi contraceptif, parfois à la suite de difficultés à obtenir un rendez-vous chez le gynécologue. Les sage-femmes sont perçues comme un premier recours pertinent pour l'éducation thérapeutique et le renouvellement de la contraception, offrant un accompagnement attentif et personnalisé. Cette expérience contribue à

modifier la représentation initiale fréquente de la sage-femme, passant d'un rôle limité du suivi de la grossesse à celui d'un acteur clé dans le suivi contraceptif.

Découverte positive du rôle de SF en contraception :

"j'ai loupé une fois le coche et après je suis restée avec ma... enfin du coup je suis allée voir la sage-femme et puis je suis restée avec la sage-femme et puis au final c'était tout aussi confortable" (P02)

SF comme premier recours pour l'éducation thérapeutique sur la contraception :

"c'était à peu près pendant les 1ers rendez-vous. Euh... c'était plus pour euh... pour m'expliquer un peu tout ce qui avait... On a vu ça avec une sage-femme d'ailleurs qui était avec lui ce jour-là" (P08)

"je pense que je prendrais rendez-vous si j'avais euh.... [...] juste à renouveler ma pilule, et de voir une sage-femme pour faire vraiment un point.... Vraiment sur toutes les questions..." (P09)

2. Contexte de la consultation de renouvellement de contraception

2.1. Adaptabilité de la consultation aux besoins de la patiente

Les consultations pour le renouvellement de la contraception ne sont pas uniformes : elles peuvent être spécifiquement dédiées au renouvellement de la contraception et du suivi gynécologique, ou bien s'intégrer dans une consultation globale de médecine générale incluant d'autres suivis et traitements médicaux mais également lors d'une problématique aiguë. Les patientes apprécient cette flexibilité, qui permet de répondre à plusieurs besoins simultanément.

RO lors d'une consultation dédiée :

"C'est souvent quand je vais chez le médecin... Enfin ça arrive de temps en temps que ce soit que pour ça : je prends un rdv pour faire un renouvellement" (P04)

"généralement ben je viens pratiquement que pour ça, hein des fois je suis pas malade de l'année... Donc euh..., je prends mon rendez-vous pour avoir euh pour avoir oui... mon renouvellement de mon ordonnance. On me redonne pour un an" (P06)

RO global des traitements avec la CO :

"je viens pour mon renouvellement de médicaments, euh... classique donc pour le coveram avec le médicament pour la tension et puis pour la contraception en même temps" (P01)

"Bah je suis allée chez le docteur [MT] du coup. Euh c'était... pour... euh renouveler justement [...] tous les autres traitements, les allergies tout ça" (P08)

RO lors d'une problématique aiguë :

"ou soit euh... beh il y a un souci, enfin il y a quelque chose qui va pas et du coup au passage je demande si c'est possible de me la renouveler. C'est vrai que comme elle correspond euh... bah voilà" (P04)

2.2. Fréquence des RO

La fréquence des consultations varie selon les patientes, allant de tous les trois mois à une fois par an. Certaines considèrent une fréquence trop rapprochée comme contraignante, tandis que d'autres apprécient le suivi médical régulier pour suivre de près la tolérance et l'efficacité de la contraception, mais également pour un suivi médical plus global dans le champ de la médecine générale. Ces consultations régulières, comme le renouvellement trimestriel, sont également vues comme une opportunité de faire un point sur sa santé, de vérifier la tolérance de la contraception et de la réévaluer selon les évolutions médicales, psychologiques ou personnelles. Cette régularité contribue à instaurer un climat rassurant, où la patiente se sent accompagnée de manière continue.

Sensation de fréquence de RO trop rapprochée :

"Ça c'est un inconvénient je trouve. Sincèrement. Je trouve que ça passe trop vite 6 mois. Bah comme elle me correspond c'est vrai que... mais bon après..." (P04)

RO perçu comme opportunité de suivi médical :

"C'est tous les 3 mois ouais. [...] Euh, bah ça permet de faire un point avec sa médecin donc ça c'est bien [...] ça permet de faire le point avec euh... donc voilà si on a des questions, si on n'est pas très contente, ou même pour faire un petit contrôle" (P01)

"Après ça permet aussi de refaire le point peut être avec l'endométriase, voir si c'est toujours bien..." (P04)

"c'est une consultation juste voir si tout était bien, parce que je fais quand même ma consultation tous les ans. Une fois par an j' passe chez le médecin et c'était juste pour voir si tout était bien. Elle m'a fait un contrôle et tout était bon" (P07)

2.3. Tolérance de la CO

Le suivi de la tolérance constitue un point central pour les patientes. Les médecins interrogent sur l'expérience globale avec la contraception, incluant les nouveaux symptômes physiques et psychologiques, les contre-indications et les antécédents médicaux. Des examens physiques et biologiques, comme des mesures de tension, de poids et prises de sang, sont réalisées pour s'assurer de la compatibilité de la méthode contraceptive avec l'état de santé général. Les patientes attendent une prise en compte de leur expérience avec la contraception et leur adhésion à ce mode contraceptif et pas uniquement centrée sur l'aspect biomédical. Cette réévaluation régulière vise à une contraception la plus adaptée possible et sûre pour la patiente afin de répondre au mieux à ses besoins actuels.

Réévaluation régulière de la tolérance par le MT :

"elle me demande si ça va, si je la tolère bien, euh... si je n'ai pas de soucis" (P01)

"vraiment Dr. [MT] elle me posait vraiment toutes les questions, elle faisait vraiment très très attention euh... si je la supportais bien la pilule [...] elle faisait vraiment attention, parce que je prenais pas de pilule avant " (P05)

"Mmh, elle m'a demandé si euh, si y avait pas de... s'il n'y avait pas de problème concernant la pilule, s'il fallait la changer, s'il y avait des choses qui ont été dérégées... c'est-à-dire au niveau je sais pas euh acné ou... mal de ventre... ou..." (P09)

Vérification indication CO en fonction évolution de santé / ATCD :

"Et c'est qu'à partir du moment à qu'avant ça m'arrivait pas parce qu'avant je prenais la pilule mais elle m'a changé, parce que comme j'ai des problèmes de tension artérielle, et comme je fon... Euh... le médecin il m'a dit il faut qu'on change" (P07)

"enfin je lui ai dit en fait que j'avais du coup des maux de tête et cetera.... Mais j'avais aussi moi un traitement de fond autre et je voulais savoir s'il n'y avait pas de contre-indication et cætera... Donc après il a regardé euh... bah le style de pilule, qui pourrait me correspondre et en fait il m'a proposé l'Optimizette par rapport au fait qu'il y avait pas d'estrogène. Et comme il n'y pas d'estrogène... il y a moins de risque de migraine apparemment." (P10)

"elle m'a renouvelé mon ordonnance, en me disant que ce serait bien qu'on voit pour un autre contraceptif d'ailleurs parce que c'était pas le plus adapté pour euh... le SOPK" (P12)

Evaluation santé physique et mentale avant prescription :

"on demande rarement comment la femme elle se sent au niveau psychologique. Physique oui mais pas psychologique" (P01)

"le médecin m'a posé quelques questions pour savoir comment ça allait mentalement, physiquement et puis après on est reparti sur euh... la même contraception que j'avais avant..." (P03)

Examen clinique / biologie :

"bah du coup, on a fait un rendez-vous euh assez classique au cabinet avec euh... du coup un examen physique" (P03)

"Je sais que Dr. [MT] m'avait fait faire une prise de sang il y a 6 mois je crois, pour être sûr que tout allait toujours bien." (P04)

"Euh... mon médecin cette fois ci elle m'a juste exa... examinée... elle m'a dit que tout était bien, il m'a fait la pression, il m'a regardée en bas... Il m'a dit que tout était nickel" (P07)

"Et après on a fait bah tous les examens euh... le poids, la taille, la respira... enfin la tension tout ça." (P11)

2.4. Satisfaction du RO par le prescripteur sans autres attentes spontanées

Les patientes décrivent les consultations de renouvellement de contraception comme des moments routiniers, simples et rapides, pouvant être réalisées à l'occasion d'un autre motif de consultation. Certaines les perçoivent même comme contraignantes. Mais globalement, elles se disent satisfaites du renouvellement effectué par leur MT ou un autre prescripteur, sans formuler spontanément d'attentes supplémentaires. Ces consultations sont perçues comme efficaces, rassurantes et adaptées à leurs besoins immédiats. La satisfaction exprimée est souvent liée au sentiment d'être écoutée avec une prise en compte de leurs besoins.

Cependant, au fil de l'entretien, lors de l'évocation de la CU et de la prévention associée, plusieurs patientes reconnaissent qu'elles seraient intéressées par davantage d'informations sur ce sujet. Si elles n'en ressentent pas le besoin de manière spontanée, elles se montrent réceptives à l'idée lorsqu'elle leur est proposée.

Satisfaction du RO par le prescripteur sans autres attentes spontanées :

"quand je vais le voir juste pour renouvellement de contraception, j'attends pas spécialement autre chose de sa part" (P03)

"Ouais sur le moment j'ai pas eu plus de questions que ça, tout avait été très clair, et euh bah voilà." (P08)

"Non, non, ça m'a convenu." (P10)

Consultation de renouvellement de CO perçue comme simple et routinière :

"Mais sinon euh à chaque fois c'est un rdv... assez simple." (P04)

"C'est une consultation juste pour voir si tout était bien, parce que je fais quand même ma consultation tous les ans. [...] elle m'a juste fait un contrôle et tout était bon." (P07)

Catégorie II : Attente d'une relation de confiance avec le médecin traitant

Figure 7 : Arbre de codage - Catégorie II



1. Approche centrée patiente

1.1. Ecoute active

Pour les patientes, l'écoute du médecin constitue un élément fondamental de la qualité de la consultation. Elles valorisent une attention réelle à leurs préoccupations, parfois même plus que le diagnostic en lui-même. Cette écoute comprend le questionnement sur la tolérance, les préférences et les attentes de la patiente, mais surtout une écoute sans interruption et sans banalisation. Elle favorise ainsi un lien de confiance dans lequel la patiente se sent entendue et respectée. Certaines patientes expriment que le fait d'être écoutées et comprises est plus important que le diagnostic médical montrant que la qualité relationnelle constitue un socle pour l'adhésion de la patiente vis-à-vis de sa contraception.

Ecoute active :

"[en parlant du MT] c'est vraiment quelqu'un qui est là pour nous aider, qui est là pour nous écouter et puis répondre" (P01)

"Enfin elle est toujours à l'écoute..." (P02)

Primauté de l'écoute sur le diagnostic :

"tant que mon médecin il m'écoute, il écoute ce que... enfin que ça se passe bien, enfin qu'il est... à l'écoute et qu'il me conseille bien... et qu'il ai un bon diagnostic je m'en fiche en fait." (P01)

1.2. Prise en charge globale en tant que femme

Les patientes souhaitent que la consultation soit axée autour de la spécificité de la santé de la femme, afin de prendre en compte le vécu de leur vie personnelle, et pas uniquement le renouvellement de la contraception. Elles attendent du médecin qu'il considère l'impact de la contraception sur leur quotidien, leur confort, et leur compatibilité avec leur style de vie et leur passé. Les patientes veulent une méthode contraceptive non contraignante et vécue positivement en interférant le moins possible avec la vie quotidienne et en répondant à des besoins spécifiques, par exemple la régulation des règles ou la gestion de la douleur. L'accent est mis sur le confort, la sécurité et la compatibilité avec le mode de vie. Par exemple, une femme ayant subi une hémorragie de la délivrance pourra préférer une contraception qui stoppe les menstruations, alors qu'une patiente avec une forte anxiété d'une grossesse non désirée se sentira rassurée d'avoir ses règles tous les mois.

Les consultations offrent également un espace pour discuter de la pertinence de la contraception actuelle au regard des évolutions de la vie de la patiente et de ses préférences afin de réévaluer cette contraception, envisager de la changer ou de l'arrêter (projets de grossesse, séparation de couple, changements de santé, préférences personnelles, ...).

Spécificité de la santé de la femme :

"qu'elle me dise voilà est ce que ça vous satisfait pleinement, est ce que, ... qu'est ce qui ferait qu'aujourd'hui vous changeriez de CO, qu'est-ce que vous voudriez changer pour que ça se passe mieux vous en tant que femme" (P01)

"Donc il m'a... il m'a posé plein de questions sur euh bah mon activité, mon âge, si j'étais quelqu'un, ce que je prenais avant et si j'avais des problèmes euh... avec euh cette pilule, du coup." (P11)

Recherche d'une contraception non contraignante et vécue positivement :

"Que le contraceptif remplisse pleinement, enfin qu'il nous gêne le moins possible dans nos vies de femme [...] pour se sentir mieux avec notre mode de contraception" (P01)

"Moi l'objectif pour moi de prendre la pilule c'était de contrôler la douleur de mes règles, ainsi que le flux, donc j'étais censé pas les avoir pendant ma prise continue de la pilule, et ça avait pas du tout marché donc c'était pas... ça allait pas du tout quoi." (P08)

Réflexion sur la pertinence actuelle de la contraception pour la patiente :

"avec la réflexion, me dire si... en fait j'ai pas envie de prendre des médicaments, je n'ai plus trop envie de prendre de pilule mais bon, ... pour le moment je la garde mais je vais réfléchir à ça après" (P01)

"Bon j'étais sous Optimizette, je voulais euh... arrêter la pilule parce que la prise de médicaments au quotidien ça m'embêtait et puis je voulais... Enfin je trouvais ça contraignant" (P02)

1.3. Adaptation du discours à la patiente

Les patientes souhaitent que le médecin adapte son langage à leur âge et leurs expériences, pour que les informations leur soient compréhensibles et accessibles. Les patientes signalent souvent qu'elles ne comprennent pas certains termes médicaux comme « contraception d'urgence » et comprennent des expressions plus connues comme « pilule du lendemain », ce qui facilite la compréhension et la prise de décision.

Adaptation du discours à la patiente :

"Et je pense que le discours n'est peut-être pas le même avec... une ado ou une jeune femme qui arrive et puis une femme qui a déjà 2 enfants et... je pense que ça doit changer un petit peu" (P02)

Décalage entre langage médical et langage courant :

"[Si je vous parle de Contraception d'urgence, à quoi est-ce que vous pensez ?] Bah à la pilule du lendemain." (P02)

"Après il y a des noms qui sortent à droite à gauche, qu'on comprends rien" (P07)

"après une conversation orale, un peu pour expliquer un peu plus avec... des mots plus simples" (P08)

2. Alliance thérapeutique

2.1. Expression des souhaits, limites et refus

Les patientes veulent pouvoir exprimer librement leurs préférences en matière de contraception et pouvoir refuser certaines méthodes, sans craindre de jugement. Cette liberté renforce leur sentiment d'autonomie et de responsabilisation envers la contraception en vue d'une bonne acceptation de cette thérapeutique. Elles désirent s'exprimer et être interrogées sur leurs attentes par rapport à cette contraception et non seulement sur la tolérance.

Expression des souhaits, limites et refus :

"Moi j'étais pas chaude du tout je voulais pas. Et mon gynécologue elle me fait qu'est-ce que vous voulez ? Je pense que je veux pas prendre de médicaments, mais je ne veux pas de stérilet je veux pas d'implant et je veux pas de règles" (P01)

"Bon j'étais sous Optimizette, je voulais euh... arrêter la pilule parce que la prise de médicaments au quotidien ça m'embêtait et puis je voulais... Enfin je trouvais ça contraignant" (P02)

"je lui ai demandé si..., s'il y avait autre chose que la pilule pour moi. Parce que... Je suis pas fan du fait euh..., de euh d'attendre une heure tous les jours euh..., bien précise pour reprendre un médicament." (P11)

2.2. Adaptation des propositions thérapeutiques

Les patientes apprécient que le médecin propose des alternatives ou ajuste la prescription pour mieux correspondre aux souhaits et limites exprimés, par exemple le retrait d'un stérilet ou le changement d'une pilule mal tolérée. Les patientes souhaitent que leurs demandes soient entendues même lorsque certaines options sont limitées pour des raisons médicales. Une discussion transparente sur ces limites avec explication est perçue comme rassurante et respectueuse et permet un meilleur engagement de la patiente dans sa contraception.

Adaptation des propositions thérapeutiques au souhait de la patiente :

"Il m'a dit bon ok, [...] si vous voulez pas de règles, prenez cette pilule-là elle est bien par rapport à votre âge, elle est bien par rapport à vous, votre physiologie, euh... par rapport à ce que vous attendez." (P01)

"Enfin je trouvais ça contraignant donc elle m'a proposé le stérilet mixte, euh... Kyleena. Euh... sauf que ça m'a pas convenu, j'ai eu de nouveau des règles aléatoires, des saignements un peu n'importe quand, n'importe comment. [...] ça me convenait toujours pas, donc on a fait le retrait du stérilet et on est reparti sur une pilule" (P02)

"il a regardé euh... bah le style de pilule, qui pourrait me correspondre et en fait il m'a proposé l'Optimizette par rapport au fait qu'il y avait pas d'estrogène. Et comme il n'y pas d'estrogène... il y a moins de risque de migraine apparemment." (P10)

Confrontation aux limites médicales perçue par le MT :

"il m'a expliqué que tout ce qui était stérilet tout ça bah... Vu que j'étais jeune encore, bah ça allait être compliqué... Et que..., bah, après, ça serait possible, mais pour l'instant c'est plus la pilule, qu'autre chose." (P11)

2.3. Adhésion thérapeutique et confiance dans le médecin et ses conseils

L'implication active des patientes dans le choix de la contraception, soutenue par l'écoute et l'adaptation du médecin, favorise leur adhésion et la satisfaction globale de la patiente. Les patientes expriment qu'elles font confiance au médecin lorsqu'il prend en compte leur vécu, respecte leurs souhaits et explique la prise en charge. Cette confiance dans les propositions du médecin est directement liée à la teneur du climat de la relation entre le médecin et le patient. Cette confiance renforce d'adhésion dans la prise contraceptive.

Confiance dans le médecin et ses conseils :

"je pense que si je lui demandais des conseils, elle serait honnête avec moi et que si euh elle pensait que c'était la meilleure solution... Il y aurait pas de soucis avec ça." (P08)

3. Climat relationnel et liberté d'expression

3.1. Climat relationnel favorisant la liberté d'expression

3.1.1. Liberté d'aborder des sujets sensibles grâce à la relation de confiance

Pour les patientes, le climat relationnel conditionne la possibilité d'aborder ou non des sujets sensibles. Les patientes auront plus facilement tendance à se livrer sur leur sexualité et la contraception si elles se sentent à l'aise avec leur médecin. La consultation est perçue par certaines patientes comme un lieu intimiste, ouvert et sécurisant, lui permettant de poser ses questions sans crainte à tout moment. Cette liberté d'expression sur ces sujets sensible est variable entre les patientes mais pour certaines, le fait d'être avec un médecin du sexe opposé n'est pas un frein à l'abord de cette thématique, du moment que la relation de confiance est établie. Certaines patientes se sentent plus à l'aise à évoquer leur intimité avec le spécialiste plutôt qu'avec le MG du fait de sa représentation plus spécialisée dans la sphère gynécologique. Elles s'attendent ainsi plus à discuter d'intimité avec le gynécologue, ce qui diminue leur appréhension face à son jugement.

Liberté d'aborder des sujets sensibles grâce à la relation de confiance :

"ça me poserait aucun soucis d'en parler si j'avais besoin d'en parler [...] je pense que l'espace euh... le temps qu'on a avec son médecin, quand on a un médecin traitant ou une sage-femme, et que ça fait des années en plus... il y a quand même une relation de confiance, qui est hyper importante et je pense qui permet vraiment de passer tout un tas d'informations" (P02)

"je pense que si y a eu une bonne entente si le médecin euh... à l'air... simple en face de nous, enfin on se dit bah elle a l'air sympa... J'peux p'têtre lui en parler... Elle ne portera pas de jugement... Bah.. p'têtre que ça... Je pense bon la relation avec son médecin. Peut... tout changer" (P05)

"Bah je crois qu'on en parle de certaines choses chez la gynécologue et le MT, j'crois qu'il faut avoir la confiance de parler avec le médecin, parce qu'ils sont notre médecin, ils nous connaissent" (P07)

Liberté de poser ses questions à tout moment avec son médecin :

"Très honnêtement j'ai pas... elle m'a expliqué, et elle m'a toujours dit si tu as des doutes la prochaine fois on se parle, tu parles avec moi, tout ça machin... Mais c'est vrai qu'elle a tout bien expliqué. C'est vrai que c'était bien" (P07)

"enfin, je poserai la question moi en fait, j'aurais pas d'inconvénients à le faire donc..." (P10)

Pas de frein avec médecin du sexe opposé :

"Euh... alors ça varie, mais là c'était un homme. [D'accord, et le sexe a un impact pour vous sur les freins ou les peurs à aborder ce sujet de la contraception ?] Euh pas forcément non, pas forcément" (P03)

"Euh... Pfff. Peu importe, J'me dis que c'est un médecin qui... qui connaît aussi... enfin le domaine de la pilule et tout... Donc je me dis que euh il pourra m'aider si j'ai... Si j'ai un problème." (P09)

Confort accru avec le spécialiste pour aborder la contraception et l'intimité :

"Pour moi à l'époque, je parle pour moi... après je sais pas, après j'ai parlé avec toutes mes copines et personne parlait de ça avec le MT, c'était plutôt avec la gynécologue." (P07)

"quand on va chez le gynécologue euh on s'attend à parler... bah de sujet un peu tabou et cetera..." (P08)

3.1.2. Désir d'un échange sans jugement ni tabou

Les patientes souhaitent un dialogue respectueux, où le médecin ne porte pas de jugement et crée un espace bienveillant pour aborder des sujets intimes. L'intimité du cadre de la consultation en tête à tête favorise l'expression, réduit les tabous et permet aux patientes de poser des questions qu'elles n'oseraient pas aborder en présence d'un tiers. En consultation de contraception certaines patientes, notamment les adolescentes peuvent se sentir mal à l'aise à évoquer la sexualité en compagnie de l'un de leurs parents qui ne serait pas au courant, et cela pourrait venir freiner le dialogue voire lui interdire d'exister. La possibilité de consultations individuelles est donc essentielle pour l'autonomie et la liberté d'expression.

Désir d'un échange sans jugement ni tabou :

"Enfin c'est le rôle du médecin qu'il y ait pas de tabou [...] bah après avec notre docteur, normalement... on a une relation de confiance, où il n'y a pas de tabou, enfin on peut tout dire, justement on est là pour... voilà, même si des fois c'est un peu délicat, bah... c'est vraiment quelqu'un qui est là pour nous aider, qui est là pour nous écouter et puis répondre, euh..., répondre à nos interrogations" (P01)

"J'peux p'tête lui en parler... Elle ne portera pas de jugement " (P05)

"on peut plus en parler... librement peut être pour certains jeunes, je sais pas, pour qui ça peut être même compliqué en famille d'en discuter, j'en sais rien... [...] un lieu où peut être ou... voilà le médecin tout ça... où on a un lieu où en parler sans trop être vu ni jugé ça peut aider aussi peut être..." (P10)

Intimité du cadre de consultation (en tête à tête) favorise l'écoute et limite les tabous :

"C'est bien de recentrer et de redire les bonnes choses et d'autant plus quand les infos viennent du cadre scolaire où on peut être en mode j'écoute pas trop... euh... c'est gênant, etc alors qu'une consultation en tête à tête... d'un soignant avec le patient, je pense que c'est un peu différent... Et euh... l'écoute sera pas la même je pense. Enfin c'est sûr même [...] Ce n'est pas le cas en consultation chez un médecin, ... c'est beaucoup plus confidentiel... on se sentirait plus à l'aise pour parler de ces choses-là" (P02)

"je sais pas comment c'est présenté encore, dans les collèges tout ça, mais je pense que c'est... C'est bien aussi peut-être d'avoir des espaces pas que collectifs... Parce que je sais qu'il y en a, à mon avis qui... Qui osent pas demander les questions quand il y a des présentations en groupe... Mais je pense, ça peut être pas mal d'avoir des présentations un peu individuelles aussi peut être..." (P10)

Préférence d'un espace d'expression individuel sans présence parentale pour aborder la sexualité et la contraception :

"arrivé à un certain âge, demander peut-être à voir les... les filles seules. Par exemple quand leurs parents les accompagnent, parce que parfois y en a... enfin pour certaines personnes pour qui c'est tabou d'en parler devant leurs parents... Donc p'tête demander à les voir seules... histoire de pouvoir peut-être poser la question sans que... bah qu'il y a le papa ou la maman qui soit là derrière." (P04)

"Vraiment à tout âge..., mais j pense euh si la jeune fille vient avec son parent par exemple, d'éviter peut-être... A part si le parent sait que la fille a des rapports sexuels ou autre. Mais je pense que sinon ça pourrait être problématique euh... dans certaines familles" (P05)

3.1.3. Echange confidentiel sous le secret médical et recherche d'un cadre et d'un moment favorable et bienveillant

Les patientes considèrent le secret médical comme un gage de confiance dans cet échange, leur permettant de parler librement de sujets intimes et personnels sans craindre que leur entourage ne soit au courant. Les patientes apprécient que le médecin aborde la contraception et la sexualité à un moment propice, en tête-à-tête, et avec un climat bienveillant, favorisant un dialogue ouvert et sincère.

Echange confidentiel sous le secret médical :

"Non, parce qu'il me semble qu'il y a le secret médical" (P05)

"Je pense qu'en fait on se dit bah on va chez le médecin c'est moins entre guillemets vu... Enfin, c'est vu, on va à un rendez-vous médecin, on n'a pas besoin de dire pourquoi entre guillemet" (P10)

Recherche d'un cadre et d'un moment favorable et bienveillant :

"Je pense qu'il faut un moment propice dans un entretien privilégié avec le patient" (P01)

3.2. Climat relationnel limitant la liberté d'expression

A l'inverse, certaines situations peuvent créer des freins à cette liberté d'expression. Certaines patientes expriment avoir des difficultés à se confier auprès d'un médecin du sexe opposé avec une distance perçue comme non franchissable. Selon certaines patientes, cette réticence s'améliore avec l'âge. Même si elles ressentaient ce blocage au début de leur adolescence, elles ne le ressentent plus maintenant. D'autres patientes se disent mal à l'aise d'aborder ces thématiques là avec leur médecin, lors de l'adolescence elles expriment une gêne à aborder des sujets de l'ordre de l'intime et n'osent pas aborder d'elle-même ce sujet de la sexualité et de la contraception. La peur ou le sentiment de jugement de la part du médecin tout comme une mauvaise écoute ou la banalisation de leurs symptômes sont perçus comme un frein à la confiance que la patiente peut placer dans son médecin, et donc à la façon dont elle pourrait se livrer à lui.

Frein à l'échange sur la contraception et l'intimité avec un médecin de sexe opposé :

"quand j'étais jeune femme [...] j'aurais eu peur d'aller voir un homme gynécologue" (P01)

"Non je crois que à l'époque quand j'avais 18 -19 ans, 16 ans 14 ans, je crois que c'était la peur de parler avec un monsieur... [...] Je suis honnête avec vous, même aujourd'hui, je préfère avoir un gynécologue fille... plutôt qu'un monsieur gynécologue, même si j'ai rien contre, parce que je sais que tout le monde travaille bien, j'ai rien contre mais c'est moi" (P07)

Gêne des adolescentes à évoquer la CU avec le médecin :

"Je pense que à 15-16 ans on est dans une posture où on ose pas poser les questions, où on est gênée, enfin toutes ces... enfin ça relève trop de l'intime et du coup on veut pas en parler" (P02)

Sensation de jugement par le médecin comme frein au dialogue :

"Si on sent que le médecin porte un jugement quand on lui parle euh... peut-être que ça va nous freiner aussi..." (P05)

Mauvaise écoute et banalisation des symptômes :

"Vraiment, moi ... Moi, enfin... J'ai pas une maladie, mais vraiment ma chute de cheveux, ça a été un traumatisme pour moi. Parce que vraiment je perdais mes cheveux... Euh... Comme si quelqu'un avait eu le cancer... Donc là vraiment des... et ça m'avait vraiment fait peur, je pense que ça m'a mis un stress en plus... et euh... j'ai pas eu l'impression d'avoir été écoutée à ce moment-là... Ouais euh... donc juste ça. " (P05)

"à l'époque ça me faisait déjà un peu de maux de tête et on m'avait dit : non non, c'est pas ça... et en fait là en reprenant, ça refait la même chose donc je me suis dit euh Depuis toujours ça a dû être ça [rires]" (P10)

4. Respect de l'autonomie contraceptive

4.1. Informations éclairées

Les patientes insistent sur l'importance pour elles d'être pleinement informées pour prendre des décisions éclairées. Elles veulent comprendre les différentes méthodes contraceptives, la conduite à tenir suite aux oublis, la CU, et la prévention des IST. Elles souhaitent également mieux comprendre comment ces techniques et molécules fonctionnent, ce qu'elles modifient dans leur corps et les risques potentiels. Une information complète leur permet non seulement de mieux gérer leur santé, mais aussi de se sentir en confiance dans leurs choix, sans dépendre uniquement de l'avis du médecin.

L'éducation sexuelle dispensée par le médecin est donc perçue comme un outil de responsabilisation et d'autonomisation. Elles valorisent la capacité à poser toutes leurs questions, à comprendre les risques et les situations spécifiques liées à la contraception. Cela reflète un désir d'indépendance et de contrôle sur leur santé reproductive.

Souhait d'une information éclairée et exhaustive :

"qu'on explique tout, qu'on laisse le choix, qu'il laisse la possibilité..., ouais dans ... Quand on parle de contraception, bah voilà il y a le choix il y a plusieurs types de contraceptions [...] je trouverais ça normal qu'on lui explique les différents types de contraceptions, les contraceptions d'urgences. Bah je trouverais ça normal et qu'elle ai le savoir en fait, qu'elle puisse décider elle-même de ce qu'elle peut faire pour la gestion des risques. Enfin je trouve ça important" (P01)

4.2. Choix et pouvoir décisionnel

L'autonomie implique que la patiente puisse choisir la méthode qui correspond le mieux à son mode de vie, ses préférences et ses besoins. Le respect de ce choix par le médecin est essentiel pour la satisfaction et l'adhésion à la contraception. Les patientes apprécient que le professionnel propose différentes options, qu'il explique clairement les avantages et limites, mais qu'il laisse la décision finale à la patiente, ce qui ne renforcera que d'autant plus son adhésion à la contraception.

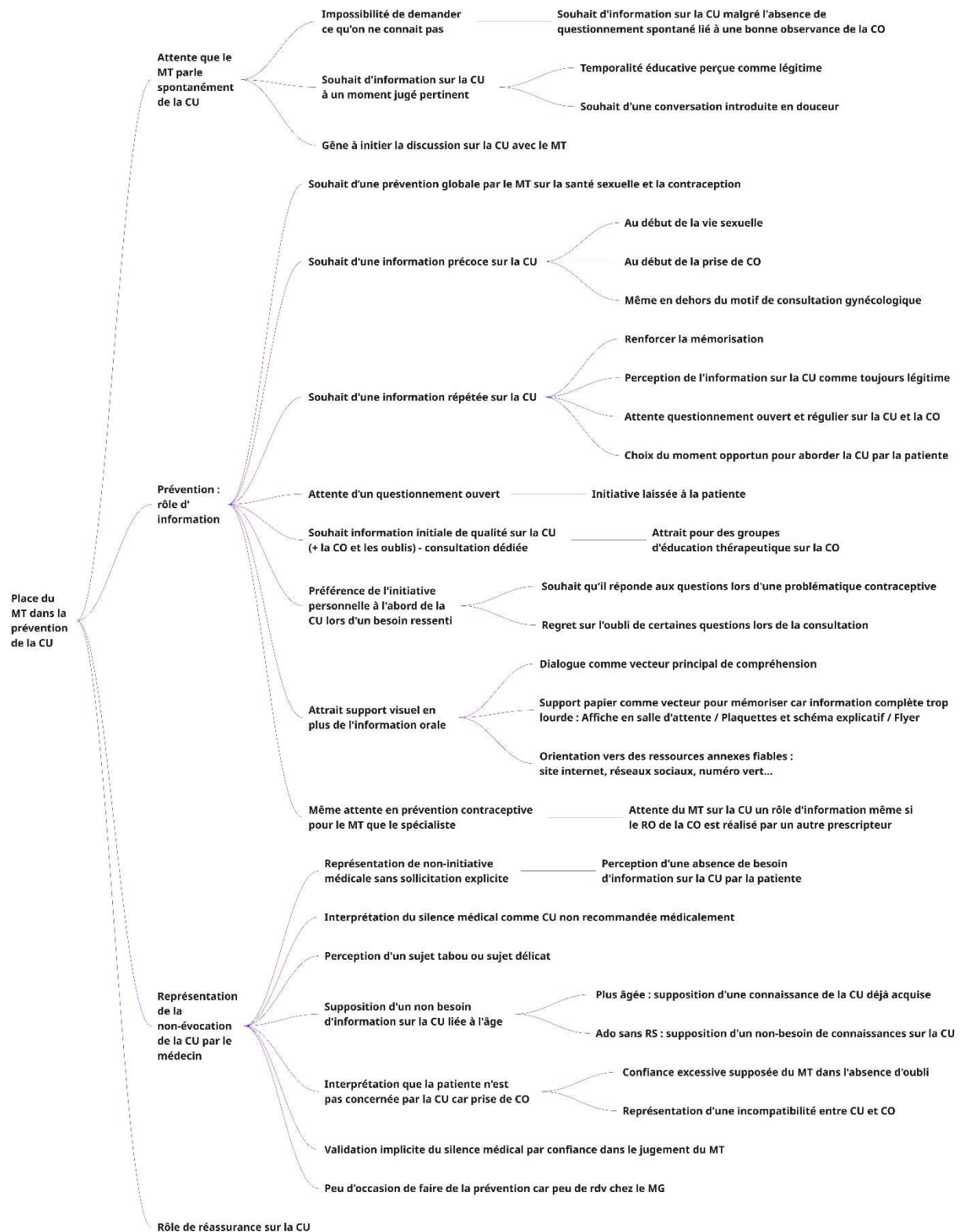
Choix et pouvoir décisionnel et autonomisation de la patiente :

"Je suis contente qu'on laisse la possibilité aux femmes de choisir aussi [...] dire que c'est une possibilité... voilà donner le choix [...] Faut qu'on ait le savoir pour pouvoir bien faire les choix" (P01)

"Oui, j'ai eu une très mauvaise expérience, bah j'ai perdu tous mes cheveux, toute ma masse. Et euh... bah depuis j'ai arrêté tout contraceptif et je ne souhaite plus en prendre." (P05)

Catégorie III : Représentations et attentes du MT dans la prévention sur la CU

Figure 8 : Arbre de codage - Catégorie III



1. Attente du MT qu'il aborde spontanément la CU

Les patientes souhaitent majoritairement que le médecin prenne l'initiative d'évoquer la CU. Pour elles, notamment quand elles sont jeunes, cette rencontre avec un professionnel de santé est souvent marquée par l'incertitude : elles ne savent pas toujours que la CU existe et n'auraient pas l'idée de poser la question d'elles-mêmes. Dans ce contexte, le fait que le médecin aborde spontanément le sujet est perçu comme un acte de soutien et d'accompagnement, qui permet de lever les barrières de gêne et d'inconfort souvent associées à la sexualité et à la contraception. Certaines patientes précisent que même si elles pourraient théoriquement poser la question, cela ne leur viendrait pas toujours à l'esprit, et le fait que le médecin aborde le sujet rend la conversation plus naturelle et moins gênante.

Attente du MT qu'il aborde spontanément la CU :

"je vous avoue que je pense que j'y aurais pas forcément pensé sur le moment. Ouais, mais effectivement, si le médecin peut en parler euh... de manière spontanée, je pense que ça peut être intéressant" (P03)

"Alors ça aurait pas été tabou de mon côté... Maintenant j'aurais pas été lui dire euh... Oh ! J'ai besoin de plus d'informations parce que... euh... fin..." (P04)

"je pense que j'aurais pu moi-même poser la question... mais des fois, c'est vrai que ça nous vient pas tout de suite à l'esprit. Euh... Des fois les questions nous viennent après. [...] Donc euh peut être ouais que le médecin p'ête prenne l'initiative et que s'il voit que la personne n'est pas... n'est pas en phase, n'ai pas envie d'en parler et bah... ce sera une prochaine fois." (P05)

"Euh... j pense il s'y connaît mieux que moi... Vu que... bah c'est un médecin... [...] Et puis moi ça me rassurerait un peu de connaître, plus précisément ce que je pourrais prendre un jour." (P11)

1.1. Impossibilité de demander ce qu'on ne connaît pas

Les patientes soulignent que l'on ne peut pas poser une question sur quelque chose dont on ignore l'existence. Elles considèrent que l'information devrait être initiée par le médecin afin de prévenir les situations à risque et rendre le sujet accessible. Par exemple, une adolescente sous pilule pour réguler ses règles à qui on n'aurait pas évoqué initialement l'aspect contraceptif de sa CO et de la CU, pourrait assister aux consultations de contraception sans se douter qu'un dispositif d'urgence existe. Le médecin devient alors le vecteur essentiel de leur connaissance sur ce sujet, en introduisant une information qu'elles ne peuvent pas découvrir seules. En étant sous contraception régulière et ne s'imaginant pas faire d'oubli, certaines patientes précisent que, sans ce rappel, elles n'auraient jamais pensé à évoquer la CU avec leur médecin, comme elles ne se projettent pas dans une situation à risque de la prendre.

Impossibilité de demander ce qu'on ne connaît pas :

"justement si on sait pas que ça existe, bah c'est pas... on peut pas le deviner [...] si on sait pas que ça existe c'est vraiment au docteur de nous le dire, ouais." (P01)

"on ne nous en a pas souvent parlé donc euh... on n'est pas forcément au courant... [...] Parce que moi, ça ne viendrait pas à l'idée de parler de ça à mon médecin... si j'ai jamais été informée de quoi que ce soit avant." (P11)

"Bah je pense pour en parler oui. Pour les jeunes notamment qui savent pas forcément que ça peut exister : ça peut être une solution." (P12)

Souhait d'information sur la CU malgré l'absence de questionnement spontané lié à une bonne observance de la CO :

"c'est vrai que moi pour l'instant, j'ai... enfin... j'espère ne pas en avoir besoin euh un jour, donc ça ça me viendrait pas forcément à l'idée de demander, d'en parler non plus parce que bah comme... bah je fais attention, j vais pas me dire oh je vais demander pour euh... bah c'est vrai qu'on y pense pas forcément... Donc euh... enfin que le médecin vienne en parler ça peut toujours... enfin... être mieux, ouais" (P04)

"c'est vrai que [...] j'ai jamais fait plus de recherches, j'ai jamais demandé à en avoir plus d'informations que ça puisque c'est quelque chose auquel j'ai pas été confronté" (P12)

1.2. Souhait d'information sur la CU à un moment jugé pertinent

Les patientes expriment le souhait que l'information sur la CU soit délivrée avant ou au début de la vie sexuelle, tout en tenant compte de leur contexte et de leur degré de maturité. Certaines rapportent avoir reçu cette information, parfois lors d'une prescription de contraception destinée à régulariser les cycles, alors qu'elles n'étaient pas encore sexuellement actives. Dans ces situations, plusieurs soulignent qu'elles avaient alors eu du mal à retenir ou à mesurer la portée du message, car elles ne se sentaient pas directement concernées. Pour d'autres, cette information précoce a pu provoquer un malaise, parfois vécu avec une certaine brutalité ou un sentiment d'inconfort. Cependant, cette première réaction a souvent laissé place à une prise de conscience progressive de son utilité. Certaines racontent qu'une utilisation ultérieure de la CU, parfois peu de temps après, a fini de les convaincre de la pertinence de ce discours précoce.

Ainsi, les patientes souhaitent une approche progressive et bienveillante, afin d'éviter que ce premier contact ne soit perçu comme intrusif ou inconfortable, notamment lors d'une première consultation pour des douleurs menstruelles. L'objectif est de préparer les jeunes femmes à prendre des décisions éclairées concernant leur sexualité et à anticiper les situations à risque. Il importe que cette première discussion soit vécue de manière positive, pour qu'elles se sentent en confiance et puissent revenir vers leur médecin en cas de besoin, sans rester seules face à leurs doutes, leur stress ou leurs inquiétudes.

Temporalité éducative perçue comme légitime :

"on m'a donné la pilule à 14 ans pour réguler mes maux de... mes maux de menstruations [...] donc forcément à 14 ou 15 ans on n'allait pas m'expliquer ce genre de choses [...] mais après c'est vrai qu'on m'a rien dit du tout [...] Bon peut être que, bon à l'époque [...] j'aurais peut-être pas compris le sens aussi [...] quand il y a une demande de la CU c'est même trop tard" (P01)

"la première fois elle me l'aurait dit, je pense que ça rentrerait par une oreille pour ressortir par l'autre, parce que c'était tellement pas... le moment pour moi... enfin c'que... je pensais pas du tout à ça, enfin c'était pas du tout... mes priorités. Donc j pense que... j'aurais entendu. Mais j pense que 3 ans plus tard si vraiment j'en aurai eu besoin..., je me serai pas souvenu de qu'est-ce qu'elle m'aurait dit" (P04)

"En fait, c'est elle a eu une conversation avec moi que très honnêtement que je m'attendais pas. Elle m'a dit tu peux avoir ça... Très honnêtement j'étais étonnée, j'ai dit mais c'est trop tôt [rires]. Non mais faut que tu, vous sachiez ce qui peut se passer tout de même tout de même, vous que vous savez tout. Donc j'ai dit ok ça marche." (P07)

"j'étais petite à ce moment-là. Du coup je me suis dit enfin... je me disais que j'en avais pas à besoin maintenant... [...] pas choqué, mais je me dis, ça peut toujours servir même si c'est pas maintenant... Et au final... bah, ça sert." (P09)

Souhait d'une conversation introduite en douceur : Abord de la sexualité si pas encore débutée vécue comme brutale :

"peut-être la façon dont s'est amené [...]c'était donc, pendant mes consultations pour la contraception. Pour... mes douleurs de règles [...] c'est vrai que bon, quand on va chez le gynécologue euh on s'attend à parler... bah de sujet un peu tabou et cetera... [...] je lui reproche pas du tout ça, à mon médecin, il a été vraiment très clair, il n'y a pas eu de soucis... Mais il a peut-être été trop direct. Et euh... Mmh... Bah à 16 ans euh, je pense que ça a été un peu... dur de rentrer dans cette conversation là aussi brutalement, mais après ça s'est très bien passé... [...] ça a été un peu brutal entre guillemets." (P08)

1.3. Gêne à initier la discussion sur la CU avec le MT

La sexualité et la contraception restent des sujets intimement liés à la pudeur. Les patientes rapportent que, souvent, elles n'osent pas poser elles-mêmes la question de la CU par peur du jugement ou par simple gêne. Elles apprécieraient que le médecin prenne l'initiative de poser des questions ouvertes et bienveillantes, permettant ainsi d'ouvrir le dialogue et de favoriser l'expression de leurs interrogations sans pression en créant un espace où la patiente se sente légitime de se renseigner sur sa contraception sans l'avoir prévu à l'avance.

Gêne à initier la discussion sur la CU avec le MT :

"Je pense que le médecin il doit sentir si le patient il est à l'aise ou pas avec ce genre de sujet et s'il l'est pas qu'il lui pose la question" (P03)

"J pense que le fait que le MT lance le sujet c'est pas plus mal, parce qu'il y en a peut-être qui osent pas en parler" (P04)

"ce serai sympa aussi que le médecin prend la démarche [...] de parler de ça, parce que je sens qu'il y a beaucoup de jeunes [...] ma nièce, la grande, je sais qu'elle a peur... [...] elle parle pas de certaines choses. Et j'crois que si les gens qui commencent à parler avec elle de certaines choses que ça peut aider, à ce que ça sorte les questions. [...] Quand quelqu'un commence à parler avec nous ça nous aide à entrer dans la conversation et à poser des questions que normalement on ferait pas." (P07)

2. Prévention : attente d'un rôle d'information sur la CU de la part du MT

Les patientes souhaitent que le MT joue un rôle éducatif et de prévention, capable de combler les manques de connaissances et de répondre aux interrogations que la patiente pourrait ne pas formuler spontanément. Pour les patientes, le médecin joue un rôle dans leur parcours vers l'autonomie : il fournit des informations fiables sur la CU et les méthodes contraceptives, permettant de prendre des décisions éclairées et d'anticiper les situations à risque afin d'être acteur de sa santé.

2.1. Souhait d'une prévention globale par le MT sur la santé sexuelle et la contraception

Les patientes désirent que le médecin explique de façon complète les méthodes contraceptives et la prévention des IST, et ce, même en dehors de la prescription d'un contraceptif. Certaines patientes estiment que lors de l'adolescence, vers 15-16 ans le MT devrait introduire une discussion sur la sexualité, les IST et les options disponibles de contraception, y compris la CU, afin qu'elles puissent se projeter et choisir au besoin en connaissance de cause. Elles souhaitent une information adaptée à leur âge et à leur niveau de connaissance mais également actualisée aux dernières nouveautés, permettant aux patientes de pouvoir comprendre les risques, les mécanismes et les différentes options disponibles pour être actrices de leur santé

Souhait d'une éducation sexuelle par le MT (sur la contraception, la CU, les oublis, les IST, ...) :

"Voilà qu'on ait, que les... que moi ou les jeunes ils aient l'information, qu'ils savent que ça existe, le jour où ils en auront besoin, s'ils savent pas exactement, ou s'ils ne se souviennent plus ils reviendront vers les professionnels pour qu'ils expliquent comment ça s'utilise, voilà." (P01)

"j'arrive j'ai 15 ans ou 16 ans et je viens pour prendre la pilule pour la première fois, euh oui je voudrais [...] que le soignant m'explique tout ce qu'il existe... et que je sache vraiment toutes les solutions qui s'offrent à moi selon les situations [...] mais vraiment du coup ça devient très général c'est-à-dire contraception, CU, préservatifs... Enfin après c'est de l'éducation sexuelle aussi. [...] Parce que parfois on n'a pas forcément toutes les infos et... ou on a pas les bonnes infos" (P02)

"Euh... bah... ça pourrait être bien. Ouais... Peut-être qu'il y a eu des... des nouvelles choses qui ont été euh créées... Peut-être des nouveaux moyens de contraception [...] Oui, bah je pense que ça peut évoluer." (P09)

"c'est plus sur le fait que quand on nous la donne... euh... c'est plus du bon : faut que tu la prennes euh tous les jours... euh... à une heure à peu près tout le temps pareille... il faut surtout pas l'oublier... Mais on nous parle pas de si on l'oublie comment faut faire... au bout de combien de temps machin enfin... [...] mais on a moins ce côté... euh... comment elle nous protège, combien de temps... si y a un souci quoi faire, enfin tout ça... tout ce côté-là je crois." (P04)

2.2. Souhait d'une information précoce sur la CU

Les patientes souhaitent une information précoce sur la CU. Elles sont partagées pour que cette information soit délivrée soit lors de la première prescription de contraception ou soit au début de la vie sexuelle. Même en consultation pour un autre motif non lié à la contraception, les patientes jugent utile qu'une première approche soit faite, créant ainsi un espace sécurisant pour poser des questions si besoin. Cette approche préventive permet de préparer la patiente à anticiper et à gérer des situations imprévues et de réduire leur stress dans ces moments du fait des connaissances déjà abordées en amont.

Au début de la vie sexuelle :

"Jeune, ouais jeune. On va dire quand on... quand on commence à prendre un contraceptif, ou quand on commence à avoir des relations, euh... Bah c'est à ce moment-là je pense que c'est important de le dire. Pour que tout se passe... bah voilà qu'on sache et qu'il y ait les éléments donc on va dire jeune adulte voilà vers 18 ans" (P01)

"Ouais bah, je pense, dès qu'il y a la prescription euh... bah d'une contraception classique ou dès que le médecin euh... se rend compte que la personne a une vie sexuelle active je pense que c'est important d'en parler euh dès ce moment-là en fait." (P03)

"avant, j'en aurais pas forcément vu l'utilité... Pour ma part à moi parce que bah enfin... ouais c'est vrai que comme c'est quelque chose qu'on peut prendre au moment où il y a des rapports, oui à ce moment-là en fait." (P04)

Au début de la prise de CO :

"Bah quand on commence à prescrire la pilule. Euh... c'est à ce moment-là d'en parler ouais [...] leur dire bah voilà, il existe aussi ça ça ça comme CU" (P01)

"Ouais peut-être les premières fois ou euh... Les premières fois où vous proposez la contraception" (P06)

Même en dehors du motif de consultation gynécologique :

"Par exemple au moment de... enfin au moment de soit quand elle met la pilule, soit bah lors d'une consultation d'en parler, dire qu'elle existe, dire à quoi elle sert" (P04)

"Oh oui oui. Pas forcément en... en parler dans les moindres détails, mais si par exemple il y a une jeune fille entre 15 et 16 ans qui vient en consultation pour n'importe quel problème... euh chez un médecin généraliste, bah c'est toujours bien de faire euh... Une première approche." (P11)

"j'pense que au début de l'adolescence, c'est pas mal" (P12)

2.3. Souhait d'une information répétée sur la CU

La répétition de l'information est considérée comme essentielle pour renforcer la mémorisation et la compréhension. Les patientes expliquent qu'une information donnée une seule fois surtout si elle a été donnée trop tôt ou trop rapidement risque d'être oubliée, notamment si elle a été divulguée à un âge où la patiente ne se sentait pas encore concernée par sa sexualité. Elles apprécient les rappels lors des consultations suivantes, adaptés à leur situation et à leur expérience, ce qui leur permet de réviser et confirmer leurs connaissances sur le fonctionnement de la CU et son usage correct mais également d'anticiper les oublis. L'information de prévention est quasiment toujours perçue comme légitime par les patientes. Si le médecin ouvre de façon répétée le dialogue sur la CU, il aura plus de chance de cibler le moment opportun pour la patiente où son besoin d'information sera présent : elle pourra ainsi se saisir plus facilement de cette information au moment où elle se sentira concernée. L'information répétée, en particulier dans un cadre individuel et confidentiel comme la consultation médicale, est perçue comme plus efficace que celle délivrée uniquement en milieu scolaire.

Renforcer la mémorisation :

"C'est bien de recentrer et de redire les bonnes choses et d'autant plus quand les infos viennent du cadre scolaire où on peut être en mode j'écoute pas trop... euh... c'est gênant, etc alors qu'une consultation en tête à tête... d'un soignant avec le patient, je pense que c'est un peu différent... Et euh... l'écoute sera pas la même je pense. Enfin c'est sur même." (P02)

"Donc j'pense que... j'l'aurais entendu. Mais j'pense que 3 ans plus tard si vraiment j'en aurais eu besoin..., je me serai pas souvenu de qu'est-ce qu'elle m'aurait dit euh... Donc peut être un bilan de temps en temps... ça peut pas être, enfin... ça peut pas faire de mal." (P04)

"Oui une fois de temps en temps j'pense... Bah non je pense peut-être remettre une petite couche au cas où euh... si la... on sait jamais des fois ça peut être un... se dire ohhh non comment je vais faire ?" (P05)

Perception de l'information sur la CU comme toujours légitime :

"Je pense qu'il faut toujours, euh... Enfin il y aura jamais trop d'information en fait." (P02)

"J'pense qu'il devrait oui quand même. Vraiment à tout âge..." (P05)

"Bah, pour l'instant, j'en ai pas besoin. Mais... Après c'est toujours mieux d'être informé... par un professionnel" (P11)

Attente d'un questionnement ouvert et régulier sur la CU et la CO :

"Après c'est de... que le médecin peut quand même dire à chaque consult est ce que vous voulez qu'on reparle de ça ou de ça. De reposer la question, voilà. Autant la CU que les rapports non protégés que le consentement" (P02)

"Beh... bah par exemple de demander comment la pilule ça va [...] refaire un petit point en fait. Et à ce moment-là dire... euh... en ce qui s'agit de pilule du lendemain, est ce qu'il y a besoin de plus d'infos... Enfin... voir si... demander s'il y a besoin de plus d'infos..." (P04)

Choix du moment opportun pour aborder la CU par la patiente :

"Après ça dépend aussi du profil de la personne euh... Je pense que si le médecin se rend compte que euh, il n'y a pas mal d'oublis de... de pilules, c'est important qu'il leur reparle régulièrement je pense." (P03)

2.4. Attente d'un questionnaire ouvert sur la CU pour laisser l'initiative à la patiente

Les patientes souhaitent un équilibre entre initiative du médecin pour ouvrir le dialogue et autonomie personnelle pour avoir envie de se livrer. En effet les patientes n'ont pas forcément envie de discuter de leur sexualité et de leur intimité avec leur médecin par gêne ou pudeur. Elles apprécient que celui-ci propose la discussion de manière ouverte, et que si les patientes se sentent prêtes, elles peuvent approfondir ; sinon elles peuvent reporter l'échange. Certaines souhaitent ainsi que le MG recherche un consentement verbal avant d'approfondir cet aspect de la santé touchant à l'intime et à la sexualité. Cette approche respecte leur rythme émotionnel et leur niveau de confort, tout en s'assurant qu'elles disposent des informations nécessaires lorsqu'elles en ont besoin.

Attente d'un questionnaire ouvert sur la CU pour laisser l'initiative à la patiente :

"Je pense que le médecin il doit sentir si le patient il est à l'aise ou pas avec ce genre de sujet et s'il est pas qui lui pose la question. Comme on fait beaucoup aujourd'hui en consultation, c'est vrai que les médecins ont tendance à d'abord demander l'autorisation du patient avant de faire quoi que ce soit, je pense que ça peut aussi fonctionner verbalement..., du style est ce que vous seriez intéressée... d'avoir des informations sur... voilà la contraception d'urgence etc, et en fonction de la réponse du patient, le médecin il peut développer ou non [...] Si le patient en parle pas de lui-même, oui je pense que c'est important d'avoir demandé si, ça m'intéresse ou pas d'avoir des infos dessus." (P03)

"C'est ça. Parce que j'y aurais pas été de moi-même mais ça aurait pas été tabou à répondre... Enfin si elle m'aurait posé une question ou si vraiment ça aurait été tabou j'aurais dit là j'veux pas... [...] poser des questions ouvertes pour savoir s'il y a besoin de plus d'infos [...] p'têtre qu'il y en a qui osent pas... Donc des questions ouvertes" (P04)

"J pense que j'aurais quand même préféré que ça vienne de moi, mais après si c'était venu au cours d'une conversation... comme ça des questions ouvertes, ça m'aurait pas dérangé non plus [...] Ouais c'est possible euh... de... en fait de vraiment y aller euh... Peut-être même de poser la question en fait : est-ce que vous voulez qu'on en parle et si on se sent prête d'en parler ou pas de le faire" (P08)

2.5. Souhait d'une information initiale de qualité sur la CU (la CO et les oublis) - consultation dédiée

Certaines patientes imaginent une consultation spécifique initiale consacrée à la contraception et à la CU, où elles pourraient poser toutes leurs questions, approfondir le fonctionnement des différents moyens contraceptifs et comprendre les situations d'urgence comme les oublis de contraception ou la CU. Ce cadre leur apparaît comme rassurant, car il supprime la pression et permet une écoute attentive avec l'opportunité de poser toutes leurs questions, loin du rythme souvent soutenu des consultations standards, laissant peu de temps à la prévention. Elles n'expriment cependant pas un besoin de consultation dédiée à la CU, mais plus à la contraception en général, et que la CU soit abordée à ce moment-là. Certaines patientes expriment le souhait d'une consultation unique de qualité sur la contraception et la CU sans ressentir le besoin d'une information répétée sur plusieurs consultations. Les groupes d'éducation thérapeutique sont également perçus comme utiles pour renforcer l'information collective dès le début de la vie sexuelle.

Souhait d'une information initiale de qualité sur la CU (la CO et les oublis) - consultation dédiée :

"Bah non je pense pas, une fois qu'on le sait c'est bon. Après c'est de... que le médecin peut quand même dire à chaque consult est ce que vous voulez qu'on reparle de ça ou de ça. De reposer la question, voilà" (P02)

"Euh oui, j'aurais tendance à dire juste une fois au début. Après ça dépend aussi du profil de la personne euh... Je pense que si le médecin se rend compte que euh, il n'y a pas mal d'oublis de... de pilules, c'est important qu'il leur reparle régulièrement je pense. Mais euh... ouais juste une fois au début, je pense que c'est bien." (P03)

"ça dépends j'pense les questions enfin... De savoir si j'ai un réel besoin de questions ou pas... Mais c'est vrai que ça m'aurait pas dérangé de... d'avoir euh... vraiment un moment sur ça où elle fait un topo euh... un peu plus... sur vraiment comment et pas juste bon je te mets la pilule, il faut la prendre tous les soirs à telle heure et... et faut pas l'oublier quoi." (P04)

"une fois au début et une fois que j'avais l'info ça me suffisait ouais [...] Bah une première fois après pour..., pour le savoir déjà une première fois, sur vraiment le fonctionnement de..., parce que dire qu'on peut prendre la pilule, oui, du lendemain, mais après savoir vraiment le fonctionnement de ce que ça fait et cetera peut être plus détaillé oui. Après pas forcément à chaque fois [...] quand, une fois que je connais l'existence pas plus que ça. Non." (P10)

Attrait pour des groupes d'éducation thérapeutiques sur la contraception :

"on avait à la maison de santé , on faisait des petites... on avait des petites rendez-vous avec l'infirmière de... de la maison de santé, et qu'elle réunissait une dizaine de fille et de... et de garçon bien sûr si ils étaient intéressés pour faire de temps en temps des petites réunions pour parler de ça, pour expliquer les choses. Mais je parle de ça quand on est petites, quand on est jeunes, quand on commence la vie sexuelle tout ça. Ça je trouve que c'est intéressant" (P07)

2.6. Préférence de l'initiative personnelle à l'abord de la CU lors d'un besoin ressenti

Certaines patientes souhaitent conserver la possibilité de décider du moment où elles abordent le sujet, estimant que la demande doit venir de leur propre initiative si elles ne se sentent pas prêtes. Elles attendent que le médecin réponde aux questions avec sérieux et précision lorsqu'elles en expriment le besoin sans que ce soit le médecin qui initie le dialogue. Elles ne désirent pas être sollicitées pour aborder certains sujets si elles ne souhaitent pas les approfondir. Le MG est parfois perçu avant tout comme un professionnel à consulter en cas de besoin ou de problème particulier, plutôt que comme un acteur de prévention ou d'éducation à la santé. Il est identifié dans ces cas comme un interlocuteur de confiance lorsque survient une difficulté, mais pas nécessairement avant que celle-ci ne se pose. Ces patientes souhaitent cependant qu'il y ait une consultation initiale de qualité sur la contraception, mais qu'une fois cette information transmise, elles n'estiment pas nécessaire que le médecin répète cette information sans être sollicité. A l'inverse, certaines patientes expriment un regret d'avoir oublié de poser certaines questions et aurait préféré qu'il aborde de façon ouverte le sujet pour pouvoir rebondir dessus et se saisir ou non du sujet pour l'approfondir selon ses besoins.

Enfin, il est intéressant de noter que, chez certaines participantes, cette position évolue au fil de l'entretien : d'abord attachées à garder l'initiative du dialogue pour ne l'aborder qu'en cas de besoin ressenti, elles expriment ensuite le souhait que le médecin prenne davantage les devants. Ce changement suggère qu'une approche proactive du médecin, bienveillante et non intrusive, pourrait favoriser la parole et la réflexion des patientes sur cette thématique.

Préférence de l'initiative personnelle à l'abord de la CU lors d'un besoin ressenti :

"Plus je l'évoque-moi si j'en ressens le besoin" (P06)

"J'pense que j'aurais quand même préféré que ça vienne de moi, mais après si c'était venu au cours d'une conversation... comme ça des questions ouvertes, ça m'aurait pas dérangé non plus." (P08)

"J'me dis que c'est un médecin qui... qui connaît aussi... enfin le domaine de la pilule et tout... Donc je me dis que euh il pourra m'aider si j'ai... Si j'ai un problème." (P09)

"Euh, Mmh... Moi... je pense que ce serait enfin moi de moi-même..., enfin, je poserai la question moi en fait, j'aurais pas d'inconvénients à le faire donc..." (P10)

Souhait du MT qu'il réponde aux questions seulement lors d'une problématique contraceptive :

"c'est pas qu'on est pas vraiment bien informé parce que j'pense que demain j'aurais eu des questions euh... vraiment pointues j'les auraient demandées et on m'aurait répondu ça c'est... j'en doute pas" (P04)

"je pense que si je lui demandai des conseils, elle serait honnête avec moi et que si euh elle pensait que c'était la meilleure solution... Il y aurait pas de soucis avec ça." (P08)

Regret sur l'oubli de certaines questions lors de la consultation :

"c'est le truc, ouais j'ai pas pensé à poser la question. Et, au final, j'aurais dû... Enfin voilà..." (P10)

2.7. Attrait support visuel en plus de l'information orale

Les patientes estiment que l'information orale est essentielle pour comprendre et que c'est la seule possibilité qu'elles ont de pouvoir poser leurs questions. Certaines patientes rapportent que les informations distribuées lors de la première consultation de contraception pouvaient être trop brutes et complètes et de n'avoir pas tout mémorisé car trop lourdes parfois. Elles valorisent la combinaison d'une information orale à celle d'un support visuel pour la plupart pour rendre plus digeste cette information et pouvoir s'y référer plus tard, à son rythme. Les préférences des supports visuels varient en fonctions des patientes: cela peut être des schémas explicatifs présentés lors de l'explication orale pour une meilleure compréhension lors de la consultation, des flyers ou plaquettes explicatives remises à la fin de la consultation pour pouvoir se rappeler et chercher l'information au besoin plus tard, des affiches ou flyer en salle d'attente pour ouvrir le dialogue lors de la consultation ou simplement avoir les informations utiles dont les patientes ont besoin sans oser en parler à leur MT mais aussi des liens de ressources numériques fiables pour savoir où chercher en dehors de la consultation (sites internet, numéro vert, référence sur les réseaux sociaux, ...). Ces outils permettent de mémoriser, relire et comprendre à son rythme, surtout lorsqu'une seule consultation ne suffit pas à tout assimiler. Le visuel joue un rôle de rappel concret, renforçant l'apprentissage et l'autonomie des patientes.

Dialogue comme vecteur principal de compréhension :

"Euh... Alors en parler à l'oral j'trouve que c'est bien. Enfin, ça permet de voir si la personne est ouverte en face ou pas. ... Et puis si euh beh si la personne est plutôt euh... intéressée" (P04)

"J'aurais bien aimé un petit flyer... et en plus après une conversation orale, un peu pour expliquer un peu plus avec... des mots plus simples euh... tout ça." (P08)

"en consultation j pense parce que comme ça si j'ai des... plusieurs questions au moins la personne elle peut me répondre directement... Et j pense que c'est très bien" (P09)

Support papier (Plaquettes et schéma explicatifs / flyer / affiches en salle d'attente) pour mémoriser car information complète trop lourde :

"sur la porte de l'EEG il y avait, voilà les idées reçues sur l'épilepsie, etc, donc j'ai pris en photo pour euh... pour expliquer au petit, pour répondre à des questions peut être qu'il se posait des, justement des idées reçues. Bah là pareil, des plaquettes, des, petites affiches qui expliquent. On est dans la salle d'attente, on regarde une petite affiche on la lit, un truc un petit peu ludique pour les jeunes" (P01)

"de façon orale pour déjà expliquer un peu tout et puis oui s'il y avait une... enfin des... un prospectus, une feuille de synthèse sur euh... les infos importantes à retenir ça peut être bien aussi. De savoir ce qu'il existe" (P02)

"Plutôt de façon détaillée et qu'après on remette un flyer pour dire euh... et un petit récapitulatif si besoin est... [...]avec un Flyer essentiellement, quelque chose de bien détaillé, pour bien que ce soit bien assimilé sur le moment même" (P05)

"Après des petites flyers c'est pas mal non plus, parce qu'il y a toujours le p'tit jeune ou la p'tite jeune qui sont timides, qui vont pas poser la question, qui vont pas regarder, qui vont pas y aller faire ça, ça et ça. Ça c'est pas une mauvaise idée de donner ces p'tites... de laisser ces petites flyers et que la personne elle passe comme ça, ont le temps de regarder, et qui finissent par le garder, parce que là-dessus il y a l'information dont elle a besoin" (P07)

"C'est ça des petites plaquettes qu'on peut remmener et qu'on peut garder" (P12)

Orientation vers des ressources annexes fiables : sites internet, réseaux sociaux, numéro vert... :

"Après je sais que sur les réseaux sociaux euh, y a beaucoup de... professionnels et autres qui parlent de leur expérience tout ça... Donc ça aussi ça peut aider certaines personnes." (P11)

2.8. Même attente en prévention contraceptive pour le MT que le spécialiste

Les patientes considèrent que le MT devrait fournir une information aussi complète en contraception que celle d'un gynécologue ou d'une sage-femme, même si elles ont déjà un suivi spécialisé ailleurs. Afin d'assurer leur sécurité contraceptive et de pouvoir faire face aux situations d'urgence, les

participantes expriment le besoin de recevoir une information (ou une proposition d'information) concernant la CU, et souhaiteraient que le MT en soit le principal relais. En effet, surtout si la CO a été prescrite dans un contexte de régularisation des règles, certains sujets ont pu ne pas être encore abordés. Les patientes perçoivent cette cohérence entre les différents professionnels de santé comme un gage de fiabilité et de continuité des soins, afin d'avoir un référent de proximité pour l'accompagnement au quotidien.

Attente du MT sur la CU un rôle d'information même si le RO de la CO est réalisé par un autre prescripteur :

"Oh bah si au même titre, j'pense. Oui oui oui quelque soit le soignant, que ce soit sage-femme, gynéco ou MT, que les infos soient les mêmes" (P02)

"il sait que j'ai une gynécologue, mais ce serait cool d'avoir un médecin traitant qui prends ça en charge aussi. La pilule d'urgence aussi" (P07)

3. Représentation de la non-évocation de la CU par le médecin

Certaines patientes constatent que la CU n'est quasiment jamais abordée spontanément en médecine générale. Ce silence peut être interprété comme une absence de besoin perçu, un manque de temps ou un tabou implicite, il est parfois associé à l'âge, à la prise régulière d'une contraception ou au fait que la patiente n'ait pas encore de vie sexuelle.

3.1. Représentation d'une non-initiative médicale sans sollicitation explicite

Les patientes pensent souvent que le médecin attend qu'elles expriment elles-mêmes un besoin pour aborder le sujet en question. Elles pensent que le médecin est là pour répondre à une question ou un motif de consultation donné, sans forcément initier lui-même ce motif à la consultation. Ce silence contribue à un sentiment d'invisibilité du sujet de la CU en médecine générale, renforçant parfois une gêne et limitant l'accès à cette information.

Certaines patientes estiment ne pas avoir besoin d'informations supplémentaires sur la CU, ou que ce manque de besoin exprimé conduise à ce silence médical sur ce sujet. Certaines patientes considèrent que, du fait de son usage ponctuel ou hypothétique, la CU ne justifie pas d'être abordée en priorité lors de la consultation.

Représentation d'une non-initiative médicale sans sollicitation explicite :

"Bah parce que moi j'en ai pas, ... j'ai pas fait la demande de ça et puis euh... j'ai jamais eu... je pense que c'est un sujet qui n'est jamais venu sur le tapis tout simplement" (P01)

"p'têtre qu'il s'est dit que euh... Vu que je savais ce que je voulais aussi euh, peut-être qu'il y avait pas besoin d'en parler..., euh je sais pas" (P05)

"il y a pas beaucoup de MT qui parlent de ça avec nous les femmes... après c'est vrai que j'ai jamais posé la question à mon MT" (P07)

Perception d'une absence de besoin d'information sur la CU par la patiente :

"Euh... mais j'ai pas le souvenir que ce soit un médecin qui m'en ait parlé étant donné que j'en ai jamais eu besoin euh..." (P03)

"Après euh... voilà c'est pas arrivé beaucoup de fois ou autre [...] mais il n'y a pas eu réel besoin d'en parler je pense" (P06)

3.2. Interprétation du silence médical comme CU non recommandée médicalement

Certaines patientes supposent que le fait que la CU n'ait jamais été évoquée signifie que son usage n'est pas conseillé médicalement ou qu'il comporte des risques pour la santé. Ce raisonnement met en évidence la responsabilité implicite du médecin à anticiper les différentes interprétations possibles et à clarifier ses recommandations.

Interprétation du silence médical comme CU non recommandée médicalement :

"c'est vrai qu'on m'en a jamais... Peut-être parce que c'est pas conseillé ? Parce qu'on insiste bien sur le fait de prendre la pilule tout ça..." (P04)

"Bah je pense que dans le sens que de trop en prendre c'est dangereux..." (P05)

3.3. Perception d'un sujet tabou ou sujet délicat

Le caractère délicat et intime de la CU peut expliquer le silence médical. Les patientes ressentent souvent que ce sujet est difficile à aborder, renforçant leur besoin que le médecin prenne l'initiative pour créer un espace sécurisant et ainsi lever le tabou.

Perception d'un sujet tabou ou sujet délicat :

"Je pense que à 15-16 ans on est dans une posture où on ose pas poser les questions, où on est gênées, enfin toutes ces... enfin ça relève trop de l'intime et du coup on veut pas en parler" (P02)

"Si on sent que le médecin porte un jugement quand on lui parle euh... peut-être que ça va nous freiner aussi..." (P05)

"c'est vrai que bon, quand on va chez le gynécologue euh on s'attend à parler... bah de sujet un peu tabou et cetera..." (P08)

3.4. Supposition d'un non-besoin d'information sur la CU liée à l'âge

Pour certaines patientes, l'âge ou l'expérience contraceptive influencent la manière dont le médecin perçoit la nécessité de les informer sur la CU. Les adolescentes peuvent être considérées comme pas encore concernées par la CU, notamment lorsque la pilule leur a été prescrite initialement pour la régularisation des cycles, en dehors d'une sexualité active. À l'inverse, les patientes plus âgées peuvent être perçues comme déjà suffisamment informées, ne nécessitant pas de rappel. Ces hypothèses limitent parfois les opportunités d'éducation et de prévention.

Certaines patientes estiment qu'il existe un moment privilégié pour aborder le sujet, généralement au début de la prescription contraceptive et à l'initiative du médecin. Le renouvellement de la contraception n'est alors pas perçu comme un moment propice pour en reparler, ce qui fait que, si l'information n'a pas été donnée dès le départ, elle n'est souvent jamais rattrapée.

Patiente plus âgée : supposition d'une connaissance de la CU déjà acquise :

"parce qu'on se dit que je... j'ai connu le sujet vu mon âge entre guillemets" (P02)

"Je pense qu'en fait ils vont en parler au début... et quand on vient pour un renouvellement bah on n'en reparle plus quoi..." (P10)

Patiente adolescente sans RS : supposition d'un non-besoin de connaissances sur la CU :

"Donc peut être que à ce moment-là euh... bah le médecin n'a pas vu la nécessité... que bin... elle m'a demandé si c'était pour me protéger ou pas... donc comme elle en a peut-être pas vu la nécessité elle ne m'en a p'têtre pas parlé euh... à ce moment-là euh..." (P04)

3.5. Interprétation que la patiente n'est pas concernée par la CU car prise de CO

Certaines patientes estiment ne pas être concernées par la CU parce qu'elles prennent leur pilule de manière régulière et rigoureuse. Elles interprètent d'ailleurs le silence du médecin à ce sujet comme la confirmation implicite qu'il n'y a pas lieu d'en parler. Pour d'autres, la CU est perçue comme incompatible avec la contraception orale : le fait d'être déjà sous pilule les amène à penser qu'elles ne relèvent pas de cette option, même en cas d'oubli. À l'inverse, certaines patientes, bien que confiantes dans leur observance, regrettent que la CU ne soit pas abordée avec leur médecin. Elles aimeraient disposer d'informations claires sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou de difficulté, estimant qu'une confiance excessive supposée dans leur régularité sans oublis pourrait les laisser démunies si une situation imprévue survenait.

Interprétation que la patiente n'est pas concernée par la CU car prise de CO :

"parce que vu que je prends la pilule j'ai pas besoin de euh..., j'aurais pas besoin de recourir à la pilule du lendemain" (P02)

"il parlait du principe que j'avais une contraception donc que j'étais pas spécialement concernée par ça" (P03)

"je pense c'est toujours bien de savoir à l'avance... Mais comme je [fais...] très attention.... J'se pense que... j'ai pas besoin" (P09)

Confiance excessive supposée du MT dans l'absence d'oubli :

"Parce que vu que je prends la pilule j'ai pas besoin de euh... j'aurais pas besoin de recourir à la pilule du lendemain" (P02)

"Bah... Je pense que les médecins et les gynécologues ils s'attendent à ce qu'on prenne la pilule sans oublis donc euh... Ils pensent pas vraiment euh... à parler de celle-là..." (P11)

3.6. Validation implicite du silence médical par confiance dans le jugement du MT

Certaines patientes manifestent une confiance marquée envers leur MT, qui s'étend même aux sujets non abordés en consultation. Ainsi, l'absence d'évocation de la CU n'est pas perçue comme un oubli ou un manque d'information, mais comme le résultat d'un choix professionnel qu'elles jugent pertinent. Cette posture traduit une validation implicite du silence médical, soutenue par une forte confiance dans le discernement du praticien et une faible remise en question du non-dit.

Validation implicite du silence médical par confiance dans le jugement du MT:

" Parce que je sais que bah les premières fois ou j'ai pris la pilule j'étais vraiment jeune... enfin je l'ai prise assez jeune donc c'était pas du tout dans l'optique, pour ma part en tout cas de me protéger. Donc peut être que à ce moment-là euh... bah le médecin n'a pas vu la nécessité... que bin... elle m'a demandé si c'était pour me protéger ou pas... donc comme elle en a peut-être pas vu la nécessité elle ne m'en a p'tête pas parlé euh... à ce moment-là " (P04)

3.7. Peu d'occasion de faire de la prévention car peu de rdv chez le médecin en général

Certaines patientes rapportent n'avoir que peu de rendez-vous médicaux hors motif de maladie, limitant les occasions pour le médecin de délivrer une information préventive sur la CU, notamment pour les patientes qui ont un renouvellement par un autre prescripteur (gynécologue ou SF), limitant également les rendez-vous de renouvellement de la CO pour aborder la prévention.

Peu d'occasion de faire de la prévention car peu de rdv chez le médecin en général :

"Bah pas forcément grand-chose. Parce que bah, chaque fois que j'y vais déjà c'est quand je suis malade. Donc j'y vais pas forcément pour ça..." (P09)

"comme elle me faisait pas mes renouvellements de euh...de contraceptif, et que je vais très rarement chez le médecin, quand j'y vais vraiment c'est qu'il y a un souci, donc je pense qu'en fait l'occasion s'est pas présentée" (P12)

4. Rôle de réassurance sur la CU

Au-delà de l'information, les patientes attendent que le médecin joue un rôle de réassurance, expliquant ce qui est normal, les risques éventuels et les démarches à suivre en cas de besoin. La connaissance des options et la compréhension des gestes à réaliser renforcent la confiance, réduisent l'anxiété et permettent aux patientes de gérer leur sexualité de manière autonome et sécurisée.

Rôle de réassurance sur la CU :

"s'il y a des petites choses qui se passent qui sont normales ou pas... c'est bien de savoir pour se rassurer que le déroulé se fasse naturellement." (P01)

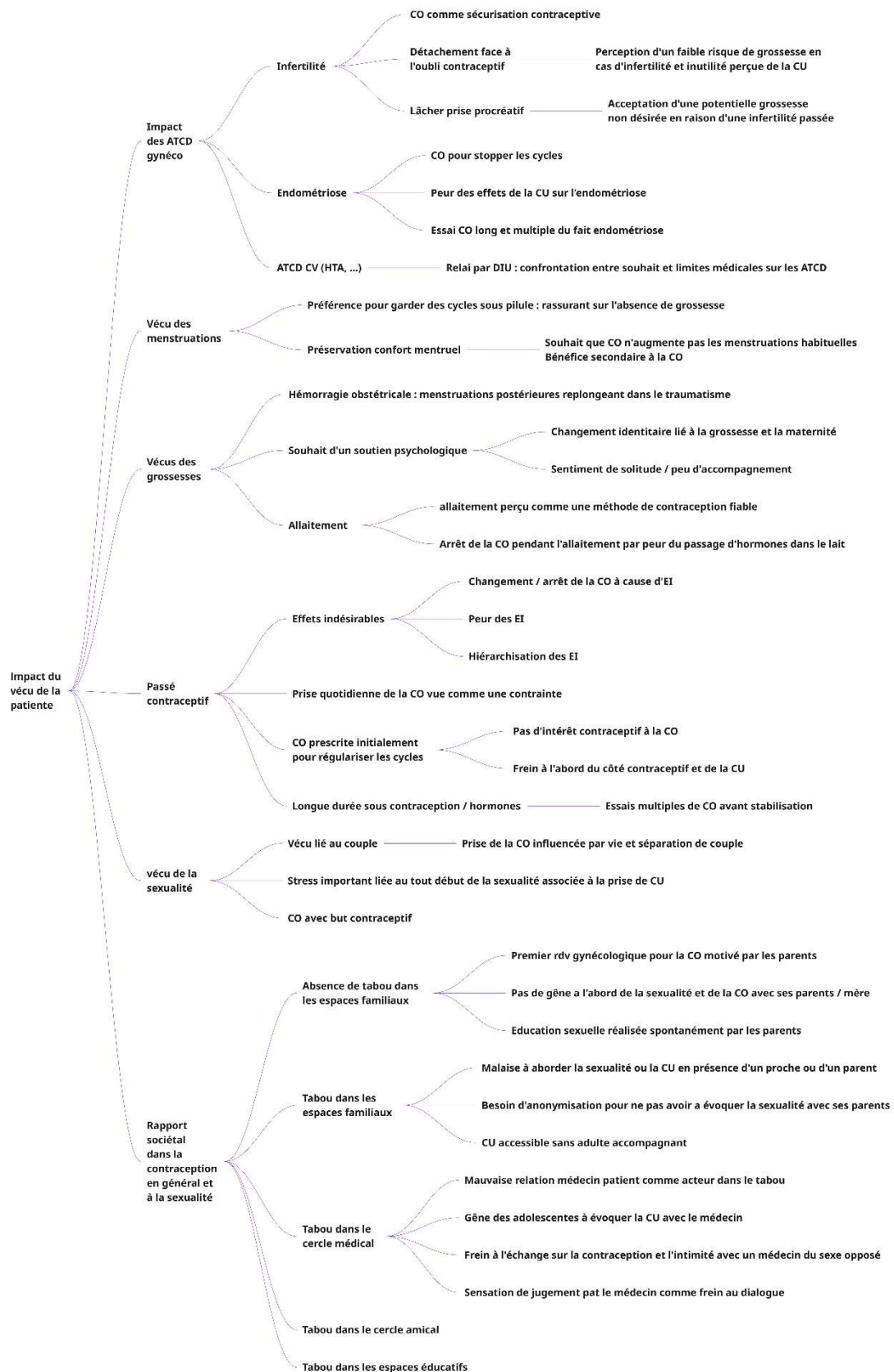
"Ça m'a rassurée par rapport à ma sexualité que ma gynécologue m'a parlé de ça. Parce que c'est vrai que ça rassure. J'crois que quand on a l'information on sait qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on doit faire. Ça nous rassure" (P07)

"Et puis moi ça me rassurerait un peu de connaître, plus précisément ce que je pourrais prendre un jour." (P11)

"Bin faire déculpabiliser puisque je sais que ça... euh pour beaucoup, c'est une honte entre guillemet d'avoir recours à ça. Donc peut-être déculpabiliser un petit peu euh... ce mythe autour de la contraception d'urgence et de la pilule du lendemain" (P12)

Catégorie IV : Impact du vécu et ATCD de la patiente sur les attentes et représentations de la CO et de la CU

Figure 9 : Arbre de codage - Catégorie IV



1. Impact des ATCD gynécologique

Les expériences médicales passées façonnent profondément la manière dont les patientes envisagent la contraception et la CU. Selon leurs antécédents, la CO et la CU peuvent être perçues soit comme essentielles, soit comme secondaires, voire inutiles.

1.1 Infertilité

1.1.1. CO comme sécurisation contraceptive

Pour certaines patientes ayant eu des problèmes d'infertilité, la contraception reste un moyen de prévention par précaution, même si le risque de grossesse spontanée est très faible. C'est le cas par exemple pour une patiente qui n'ovule pas naturellement mais également chez les patientes plus âgées en préménopause. Ici, la CO est vécue moins comme une nécessité absolue et plus comme une sécurité symbolique, un filet protecteur contre l'imprévu.

1.1.2. Détachement face à l'oubli contraceptif et lâcher prise procréatif

Chez ces patientes atteintes d'infertilité, l'oubli d'une pilule n'entraîne pas d'inquiétude particulière. Le vécu d'infertilité crée un sentiment de sérénité face au risque de grossesse, comme si le corps et l'histoire médicale sécurisaient ce risque-là. Ces patientes ne se sentent donc pas concernées par la CU du fait d'un faible risque de grossesse. Certaines admettent même qu'une grossesse non désirée pourrait être acceptée, car elles ont expérimenté la difficulté à concevoir et même sur une grossesse non désirée elles envisageraient de poursuivre cette potentielle grossesse surprise.

CO comme sécurisation contraceptive :

"j'ai peu de chance de tomber enceinte sachant que j'ovule pas naturellement, donc je prends par précaution" (P01)

Perception d'un faible risque de grossesse en cas d'infertilité : Inutilité perçue de la CU :

"Si si ça peut m'arriver de m'inquiéter mais en général je sais que j'ai pas de... j'ai peu de chance de tomber enceinte sachant que j'ovule pas naturellement, donc je prends par précaution [...] j'ai pas eu cette interrogation-là, ou cette peur" (P01)

"entre ma fille et mon fils, j'avais pas repris de contraception parce que avec le SOPK pfff... euh clairement il y avait très très peu de chance que ça arrive. Parfois avec un contraceptif ou sans c'était pareil, donc j'avais décidé de pas en reprendre [...] ce qui joue en ma faveur entre guillemet, là dans ce cas-là c'est le SOPK donc, j'avoue que euh... j'avais pas de crainte, plus que ça euh... sachant que j'ai pas des ovulations... de bonne qualité et tous les mois donc j'ai vraiment peu de chance que..." (P12)

Acceptation d'une potentielle grossesse non désirée en raison d'une infertilité passée :

"Et puis même en admettant, j'ai eu mes enfants avec des stimulations, je serai tombée naturellement enceinte, même si ça aurait pas été des grossesses désirées j'aurais rien fait pour ne pas les garder, dans tous les cas" (P01)

1.2. Endométriose

Pour les patientes atteintes d'endométriose, la contraception est souvent prescrite pour stopper les cycles menstruels et limiter la douleur plutôt que pour la seule prévention d'une grossesse. Elles expriment parfois des inquiétudes vis-à-vis de la CU, craignant un effet néfaste sur leur pathologie. L'expérience de cycles douloureux ou d'essais multiples avant de trouver la pilule adéquate transforme la relation à la contraception en parcours d'essais et d'ajustements, où la sécurité et le confort priment sur la simple prévention.

Peur des effets de la CU sur l'endométriose :

"Oui un petit peu oui... Oui en fait j'aurais, j'aurais eu peur des effets que ça aurait pu avoir sur l'endométriose oui justement. [...] Euh bah, l'aggravation des symptômes qu'on peut avoir au quotidien ou même juste l'aggravation des nodules d'endométriose, je sais pas du tout si ça peut avoir un impact dessus, mais en tout cas j'aurais eu peur de... de ça" (P03)

CO pour stopper les cycles :

"comme j'ai de l'endométriose, j'ai repris un rendez-vous pour reprendre la contraception pour euh... ne plus avoir de cycles. Parce que sous endométriose, c'est préférable de ne plus avoir de cycle" (P03)

Essai CO long et multiples du fait endométriose :

"Euh non. Alors je sais que moi j'ai de l'endométriose aussi... donc c'est peut-être pour ça que j'ai eu du mal à trouver... une contraception ou ça allait. Et c'est vrai que du coup dans les débuts ça a été compliqué donc c'est pour ça que [MT] elle m'a un peu orienté dans différents noms dont je me rappelle pas spécialement" (P04)

1.3. ATCD CV (HTA, ...)

Certaines patientes avec des antécédents cardiovasculaires tels que l'hypertension, voient leur CO devoir être modifiée, soit par une autre CO, soit parfois par un DIU. Elles peuvent voir dans le DIU un relais pratique à long terme, mais avec douleurs ou inconfort lors de la pose. Ces expériences influencent leur attente de suivi global et personnalisé, où la contraception doit être compatible avec leur santé globale et leur bien-être quotidien.

Adaptation contraception en fonction ATCD cardiovasculaires :

"Parce que... euh en fait, comme j'ai des soucis cardiaques et on a vu que les pilules à l'époque de 3^e génération, était pas forcément très compatibles, euh et très adaptées avec mes problèmes" (P12)

Relai pas DIU : confrontation entre souhait et limites médicales sur les ATCD :

"Et c'est qu'à partir du moment à qu'avant ça m'arrivait pas parce qu'avant je prenais la pilule mais elle m'a changé, parce que comme j'ai des problèmes de tension artérielle, et comme je fon... Euh... le médecin il m'a dit il faut qu'on change [...] Je l'a pris la pilule jusqu'à 4 ans avant, que j'ai mis le stérilet. " (P07)

2. Vécu des menstruations

Le rapport aux règles occupe une place importante dans le choix et l'expérience de la contraception. Beaucoup de patientes recherchent avant tout un meilleur confort menstruel : certaines souhaitent réduire les douleurs ou les saignements trop abondants, d'autres préfèrent supprimer complètement leurs règles. Certaines patientes n'ayant pas de cycles naturellement (infertilité), ne souhaitent pas une contraception les créant artificiellement. Pour celles qui présentent des cycles irréguliers, la contraception orale représente un moyen de reprendre le contrôle, de régulariser le flux et ainsi de sécuriser leur quotidien. À l'inverse, d'autres femmes privilégient une contraception qui respecte le rythme naturel du cycle, car la survenue mensuelle des règles constitue pour elles une forme de repère rassurant, confirmant l'absence de grossesse. Dans ce cas, l'idée de ne plus avoir de menstruations peut générer du stress et la crainte d'une grossesse non désirée. Au-delà de sa fonction contraceptive, la pilule est donc perçue par beaucoup comme un outil permettant de réguler les saignements et d'atténuer les douleurs, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie en y trouvant un bénéfice secondaire.

Préférence pour garder des cycles sous pilule : rassurant sur l'absence de grossesse :

"Ouais c'est vrai que c'est pour ça pour le coup avec Leeloo, c'est que ce qui avait de bien c'est qu'il y a les règles du coup ça... rassurait" (P10)

Préservation confort menstruel :

"l'objectif pour moi de prendre la pilule c'était de contrôler la douleur de mes règles, ainsi que le flux, donc j'étais censé pas les avoir pendant ma prise continue de la pilule" (P08)

Souhait que la CO n'augmente pas les menstruations habituelles ou qu'elle les stoppe / bénéfice secondaire :

" par exemple pas avoir de règle, bah moi c'était important parce que de façon naturelle moi je n'en ai pas, donc que, qu'une pilule m'en provoque, enfin m'en donne ou m'en donnais, bah ce n'est pas quelque chose que... que je voulais" (P01)

"Donc Optimizette pour le coup c'est parfait parce que ça m'empêchait tous les saignements. Ce qui est quand même hyper confortable au quotidien" (P02)

3. Vécu des grossesses

3.1. Hémorragie obstétricale : menstruations postérieures replongeant dans le traumatisme

Certaines patientes ayant vécu une hémorragie du post-partum rapportent que leurs règles postérieures rappellent le traumatisme, créant une anxiété spécifique et un fort attachement à une contraception qui empêche les saignements.

Hémorragie obstétricale : menstruations postérieures replongeant dans le traumatisme :

"il faut savoir que à la naissance de ma fille... donc qui a 6 ans, j'ai fait une césarienne en urgence et j'ai [...] une grosse grosse hémorragie à la maison à J9, ... après la naissance, à la maison et du coup la perte de sang était quelque chose qui était un peu compliqué pour moi après. Euh... Voilà ça me remettait un peu dans le... dans ce que j'avais vécu avec l'hémorragie. Donc Optimizette pour le coup c'est parfait parce que ça m'empêchait tous les saignements" (P02)

3.2. Souhait d'un soutien psychologique lors de la grossesse / maternité

Les patientes ayant eu des grossesses désirées ou des fausses couches indiquent que la CO est interrompue lorsqu'elles planifient un enfant, soulignant le lien direct entre projet de maternité et choix contraceptif. Certaines patientes expriment un manque de prise en charge psychologique autour de la grossesse et du post-partum, ressentant une solitude dans la gestion des émotions et des changements identitaires liés à la maternité. Elles souhaiteraient un suivi global intégrant le vécu psychologique et être d'interrogées sur des traumatismes éventuels, et pas uniquement l'aspect biomédical.

Changement identitaire lié à la grossesse et la maternité :

"Surtout pour une jeune mère je trouve ça très important parce qu'il y a pleins de choses qui se passent dans notre corps mais aussi dans notre tête, dans notre réflexion, à comment on va devenir parents, qu'est ce qu'on a eu nous comme enfance, quels parents on a eu, ... euh... est ce qu'on sera les mêmes pas les mêmes. Moi c'est comme ça que je l'ai vécu en tout cas" (P01)

Sentiment de solitude / peu d'accompagnement :

"ma gynécologue on se voyait tous les mois mais pareil le suivi psychologique des femmes il est pas... il est pas... Fin, on demande rarement comment la femme elle se sent au niveau psychologique. Physique oui mais pas psychologique. [...] comment elles vivent leur grossesse. Ouais ouais au global [...] ça a pu être compliqué par moments. Mhhh... Surtout quand c'est notre première grossesse. Euh bon la première qui a pas abouti, bah on se sent pas... Surtout une fausse couche, on se sent pas accompagnée, franchement clairement on vit ça un peu seule" (P01)

"côté sage-femme et gynéco oui, après côté hospitalier euh non pas du tout. Enfin surtout pour ma fille" (P02)

3.3. Allaitement

Certaines patientes perçoivent l'allaitement comme une contraception fiable, et ne reprennent pas la CO par crainte de passage d'hormones dans le lait. Les grossesses surprises pendant l'allaitement sont vécues avec étonnement et parfois stress, renforçant l'importance d'une information claire sur l'allaitement en tant que contraception et l'allaitement avec la contraception.

Allaitement perçu comme une méthode de contraception fiable :

"Non, mais j'allaitais. Et puis on me disait que l'allaitement quand même aide à... mais non bah je suis tombée enceinte [rises] [...] C'est ça... Ma fille elle elle tétait vraiment beaucoup beaucoup beaucoup. On m'a dit qu'il fallait 7 tétées par jour et vu que je les dépassais euh..." (P05)

Arrêt de la CO pendant l'allaitement par peur du passage d'hormones dans le lait :

"Et après, bah une fois que la 2ème ... je l'ai allaité pendant 18 mois mais j'ai pas... J'ai pas voulu reprendre de contraception. Parce que [...] je voulais pas qu'il y ai d'hormones ou quoi qui passe dans le lait ou quoi que ce soit. [rises]" (P10)

4. Vécu du passé contraceptif

4.1. Effets indésirables

De nombreuses patientes rapportent avoir vécu des effets indésirables parfois marquants, tels que des maux de tête, des sautes d'humeur, prise de poids ou encore une perte de cheveux. Ces expériences laissent souvent un souvenir désagréable et alimentent une certaine appréhension, voire une méfiance vis-à-vis de la contraception orale. Dans la plupart des cas, ces effets secondaires entraînent un changement de pilule, avec un parcours fait d'essais successifs jusqu'à trouver une molécule mieux tolérée. Pour certaines, cette quête s'avère fructueuse, mais pour d'autres, elle peut conduire à un arrêt définitif de la pilule, associé à la crainte de revivre les mêmes difficultés avec une nouvelle contraception. Face à ces expériences, les patientes apprennent parfois à hiérarchiser leurs priorités : ainsi, la tolérance – par exemple l'absence de migraines – peut être jugée plus importante que le bénéfice initialement recherché, comme la suppression des règles.

Changement ou arrêt de la CO à cause d'EI :

"sauf que ça m'a pas convenu, j'ai eu de nouveau des règles aléatoires, des saignements un peu n'importe quand, n'importe comment. Donc on a attendu quand même euh... une période pour s'assurer, enfin 6 mois je crois à peu près pour s'assurer que... attendre que ça se mette bien en place, ça me convenait toujours pas" (P02)

"J'ai essayé une qui m'a fait très grossir, et à l'époque après le médecin elle m'a changé pour une autre pilule" (P07)

"Euh c'était vraiment, mais un enfer... au niveau hormonal. Euh... je pleurais toutes les 10 minutes, des sautes d'humeur... Moi l'objectif pour moi de prendre la pilule c'était de contrôler la douleur de mes règles, ainsi que le flux, donc j'étais censé pas les avoir pendant ma prise continue de la pilule, et ça avait pas du tout marché donc c'était pas... ça allait pas du tout quoi." (P08)

Peur des EI :

"Optilova je crois, ça doit être ça. Oui, j'ai eu une très mauvaise expérience, bah j'ai perdu tous mes cheveux, toute ma masse [...] Et bah j'ai arrêté euh... quand mon médecin m'a demandé de l'arrêter et j'ai jamais repris un autre contraceptif. J'ai pas voulu en prendre. J'avais peur [rire nerveux]" (P05)

Hiérarchisation des EI :

"à l'époque ça me faisait déjà un peu de maux de tête et on m'avait dit : non non, c'est pas ça... et en fait là en reprenant, ça refait la même chose donc je me suis dit euh... Depuis toujours ça a dû être ça [rires]. Et du coup là je suis passée euh... à Optimizette [...] De toute façon après ça prime un peu sur les maux de tête j'avoue. [rires]" (P10)

4.2. Prise quotidienne de la CO vue comme une contrainte

La nécessité de prendre un contraceptif chaque jour est parfois ressentie comme lourde et contraignante, pouvant influencer le choix de méthodes moins contraignantes ou durables comme le DIU ou l'implant.

Prise quotidienne de la CO vue comme une contrainte :

"je voulais euh... arrêter la pilule parce que la prise de médicaments au quotidien ça m'embêtait et puis je voulais... Enfin je trouvais ça contraignant" (P02)

"Juste euh je lui ai demandé si..., s'il y avait autre chose que la pilule pour moi. Parce que... Je suis pas fan du fait euh..., de euh d'attendre une heure tous les jours euh..., bien précise pour reprendre un médicament" (P11)

4.3. CO prescrite initialement pour régulariser les cycles

Pour certaines patientes, la première prescription n'avait pas pour but la contraception mais la régulation des cycles ou la gestion des douleurs, limitant la conscience de la prévention et la réceptivité sur l'aspect contraceptif, conduite à tenir en cas d'oubli et réduisant ainsi l'attention portée à la CU à l'adolescence.

CO prescrite initialement pour régulariser les cycles : Pas d'intérêt contraceptif à la CO :

"bah les premières fois où j'ai pris la pilule j'étais vraiment jeune... enfin je l'ai prise assez jeune donc c'était pas du tout dans l'optique, pour ma part en tout cas de me protéger." (P04)

"Moi l'objectif pour moi de prendre la pilule c'était de contrôler la douleur de mes règles, ainsi que le flux, donc j'étais censé pas les avoir pendant ma prise continue de la pilule" (P08)

Frein à l'abond du côté contraceptif et de la CU :

"on m'a donné la pilule à 14 ans pour réguler mes maux de... mes maux de menstruations parce que j'avais très mal au ventre, je le vivais pas très bien ces périodes menstruelles. Du coup on m'a prescrit une pilule pour ça au départ, donc forcément à 14 ou 15 ans on n'allait pas m'expliquer ce genre de choses" (P01)

"je l'ai prise assez jeune [...] bah le médecin n'a pas vu la nécessité... que bin... elle m'a demandé si c'était pour me protéger ou pas... donc comme elle en a peut-être pas vu la nécessité elle ne m'en a p'têtre pas parlé euh... à ce moment-là euh..." (P04)

4.4. Essais multiples de CO avant stabilisation et longue durée sous CO

Pour plusieurs patientes, le recours à la contraception orale s'accompagne d'une phase d'essais parfois longue, nécessitant de tester différentes pilules avant de trouver celle qui convient le mieux. Certaines évoquent un ou deux changements, d'autres décrivent un parcours plus étendu, allant jusqu'à cinq essais successifs. Ces modifications sont généralement motivées par des effets secondaires trop gênants, comme une prise de poids ou un mauvais vécu psychologique. Ce cheminement peut être vécu comme fastidieux, mais il aboutit souvent à une stabilisation durable, parfois sur plusieurs années, une fois la molécule adaptée identifiée. Pour les patientes, cette succession d'essais illustre l'importance d'un accompagnement attentif de la part du médecin, afin de sécuriser et faciliter le parcours contraceptif. Un parcours contraceptif étendu dans le temps (souvent dès l'adolescence) influe sur la perception de la contraception comme une habitude de vie.

Essais multiples de CO avant stabilisation :

"Alors par le passé, oui, j'en ai essayé... j'en ai essayé plusieurs oui" (P03)

"j'en avais d'autre avant [...] Ça c'était pas très bien passé avec Leelou, et euh... là, ça le fait bien depuis 2 ans" (P08)

"J'ai fait beaucoup de contraceptifs, j'ai fait Jasminelle, j'ai fait Leeloo pour finir sous Androcure et Provames." (P12)

Sentiment d'un long temps sous contraception / hormones :

"Alors là ça fait un an, mais c'est vrai que je le prenais depuis au moins 2-3 ans auparavant" (P03)

"J'ai commencé à utiliser la pilule j'avais 14 ans parce que à l'époque j'ai eu des problèmes avec ma règles [...] et après la dernière ça rester pendant un bon moment... pendant une dizaine d'année." (P07)

"Déjà qu'avec la pilule contraceptive, j'ai trouvé que on prend beaucoup et ça nous dérègle beaucoup, alors je trouve que la pilule du lendemain c'est pas forcément mieux" (P08)

5. Vécu de la sexualité

Le vécu de la sexualité chez les patientes est étroitement lié à leur expérience de la contraception, aux relations de couple, et aux contextes socioculturels et familiaux dans lesquels elles ont grandi. L'analyse des entretiens montre que ce vécu se décline en plusieurs dimensions, allant de l'expérience personnelle et intime aux représentations sociales et éducatives.

5.1. Vécu lié au couple

La contraception est souvent influencée par la dynamique de couple. Certaines patientes reprennent ou arrêtent la contraception après une séparation ou avec une nouvelle relation, afin de maîtriser leur cycle menstruel ou leur fertilité. La reprise de la contraception n'est pas uniquement un acte médical ou biologique, mais un moyen de reprendre le contrôle sur son corps après un changement relationnel, illustrant l'articulation intime entre sexualité, santé et identité personnelle.

Prise de la CO influencée par vie et séparation de couple :

"du coup suite à la séparation comme j'ai de l'endométriозe, j'ai repris un rendez-vous pour reprendre la contraception pour euh... ne plus avoir de cycles" (P03)

"on est reparti sur euh... la même contraception que jamais avant... avant les essais bébés qui me convenait très bien c'est pour ça qu'on n'a pas changé" (P03)

5.2. Stress important liée au tout début de la sexualité associée à la prise de CU

Le début de la sexualité s'accompagne souvent d'un stress marqué, lié à la découverte de l'intimité mais aussi à la peur d'une grossesse non désirée. Pour les jeunes patientes qui n'utilisent pas encore de contraception orale et comptent uniquement sur le préservatif, la survenue d'un incident comme un craquage est vécue comme une source d'angoisse intense alliant stress du début de la sexualité et stress d'une grossesse non désirée. Dans ces cas, le recours à la CU apparaît comme une mesure indispensable pour éviter une grossesse accidentelle. Ces expériences montrent à quel point, au début de la vie sexuelle, la crainte d'une grossesse peut fortement marquer le vécu contraceptif, transformant la protection en un véritable gage de sécurité psychologique autant que physique. Ces expériences montrent également l'importance de la prévention sur la CU en amont du début de la vie sexuelle.

Stress important liée au tout début de la sexualité associée à la prise de CU :

"quand j'ai commencé à faire ma première fois, euh... on était protégés. Donc euh une capote [...] y'a un moment où elle a craquée. Du coup euh on a arrêté... Et euh, moi comme c'est ma première fois, je suis.... Enfin déjà je suis une personne très stressée. Donc en plus euh si je tombe enceinte alors là non... Je serais encore plus stressée, donc je me suis dit, je vais directement à la pharmacie et je vais voir... Enfin je vais demander la pilule du lendemain, pour vraiment être protégée" (P09)

"Parce que je crois que c'est au tout début, je commençais à la prendre en plus donc je connaissais pas trop... [...] Bah parce que j'étais encore bien jeune, hein ? Donc [rires]... Enfin 22 ans, c'est pas si jeune maintenant mais... J'avais peur de tomber enceinte. Ouais, voilà, c'était plus par rapport à ça... parce que j'étais encore en étude donc forcément on se pose la question... Et puis euh... C'était tout nouveau quoi on va dire." (P10)

5.3. CO avec but contraceptif

La contraception est principalement vue comme un outil destiné à éviter une grossesse non désirée, même si certaines patientes l'utilisent pour une visée à régulariser les cycles. La contraception devient alors un moyen d'organiser sa vie sexuelle et familiale, en lien direct avec la planification et le contrôle des projets de maternité.

CO avec but contraceptif :

"c'était une nouvelle pilule que je prenais depuis bah la naissance de mon fils. Parce que je voulais plus tomber enceinte" (P05)

"Non, c'était à but contraceptif ouais." (P10)

6. Rapport sociétal dans la contraception en général, la CU et la sexualité

5.4.1. Absence de tabou dans l'espace familial

Pour certaines patientes, la contraception et la sexualité peuvent être abordées simplement au sein de la famille, surtout avec la mère qui joue souvent un rôle clé. Elle peut accompagner lors du premier rendez-vous, conseiller ou orienter vers un professionnel de santé. Cette ouverture et disponibilité familiale réduit la gêne, facilite l'accès à une première contraception et offre souvent une forme d'éducation sexuelle spontanée dans le cercle familial. Le fait de pouvoir en discuter avec un parent proche, généralement la mère, renforce le sentiment de confiance et sécurise les démarches contraceptives dès le début de la vie sexuelle.

Premier rdv gynécologique pour la CO motivé par les parents :

"ma mère elle était partie voir justement une sage-femme. Et elle m'a conseillée et j'y suis allée. [...] je commençais à être grande, du coup ils se sont dit que bah... ça serait peut-être bien déjà de commencer..." (P09)

"Euh oui bah euh oui... quand j'ai eu ma première pilule, c'est ma mère qui m'avait accompagné " (P10)

Pas de gêne à l'abord de la sexualité et de la contraception avec ses parents / maman :

"si par exemple ma maman était à côté, moi ça me dérange pas d'en parler, parce que on est très... {rires} 'fin elle sait tout dans tous les cas donc ça va" (P04)

"Je parle plus facilement avec ma mère que mon père mais... [...] ils ont toujours été assez... ouvert sur les discussions." (P10)

Education sexuelle réalisée spontanément par les parents :

"je pense que c'est ma mère... Quand on parlait de moyen de contraception tout ça euh..., bah, elle faisait le tour un peu de tout ce qui avait et... elle a aussi évoqué la pilule du lendemain... [...] J'pense... J'avais 16 ans ? [...] Ça ne m'a pas du tout étonné non parce qu'on a l'habitude de parler de tout... Donc euh... bah c'est euh... bah c'est un sujet un petit peu comme les autres pour nous... Donc c'est normal de parler de ça. Et bah justement, le fait qu'elle m'en informe de tout ça, c'est bien." (P11)

5.4.2. Présence de tabou dans l'espace familial

À l'inverse des contextes familiaux ouverts, certaines patientes décrivent un climat marqué par le tabou autour de la sexualité et de la contraception. Dans ces situations, parler de contraception devant les parents, ou même simplement évoquer une demande de prescription, peut sembler impossible, en particulier dans les familles perçues comme plus strictes ou conservatrices. Plusieurs patientes évoquent le malaise ressenti lorsque des sujets liés à la sexualité ou à la contraception sont abordés en présence d'un proche. Elles insistent sur l'importance de pouvoir rencontrer le médecin seules, afin de préserver leur intimité et d'exprimer plus librement leurs besoins. Ce silence contraint parfois les jeunes filles à cacher leur contraception, par peur du jugement ou du refus parental. Certaines rapportent même la nécessité de prendre la pilule en secret ou de craindre que leurs parents découvrent leur contraception via des documents administratifs, ce qui alimente un sentiment de risque et d'insécurité. Le besoin d'anonymat et de confidentialité apparaît alors essentiel. Les patientes soulignent l'importance de pouvoir accéder à une contraception ou à une CU de manière autonome, sans accompagnement parental, que ce soit en consultation ou en pharmacie. Cette possibilité est vécue comme une sécurité, car elle permet d'éviter des discussions vécues comme dramatisantes dans le cercle familial.

Malaise à aborder la sexualité ou la CU en présence d'un proche ou d'un parent :

"p'tête demander à les voir seules... histoire de pouvoir peut-être poser la question sans que... bah qu'il y a le papa ou la maman qui soit là derrière. Parce que je sais que j'avais une copine à moi où sa maman était très dure très sévère... [...] et elle me dit je peux pas parce que ma mère elle veut pas pour elle c'est non... enfin... Donc elle me dit bah... qu'elle voulait pas que sa fille prenne la pilule et que... elle était trop jeune et que... 'fin... elle a eu quand même 17 ans" (P04)

"j'pense euh c'est la jeune fille vient avec son parent par exemple, d'éviter peut-être... A part si le parent sait que la fille a des rapports sexuels ou autre. Mais je pense que sinon ça pourrait être problématique euh... dans certaines familles, voilà." (P05)

"[sur les tabous] plus ma famille parce que je suis... Je suis quand même réservée. Et je parle pas forcément de tout." (P09)

Besoin d'anonymisation pour ne pas avoir à évoquer la sexualité avec ses parents :

"après c'est aussi peut être plus compliqué, je sais pas si les parents peuvent avoir accès aussi à tout ça derrière euh... ou si ça peut être caché pour certaines jeunes filles, ce que je sais que pour certaines jeunes filles euh... Enfin moi quand j'étais au Lycée il y avait des copines qui prenaient la pilule en cachette de leurs parents et euh... ça va que leurs mères ne fouillaient pas mais euh... Je pense que ça aurait pu être un peu risqué" (P05)

"Non plus sur la carte vitale etc., on sait jamais si les parents euh... peuvent avoir accès sur le site Ameli et tout euh... Tout ce qui est noté euh... ça paraît problématique pour certaines jeunes filles" (P05)

CU accessible sans adulte accompagnant :

"Vous n'avez pas besoin d'adultes derrière vous... vous pouvez y aller directement à la pharm... C'est vrai que ça rassurait parce que d'en parler à un adulte ça peut euh... être vite dramatisant [...] c'était bon à savoir." (P05)

5.4.3. Tabou dans le cercle médical

Pour certaines patientes, parler de sexualité ou de contraception avec un professionnel de santé reste une démarche difficile. Le malaise est particulièrement marqué chez les adolescentes, qui peuvent se sentir brusquées lorsque la discussion survient trop tôt ou trop directement dans leur parcours de soins. Cette impression d'intrusion peut freiner l'échange et limiter l'accès à des conseils adaptés, renforçant leur sentiment de vulnérabilité. Le genre du médecin joue parfois un rôle dans cette gêne : certaines patientes se sentent moins à l'aise d'évoquer des sujets intimes avec un praticien du sexe opposé, surtout lors des premiers rendez-vous. Au-delà de la question du genre, c'est aussi la qualité de la relation médecin-patient qui influence la liberté de parole. Lorsqu'une attitude perçue comme jugeante ou trop directive est ressentie, elle peut constituer un frein au dialogue. À l'inverse, un climat d'écoute bienveillante et de respect favorise l'expression des préoccupations liées à la contraception et à la sexualité.

Mauvaise relation médecin patient comme acteur dans le tabou :

"Si on sent que le médecin porte un jugement quand on lui parle euh... peut-être que ça va nous freiner aussi..." (P05)

"il a peut-être été trop direct. Et euh... Mmhh... Bah à 16 ans euh, je pense que ça a été un peu... dur de rentrer dans cette conversation là aussi brutalement" (P08)

"ça m'avait vraiment fait peur, je pense que ça m'a mis un stress en plus... et euh... j'ai pas eu l'impression d'avoir été écoutée à ce moment-là... Ouais euh... donc juste ça. " (P05)

Gêne des adolescentes à évoquer la CU avec le médecin, Frein à l'échange sur la contraception et l'intimité avec un médecin du sexe opposé, et Sensation de jugement par le médecin comme frein au dialogue : cf catégorie II

5.4.4. Tabou dans le cercle amical

La contraception et la sexualité ne constituent pas toujours des sujets de discussion spontanés entre amies. Certaines patientes décrivent une absence totale d'échanges, considérant que ces questions relèvent de l'intime et ne concernent qu'elles-mêmes. Pour d'autres, les conversations existent mais restent limitées, souvent déclenchées par des situations particulières, comme le recours à la CU. Ces échanges ponctuels témoignent d'une communication sélective, marquée par une certaine réserve, où la confiance personnelle prime sur le partage collectif.

Tabou dans le cercle amical :

"Euh... J'avoue on n'en a pas vraiment discuté... parce que j'estimais que ça me regardais pas vraiment donc euh..." (P08)

5.4.5. Tabou dans les espaces éducatifs

L'éducation sexuelle dans les établissements scolaires, bien que de plus en plus répandue et permettant de toucher un grand nombre d'adolescentes, reste souvent insuffisante, laissant les jeunes filles avec des connaissances limitées ou décontextualisées sur la contraception. Dispensée en groupe, elle peut être gênante pour certaines, qui craignent le regard des autres élèves et se sentent moins libres de poser des questions, limitant ainsi les échanges et les réponses obtenues. Certaines patientes plus âgées rapportent n'avoir bénéficié d'aucune éducation sexuelle à l'école, le sujet étant trop tabou à l'époque, et avoir dû se tourner vers leurs amies ou les services de planning familial pour obtenir des informations. Cette dépendance à des sources informelles peut accroître le risque de désinformation et générer de l'angoisse.

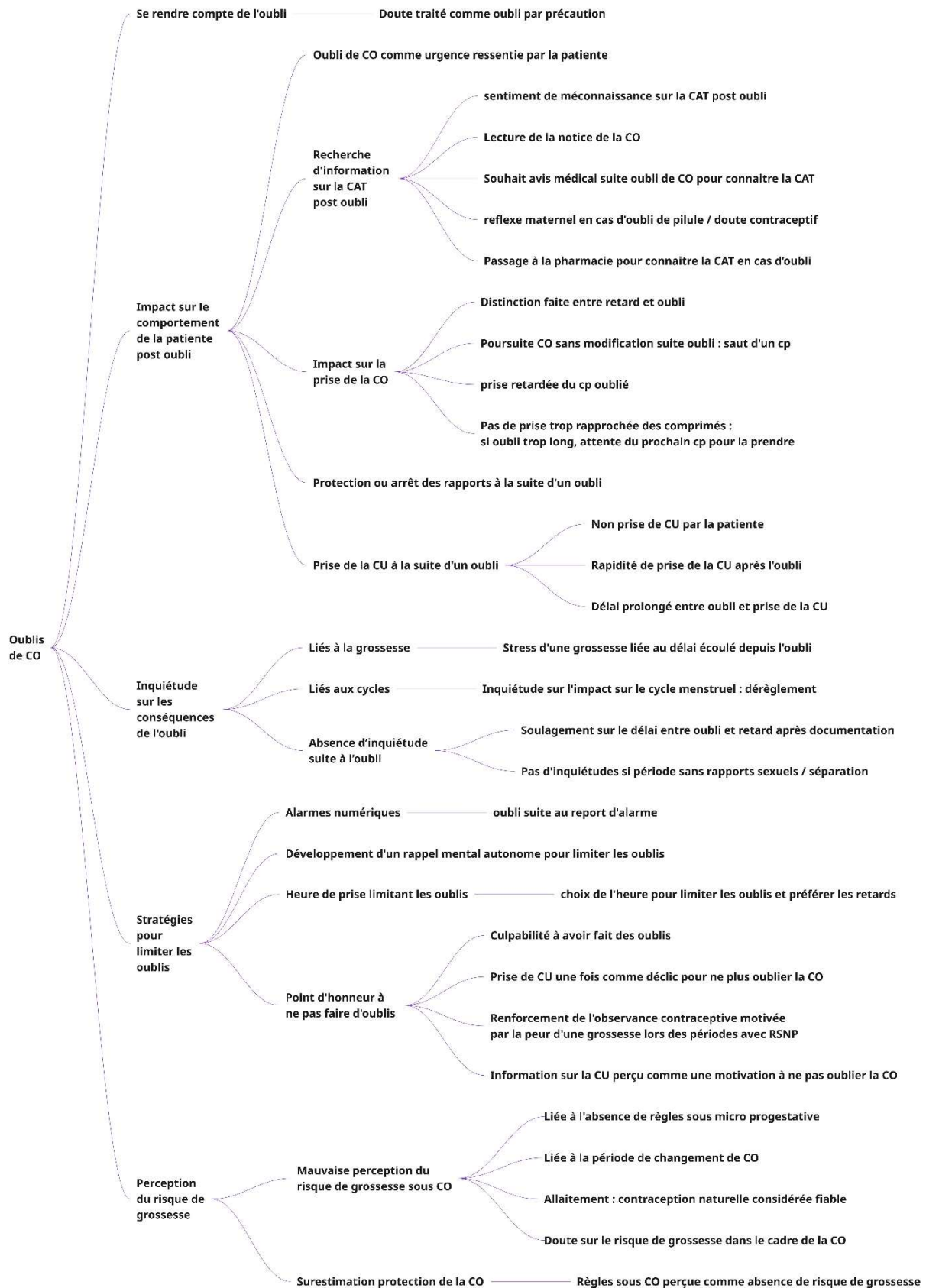
Tabou dans les espaces éducatifs :

"on parlait pas de ça, c'était dans les couloirs avec les copines, mais euh, à l'école on parlait pas de contraceptions" (P01)

"d'autant plus quand les infos viennent du cadre scolaire où on peut être en mode j'écoute pas trop... euh... c'est gênant" (P02)

Catégorie V : Représentations et vécu des patientes sur les oublis de CO

Figure 10 : Arbre de codage - Catégorie V



1. Se rendre compte de l'oubli

Presque toutes les patientes interrogées reconnaissent avoir déjà eu au moins un oubli de leur contraception au cours de leur vie. Les patientes évoquent une expérience très personnelle de l'oubli, parfois teintée d'humour nerveux ou de gêne lorsqu'elles admettent avoir manqué un comprimé. Même un doute sur la prise de la pilule est souvent traité avec autant de sérieux qu'un oubli effectif, sous l'effet de l'inquiétude de tomber enceinte. L'oubli n'est pas seulement un acte manqué ; il est perçu comme un signal déclencheur d'une vigilance immédiate, suscitant des questionnements sur la protection et la conduite à tenir.

Se rendre compte de l'oubli :

"Mais oui, ça m'est déjà arrivé de... d'oublier euh une pilule de la... de la plaquette." (P03)

"C'était, y a pas longtemps. J'saurais pas vous dire quand... mais p'tête le mois dernier... Et j'le referai plus [rire nerveux]" (P09)

"Euh... le lendemain... Le soir du coup... au moment de prendre le comprimé, je me suis rendu compte qu'il y en avait un en trop... Voilà" (P09)

Doute traité comme oubli par précaution :

"Bah en fait c'était... Je me rappelais plus si j'avais pris ma pilule... et du coup euh... Comme j'ai eu une relation sexuelle sans protection de la part de monsieur, euh... j'ai eu peur de tomber enceinte parce que je me rappelais plus. Du coup je suis passée chez la pharmacie, ils m'ont vendue..." (P07)

2. Impact sur le comportement de la patiente post oubli

2.1. Oubli de CO comme urgence ressentie par la patiente

L'oubli déclenche chez les patientes une sensation d'urgence, souvent motivée par la crainte d'une grossesse non désirée. Elles cherchent à obtenir rapidement un avis médical ou pharmaceutique, et certaines sollicitent l'aide maternelle, traduisant un réflexe protecteur et sécurisant. La réactivité du professionnel de santé devient un critère déterminant pour l'action immédiate.

Oubli de CO comme urgence ressentie par la patiente :

"Euh... bah je demanderais [...] je pense à celui qui réagit le plus vite, donc... Dr [MT], c'est la plus réactive [rises]." (P02)

"Je pense que j'aurai demandé un rendez-vous d'urgence, pour la journée [...] Euh bah je trouve que j'aurais insisté au repris de la secrétaire de poser au moins la question au médecin. Si elle peut rappeler pour euh... en parler euh... au plus vite" (P05)

"Et qu'après c'est une question d'urgence vraiment." (P07)

2.2. Recherche d'information sur la CAT post oubli

Les patientes expriment fréquemment un sentiment de méconnaissance face aux recommandations post-oubli. Différentes stratégies peuvent être mises en place en fonction des patientes, allant de la lecture de la notice de la pilule, à la recherche active de renseignements sur Internet ou même demande de renseignements d'un professionnel de santé généralement directement avec le pharmacien mais parfois suite une consultation rapide avec le MT. Certaines patientes décrivent un réflexe maternel lors d'un oubli et demandent à leur mère la conduite à tenir dans cette situation. Les questions portent généralement sur le délai de protection de la CO, la nécessité de poursuivre sa pilule, ou l'éventualité de recourir à la CU. L'incertitude face aux informations parfois divergentes illustre la complexité de la situation et le besoin d'un cadre clair et personnalisé.

Sentiment de méconnaissance sur la CAT post oubli :

"Bah je sais pas trop... C'est vrai que par exemple sur la pilule... normale, j'ai pas forcément eu plus d'infos sur... si j'l'oublie comment je fais. Euh... de... par exemple quand j'l'arrête est ce qu'elle me protège encore... enfin, tous ces trucs là... 'fin c'est

vrai qu'on pas forcément d'infos donc souvent on va chercher sur internet où... on a une réponse différente sur chaque site [rires] donc euh..." (P04)

"Mais c'est plus sur le fait que quand on nous la donne... euh... c'est plus du bon fait que tu la prends euh tous les jours... euh... à une heure à peu près tout le temps pareil... il faut surtout pas l'oublier... Mais on nous parle pas de si on l'oublie comment faut faire... on bout de combien de temps machin enfin... on nous dit même il faut l'arrêter pendant 7 jours, la reprendre... enfin en fonction des personnes... mais on a moins ce côté... euh... comment elle nous protège, combien de temps... si y a un souci quoi faire, enfin tout ça... tout ce côté-là je crois" (P04)

Lecture de la notice de la CO :

"Bah dans la notice, directement de la boîte de la pilule." (P03)

Souhait avis médical suite oubli de CO pour connaître la conduite à tenir post oubli :

"Euh... bah je demanderais à ma sage-femme ou à mon médecin traitant. L'un et l'autre je pense. Oui je pense à celui qui réagit le plus vite, donc... Dr [MT], c'est la plus réactive [rires]." (P02)

"Ouais j'ai peur que j'aurais d'abord... J'aurais peut-être pris rdv avec mon médecin tout simplement... Pour poser des questions, voilà j'ai oublié ma pilule euh... qu'est-ce que je dois faire ? Euh... j'ai peur de tomber enceinte. Enfin... s'il y a avait eu quelque chose juste avant, peut-être que..." (P05)

Reflexe maternel en cas d'oubli de CO / doute contraceptif :

"Bah je pense que j'en aurais directement parlé avec ma maman, ouais" (P04)

"je me suis dit, si ça se trouve c'est un oubli, enfin ça va pas... Ça va pas faire grand-chose, au final, j'commence à m'inquiéter... [...] Euh bah du coup comme les règles elles sont arrivées plus tôt c'est là que j'ai commencé à euh... à m'inquiéter parce que je commençais vraiment à avoir très mal au ventre, et euh et du coup, j'en ai parlé à ma mère... Et j'étais très inquiète" (P09)

Passage à la pharmacie pour connaître la CAT en cas d'oubli :

"[en parlant des oublis] Si j'en avais eu ou si euh..., ou si j'en avais eu euh... j'irai à la pharmacie. Si c'est vraiment urgent urgent, j'irai directement à la pharmacie, sinon j'essaie de prendre rendez-vous avec mon médecin" (P11)

"[en cas de non réponse rapide médecin concernant oubli] Euh... je pense que j'aurais peut-être appelé la pharmacie alors [...] Et de voir avec la pharmacienne si elle peut me... m'aider à ce moment-là" (P05)

2.3. Impact sur la prise de la CO

Certaines patientes font la distinction entre un simple retard et un véritable oubli de pilule, généralement défini comme un délai supérieur à 12 heures. Cette distinction, parfois acquise après recherche d'informations, leur permet d'ajuster la prise de leur contraceptif en conséquence. Cependant, la réaction face à un oubli varie beaucoup selon les patientes, en lien avec leurs connaissances et leur niveau d'inquiétude face à une grossesse non désirée : certaines interviennent immédiatement, parfois dans l'heure qui suit l'oubli, tandis que d'autres peuvent attendre jusqu'à trois jours avant de réagir et, parfois, de recourir à la pilule du lendemain. Le comportement post-oubli diffère également : certaines patientes prennent le comprimé oublié dès qu'elles s'en souviennent et reprennent ensuite leur contraception selon le rythme habituel, tandis que d'autres choisissent de sauter le comprimé manqué et de poursuivre leur pilule normalement, surtout lorsque l'oubli est prolongé et que le prochain comprimé est imminent, afin d'éviter une prise trop rapprochée. Cette gestion démontre que les patientes adaptent leurs pratiques en fonction de leur compréhension des recommandations et du temps écoulé depuis l'oubli. Cependant, pour la majorité, ces ajustements restent abstraits et incomplets et soulignent le besoin d'explications plus claires et détaillées sur la conduite à tenir en cas d'oubli, un point qui mérite d'être approfondi compte tenu de la fréquence des oublis et des connaissances encore limitées sur le sujet.

Distinction faite entre retard et oubli :

"je vous avoue qu'en lisant du coup la... enfin la conduite à tenir en cas d'oubli, ça m'a plutôt rassurée ce que j'ai vu qu'euh... On avait quand-même un certain laps de temps qui était plutôt correct. En tout cas sur... enfin pour Optimizette, on a peu près 12 heures de battement donc [...] en s'en rendant compte le matin euh... Souvent y a pas les 12 heures donc euh, voilà" (P03)

"J'crois qu'il y en a jamais eu. Ou soit vraiment très très rarement. Ouais par exemple je rentrais de soirée il était 3h du matin et j'l'avais pas pris donc je la prenais à 3h du matin. Et c'est vrai que du coup je faisais 2 fois plus attention." (P04)

"Bah du coup, là c'était un oubli de plus de 12 heures..." (P11)

Poursuite de la CO sans modification suite oubli : saut d'un comprimé :

"Bah du coup j'ai... j'ai continué à prendre ma pilule euh comme je la prenais" (P09)

"Bah du coup, là c'était un oubli de plus de 12 heures... Du coup j'ai pas pris de cachet et j'ai continué au lendemain" (P11)

Prise retardée du comprimé oublié :

"Soit je la prends le lendemain matin si j'm'en rends compte, ou soit je m'en rends compte le soir en fait en la reprenant" (P04)

"juste je la prends dès que possible et euh voilà..." (P08)

"Bah ça dépendait combien de temps après je l'avais oublié, mais généralement, je m'en rends compte, donc je le reprends, mais euh... Pas forcément au bon moment [rires] [...] généralement, je la prends le soir et généralement quand je me rendais compte, c'était le lendemain matin, donc je la prenais quand même..." (P12)

Pas de prise trop rapprochée des comprimés : si oubli trop long, attente du prochain comprimé pour la prendre :

"Soit je la prends le lendemain matin si j'm'en rends compte, ou soit je m'en rends compte le soir en fait en la reprenant. [...] [question sur ce qu'elle fait si elle s'en rends compte dans l'après-midi] Bah j'attends le soir du coup." (P04)

"Euh bah alors soit j'la prends... donc moi je la prends le soir habituellement. Donc soit je l'ai oublié, et du coup je la prends le matin, soit euh j'attends le soir pour la reprendre" (P08)

"Bah du coup, là c'était un oubli de plus de 12 heures... Du coup j'ai pas pris de cachet et j'ai continué au lendemain." (P11)

2.4. Protection ou arrêt des rapports à la suite d'un oubli

Après un oubli, certaines patientes adoptent des stratégies complémentaires non médicamenteuses pour limiter le risque de grossesse, allant de l'interruption temporaire des rapports à l'utilisation de préservatifs. Généralement cette initiative est faite de façon intuitive liée à une angoisse d'une grossesse non désirée, mais sans arriver à bien estimer les délais nécessaires pouvant aller de quelques jours à près d'un mois pour certaines patientes. Cependant la plupart des patientes n'en font pas mention spontanément.

Protection ou arrêt des rapports à la suite d'un oubli :

"Des oublis de pilules ? Euh oui ça m'est déjà arrivé oui [...] Et bah soit plus de rapports jusque... enfin... au début de la plaquette d'après... Soit préservatifs, soit voilà c'est tout... Rien de... Enfin j'ai jamais eu recours à la pilule du lendemain" (P02)

2.5. Prise de la CU à la suite d'un oubli de pilule

La prise de la CU dépend du délai écoulé depuis l'oubli et du contexte actuel de la sexualité de la patiente mais est également intimement liée à l'estimation du risque de grossesse et la peur d'une grossesse non désirée. Certaines patientes l'utilisent immédiatement dans les heures suivant l'oubli, d'autres attendent un oubli plus prolongé pour y avoir recours. Plusieurs patientes n'ont jamais eu recours à la CU malgré l'existence d'oublis, soit si les rapports n'ont pas eu lieu récemment, soit par une sous-estimation du risque de grossesse ou une surestimation de l'efficacité de la CO même en cas d'oubli (cf. plus loin).

Non prise de CU par la patiente :

"Non jamais." (P08)

Rapidité de prise de la CU après l'oubli :

"Je crois que c'était... c'était... ça m'a fait signe dans ma tête et ça m'a passé une heure, pas plus que ça [...] Bah j'ai pas pris trop de temps [rires]." (P07)

"J'avais pris... J'avais tout de suite pris ça... Parce que je crois que c'est au tout début, je commençais à la prendre en plus donc je connaissais pas trop... Et euh..., et du coup j'avais pris tout de suite la pilule du lendemain... bah pour, par rapport à que... j'avais fait l'oubli quoi." (P10)

Délai plus prolongé entre oubli et prise de la CU :

"ça m'est déjà arrivé à un oubli de 3 jours où là j'étais obligée de prendre la pilule du lendemain" (P06)

3. Inquiétude sur les conséquences de l'oubli

3.1. Liés à la grossesse : risque de grossesse non désirée

La première crainte exprimée est celle de la grossesse non désirée. Le niveau de stress évolue selon la rapidité avec laquelle l'oubli est identifié : un oubli constaté rapidement est jugé moins inquiétant car rapidement corrigé, tandis qu'un délai plus long suscite une anxiété plus importante. Cette inquiétude est d'autant plus grande que la patiente est jeune.

Stress d'une grossesse liée au délai écoulé depuis l'oubli :

"parce que souvent... enfin je m'en suis rendu compte assez rapidement donc, ça m'a pas stressé plus que ça et... bon après euh j'ai fait attention mais... j'étais pas spécialement stressée" (P03)

"Et euh, moi comme c'est ma première fois, je suis.... Enfin déjà je suis une personne très stressée. Donc en plus euh si je tombe enceinte alors là non..." (P09)

"Bah parce que j'étais encore bien jeune, hein ? Donc [rires]... Enfin 22 ans, c'est pas si jeune maintenant mais... J'avais peur de tomber enceinte." (P10)

3.2. Liés aux cycles : Inquiétude sur l'impact sur le cycle menstruel : dérèglement

Au-delà du risque de grossesse, les patientes s'inquiètent souvent de l'impact sur leur cycle menstruel, surtout chez les patientes qui prennent la pilule pour régulariser leurs cycles ou les stopper. Un oubli peut provoquer des saignements précoces ou prolongés ou des douleurs inhabituelles. Ce dérèglement temporaire du cycle, entraîne un stress supplémentaire, avec parfois une inquiétude sur les conséquences en terme de durabilité sur cette perturbation de cycle ou l'incertitude de ce que ce dérèglement peut induire.

Inquiétude sur l'impact sur le cycle menstruel : dérèglement :

"Euh... ça dépend... des fois je me dis que euh, ça va tout me dérégler [rires]. Et euh... au final ça va si c'est qu'un seul oubli ça va. Donc je m'inquiète pas plus que ça... juste je la prends dès que possible et euh voilà..." (P08)

"j'ai vu qu'il y avait un dérèglement, juste pour un jour d'oubli [...] Du coup après j'avais mes règles après pendant 2 semaines. [...] je me suis dit, si ça se trouve c'est un oubli, enfin ça va pas... Ça va pas faire grand-chose, au final, j'commence à m'inquiéter... [...] Euh bah du coup comme les règles elles sont arrivées plus tôt c'est là que j'ai commencé à euh... à m'inquiéter parce que je commençais vraiment à avoir très mal au ventre, et euh et du coup, j'en ai parlé à ma mère... Et j'étais très inquiète. [...] je pensais pas que euh avec un oubli... bah on pouvait avoir nos règles si vite que ça... enfin plus tôt du coup, et euh. Je pensais pas..." (P09)

"Mais ça m'a euh... J'étais presque à la fin de la plaquette. Et euh mmm... Ça m'a déclenché des saignements très légers, mais euh, même si je prenais les cachets blancs, eh bah, j'avais quand même des saignements. Et après avec les cachets rouges, mes règles sont arrivées, et après c'est reparti normalement. [...] d'habitude, bah, y a aucun saignement pendant les cachets blancs donc euh..., je trouvais ça un peu bizarre..." (P11)

3.3. Absence d'inquiétude suite à l'oubli

À l'inverse, certaines patientes ne s'inquiètent pas lors d'un oubli, notamment lorsqu'elles n'ont pas de rapports sexuels pendant cette période, ou lorsqu'elles savent disposer d'une marge de sécurité (par exemple en cas de retard inférieur à 12 heures). La connaissance des conduites à tenir peut également apporter un sentiment de réduction de l'anxiété soulignant l'importance de la prévention sur la conduite à tenir en cas d'oubli et sur la CU.

Soulagement sur le délai entre oubli et retard après documentation :

"Alors oui, mais euh je vous avoue qu'en lisant du coup la... enfin la conduite à tenir en cas d'oubli, ça m'a plutôt rassurée ce que j'ai vu que euh... On avait quand-même un certain laps de temps qui était plutôt correct. En tout cas sur... enfin pour Optimizette, on a peu près 12 heures de battement donc euh..." (P03)

Pas d'inquiétudes si période sans rapports sexuels / séparation :

"Bah c'est vrai que... en ce moment non, parce que... par exemple j'ai pas de rapports particuliers... donc pas forcément" (P04)

"Non pas à ce moment là parce que j'avais pas eu de rapports depuis longtemps et j'en avais pas euh sur le moment... Du coup euh... tout ce qui est grossesse et... MST tout ça j'avais pas trop d'inquiétudes... Et euh mm... Non... ouais vu que j'avais pas de rapports bah... je m'étais pas trop inquiétée." (P11)

4. Stratégies pour limiter les oublis

4.1 Alarmes numériques

L'utilisation d'alarmes sur le téléphone constitue l'outil le plus fréquemment cité par les patientes pour se rappeler de prendre leur contraception. Certaines précisent que, surtout au début de la prise de la contraception, ces rappels leur permettent de respecter systématiquement l'heure de prise. Cependant, certaines patientes notent que l'efficacité de cette stratégie peut diminuer avec le temps. Le report répétitif de l'alarme lié à la vie quotidienne peut entraîner l'oubli, montrant que la simple dépendance à un outil externe ne garantit pas une observance parfaite.

Alarmes numériques :

"Euh alors par le passé, oui. Euh maintenant aujourd'hui euh... avec le téléphone on met une alarme et, tout va bien." (P03)

"En fait ça dépend... J pense ça dépend des périodes aussi. Parce qu'avant j'avais une alarme sur mon téléphone histoire de vraiment y penser... Et euh... dans les débuts ça marchait bien" (P04)

Oubli suite au report d'alarme :

"et puis avec le temps je l'arrêtais, j'me dis j'vais la prendre dans 5 minutes, je fini ce que je suis en train de faire et du coup ça partait à l'oubliette et le fait qu'il y avait pas une autre alarme pour rappeler c'était terminé" (P04)

4.2. Développement d'un rappel mental autonome pour limiter les oublis

Pour pallier cette dépendance, certaines patientes ont développé des stratégies internes, basées sur la mémorisation d'un moment précis de la journée. Elles s'appuient sur leur routine quotidienne pour se rappeler de la prise du comprimé, ce qui permet parfois de se passer progressivement des alarmes. Cette méthode montre que la régularité et l'ancrage dans le quotidien peuvent constituer un outil efficace pour limiter les oublis, bien que la vigilance reste nécessaire, surtout lors de périodes chargées ou inhabituelles.

Développement d'un rappel mental autonome pour limiter les oublis :

"Donc j'ai décidé d'enlever cette alarme, et au final le fait de m'y rappeler moi toute seule, euh... c'est plus facile mais j'dirais... Enfin ça dépend... y a des plaquettes où j'peux ne pas l'oublier et parfois sur une plaquette ça m'arrive de l'oublier 2 fois dans le mois" (P04)

4.3. Heure de prise limitant les oublis

Le choix du moment stable dans la journée pour la prise de la pilule apparaît comme un facteur important pour réduire les oublis. Chaque patiente adapte cette heure à ses habitudes, souvent en lien avec un repas ou l'heure du coucher. Certaines préfèrent la prise le soir, afin de l'associer au rituel du coucher et mieux s'en souvenir, tandis que d'autres optent pour le matin, ce qui leur laisse toute la journée pour rattraper un éventuel oubli. En définissant ainsi un repère temporel précis, elles créent une routine facile à intégrer à leur quotidien. Cette régularité permet non seulement d'anticiper les

oublis, mais aussi de gérer les retards éventuels, réduisant ainsi le risque d'erreurs dans la conduite à tenir.

Choix de l'heure pour limiter les oublis et préférer les retards :

"Ouais c'est ça. Ouais c'est que je prends ma contraception le soir. Donc euh... bah en fait en s'en rendant compte le matin euh... Souvent y a pas les 12 heures donc euh, voilà" (P03)

"je la prenais le matin tous les jours pour ne pas oublier." (P07)

4.4. Point d'honneur à ne pas faire d'oublis

Au-delà des outils et routines, certaines patientes mettent en avant un aspect psychologique et motivationnel dans leur observance. Pour certaines, il s'agit d'un point d'honneur de ne jamais oublier leur pilule, en lien avec un sentiment de responsabilité personnelle et à la peur d'une grossesse non désirée, en particulier lors des périodes avec rapports sexuels, qui contribue à un renforcement de l'observance. L'expérience passée d'un oubli ayant nécessité la prise de CU agit également comme un facteur motivationnel, renforçant la vigilance pour les plaquettes suivantes. Parfois un sentiment de culpabilité lorsqu'un oubli survient rend la patiente plus attentive pour ne pas reproduire cette mauvaise expérience. Certaines patientes pensent que si elles avaient été mieux informées sur la CU, elles auraient mieux cerné les risques de grossesse et auraient été plus motivée à ne pas faire d'oubli. Ainsi la prévention repose à la fois sur des outils pratiques mais également sur une attention psychologique constante.

Point d'honneur à ne pas faire d'oubli :

"Euh, j'ai jamais oublié. Ça c'est une chose, j'oublie pas [rires]. Ça c'est une chose pour moi... je la prenais le matin tous les jours pour ne pas oublier." (P07)

Culpabilité à avoir fait des oublis :

"Et j'le referai plus [rire nerveux]." (P09)

Prise de CU une fois comme déclic pour ne plus oublier la CO :

"Oui j'avais oublié une fois et j'avis du prendre la pilule du lendemain une seule fois, mais après j'avais plus jamais oublié [rires]" (P10)

Renforcement de l'observance contraceptive motivée par la peur d'une grossesse lors des périodes avec RSNP :

"Mais je sais que sur une période où j'avais... où j'étais en couple anciennement, donc oui j'avais des rapports je faisais beaucoup plus attention et du coup je l'oubliais pas parce que je savais très bien que... [...] Et c'est vrai que du coup je faisais 2 fois plus attention." (P04)

Information sur la CU perçue comme une motivation à ne pas oublier la CO :

"Bah après euh... C'est vrai que plus en savoir sur le sujet ça permettrait oui d'avoir moins de risques de mal la prendre et euh..." (P06)

5. Perception du risque de grossesse

Pour les patientes, la perception du risque de grossesse est souvent complexe et influencée par différents facteurs : la méthode contraceptive utilisée, les cycles menstruels ou le contexte personnel et parfois déconnectée de la réalité médicale.

Certaines patientes éprouvent une mauvaise perception du risque, notamment lorsqu'elles utilisent des pilules microprogestatives. L'absence de règles régulières sous ce type de contraception peut générer un doute et une confusion. Certaines de ces patientes ne sachant pas si elles sont protégées malgré une prise régulière, ne peuvent se fier au retard de règles pour envisager une grossesse. Ce sentiment est renforcé lorsque la pilule ne provoque pas les saignements habituels, ce qui peut créer un faux sentiment de sécurité ou, à l'inverse, une inquiétude diffuse.

L'allaitement constitue un autre facteur influençant la perception du risque. Certaines patientes considèrent cette méthode comme protectrice et sous-estiment le risque de grossesse, ce qui peut affecter leur vigilance en cas d'oubli ou de retard ou en cas de tétées trop espacées.

Les changements de contraception sont également des moments d'incertitude sur le risque de grossesse : certaines patientes se questionnent sur la continuité de la protection et se demandent si la protection est immédiate suite au changement. Elles peuvent ressentir de l'anxiété, surtout si les informations reçues sont partielles ou anciennes.

Par ailleurs, les patientes ont tendance à surestimer la protection offerte par la pilule lorsqu'elles observent des règles régulières. La survenue des saignements est parfois interprétée comme une preuve d'efficacité contraceptive, alors qu'en réalité, la grossesse reste possible même en présence de règles. Cette perception crée un faux sentiment de sécurité, pouvant retarder la mise en place de mesures correctives en cas d'oubli ou de doute.

Certaines patientes ne perçoivent pas de risque de grossesse lié aux rapports sexuels ayant eu lieu avant l'oubli de pilule. Le risque est envisagé uniquement pour les jours suivant l'oubli, ce qui traduit une méconnaissance du mode d'action contraceptif et de la fenêtre réelle de fécondité.

Mauvaise perception du risque de grossesse sous CO :

"Bah je sais pas trop... C'est vrai que par exemple sur la pilule... normale, j'ai pas forcément eu plus d'infos sur... si j'l'oublie comment je fais. Euh... de... par exemple quand j'l'arrête est ce qu'elle me protège encore... enfin, tous ces trucs là... 'fin c'est vrai qu'on pas forcément d'infos donc souvent on va chercher sur internet où... on a une réponse différente sur chaque site [rires] donc euh...[...] on a moins ce côté... euh... comment elle nous protège, combien de temps... si y a un souci quoi faire, enfin tout ça... tout ce côté-là je crois" (P04)

"Mais du coup pourquoi il faut se protéger encore 7 jours si on est encore sous pilule ?" (P10)

Mauvaise perception du risque de grossesse liée à l'absence de règles sous micro progestative :

"Euh bah c'est pareil, je me disais Optimizette on n'a pas de règles, du coup. Mais du coup. Comment on sait entre guillemet quoi ?" (P10)

Lors allaitement avec considération que cette méthode est fiable cf catégorie IV

Doute sur le risque de grossesse dans le cadre de la CO liée à la période de changement de CO :

"quand j'ai fait le changement du coup de Leelo à Optimizette [...] j'avais pas eu de rapports pendant le 1er cycle, du coup où j'ai pris Leelo... Après j'ai eu mes règles pendant 7 jours, et ensuite je devais reprendre Leelo. Sauf que du coup au lieu de reprendre Leelo j'ai repris Optimizette du coup. Et du coup j'ai repris Optimizette pendant 10 jours et au dixième jour j'ai eu un rapport... [...] je me suis demandé si je suis bien protégée : vu que j'ai changé de pilule [...] surtout c'est les changements de pilules parce qu'après, moi j'ai toujours pris la même, là mais là c'est vrai que je sais que j'ai pas eu d'oubli et que j'ai pris euh bah comme il fallait... Mais en fait je me suis posé la question. Comme c'est un changement est-ce que ça protège pareil euh... ?" (P10)

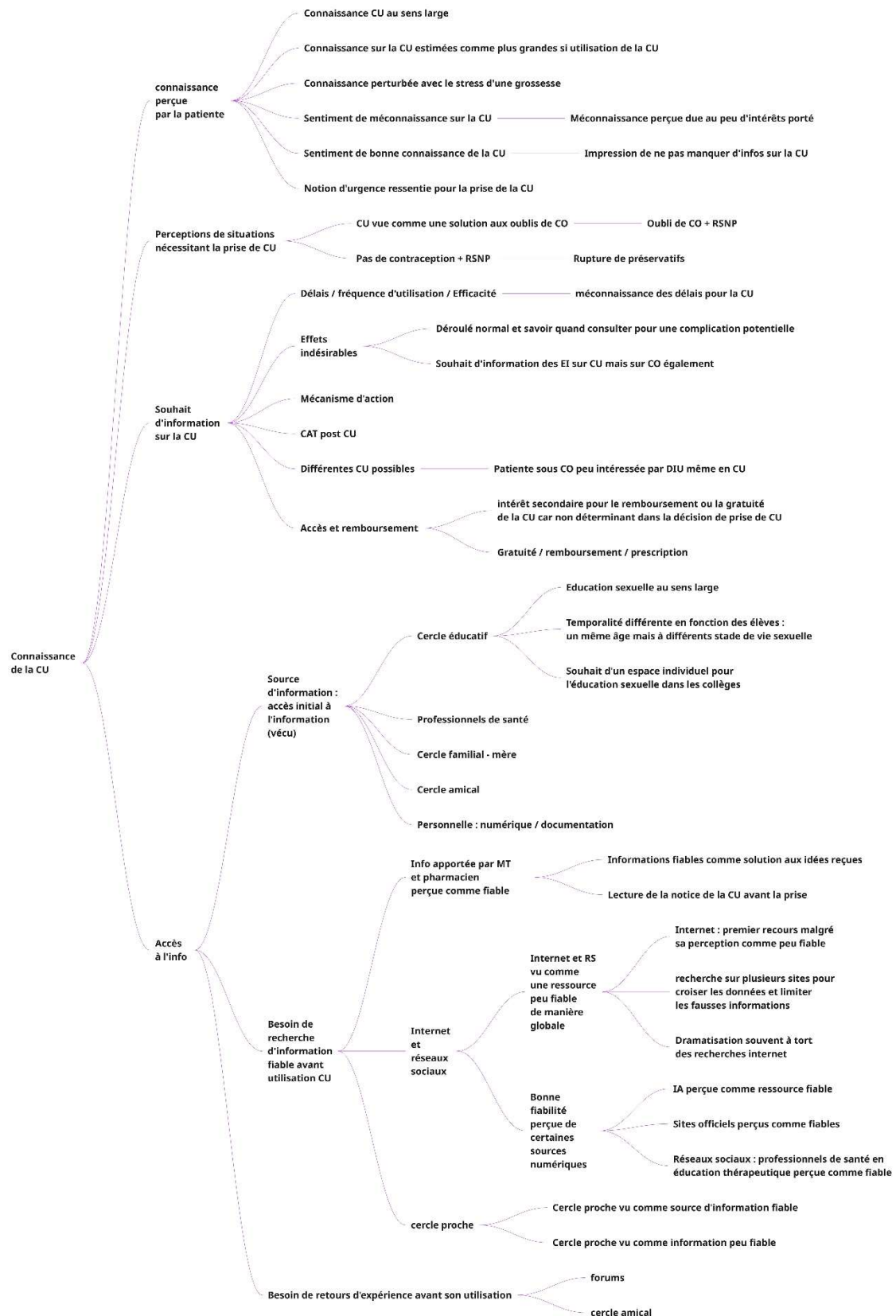
Surestimation de la protection de la CO pour la grossesse : règles sous CO perçue comme une absence de risque de grossesse :

"Des oublis de pilules ? Euh oui ça m'est déjà arrivé oui [...] Et bah soit plus de rapports jusque... enfin... au début de la plaquette d'après... Soit préservatifs, soit voilà c'est tout... Rien de... Enfin j'ai jamais eu recours à la pilule du lendemain" (P02)

"Ouais c'est vrai que c'est pour ça pour le coup avec Leelo, c'est que ce qui avait de bien c'est qu'il y a les règles du coup ça... rassurait." (P10)

Catégorie VI : Représentation et vécu des patientes sur leurs connaissances de la CU et l'accès à ces connaissances

Figure 11 : Arbre de codage - Catégorie VI



1. Connaissance perçue par la patiente

La plupart des patientes identifient la CU sous le terme familier de « pilule du lendemain ». Toutefois, derrière ce mot, les niveaux de connaissances sont très variables.

Certaines femmes déclarent ne pas savoir grand-chose du sujet, parfois avec un ton humoristique, traduisant une forme de gêne, souvent il s'agit de patientes n'ayant jamais eu recours à la CU et y ayant porté peu d'intérêt sans recherche d'information. Pour d'autres, la CU reste une notion vague, connue pour ses principaux aspects mais avec encore de nombreuses zones d'ombres. À l'inverse, quelques patientes affirment être « assez bien informées ». La plupart des patientes relèvent le côté d'urgence ressentie de la CU. Cependant l'estimation de leurs connaissances est variable et peu objective : des patientes estiment être bien renseignées sur la CU mais ne connaissent pas les délais ou l'utilité de la CU en cas d'oubli par exemple, et d'autres patientes s'estiment moyennement renseignées sur la CU et connaissent finalement la plupart de ses aspects.

Leurs connaissances sont souvent liées à une expérience personnelle, qu'il s'agisse d'un oubli de pilule, d'une situation où elles ont eu recours à la CU, ou à des situations à l'école ou en consultations où on leur en a parlé. Le vécu concret semble jouer un rôle clé dans la consolidation des connaissances : certaines patientes ayant eu recours à la CU pensent être mieux informées depuis sa prise. Cependant, même en cas de prise de CU, certaines patientes disent ne pas savoir grand-chose de la CU au-delà de comment la prendre.

Même lorsqu'elles disposent d'informations théoriques, les patientes décrivent que le contexte d'urgence, marqué par la peur d'une grossesse non désirée, tend à brouiller leur capacité à mobiliser ces savoirs. Le stress, la panique ou le sentiment d'être seule face à la décision rendent l'accès à l'information plus difficile et renforcent l'incertitude.

Sentiment de Connaissance de la CU au sens large :

"Oh... je sais même pas, parce que je serais incapable par exemple de conseiller quelqu'un. Donc euh... Enfin vraiment... j'dirais peut être 3-4 parce que je sais que c'est en cas de d'urgence tout ça. Mais si demain on m'demande : oh ça fait tant de temps, est ce qu'il faut que j'la prenne ? je suis incapable de dire... [...] c'est vrai que quand là par exemple on en parle et qu'on rentre dans tous les détails... c'est là qu'on voit qu'on est pas vraiment bien... c'est pas qu'on est pas vraiment bien informé" (P04)

"Euh... Je lui dirais que si elle a oublié sa pilule, et que si elle en a besoin et bah il faut aller à la pharmacie pour en acheter une" (P05)

"Ah... J'avoue que j'en sais rien... En fait euh je saurais même pas expliquer... pour moi c'est une pilule... enfin, je peux p... franchement j'en sais rien... je vais être honnête... [...] c'est une pi... Enfin, c'est ce qui va permettre de euh... d'arrêter le processus qui aurait pu s'entamer au vu que l'oubli mais je vous avoue que... Je je sais pas trop" (P10)

Connaissances sur la CU estimées comme plus grandes si utilisation de la CU :

"Je préfère vraiment demander à une personne qui... qui s'y connaît, et euh... Ou demander à mon entourage [...], bah les personnes qui auraient pu l'auraient prise..." (P09)

"Bah vu que j'en ai rarement pris, franchement j'y connais enfin... Je connais pas grand-chose donc que j'avoue..." (P10)

Connaissance perturbée avec le stress d'une grossesse :

"au moment de l'oubli de ma pilule, en fait... c'est mon conjoint qui m'a parlé [D'accord. On ne vous en avait jamais parlé avant à l'école ou... ?] Si, si si, bien sûr, mais après, j'avais... j'étais plus dedans vraiment, mais après je savais que ça existait." (P10)

Sentiment de méconnaissance sur la CU :

"Euh, bah a part la pilule du lendemain, en contraceptif d'urgence, je connais pas plus que ça [...] Non je connais pas du tout [rires]. Je sais pas du tout comment cela ça fonctionne" (P01)

"Alors oui, ça me parle mais j'en ai jamais utilisé. [...] Alors je pense à la pilule du lendemain. Euh c'est tout" (P03)

"J'y connais rien du tout [rires]." (P10)

Méconnaissance perçue sur la CU due au peu d'intérêts porté :

"Après euh... j'ai pas plus de détails que ça euh, étant donné que je me suis jamais vraiment penché sur la question" (P03)

Sentiment de bonne connaissance de la CU et impression de ne pas manquer d'information sur la CU :

"Ouais euh je pense euh un bon 7." (P08)

"Euh... pfff... non pas spécialement j'ai pas... j'ai pas l'impression de ne pas avoir toutes les infos. Peut-être que je me trompe, sûrement même [rires]. Mais j'ai pas l'impression qu'il me manque des informations essentielles en tout cas." (P03)

Notion d'urgence ressentie pour la prise de la CU :

"parce que je sais que c'est en cas de d'urgence tout ça. Mais si demain on m'demande oh ça fait tant de temps, est ce qu'il faut que j'la prenne ? je suis incapable de dire... J'irai voir sur internet." (P04)

"Ouais c'est ça, mais je sais que à l'époque elle m'a dit que j'ai bien fait d'y aller tout de suite" (P07)

"Bah je pense que... dans le contexte euh où c'est plus... une urgence et que souvent..., c'est pas compliqué de joindre un médecin mais on sait que... bah ils... ils sont tous très occupés, je pense que je serai directement à la pharmacie pour avoir des renseignements." (P08)

"et ... et pas attendre une semaine, de la prendre directement dès que je peux." (P09)

2. Perceptions de situations nécessitant la prise de CU

Les patientes identifient deux grandes situations qui justifient l'utilisation d'une CU. La première, la plus fréquemment citée (mais patientes sous CO dans l'échantillonnage de l'étude), est l'oubli de la pilule, surtout lorsqu'il est associé à un rapport sexuel non protégé. Pour certaines, cet oubli peut concerner un ou plusieurs comprimés, et constitue immédiatement un signal d'alerte.

La deuxième situation est l'absence totale de contraception au moment d'un rapport sexuel. Ce cas est décrit parfois comme un accident, parfois comme un choix ponctuel ou une négligence, mais dans tous les cas il renforce le recours à la CU comme solution de rattrapage. Enfin, la rupture du préservatif chez les patientes sans CO est aussi mentionnée comme une indication claire. Elle est perçue comme un événement imprévu, générant une inquiétude immédiate qui pousse les patientes à rechercher une solution rapide. Globalement, la CU est perçue comme une « roue de secours », à activer face à l'imprévu, à l'erreur ou à l'accident.

Oubli de CO associé à un rapport sexuel non protégé :

"Ou rapport et oubli de contraception..., enfin s'il y a eu un rapport non protégé et oubli de contraception." (P02)

"Bah j'dirai que... si la personne elle a oublié de prendre sa pilule et qu'elle a eu un rapport..." (P11)

CU vue comme une solution aux oublis de CO :

"bah ça permet aux femmes de... de pouvoir... de pas stresser en fait si il y a un oubli de pilule, d'avoir quelque chose d'urgence en cas de doute [...] en cas d'oubli de pilule, elle a la possibilité de, bah de, d'avoir une solution" (P01)

"la pilule du lendemain, et bah c'est si t'as pas eu de ... enfin si t'as pas de contraception ou si t'as oublié ta contraception [...] tu peux avoir recours à la pilule du lendemain [...] pour éviter de tomber enceinte" (P02)

"Je lui dirais que si elle a oublié sa pilule, et que si elle en a besoin et bah il faut aller à la pharmacie pour en acheter une" (P05)

"Bah pour moi c'est une pi... Enfin, c'est ce qui va permettre de euh... d'arrêter le processus qui aurait pu s'entamer au vu que l'oubli" (P10)

Pas de CO avec un rapport sexuel non protégé :

"quand on se rend compte qu'on a eu un rapport non protégé et que on voudrait se protéger d'une potentielle grossesse" (P03)

"Mais c'est pas exemple quelqu'un qui n'a pas de moyens de contraception, qui a eu un rapport non protégé... la prendre bah par exemple le lendemain" (P04)

"si c'est une jeune fille, et si elle me le dit... qu'elle a qu'elle a oublié sa pilule ou qu'elle ne prend pas de pilule et que... il s'est passé quoi que ce soit avec son copain et..., elle ne veut pas être enceinte donc elle a peur je dis bah qu'elle peut aller à la pharmacie euh... et la pharmacienne lui donnera ce qu'il faudra" (P05)

Rupture de préservatifs :

"quand j'ai commencé à faire ma première fois, euh... on était protégés. Donc euh une capote... et en fait euh à ce moment-là y'a un moment où elle a craquée. Du coup euh on a arrêté... Et euh, moi comme c'est ma première fois, je suis.... Enfin déjà je suis une personne très stressée. Donc en plus euh si je tombe enceinte alors là non... Je serais encore plus stressée, donc je me suis dit, je vais directement à la pharmacie et je vais voir euh... Enfin je vais demander la pilule du lendemain, pour vraiment être protégée... Et... Au cas où... donc... Mais sinon après euh on a toujours fait attention" (P09)

"ou même un préservatif qui est fracturé ou quelque chose comme ça, ça nous assure qu'il y a quelque chose qu'on peut faire derrière" (P07)

3. Informations reçues et souhait d'informations sur les différents aspects de la CU

3.1. Délais, efficacité et fréquence d'utilisation

Les délais de recours à la CU ne sont que partiellement connus. Certaines patientes évoquent la règle des « 72 heures », mais beaucoup d'autres patientes hésitent sur la durée réelle d'efficacité. Certaines évoquent 24h, d'autres 48h, 5 jours ou une semaine, illustrant une confusion persistante. Cette méconnaissance crée de l'incertitude sur le degré de protection et sur l'urgence à agir avec une variabilité inter-patiente. Les patientes s'interrogent sur la fréquence d'utilisation de la CU, s'il est possible de l'utiliser plusieurs fois par exemple. L'efficacité de la CU en fonction des délais est pour le coup beaucoup moins connue, et plusieurs patientes expriment leur surprise à l'évocation de la diminution de l'efficacité en fonction du temps. Les patientes expriment être principalement intéressées pour l'abord des délais et de l'efficacité lors de la prévention en médecine générale, il s'agit du premier aspect qu'elle aimerait savoir : son utilité pour prévenir les grossesses non désirées et sa prise avec délai et efficacité.

Souhait d'information sur les délais et fréquence d'utilisation / méconnaissance sur les délais :

"tu peux avoir recours à la pilule du lendemain mais... qui doit être prise dans les 24heures... 48 heures ? [...] de ce qu'on dise c'est pas une contraception à prendre toutes les semaines par exemple, faudra qu'on sache un peu la... la fréquence avec laquelle on peut l'utiliser si besoin" (P02)

"il me semble que c'est 5 jours, mais c'est vrai qu'une confirmation ça peut être euh, bien" (P03)

"la prendre bah par exemple le lendemain ou 48h... 24h ou 48h pour pouvoir la prendre... [...] combien de temps après. Parce que bon après... Si... On se doute que c'est pas 3 semaines après... Enfin... donc ouais. Les délais [...] est ce que c'est quelque chose qui s'utilise euh... couramment, ou pas souvent... Enfin, comment vraiment en fait sur l'utilisation... Et euh... est ce que... enfin il faut la prendre plusieurs fois ou est ce qu'il faut la prendre qu'une fois. Mais est-ce que il faut la prendre plusieurs fois... Enfin... vraiment sur tout ça..." (P04)

"Moi je pense qu'il faut pas dépasser une semaine... Enfin je pense euh... j'ai aucune euh..." (P05)

"Comme ça euh. Moi j'suis sur 3 jours mais je suis pas sûre du tout." (P06)

"je me rappelle plus trop... Mais j'crois que c'est 24h après... Oui j'crois un truc comme ça." (P07)

"Pour moi c'est que dans les 72 heures, je crois ? Ah si, oui, ça je le sais par contre [rires]" (P10)

"Euh... bah le lendemain, du coup euh, elle va devoir aller prendre la pilule du lendemain" (P11)

Souhait d'information sur l'efficacité :

"Mmmhh... Peut-être la... euh la fiabilité... Si c'est vraiment fiable à 100%" (P09)

3.2. Effets indésirables

Les patientes expriment un besoin d'information plus précis concernant les conséquences immédiates de la prise de la CU. La majorité des patientes s'interrogent sur les effets secondaires potentiels, le dérèglement du cycle avec la survenue de saignements ou au contraire le retard des règles. Le constat de ces symptômes et l'absence d'informations anticipées alimente parfois l'anxiété lors de l'expérience et les patientes aimeraient savoir en amont le déroulé habituel pour savoir quand s'inquiéter par rapport à une complication potentielle. D'une manière générale certaines patientes sont désireuses d'avoir des informations sur les effets secondaires de la CO également au même titre que la CU, si ce n'est plus car elles sont sûre de la prendre.

Souhait d'information sur les effets indésirables :

"Bah que mmh... bah déjà comment expliquer euh..., qu'est-ce que c'est... exactement la pilule du lendemain, quels sont les risques" (P05)

"Mmh... Bah s'il y a des... des effets secondaires possibles." (P11)

Souhait d'information des EI sur la CU mais sur la CO également :

"moi avec mon expérience peut-être nous parler des vraiment des risques qui peux y avoir avec euh vraiment de la pilule" (P05)

Déroulé normal et savoir quand consulter par rapport à une complication potentielle :

"quand on prend ce genre de médicaments c'est important de dire s'il y a des choses importantes ou de faire attention à certaines choses, voilà que ce soit... c'est pas on l'prends ou on l'prends pas et puis c'est sans conséquences en fait. Parfois bah voilà, on peut se sentir mal, des maux de ventre, on peut peut-être enfin je sais pas..., mais voilà, s'il y a des petites choses qui se passent qui sont normales ou pas... c'est bien de savoir pour se rassurer que le déroulé se fasse naturellement" (P01)

"Bah plutôt euh comment ça se déroule après. Et... on m'en avait parlé un petit peu de... une fois qu'on la prend, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que ça nous fait entre guillemets euh voilà." (P08)

3.3. Mécanisme d'action

Beaucoup de patientes expriment le souhait de comprendre de manière simple et claire le fonctionnement physiologique de la CU dans leur corps. Le manque d'explications nourrit des représentations floues et parfois erronées. Elles n'expriment pas ce besoin en premier lieu mais se montrent curieuse et désireuse de comprendre.

Souhait d'information sur le mécanisme d'action :

"je pense que ça m'aurait intéressé oui effectivement de savoir euh qu'est-ce qui se passe dans mon corps" (P03)

"Bah, sur tout ça par exemple... le fonctionnement euh comme je vous disais sur la pilule du lendemain, quel est l'impact sur le corps... Tout ça... En fait, on nous donne l'info, on dit OK, mais on va pas plus détailler quoi [...] pour le savoir déjà une première fois, sur vraiment le fonctionnement de..., parce que dire qu'on peut prendre la pilule, oui, du lendemain, mais après savoir vraiment le fonctionnement de ce que ça fait et cetera peut être plus détaillé oui" (P10)

3.4. Conduite à tenir post CU

Certaines patientes se questionnent aussi sur ce qu'il convient de faire après avoir pris la CU. Des questions autour des modalités de la poursuite de leur contraception habituelle, d'un questionnement sur la nécessité de rapports sexuels protégés et combien de temps, de la réalisation d'un test de grossesse et sous quels délais, etc... Ces incertitudes renforcent le besoin d'un accompagnement médical ou d'une information claire. Mais les patientes n'expriment que peu le souhait d'une information détaillée en médecine générale et se projette plus dans ces interrogations-là au moment de la prise de la CU en pharmacie.

Souhait de connaître la conduite à tenir post CU :

"Et comment ça marche, est ce qu'il faut se protéger derrière ? Plus dans le côté pratico pratique. Ouais voilà c'est ça." (P04)

"Euh sur le après : sur le suivi qu'il y a à faire [...] honnêtement c'est la question que mon amie m'a posée à l'époque et j'ai pas su répondre... [rires]" (P12)

3.5. Différentes méthodes de CU

Pour la plupart, la CU se résume à la pilule du lendemain. Peu de patientes connaissent l'existence d'alternatives comme le DIU au cuivre et aucune des patientes ne connaît l'existence de plusieurs CU per os. Cette méconnaissance limite leur vision des options disponibles et contribue à l'idée que la CU est une solution unique et homogène. Cependant certaines patientes sous CO expriment une réticence au recours au DIU en CO mais ces réticences sont les mêmes que pour la CU.

Souhait de connaître les différentes méthodes de CU :

"[En parlant du DIU au cuivre] Alors euh... en contraception classique, oui, mais pas en contraception d'urgence. [...] Si ça aurait pu être intéressant d'avoir les informations effectivement" (P03)

"Par exemple je savais même pas qu'il y en avait plusieurs enfin... Oui de faire au moins au début un petit bilan sur ce que c'est, qu'il y en a plusieurs, à quoi elle sert, comment l'utiliser... enfin... voilà." (P04)

Patientes sous CO peu intéressées par DIU même en CU :

"Oui pareil j'en avait entendu parler, mais euh... depuis le début, le fait que je sois sous pilule..., c'est vrai que tout ce qui est stérilet, [...] c'est vrai que le fait que j'en ai jamais eu recours... Je me suis jamais vraiment dit... A quoi ça sert, comment on l'utilise ? [rires]" (P04)

3.6. Accès et remboursement

Pour les patientes, l'essentiel est de pouvoir accéder facilement à la CU, notamment en pharmacie et sans ordonnance. Cette accessibilité immédiate constitue un repère rassurant dans une situation souvent source d'angoisse.

En revanche, la question du remboursement apparaît secondaire. Face au risque d'une grossesse non désirée, le prix n'est généralement pas un frein, même si certaines soulignent que la gratuité ou le remboursement pourraient avoir davantage d'importance à un âge plus jeune. Pour les adultes, il s'agit plutôt d'une information de curiosité que d'un véritable enjeu.

La gratuité notamment chez les mineures est perçue comme un dispositif positif, facilitant un accès rapide et autonome. Dans l'ensemble, ce qui prime reste donc la certitude de pouvoir se procurer la CU facilement, la question du coût apparaissant en arrière-plan dans la décision de la prendre.

Souhait d'information sur l'accessibilité :

"Et comment se la procurer surtout" (P02)

Intérêt secondaire pour le remboursement ou la gratuité de la CU car non déterminant dans la décision de prise de CU :

"Euh... Pas spécialement le remboursement euh... j'avoue pas spécialement. Après, je pense que ça dépend aussi de mon âge. J'aurais été une jeune femme de 15 ans, peut-être que oui. Là à 27 ans, ça va" (P03)

"Euh... je pense que sur le moment non, parce que si on la prend c'est que, bah on veut pas... risquer que ça aille plus loin... [...] Par curiosité... Si. Est-ce que... elle est remboursée ou est-ce que il faut la payer, par curiosité par exemple." (P04)

"Oui après comme j'ai pas vu de médecin traitant, voilà moi j'ai payé et je ne suis pas soucieux du prix" (P06)

Gratuité / remboursement / prescription :

"Et donc on nous avait dit si un jour vous en avez besoin..., n'oubliez pas d'aller à la pharmacie, c'est gratuit pour vous. Et euh.... Vous n'avez pas besoin d'un adulte." (P05)

"Au Portugal, c'était pas remboursé. Là j'ai payé la totalité, là je me rappelle plus de combien j'ai payé" (P07)

"Et euh... après je sais que on... bah, je sais pas si on peut se la procurer sur ordonnance ou si.... Ah non non, je crois, on va à la pharmacie directement..." (P11)

4. Sources d'informations sur la CU

4.1. Sources et ressources d'information : accès initial à l'information (vécu)

4.1.1. Cercle éducatif

Le premier contact avec l'information sur la CU se fait souvent dans le cadre scolaire, à travers les cours d'éducation sexuelle dispensés au collège ou au lycée. Plusieurs participantes évoquent avoir entendu parler de la pilule du lendemain lors d'interventions collectives, parfois dans un contexte particulier, comme la survenue d'une grossesse non désirée dans l'établissement. Ces séances abordaient de manière globale les différents moyens de contraception, y compris la CU, ainsi que les modalités pratiques pour s'en procurer, notamment la gratuité pour les mineures.

Cependant, l'expérience reste variable : certaines rapportent des cours réguliers et informatifs, d'autres au contraire soulignent l'absence ou l'insuffisance d'enseignement, avec des chapitres parfois "sautés" dans le programme. Les patientes décrivent une temporalité vécue comme différente selon les élèves : un même âge peut correspondre à des stades très différents de l'entrée dans la vie sexuelle, ce qui influence la réception et l'appropriation des messages au degré de maturité sur la sexualité.

De manière générale, l'éducation sexuelle est perçue comme un socle essentiel pour connaître l'existence de la CU, mais plusieurs participantes expriment le besoin d'un espace individuel, complémentaire aux séances collectives. Selon elles, certains jeunes n'osent pas poser de questions en groupe et pourraient bénéficier d'entretiens personnalisés avec une infirmière scolaire ou un professionnel dédié.

Cercle éducatif :

"Bah je pense au début euh... plus en cours... Ouais et euh. Parce que moi, ça ne viendrait pas à l'idée de parler de ça à mon médecin... si j'ai jamais été informée de quoi que ce soit avant [...] Euh non, moi, je suis... J'ai été dans des classes où à chaque fois le programme sur cette partie-là, il sautait, du coup, j'ai pas vraiment eu de cours sur ça..." (P11)

"puisque généralement les consultations avec les médecins, les gynécos, quand on est ados, enfin on y va avec nos parents... C'est... Je pense que le terrain est pas forcément favorable pour euh... Enfin pour initier ce genre de discussions, alors que bah au collège, au lycée, même s'il y a les copains, malgré tout on écoute ce qu'on a envie d'écouter donc euh... Je pense que c'est un peu plus euh... un peu plus facile, on va dire" (P12)

Education sexuelle au sens large dans le cercle scolaire :

"Bah, pfff... Un peu comme à chaque fois, que les rapports il fallait bien être protégé, que c'est pas seulement pour les enfants, que c'était pour tout ce qui était maladies tout ça. Et que bah à du coup à ce moment-là oui, il existait la pilule du lendemain euh, en cas de rapports non protégés. Donc euh... il fallait bien se rendre en pharmacie euh... pour la demander euh... pour la prendre le lendemain" (P04)

"J'étais très jeune... Euh... on m'en a parlé au collège, ouais. On nous en avait parlé au collège [...] Et euh... Ben en fait il y avait une fille qui était enceinte dans notre collège... Donc on avait eu un cours d'éducation sexuelle un peu d'urgence. Parce que la directrice a trouvé ça grave c'était se passait. Et donc on nous avait dit si un jour vous en avez besoin..., n'oubliez pas d'aller à la pharmacie, c'est gratuit pour vous. Et euh.... Vous n'avez pas besoin d'un adulte." (P05)

"Euh... Et euh oui, on avait eu des cours euh je sais plus trop, je crois que c'était au collège. On avait eu des cours d'éducation sexuelle, où ils nous présentaient, bah les différents types de contraception... Après je sais pas si ça se fait encore, mais je sais que... qu'on avait eu ça." (P10)

Temporalité différente en fonction des élèves : un même âge mais à différents stades de vie sexuelle :

"Plutôt fin collège. [...] C'était... lors d'un cours, euh... une intervention. [...] j'étais petite à ce moment-là. Du coup je me suis dit enfin... je me disais que j'en avais pas à besoin maintenant... [...] y a peut-être 2 ans, quand on était.... En cours aussi, en PSE, on a parlé de..., pareil, on leur a parlé de la contraception, de la pilule du lendemain, ... [...] Euh... j'étais pas encore en pilule il me semble, mais c'était un peu plus approfondi on va dire..." (P09)

"ça devait au collège dans les cours de prévention, je pense. [...] ça pourrait être utile, en soit, que ce soit à moi ou à des amis proches, ou de la famille que euh... ça pouvait être bien de savoir qu'il y avait ce moyen-là qui existait" (P12)

Souhait d'un espace individuel pour l'éducation sexuelle dans les collèges :

"je sais pas comment c'est présenté encore, dans les collèges tout ça [...] C'est bien aussi peut-être d'avoir des espaces pas que collectifs... Parce que je sais qu'il y en a à mon avis qui... Qui osent pas demander les questions quand il y a des présentations en groupe... Mais je pense ça peut être pas mal d'avoir des présentations un peu individuelles aussi peut être... Ou un lieu où ils peuvent se renseigner tout ça... alors après je sais qu'il y a des infirmières aussi au collège qui des fois sont là pour ça, mais euh... A voir... Euh sous quelle forme je sais pas mais... Je pense qu'y a pas mal de jeunes, à mon avis qui des fois, en groupe, n'osent pas trop...[...] Euh Ben..., un lieu enfin... Je sais pas, au collège si par exemple... un endroit enfin, si par exemple ce jour-là, je sais pas une... Consult dédiée euh... où ils peuvent poser des questions... Après, ils vont y aller, ils vont... Alors je sais pas trop comment ils fonctionnent dans leur tête mais..." (P10)

4.1.2. Professionnels de santé

Au-delà du cadre scolaire, d'autres sources jouent un rôle important. Les professionnels de santé – médecins traitants, gynécologues, sage-femmes, pharmaciens, ou encore centres de planification familiale – apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés, capables d'apporter une information claire et détaillée. Les patientes rapportent que cette information, si elle est délivrée l'est quasiment uniquement à l'introduction de la contraception avec l'explication des différentes méthodes contraceptives existantes. Les patientes décrivent ce moment comme complet et exhaustif, et s'il est parfois vécu comme brutal, il est également vécu comme informatif pour leur autonomisation et la possibilité de se projeter en cas de situations à risque. Cependant beaucoup de patientes rapportent et ressentent un silence médical sur ce point, surtout passé ce premier contact avec la contraception.

Professionnels de santé (Pharmacie, MG, SF, gynéco, CPEF, IDE scolaire) :

"Je sais que pareil euh...sur [nom de ville] il y avait un... un centre... Je sais plus comment ça s'appelle. Donc ça on nous le rabâchait souvent que... [Un centre de planning familial ?] Ouais c'est ça. Qu'on pouvait y aller, que... qu'il y avait pas de soucis... que... enfin voilà. Et puis vraiment après il y aurait le médecin traitant en extrême acc... s'il y a avait eu un souci euh... où... où j'aurais pu me renseigner." (P04)

"C'était ma gynécologue à l'époque. Ouais. C'était à l'époque, quand elle a su que j'ai eu mes premières relations sexuelles, elle parlé de ça, elle m'a dit [prénom], y a ça, elle m'a expliqué tout. Elle m'a dit... Elle m'a expliqué tout, elle m'a parlé de la pilule d'abord. Déjà, j'l'avais déjà parlé de ça et après elle m'a parlé de ça [...] très honnêtement par rapport au contraception d'urgence, par rapport à tout le reste, elle m'a tout bien expliqué" (P07)

"Euh si... par une sage-femme [...] alors bah elle m'a dit qu'elle existait, elle m'a dit que euh... Euh comment fallait la prendre. Et à quel moment. Et après euh, bah suite à ça, on a aussi parlé des pilules enfin de certaines pilules...[...] Euh c'était déjà BIEN approfondi. Elle m'a vraiment tout expliqué et j'avais pas de... j'avais plus de questions" (P09)

"alors après je sais qu'il y a des infirmières aussi au collège qui des fois sont là pour ça [...] Après j'avoue, je sais pas trop, parce qu'après il y a aussi les plannings familiaux de toute façon donc... euh. Ouais, après je sais pas trop... Après il faut y aller..." (P10)

"Non, si j'ai une question à propos de ça euh..., ce serait plus vers mon médecin ou... Enfin quelqu'un qui... Quelqu'un qui s'y connaît dedans." (P11)

"je pense ceux qui peuvent les dispenser... Le pharmacien dans un premier temps. Et après si j'avais pas eu les réponses à mes questions, soit la gynéco, soit après le médecin traitant" (P12)

4.1.3. Cercle familial – repère maternel

Le cercle familial, et en particulier la mère, apparaît comme une source d'information fréquemment évoquée dans la découverte de la CU. Ces patientes décrivent une discussion adaptée à leur âge autour de la sexualité protégée avec leurs parents, avec l'explication des différentes manières de se protéger, de la contraception et de l'existence de la CU. Pour beaucoup de patientes, leur mère représente la première personne à qui se confier ou demander conseil, notamment à l'adolescence, lorsque les autres sources d'informations sont moins accessibles. Cette proximité rassure les patientes, tout en ancrant l'idée que la CU fait partie des solutions possibles en cas de besoin. Certaines patientes se projettent avec leurs enfants encore trop jeunes aujourd'hui, en s'imaginant leur expliquer ces notions dont la CU, afin d'éviter le recours à des ressources moins fiables de leur part.

Toutefois, si la mère occupe une place centrale, d'autres figures du cercle familial ou intime peuvent intervenir ponctuellement. Ainsi, pour l'une des patientes, c'est son conjoint qui lui a parlé de

la CU, au moment d'un oubli de pilule. Dans ces moments marqués par le stress et la crainte d'une grossesse non désirée, le partenaire, moins pris dans l'angoisse immédiate, peut mobiliser plus facilement ses connaissances et rappeler cette possibilité, soulignant l'importance que l'information circule aussi bien auprès des jeunes femmes que des jeunes hommes.

Cercle familial – repère maternel :

"Bah j'aurais demandé à mes parents je pense... à ma mère. Surtout que, ... enfin, si je me projette... si je me remets à 25 ans en arrière on avait pas les moyens de communications qu'on a aujourd'hui non plus donc je pense pas que... Ma mère, la pharmacie aussi je pense... et puis le médecin." (P02)

"Oh, je pense que c'est par ma maman" (P06)

"Bah c'était euh... au moment de l'oubli de ma pilule, en fait... c'est mon conjoint qui m'a parlé." (P10)

"Euh je pense que c'est ma mère... Quand on parlait de moyen de contraception tout ça euh..., bah, elle faisait le tour un peu de tout ce qui avait et... elle a aussi évoqué la pilule du lendemain... [...] J pense... J'avais 16 ans ?" (P11)

4.1.4. Cercle amical

Les échanges avec les amies constituent également une source courante d'information, souvent à travers des expériences personnelles partagées. Ces discussions permettent d'aborder la CU sans tabou, mais l'information transmise reste parfois incomplète ou imprécise. Elles favorisent surtout une prise de conscience de l'existence de cette option, même si les patientes ressentent souvent la nécessité de vérifier ensuite auprès de sources plus fiables.

Cercle amical

"Ouais peut être entre amies les copines, oui c'est possible ouais [...] Bah en fait c'était euh... c'était pas des infos fiables, enfin c'était des discussions entre copines mais il y avait rien de euh... Enfin il y avait un peu de mythe là-dedans [rires] Ça ouvrait le dialogue mais ça répondait pas aux questions... Oui, non ça répondait pas aux questions" (P01)

"Moi avec mes copines oui. Parce que d'jà fait... avec par exemple des copines qui ont dû la prendre" (P04)

"Euh... Ouais une amie. [...] Elle avait eu bah des rapports non protégés, et du coup elle a opté pour la pilule du lendemain en tant que moyen de contraception d'urgence [...] C'est plus, c'est venu au cours d'une discussion. Elle a dit euh ouais, je vais prendre la pilule du lendemain, voilà." (P08)

"Euh non, bah c'est parce que bah j'ai des copines du coup qui prennent la pilule, et... parfois elles parlent de... d'avoir peur de l'oublier tout ça et du coup on en avait parlé de la pilule du lendemain." (P11)

4.1.5. Personnelle : Numérique / documentation

Certaines participantes mentionnent aussi des recherches personnelles via Internet ou des supports documentaires, mais ces démarches interviennent plutôt dans un second temps, pour compléter ou vérifier les informations déjà reçues.

Source d'information par soi – même :

"Euh... alors je pense pas qu'on en ait déjà parlé..., c'est quelque chose que j'ai connu euh... plutôt par moi-même..., avec Internet, etc. Euh... mais j'ai pas le souvenir que ce soit un médecin qui m'en ait parlé étant donné que j'en ai jamais eu besoin euh... [...] Ouais c'est plutôt Internet. Même dans mon entourage, j'ai pas eu spécialement de copines qui ont eu besoin de l'utiliser, donc oui, je dirais plus Internet. » (P03)

"Bah là par exemple le truc bête mais quand j'ai fait le changement... Enfin c'est... Du coup j'ai appelé parce qu'il y a un numéro je sais pour la contraception... le 0800 enfin je sais plus le truc hein mais. Et donc euh ce que j'ai fait c'est que je les ai contactés" (P10)

4.2. Besoin de recherche d'information fiable avant utilisation CU

Au moment d'envisager l'utilisation de la CU, la recherche d'informations fiables devient une étape incontournable. Plusieurs participantes insistent sur le fait qu'elles auraient souhaité vérifier les modalités d'usage, les effets éventuels ou encore l'efficacité, afin de se rassurer avant la prise.

Besoin de recherche d'information fiable avant utilisation CU :

"Ah bah oui, oui oui j'aurais été chercher les informations ça c'est sûr, ah oui oui oui [...] donc j'aurais peut-être posé la question mais euh... j'aurais voulu des informations plus... plus fiables, oui ça c'est sûr" (P01)

4.2.1. Informations apportées par les professionnels de santé perçues comme fiables

Les professionnels de santé apparaissent comme les garants de la fiabilité de l'information. La pharmacie, le MT ou encore le gynécologue sont cités comme les premiers recours, bien avant Internet en termes de fiabilité. Leurs explications permettent de clarifier les doutes, de répondre aux questions, mais aussi de déconstruire certaines idées reçues persistantes. Les patientes apprécient la possibilité d'obtenir une réponse directe et personnalisée, cependant, en dehors du pharmacien, leur accès est limité au moment du besoin de la prise de la CU. La lecture de la notice de la pilule constitue parfois un complément au moment de la prise, pour répondre aux dernières questions, tout comme le recours au numéro vert sur la contraception.

Préférence informations apportées par les professionnels de santé perçues comme fiables :

"Bah auprès de mon médecin ou auprès du pharmacien mais pas sur..., pas sur internet. Non non non non" (P01)

"Mais même aujourd'hui par rapport à ma santé et par rapport aux choses intimes comme ça je préfère aller parler ou bien à la pharmacie ou bien avec mon MT, ou avec ma gynécologue, que de chercher des informations sur internet." (P07)

"Non vraiment plus la pharmacie ou le médecin... Ouais vraiment plus des professionnels de santé je pense." (P08)

Informations fiables comme solution aux idées reçues :

"Et les idées reçues ? [...] Ah bah oui mais du coup là le médecin il réponds à toutes les questions et ça va effacer" (P02)

"Oui aussi, pourquoi pas parce que, bah enfin... pareil c'est ce qu'on entend mais est-ce que c'est vrai, est ce que, 'fin... on sait pas au final... enfin c'est que des informations pris à la volée comme ça... Enfin..." (P04)

Lecture de la notice de la CU avant la prise :

"Ouais. Après j'ai pas eu plus de détails que ça, mais euh bon après je lis la notice quoi [rires]." (P10)

4.2.2. Internet et réseaux sociaux

Internet est souvent envisagé comme un recours facile, mais globalement perçu avec méfiance et peu fiable. Beaucoup soulignent la profusion d'informations contradictoires, parfois alarmistes ou fausses, qui peuvent renforcer les inquiétudes plutôt que les apaiser. Les participantes évoquent la nécessité d'avoir un regard critique, de croiser les sources et de vérifier la fiabilité des sites consultés. Cependant la plupart des patientes disent ne pas y avoir recours en premier lieu de part ce manque de fiabilité.

Pour certaines, seuls les sites officiels comme ameli.fr, ou les sites .gouv.fr par exemple sont jugés suffisamment fiables pour être consultés. Quelques-unes mentionnent également le rôle de ressources numériques récentes, comme l'intelligence artificielle qui est perçue comme fiable et pouvant être un premier recours à l'information, ou encore les professionnels de santé présents sur les réseaux sociaux avec un contenu à visée pédagogique.

Malgré cette prudence, Internet reste un premier réflexe de recherche pour beaucoup, avant de valider ensuite l'information auprès d'un professionnel de santé, souvent la pharmacie lors du recours à la CU.

- Internet et RS vu comme une ressource peu fiable de manière globale :

"Surtout avec maintenant... l'accès aux réseaux sociaux et internet, où je pense qu'on peut... trouver tout et n'importe quoi comme infos." (P02)

"Mais même aujourd'hui par rapport à ma santé et par rapport aux choses intimes comme ça je préfère aller parler ou bien à la pharmacie ou bien avec mon MT, ou avec ma gynécologue, que de chercher des informations sur internet. Même si je sais

qu'il y a beaucoup de choses qui sont vrai, mais j'ai eu des... Après il y a des noms qui sortent à droite à gauche, qu'on comprends rien et après on commence à faire... à se dire non c'est pas bon quand il y a rien, donc très honnêtement je cherche pas par rapport à ma santé et à ma vie sexuelle, je cherche pas sur internet." (P07)

"Bah pfff. Euh je me méfie quand-même. Parce que des fois y a des choses qui sont fausses donc... Je préfère vraiment demander à une personne qui... qui s'y connaît, et euh... Ou demander à mon entourage" (P09)

"Bah, après on peut trouver de tout sur Internet donc euh mmm... Moi je préfère euh... je préfère aller voir quelqu'un... que de me renseigner sur n'importe quoi" (P11)

Recherche sur plusieurs sites pour croiser les données et limiter les fausses informations :

"Je me serais posé des questions. Ça m'aurait... J pense que je me serai renseignée avant. Après je sais que tout ce qu'on voit sur internet euh c'est à prendre et à laisser, enfin... mais j pense que je me serais renseignée [...] ... 'fin c'est vrai qu'on a pas forcément d'infos donc souvent on va chercher sur internet où... on a une réponse différente sur chaque site [rires] donc euh... [...] Je sais pas. Je pense que j'aurais tapé ma question et... Et j'aurais cherché après partout, enfin... J'aurais pas fait un site, un lien et hop c'est bon il m'a dit ça..." (P04)

Dramatisation souvent à tort des recherches internet :

"Euh peut être pas internet, parce que Internet, je trouve que ça raconte beaucoup de conneries quand même [rires]. Euh voilà... En plus moi ils me font un peu peur parce que dès qu'on dit qu'on a un petit truc, ils nous sortent la carte cancer, ou la carte tumeur, donc euh... je ne suis pas sûr qu'avec la contraception d'urgence, ce soit la meilleure solution..." (P08)

Internet : ressource de premier recours malgré sa perception comme peu fiable :

"J pense oui [rires] que je me serais renseignée sur internet peut être pour voir... euh... qu'est-ce qu'il en disait euh..." (P05)

"Ouais je pense ouais. Et après enfin... au moment de l'acheter, si à la pharmacie tout ça, mais je pense que oui, j'aurais été faire un tour sur internet euh... me renseigner..." (P04)

- Bonne fiabilité perçue de certaines sources numériques :

Intelligence artificielle perçue comme une ressource fiable :

"Euh Chat GPT... [rires]" (P09)

Sites officiels perçus comme fiables :

"Non je pense d'abord euh... d'abord le médecin, si j'ai pas les infos, je vais chercher sur internet mais en allant sur des sites euh... des sites officiels [...] Euh... bah il doit bien y avoir un... Peut-être sur Ameli ou... un .gouv... ou enfin un site... un vrai truc quoi" (P02)

"Oh, pas du tout. Euh mais souvent c'est..., il me semble qu'il y a un site officiel sur la contraception, mais je pourrai pas vous le nommer [...] J'aurais essayé de me trouver un site qui... , a l'air plutôt fiable, en tout cas." (P03)

"Là j'avoue que je sais pas du tout. Par réflexe, j'aurais tapé pilule lendemain sur Internet, et j'aurais regardé si les sites... Enfin pas les premiers sites généralement parce que c'est de la pub, mais genre tout ce qui est en lien avec la sécurité sociale, la HAS et tout ça [...] pas doctissimo, pas Wikipédia, pas tout ça [rires]" (P12)

Réseaux sociaux : professionnels de santé avec éducation thérapeutique perçue comme fiable :

"Après je sais que sur les réseaux sociaux euh, y a beaucoup de... professionnels et autres qui parlent de leur expérience tout ça... Donc ça aussi ça peut aider certaines personnes" (P11)

4.2.3. Cercle proche

Le cercle proche peut également constituer une source de renseignements, comme le recours à leur maman dans les situations à risque qui est décrite par plusieurs patientes comme une information de confiance et fiable. Cependant les participantes relativisent la fiabilité du reste de leur entourage en général. Certaines préfèrent éviter de se baser sur les « on-dit » et privilégient l'avis médical pour éviter de réceptionner les idées reçues souvent trompeuses. Néanmoins, plusieurs femmes insistent sur l'importance d'informer leurs propres enfants de manière claire, afin d'éviter que ces derniers ne s'en remettent uniquement aux discussions entre camarades ou aux ressources numériques parfois trompeuses.

Cercle proche vu comme source d'information fiable :

"Bah j'aurais demandé à mes parents je pense... à ma mère. Surtout que, ... enfin, si je me projette... si je me remets à 25 ans en arrière on avait pas les moyens de communications qu'on a aujourd'hui non plus donc je pense pas que... Ma mère, la pharmacie aussi je pense... et puis le médecin." (P02)

"Euh je pense que c'est ma mère... Quand on parlait de moyen de contraception tout ça euh..., bah, elle faisait le tour un peu de tout ce qui avait et... elle a aussi évoqué la pilule du lendemain..." (P11)

Cercle proche vu comme source d'information peu fiable :

"Bah oui de savoir, voilà les idées reçues ou les choses vraies en fait. C'est pour ça que je demanderais peut-être pas à mon entourage, mais plutôt à des professionnels ouais. [...] Bah en fait c'était euh... c'était pas des infos fiables, enfin c'était des discussions entre copines mais il y avait rien de euh... Enfin il y avait un peu de mythe là-dedans" (P01)

4.3. Besoin de retours d'expérience avant son utilisation

Au-delà des informations théoriques, certaines participantes expriment le besoin de connaître des retours d'expérience concrets. Les forums en ligne ou les échanges entre amies sont perçus comme des moyens de mieux appréhender la réalité de l'utilisation de la CU en s'inspirant des ressentis et du vécu des patientes qui s'expriment à ce propos.

Forums :

"Oui c'est ça ouais, ouais chercher p'têtre sur des focus, s'il y a des gens qui... qui en parlaient... euh... voilà..." (P05)

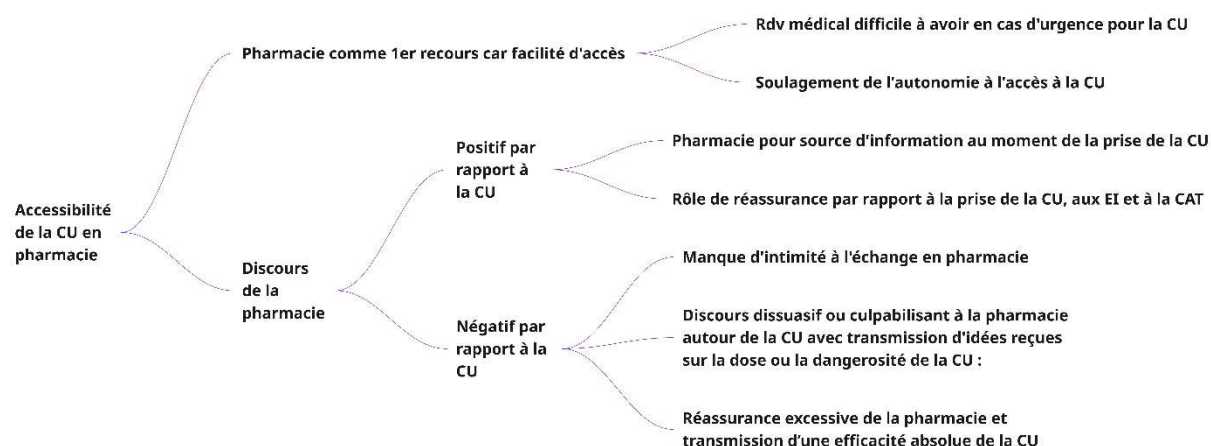
Cercle amical :

"et j'avais parlé aussi à une amie... qui était aussi euh... dans... dans un retard de règles. Du coup on était toutes les 2 en même temps, enfin on avait fait après le même truc, sauf que elle euh... bah, tout était bien euh, tout était bien fait.... Mais euh du coup euh... bah elle aussi elle avait un petit peu peur. Du coup bah, on l'avait fait en même temps ça m'avait un peu rassurée..." (P09)

Catégorie VII : Accessibilité de la CU en pharmacie

La pharmacie est identifiée par toutes les patientes comme le lieu privilégié d'accès à la CU. Pour la majorité des participantes, il s'agit du premier recours, en raison de la rapidité et de la simplicité de la démarche.

Figure 12 : Arbre de codage - Catégorie VII



1. Pharmacie comme 1er recours car facilité d'accès

La pharmacie est perçue comme l'option la plus accessible en situation d'urgence. Elle est sollicitée dès lors qu'une situation à risque est identifiée par la patiente. Le délai d'action court de la

CU et la difficulté à obtenir rapidement un rendez-vous médical renforcent ce choix. Même si certaines patientes reconnaissent l'intérêt d'un avis médical, la priorité reste l'obtention rapide du traitement, ce qui confère à la pharmacie une place centrale dans les parcours décrits. L'accès au MG est jugé moins adapté dans l'urgence, en raison des délais de consultation. Les patientes expriment un sentiment de soulagement face à la possibilité d'obtenir la CU directement en pharmacie, sans prescription préalable ni accompagnement parental, leur permettant ainsi d'agir rapidement et de façon autonome.

Pharmacie comme 1er recours car facilité d'accès :

"cette fois-ci, où je l'ai pris euh... j'ai même pas consulté le médecin, on était allé directement en pharmacie" (P06)

"mon premier truc ça a été je vais à la pharmacie et on me l'a donnée. C'était bien la situation et c'était ça que j'ai pris" (P07)

"Mais... Mais si j'en avais eu ou si euh..., ou si j'en avais eu euh... j'irai à la pharmacie. Si c'est vraiment urgent urgent, j'irai directement à la pharmacie, sinon j'essaie de prendre rendez-vous avec mon médecin" (P11)

Soulagement de l'autonomie à l'accès à la CU :

"Mais le fait qu'ils nous ont expliqué, qu'ils nous ont dit surtout si vous avez un problème de ce genre... Vous n'avez pas besoin d'adultes derrière vous... vous pouvez y aller directement à la pharm... C'est vrai que ça rassurait parce que d'en parler à un adulte ça peut euh... être vite dramatisant ouais... Donc euh... c'était bon à savoir" (P05)

"Et euh... après je sais que on... bah, je sais pas si on peut se la procurer sur ordonnance ou si.... Ah non non, je crois, on va à la pharmacie directement..." (P11)

"Faut aller... ça s'obtient sans ordonnance en pharmacie" (P12)

Rdv médical difficile à avoir en cas d'urgence pour la CU :

"Ben, je... je crois que j'aurais plus tendance à aller voir mon pharmacien pour le coup. Parce que... les médecins, que ce soit gynécologue ou médecins traitants sont pas forcément disponibles euh... assez rapidement, et la contraception d'urgence, elle est à prendre assez rapidement donc euh. J'aurais pas forcément tendance à me tourner vers eux en premier" (P03)

"Bah je pense que... dans le contexte euh où c'est plus... une urgence et que souvent..., c'est pas compliqué de joindre un médecin mais on sait que... bah ils... ils sont tous très occupés, je pense que je serai directement à la pharmacie pour avoir des renseignements" (P08)

2. Discours de la pharmacie perçu comme positif

Lors de la délivrance, certaines patientes décrivent un échange généralement perçu comme clair, détaillé et rassurant de la part du pharmacien. Il apporte des informations pratiques sur la prise, les effets attendus et les précautions à respecter, permettant aux femmes de mieux comprendre le traitement et de se sentir plus en confiance et sereine sur cette prise médicamenteuse.

Cet accompagnement est vécu comme une aide précieuse dans un moment de stress, car il apporte une réassurance quant à l'efficacité et à la sécurité de la CU. Le ton bienveillant, l'absence de jugement et la disponibilité du pharmacien renforcent ce sentiment de soutien, rendant l'expérience plus sereine.

Ainsi, au-delà de la simple délivrance, les patientes attendent du pharmacien qu'il soit une véritable source d'information et de réassurance, capable de répondre à leurs inquiétudes dans ce contexte sensible de peur d'une grossesse non désirée. Cependant, cette réassurance peut parfois s'avérer délicate à transmettre : le choix des mots employés par le pharmacien influence fortement la perception des patientes. Par exemple, l'expression « *normalement tout va bien se passer* » peut être reçue comme apaisante par certaines, mais susciter de l'inquiétude chez d'autres en raison du terme « *normalement* ». Cette ambivalence rejoint les observations issues de la triangulation des données, où la perception de cette phrase a également varié selon les points de vue.

Pharmacie pour source d'information au moment de la prise de la CU :

"si demain, elle était amenée à avoir un rapport non protégé, et bah fallait euh... bah se rendre en pharmacie pour aller voir. Mais que... j'demanderais... enfin j'irai avec elle si y avait besoin mais qu'on demanderait plus de conseils à la pharmacienne [rires]" (P04)

"j'ai juste demandé au pharmacien [...] si par hasard je pouvais sentir quelque chose, si y avait quelque chose qu'il faut que je fasse attention... [...] franchement la personne qui m'la... m'a vendue... qui m'a donné la pilule c'est vrai qu'elle m'a tout bien expliqué, j'étais même étonnée d'avoir autant de réponses [rires] alors que ça été... mais c'est vrai que elle m'a bien expliqué tout" (P07)

"je pense que je serai directement à la pharmacie pour avoir des renseignements" (P08)

"j'étais allé à la pharmacie pour justement la demander. Et il m'avait tout expliqué euh directement là-bas. [...] Et euh... au final bah on m'a tout expliqué... Vraiment euh... de A à Z et euh...du coup bah c'est simple au final..." (P09)

Rôle de réassurance par rapport à la prise de la CU, aux EI et à la CAT :

"franchement j'étais pas... j'avais pas peur. Comme le pharmacien il m'a très bien expliqué, que ma gynécologue elle m'a parlé après... Mais bon sur le moment le pharmacien il m'a très bien expliqué que très honnêtement j'ai pas eu peur." (P07)

"Euh bah comme c'était la 1re fois que je demandais ça... J'étais euh... J'appréhendais un petit peu, de savoir déjà comment il fallait que je la prenne... comment ça se passait." (P09)

"[question si elle a des freins à utiliser la CU] Non. Si j'avais été conseillée... Enfin... bien conseillée par le pharmacien, non" (P12)

3. Discours de la pharmacie perçue comme négatif par rapport à la CU

Les expériences des patientes en pharmacie ne sont pas homogènes. Certaines rapportent un manque d'intimité lors de la délivrance, générant de la gêne ou de la honte, au point que certaines préfèrent déléguer la demande en pharmacie à leur conjoint par peur du regard des autres et de leur jugement. D'autres décrivent un discours culpabilisant ou moralisateur, soulignant le caractère « nocif » de la pilule ou la nécessité de limiter son usage. Ces messages, perçus comme dissuasifs, notamment liés à la perception d'un dosage élevé de la CU, peuvent renforcer la stigmatisation et accroître le malaise au moment de la demande et de la prise ensuite.

À l'inverse, certains pharmaciens transmettent des messages de réassurance excessive, présentant la CU comme totalement efficace. Cette approche peut effectivement rassurer les patientes et les rendre plus sereines, mais elle comporte le risque d'une vigilance moindre quant à une éventuelle inefficacité du traitement. Ainsi les pharmaciens contribuent également à la transmission d'idées reçues sur la CU que ce soit en positif ou en négatif.

Manque d'intimité à l'échange en pharmacie :

"Oui, ça manque d'intimité en pharmacie. L'autre jour j'ai été à la pharmacie et la personne d'à côté demandait la pilule du lendemain... j'entendais tout ce qui s'est dit... Elle était gênée je pense... en tout cas je me sentais gênée pour elle" (P02)

"justement, c'est pour ça que je me demande si c'est pas lui qui y avait été. Par rapport à ça. La honte [...] au niveau de si quelqu'un me reconnaît ou des choses comme ça quand j'étais... enfin plus jeune on va dire... [...] je me suis dit... euh... franchement [rires] pour qui j'vais passer [...] parce que je pense que c'est pas hyper bien vu quand on... Je suis pas sûre que ça soit encore bien vu d'ailleurs" (P10)

Discours dissuasif ou culpabilisant à la pharmacie autour de la CU avec transmission d'idées reçues sur la dose ou la dangerosité de la CU :

"Du coup je suis passée chez la pharmacie, ils m'ont vendue... et ils m'ont dit aussi qu'il faut pas bon... il m'ont prévenu... Faites attention, c'est pas bon de prendre ça... c'est mieux que d'avoir une grossesse qui est pas désirée, ça c'est bon mais... faites attention parce qu'à ça c'est une bonne dose." (P07)

Réassurance excessive de la pharmacie et transmission d'une efficacité absolue de la CU :

"normalement tout va bien se passer [...] Il m'a dit par contre ça fonctionne super bien, y a aucun problème, vous pouvez être tranquille... ça m'a rassurée et pff... et c'est tout. Très honnêtement j'étais pas inquiète." (P07)

Catégorie VIII : Représentations et émotions autour de la CU : idées reçues

Figure 13 : Arbre de codage - Catégorie VIII



La CU est entourée de plusieurs idées reçues qu'elles soient vraies ou fausses, freinant à la prise de CU ou au contraire encourageant sa prise. Certaines idées reçues sont anciennes et sont bien ancrées, se transmettant au sein de l'entourage, des générations, ou même par le cercle médical.

Idées reçues :

"Bah oui de savoir, voilà les idées reçues ou les choses vraies en fait. C'est pour ça que je demanderais peut-être pas à mon entourage, mais plutôt à des professionnels ouais [...] il y avait un peu de mythe là-dedans" (P01)

1. Représentation, vécu et émotion autour de la prise de la CU

1.1. Vigilance accrue post prise de CU et crainte d'une grossesse persistante

La majorité des patientes décrivent une vigilance particulière après la prise de la CU, traduisant une inquiétude persistante face au risque de grossesse. En effet les patientes expriment la crainte de la non-efficacité de la CU. Cette vigilance se manifeste d'une part par l'arrêt ou la protection des rapports sexuels après la prise de la CU de la part de certaines patientes souvent avec un délai incertain sur la durée nécessaire, et d'autres part par la réalisation de tests de grossesse, parfois répétés, afin de se rassurer et de confirmer l'efficacité du traitement. Le besoin de certitude prime sur la confiance dans le médicament : il s'agit moins de douter de la CU que de répondre à une angoisse immédiate.

Cette angoisse d'une grossesse non désirée motivant la prise de la CU se trouve accentuée lorsque la CU perturbe le cycle menstruel, provoquant un retard de règles ou des saignements inhabituels. Ces modifications entretiennent l'incertitude et l'angoisse de l'efficacité du traitement et poussent à multiplier les contrôles.

Le soutien d'un proche, conjoint ou amie, apparaît également comme une ressource importante pour traverser cette période d'attente, permettant de se sentir moins seule face à l'angoisse. La reprise du cycle menstruel normal est alors vécue comme un vrai soulagement, marquant la fin de la vigilance et du stress généralement.

Stress important d'une grossesse non désirée comme facteur motivationnel à la prise de la CU :

"à ce moment-là y'a un moment où elle a craquée. Du coup euh on a arrêté... Et euh, moi comme c'est ma première fois, je suis.... Enfin déjà je suis une personne très stressée. Donc en plus euh si je tombe enceinte alors là non... Je serais encore plus stressée, donc je me suis dit, je vais directement à la pharmacie et je vais voir euh... Enfin je vais demander la pilule du lendemain, pour vraiment être protégée... Et... Au cas où..." (P09)

Crainte de non-efficacité et réalisation de test de grossesse :

"Bah il y a toujours la crainte de tomber enceinte, hein ça c'est sûr. [...] j'en ai refait un, c'était négatif et les règles... voilà ont suivi et tout..." (P06)

"Mais bon après juste pour mon conscience, pour ne pas avoir des... commencer à faire des choses dans ma tête, j'ai fait un test. Je me suis fait tester, j'étais pas enceinte juste voilà. J'étais juste... inquiète de tomber enceinte" (P07)

"Oui du coup j'en avais fait un quand j'avais pris la contraception... qui était négatif [...] je me suis inquiétée et c'est là que j'ai pris euh... le test de grossesse..." (P09)

Surveillance de la reprise du cycle menstruel : crainte d'une grossesse non désirée si perturbé :

"Oui je l'ai prise et après bah euh, je crois bien que j'ai repris mon cycle normal. Comme reprendre la pilule, tout..." (P06)

"Du coup j'avais pris la pilule du lendemain, sauf qu'après j'avais un retard... Et du coup, je me suis inquiétée et c'est là que j'ai pris euh... le test de grossesse... [...] J'en ai refait deux du coup... qui étaient négatifs." (P09)

Besoin de soutien du fait de l'inquiétude d'une grossesse post CU (ami, conjoint) :

"j'avais parlé aussi à une amie... qui était aussi euh... dans... dans un retard de règles. Du coup on était toutes les 2 en même temps [...] Mais euh du coup euh... bah elle aussi elle avait un petit peu peur. Du coup bah, on l'avait fait en même temps ça m'avait un peu rassurée..." (P09)

Vigilance post CU avec arrêt ou protection des RS sur un certain temps :

"je me suis dit que même si je la prenais, peut être que ça pouvait... que les effets pouvaient venir plus tard. Donc euh... Du coup on n'a pas eu de... euh rapport entre temps. Enfin j'ai... j'ai vraiment bien attendu parce que... j'avais un petit peu peur... [rires]." (P09)

1.2. Inquiétudes sur l'après de la prise de CU : Peur des effets indésirables

La prise de la CU suscite aussi des questionnements sur ses effets indésirables. Certaines patientes rapportent avoir ressenti des douleurs abdominales, des saignements inhabituels ou des cycles perturbés. Ces expériences nourrissent la volonté de vérifier que « tout va bien », parfois par une consultation médicale organisée a posteriori.

Ce besoin de suivi illustre une tension entre l'efficacité attendue et l'incertitude ressentie : la CU est perçue comme une réponse rapide et nécessaire, mais souhaite être confirmée ensuite par une validation professionnelle.

Constatation d'EI post CU et de perturbation du cycle :

"Bah c'était pas des gros saignement non plus, c'était... long... Et j'ai eu beaucoup de douleurs au ventre au début." (P09)

Prise d'un rdv médical après la prise de CU pour refaire le point :

"le jour que je l'ai pris j'étais en vacances mais après quand j'suis arrivée, parce que j'étais alors au Portugal et moi j'habitais à [nom de ville]. Et quand j'étais arrivée à [nom de ville], j'ai pris un rdv avec elle pour parler avec elle et pour voir si tout était bien et lui dire que j'avais pris la pilule du len... la pilule d'urgence. Et bon c'est tout..." (P07)

"mais qu'après il faut aller consulter un professionnel de santé pour être sûre que euh... Bah euh y a pas eu fécondation derrière et nidation." (P12)

1.3. Honte et culpabilité à la prise de la CU

Au-delà des aspects médicaux, la CU est souvent entourée d'un sentiment de honte, en particulier au moment de la demande en pharmacie. La crainte du jugement, du regard de l'autre ou encore d'être reconnue constitue une barrière émotionnelle forte. Pour certaines, cette gêne peut même justifier le fait de déléguer l'achat au conjoint.

La prise de la CU est donc vécue comme une démarche stigmatisée, renvoyant à une image de soi perçue négativement à la fois par elle-même mais également par la société. Le passage en pharmacie pour la prise de la CU peut parfois renforcer ce sentiment de honte si le discours est moralisateur, mais également parfois l'apaiser en cas de discours rassurant et bienveillant. Une fois la pilule obtenue et consommée, plusieurs patientes expriment le besoin de « tourner la page », de ne pas s'attarder sur cet épisode et de revenir rapidement à une certaine normalité.

La gêne et la honte ressenties ne semblent cependant pas directement liées à la sexualité de la patiente, puisque la demande de pilule régulière en pharmacie ne suscite pas le même sentiment. Ces émotions semblent donc davantage liées à la prise de risque implicite, perçue négativement par la société : le fait d'avoir eu un « accident » contraceptif est alors perçu comme inadapté ou déplacé.

Honte et peur du regard des autres :

"Euh si justement, c'est pour ça que je me demande si c'est pas lui qui y avait été. Par rapport à ça. La honte. [...] Ouais, bah enfin... après c'est... c'est le côté un peu où on a honte de demander ça quoi... C'était plus ce côté-là où je me suis dit... euh... franchement [rires] pour qui j'vais passer... ?[...] au niveau de si quelqu'un me reconnaît ou des choses comme ça quand j'étais... enfin plus jeune on va dire... [...] Oui bah parce que je pense que c'est pas hyper bien vu quand on... Je suis pas sûre que ça soit encore bien vu d'ailleurs, mais..." (P10)

Souhait de ne pas s'éterniser sur la prise de CU et de passer à autre chose :

"Non non, du tout... Non non bah après, j'avais pris, et puis c'était... on était passé à autre chose et voilà." (P10)

1.4. Partage de la responsabilité de la prise de la CU avec le conjoint

Dans certains récits, le conjoint occupe une place significative. Il peut être celui qui propose la solution de la CU, celui qui se rend en pharmacie ou qui partage la réflexion avec la patiente. Ce rôle traduit une responsabilisation progressive des partenaires masculins, et montre que la CU n'est pas uniquement vécue comme une affaire individuelle.

Pour les patientes, cette implication est vécue comme un soutien émotionnel et pratique, renforçant la capacité à prendre une décision dans un moment de stress, mais également dans le partage de la responsabilité de cette décision. Le conjoint peut ainsi devenir un vecteur d'information et un relais concret dans l'accès à la CU.

Conjoint comme vecteur d'information et de décision sur la CU :

"Bah c'était euh... au moment de l'oubli de ma pilule, en fait... c'est mon conjoint qui m'a parlé. [...] après, j'avais... j'étais plus dedans vraiment, mais après je savais que ça existait. [...] ça s'est fait, bah assez de manière naturelle, en fait, c'est... Je pense j'y aurait repensé aussi, mais on en a parlé ensemble... et enfin oui, ça s'est fait une manière naturelle en fait..." (P10)

Passage à la pharmacie par le conjoint pour demander la CU :

"euh du coup euh... j'ai préféré envoyer mon mari en pharmacie..." (P06)

"je crois que c'est.... C'était moi ou mon conjoint qui a été la chercher en pharmacie mais je vous avoue je ne sais plus. Un des deux... [...] justement, c'est pour ça que je me demande si c'est pas lui qui y avait été. Par rapport à ça. La honte." (P10)

1.5. Prise de CU comme déclic vers une contraception régulière

Pour certaines femmes, la prise de la CU constitue un moment charnière dans leur parcours contraceptif. L'expérience, vécue comme stressante, a pu servir de déclencheur à une consultation médicale et à l'instauration d'une contraception régulière. C'est le cas d'une patiente qui raconte avoir eu recours à la CU suite à une rupture de préservatifs lors de son premier rapport sexuel, ce stress d'une grossesse a été pour elle un déclic pour prendre rdv afin de débiter une contraception orale régulière. La CU, bien que pensée comme solution ponctuelle, peut donc ouvrir un espace de réflexion plus large sur la prévention des grossesses non désirées. Toutefois, ce rôle de « déclic » est peu évoqué par les patientes rencontrées. Cela s'explique sans doute par le fait que cette recherche porte sur des femmes déjà utilisatrices et en renouvellement de contraception orale, limitant l'exploration de cette dimension.

Prise de CU comme déclic vers une contraception régulière :

"et donc de dire que bah dans tous les cas, c'est... p'tête placer aussi une pilule contraceptive à l'année" (P05)

"On en parlait avant... Mais j'avais pas... un réel rendez-vous, pour ça... Et suite à la pilule du lendemain j'ai euh.. J'ai été voir une Sage-femme... ça a été un peu le déclic..." (P09)

2. Représentation positive de la CU

2.1. Soulagement lié à son existence

L'existence même de la CU est perçue comme rassurante et sécurisante. Savoir qu'une solution est disponible « en cas de besoin » diminue le stress lié à la sexualité et permet d'envisager les rapports avec davantage de sérénité. Les patientes insistent sur l'importance de disposer de cette « porte de sortie », vécue comme une protection psychologique autant que médicale.

Soulagement lié à l'existence de la CU :

"Enfin non je trouve ça très bien. Heureusement que ça existe" (P01)

"ça m'a rassurée. J'me suis dit si j'avais besoin un jour, je peux..." (P05)

"Ça m'a rassurée par rapport à ma sexualité que ma gynécologue m'a parlé de ça. Parce que c'est vrai que ça rassure. J'crois que quand on a l'information on sait qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on doit faire. Ça nous rassure" (P07)

2.2. Une solution efficace pour éviter une grossesse non désirée

La CU est avant tout perçue par les patientes comme une solution de « dernier recours », utilisée lorsque les moyens habituels, comme la pilule ou le préservatif, ont été oubliés ou défaillants. Dans ces situations vécues comme critiques, son objectif central reste clair : éviter une grossesse non désirée.

Si son efficacité n'est pas toujours perçue comme absolue, elle demeure largement préférée à l'absence totale de protection. La CU est ainsi perçue comme une « solution de secours », moins idéale qu'une contraception régulière mais indispensable dans des moments de vulnérabilité. Elle permet de réduire le stress lié à la peur d'une grossesse et de retrouver un sentiment de contrôle face à un événement imprévu.

Les patientes expriment également une préférence pour un recours précoce à la CU, relevant l'importance que son efficacité est renforcée si elle est prise rapidement après le rapport à risque. Ce souci de réagir vite reflète l'importance donnée à l'anticipation des conséquences redoutées de la grossesse, et souligne l'urgence ressentie dans ces moments.

Toutefois, les représentations associées à la CU demeurent ambivalentes. Certaines femmes expriment des doutes quant à ses effets potentiels sur la santé, la percevant comme une méthode « pas forcément bonne » pour la santé. Mais cette méfiance est contre balancée par la conviction que la CU reste une alternative préférable à une grossesse non désirée. Elle apparaît alors comme la « moins pire » des solutions : pas idéale, mais nécessaire et protectrice dans des situations où les autres moyens ont échoué.

L'expression « devoir la prendre », fréquemment employée par les patientes, traduit une perception ambivalente de la CU. Celle-ci n'est pas perçue uniquement de manière positive, mais plutôt comme une solution imposée par les circonstances. La CU apparaît davantage comme une contrainte, un acte « obligé » dans une situation délicate, que comme une véritable liberté ou une opportunité de prévenir une grossesse non désirée.

Objectif central de la CU : ne pas tomber enceinte :

"quand on se rend compte qu'on a eu un rapport non protégé et que on voudrait se protéger d'une potentielle grossesse" (P03)

"qu'il y a une petite euh... qu'il y a une appréhension pardon d'être enceinte ou quoi, que c'est... le meilleur moyen de euh... de d'avoir une contraception après l'acte" (P08)

"je me disais déjà, c'est... si elle existe, c'est parce que c'est, c'est quelque chose qui peut on va dire nous sauver, pour éviter d'être euh... enfin de tomber enceinte. Du coup c'est, c'est la seule chose que j'ai pensé... du coup j'ai prise..." (P09)

Diminue le stress d'une grossesse non désirée :

"bah ça permet aux femmes de... de pouvoir... de pas stresser en fait si il y a un oubli de pilule, d'avoir quelque chose d'urgence en cas de doute [...] donc non non j'encouragerais à... bah à ce qu'elle l'utilise bah bien sûr" (P01)

"si elle me le dit... qu'elle a qu'elle a oublié sa pilule ou qu'elle ne prend pas de pilule et que... il s'est passé quoi que ce soit avec son copain et..., elle ne veut pas être enceinte donc elle a peur je dis bah qu'elle peut aller à la pharmacie euh... et la pharmacienne lui donnera ce qu'il faudra [...] vaut mieux prendre ses précautions et pas prendre de risque d'avoir un enfant surtout si c'est pas voulu... voilà" (P05)

Représentation ambivalente de la CU : entre méfiance pour la santé de la femme et utilité pour éviter les grossesses non désirées :

"Bah que voilà, en cas d'oubli de pilule, elle a la possibilité de, bah de, d'avoir une solution [...] et que... voilà, qu'il vaut mieux avoir recours à ça que euh... la CU que d'après attendre et que ça pose problème" (P01)

Nécessité ressentie de recourir à la CU : choix imposé par la situation :

"par exemple des copines qui ont dû la prendre" (P04)

"ça m'est déjà arrivé à un oubli de 3 jours où là j'étais obligée de prendre la pilule du lendemain" (P06)

2.3. Absence de frein à l'utilisation de la CU

Certaines patientes décrivent ne pas avoir de freins à avoir recours à la CU lorsque la nécessité se présente. Celles qui en ont eu besoin disent s'être rendues en pharmacie sans hésitations, motivées par l'urgence de la situation et par l'importance de se protéger.

Absence de frein à l'utilisation de la CU :

"Non pas du tout. J pense vraiment si j'en aurai eu besoin je serais partie euh... la chercher... sans vraiment réfléchir..." (P05)

"Non pas du tout. Je ne me suis pas posée de questions." (P06)

2.4. CU perçue comme médicament fiable

La CU est perçue par les patientes comme un médicament sûr et fiable parce qu'elle est délivrée en pharmacie et encadrée par un cadre médical et réglementaire avant d'être mis à disposition des patientes. Ce cadre officiel rassure et renvoie à un sentiment d'une méthode sérieuse, validée et sécurisée avec des normes, même si certaines conservent des réserves sur ses effets.

CU perçue comme médicament légitime (normes) :

"Euh bah, d'un côté, oui d'un autre non, parce que... Alors d'un côté non parce que... c'est quand même encadré... par... par des normes entre guillemets donc euh, c'est pas plus inquiétant que ça." (P08)

3. Représentation négative autour de la CU : freins à son utilisation

3.1. Méconnaissance de la CU et craintes corporelles comme source de frein à son utilisation

Chez de nombreuses patientes, l'absence d'informations claires et précises sur la CU constitue une source majeure de frein à son utilisation. Le mécanisme d'action de ce médicament et ses effets reste flou pour les patientes : certaines se demandent comment ça marche et redoutent les conséquences possibles sur leur corps, leur cycle ou leur fertilité à court ou long terme. Cette incertitude entretient un imaginaire anxiogène, où la CU apparaît comme un produit efficace mais potentiellement dangereux, ce qui peut freiner les patientes à son utilisation.

Les patientes expriment également des craintes face aux effets secondaires immédiats : douleurs abdominales, contractions, nausées ou vomissements, troubles de l'humeur, mais aussi sur l'impact de la CU sur les prochains cycles menstruels. La CU est souvent perçue comme une pilule « fortement dosée », ce qui alimente la peur d'un « choc hormonal » et de conséquences indésirables, aussi bien à court qu'à long terme.

Bien que des patientes aient entendu des informations ou idées reçues sur la CU, certaines les évaluent de manière critique, témoignant d'une vigilance quant à la fiabilité et à la pertinence de ces connaissances.

Crainte liée à la méconnaissance du fonctionnement de la CU et à son impact corporel :

"Bah peut-être parce que je connaissais pas bien donc moi ouais j'aurais eu peur [...] qu'est-ce que, comment ça marche...[...] et puis si ça avait des répercussions, sur le... la prochaine grossesse ou sur le fonctionnement de mon corps quoi" (P01)

"Après, c'est vrai que au niveau de tout ce qu'on prend déjà comme médicaments, tout ça j'avoue que euh, si je peux éviter de la prendre... Ben, j'éviterai de la prendre [rires]." (P08)

"Ça me gênerait de devoir l'utiliser... Parce que je sais pas ce que ça peut avoir comme impact sur mon corps...[...] pas forcément d'avoir un traitement en plus mais de pas savoir euh ce que je mets dans mon corps. Déjà qu'avec la pilule contraceptive, j'trouve que on prend beaucoup et ça nous dérègle beaucoup, alors je trouve que la pilule du lendemain c'est pas forcément mieux." (P08)

Crainte des effets secondaires de la CU :

"donc moi ouais j'aurais eu peur parce que le... parce que... est ce qu'il y aurait eu des effets secondaires" (P01)

"Bah sur la dose d'hormones qu'on peut ingérer en une seule prise et du coup, bah, sur les potentiels effets secondaires que ça peut avoir euh... Bah à court terme et à long terme, au final [...] Euh les nausées, vomissements, en premier, euh... Et après euh ce qui peut faire euh mal au ventre. Si ça déclenche par exemple des contractions au niveau de l'utérus ou ce genre de choses, si ça peut être douloureux" (P03)

3.2. CU perçue comme solution ponctuelle et non comme solution régulière

L'usage répété de la CU est perçu par les patientes comme particulièrement risqué. Si son efficacité ponctuelle est reconnue, la majorité associe une utilisation régulière à un danger pour la santé et la fertilité. Cette représentation contribue à limiter la CU au rôle de solution de dernier recours, jugée acceptable dans l'urgence mais inenvisageable comme méthode contraceptive régulière. Les patientes rapportent que cette vision leur a été largement transmise par les professionnels de santé, qui ne recommandent pas la CU comme méthode régulière, mais certaines en déduisent également que son usage fréquent pourrait entraîner des effets secondaires.

Plusieurs patientes évoquent par ailleurs le mésusage qu'en feraient d'autres femmes, perçu comme un substitut de contraception en l'absence de protection habituelle. Cette pratique est largement critiquée, les participantes rappelant l'importance d'une contraception adaptée et d'une protection contre les IST. Ainsi, la CU apparaît comme un outil d'appoint utile, dont la banalisation serait néanmoins perçue comme problématique. Il convient toutefois de souligner que cette étude ne s'intéresse qu'aux patientes sous CO, c'est-à-dire bénéficiant déjà d'une méthode régulière, sans explorer spécifiquement ces pratiques de recours répété.

Certaines estiment que son caractère ponctuel est essentiel pour que son usage reste socialement acceptable, limitant la honte et la culpabilité associées à la démarche. Plusieurs participantes font ainsi ressentir qu'elles associent la répétition du recours à la CU à une attitude jugée "irresponsable", tout en valorisant son usage ponctuel comme légitime et prudent. Cette dualité semble illustrer une ambivalence sociale : la CU est à la fois stigmatisée comme le signe d'un manque de vigilance et reconnue comme une démarche responsable lorsqu'elle est utilisée de manière réfléchie.

CU perçue comme solution ponctuelle et non comme solution régulière / crainte des effets répétés de la CU :

"c'est une contraception d'urgence et c'est pas quelque chose, enfin je trouve à prendre... enfin se dire enfin c'est bon de toute façon il y a la pilule du lendemain, enfin pour moi il faut une contraception et il faut une protection contre les MST. C'est 2 choses différentes et il faut les deux" (P02)

"Euh... bah je sais qu'on dit souvent que... c'est pas bon de la prendre tous les 4 matins, qu'on s'en sert pas comme un moyen de contraception. Donc euh... peut être que oui quand même... Enfin, je me serai pas dit je vais la prendre comme si c'était bah par exemple ma pilule à moi. C'est vrai que j'me serai vraiment renseignée [...] Bah à prendre avec, si on en prend vraiment euh... au quotidien, après mettons si ça avait été vraiment qu'une fois et que... ça aurait été exceptionnel, non j'aurais peut-être pas eu ces craintes-là de me dire... bon." (P04)

"C'est pas de... question de prendre de comme... Comme on entend des gens qui parlent, qui dit, ah ouais j'utilise si je prends pas de protection je vais l'utiliser... et que de base il faut bien se renseigner par rapport aux contraceptifs de pour avoir un bon contraceptif par rapport à elle-même" (P07)

"On a vu ça avec une sage-femme d'ailleurs qui était avec lui ce jour-là. Et euh c'était plus à titre préventif pour dire que justement c'était pas euh... un moyen de contraception à prendre vraiment en compte, que c'était vraiment une solution de secours." (P08)

"je sais pas en fait, vu que je connais pas trop vraiment..., enfin je me dis en fait, euh..., si ça devient enfin... Moi c'est pas le cas, mais je me dis si ça devient quelque chose d'habituel, je sais pas si ça joue sur la fertilité etc" (P10)

"Oui bah parce que je pense que c'est pas hyper bien vu quand on... Je suis pas sûre que ça soit encore bien vu d'ailleurs [...] j pense qu'en fait, il... ne faut pas que ce soit quelque chose de régulier quoi." (P10)

3.3. Représentation de la CU comme pilule fortement dosée

La CU est fréquemment assimilée à un médicament « très puissant », presque excessif, en raison de la dose hormonale supposée. Cette perception nourrit la peur d'effets secondaires importants et place la CU dans la catégorie des traitements lourds, à manier avec prudence. Certaines patientes la comparent à des médicaments administrés après une fausse couche, renforçant l'idée d'un traitement agressif et potentiellement dangereux.

Cette image négative est également alimentée par des pratiques anciennes encore présentes dans les mémoires, comme l'utilisation de plusieurs comprimés de contraception orale à visée de CU post-coïtale. Même si cette méthode n'est plus en vigueur, elle contribue à associer la CU à une surcharge hormonale.

Représentation de la CU comme pilule fortement dosée :

"comme ça on a l'impression que c'est une pilule qui est forcément dosée, donc euh, ça fait un petit peu peur [...] Euh... Bah sur la dose d'hormones qu'on peut ingérer en une seule prise et du coup" (P03)

"Bah euh mmh... il me semble que la pilule du lendemain, elle est plus dosée. Donc euh... ça a un effet..." (P05)

"et ils m'ont dit aussi qu'il faut pas bon... il m'ont prévenu... Faites attention, c'est pas bon de prendre ça... c'est mieux que d'avoir une grossesse qui est pas désirée, ça c'est bon mais... faites attention parce qu'à ça c'est une bonne dose." (P07)

Représentation de la CU comme un traitement fort à l'image d'un traitement post FCS :

"En fait je pense à une fois où j'ai eu... voilà première grossesse qui a pas abouti, on m'avait donné des médicaments pour justement... euh... que le processus il s'élimine, enfin que ça se fasse naturellement. Et en fait on m'a donné les comprimés et on m'a dit prenez ça, rentrez chez vous, tout... ça va aller, et en fait ça a pas été du tout, du tout [...] j'ai mal vécu parce que du coup j'ai été obligé de retourner à l'hôpital après, j'étais pas bien, ils m'ont mise sous morphine, ils m'ont gardé 2 jours, enfin ça s'est pas bien passé du tout. Donc du coup voilà, quand on prend ce genre de médicaments c'est important de dire s'il y a des choses importantes ou de faire attention à certaines choses, voilà que ce soit... c'est pas on l'prends ou on l'prends et puis c'est sans conséquences en fait. Parfois bah voilà, on peut se sentir mal, des maux de ventre, on peut peut-être enfin je sais pas..." (P01)

3.4. Méfiance envers la CU liée au manque de transparence perçue

Un autre frein exprimé par les patientes tient au sentiment d'un manque de transparence de la part des professionnels de santé. Certaines rapportent l'impression que toutes les informations ne leur sont pas communiquées lors de la délivrance, notamment les effets néfastes que cette contraception peut avoir. Cette « zone d'ombre » alimente une méfiance vis-à-vis du médicament, perçu comme utile mais pas totalement maîtrisé ou assumé. La confiance repose donc non seulement sur l'efficacité du produit, mais aussi sur la qualité de l'accompagnement et des explications reçues.

Méfiance envers la CU liée au manque de transparence perçue :

"des choses euh qu'on nous dit pas forcément. Des fois on nous donne des médicaments mais on nous dit pas bah voilà... enfin on n'en donne pas forcément les tenants et aboutissants de ce qu'on prend donc, moi j'aurais peut-être eu des interrogations" (P01)

3.5. Méfiance envers la CU pour son impact supposé sur la fertilité future et la santé future

La CU hérite également des représentations négatives associées à la pilule contraceptive en général. Considérée comme un produit « non naturel » et perturbant l'équilibre du corps, elle suscite des inquiétudes quant à ses effets à long terme. Plusieurs patientes redoutent une atteinte à leur fertilité future, sur des complications éventuelles sur la prochaine grossesse voire d'un risque accru de pathologies graves.

Cette peur sur une infertilité suite à la prise de la CU, bien qu'elle ne repose pas sur des données scientifiques avérées, traduit une méfiance durable et largement partagée, qui dépasse la CU elle-même pour s'inscrire dans une vision plus globale des traitements hormonaux comme potentiellement délétères. Cette idée reçue reste fortement ancrée dans les représentations des

patientes, en grande partie parce qu'elle se transmet et se renforce au fil des échanges entre elles et entre générations.

Crainte d'un effet néfaste de la CU sur une grossesse future :

"et puis si ça avait des répercussions, sur le... la prochaine grossesse" (P01)

Représentation de la CU comme dangereuse pour la fertilité future :

"Bah sur l'infertilité peut être plus tard" (P04)

"enfin je me dis en fait, euh..., si ça devient enfin... Moi c'est pas le cas, mais je me dis si ça devient quelque chose d'habituel, je sais pas si ça joue sur la fertilité etc enfin... Je ne sais pas." (P10)

"Et la pilule du lendemain, on en entend souvent parler qu'elle peut entraîner des problèmes sur la fertilité plus tard" (P10)

Représentation de la pilule (CO et CU) comme mauvaise pour la santé :

"Bah je... déjà je pense euh... d'avoir une maladie. Ouais ouais, ça m'aurait... [...] enfin beaucoup parlent que la pilule, c'est pas spécialement bon pour la santé. Donc je me suis dit peut-être que si je fais une coupure à tout moment..., ça peut chambouler mon... que ça chamboule tout, et que ça vous déclenche quelque chose de très grave derrière. Donc euh ouais j'avais peur de euh, de me déclencher peut-être même un cancer euh..., c'est peut-être des petites peurs qu'on a mais euh...." (P05)

"c'est un médicament qu'il faut pas prendre à la légère malgré tout" (P12)

CO et CU perçue comme non naturelle et perturbant le corps/ les cycles :

"Euh pas forcément d'avoir un traitement plus mais de pas savoir euh ce que je mets dans mon corps. Déjà qu'avec la pilule contraceptive, j'trouve que on prend beaucoup et ça nous dérègle beaucoup, alors je trouve que la pilule du lendemain c'est pas forcément mieux" (P08)

3.6. Représentation d'incompatibilité entre CU et CO

La CU est parfois mal comprise dans son articulation avec la CO. Certaines patientes la perçoivent comme une solution destinée uniquement aux femmes sans contraception régulière. D'autres patientes estiment que ses effets se confondent avec ceux de la CO : elles voient la CU comme une contraception classique mais avec une prise ponctuelle lors des situations à risques. Certaines patientes pensent donc ne pas être concernées par la CU du fait de la prise de leur CO

Cette incertitude se traduit par une surestimation de la protection conférée par la pilule contraceptive, y compris en cas d'oubli, et par une méconnaissance des indications réelles de la CU. Ce flou contribue à limiter son recours ou à l'associer à des contextes d'usage mal définis ou trop restreint.

Représentation d'incompatibilité entre CU et CO :

"Parce que vu que je prends la pilule j'ai pas besoin de euh... j'aurais pas besoin de recourir à la pilule du lendemain" (P02)

"Alors je sais que j'ai jamais prise non plus. Pour l'instant j'ai jamais fait... Mais c'est plus... De ce que je pense moi... c'est plus bah par exemple... Alors c'est pas sûr quelqu'un qui prends la pilule si faut la prendre ou pas..." (P04)

"Euh... bah le lendemain, du coup euh, elle va devoir aller prendre la pilule du lendemain et ça a... ça a un peu les mêmes effets que la pilule normale, non ?" (P11)

"c'est un médicament qui se prend après un rapport non protégé, quand on ne prend pas de contraception autre que le préservatif" (P12)

3.7. Représentation de la CU comme protectrice des IST

Enfin, quelques patientes associent indirectement la CU à une forme de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Cette confusion témoigne d'une méconnaissance persistante des objectifs du médicament et traduit une représentation élargie mais inexacte de son rôle. Si la CU reste avant tout perçue comme un moyen d'éviter une grossesse non désirée, certains

témoignages montrent que sa fonction est parfois mal comprise, renforçant la nécessité d'un accompagnement éducatif et d'une information claire.

Représentation de la CU comme protectrice des IST :

"pour prendre plus de précautions pour éviter de tomber enceinte ou... ou d'avoir des maladies euh... prendre la pilule du lendemain..." (P09)

"[en parlant de la CU] Non pas à ce moment là parce que j'avais pas eu de rapports depuis longtemps et j'en avais pas euh sur le moment... Du coup euh... tout ce qui est grossesse et... MST tout ça j'avais pas trop d'inquiétudes..." (P11)

3.8. Remise en question de ses idées reçues

Certaines patientes mentionnent des idées reçues sur la CU, mais les abordent avec prudence. Elles expriment un doute quant à leur véracité, sans les confirmer ni les rejeter totalement. Cette posture illustre une prise de distance, marquée par une attitude critique mais encore hésitante face aux croyances véhiculées.

Remise en question de ses idées reçues :

"[Des craintes sur la fertilité ou des choses comme ça ?] Bah non, bizarrement non." (P03)

"j'aurais eu des inquiétudes par rapport aux effets secondaires. Euh...et parce que... alors c'est peut-être pas la vérité mais hmm, comme ça on a l'impression que c'est une pilule qui est forcément dosée, donc euh, ça fait un petit peu peur" (P03)

"pareil c'est ce qu'on entend mais est-ce que c'est vrai, est ce que, 'fin... on sait pas au final... enfin c'est que des informations pris à la volée comme ça... Enfin..." (P04)

"Et la pilule du lendemain, on en entend souvent parler qu'elle peut entraîner des problèmes sur la fertilité plus tard, c'est vrai ?" (P10)

4. Projection dans le conseil à autrui autour de la CU

Les patientes, lorsqu'elles se projettent dans un rôle de conseil, retransmettent également leurs propres représentations et expériences. Certaines insistent sur l'importance de dédramatiser et de rassurer les plus jeunes, en rappelant que la CU est une solution fiable et accessible. D'autres, au contraire, soulignent la nécessité d'en rappeler le caractère ponctuel et de prévenir tout usage régulier. Ces discours reflètent la diversité des vécus : pour certaines, la CU représente avant tout une sécurité indispensable ; pour d'autres, elle demeure une solution utile mais imparfaite, dont il convient de souligner les limites.

Plusieurs participantes expriment également le souhait que leurs filles ou leurs proches puissent bénéficier d'une expérience différente, plus sereine et mieux informée que la leur. Elles évoquent le désir de transmettre une information fiable, de favoriser l'autonomie dans la gestion du risque de grossesse et d'encourager la génération suivante à être actrice de sa propre contraception.

Paradoxalement, la plupart reconnaissent l'intérêt d'aborder et d'expliquer plus systématiquement la CU, mais davantage pour les autres femmes, notamment les plus jeunes, que pour elles-mêmes. Ce positionnement reflète peut-être le souhait que ce sujet ait été davantage abordé en consultation lorsqu'elles étaient plus jeunes, même si elles ne se sentent plus directement concernées aujourd'hui ou préfèrent ne pas laisser entendre qu'elles pourraient l'être encore.

Déconstruction de la peur de l'utilisation de la CU :

"Donc voilà il faut pas qu'elle ait peur" (P01)

"franchement j'étais pas... j'avais pas peur. Comme le pharmacien il m'a très bien expliqué, que ma gynécologue elle m'a parlé après... Mais bon sur le moment le pharmacien il m'a très bien expliqué que très honnêtement j'ai pas eu peur." (P07)

Conseils projetés à autrui comme reflet des représentations personnelles :

"Bah en fait c'était euh... c'était pas des infos fiables, enfin c'était des discussions entre copines mais il y avait rien de euh... Enfin il y avait un peu de mythe là-dedans [rires]" (P01)

"c'est une contraception d'urgence et c'est pas quelque chose, enfin je trouve à prendre... enfin se dire enfin c'est bon de toute façon il y a la pilule du lendemain, enfin pour moi il faut une contraception et il faut une protection contre les MST. C'est 2 choses différentes et il faut les deux" (P02)

"Bah je lui dirais qu'il faut pas la prendre trop souvent déjà... Et qu'après c'est une question d'urgence vraiment. C'est pas de... question de prendre de comme... Comme on entend des gens qui parlent, qui dit, ah ouais j'utilise si je prends pas de protection je vais l'utiliser... et que de base il faut bien se renseigner par rapport aux contraceptifs de pour avoir un bon contraceptif par rapport à elle-même" (P07)

Transmission intergénérationnelle souhaitée vers une contraception plus éclairée et autonome :

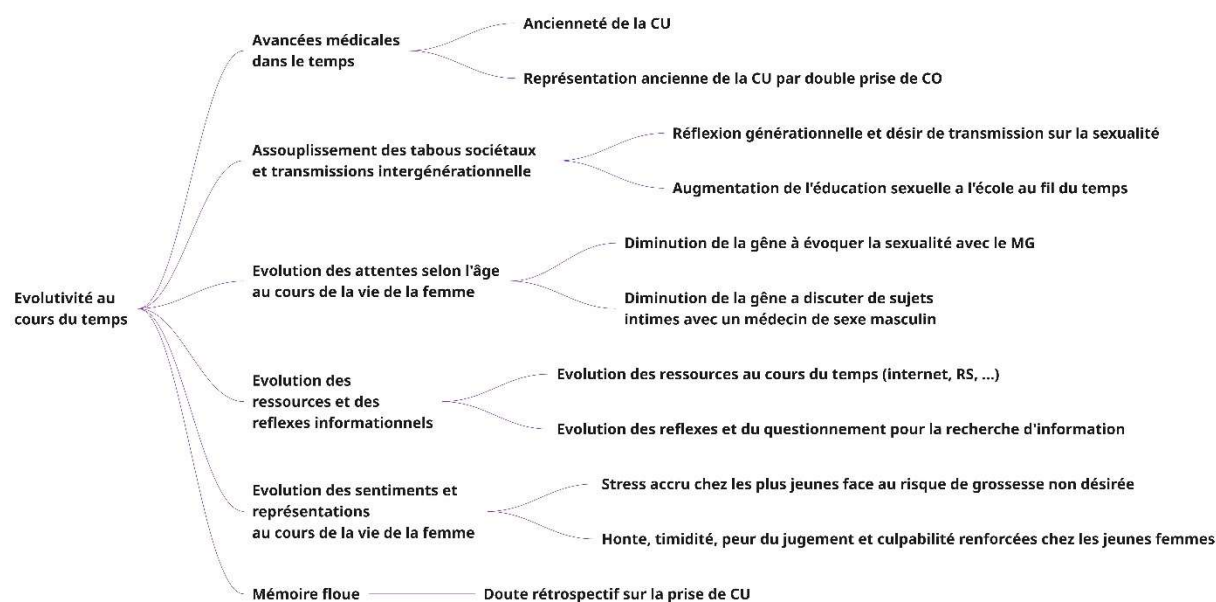
"nous nos enfants on leur explique. Un ado de 18 ans, euh voilà on lui explique voilà ce qui existe, même pour les hommes, enfin c'est important je trouve qu'il faut leur donner les informations sinon ils vont aller les chercher eux même et ce sera pas forcément les bonnes infos [...] si aujourd'hui j'avais une fille [...] je trouverais ça normal qu'on lui explique les différents types de contraceptions, les contraceptions d'urgences. Bah je trouverais ça normal et qu'elle ait le savoir en fait, qu'elle puisse décider elle-même de ce qu'elle peut faire pour la gestion des risques. Enfin je trouve ça important." (P01)

"après c'est de la communication, enfin... on va jusqu'à l'éducation aussi, enfin ça relève de comment on informe ses enfants" (P02)

"C'est vrai qu'il y a des choses que, pour moi, euh je me dis euh voilà mais j'ai pour mes filles euh, des fois c'est des questions peut-être que j'aurais pu... euh... je j'ai pas la réponse." (P06)

Catégorie IX : Evolutivité au cours du temps

Figure 14 : Arbre de codage - Catégorie IX



1. Avancées médicales dans le temps et ancienneté de la CU

Les patientes plus âgées évoquent une évolution marquée de la CU au fil des décennies. Certaines se souviennent de pratiques conseillées dans leur jeunesse, comme la prise de deux comprimés de pilule contraceptive pour prévenir une grossesse après un rapport à risque, reflétant l'évolution dans le temps de la CU, qui a une histoire relativement récente. D'autres patientes plus jeunes rapportent cette question autour de la prise de deux comprimés en même temps de façon interrogative pouvant mettre en relief la transmissions des informations intergénérationnelles pas forcément complètement à jour.

Ancienneté de la CU :

"Bon alors après dans les années 80... allez 95-2000 c'était un peu différent [rires]" (P01)

"J'en sais rien, moi ça fait hyper longtemps j'y pense... Euh... je pense que ça existait même déjà quand j'ai pris la pilule. Euh... J'ai dû la prendre... J'ai du commencer la pilule à 16 ans, oui c'était déjà en route je pense la pilule du lendemain" (P02)

Représentation ancienne de la CU par double prise de CO :

"alors après une fois il y a longtemps, on m'avait dit de prendre 2 fois la pilule, enfin de prendre 2 comprimés de ma pilule en fait si j'avais eu un retard" (P01)

"Euh... est ce que si je prends deux fois ma pilule ça... va ? Parce que je sais qu'il y en a [rires] ça leur est arrivé de faire ça. Donc euh..." (P05)

2. Assouplissement des tabous sociétaux et transmissions intergénérationnelle

Les représentations sociales de la sexualité et de la contraception ont également changé. Les patientes plus âgées rapportent qu'auparavant, la sexualité et l'accès à la contraception étaient des sujets plus tabous, souvent peu abordés au sein de la famille ou de l'école. Aujourd'hui, elles perçoivent une ouverture plus grande, favorisée par l'éducation sexuelle et un dialogue plus direct avec leurs enfants ou jeunes proches. Que ce soit à l'école ou au sein de la famille cette ouverture n'est pas encore complètement répandue d'après les patientes, notamment dans les familles ou écoles plus strictes ou conservatrices. Cette évolution suscite chez les patientes un réel souhait de transmettre aux générations suivantes des informations claires et fiables sur la contraception, y compris la CU. Même les patientes jeunes se projettent dans l'accompagnement de leurs enfants, souhaitant favoriser un dialogue ouvert, réduire les tabous et les obstacles qu'elles ont elles-mêmes rencontrés, afin de leur permettre de gérer les risques sexuels de manière plus autonome et sereine.

Assouplissement des tabous sociétaux :

"Et puis c'était peut-être un petit peu plus tabou, ma mère elle m'envoyait à la PMI, euh... enfin au planning familial pardon. Donc euh... c'était un peu euh... enfin même mes parents hein on n'a jamais vraiment discuté de ça à l'époque, alors que nous nos enfants on leur explique." (P01)

Réflexion générationnelle et désir de transmission sur la sexualité :

"encore une fois je vous donne mon ressenti avec mon recul de... de femme de 45 ans.[...] Mais moi si aujourd'hui j'avais une fille et que je devais l'emmener pour sa première contraception bah je trouverais ça normal qu'on lui explique les différents types de contraceptions, les contraceptions d'urgences. Bah je trouverais ça normal et qu'elle ait le savoir en fait, qu'elle puisse décider elle-même de ce qu'elle peut faire pour la gestion des risques. Enfin je trouve ça important" (P01)

"Oh bah oui je pense, c'est euh... bah après c'est... d'une manière générale c'est que le médecin aborde... Euh... alors du coup là je me projette avec ma fille donc qui a que 6 ans hein mais euh... [rires]. On a le temps hein [rires]" (P02)

Augmentation de l'éducation sexuelle à l'école au fil du temps :

"[vous avez le souvenir d'en avoir eu aussi ?] Euh très peu, c'était vraiment... mais maintenant ils en font, dans beaucoup..." (P02)

"Euh... Et euh oui, on avait eu des cours euh je sais plus trop, je crois que c'était au collège. On avait eu des cours d'éducation sexuelle, où ils nous présentaient, bah les différents types de contraception... Après je sais pas si ça se fait encore, mais je sais que... qu'on avait eu ça." (P10)

3. Evolution des attentes selon l'âge au cours de la vie de la femme

Les patientes soulignent que les attentes et les questionnements concernant la contraception varient au cours de leur vie. Les jeunes femmes expriment souvent un besoin plus marqué d'accompagnement et d'explications détaillées de la part des professionnels de santé, alors que les

femmes plus âgées se sentent généralement plus à l'aise et informées. L'âge influence également la posture face aux discussions avec les soignants, en particulier avec les médecins de genre masculin, la gêne diminuant progressivement avec la maturité et l'expérience. Mais en règle générale les patientes se sentent de moins en moins gênées pour aborder leur sexualité ou contraception au fur et à mesure qu'elles vieillissent, laissant la timidité et gêne à aborder ce sujet à leurs jeunes années.

Evolution des attentes selon l'âge au cours de la vie de la femme :

"Mais alors encore une fois c'est avec ma posture d'aujourd'hui. Je pense que si je me mets 25 ans en arrière, ... enfin j'arrive j'ai 15 ans ou 16 ans et je viens pour prendre la pilule pour la première fois, euh oui je voudrais ou j'aurais voulu, parce que je me souviens pas comment ça s'est passé, mais que le soignant m'explique tout ce qu'il existe... et que je sache vraiment toutes les solutions qui s'offrent à moi selon les situations" (P02)

"[en parlant de la gratuité] Après, je pense que ça dépend aussi de mon âge. J'aurais été une jeune femme de 15 ans, peut-être que oui. Là à 27 ans, ça va" (P03)

"Bah je pense qu'en fait on se pose des questions différentes, selon nos âges, [rires]. Donc déjà... Donc là les questions que je me pose maintenant, sont pas les mêmes que à l'époque. Et du coup forcément on n'a peut-être enfin... Peut-être on a des questions qui nous viennent maintenant qu'on aurait pu poser à l'époque et qu'on n'a pas pensé quoi." (P10)

Diminution de la gêne à évoquer la sexualité avec le MG :

"Je pense que à 15-16 ans on est dans une posture où on ose pas poser les questions, où on est gênés, enfin toutes ces... enfin ça relève trop de l'intime et du coup on veut pas en parler. Euh là aujourd'hui j'ai aucun souci de poser les questions... sur ces sujets-là" (P02)

Diminution de la gêne à discuter de sujets intimes avec un médecin de genre masculin :

"jeune adulte j'aurais été peut-être plus à l'aise avec une femme, plutôt qu'un homme à parler de ça. Plutôt avec une femme médecin qu'un homme médecin mais... ça c'est ma sensibilité quand j'étais plus... quand j'étais jeune femme quoi [...] j'aurais eu peur d'aller voir un homme gynécologue. Maintenant en fait peu importe, tant que mon médecin il m'écoute, il écoute ce que... enfin que ça se passe bien " (P01)

"Ouais c'est ça, je suis plus à l'aise avec une femme qu'avec un monsieur par rapport à ça. Mais par exemple mon MT il m'a déjà fait mon test parce que j'avais reçu l'année dernière la carte pour le contrôle du cancer du col de l'utérus, ... euh... c'est lui qui m'a fait l'examen. Bon ça s'améliore un peu. Mais à l'époque c'est vrai que c'était plus compliqué d'avoir un médecin qui me regardait les parties intimes qu'une dame, j'suis honnête" (P07)

4. Evolution des ressources et des réflexes informationnels

L'accès à l'information a considérablement changé avec le temps. Les patientes plus âgées évoquent l'absence d'internet et la nécessité de se renseigner directement en présentiel auprès de leur entourage ou des professionnels de santé. Cette génération de patiente explique n'avoir souvent pas eu de cours d'éducation sexuelle à l'école. Aujourd'hui, les jeunes générations disposent d'une multitude de ressources numériques (internet, IA, réseaux sociaux, ...) et sociales, modifiant leurs réflexes de recherche d'information et la nature de leurs questions. Cependant les patientes peuvent se sentir perdues devant cette multitude de ressources possibles et parfois contradictoires sans trop savoir vers quelle ressource se tourner. Cette évolution favorise une démarche plus proactive et réfléchie dans le choix et l'usage des méthodes contraceptives.

Evolution des ressources au cours du temps (internet, RS, ...) :

"A l'époque comme je suis née en 84, il y avait pas trop internet du coup on était obligé de demander l'information aux gens" (P07)

Evolution des réflexes et du questionnement pour la recherche d'information :

"Bah j'aurais demandé à mes parents je pense... à ma mère. Surtout que, ... enfin, si je me projette... si je me remets à 25 ans en arrière on avait pas les moyens de communications qu'on a aujourd'hui non plus donc je pense pas que... Ma mère, la pharmacie aussi je pense... et puis le médecin" (P02)

"Après, je pense que ça dépend aussi au niveau de l'âge aussi euh... Je pense que nos questionnement sont pas les mêmes." (P10)

5. Évolution des sentiments et représentations au cours de la vie de la femme

Les patientes rapportent que l'usage de la CU est souvent vécu avec une forte intensité émotionnelle lorsqu'elles sont jeunes, marqué par le stress lié à une grossesse non désirée, la honte ou la peur du jugement. La timidité et la culpabilité sont particulièrement présentes lors des premières expériences sexuelles et contraceptives. Avec le temps et l'expérience, elles constatent que ces sentiments s'estompent, laissant place à une plus grande aisance pour aborder ces sujets avec les professionnels de santé ou autour d'elles.

Stress accru chez les plus jeunes face au risque de grossesse non désirée :

"Et euh, moi comme c'est ma première fois, je suis.... Enfin déjà je suis une personne très stressée. Donc en plus euh si je tombe enceinte alors là non... Je serais encore plus stressée, donc je me suis dit, je vais directement à la pharmacie et je vais voir euh... Enfin je vais demander la pilule du lendemain, pour vraiment être protégée..." (P09)

"Bah parce que j'étais encore bien jeune, hein ? Donc [rires]... Enfin 22 ans, c'est pas si jeune maintenant mais... J'avais peur de tomber enceinte. Ouais, voilà, c'était plus par rapport à ça... parce que j'étais encore en étude donc forcément on se pose la question... Et puis euh... C'était tout nouveau quoi on va dire." (P10)

Honte, timidité, peur du jugement et culpabilité renforcées chez les jeunes femmes :

"que je sens qu'il y a beaucoup de jeunes, j'parle pour mes nièces, ma nièce, la grande, je sais qu'elle a peur... Elle a pas peur, elle... elle parle pas de certaines choses. Et j'crois que c'est les gens qui commencent à parler avec elle de certaines choses que ça peut aider, à ce que ça sorte les questions. [...] parce qu'il y a toujours le p'tit jeune ou la p'tite jeune qui sont timides, qui vont pas poser la question, qui vont pas regarder, qui vont pas y aller faire ça, ça et ça" (P07)

"Oui, euh, au niveau de si quelqu'un me reconnaît ou des choses comme ça quand j'étais... enfin plus jeune on va dire... [...] c'est le côté un peu où on a honte de demander ça quoi... C'était plus ce côté-là où je me suis dit... euh... franchement [rires] pour qui j'avais passer... ? Enfin c'était à l'époque enfin mais... voilà. Mais après ça a changé quand même." (P10)

"Parce que je sais qu'il y en a à mon avis qui... Qui osent pas demander les questions quand il y a des présentations en groupe... [...] Je pense qu'y a pas mal de jeunes, à mon avis qui des fois, en groupe, n'osent pas trop..." (P10)

6. Mémoire floue sur la perception rétrospective

La rétrospective sur l'usage de la CU révèle une mémoire souvent fragmentaire ou imprécise, souvent liée aux nombres d'années écoulées depuis cette prise. Les patientes admettent avoir parfois peu de souvenirs précis de leurs premières expériences contraceptives, que ce soit la prescription, l'explication du professionnel ou le ressenti associé. Certaines expriment également des doutes sur les types de pilules qu'elles ont pu utiliser dans le passé. Cette incertitude souligne à la fois la distance temporelle et le faible marquage émotionnel de certains épisodes liés à la contraception, en contraste avec les expériences plus stressantes ou marquantes qu'elles arrivent à relater.

Mémoire floue :

"J'en sais rien, franchement je sais plus, ça fait trop longtemps [...] Mais après je me souviens pas quand j'ai pris la contraception comment ça s'est passé, quand j'ai pris la pilule, c'est avec mon médecin traitant mais j'ai pas le souvenir, euh... ou peut-être même avec une gynéco... J'ai pas le souvenir d'avoir été gênée euh..." (P02)

"Oh... Pff... non bah il y a quand même pas mal d'année euh... Mais après je peux pas vous dire quand..." (P06)

"Non ça remonte à loin. Bah ouais ça fait 10 ans, donc je [rires]. Mais de mémoire on avait dû me présenter de manière globale parce que en général c'est ce qu'ils font... [...] je me dis, ma mémoire me joue des tours, parce que franchement... C'est pas des trucs qui m'ont marqué quoi... [...] Je sais plus... [rires]. Je vous avoue que je sais plus mais... ça m'a pas marqué donc je pense pas [rires]." (P10)

"Ohh... honnêtement, ça fait très longtemps, alors je m'en souviens pas du tout [rires]. [...] je pense que ça m'avait pas choqué plus que ça, sinon je mon serais souvenue." (P12)

Doute rétrospectif sur la prise de CU :

"Mais alors c'est tellement loin que je ne m'en souviendrais pas et c'est arrivé très peu" (P01)

V. Discussion

A. Résultat principal :

1. Arborescence complète simplifiée

Figure 15 : Arborescence complète simplifiée 1ère partie

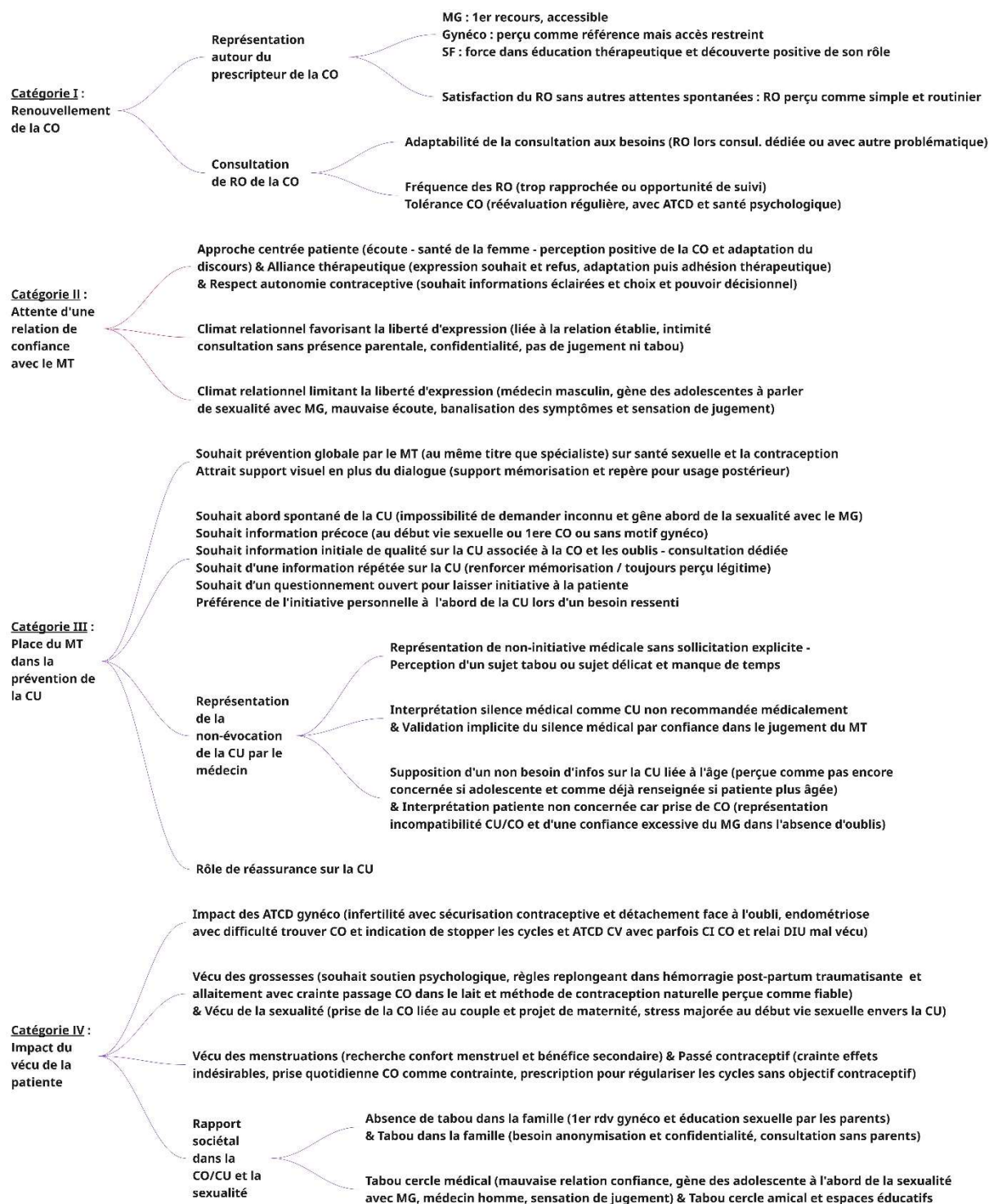


Figure 16 : Arborescence complète simplifiée 2ème partie



2. Modèle explicatif complet et explications

Un modèle explicatif (**figure 17**) a été élaboré à partir des données recueillies, visant à synthétiser l'ensemble des éléments influençant les attentes des patientes vis-à-vis de leur médecin généraliste (MG) concernant la contraception d'urgence (CU), ainsi que leurs représentations et leur vécu de celle-ci. Ce modèle s'articule autour de trois sphères interdépendantes : **la prévention et la connaissance** (sur la droite) ; **la réflexion et l'action** (sur la gauche) ; et **la temporalité** (en haut à gauche). Elles sont chacune reliées par des **attentes** (bleu), **représentations** (orange), **freins** (rouge) et **facteurs facilitateurs** (vert). Ces sphères intègrent les 9 catégories issues de l'analyse qualitative.

2.1. La sphère de la prévention et de la connaissance

Cette première sphère explore les connaissances, représentations et attentes des patientes vis-à-vis du rôle du MG et de l'information contraceptive.

La **Catégorie I** décrit le contexte du renouvellement de contraception orale (CO), perçu comme une consultation de routine centrée sur la tolérance de la contraception. Le MG est apprécié pour la relation de confiance et la continuité du suivi qu'il offre, ainsi que pour sa disponibilité et la facilité d'accès à ses consultations. Le gynécologue, perçu comme le spécialiste référent, est sollicité pour des antécédents spécifiques, mais son accessibilité limitée constitue un frein. La sage-femme, quant à elle, est valorisée pour sa compétence en éducation thérapeutique, mais son rôle reste encore méconnu en contraception. Globalement, les patientes se déclarent satisfaites du renouvellement qu'elles considèrent comme simple, sans attentes majeures supplémentaires.

La **Catégorie II** met en avant l'importance d'une relation de confiance avec le MG, fondée sur la liberté d'expression, la confidentialité et l'absence de jugement. Les patientes attendent une écoute active, une alliance thérapeutique et un accompagnement centré sur la santé des femmes, leur permettant un choix contraceptif éclairé et autonome. Cette relation peut toutefois être fragilisée en cas de banalisation ou de jugement perçu du MG ainsi qu'avec une gêne à aborder la sexualité (notamment avec un MG masculin ou en présence des parents) avec une perception parfois sensible et taboue du sujet.

La **Catégorie III** illustre les attentes des patientes vis-à-vis d'une information préventive et rassurante sur la CU. Elles souhaitent que le sujet soit abordé spontanément, précocement (soit lors des premières prescriptions de CO soit au début de la sexualité), avec douceur et ouverture, et répété dans le temps. L'information orale est privilégiée pour favoriser l'échange, mais un support papier est également souhaité pour renforcer la mémorisation et pour s'y référer plus tard en cas de besoin. Cependant, la majorité des patientes rapportent que ce sujet n'est jamais évoqué en consultation par leur MG. Ce silence est interprété de diverses façons : certaines y voient un manque d'initiative de leur part, estimant que le médecin répond avant tout à une demande explicite ; d'autres pensent que le sujet n'a pas été abordé parce qu'il était jugé inadapté à leur âge, trop précoce pour les plus jeunes, supposément déjà connu pour les plus âgées. Certaines y associent une justification médicale, considérant que la CU ne serait pas recommandée ou pas pertinente chez une femme déjà sous contraception régulière. D'autres encore évoquent des contraintes pratiques, telles que le manque de temps ou le caractère tabou de la sexualité en consultation.

La **Catégorie VI** explore le niveau de connaissance sur la CU, souvent limité. Les patientes expriment le besoin d'une information complète sur la CO (conduite à tenir en cas d'oubli, risque de grossesse) et sur la CU (délais, accessibilité, effets indésirables, mécanisme d'action). Les sources d'information apparaissent hiérarchisées selon un gradient inverse entre fiabilité et accessibilité : les professionnels de santé (MG, gynécologues, sage-femmes) sont jugés les plus fiables mais peu disponibles ; la pharmacie est considérée comme un recours accessible et crédible et attendu en premier recours ; l'école et l'entourage (mère, amies) offrent une première approche, souvent variable selon le degré de tabou familial ; enfin, Internet et les réseaux sociaux, bien que très accessibles, sont perçus comme multiples, contradictoires et peu fiables de façon générale.

La **Catégorie VIII** explore les représentations ambivalentes de la CU, oscillant entre méfiance et utilité. Marquées par une méconnaissance et un manque de transparence perçue, certaines patientes la décrivent comme une pilule fortement dosée, associée à des effets indésirables, à une possible infertilité, voire confondue avec une protection contre les IST. Elle peut être jugée incompatible avec la contraception orale ou considérée comme un recours irresponsable lorsqu'elle est répétée, mais légitime lorsqu'elle reste ponctuelle. D'autres en ont une vision positive, la percevant comme une solution fiable, encadrée et rassurante, apportant un soulagement face au risque de grossesse non désirée. Ces perceptions opposées coexistent souvent, générant un sentiment de "faux choix" entre prudence morale et nécessité. Le MG est attendu pour déconstruire ces idées reçues et rassurer sur la sécurité et la légitimité du recours à la CU.

2.2. La sphère de la réflexion et de l'action

Cette sphère traduit la mise en application des connaissances et représentations dans le vécu concret.

La **Catégorie IV** met en évidence que l'influence du vécu personnel et contraceptif comme le vécu des menstruations, les antécédents gynécologiques ou des événements de vie (grossesse, séparation, projet parental) modulent durablement la perception et les choix contraceptifs des patientes à la recherche d'un confort menstruel et de bénéfices secondaires limitant les effets indésirables et les contraintes de prise de cette contraception.

La **Catégorie V** souligne trois prérequis au recours à la CU : la connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli, la perception du risque de grossesse et l'accessibilité à la CU. Les patientes mettent en place diverses stratégies pour éviter les oublis (alarmes, routines), mais le vécu émotionnel de cet oubli est contrasté, oscillant entre culpabilité, stress d'une grossesse ou d'un dérèglement et banalisation. La conduite tenue dans les suites varie de l'adaptation de la prise des comprimés, à la protection des rapports, la prise de la CU ou l'absence d'action réalisée. L'interprétation du risque de grossesse est souvent faussée : la CO est perçue comme surprotectrice, entraînant une sous-estimation du risque même en cas d'oubli. Cette perception varie selon l'âge et l'expérience sexuelle, du stress intense des débuts à une banalisation progressive avec la représentation d'une baisse naturelle de la fertilité avec l'âge.

La **Catégorie VII** décrit la démarche d'accès à la CU. La pharmacie est perçue comme un lieu de recours rapide et rassurant avec une information délivrée perçue comme fiable, mais certaines patientes rapportent un frein lié au regard des autres, au manque d'intimité et à des discours culpabilisants. C'est pourquoi certaines préfèrent ainsi déléguer la demande à leur conjoint. Le soutien et la réassurance du partenaire ou des proches est un facteur facilitateur important. Après la prise, les patientes décrivent un vécu ambivalent décrit dans la **Catégorie VIII** : entre soulagement de l'avoir prise mais peur de son inefficacité et des effets indésirables entraînant la réalisation de tests de grossesse et la surveillance de leur cycle avec parfois un sentiment de honte ou de secret à vouloir dissimuler cette prise.

2.3. La sphère de la temporalité

Enfin, la **Catégorie IX** illustre l'évolution des perceptions dans le temps. Les patientes décrivent une progression parallèle des ressources d'information (essor du numérique), des avancées médicales et de la levée progressive des tabous sociétaux. Les plus jeunes expriment un fort besoin d'accompagnement et une gêne à évoquer la sexualité, tandis que les plus âgées témoignent d'une autonomie accrue mais d'une banalisation du risque de grossesse non désirée. Cette temporalité souligne la dimension évolutive des représentations, des besoins et des attentes, invitant le MG à ajuster son discours au parcours de vie de chaque patiente.

B. Forces et limites

1. Limites

Il s'agissait de ma **première expérience en recherche qualitative**, à l'exception de la participation à la triangulation d'une autre thèse. Cette inexpérience a pu conduire à certaines maladresses lors des entretiens, notamment dans la gestion des silences, la reformulation des propos des patientes lorsqu'elles éprouvaient des difficultés à s'exprimer, ou encore la formulation de questions parfois trop fermées. L'analyse des retranscriptions a mis en évidence que certains témoignages auraient mérité un approfondissement et que certains silences auraient pu être prolongés afin de favoriser l'émergence de nuances supplémentaires dans les discours. Cependant, cette expérience a permis une progression méthodologique notable au fil des entretiens. Les ajustements successifs, fondés sur la réécoute et l'analyse des entretiens précédents, ont progressivement amélioré la qualité des échanges et affiné la posture d'écoute, notamment par un meilleur respect des silences et une reformulation plus ouverte des questions. Cette évolution illustre l'importance de l'expérience réflexive dans la conduite d'une recherche qualitative.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés **soit en présentiel au cabinet de médecine générale, soit en distanciel par téléphone**, afin de faciliter l'organisation pour les patientes. La première phase, souhaitée exclusivement en présentiel, avait montré que certaines patientes pouvaient être freinées par ce mode de participation. L'introduction des entretiens téléphoniques a permis de pallier cette contrainte organisationnelle, sans que cela n'entraîne de différence notable observée dans la durée des entretiens ou dans leur richesse. Par ailleurs, la majorité des patientes ayant été recrutées directement lors des consultations, un lien initial, avec moi généralement, avait déjà été établi, ce qui a pu faciliter l'adhésion et la qualité des échanges. Cependant, la littérature souligne que les entretiens téléphoniques restent largement négligés en recherche qualitative et sont souvent considérés comme une alternative moins riche par rapport aux entretiens en face-à-face. Néanmoins, certains travaux indiquent que ce mode de recueil peut offrir aux répondants un cadre plus détendu, favorisant le partage d'informations sensibles (52). Dans notre étude, ce format a permis d'améliorer l'accessibilité pour les patientes, tout en conservant une richesse des échanges qui semble comparable à celle des entretiens en présentiel, bien que certaines notions émergentes aient pu être moins approfondies. Ce biais, s'il existe, a toutefois pu être partiellement compensé par l'organisation en parallèle d'entretiens en présentiel, permettant ainsi d'identifier, dans ce type d'entretien, des éléments qui auraient pu constituer un frein dans les entretiens téléphoniques.

Plusieurs biais potentiels doivent être pris également en compte dans notre étude. Tout d'abord, le fait que je me sois présentée comme médecin généraliste auprès des patientes, dans le cadre d'une recherche portant précisément sur leurs attentes vis-à-vis de cette profession, a pu influencer leurs réponses et générer un **biais de désirabilité sociale**. Certaines participantes ont pu, consciemment ou non, chercher à se conformer à une image valorisée du « bon comportement » attendu, ce qui a pu conduire à une sous-déclaration de certaines attitudes ou expériences, notamment autour du recours à la CU. L'anonymisation des entretiens qui a été instaurée a pu limiter ce biais de même que les entretiens en distanciel hors d'un cabinet de médecine générale.

La nature même du thème étudié, la sexualité et la CU, constitue un sujet sensible et parfois tabou, pouvant renforcer un **biais déclaratif**. Certaines patientes ont pu hésiter à exprimer librement leurs représentations ou leurs comportements dans ce domaine. À cela s'ajoute un **biais émotionnel** : les émotions associées à l'expérience ou aux représentations de la CU (culpabilité, honte, stress ou au contraire soulagement) ont pu influencer la manière dont les faits ont été relatés.

Un **biais de mémorisation** est également possible, certaines situations de recours à la CU étant anciennes. Les informations, les ressentis ou les circonstances ont pu être partiellement oubliés ou reconstruits. Néanmoins, ce biais n'a pas empêché de recueillir les perceptions actuelles des patientes, ni les souvenirs marquants ayant contribué à forger leurs attentes vis-à-vis de leur MT.

Enfin, un **biais de sélection** doit être souligné. La majorité des entretiens ayant été réalisés au sein d'une même MSP où j'exerçais, la diversité des profils de patientes a pu être restreinte. Toutefois, cette structure regroupait plusieurs MG titulaires et accueillait régulièrement différents remplaçants ou internes, ce qui a pu introduire une certaine hétérogénéité dans les patientèles rencontrées. Le **recrutement** des participantes a par ailleurs représenté une difficulté majeure. Les différentes stratégies mises en œuvre pour diversifier l'échantillon, distribution de fiches d'information en pharmacie, ouverture à d'autres cabinets médicaux, se sont révélées peu efficaces. L'élargissement du recrutement n'a permis l'inclusion que d'une seule participante supplémentaire, concentrant ainsi la majorité des entretiens dans le cabinet où je remplaçais. Néanmoins, certaines patientes étaient également suivies par d'autres praticiens, notamment des sage-femmes et des gynécologues, pour le renouvellement de leur contraception orale. Cela a pu conduire à une autre approche sur la CU et limiter partiellement le biais lié à un lieu d'exercice presque unique.

Un **biais de volontariat** ne peut être exclu : les femmes les plus à l'aise avec la thématique ou les plus sensibilisées à la question contraceptive ont probablement été plus enclines à participer, ce qui a pu influencer la nature et la richesse des témoignages recueillis. Un **biais d'information** reste possible, certaines participantes ayant pu se renseigner sur le sujet avant l'entretien. Toutefois, le sujet précis de la recherche, la CU, n'avait pas été communiqué lors du recrutement. Les participantes savaient uniquement qu'il s'agissait d'un entretien mené dans le cadre d'une thèse portant sur la contraception en général. Cette approche a pu contribuer à limiter ces biais de volontariat et d'information, en réduisant le risque d'un recrutement orienté par le rapport personnel des participantes à la CU ou d'une préparation préalable à l'entretien.

2. Forces

L'objectif initial était d'obtenir une population à **variation maximale**. Parmi les variables envisagées, seule celle du recours à l'IVG n'a pas été retrouvée dans l'échantillon du fait de la difficulté de recrutement. Cette particularité initialement perçue comme une faiblesse peut également être considérée comme une force : elle permet ainsi d'étudier les attentes des patientes de manière plus « brute », avant qu'elles ne soient confrontées à une grossesse non désirée ou à une IVG, offrant ainsi un regard prospectif. Cette approche facilite la comparaison avec les données de la littérature et montre que, même en l'absence d'IVG dans l'échantillon, les résultats restent cohérents avec ceux d'études antérieures.

Par ailleurs, la thèse de M. Bertin (2024), qui s'intéressait au rôle du MG dans les situations d'échec contraceptif conduisant à l'IVG par une approche quantitative, soulignait l'intérêt d'étudier également les attentes des patientes avant un éventuel recours à l'IVG. Notre étude complète ainsi cette perspective en explorant les attentes et perceptions des femmes en amont, dans un contexte de suivi contraceptif régulier (53).

Le **caractère novateur de cette étude** réside dans son focus sur les patientes venant pour le renouvellement de leur contraception orale, une population peu explorée dans la littérature existante spécifiquement sur leurs attentes concernant leur MG envers la CU. Si plusieurs thèses se sont intéressées aux attentes des patientes envers leur MG concernant la CU, aucune n'avait examiné uniquement ce groupe spécifique (11,12,14,15). Ce choix permet non seulement d'étudier les attentes des patientes vis-à-vis du médecin en matière de CU, mais également d'analyser leur gestion des oublis de pilule et leur perception du risque de grossesse dans ce contexte particulier. Il offre ainsi un éclairage original sur une population qui représente une part importante des femmes ayant recours à la CU et qui est parfois perçue comme négligente dans la gestion de sa contraception. Cette approche permet de comparer leurs représentations et comportements avec ceux d'autres patientes documentées dans la littérature.

L'utilisation d'une **approche qualitative** par entretiens semi-dirigés a permis de recueillir un discours riche et restituant la singularité de chaque parcours autour de la CU. Ce type de méthode favorise l'expression du vécu émotionnel des patientes, de leurs représentations et des freins parfois implicites, offrant ainsi une compréhension approfondie des dimensions subjectives du recours à la CU, difficilement accessibles par des approches quantitatives. La diversité des profils inclus, en termes d'âge, de parcours de vie sur le plan personnel et médical, a constitué un atout majeur de l'étude. Elle a permis de mettre en évidence des différences générationnelles et expérientielles dans les perceptions et attitudes face à la CU, enrichissant ainsi l'analyse des données. Enfin, le lien étroit avec la pratique de la médecine générale confère à cette recherche une forte pertinence clinique. En s'ancrant dans la réalité quotidienne des consultations, elle interroge concrètement la place du MT dans la prévention, l'information et l'accompagnement contraceptif. Cette perspective de terrain rend les résultats directement transposables à la pratique, tout en soulignant les enjeux relationnels et communicationnels propres à la consultation de médecine générale.

Les entretiens ont été menés jusqu'à atteindre la **saturation des données**, c'est-à-dire le moment où aucun élément nouveau n'émergeait des discours des participantes. Le dernier entretien n'ayant pas fait apparaître de nouvelles thématiques, la saturation a pu être considérée comme atteinte. En raison des difficultés rencontrées lors du recrutement, il n'a toutefois pas été possible de réaliser un entretien de confirmation. Néanmoins, la redondance observée dans les propos des derniers entretiens laisse penser que le nombre d'entretiens effectués était satisfaisant pour garantir la profondeur et l'exhaustivité des données.

La rigueur méthodologique de cette étude repose sur plusieurs éléments garantissant sa validité scientifique, tant sur le plan interne qu'externe. La **validité interne** a été renforcée par une **triangulation des données**, réalisée en collaboration avec une co-interne (Magalie Rivière) également formée à la recherche qualitative. Cette double lecture a permis de confronter les analyses et d'assurer que les interprétations produites étaient fidèles aux propos des participantes et représentatives de la réalité du terrain. La **validité externe** repose sur la **cohérence des résultats avec les données de la littérature**. Les conclusions de cette étude s'inscrivent en continuité avec plusieurs travaux récents portant sur les attentes des patientes vis-à-vis de leur MG concernant la CU (11,12,14,15). Elles en complètent les apports en mettant en lumière certaines spécificités propres à la population étudiée, notamment les patientes sous contraception orale en demande de renouvellement.

C. Comparaison avec les données de la littérature :

Catégorie I : Attentes générales liées au renouvellement de la CO

1. Représentation autour du prescripteur

Dans les discours recueillis, le MG est majoritairement perçu comme le professionnel de premier recours pour le renouvellement de la contraception. Sa proximité, sa disponibilité et sa connaissance globale de la santé de la patiente renforcent sa légitimité. Ce rôle de référent du quotidien repose sur la relation de confiance déjà établie au fil des consultations et sur une approche souvent perçue comme plus accessible et pratique que celle des spécialistes. Ces éléments rejoignent les résultats des thèses de F. Laval-Chassagne (2024), M. Porte (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024), où la majorité des patientes reconnaissent le rôle du MT en gynécologie et soulignent l'importance du lien de confiance comme facteur déterminant dans leur choix du prescripteur (11,15,27).

Dans notre étude, certaines patientes nuancent toutefois cette perception. Pour elles, le MG représente davantage un recours secondaire, sollicité principalement lorsque l'accès à un spécialiste s'avère difficile ou que les délais de rendez-vous sont trop longs. Cette situation met en avant la dimension pratique de la disponibilité du MG, plutôt qu'une réelle préférence pour son accompagnement en matière de contraception. Les résultats de la thèse de V. Ometz (2025)

s'inscrivent dans une perspective similaire : les patientes y expriment des attentes plus limitées vis-à-vis du MG, souvent perçu comme un prescripteur par défaut sollicité surtout lorsque tout va bien. Si ce recours s'effectue surtout dans un contexte de simplicité et de routine, il ressort de cette thèse que l'évocation de certains sujets sensibles (tabac, poids, frottis) peut freiner à l'initiation d'une consultation dédiée à la contraception. Cette dimension, pourtant susceptible d'influencer la relation de soin et la démarche de prévention, n'a pas été retrouvée dans notre étude (54).

Cependant, une méconnaissance partielle du rôle du MT persiste encore chez certaines patientes, notamment concernant sa capacité à assurer le suivi gynécologique de routine. Cette limite dans la représentation de ses compétences contribue parfois à orienter les femmes directement vers le gynécologue, perçu comme le référent légitime pour ce type de suivi.

Le gynécologue reste d'ailleurs souvent perçu comme la référence naturelle en matière de contraception, en raison de sa spécialisation et de son expertise technique. Dans notre étude, cette spécialisation en fait un choix priorisé pour les patientes, dès lors qu'elles ont des pathologies gynécologiques ou obstétricales comme l'endométriose ou des parcours PMA. Cette représentation est renforcée par un héritage culturel et familial : plusieurs participantes évoquant avoir été guidées par l'exemple maternel, en consultant d'emblée un gynécologue comme le souligne la thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) (15). Ce professionnel de santé est associé à une plus grande compétence dans les domaines de la sexualité et de la santé reproductive, comme le confirment également les thèses de C. Morand (2017) et M. Porte (2021) (11,14). M. Porte (2021) rapporte dans sa thèse que certaines patientes considéraient la CU comme un domaine davantage réservé au gynécologue ou à la sage-femme du fait de leur spécialisation (11). Néanmoins, son accès difficile, lié à la fermeture de listes ou à des délais de rendez-vous importants, conduit souvent à un partage du suivi entre gynécologue et MG, ce dernier assurant les renouvellements et la réévaluation régulière de la contraception.

Les sage-femmes apparaissent quant à elles comme des actrices positives du suivi contraceptif, souvent découvertes à l'occasion d'un premier contact pour une autre raison. Leur rôle, encore méconnu au départ, est progressivement revalorisé par l'expérience vécue : pédagogie, écoute, accompagnement global et bonne disponibilité leur confèrent une place reconnue, notamment dans l'éducation thérapeutique tout comme dans le renouvellement de la contraception.

Ainsi, si les patientes manifestent globalement une satisfaction vis-à-vis du renouvellement de leur contraception par leur prescripteur habituel, elles attendent surtout de lui disponibilité, écoute et confiance, davantage que des compétences strictement techniques. Ces constats se retrouvent dans différents travaux, notamment celui de la thèse de F. Laval-Chassagne (2024) (27). Ces perceptions traduisent une transition du modèle spécialisé vers un modèle de proximité, où le MG, sans remplacer le gynécologue, s'impose comme un acteur clé d'un suivi global, souple et personnalisé.

2. Contexte de la consultation de renouvellement de contraception

Les patientes décrivent des situations de renouvellement très variées, allant de la consultation spécifiquement dédiée à la contraception à celle intégrée dans un suivi plus global (pathologie chronique, bilan de santé, ou motif aigu), ce qui a été également retrouvé dans la thèse de A. Berlaimont (2025) (55). Cette souplesse du cadre de consultation est perçue positivement par les patientes, car elle permet d'adapter l'échange à la situation du moment, rejoignant l'idée d'une pratique individualisée et axée sur la pratique.

La fréquence des renouvellements fait l'objet de perceptions contrastées : certaines patientes la trouvent trop rapprochée, y voyant une contrainte logistique, tandis que d'autres y voient une opportunité de suivi régulier et un moment rassurant pour réévaluer leur contraception. Cette réévaluation, souvent centrée sur la tolérance, les antécédents médicaux et les changements de vie personnelle, contribue à maintenir une prescription adaptée et sûre. Certaines patientes décrivent

cette consultation de renouvellement comme contraignante, comme le souligne S. Pfeiffer (2021) dans sa thèse, les patientes font que cette demande de renouvellement est souvent formulée en motif annexe d'une consultation de MG (56).

Les patientes rapportent néanmoins un souhait que ce renouvellement englobe plus la santé psychologique et non uniquement biomédicale, pour une prise en charge globale et préventive. La thèse de K. Tété (2020) sur les attentes des patients concernant la prise en charge psychologique par le MG montre qu'ils attendaient de lui une relation médecin-patient de qualité afin de se confier, d'une reconnaissance de la souffrance et d'un temps suffisant de consultation pour lui faire part de leur souffrance psychologique, que ce soit suite à un mal-être, ou en réaction à des événements de vie (57). Cet aspect est également rapporté par le travail de J. Clément et S. Noël dans leur thèse (2021) qui explore plus spécifiquement les attentes envers le MG chez les patientes ayant été victimes de violences sexuelles (58).

Ce besoin de suivi rapproché et de dialogue rejoint de nombreux travaux de thèse qui montrent que les patientes perçoivent le renouvellement non seulement comme un acte médical, mais également comme un moment d'écoute et de sécurisation (11,12,15). Si la majorité des patientes de notre étude se disent, dans un premier temps, satisfaites de la consultation de renouvellement de leur MG sans exprimer d'autres attentes particulières, leurs discours évoluent au fil de l'entretien : lorsque la CU est abordée, émerge alors un souhait plus affirmé de prévention et d'information sur cette thématique. Pour autant, cet abord reste rare lors de ces consultations de renouvellement : la plupart des patientes rapportent que le sujet n'est pas spontanément évoqué par leur médecin. Cette observation, déjà mise en évidence par de nombreuses thèses, interroge sur la place de la prévention dans le cadre du renouvellement contraceptif et souligne l'importance d'un abord plus systématique de la CU dans ce contexte (11,12,15,42,43).

Ainsi, la consultation de renouvellement apparaît, du point de vue des patientes, comme un espace de continuité et de réévaluation, mais encore insuffisamment investi comme moment privilégié de prévention. Elle cristallise les attentes de souplesse, de confiance et d'accompagnement global, qui fondent la légitimité du MT dans le suivi contraceptif.

Catégorie II : Attente d'une relation de confiance avec le médecin traitant

1. Approche centrée patiente

Les patientes interrogées décrivent leur MT avant tout comme un professionnel capable d'écoute, de disponibilité et de prise en compte globale de leur situation. L'attente principale n'est pas centrée sur la technicité du geste médical, mais sur la qualité relationnelle et la capacité du praticien à comprendre leur vécu, leurs habitudes et leurs besoins. L'écoute est parfois jugée plus essentielle encore que le diagnostic lui-même, car elle conditionne la confiance et la liberté de parole. Cette approche plus humaine du soin rejoint les conclusions de nombreuses thèses dont celles de M. Porte (2021) et de L. Fortoul et J. Escande (2017), qui soulignent toutes deux la place centrale de l'écoute lors de l'abord de la sexualité et de la contraception afin de personnaliser le discours pour une meilleure adhérence des patientes, surtout quand elles sont jeunes (11,59). Il apparaît utile en s'inspirant du travail de thèse de S. Fu (2019) de former les MG à l'écoute active car ceux-ci évoquent des consultations apaisées, une évolution de relation médecin-patient vers une relation de collaboration favorisant l'autonomie du patient et regrettaient de ne pas s'être formé plus tôt (60).

Les participantes attendent une prise en charge globale de leur santé de femme, incluant leur bien-être physique et psychologique, leurs projets de vie, et leur rapport à la sexualité. Cette vision globale rejoint celle décrite dans la thèse de D. Garde (2021), où les patientes expriment le besoin d'un accompagnement individualisé et évolutif, en lien avec les changements de leur vie personnelle (12). La contraception idéale est perçue comme une méthode adaptée, non contraignante et vécue

positivement, ce qui suppose que le médecin réévalue régulièrement la pertinence du traitement et soit à l'écoute des changements de contexte (modification de la santé, séparation, grossesse envisagée, etc.). Ce même constat a été retrouvé dans plusieurs travaux de thèse étudiant les attentes des patientes en matière de contraception (61–63). Selon A. Fournier (2015) les critères de choix contraceptif retrouvés chez les patientes étaient la moindre contrainte et l'efficacité en premier lieu, l'absence d'effets indésirables, le moindre coût, la norme contraceptive puis, parfois, une longue durée d'action (implant ou DIU) et une indication non contraceptive (64).

L'usage d'un langage accessible et non médicalisé est également attendu. Les patientes comprennent mieux des termes concrets pour elles comme « *pilule du lendemain* » à « *contraception d'urgence* », perçus comme plus clairs et moins intimidants. Cette préférence s'accorde avec les observations de la thèse de M. Porte (2021), où le vocabulaire employé par le médecin influençait directement la compréhension et l'adhésion des patientes (11). L'écoute et l'adaptation du langage permettent ainsi une meilleure compréhension celle-ci, ce qui est essentiel pour son autonomisation comme nous le rappelle de façon plus générale L. Colombier dans sa thèse (2017) (65). Ainsi, la posture d'écoute, le langage simple et l'attention au vécu de la femme apparaissent comme les piliers d'une véritable approche centrée sur la patiente.

2. Alliance thérapeutique

Pour les patientes, une bonne alliance thérapeutique repose sur la transparence du MG, la confiance et la co-construction des décisions médicales. Elles expriment le besoin de pouvoir formuler leurs souhaits, leurs limites ou leurs refus en matière de contraception, tout en étant entendues et respectées. Elles apprécient que le médecin explique clairement les raisons d'une contre-indication ou d'un changement de traitement, afin de ne pas subir la décision médicale sans comprendre. Cette recherche d'un équilibre entre expertise médicale et autonomie décisionnelle est un élément clé de l'adhésion et de la satisfaction qui a été rapporté dans plusieurs travaux dont celui de la thèse de C. Bourdoul (2019) dans son analyse de la relation médecin patient (66,67).

La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) et celle de M. Porte (2021) mettent également en évidence cette attente d'un dialogue collaboratif, à l'opposé du modèle paternaliste encore parfois ressenti dans certaines pratiques (11,15). Les patientes valorisent la possibilité de choisir ensemble la méthode contraceptive la plus adaptée, ce qui renforce leur autonomie et leur sentiment de responsabilité.

Ainsi, dans la continuité des résultats qualitatifs retrouvés dans la littérature, l'alliance thérapeutique apparaît comme un processus relationnel dynamique, fondé sur la reconnaissance mutuelle des compétences du médecin et de la patiente. Le MT devient alors un partenaire de décision, plus qu'un prescripteur uniquement, et sa posture bienveillante renforce la fidélisation au suivi contraceptif.

3. Climat relationnel et liberté d'expression

Le climat relationnel instauré pendant la consultation conditionne fortement la liberté d'expression des patientes. Celles-ci insistent sur la nécessité d'un cadre bienveillant, confidentiel et sans jugement, pour pouvoir aborder des sujets sensibles tels que la sexualité, les oublis de pilule ou le recours à la CU. Ce besoin d'un espace d'échange sûr rejoint les constats de la thèse de J. Rose (2017), où la santé sexuelle est décrite comme un sujet intime nécessitant une atmosphère de confiance pour être abordé librement (68). Les différentes thèses sur la recherche des attentes auprès de leur MG concernant la CU, comme celle de M. Porte (2021), de D. Garde (2021) ou encore de C. Bazin-Desfrancois (2024) montrent également que les patientes souhaitent être écoutées sans crainte d'être jugées, et que le respect de leurs représentations personnelles et de leurs besoins est essentiel à la qualité du dialogue afin de limiter les tabous (11,12,15).

L'abord d'un sujet intime comme la sexualité et la contraception avec le MG requière un climat bienveillance et de confiance. Cela est d'autant plus vrai à l'adolescence, période de construction identitaire, où certaines représentations peuvent freiner le dialogue et rendre le sujet tabou, comme le soulignent L. Fortoul et J. Escande dans leur thèse (2017) (59). Les patientes rapportent que ce sujet est d'autant plus tabou, que la consultation n'est pas en tête à tête et se fait en présence d'un parent. Cette présence parentale est perçue comme un frein important à l'abord de la sexualité et de la CU et les patientes souhaitent que leur MT leur propose de les recevoir sans leurs parents pour limiter ce frein. Ces constats ont également été rapportés dans la thèse de D. Garde (2021), qui étudiait les attentes des patientes de 30 à 45 ans concernant leur MG sur la CU. Ils n'ont en revanche pas été retrouvés dans la co-thèse de M. Porte (2021), portant sur des patientes plus jeunes de 15 à 30 ans, ce qui pourrait laisser penser à une amélioration des qualités relationnelles des MG ces dernières années, avec la proposition plus fréquente de recevoir les patientes seules (11,12). Le travail de P. Bernard (2009) confirmait que les adolescentes abordaient statistiquement plus facilement la sexualité et la contraception si elles étaient reçues seules en consultation par leur MG (43). On peut faire le lien avec les recommandations de bonne pratique de la HAS émises en 2014 qui recommandaient de recevoir les adolescents seuls pour garantir la confidentialité de leurs propos. Ils proposaient une consultation en 4 parties : voir l'adolescent en présence de ses parents au début afin d'impliquer les parents, puis de voir l'adolescent seul quel que soit le motif de la consultation afin qu'il puisse révéler en dehors du tabou parental une souffrance interne ou aborder sa vie relationnelle et affective, une troisième étape avec l'examen clinique puis une dernière étape avec une restitution si nécessaire et si accord avec l'adolescent et sa famille avec tact et mesure (69).

Le secret médical constitue un pilier central de cette confiance et de cette liberté d'expression, notamment chez les adolescentes, pour lesquelles la peur que leur MG parle du contenu de la consultation à leur parent reste un frein majeur à l'évocation de la sexualité. Les patientes dans mon étude étaient toutes très conscientes de ce secret médical mais restaient demandeuses que le MG le rappelle aux plus jeunes. Ce constat est partagé avec de nombreux travaux de thèses en lien avec la sexualité et la contraception qui préconisent tous d'insister sur le secret médical et la possibilité de consulter sans les parents (11,12,59,68).

Avec la volonté de promouvoir et d'améliorer l'abord de la santé sexuelle à l'adolescence en médecine générale, la cotation CCP a été créée en 2017 par la sécurité sociale. Le travail de thèse de H. Guérin (2020) a montré que si cette cotation n'engendrait pas de modifications des pratiques importantes, les médecins abordaient plus systématiquement la santé sexuelle, la contraception et la prévention des IST (70). Cependant comme le montre la thèse de C. Gontier-Mazingue (2021), cette cotation CCP ne suffit pas à améliorer les connaissances des patientes sur la CU comme ces informations ne sont pas transmises de manière majoritaire lors de ces consultations (71).

Les patientes rapportent également des freins à cette liberté d'expression, comme par exemple une gêne liée au genre masculin du médecin surtout chez les patientes jeunes. Ce ressenti reste variable selon les patientes : si certaines préfèrent aborder ces sujets avec un médecin de même genre, d'autres soulignent que la qualité relationnelle prime sur ce critère. Ce frein rejoint les constats de plusieurs travaux thèse sur la CU ou la sexualité comme ceux de M. Porte (2021), de D. Garde (2021), de L. Dusz (2017) ou de P. Bernard (2009) (11,12,43,72). Par ailleurs, la banalisation ou la mauvaise écoute du médecin constituent des freins majeurs à la confiance, tout comme le sentiment d'être jugée ou incomprise. Ces éléments traduisent une attente forte de reconnaissance et de respect dans la relation de soin. Un des principaux freins à cette liberté d'expression rapportée dans notre étude est la perception d'un sujet tabou avec le MG, d'autant plus marqué à l'adolescence avec des patientes qui trouvent cela gênant d'aborder la santé sexuelle avec leur MT. Ce constat est retrouvé dans plusieurs thèses dont celles de M. Porte (2021), C. Bazin-Desfrancois (2024) et V. Noves (2012). D. Garde (2021) rajoute que la proximité avec leur MT est parfois vécue comme un frein au dialogue pour certaines patientes qui préféreraient aborder ce sujet de santé sexuelle avec un médecin qu'elles ne connaissaient pas (11,12,15,73).

4. Respect de l'autonomie contraceptive

Les patientes expriment un besoin clair d'information complète, claire et adaptée pour pouvoir prendre des décisions éclairées concernant leur contraception. Elles souhaitent comprendre le fonctionnement des différentes méthodes, savoir comment réagir en cas d'oubli et être informées sur la CU et la prévention des IST. Cette demande d'éducation thérapeutique fait écho à la thèse notamment de M. Porte (2021), dans laquelle les patientes identifient leur MG comme un acteur privilégié de leur éducation sexuelle et contraceptive (11).

Le respect du choix final de la patiente apparaît comme une condition essentielle à la satisfaction et à l'adhésion de la contraception. Les participantes souhaitent que le médecin reconnaisse leur pouvoir décisionnel tout en les accompagnant par une information rigoureuse et bienveillante. Ce modèle participatif, déjà mis en évidence dans la thèse de D. Garde (2021), favorise une meilleure appropriation des choix contraceptifs et un sentiment d'autonomie renforcé (12). Cependant, tout comme dans mon travail, plusieurs travaux mettent en évidence cette absence de choix contraceptif ressenti par certaines patientes. Ce ressenti s'explique souvent par une méconnaissance des autres alternatives, qui n'ont souvent pas été présentées par le médecin, comme le montre la thèse de ML. Bieber Hatry (2013) (74). Dans d'autres situations, il peut découler du refus de certaines méthodes par le médecin lui-même, par exemple la pose d'un DIU chez une nullipare, ce qui a également été montré par L. Weber (2018) dans sa thèse (75).

Ainsi, la relation médecin-patient, lorsqu'elle s'appuie sur la confiance, l'écoute et le respect de l'autonomie, dépasse la simple prescription : elle devient un espace d'apprentissage, de responsabilisation et d'émancipation. Selon S. Pfeiffer (2021), la gestion de la fertilité par la pilule est une question d'autonomie pour les femmes (56).

Catégorie III : Représentations et attentes du MT dans la prévention sur la CU

Les patientes interrogées décrivent un rôle du MG encore discret voire absent dans la prévention autour de la CU. La démedicalisation progressive de la CU, liée à son accès libre en pharmacie et à sa prise en charge sans ordonnance, a contribué à invisibiliser la place du MT autant pour les patientes que pour les médecins eux-mêmes, pourtant reconnue par la HAS comme un acteur clé de la prévention contraceptive (76). Dans les représentations des patientes, la CU relève plus désormais davantage de l'autonomie personnelle que de l'accompagnement médical, même si la demande d'un rôle de guide, de conseiller et de réassurance persiste.

Les données de la thèse de M. Porte (2021) montraient une place secondaire du MG dans les thématiques de la contraception et de la sexualité, contrairement aux résultats de notre étude où les patientes semblaient accorder une importance plus grande au rôle préventif du MG, rejoignant ainsi les observations des thèses de L. Dusz (2017), de D. Garde (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024) (11,12,15,72). Par ailleurs, la thèse de C. Morand (2017) rapporte qu'un tiers des femmes ayant eu recours à la CU sans ordonnance auraient souhaité obtenir davantage d'informations à ce sujet de la part de leur MT (14). Ces résultats convergent pour souligner une demande implicite d'investissement du MG dans l'éducation et l'information contraceptive.

1. Attente du MT qu'il aborde spontanément la CU

Les patientes expriment le souhait que le médecin prenne spontanément l'initiative d'aborder cette CU, sans attendre une demande explicite de leur part. Elles rappellent qu'il est difficile de poser des questions sur un sujet que l'on ne connaît pas : la responsabilité du médecin est alors d'introduire l'information et de lever les barrières liées à la gêne ou à la méconnaissance. Cette attente rejoint les conclusions des thèses de D. Garde (2021), de M. Porte (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024), qui mettent en évidence la nécessité d'un abord spontané plus systématique et bienveillant de la CU

(11,12,15). Le travail de C. Bazin-Desfrancois (2017) apporte cependant une nuance : une patiente avait perçu cette prévention sur la CU de manière négative, ne se considérant pas comme une utilisatrice potentielle. Cela souligne l'importance d'aborder ce sujet avec tact et délicatesse (15). Nos résultats s'inscrivent dans cette continuité, mais apportent un éclairage supplémentaire : si la majorité des patientes se montrent favorables à cette information spontanée, elles semblent parfois la juger plus pertinente pour d'autres femmes que pour elles-mêmes. Ce décalage suggère qu'elles ne se perçoivent pas toujours comme concernées, même lorsqu'elles ont déjà eu recours à la CU, traduisant ainsi une forme de distance symbolique vis-à-vis de son usage.

Par ailleurs, plusieurs travaux portant sur la sexualité recommandent également une prise d'initiative du MG pour introduire ces thématiques en consultation (59,72). Dans cette perspective, la demande d'une information spontanée traduit une attente d'un médecin plus proactif mais respectueux, capable d'ouvrir le dialogue avec tact et sensibilité.

2. Prévention : attente d'un rôle d'information sur la CU de la part du MT

Les patientes identifient le MT comme un acteur central de prévention en matière de santé sexuelle. Elles attendent une information claire, complète et répétée sur la CU, mais également sur l'ensemble du parcours contraceptif : contraception régulière, prévention des IST, gestion des oublis, perception du risque de grossesse et réactions appropriées en cas d'échec. Cette vision large du rôle éducatif rejoint la thèse de J. Rose (2017), où les patientes insistent sur la nécessité que le médecin aborde la sexualité « au moins une fois », avec ouverture, disponibilité et absence de jugement (68).

La revue systématique de la littérature de J. Bouladour (2018) et la thèse de L. Fortoul et J. Escande (2017) rapportent que si les adolescents ne pensaient pas spontanément au MG en tant que source d'information sur la sexualité, la plupart d'entre eux le reconnaissent comme un bon interlocuteur pour parler de sexualité (59,77). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) confirme la place du MG comme interlocuteur privilégié, en raison de sa proximité, de sa connaissance globale de la patiente et de son accessibilité, notamment pour les jeunes femmes qui consultent peu le gynécologue. Ces éléments recoupent les observations des thèses de M. Porte (2021), de B. Arzac (2015) et de D. Garde (2021), qui montrent que les patientes attendent une information globale sur la sexualité et la contraception, et non pas limitée à la seule CU (11,12,15,40). Même si les patientes sont globalement satisfaites de cette information transmise, le vécu peut être très différent en fonction des patientes allant d'une consultation vue positivement comme intéressante et utile à celle de la consultation vécue négativement comme un « *abcès à crever* » au moment de l'adolescence comme le rapporte D. Garde dans sa thèse (2021) (12).

Les patientes soulignent l'importance de choisir le bon moment pour aborder la CU : idéalement avant ou au début de la vie sexuelle, dans un climat d'écoute et de confiance. Une information trop précoce ou trop directe peut être vécue comme intrusive, tandis qu'un discours adapté et progressif favorise son acceptation. Ce constat rejoint les résultats des thèses de M. Porte (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024), où la majorité des participantes disaient souhaiter une information préventive dès la première consultation de contraception (11,15).

Cependant, certaines femmes perçoivent cet abord comme inutile, voire stigmatisant, lorsqu'elles ne se sentent pas encore concernées. Cette ambivalence avait déjà été mise en évidence par Fortoul et Escande (2017) ainsi que par L. Dusz (2017) à propos de l'évocation de la sexualité par le médecin (59,72). Ainsi, cette information doit être précoce mais adaptée à l'âge et à la maturité de la patiente, comme le rappellent également D. Garde (2021) et M. Porte (2021). L'entrée dans la sexualité constitue un moment charnière où une éducation contraceptive de qualité peut prévenir grossesses non désirées et mésusages (11,12).

La thèse de V. Novès (2012) souligne toutefois la variabilité de la maturité affective et sexuelle des adolescentes, rendant difficile la définition d'un âge idéal pour cet abord (73). C. Bazin-Desfrancois

(2024) distingue d'ailleurs deux approches : une information initiale approfondie à l'entrée dans la vie sexuelle, période où le recours à la CU est plus fréquent, et une information continue à tout âge, notamment lors de l'initiation ou du renouvellement de la contraception (15). Ces observations sont cohérentes avec les données du Baromètre Santé, qui identifiait les 15-19 ans comme la tranche d'âge la plus consommatrice de CU (30).

Les patientes expriment également le souhait que cette information soit plus visuelle et participative à l'aide de supports écrits remis lors de l'explication ou à emporter, ainsi que par la recommandation de sites fiables ou d'outils numériques favorisant la mémorisation et l'autonomie. Les thèses de D. Garde (2021), C. Bazin-Desfrancois (2024) et M. Bertin (2022) soulignent d'ailleurs l'importance de diversifier les supports d'informations pour renforcer l'appropriation des messages (12,15,39). Des outils comme *choisirscontraception.fr* ou *g-oubliepilule.com* sont ainsi cités dans la thèse de C. Morand (2017) comme des ressources pertinentes pour accompagner la compréhension et encourager une gestion plus autonome de sa contraception d'après la thèse de C. Morand (2017) (14).

Enfin, si la prescription anticipée de CU n'apparaît plus comme une attente prioritaire du fait de son accès possible sans ordonnance et de façon gratuite, sa valeur symbolique de sécurité reste reconnue. La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) et celle de C. Dutheil (2019) soulignent qu'elle demeure perçue parfois comme un moyen de réduire le stress et les difficultés d'accès, notamment pour les jeunes femmes. C. Bazin-Desfrancois (2024) rapporte notamment dans son travail le cas d'une patiente ayant eu une difficulté d'accès à la pharmacie lors d'un week end, et d'une patiente pour qui la pharmacie n'avait plus de stock, une prescription anticipée avec passage à la pharmacie en amont aurait été dans ces cas particuliers utiles pour ces patientes (10,15). Ces résultats contrastent avec notre étude où aucune des patientes n'y a fait mention, ainsi qu'avec les conclusions de la thèse de C. Morand (2017) et de la méta-analyse de Rodriguez et al. (2013), qui ne démontrent pas d'impact significatif sur la prévention des IVG (14,78).

De manière générale, les patientes considèrent la prévention comme une mission éducative centrale du MG, à mener dans un cadre d'écoute et de confiance, en complémentarité avec les autres acteurs de cette prévention. Dans sa thèse, C. Bazin-Desfrancois (2024) souligne que plusieurs patientes souhaiteraient que leurs conjoints soient également informés, afin qu'ils puissent devenir acteurs et partager la responsabilité de la prévention autour de la CU (15). Cette attente est également exprimée par les hommes : la thèse de N. Cuissot (2017) rapporte que les hommes et adolescents auraient eux aussi souhaité recevoir une information sur la CU, leurs connaissances étant souvent limitées, comme le souligne C. Giroire Revalier (2018) (79). Plus largement, A. Brosset (2020) met en évidence dans sa thèse le désir des femmes d'une implication accrue de leur partenaire dans la contraception en général (80).

3. Représentation de la non-évocation de la CU par le médecin

L'absence d'évocation du sujet par le médecin est souvent perçue comme un signal implicite : soit le sujet n'est pas jugé prioritaire, soit il est considéré comme tabou, déjà connu ou inapproprié. Certaines patientes y voient un manque de temps ou une forme d'embarras de la part du médecin. D'autres interprètent ce silence comme une validation implicite de leur situation avec confiance dans sa parole ou dans son absence de prise de parole : si le médecin n'en parle pas, c'est qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter ou que ce n'est pas jugé nécessaire dans leur situation de contraception régulière.

Ces perceptions sont cohérentes avec les observations des thèses de M. Porte (2021), de D. Garde (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024), qui montrent que la CU reste un sujet peu voire pas abordé en consultation du fait de la place perçue du MG comme secondaire dans l'urgence de cette situation (11,12,15). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) relève par ailleurs que les patientes non sollicitées sur ces questions seraient moins réceptives à l'information lorsqu'elle leur est proposée ultérieurement, ce qui n'a pas été retrouvé dans mon étude (15).

Le caractère perçu comme tabou du sujet, tout particulièrement chez les adolescentes, est également évoqué dans la thèse de M. Waymel (2019) et dans celle de D. Garde (2021), notamment en lien avec la présence parentale ou la méconnaissance du secret médical (12,81). Le secret médical était cependant connu par toutes les patientes de notre étude, même si certaines insistaient sur l'importance de le rappeler, surtout aux patientes plus jeunes, à noter toutefois que cette étude n'interrogeait pas les patientes mineures.

Enfin, certaines patientes considèrent ne pas être concernées par la CU du fait de leur contraception orale régulière, une perception également observée dans les thèses de M. Porte (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024) (11,15). Pour certaines, cela s'explique par un sentiment d'incompatibilité entre pilule et CU, la pilule étant parfois perçue comme une protection infaillible, même en cas d'oubli, ou que ces deux contraceptions ne sont pas cumulables entre elles. D'autres évoquent au contraire le fait que leur médecin semble leur accorder une confiance totale dans la prise régulière de leur contraception, sans envisager la possibilité d'un oubli. Par ailleurs, comme le souligne M. Porte (2021), certaines représentations erronées persistantes chez les médecins concernant l'âge d'entrée dans la sexualité des adolescentes peuvent également compliquer la détermination du moment opportun pour aborder le sujet, risquant d'être perçu comme trop précoce ou trop tardif (11).

Comme dans notre étude, les patientes des travaux précédents perçoivent peu d'occasions de prévention sur la CU, en partie à cause du manque de temps et de la priorisation de certaines thématiques lors des consultations, y compris celles dédiées à la contraception (cotation CCP) (11,15,71). La thèse de D. Mille (2017) confirme que ce manque de temps constitue un frein majeur à l'abord de la sexualité, amenant les MG à prioriser certaines thématiques de prévention. Selon Mille, la formation, l'expérience et l'intégration systématique de ce sujet à l'interrogatoire pourraient constituer des leviers pour améliorer la qualité de l'information délivrée (82). Le faible nombre d'occasions de prévention en dehors des consultations de renouvellement accentue cette situation concernant la CU comme le rapporte C. Naïmi-Lelong dans sa thèse (2013) (44). L'introduction de la consultation CCP a certes modifié certaines pratiques, mais n'a pas permis un abord systématique de la CU : selon C. Gontier-Mazingue (2021), seules 10 % des jeunes femmes étaient considérées comme informées sur ce sujet depuis l'instauration de cette cotation, la CU n'étant pas transmise de manière prioritaire (71,83).

Plusieurs travaux se sont intéressés aux connaissances et aux représentations des MG sur la CU, qui influencent directement les informations transmises aux patientes. Certaines représentations négatives sont rapportées, telles que la crainte que l'évocation de la CU favorise des comportements sexuels à risque ou entraîne une diminution de l'observance de la contraception régulière (7,45,47). De manière générale, les connaissances des MG sur la CU restent incomplètes, conduisant à une information délivrée de façon hétérogène, comme le soulignent C. Naïmi-Lelong (2013) et L. Bouskine (2017) dans leurs thèses (44,45). Ce déficit de connaissances est majoritairement lié à un manque de formation spécifique. Le renforcement de la formation des MG sur la CU constitue ainsi une piste essentielle pour améliorer la qualité des informations fournies aux patientes et limiter les fausses représentations générées par le silence médical (9,46,47). Cependant, notre étude, centrée sur le point de vue des patientes, n'a pas exploré cette dimension, et ces thématiques n'y ont donc pas été retrouvées.

4. Rôle de réassurance sur la CU

Les patientes attendent du médecin un rôle de réassurance et de dédramatisation. Recevoir l'information en amont ou pouvoir le consulter en cas de doute contribue à réduire l'anxiété et à reprendre le contrôle face à une situation perçue comme urgente ou stressante. Le MG est ainsi perçu comme une figure de conseil et d'écoute, offrant un soutien moral, capable d'expliquer sans jugement et de normaliser la situation.

Ces attentes rejoignent celles décrites dans la thèse de M. Porte (2021), où l'information anticipée est identifiée comme un facteur clé de réassurance, ainsi que dans la thèse de D. Garde (2021), qui souligne la nécessité de dédramatiser la prise de CU tout en évitant sa banalisation (11,12). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) rapporte que si la majorité des patientes ne souhaitent pas de suivi post-prise, celles qui n'ont jamais utilisé la CU envisageraient de consulter leur médecin pour être rassurées (15). Dans notre étude, les patientes ont fréquemment exprimé le souhait d'un suivi post-prise et d'une vérification de la tolérance, même si, dans la pratique, ce suivi n'a été que rarement réalisé ou sollicité auprès du médecin.

Ce rôle de réassurance souligne la valeur relationnelle du MG, non seulement comme prescripteur, mais aussi comme accompagnant émotionnel dans les situations perçues comme angoissantes.

Catégorie IV : Impact du vécu et des ATCD de la patiente sur les attentes et représentations de la CO et de la CU

Les représentations et les attentes des patientes vis-à-vis de la CO et de la CU s'inscrivent dans un parcours personnel et médical singulier, façonné par leurs antécédents gynécologiques, leur vécu menstruel, leur histoire contraceptive, leur rapport à la sexualité et leur environnement sociétal. Ces dimensions influencent à la fois leur rapport à la contraception et leurs attentes vis-à-vis du MT.

1. Impact des ATCD gynécologique

Les antécédents gynécologiques jouent un rôle majeur dans la manière dont les patientes perçoivent la CO et la CU. Les femmes ayant des antécédents d'infertilité expriment souvent un détachement vis-à-vis du risque de grossesse, considérant la contraception comme une précaution symbolique plutôt qu'une nécessité. Certaines, notamment les patientes plus âgées, partagent la même représentation en estimant que la probabilité de grossesse est désormais faible. Ce lâcher-prise procréatif s'accompagne d'une moindre vigilance face aux oublis contraceptifs, ce qui peut contribuer à une sous-estimation du recours à la CU. Ce constat est partagé avec les thèses de C. Morand (2017) et D. Garde (2021) (12,14).

Chez les femmes atteintes d'endométriose, la CO est perçue avant tout comme un outil thérapeutique permettant de réguler les cycles et réduire la douleur, plus que comme une méthode contraceptive uniquement. Les dernières recommandations de la HAS vont effectivement dans ce sens en validant l'utilisation des œstroprogestatifs en première intention dans la prise en charge de l'endométriose ; la prise continue ayant démontré un bénéfice dans le cas de dysménorrhées intenses (84). La thèse de L. Weber (2018) montre également l'intérêt de cette aménorrhée thérapeutique dans l'endométriose, mais plus régulièrement chez les patientes également dans les carences martiales (75). Ces patientes peuvent exprimer des craintes vis-à-vis de la CU, perçue comme potentiellement délétère pour leur pathologie ou leur équilibre hormonal. D'autres rapportent des essais successifs de plusieurs contraceptifs dans le cadre de leur endométriose avant de trouver une molécule compatible avec leur tolérance. En effet cette multiplicité d'essais contraceptifs est effectivement mise en lien dans la littérature, notamment avec cette étude de cohorte nationale suédoise (85).

De même, les patientes présentant des antécédents cardiovasculaires mettent en avant un besoin de suivi individualisé, parfois marqué par un relais vers le dispositif intra-utérin (DIU) à cause des contre-indications cardiovasculaires des CO comme le recommande la HAS. Tout comme dans notre étude, lorsque ce choix semble imposé médicalement pour la patiente, son acceptabilité diminue, avec notamment des réticences à la pose du DIU (64,86). Ces observations soulignent que les antécédents médicaux influencent intimement la représentation du risque de grossesse et la recherche d'une contraception adaptée à chacune.

2. Vécu des menstruations

Le rapport subjectif aux menstruations influence largement le choix et l'adhésion à la contraception. Certaines patientes recherchent un meilleur confort menstruel grâce à la CO, souhaitant réduire la douleur ou supprimer totalement leurs règles. D'autres, au contraire, préfèrent conserver un cycle naturel, qu'elles perçoivent notamment comme un signe rassurant de non-grossesse. Ce double rapport, entre confort et sécurité, traduit une approche très individualisée de la contraception, où la CO devient à la fois un outil de régulation et de maîtrise corporelle avec recherche de bénéfices secondaires. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de la thèse de L. Weber (2018) qui a étudié spécifiquement le vécu des menstruations dans le choix de la contraception, ou de la thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024). Elles mettent en évidence que les patientes associent la CO à la possibilité d'un contrôle sur leur corps et leur cycle, dans un objectif de bien-être et de tranquillité d'esprit (15,75).

3. Vécu des grossesses

Le vécu des grossesses antérieures, désirées ou non et arrivées à terme ou non, influence également la relation à la contraception. Les patientes ayant connu un post-partum difficile ou une hémorragie de la délivrance par exemple évoquent parfois une crainte des règles les replongeant dans leur traumatisme et recherchent ainsi plus des méthodes permettant de les supprimer. Certaines expriment le besoin d'un accompagnement global, incluant un soutien psychologique durant la période de maternité, estimant que la contraception ne doit pas être envisagée isolément mais intégrée à la santé globale de la femme.

L'allaitement apparaît souvent comme une contraception perçue comme naturelle et fiable, mais également avec une crainte d'un passage hormonal dans le lait maternel si prise d'une contraception de façon concomitante. Ce ressenti, déjà observé dans les thèses de C. Malfois (2015) ou de K. Yogesparan (2016), met en évidence la vulnérabilité de cette population, souvent marquée par une méconnaissance des risques de grossesse durant l'aménorrhée du post-partum (87,88). En effet on note que les patientes ont une mauvaise connaissance des modalités de la méthode MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) : en effet pour qu'elle soit efficace : il faut le maintien d'une aménorrhée associée à la pratique d'un allaitement exclusif (avec minimum 6 tétées par jour, maximum 6 heures entre chaque tétées, aucune alimentation solide ou liquide autre et d'un bébé de 6 mois maximum). Par exemple, la patiente dans notre étude ayant eu une grossesse surprise sous cette méthode était survenue au bout de 18 mois d'allaitement, témoignant de cette méconnaissance mais aussi de la sous-estimation du risque de grossesse (89).

4. Vécu du passé contraceptif

Le parcours contraceptif est souvent décrit comme un chemin d'essais et d'erreurs. De nombreuses patientes relatent des effets indésirables liés à la CO (prise de poids, céphalées, variations d'humeur, saignements), qui ont conduit à plusieurs changements de pilule ou à l'arrêt de la contraception hormonale. Ces constats ont été relevés dans plusieurs autres travaux de thèse, notamment ceux de A. Brosset (2020) et de M. Cornac (2022) (62,80).

Certaines patientes évoquent le poids d'une prescription initiale peu expliquée, voire un conditionnement médical à la prise quotidienne sans réelle appropriation du traitement. La thèse de M. Porte (2021) retrouve également ce sentiment d'un manque d'information initiale et d'une prise contraceptive passive, renforcée par la perception que le corps médical prescrit davantage qu'il n'éduque (11). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) corrobore cette idée, soulignant que les femmes perçoivent souvent la contraception comme une habitude de vie contrainte, marquée par la prise quotidienne vécue comme une charge mentale (15).

Comme le souligne C. Bazin-Desfrancois (2024) dans sa thèse, plusieurs patientes rapportent avoir testé plusieurs contraceptifs oraux en raison d'une mauvaise tolérance et parlent d'un sentiment

de « temps long » sous hormones, générant parfois gêne ou lassitude (15). Ce vécu contraignant peut favoriser un désengagement ou un désir d'autonomie, conduisant à explorer d'autres méthodes telles que les méthodes naturelles ou le DIU généralement. Dans notre étude, ce phénomène n'a pas été observé, les patientes étant toutes sous contraception orale en raison des critères d'inclusion. Toutefois, A. Fournier (2015) note que le passage au DIU est plus fréquent après 35 ans et chez les femmes ayant déjà eu un enfant, illustrant un choix générationnel dans l'adoption de cette méthode contraceptive (64).

Les patientes cherchent en effet une contraception perçue comme parfaite, plusieurs travaux sur la contraception se sont notamment penchés sur ces attentes. Tout comme A. Fournier (2015), ML. Bieber Hatry décrit dans sa thèse (2013) la contraception idéale selon ses patientes comme fiable, efficace, facile d'accès, à moindre coût, sans effets indésirables, avec une simplicité de prise et avec existence de bénéfices secondaires sur les saignements, les douleurs ou l'acné par exemple. Elle décrit, contrairement à mes résultats, que les patientes par opposition à cette contraception idéalisée, expriment ne pas avoir assez le choix dans leur contraception qui est parfois vécue comme subie et non choisie et assumée (64,74).

5. Vécu de la sexualité

Selon V. Noves (2012), l'entrée dans la sexualité est souvent décrite comme un événement spontané, survenant parfois dans des contextes festifs ou de consommation d'alcool. Dans ces situations, la contraception apparaît davantage comme une interrogation a posteriori plutôt qu'une réflexion anticipée. Les jeunes expriment ensuite un besoin de réassurance sur le sujet, bien que celui-ci soit rarement abordé spontanément en raison d'un sentiment de gêne ou de tabou (73). Les débuts de la vie sexuelle s'accompagnent ainsi souvent d'un stress marqué, notamment lié à la peur d'une grossesse et à la méconnaissance de la CU. Ce ressenti rejoint nos conclusions ainsi que celles des thèses de D. Garde (2021), M. Porte (2021), C. Bazin-Desfrancois (2024) et C. Morand (2017) qui montrent que cette peur persiste en partie en raison d'une connaissance partielle de la CU et du poids des représentations négatives qui l'entourent (11,12,14,15).

La sexualité constitue un élément central du rapport à la contraception. Les patientes associent parfois les changements, reprises ou arrêts de contraception à des transitions affectives, rupture ou nouvelle relation, traduisant le lien entre la vie sexuelle et la volonté de gestion du risque procréatif. Pour les patientes plus âgées, la contraception devient avant tout un outil de sécurité et de maîtrise de la vie sexuelle et familiale, symbole d'autonomie et de contrôle sur leur corps.

6. Rapport sociétal dans la contraception en général, la CU et la sexualité

L'environnement sociétal et familial influence profondément la manière dont les patientes appréhendent la contraception et la sexualité.

Certaines évoluent dans un contexte familial ouvert, où le dialogue autour de la sexualité facilite l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle. La thèse de M. Porte (2021) montre que les patientes recherchent fréquemment le soutien d'une figure féminine : mère sœur ou amie (11). Cette observation rejoint les conclusions de la thèse de A. Dumont (2015), qui décrit la mère comme une confidente privilégiée, tandis que le père reste le plus souvent en retrait (37). Ce schéma se retrouve également dans notre étude, où la figure maternelle apparaît comme un repère rassurant et central dans l'accompagnement contraceptif.

À l'inverse, d'autres patientes décrivent le poids du tabou au sein de leur foyer, rendant difficile tout échange sur la sexualité ou la contraception. Ce silence familial alimente la peur du jugement et renforce le besoin de confidentialité médicale. M. Porte (2021) dans sa thèse rapporte ce tabou avec l'aveu d'une sexualité à l'adolescence qui est parfois difficile à aborder avec ses parents (11). Ces constats rejoignent ceux de la thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024), où les jeunes femmes expriment une gêne à évoquer la CU avec leurs parents, préférant en parler à leurs amies (15).

Certaines patientes vivent mal ce tabou dans leur famille et auraient souhaité pouvoir se confier à eux sur la prise de leur CU comme nous le rapporte D. Garde (2021) dans sa thèse (12).

Au-delà du cadre familial, un tabou sociétal persiste autour de la sexualité et de la contraception. M. Porte (2021) rappelle que l'histoire de la contraception et de l'avortement demeure un sujet sensible, encore traversé par des controverses morales et religieuses (11). Dans notre étude, toutefois, les freins à la contraception exprimés par les patientes ne présentaient pas de caractère religieux. Les travaux d'I. Nisand vont dans le même sens, soulignant que l'éducation sexuelle relève avant tout du corps médical pour être efficace, les parents et les enseignants rencontrant souvent des difficultés à aborder ces thématiques, en raison du tabou encore très présent dans ces sphères proches (90).

Enfin, à l'instar de notre étude, la thèse de V. Novès (2012) met en évidence un tabou persistant autour de la sexualité et de la contraception dans le milieu médical, particulièrement chez les adolescentes, qui craignent un manque de confidentialité avec leur MT (73). Ce constat s'articule avec nos observations précédentes sur la non-évocation spontanée de la CU par le MG et sur l'importance de la relation de confiance, détaillées dans les catégories II et III.

Ainsi, la parole des patientes montre que la liberté contraceptive dépend étroitement du climat social et relationnel dans lequel elle s'inscrit : plus ce cadre est bienveillant, plus la prévention et la discussion deviennent possibles.

Catégorie V : Représentations et vécu des patientes sur les oublis de CO

1. Se rendre compte de l'oubli

La pilule reste le premier mode de contraception utilisé en France mais son excellente efficacité est limitée en pratique par les oublis de prise et une mauvaise gestion de ces oublis (56). L'oubli de la pilule est un événement fréquent, à la fois banal dans le discours des patientes et porteur d'un fort retentissement émotionnel. Il cristallise la tension entre la contrainte quotidienne de la prise hormonale et la peur d'une grossesse non désirée. Ce vécu mêle vigilance, culpabilité et stratégies d'adaptation, en lien direct avec la connaissance, parfois limitée, de la CU.

Cependant différents travaux ont constaté un manque de connaissance des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli, nombres d'entre eux ont exploré spécifiquement les connaissances et attitudes des patientes en cas d'oubli (35,36,56,91,92). La thèse de M. Paul (2021) confirmait la méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli chez une grande majorité des patientes interrogées : seulement 15 % savaient quoi faire en cas de retard inférieur à 12 heures et 25 % en cas d'oubli supérieur à 12 heures. Il est à noter que 40 % des patientes de cette étude avaient déjà eu recours à la CU (36). Dans la thèse de A. Mieuset (2016), portant sur plus d'une centaine de questionnaires, 22 % des patientes déclaraient oublier leur pilule au moins une fois par cycle, tandis que 25 % manifestaient une mauvaise connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli. Seule 1 % des participantes disposait d'une connaissance jugée satisfaisante, comprenant la maîtrise du délai lié à l'oubli, la façon de prendre le comprimé oublié, l'utilisation d'une méthode de protection supplémentaire (préservatif) et les conditions de recours à la CU. Ces résultats mettent en évidence un contraste marqué entre la fréquence des oublis contraceptifs et la rareté des connaissances correctes sur la conduite à tenir dans ces situations (35). La thèse de W. Abdellah (2013) met en évidence la fréquence des oublis de pilule (plus d'une femme sur deux) et la méconnaissance de la conduite à tenir, la majorité n'ayant consulté aucune source d'information et adoptant des comportements à risque malgré un sentiment de bonne connaissance. Seules 14 % avaient eu recours à la CU après un rapport à risque. Ces données illustrent un déficit d'information et la nécessité d'un accompagnement éducatif renforcé par le MG (91). La méconnaissance sur la conduite à tenir est ainsi largement constatée et d'après la thèse de S. Pfeiffer (2021), si cette information est facilement

donnée lors de la prescription initiale de la CO, elle est rarement répétée au cours des prescriptions de renouvellement (56).

Dans notre étude, la plupart des patientes reconnaissent avoir déjà oublié leur pilule, parfois à plusieurs reprises, souvent dans des contextes de fatigue, de stress ou de modification des routines. Selon la thèse de C. Poullain (2022), les principales circonstances de l'oubli sont l'occupation et la fatigue (92). L'oubli est perçu par nos patientes avec une certaine ambivalence : il peut susciter gêne ou inquiétude mais aussi être relativisé ou banalisé selon le degré d'exposition au risque et la perception que les femmes en ont. Certaines femmes considèrent qu'un simple doute équivaut à un oubli, préférant agir « par précaution ». Cette description illustre le rôle central de la responsabilité perçue dans la gestion contraceptive, que la thèse de D. Garde (2021) retrouve également, les patientes y exprimant une vigilance accrue mais parfois angoissante vis-à-vis de la prise quotidienne (12).

2. Impact sur le comportement de la patiente post oubli

L'oubli de pilule déclenche souvent une sensation d'urgence et une recherche active d'information. Certaines patientes évoquent spontanément la crainte d'une grossesse et l'incertitude sur la conduite à tenir. Certaines consultent leur pharmacien, recherchent des conseils médicaux physiques ou en ligne, lisent leur notice de contraception ou se tournent vers un proche de confiance, souvent la mère. Ce réflexe d'information immédiat rejoint les observations de la thèse de D. Garde (2021) et de F. Michel (2022), qui montrent une mauvaise connaissance généralisée des gestes à adopter après un oubli, mais également une forte réassurance apportée par l'avis médical (12,93). Comme le rapporte F. Michel dans sa thèse (2022) : l'oubli peut constituer un sujet tabou, mais aussi s'accompagner d'une recherche auprès de l'entourage, des professionnels de santé, sur Internet ou sur des supports remis en consultation. La recherche d'information pour savoir quoi faire est centrale et le MG a un rôle à jouer pour en donner les clés aux patientes en amont, ce qui a été montré par de nombreux travaux sur la méconnaissance des patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli (92,93).

Les conduites adoptées varient selon la situation : certaines reprennent la pilule dès le constat de l'oubli, d'autres préfèrent ne pas « doubler » la dose, et seules quelques-unes suspendent temporairement les rapports sexuels ou recourent au préservatif. La prise de CU dépend alors du délai écoulé, du contexte relationnel et de l'évaluation personnelle du risque. On retrouve ces notions dans la thèse de C. Poullain (2022) : les attitudes dictées par la peur et la culpabilité de l'oubli de contraception sont la prise du comprimé oublié, la prise de la CU, le test de grossesse, ou bien aucune action, soit par manque de connaissance, soit par indifférence (92).

3. Inquiétude sur les conséquences de l'oubli

La principale source d'anxiété est la crainte d'une grossesse non désirée. Le stress est souvent proportionnel au temps écoulé entre l'oubli et sa constatation. Les patientes relient parfois l'oubli à un dérèglement du cycle menstruel, notamment lorsque la pilule est utilisée pour réguler les règles. Certaines associent l'absence de règles à un signe rassurant d'efficacité contraceptive, d'autres au contraire s'inquiètent d'un possible échec.

Ces représentations rejoignent les thèses de D. Garde (2021) et de S. Pfeiffer (2021), qui mettent en évidence que la peur d'une grossesse domine le vécu et le discours des femmes après un oubli de pilule (12,56). A. Dumont (2015) rapporte que cette inquiétude est d'autant plus marquée lorsque la connaissance du risque réel de fécondation est limitée (37). À l'inverse, certaines femmes relativisent l'oubli en dehors de périodes d'activité sexuelle, traduisant une hiérarchisation du risque selon le contexte. A contrario, selon F. Michel (2022), le stress généré par la responsabilité de l'oubli peut perturber le quotidien et constituer un facteur d'oubli à lui seul (93).

D'autres patientes expriment une inquiétude concernant les répercussions de l'oubli sur leur organisme, évoquant des craintes d'effets secondaires graves ou bénins ou de perturbations du cycle,

souvent associées à une méfiance vis-à-vis des hormones. Ces perceptions rejoignent les observations de S. Pfeiffer (2021) dans sa thèse (56). Dans notre étude, une patiente a même mentionné la crainte d'un risque de cancer lié à l'oubli, illustrant à quel point certaines idées reçues peuvent entretenir une anxiété marquée autour de la contraception hormonale.

S. Pfeiffer (2021) souligne encore que la question de la gestion des oublis peut être perçue comme intrusive, car elle laisse entendre une possible défaillance de la patiente dans la maîtrise de sa contraception. Pourtant, l'objectif du médecin est précisément de lui fournir les connaissances nécessaires pour faire face à ces situations et prévenir une grossesse non désirée. C'est à ce paradoxe, entre respect de l'autonomie et accompagnement pédagogique, que le MG se trouve confronté (56). Ce sentiment de culpabilité face à l'oubli se retrouve également dans notre étude : plusieurs patientes ont exprimé le besoin de se justifier, affirmant qu'il s'agissait d'un incident exceptionnel et qu'elles ne recommenceraient pas. Cette attitude traduit la crainte d'être jugées négativement par le médecin, comme si l'oubli de contraception remettait en cause leur sérieux, leur "bonne conduite" contraceptive ou les faisait passer pour négligentes.

Cette variabilité émotionnelle souligne l'importance d'une information adaptée, capable de transformer un épisode perçu comme une faute en une situation gérable et anticipée.

4. Stratégies pour limiter les oublis

Les patientes mettent en place des dispositifs variés pour limiter les oublis : alarmes sur téléphone, rituels quotidiens de prise, association à des gestes de routine (brossage des dents, repas du soir), ou encore repères visuels (boîte visible). Ces stratégies pour éviter les oublis ont été également décrites dans la thèse de A. Brosset (2020) et de F. Michel (2022) (80,93). Ces stratégies relèvent d'un apprentissage comportemental renforcé par l'expérience de l'oubli, mais aussi par la peur de revivre un épisode anxiogène. Ce rapport proactif à la contraception traduit un engagement fort dans la maîtrise du corps et rejoint les résultats des thèses de C. Bazin-Desfrancois (2024) et de D. Garde (2021), où la persistance à maintenir une régularité contraceptive est vécue comme une marque de contrôle personnel et de responsabilité féminine (12,15). Dans notre étude, la prise d'une CU avec la culpabilité ressentie après sa prise a même parfois été un déclic en vue d'une meilleure observance afin de ne pas réitérer cette expérience de stress et de culpabilité ressentie. Selon C. Poullain dans sa thèse (2022) : les principaux leviers identifiés par les patientes pour les limiter sont le changement de contraception, le changement d'horaire de prise, l'implication du conjoint, l'alarme ou les applications. Elle souligne également que les professionnels de santé peuvent avoir une place pour leur permettre d'améliorer leurs connaissances sur le fonctionnement de leur corps et de la contraception afin de permettre une meilleure adhésion et observance (92).

5. Perception du risque de grossesse

La perception du risque de grossesse varie fortement selon les patientes, leur âge, leur mode de contraception, leurs connaissances et leur vécu. Certaines surestiment la protection offerte par la CO, estimant qu'un oubli ponctuel ne compromet pas son efficacité, tandis que d'autres la sous-estiment en raison d'une méconnaissance du fonctionnement hormonal.

La thèse d'A. Dumont (2015) met également en évidence une méconnaissance du risque de grossesse, les patientes sous-estimant ce risque et se sentant peu concernées par la CU en raison de leur prise régulière de contraception orale (37). Dans notre étude, cette représentation se retrouve et s'exprime même à travers un sentiment d'incompatibilité entre CO et CU, certaines patientes considérant qu'elles ne peuvent ou ne doivent pas associer les deux. Cette perception semble liée à une confusion entre les finalités des deux méthodes : la CO étant perçue comme un moyen « continu » garantissant une protection totale, et la CU comme un recours exceptionnel réservé aux femmes « non protégées ». Pour certaines, l'idée d'ajouter une « deuxième pilule » suscite également une inquiétude vis-à-vis d'un excès d'hormones ou d'un risque pour le corps, renforçant ainsi leur réticence

à l'utiliser. Ces éléments rejoignent les observations de D. Garde (2021), qui soulignent que certaines patientes perçoivent la contraception orale comme un moyen entièrement fiable, n'impliquant pas la nécessité d'un recours à la CU, même en cas d'oubli ponctuel. Cette représentation conduit à une sous-estimation du risque réel de grossesse, et donc à un non-recours à la CU dans des situations à risque (12).

Cette mauvaise évaluation du risque est également observée lors des périodes de transition contraceptive, marquées par une incertitude quant à la persistance de la protection. Par ailleurs, plusieurs participantes de notre étude ont rapporté une mauvaise estimation du risque de grossesse a posteriori, liée soit à l'absence de règles sous contraception microprogestative, pouvant faire suspecter à tort une grossesse, soit à la survenue d'une hémorragie de privation sous contraception oestroprogestative, pouvant au contraire rassurer à tort sur une absence de grossesse.

Selon la thèse de D. Garde (2021), le risque de grossesse est souvent sous-estimé par les femmes, notamment en raison de l'âge plus avancé, d'une grossesse récente ou de la période d'allaitement. Ces contextes sont fréquemment perçus comme moins à risque, ce qui conduit certaines patientes à banaliser les oublis contraceptifs (12). Le post-partum et l'allaitement constituent ainsi des moments particulièrement propices à une sous-estimation du risque : la thèse de Yogesparan (2016) montre que de nombreuses femmes assimilent à tort l'aménorrhée d'allaitement à une absence d'ovulation, alors que la fertilité peut réapparaître avant le retour de couches (88). Ces constats rejoignent les témoignages de participantes de notre étude, pour lesquelles l'allaitement est perçu comme une protection naturelle suffisante. Cette sous-estimation du risque est confirmée par les données quantitatives du baromètre Santé 2016, où l'utilisation de la CU était la plus fréquente chez les 15–19 ans, puis diminuait nettement avec l'âge (30).

La thèse de G. Audot (2017) met en évidence une méconnaissance fréquente du risque réel de grossesse, identifiée comme le principal frein à l'utilisation de la CU. Cette perception erronée concerne particulièrement les femmes de plus de 40 ans, qui se considèrent souvent comme moins fertiles, et les patientes déjà mères. L'étude souligne également que l'information délivrée par les professionnels de santé semble davantage orientée vers les plus jeunes, notamment les adolescentes, au détriment des femmes plus âgées. Enfin, un quart des participantes pensaient que le risque de grossesse ne survenait qu'en milieu de cycle, révélant une confusion persistante sur la période de fécondité et la nécessité d'une éducation renforcée autour de ce risque (34).

Plusieurs études confirment cette tendance : selon Goulard et al. (2003), malgré une bonne connaissance théorique de la CU, seules 25 à 30 % des femmes y ont effectivement recours après un rapport à risque, la principale explication étant la sous-évaluation du risque de grossesse (94). De son côté, l'étude de S. Dupuis (2018) rapporte que 81 % des patientes en demande d'IVG évoquaient une mauvaise perception de ce risque, à l'origine de l'absence de prise de la CU (32).

Une étude qualitative menée par C. Free (2002) éclaire les dimensions psychologiques sous-jacentes à cette sous-estimation du risque de grossesse : la honte liée à la prise de la CU, la peur du jugement social, et la stratégie d'évitement du risque perçu pour préserver son estime de soi (95). Ce phénomène se retrouve dans notre étude, où certaines patientes adoptent une forme d'évitement du risque, préférant le minimiser plutôt que d'affronter la démarche de recours à la CU.

Dans notre étude, la plupart des patientes rapportaient soit une prise unique de CU, soit une absence totale de recours à celle-ci. Ce constat, également retrouvé par D. Garde (2021), interroge sur le manque de questionnement des femmes face aux risques de grossesse, notamment au regard de la fréquence des oublis contraceptifs observés (12).

Catégorie VI : Représentations et vécu des patientes sur leurs connaissances de la CU et l'accès à ces connaissances

1. Connaissance perçue par la patiente

Les patientes de cette étude perçoivent la CU comme la « pilule du lendemain », notion connue mais souvent mal comprise. Si la plupart ont entendu parler de son existence, les niveaux de connaissance restent hétérogènes et influencés par l'expérience personnelle, le vécu contraceptif et les connaissances reçues par différentes sources. L'information apparaît souvent fragmentaire, parfois erronée, et sa mobilisation semble altérée par le stress lié à la peur d'une grossesse non désirée.

La thèse de C. Morand (2017) comparant des femmes ayant eu recours à une IVG à un groupe témoin n'a pas mis en évidence de différence significative de connaissances de la CU. Ces résultats suggèrent que la méconnaissance de la CU touche de façon large la population féminine, indépendamment du contexte d'IVG, et interroge sur l'efficacité de l'information transmise aux patientes (14).

Dans notre étude, la majorité des patientes expriment un sentiment de méconnaissance concernant la CU. Presque toutes les patientes ne savent pas comment elle agit ni précisément dans quels délais elle doit être prise. Cette méconnaissance rejoint les constats de nombreuses thèses de médecine générale qui soulignent toutes une information lacunaire, souvent acquise de manière indirecte et non actualisée (10–12,14,96). C. Dutheil dans sa thèse (2019) retrouve effectivement une méconnaissance des patientes concernant la CU, mais aussi sur la conduite à tenir en cas d'oubli, ce qui a été confirmé par notre étude (10). Dans la thèse de D. Garde (2021), cette méconnaissance est particulièrement marquée chez les patientes plus âgées, souvent porteuses d'un DIU et moins concernées par la prise de CU, certaines allant jusqu'à exprimer une absence d'intérêt ou un éventuel désir d'accepter une grossesse accidentelle (12).

Pour d'autres patientes, la connaissance perçue est plus solide, notamment chez celles ayant déjà eu recours à la CU. Ce vécu renforce leur sentiment de maîtrise, comme l'ont observé les thèses de D. Garde (2021) et C. Dutheil (2019) : l'expérience d'utilisation est un facteur d'appropriation des connaissances et de confiance (10). Les femmes qui n'y ont jamais eu recours tendent, à l'inverse, à sous-estimer leur méconnaissance du sujet et à ne pas rechercher spontanément d'informations. Ce constat a été fait dans notre étude, mais également dans celle de D. Garde (2021) (12).

La notion d'urgence de cette CU apparaît bien intégrée par toutes les patientes : les patientes savent qu'une prise rapide est nécessaire, même si la temporalité exacte reste floue, allant de 24 heures à une semaine selon les patientes de notre étude. Ce constat rejoint la thèse de D. Garde (2021), où la majorité associaient la CU à une action immédiate sans pour autant en connaître les délais précis (12).

Cependant, le niveau de connaissance perçu par les patientes reste très subjectif. Dans notre étude, certaines expriment un sentiment de méconnaissance alors qu'un entretien approfondi révèle finalement des bases solides, autant sur les délais que sur les modalités de prise et de suivi de la CU. À l'inverse, d'autres se déclarent parfaitement informées, mais présentent en réalité des lacunes importantes, en particulier sur ces délais et conduite à tenir après la prise. Ce décalage souligne l'importance, pour le MG, d'évaluer non seulement la perception que les patientes ont de leurs propres savoirs mais aussi leurs connaissances réelles. En effet, une patiente se déclarant peu informée pourra être instruite, confortée dans ses acquis ou corrigée si besoin, tandis qu'une patiente convaincue de bien connaître le sujet risque de conserver des représentations erronées si le professionnel se fie uniquement à ce ressenti et ne va pas plus loin.

Il apparaît donc essentiel, lors du conseil contraceptif, de distinguer la connaissance ressentie de la connaissance réelle sur la CU. En effet, se limiter à une question fermée du type « *Souhaitez-vous davantage d'informations sur la contraception d'urgence ?* » peut conduire le médecin à sous-estimer

les besoins réels de la patiente. Une réponse négative ne traduisant pas nécessairement une compréhension correcte, mais pouvant simplement refléter une confiance excessive dans des représentations erronées. À l'inverse, une approche ouverte, permettant à la patiente d'exprimer spontanément ce qu'elle sait ou croit savoir, favoriserait la mise en évidence de ces malentendus et un ajustement plus ciblé du discours médical.

2. Perceptions de situations nécessitant la prise de CU

Dans notre étude, la CU est principalement identifiée comme une solution de « secours » en cas de rapport non protégé ou de rupture de préservatif. En revanche, son utilisation à la suite d'un oubli de pilule si elle est évoquée, n'est pas partagée par toutes les patientes. Cette représentation limitée s'accompagne de fausses croyances persistantes, certaines patientes estimant que la CU est inutile lorsqu'elles utilisent déjà une contraception orale. Ce constat rejoint les observations de D. Garde (2021), qui souligne la tendance des femmes sous pilule à sous-estimer leur risque de grossesse (12).

Les travaux de S. Dupuis (2018) vont dans le même sens : en France, une grossesse sur trois n'est pas prévue, et la non-utilisation de la CU figure parmi les principaux facteurs d'échec contraceptif, souvent liée à une mauvaise évaluation du risque de grossesse (32). Cette discordance entre connaissance et comportement apparaît également dans notre étude : la CU est perçue comme une solution fiable, mais parfois jugée incompatible avec les pratiques contraceptives habituelles, traduisant une sous-estimation du risque réel de grossesse et une surestimation de la protection conférée par la contraception orale.

3. Informations reçues et souhait d'informations sur les différents aspects de la CU

Les patientes expriment un fort besoin d'informations détaillées et pratiques sur la CU, portant principalement sur les délais de prise, l'efficacité de la CU, la fréquence d'utilisation possible, les effets indésirables, le mécanisme d'action et la conduite à tenir après la prise. Ces attentes recoupent les observations des thèses de M. Porte (2021), D. Garde (2021), B. Arsac (2015) et C. Bazin-Desfrancois (2024), qui décrivent des demandes récurrentes d'explications simples et personnalisées (11,12,15,40).

La thèse de C. Morand (2017) comparant des femmes ayant recours à une IVG à un groupe témoin montre que, si les connaissances sur la CU ne différaient pas significativement, les patientes ayant vécu une grossesse non désirée (IVG) étaient plus susceptibles de rechercher des informations complémentaires, notamment sur l'oubli de pilule ou le fonctionnement de la CU. En revanche, les femmes du groupe témoin, non confrontées à cette situation, sollicitaient moins ce type d'information. Ces résultats montrent que l'expérience d'un échec contraceptif agit souvent comme un déclencheur de recherche d'information, soulignant la nécessité pour le MG d'accompagner de manière proactive les patientes afin de prévenir les représentations erronées et les usages inadaptés, même chez celles qui ne sollicitent pas spontanément d'information (14).

La méconnaissance du délai d'efficacité de la CU constitue un point central : de nombreuses femmes croient qu'elle n'est efficace que dans les 24 heures, comme le rapportent les thèses de A. Dumont (2015), M. Porte (2021) et C. Bazin-Desfrancois (2024) (11,15,37). Dans notre étude, les connaissances à ce sujet sont très variables : certaines patientes pensent qu'elle ne peut être prise que dans les 24 premières heures, d'autres estiment qu'il faut attendre 24 heures avant de la prendre, et d'autres encore évoquent des délais allant de 48 heures à une semaine. Le Baromètre Santé 2016 indique par ailleurs que, si 95 % des moins de 30 ans connaissent la CU, moins de 1 % savent que son efficacité peut s'étendre jusqu'à 5 jours avec l'ulipristal d'acétate (30). Plusieurs auteurs, dont C. Dutheil (2019), soulignent l'importance d'abandonner l'expression « pilule du lendemain », source de confusion temporelle, au profit d'une formulation actualisée adaptée aux différents types de CU et leurs délais (10).

Dans notre étude, toutes les patientes connaissaient l'accès à la CU en pharmacie, mais elles jugeaient utile que cette information leur soit rappelée, en particulier chez les plus jeunes. Il convient de noter que notre population comprenait uniquement des femmes de 18 à 45 ans ; l'accès à la CU et la connaissance de ce dispositif chez les mineures n'ont donc pas été explorés, alors que ces aspects pourraient représenter un frein ou un manque d'information plus marqué à cet âge.

Dans les différentes thèses portant sur les attentes des patientes concernant l'information autour de la CU, il ressort, comme dans notre étude, un besoin fort d'explications claires et complètes. Les femmes souhaitent avant tout être informées des effets indésirables possibles, afin de savoir à quoi s'attendre et de pouvoir distinguer ce qui relève d'un effet normal d'une situation nécessitant une vigilance particulière. Le fonctionnement de la CU suscite également un vif intérêt : beaucoup expriment le souhait de comprendre simplement le mécanisme d'action pour mieux appréhender son rôle et s'y investir plus sereinement. L'efficacité du traitement et la conduite à tenir après la prise apparaissent enfin comme des points essentiels pour les patientes, qui souhaitent pouvoir anticiper la suite et adapter leur comportement de manière éclairée (11,12,14,40).

Le DIU au cuivre reste largement méconnu en tant que méthode de CU. Dans notre étude, seules quelques patientes en avaient entendu parler, mais elles ne l'évoquaient pas de manière spontanée et gardaient une préférence pour la CU hormonale. Ce résultat peut s'expliquer cependant par le profil de notre population, composée de patientes sous contraception orale, plus enclines à privilégier un mode per os à une méthode durable et plus invasive. Ces observations rejoignent les thèses de M. Porte (2021) et G. Sonnet (2020), où le DIU est également rarement mentionné spontanément par les patientes à cause de leurs méconnaissances sur le sujet (11,97). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) souligne que cette connaissance du DIU comme CU concerne principalement des femmes travaillant dans le milieu médical et note également que, même après information, le DIU est perçu comme moins accessible et plus contraignant en raison de la pose (15). Dans sa thèse, G. Sonnet (2020) s'est intéressé spécifiquement au DIU au cuivre en tant que CU, en étudiant les connaissances et attentes des patientes. Si la plupart d'entre elles ne le connaissaient pas en tant que CU, de nombreux freins ont été identifiés chez la majorité d'entre elles, comme la crainte d'infections génitales, la douleur liée à la pose, la peur de percevoir le DIU lors des rapports sexuels, ainsi que la crainte de la modification du cycle menstruel. Néanmoins, une large majorité de patientes se montraient favorable à recevoir des informations sur le DIU comme méthode de CU, percevant son intérêt notamment pour la poursuite d'une contraception régulière grâce à sa pose durable (97). Ce constat rejoint notre étude, et même si nos patientes sont moins intéressées par le DIU comme CU, elles souhaitent avoir une information exhaustive sur les différentes possibilités pour leur permettre de faire leur choix.

Dans notre étude, la gratuité ou le remboursement de la CU apparaissent comme secondaires, les patientes estimant que devant le stress d'une grossesse non désirée et la nécessité de prendre la CU, elles ne seraient pas freinées par son coût, rendant cette information non essentielle à leurs yeux. Ce constat n'est pas retrouvé dans les autres travaux, notamment celle de D. Garde (2021) où cet aspect secondaire n'est pas retrouvé avec des patientes désireuses d'être informées pleinement à cet égard (12). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024), portant sur une population comprenant une petite proportion d'étudiantes en santé, souligne que ces aspects économiques restent à prendre en compte dans une approche de santé publique avec des patientes désireuses de se projeter dans leurs pratiques (15). Par ailleurs, des travaux réalisés chez des patientes plus jeunes comme ceux de M. Porte (2021) ou de V. Noves (2012), montrent que le coût ou la gratuité de la CU peut constituer un facteur d'intérêt, révélant un frein à sa prise qui n'a pas été observée dans notre étude (11,73).

4. Sources et ressources d'informations sur la CU

Les patientes identifient plusieurs sources d'information sur la CU : l'éducation scolaire, les professionnels de santé, les notices médicamenteuses, l'entourage familial et amical, ainsi qu'Internet. La fiabilité perçue et l'influence de ces sources varient selon l'âge et les expériences des patientes. Les

différentes thèses sur le sujet retrouvent ces mêmes sources, en ajoutant également les médias, qui n'ont pas été mentionnés dans notre étude (11,12,15).

L'éducation sexuelle à l'école, généralement au collège ou au lycée, constitue la première source d'information évoquée par les patientes, mais elle est perçue comme inégale. Plusieurs participantes rapportent ne jamais y avoir eu accès, soit en raison de leur âge, l'éducation sexuelle étant alors non systématiquement intégrée aux programmes scolaires, soit du fait d'aléas organisationnels ayant conduit à l'annulation ou à la non-reprogrammation de ces séances en classe. Les thèses de C. Bazin-Desfrancois (2024), M. Porte (2021) et D. Garde (2021) confirment que, malgré son caractère obligatoire depuis 2001, elle reste dispensée de manière hétérogène dans les écoles (11,12,15). Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité révélait en 2016 que 25 % des établissements n'avaient mis en place aucune action éducative (98). Selon la thèse de V. Novès (2012), l'efficacité des séances d'éducation sexuelle dépend étroitement de la maturité affective et sexuelle des adolescents ainsi que de leur intérêt pour ces thématiques, souvent variables (73). Dans notre étude, les patientes reconnaissent l'utilité de ces cours, qu'elles jugent fiables, surtout lorsque le dialogue familial est limité. Elles regrettent toutefois le manque de clarté et l'approche trop générale de ces séances, laissant certaines zones d'ombre. De plus, la gêne éprouvée en groupe et la crainte du regard des autres restreignent la possibilité de poser des questions, ce qui a été retrouvé dans d'autres thèses comme celle de C. Bazin-Desfrancois (2024) (15). Plusieurs patientes expriment le souhait d'espaces individuels, par exemple au collège ou au lycée, où elles pourraient s'exprimer librement, éventuellement avec le soutien d'une infirmière scolaire.

Les professionnels de santé sont perçus comme des sources fiables, bien que peu sollicitées spontanément par les patientes. Comme souligné précédemment, la CU est rarement abordée de manière proactive par les professionnels, étant surtout évoquée lors de la première prescription de contraception et rarement à l'occasion des renouvellements, tout comme le retrouvent C. Bouquet (2015) et C. Bernard (2023) dans leurs thèses (42,43). Dans notre étude, les gynécologues ont souvent été consultés pour cette première prescription, et pour certaines patientes, ils constituaient quasiment le seul professionnel médical à aborder la CU, l'abord de la CU par le MG étant quasi inexistante dans notre patientèle étudiée. La pharmacie constitue, quant à elle, un lieu privilégié pour l'obtention d'informations, particulièrement dans les situations à risque où les patientes recherchent la CU ; elle est perçue davantage comme un complément d'information que comme le lieu de découverte de l'existence de la méthode. Dans notre étude et tout comme le constatent M. Porte (2021) et A. Dumont (2015), les patientes ont besoin de rechercher des informations fiables avant l'utilisation de la CU et ont une préférence pour l'information apportée par le MT ou le pharmacien (11,37). Contrairement à d'autres études, le CPEF n'a pas été mentionné par nos patientes comme source d'information, bien que certaines en aient eu connaissance, alors qu'il est décrit dans les travaux de D. Garde (2021) et V. Novès (2012) comme un espace confidentiel et d'écoute privilégié (12,73). La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) souligne également que ce lieu offre la possibilité d'anonymat, perçue par les patientes comme un atout, et garantit une fiabilité des informations grâce à la formation spécifique des professionnels de santé sur place (15). Comme le souligne C. Dutheil (2019) dans sa thèse, elle retrouve un défaut d'information de la part des professionnels de santé au profit des sources hors milieu médical, que ce soit les médias, le milieu scolaire ou l'entourage (10).

Le cercle familial, et en particulier la figure féminine de la mère, joue un rôle central d'accompagnement rassurant, notamment à l'adolescence. Certaines patientes rapportent avoir bénéficié d'un discours parental sur la sexualité et la prévention des IST ou des grossesses non désirées, tandis que d'autres indiquent que leurs parents ont motivé leur première consultation contraceptive, que ce soit pour des raisons contraceptives ou pour régulariser leurs cycles (11,80). La famille, et en particulier la mère, constitue souvent la première source d'information pour les patientes en situation à risque afin de savoir comment réagir. Ce constat est également rapporté par M. Porte (2021), qui souligne la sollicitation prioritaire des proches féminins pour obtenir des renseignements (11).

Cette ouverture familiale n'est toutefois pas systématique : certaines patientes expriment une gêne à aborder leur sexualité avec leurs parents, comme évoqué précédemment dans la section sur les tabous familiaux. La thèse de C. Bazin-Desfrancois (2024) met en évidence la valeur éducative de cette transmission intergénérationnelle, certaines patientes estimant même que le MG pourrait informer les parents pour qu'ils relayent ces messages auprès de leurs enfants (15). Ce souhait de transmission générationnelle se retrouve dans notre étude : certaines patientes, bien qu'elles se sentent elles-mêmes peu concernées par la CU en raison d'un risque de grossesse perçu comme faible du fait de leur âge, souhaitent néanmoins disposer d'informations pour pouvoir répondre aux questions éventuelles de leurs enfants et les éduquer sur la contraception, et notamment de la CU.

Le cercle amical constitue une source d'échanges et de témoignages concrets. Toutefois, ces discussions restent souvent subjectives et peuvent véhiculer des informations approximatives. Les patientes soulignent à la fois le manque de fiabilité de ces échanges et le rôle de soutien que peuvent jouer leurs amies, en particulier lorsqu'elles ont vécu ou connaissent des situations similaires.

La recherche d'information autonome constitue la dernière source mentionnée par les patientes de notre étude pour s'informer sur la CU, que ce soit via le numéro vert dédié à la contraception, la notice de leur méthode contraceptive, ou plus fréquemment par Internet. Chez les patientes les plus jeunes, Internet apparaît comme le premier réflexe du fait de son accessibilité, bien qu'elles reconnaissent la variabilité de la fiabilité des contenus. En revanche, chez les patientes plus âgées, deux profils se distinguent : certaines privilégient les ressources physiques jugées plus fiables, comme les professionnels de santé ou les pharmaciens, tandis que d'autres consultent des sites considérés comme fiables, notamment des sites institutionnels. Ces observations sont cohérentes avec les travaux de M. Porte (2021) et D. Garde (2021), qui montrent que l'usage d'Internet comme source d'information est surtout fréquent chez les 15–30 ans, alors que les patientes de 30–45 ans en font peu mention (11,12).

Selon le Baromètre du numérique 2023, près d'un internaute sur deux (49 %) a déjà recherché des informations relatives à sa santé ou à celle d'un proche en ligne. Ce recours au numérique pour les questions médicales est particulièrement marqué chez les jeunes adultes, les personnes diplômées et celles résidant en milieu urbain (99). Consciente des risques liés à la diffusion d'informations inexactes sur de nombreux sites, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié dès 2007 un guide destiné à accompagner les internautes dans la recherche d'informations de santé fiables et validées scientifiquement (100).

Les thèses de M. Porte (2021) et de C. Bazin-Desfrancois (2024) soulignent que la recherche d'informations médicales en ligne peut autant rassurer qu'inquiéter, selon la fiabilité des sources consultées. Les contenus trouvés sont parfois formulés dans un langage trop médical, rendant leur compréhension difficile pour certaines patientes (11,15). Ce constat rejoint les observations de notre étude : plusieurs patientes rapportent avoir ressenti une anxiété accrue face à la dramatisation présente sur certains sites. Elles déclarent ainsi privilégier les plateformes qu'elles estiment les plus fiables, telles que les sites gouvernementaux, institutionnels ou validés par des médecins. Les patientes rapportent être désireuses d'avoir des références numériques vers lesquelles se tourner, conseillées par le MG, constat partagé dans la thèse de C. Morand (2017) (14).

Les patientes mentionnent également la recherche d'informations via l'intelligence artificielle, qu'elles perçoivent comme une source fiable, ainsi que l'exposition à des contenus relatifs à la contraception sur les réseaux sociaux, souvent reçus de manière passive, sans démarche de recherche active. La thèse de P. Briand et de M. Loctin (2020), consacrée à l'analyse des réseaux sociaux comme vecteur d'information contraceptive, montre que les internautes ne les considèrent ni comme totalement fiables ni comme dénués de crédibilité. La majorité des participantes exprimait toutefois le souhait de voir émerger un réseau social spécifiquement dédié à la contraception. L'auteur suggère qu'une telle plateforme, encadrée et validée par des professionnels de santé, pourrait constituer un outil innovant d'éducation contraceptive (101).

Enfin, un besoin de retours d'expérience ressort également de notre étude : les femmes cherchent à confronter leur vécu à celui d'autres utilisatrices afin d'anticiper les effets, de conforter leurs choix ou de réduire leurs inquiétudes. Les patientes de notre étude recherchent ce retour d'expérience dans leur entourage mais également sur internet via des forums. Ce besoin de partage émotionnel et pratique rejoint les observations de la thèse de M. Porte (2021), dans laquelle l'entourage féminin apparaît comme le premier relais d'information et de soutien (11).

Catégorie VII : Accessibilité de la CU en pharmacie

1. Pharmacie comme premier recours car facilité d'accès

Les patientes perçoivent la pharmacie comme le lieu le plus accessible et le plus rapide pour obtenir la CU. L'absence de rendez-vous, les horaires étendus et la proximité géographique en font leur premier réflexe en situation d'urgence, d'autant plus lorsque la peur d'une grossesse non désirée génère un sentiment de précipitation. La CU est souvent décrite comme un médicament à prendre rapidement, plaçant ainsi la pharmacie au cœur de ce parcours contraceptif. Ces observations rejoignent les conclusions de la thèse de M. Porte (2021), qui met en évidence que l'accessibilité de la pharmacie est perçue comme supérieure à celle du MG, souvent difficilement joignable dans les délais jugés compatibles avec l'urgence. De même, D. Garde (2021) note que le MG occupe une place secondaire dans ce contexte, en raison d'une disponibilité non adaptée à la temporalité vécue par les patientes (11,12). Dans notre étude, les patientes partagent cette vision positive de la pharmacie comme un lieu facile d'accès, pratique et rassurant, ce qui rejoint les résultats de C. Bazin-Desfrancois (2024) (15).

Le rôle central du pharmacien est également confirmé par la thèse de C. Dutheil (2019) : où environ 90 % des CU sont obtenues directement en officine, sans ordonnance, faisant du pharmacien le premier interlocuteur capable de répondre immédiatement au besoin et d'apporter une information initiale (10). Ce rôle dépasse la simple délivrance : la HAS rappelle que le pharmacien doit fournir une information claire et personnalisée, incluant les alternatives contraceptives et les recommandations de suivi (102).

Cependant, plusieurs travaux soulignent les limites de la démarche éducative du pharmacien dans le contexte d'urgence. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (2009) note que l'urgence de la situation rend la patiente peu réceptive à l'information délivrée (103). Les thèses de D. Garde (2021) et de M. Porte (2021) confirment cette difficulté : le moment de la délivrance ne se prête pas toujours à une écoute active ni à une assimilation complète des informations (11,12). Enfin, la thèse quantitative de G. Aelbrecht (2017) indique que la moitié des patientes auraient souhaité recevoir davantage d'informations de la part du pharmacien lors de la délivrance de la CU, notamment sur la bonne utilisation de celle-ci (96).

2. Discours de la pharmacie perçu comme positif

La qualité de l'accueil et de l'information en pharmacie est perçue de manière ambivalente par les patientes. Certaines rapportent une expérience positive, où le pharmacien fournit des explications claires sur la conduite à tenir et les effets secondaires, jouant ainsi un rôle de réassurance essentiel pour réduire le stress et la culpabilité associés à la situation. Ces observations rejoignent ceux de la thèse de M. Porte (2021), où la majorité des participantes se déclaraient satisfaites du conseil et de la qualité du discours délivrés en officine (11). La thèse de D. Garde (2021) souligne également que, si certaines femmes jugent l'information claire et suffisante, notamment lorsqu'elle s'accompagne d'une attitude bienveillante, d'autres la perçoivent comme trop succincte, se limitant à la seule explication de la prise (12).

3. Discours de la pharmacie perçu comme négatif par rapport à la CU

Toutefois, certaines patientes rapportent un vécu négatif en pharmacie, lié au manque d'intimité, à un sentiment de gêne ou à un jugement moral. Elles évoquent parfois des discours culpabilisants ou réduits à la simple explication du mode de prise, rejoignant les observations des thèses de D. Garde (2021) et M. Porte (2021), qui soulignent la variabilité du discours pharmaceutique selon la sensibilité du professionnel et le contexte d'accueil, souvent dépourvu d'intimité (11,12).

C. Bazin-Desfrancois (2024) précise que l'absence de confidentialité constitue un frein à la demande d'informations complémentaires, certaines patientes souhaitant que la délivrance se fasse dans un espace dédié, à l'écart du comptoir, afin d'éviter le regard d'autrui (15). Ces constats concordent avec la thèse de G. Aelbrecht (2017), où seuls 16 % des pharmaciens et 11 % des préparateurs déclaraient accueillir les patientes dans un espace confidentiel, alors que la HAS le recommande (96,102).

Le discours dissuasif ou moralisateur est également rapporté par certaines femmes, particulièrement chez les patientes plus âgées de la thèse de D. Garde (2021), tandis qu'il est presque absent chez les patientes plus jeunes de la thèse de M. Porte (2021) (11,12). Ce décalage générationnel pourrait s'expliquer par une évolution du regard social sur la sexualité et la contraception. Il peut également refléter une amélioration de l'accueil en officine, avec un regard plus ouvert et empathique au fil des années.

Certaines patientes, par honte ou crainte du jugement, demandent à leur conjoint de se rendre à la pharmacie à leur place, ce qui peut altérer la transmission des informations et renforcer les incompréhensions. Ce constat est partagé par C. Bazin-Desfrancois (2024), qui souligne que ce mode de recours peut nuire à la réception fidèle du message par la patiente concernée (15). Enfin, certaines patientes rapportent que le pharmacien a parfois véhiculé des idées reçues concernant la posologie ou la supposée dangerosité de la CU, illustrant la persistance de perceptions erronées au sein de la pratique pharmaceutique.

Catégorie VIII : Représentations et émotions autour de la CU : idées reçues

1. Représentation, vécu et émotion autour de la prise de la CU

Dans notre étude, la prise de la CU s'accompagne souvent d'une vigilance accrue et d'une inquiétude persistante quant au risque de grossesse. Plusieurs patientes rapportent avoir surveillé leur cycle, réalisé des tests de grossesse ou ressenti une anxiété durable après la prise. Ces observations rejoignent celles de M. Porte (2021) et D. Garde (2021), qui décrivent cette période comme anxiogène, marquée par la crainte de l'inefficacité du traitement et la peur d'une grossesse non désirée (11,12). De même, C. Bazin-Desfrancois (2024) souligne que certaines patientes expriment le besoin d'être réassurées par leur médecin sur l'absence de grossesse ou, à défaut, d'être orientées rapidement vers une prise en charge adaptée, telle qu'une éventuelle IVG, bien que ce dernier aspect n'ait pas été retrouvé dans notre étude (15).

Les patientes rapportent également un besoin de soutien émotionnel, qu'il provienne du conjoint, d'un proche ou du médecin, confirmant les résultats de C. Bazin-Desfrancois (2024), pour qui l'accompagnement post-prise est central, notamment face aux inquiétudes liées aux effets secondaires ou à la crainte d'une grossesse (15). Ces préoccupations concernant les effets sur le cycle, leur corps ou leur santé en général à la prise de cette CU sont également décrites par M. Porte (2021) et D. Garde (2021) (11,12).

Un autre aspect récurrent à la prise de la CU est la honte ou la culpabilité. Plusieurs patientes évoquent une gêne à en parler spontanément, en particulier avec un professionnel de santé, et la plupart ne l'avaient jamais évoquée avec leur MT. Ce ressenti rejoint les constats de D. Garde (2021),

C. Bazin-Desfrancois (2024) et M. Porte (2021), qui rapportent que la demande de CU en pharmacie peut être vécue comme culpabilisante ou embarrassante, et parfois perçue comme porteuse de jugement (11,12,15). Cette appréhension conduit certaines patientes à retarder ou éviter la demande, voire à déléguer l'achat à leur partenaire pour échapper au regard supposé désapprobateur du pharmacien ou du professionnel de santé.

La peur du jugement, qu'il provienne du médecin, du pharmacien ou de l'entourage, demeure un frein majeur pour la patiente. A. Dumont (2015) décrit également cette appréhension du regard des soignants et de la famille (37). D. Garde (2021) précise que certaines femmes vivent le recours à la CU comme un acte caché, marqué par un sentiment d'isolement et d'exclusion, lié à la crainte du regard et du jugement d'autrui (12).

Si cette expérience est difficile pour certaines, d'autres patientes la partagent avec leur partenaire, perçu comme un soutien. Dans notre étude, plusieurs femmes rapportent que le conjoint a joué un rôle actif, que ce soit dans la prise de décision, l'obtention du médicament ou le soutien émotionnel après la prise. D. Garde (2021) note que la présence du conjoint, notamment dans un contexte de relation stable, tend à atténuer la charge émotionnelle associée à cette situation (12). C. Bazin-Desfrancois (2024) souligne l'importance d'impliquer davantage les hommes dans la prévention et l'information autour de la CU, afin de favoriser un partage des responsabilités et renforcer leur rôle de soutien et de réassurance (15). La place du conjoint varie toutefois selon les patientes : certaines l'intègrent pleinement, tandis que d'autres ne le mentionnent pas, traduisant une perception de la contraception encore centrée sur la responsabilité féminine. Ce positionnement semble influencé toutefois par la stabilité du couple, l'âge de la patiente et le contexte relationnel et social, notamment les tabous persistants autour de la sexualité.

Enfin, pour certaines patientes, la prise de la CU constitue un véritable déclencheur vers une contraception plus régulière ou mieux adaptée à leur mode de vie, rejoignant les observations de Y. Amsellem-Mainguy (2007) (104). À l'inverse, d'autres femmes décrivent cet épisode comme culpabilisant, avec le sentiment d'avoir failli à leur responsabilité contraceptive. Cette impression d'erreur ou de négligence les conduit ensuite à adopter une vigilance accrue afin d'éviter de revivre une situation similaire, constat également rapporté par D. Garde (2021) (12).

2. Représentation positive de la CU

Dans notre étude, la CU est majoritairement perçue de manière positive. Les patientes la considèrent comme une solution efficace, médicalement encadrée et rassurante face au risque de grossesse non désirée. Sa disponibilité procure un sentiment de sécurité aux patientes, qui soulignent l'importance d'un recours rapide pour garantir son efficacité. Ces perceptions font écho aux travaux de M. Porte (2021), D. Garde (2021) et C. Bazin-Desfrancois (2024), qui soulignent le soulagement éprouvé par les femmes à l'idée de pouvoir disposer de cette option (11,12,15).

Pour certaines patientes, la CU est davantage un outil de maîtrise d'un imprévu qu'un signe d'échec, C. Bazin-Desfrancois (2024) précise ainsi qu'elle contribue à réduire le stress lié à la crainte d'une grossesse non désirée (15). D. Garde (2021) souligne que l'ambivalence du désir maternel peut compliquer la décision de recourir à la CU, certaines femmes hésitant entre la volonté d'éviter une grossesse non prévue et la projection possible dans une maternité qu'elles pourraient assumer ultérieurement (12). Dans notre étude, ce questionnement n'a été observé que de manière ponctuelle, principalement chez des patientes en parcours d'infertilité ou de PMA.

Si la CU suscite parfois de la méfiance, la majorité des patientes la considèrent avant tout comme une mesure ponctuelle, sûre et conforme aux recommandations médicales. Peu de freins à son utilisation ont été exprimés, comme le rapportent également D. Garde (2021) et B. Arsac (2015) (12,40). Toutefois, sa perception reste souvent ambivalente : entre la crainte d'effets potentiels sur la santé et la reconnaissance de son utilité pour prévenir une grossesse non désirée, les patientes

oscillent entre prudence et nécessité. Pour beaucoup, la décision de la prendre ne relève pas d'un véritable choix mais plutôt d'une absence d'alternative, la peur d'une grossesse non désirée l'emportant largement sur celle des effets secondaires, comme le souligne également M. Porte (2021) (11).

3. Représentation négative autour de la CU : freins à son utilisation

À l'inverse, certaines patientes expriment une perception plus négative de la CU, liée à un manque de connaissance, à la peur des effets secondaires ou à des idées reçues persistantes. Elle est parfois perçue comme un médicament « fort », voire dangereux, et incompatible avec une contraception hormonale régulière. Ces résultats rejoignent ceux de M. Porte (2021), A. Dumont (2015) et L. Aury (2017), qui décrivent des freins similaires, principalement nourris par la peur d'altérer la santé ou par une mauvaise compréhension du mécanisme d'action (11,37,105). C. Dutheil (2019) hiérarchise ces obstacles : la peur du jugement apparaît en premier, suivie de la crainte des effets sur l'organisme et enfin d'une sous-estimation du risque réel de grossesse (10). C. Bazin-Desfrancois (2024) ajoute que de nombreuses femmes ressentent le besoin d'échanger avec un professionnel de santé ensuite pour se rassurer sur leur choix et confirmer qu'elles n'ont pas mis leur santé en danger, ce qui rejoint les résultats de notre étude (15).

La représentation de la CU comme une méthode ponctuelle mais risquée si elle est répétée demeure très répandue. Tout comme nous, M. Porte (2021), D. Garde (2021) et B. Arzac (2015) notent que certaines patientes redoutent une baisse d'efficacité ou un impact sur la fertilité en cas d'utilisation répétée (11,12,40). Dans notre étude, plusieurs participantes associaient la répétition de la CU à une attitude jugée irresponsable, tout en valorisant son usage ponctuel comme légitime et prudent. Cette dualité traduit une forme d'ambivalence sociale : la CU peut être à la fois stigmatisée comme le signe d'un manque de vigilance et perçue comme une solution responsable lorsqu'elle est utilisée avec discernement.

Par ailleurs, certaines patientes assimilent encore la CU à une « pilule fortement dosée » ou à un médicament potentiellement abortif. Ces représentations abortives sont décrites par M. Porte (2021), D. Garde (2021) et C. Bazin-Desfrancois (2024), mais non retrouvées dans notre échantillon (11,12,15).

La méfiance à l'égard de la CU semble également alimentée par un déficit d'information claire de la part des professionnels de santé ou par des connaissances erronées, notamment concernant son impact supposé sur la fertilité. Plusieurs travaux soulignent la persistance encore forte de cette idée reçue (11,12,14,15,37,40,105). C. Bazin-Desfrancois (2024) précise que ces craintes portent surtout sur le risque d'infertilité, mais aussi, plus largement, sur une appréhension d'effets négatifs pour la santé, notamment chez les femmes présentant des antécédents médicaux ou des traitements concomitants (15). Certaines patientes évoquent en outre des représentations erronées, telles que la croyance que la CU pourrait protéger contre les IST, ou un sentiment d'incompatibilité entre CU et contraception orale, notion que nous avons déjà évoqué dans la partie consacrée à la perception du risque de grossesse. B. Arzac (2015) souligne par ailleurs que les craintes liées à l'usage de la CU varient selon l'âge, le projet de maternité, le mode de vie ou les croyances religieuses, dimension non observée dans notre travail (40).

Enfin, au-delà de ses aspects médicaux, la prise de CU revêt une forte portée symbolique. Comme le relève Y. Amsellem-Mainguy (2013), certaines femmes la vivent comme un échec personnel ou une remise en question de leur responsabilité contraceptive et de leur capacité à anticiper, tandis que d'autres y voient une preuve d'autonomie et de réactivité face à un imprévu. Cette ambivalence illustre le poids des normes sociales et de la représentation du « bon usage » de la contraception dans la construction de l'identité féminine (104).

4. Projection dans le conseil à autrui autour de la CU

Les patientes de notre étude se projettent volontiers dans un rôle de transmission et de conseil auprès de leur entourage, notamment de leurs enfants. Elles cherchent à dédramatiser le recours à la CU tout en soulignant le caractère ponctuel. Ce positionnement traduit à la fois l'intégration de leur propre expérience et une volonté de participer à la prévention. Ce désir d'informer rejoint les observations de D. Garde (2021), qui met en évidence, y compris chez les femmes plus âgées, un besoin persistant d'être mieux renseignées afin de pouvoir à leur tour transmettre des connaissances fiables à leurs filles ou à d'autres jeunes femmes. Ces patientes perçoivent ainsi leur rôle non seulement comme bénéficiaires, mais aussi comme relais d'information et d'éducation à la santé sexuelle (12).

Catégorie IX : Evolutivité au cours du temps

1. Avancées médicales dans le temps et ancienneté de la CU

Dans notre étude, plusieurs patientes, principalement les plus âgées, évoquent l'évolution de la CU au fil du temps. Certaines se souviennent une période où la « pilule du lendemain » consistait simplement à doubler la dose de leur pilule contraceptive habituelle, avant la commercialisation de molécules spécifiquement dédiées à cet usage. Ces récits témoignent à la fois de l'ancienneté de la pratique et de la persistance d'une transmission intergénérationnelle des savoirs et des idées reçues, parfois avec la transmission d'une connaissance obsolète concernant la CU (20,22).

2. Assouplissement des tabous sociétaux et transmissions intergénérationnelle

Les patientes de notre étude perçoivent une ouverture progressive de la société à l'égard de la sexualité et de la contraception, favorisée par l'éducation sexuelle, la médiatisation et une parole plus libre au sein des familles. Les femmes les plus âgées soulignent le contraste entre le silence de leurs propres parents sur ces sujets et le dialogue qu'elles souhaitent désormais instaurer avec leurs enfants, témoignant ainsi d'un recul des tabous et d'une volonté de transmission. Beaucoup expriment le désir de fournir à leurs filles une information claire, fiable et déculpabilisante, afin d'éviter les situations de méconnaissance ou de gêne qu'elles-mêmes ont pu vivre. Cette évolution rejoint les observations de M. Porte (2021) et de D. Garde (2021), qui met en évidence une perception de la CU de plus en plus décomplexée, reflet d'un assouplissement des normes sociales et d'une approche plus ouverte et préventive de la sexualité (11,12).

3. Evolution des attentes selon l'âge au cours de la vie de la femme

Dans notre étude, les femmes jeunes expriment un besoin plus important d'accompagnement et d'explications détaillées concernant la CU, tandis que les patientes plus âgées apparaissent plus autonomes et confiantes dans leur démarche. L'expérience personnelle accumulée, souvent marquée par des oublis ou des épisodes antérieurs, semble conférer davantage de confiance et de maturité dans la gestion contraceptive.

Les thèses de M. Porte (2021) et de D. Garde (2021) confirment que la survenue d'une grossesse non désirée demeure une épreuve difficile à tout âge, mais qu'elle est particulièrement mal vécue à l'adolescence ou chez les jeunes adultes, période marquée par une forte charge émotionnelle, une plus grande sensibilité au regard social et une stabilité dans la vie personnelle et professionnelle encore fragile (11,12). Chez les patientes plus âgées, la maturité, l'expérience et la meilleure connaissance de leur corps contribuent à une anticipation plus efficace et à une attitude plus rationnelle face au risque de grossesse (12).

4. Evolution des ressources et des réflexes informationnels

L'accès à l'information, notamment en matière de contraception, a profondément évolué au fil du temps. Les patientes décrivent aujourd'hui une recherche facilitée avec l'essor du numérique : via Internet, les ressources numériques ou les réseaux sociaux. Si cette évolution favorise une démarche plus autonome et proactive, elle expose également à une confusion face à la profusion de contenus et à la fiabilité souvent variable des sources disponibles.

Ce contraste générationnel est bien mis en évidence dans les thèses de M. Porte (2021) et de D. Garde (2021) : les femmes les plus jeunes mentionnent fréquemment internet comme leur principale source d'information en cas de besoin, tandis que les patientes plus âgées continuent de privilégier le MT, le pharmacien ou leur entourage proche (11,12). Cette évolution souligne la nécessité, pour les professionnels de santé, de réaffirmer leur rôle de médiateurs et de garants d'une information fiable.

Nos résultats suggèrent par ailleurs que la diversification des supports d'information pourrait renforcer le recours approprié à la CU et limiter les mésusages. Le MG pourrait ainsi orienter les patientes vers des ressources validées : sites institutionnels, brochures explicatives ou réseaux sociaux encadrés, afin d'assurer une information claire, cohérente et adaptée à chaque génération (14,101).

5. Évolution des sentiments et représentations au cours de la vie de la femme

Le rapport émotionnel à la CU semble évoluer avec l'âge et l'expérience de la patiente. Dans notre étude, les jeunes femmes associent plus fréquemment la prise de la CU à des sentiments de stress, de honte ou de peur du jugement, tandis que ces émotions tendent à s'atténuer avec le temps et l'accumulation d'expériences contraceptives. Avec les années, les patientes décrivent un vécu plus apaisé et une perception moins culpabilisante de ce recours.

Ces observations rejoignent les travaux de M. Porte (2021), qui met en évidence une variation du vécu émotionnel selon la situation conjugale et la période de vie, ainsi que ceux de D. Garde (2021), qui rapporte une diminution progressive du besoin d'accompagnement avec l'âge, souvent corrélée à l'adoption de méthodes perçues comme plus fiables ou moins sujettes aux oublis (11,12).

6. Mémoire floue sur la perception rétrospective

Enfin, quelques patientes plus âgées évoquent la difficulté à se souvenir avec précision de leur première utilisation de la CU, survenue parfois plusieurs années auparavant. Ces souvenirs, souvent partiels ou flous, semblent liés au temps écoulé, à la banalisation progressive de la CU ou encore à la faible charge émotionnelle associée à certains épisodes.

D. Perspectives

Cette étude met en lumière la nécessité de renforcer le rôle du MG comme acteur proactif de la prévention en matière de CU. Il apparaît essentiel que celui-ci aborde plus systématiquement la question de la CU, notamment lors de l'entrée dans la sexualité, des premières prescriptions de contraception orale ou lors de ses renouvellements. Cet abord peut rester simple, par une question ouverte ou la remise d'une ressource fiable à consulter en cas de besoin. Plusieurs leviers concrets peuvent être envisagés :

- Intégrer régulièrement une question ouverte sur la CU lors des consultations de renouvellement de contraception,
- Mettre à disposition des supports d'information (flyers, affiches en salle d'attente, sites de référence) pouvant servir de point d'entrée à la discussion ou d'aide-mémoire,
- Ajouter sur l'ordonnance des conseils personnalisés, notamment les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule, ou un lien vers un site d'information fiable vers lequel se tourner, afin de renforcer la perception du risque de grossesse et de rappeler la compatibilité entre CO et CU.

Sur le plan de la recherche, il serait intéressant de mesurer, avant et après leur mise en œuvre, l'effet de ces interventions sur la fréquence d'abord de la CU en consultation, sur la qualité du dialogue entre les patientes et leurs médecins, ainsi que sur la demande d'information et la perception du risque de grossesse. Ces outils permettraient de promouvoir un « conseil minimal », reconnu pour son efficacité dans l'amélioration des connaissances contraceptives, tout en s'intégrant aisément dans le cadre d'une consultation de médecine générale (63).

Par ailleurs, notre étude souligne l'intérêt de distinguer la connaissance perçue de la connaissance réelle des patientes concernant la CU, souvent surestimée. Une question fermée du type « Souhaitez-vous davantage d'informations sur la CU ? » peut conduire le médecin à surestimer leurs connaissances, tandis qu'une approche ouverte, invitant la patiente à exprimer ce qu'elle sait, permet d'identifier plus finement les idées reçues et d'adapter le discours médical. Une étude future pourrait évaluer l'impact de ces approches sur la qualité de l'information délivrée et la durée de la consultation.

La prévention autour de la CU devrait également inclure les adolescents de sexe masculin. Informer les jeunes hommes sur la CU, notamment via le MG, permettrait de les responsabiliser, de favoriser le dialogue au sein du couple et de lutter contre la perception d'une responsabilité exclusivement féminine. Cette idée rejoint les résultats de la thèse de N. Cuissot (2017), qui montrait que les hommes se sentaient peu impliqués dans la contraception, mais exprimaient un réel souhait d'informations (79).

Enfin, l'amélioration des connaissances et de la formation des MG apparaît comme une perspective essentielle. Plusieurs travaux ont montré que l'abord de la CU en médecine générale restait limité par un manque de connaissances ou d'aisance des praticiens sur le sujet. Le développement de formations courtes, accessibles et interactives, par exemple sous forme de modules vidéo de 20 à 30 minutes, pourrait représenter une solution pratique pour améliorer ces compétences. L'évaluation de telles interventions, à travers des études avant/après mesurant leur impact sur les connaissances et les pratiques des médecins, apparaîtrait pertinente. Les résultats déjà observés dans certains travaux, notamment celui de M. Majzner (2014) sont encourageants et suggèrent l'intérêt de poursuivre dans cette voie (46).

Enfin, si les patientes incluses dans cette étude étaient déjà suivies médicalement et sous CO, il serait intéressant d'étendre la recherche à des populations moins médicalisées comme les femmes précaires ou non suivies qui restent particulièrement exposées aux grossesses non désirées et aux IVG (106). L'exploration de leurs attentes et de leurs représentations constituerait une piste pertinente pour renforcer les stratégies de prévention globale.

VI. Conclusion

Cette étude qualitative met en lumière la richesse et la complexité des représentations des patientes concernant la CU, ainsi que leurs attentes vis-à-vis du MG. La CU est perçue comme une solution efficace pour éviter une grossesse non désirée, mais son utilisation implique plusieurs préalables : reconnaître une situation à risque de grossesse, avoir des connaissances fiables sur la CU et y avoir rapidement accès. Dans notre étude, à l'instar des nombreux autres travaux réalisés sur le sujet, on constate effectivement ce manque de connaissance ainsi qu'une mauvaise perception du risque de grossesse, notamment en ce qui concerne l'oubli de contraception.

Cette prévention autour de la CU demeure encore peu abordée en médecine générale. Peu de patientes rapportaient en avoir discuté avec leur MT, alors même qu'elles exprimeraient le souhait d'une information spontanée sur ce sujet. Ce silence perçu a parfois été interprété comme un tabou, un manque de temps, une absence de recommandation médicale ou une confiance implicite du médecin dans l'observance sans oubli, mais aussi d'un sentiment que la CU ne les concernaient pas, estimant la prise de leur CO comme fiable et ne percevant pas de risques aux oublis potentiels. La figure du MG, reste pour autant centrale dans le parcours des patientes. Il est attendu pour son rôle d'écoute, de soutien et de clarification des connaissances, contribuant à une bonne relation de confiance. Les patientes expriment le besoin d'une information fiable et dénuée de jugement, permettant de déconstruire des idées reçues parfois tenaces comme la perception de la CU comme un produit « fortement dosé », la crainte d'effets secondaires graves, d'un impact sur la fertilité, la confusion avec la CO et le sentiment d'incompatibilité avec elle. Cette méconnaissance participe à une vigilance anxieuse après la prise avec une crainte d'inefficacité, marquée par le contrôle répété du cycle, ou par la réalisation de tests de grossesse.

Au-delà de l'information, la dimension émotionnelle de la CU apparaît comme un élément clé. La prise est fréquemment associée à du stress, de la culpabilité et de la honte, particulièrement chez les patientes jeunes, tandis que l'expérience et la maturité favorisent une approche plus apaisée. Pour certaines femmes, la CU représente un déclic vers une contraception régulière, soulignant son rôle possible comme point d'entrée dans une réflexion plus globale sur la santé reproductive. Les résultats montrent que la pharmacie constitue le premier lieu de recours, grâce à son accessibilité et à la rapidité de délivrance. Cependant, les patientes soulignent l'importance du discours accompagnant : lorsqu'il est clair, bienveillant et rassurant, il permet de sécuriser l'usage de la CU ; mais lorsqu'il est culpabilisant ou intrusif, il renforce la gêne, la honte et parfois la stigmatisation.

Les patientes reconnaissent également une évolution générationnelle avec une diminution des tabous autour de la sexualité et de la contraception, un accès facilité à l'information grâce aux ressources numériques, mais aussi un risque de confusion liée à la multiplicité et à la fiabilité variable des sources, notamment numériques. Les attentes évoluent selon l'âge, avec une demande d'accompagnement renforcée chez les plus jeunes bien que non exprimée et une diminution progressive de la gêne avec le temps.

Ainsi, cette étude souligne la nécessité, pour le MG, d'investir pleinement son rôle d'acteur de prévention et d'éducation en matière de CU. En fournissant une information claire, adaptée et empathique, il peut contribuer à réduire les idées reçues, à accompagner les émotions souvent intenses entourant la prise de la CU et à favoriser une meilleure autonomie contraceptive chez les patientes. Les patientes sont demandeuses d'un médecin qui les informe sur la CU de façon spontanée, de manière précoce au début de la sexualité ou de la contraception, de façon répétée et ouverte à la recherche de lacunes dans leurs connaissances et avec des supports visuels pour ancrer la mémorisation ou les réflexes en cas de besoin.

Enfin, ces résultats invitent à renforcer l'intégration de la CU dans l'éducation à la santé, dès l'adolescence mais pas uniquement, et à encourager les médecins à aborder cette thématique dans le cadre plus large de la santé sexuelle et reproductive.

VII. Bibliographie

1. **Vilain A, Fresson J, Lauden C, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).** La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023. *Etudes et Résultats*. 2024 sept ;(1311):1-8 [En ligne]. [consulté le 17 août 2025]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240924_ER_Nombre_IVG
2. **Andro A, Bajos N, Bellamine R, Bergström M, Beaubatie E, Bohet A, et al.** Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 : Inserm-ANRS-MIE [en ligne]. *Contexte des Sexualités en France*. 2024 nov. 1-44. [consulté le 12 oct 2025]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
3. **Haderli D.** Evaluation de l'application du modèle BERCER chez les femmes en situation de difficultés contraceptives. [Thèse d'exercice]. Limoges : Université de Limoges, Faculté de Médecine ; 2015.
4. **Vilain A, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).** Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [En ligne]. *Etudes et Résultats*. 2016 ;(968) :1-6. [consulté le 13 août 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
5. **Zagdoun Lepont C.** État des lieux de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse en Pays de la Loire : étude transversale multicentrique et prospective chez 667 patientes. 84p. [thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes, Faculté de Médecine ; 2018.
6. **Oz A, Vallee J.** Contraception hormonale post-coïtale dans les pays développés. *Exercer Revue Francophone de Médecine Générale*. 2021;(173):216-223. [En ligne] [consulté le 14 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/search?s=vall%C3%A9e&page=1>
7. **Chane-Wet L.** La contraception hormonale post-coïtale: vision et connaissance des médecins généralistes. 65p. [Thèse d'exercice]. Saint Etienne : Université Jean Monnet (Saint-Étienne), Faculté de Médecine; 2018.
8. **Doro A, Clépoint J.** La contraception d'urgence: étude de la relation entre l'information donnée par les médecins généralistes isérois et les connaissances de leurs patientes. 75p. [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Grenoble Alpes, Faculté de médecine ; 2022.
9. **Moreau S.** Niveaux de connaissances d'un groupe de médecins généralistes au sujet de la contraception d'urgence et étude d'une corrélation avec leurs représentations. 61p. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers, faculté de médecine ; 2018.
10. **Dutheil C.** État des lieux des connaissances d'un échantillon de femmes de 15 à 50 ans sur la contraception hormonale d'urgence en Poitou-Charentes. 86p. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers, faculté de médecine ; 2019.
11. **Porte M.** Contraception d'urgence: vécu et attentes des patientes de 15 à 30 ans concernant l'information délivrée par leur médecin traitant : enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés dans le Gard. 115p. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier, faculté de médecine ; 2021.
12. **Garde D.** Contraception d'urgence: vécu et attentes des patientes de 30 à 45 ans concernant l'information délivrée par leur médecin traitant : enquête qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés dans le Gard. 122p. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier, faculté de médecine ; 2021.
13. **Tissier M, Lepreux C.** Création de "capsules prévention: contraception d'urgence et infections sexuellement transmissibles" au sein de la région Grand Est : impact sur l'autonomie et les connaissances des patientes. 86p. [Thèse d'exercice]. Nancy : Université de Lorraine, Faculté de médecine ; 2024.

14. **Morand C.** Contraception d'urgence: connaissance et attentes des femmes de leur médecin généraliste. Comparaison entre des femmes réalisant une IVG et des femmes de la population générale. 43p. [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Descartes, Faculté de Médecine ; 2017.
15. **Bazin-Desfrancois C.** Quels sont les rôles du médecin généraliste perçus et attendus par les femmes concernant la prise en charge globale de la contraception d'urgence ? 199p. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine ; 2024.
16. **Haute Autorité de Santé.** Contraception d'urgence : Recommander les Bonnes Pratiques. Fiche mémo [En ligne]. Paris : HAS ; 2013 :1-4. [consulté le 13 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence
17. **VIDAL.** La pilule du lendemain [En ligne]. *vidal.fr*. 2023 [consulté le 13 août 2025]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/pilule-lendemain.html>
18. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).** La contraception [En ligne]. *cngof.fr*. 2025 [consulté le 13 août 2025]. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-contraception/>
19. **Faucher P, Hassoun D, Linet T.** 6. Contraception d'urgence. In : Faucher P, auteur. *La contraception*. Paris : Vuibert ; 2019. p. 95-106. (Hors collection). [En ligne] [consulté le 13 août 2025]. Disponible sur: <https://stm-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/la-contraception--9782311661057-page-95>
20. **Kolanska K, Faucher P, Daraï É, Bouchard P, Chabbert-Buffet N.** La contraception d'urgence - Une longue histoire. *Médecine/Sciences*. 2021 août ;37(8-9):779-784. [En ligne] [consulté le 22 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.medecinesciences.org/articles/medsci/abs/2021/07/msc200526/msc200526.html>
21. **Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC).** Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. [En ligne]. *avortementancic.net*. 2013 [consulté le 22 janv 2025]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
22. **Fostier D.** Évolution des méthodes contraceptives au fil du temps et dans le monde. 114p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Pharmacie ; 2024.
23. **Assurance Maladie (Ameli).** Contraception d'urgence hormonale gratuite [En ligne]. *ameli.fr* ; 2025 [consulté le 14 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception-urgence/contraception-urgence-gratuite>
24. **Paganelli E.** Etat des lieux de la gynécologie médicale. *Cahiers du SYNGOF*. 2019 mars ;(116):16-7. [En ligne] [consulté le 12 oct. 2025]. Disponible sur : <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2019/04/LES-CAHIERS-DU-SYNGOF-N%C2%B0116-BD-ppp.pdf>
25. **Huet C.** Suivi gynécologique: quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes ? : étude qualitative. 111p. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine ; 2018.
26. **Karnycheff T, Chevillard G, Voillequin S, Roquebert Q.** Les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en France : différents profils d'activité. *Sante Publique*. 2025 ;37(2):127-144. [En ligne] [consulté le 22 sept 2025]. Disponible sur : <https://stm-cairn.info/revue-sante-publique-2025-2-page-127?lang=fr>
27. **Laval-Chassagne F.** Satisfaction et attentes des femmes majeures non ménopausées envers leur médecin généraliste en matière de contraception. 76p. [Thèse d'exercice]. Limoges : Université de Limoges, Faculté de Médecine ; 2024.
28. **Vilain A, Fresson J., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).** Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. *Etudes et Résultats*. 2023 sept

- ;(1281):1-8. [En ligne] [consulté le 27 mai 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>
29. **Duclos-Grisier A.** Interruption volontaire de grossesse : 243 623 IVG en 2023 [En ligne]. *vie-publique.fr*. 2024 [consulté le 7 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/295480-interruption-volontaire-de-grossesse-243-623-ivg-en-2023>
 30. **Rahib D, Le guen M, Lydié N.** Baromètre Santé 2016. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2017 ;(29):1-8. [En ligne] [consulté le 19 sept 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
 31. **Lelong N, Moreau C, Kaminski M.** Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005 févr ;34(1):53-61. [En ligne] [consulté le 22 sept 2025]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826717>
 32. **Dupuis S, Antomarchi J, Dani V, Dorez M, Delotte J.** Évaluation lors d'une IVG des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018 nov ;46(10):696-700. [En ligne] [consulté le 4 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918302472>
 33. **Ménard M.** Evaluation des pratiques et des connaissances de la contraception d'urgence chez des patientes hospitalisées pour une interruption volontaire de grossesse à l'hôpital de Blois. 145p. [Thèse d'exercice]. Tours: Université de Tours, Faculté de Médecine ; 2015.
 34. **Audot G.** Analyse du recours à la contraception d'urgence chez les patientes en demande d'interruption volontaire de grossesse: état des lieux en Limousin (353 patientes). 123p. [Thèse d'exercice]. Limoges : Université de Limoges, Faculté de Médecine ; 2017.
 35. **Mieuset A.** Etat des lieux de la connaissance des femmes majeures Héraultaises sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception hormonale. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier, Faculté de Médecine ; 2016.
 36. **Paul M.** Conduite à tenir en cas d'oubli de prise de contraceptif oestro-progestatif par voie orale, une étude prospective descriptive des connaissances des femmes. 64p. [Thèse d'exercice]. Marseille : Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine ; 2021.
 37. **Dumont A.** Les freins à l'utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes. 175p. [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1, Faculté de Médecine ; 2015.
 38. **Vilain A.** Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. 2011 juin ;(1):116-47. [En ligne] [consulté le 22 sept 2025]. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116>
 39. **Berthou L.** La contraception d'urgence: état des lieux des connaissances des jeunes de 20 à 24 ans : Étude quantitative réalisée auprès de 430 personnes en Bretagne. 53p. [Mémoire Sage-femme]. Brest : Université de Bretagne Occidentale, Ecole des Sage-femmes ; 2020.
 40. **Arsac B.** La contraception d'urgence vue par les femmes. [Thèse d'exercice]. Saint Etienne : Université Jean Monnet (Saint-Étienne), Faculté de Médecine ; 2015.
 41. **Bajos N, Moreau C.** FECOND « Fécondité - Contraception - Dysfonctions sexuelles » en France métropolitaine - Volet Population Générale (2009-2011) [En ligne]. Paris : Institut national d'études démographiques (INED) ; 2018 [consulté le 22 sept 2025]. Disponible sur: <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>

42. **Bouquet C.** Évaluation de la fréquence du « counseling » en matière de contraception d'urgence en médecine générale: Étude observationnelle auprès des maîtres de stage ambulatoires de Poitou-Charentes. 70p. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine ; 2015.
43. **Bernard C.** Quelle est l'information donnée par les médecins généralistes corses sur l'oubli de contraception et la contraception d'urgence ? 77p. [Thèse d'exercice] Marseille : Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine ; 2023.
44. **Naïmi-Lelong C.** La contraception d'urgence: opinions, souhaits et pratiques des médecins généralistes du département du Nord. 88p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille; 2013.
45. **Bouskine L.** Les connaissances des médecins généralistes et leur attitude à l'égard de la contraception d'urgence: recherche de freins à la prescription : revue systématique de la littérature. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine ; 2017.
46. **Majzner M.** Impact d'une intervention concernant la contraception d'urgence sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. 89p. [Thèse d'exercice]. Rouen : Université de Rouen Normandie, Faculté de Médecine ; 2014.
47. **Bucco-Guignon C.** Représentations des médecins généralistes concernant le counseling en matière de contraception d'urgence: enquête auprès de dix-huit médecins généralistes par entretiens semi dirigés dans la Vienne et les Deux Sèvres. 45p. [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de Médecine ; 2018.
48. **Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al.** Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris : Global média santé, CNGE productions ; 2021. 192 p.
49. **Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P.** Introduction à la recherche qualitative. *Exercer : La revue francophone de médecine générale*. 2008 ;19(84):142-5.
50. **Jouannin A, Andres E, de Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, Reymann JM, et al.** Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». *Exercer : La revue francophone de médecine générale*. 2019 sept ;105:306-13.
51. **Jouannin A, Lorenzo M.** Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 [En ligne]. *enquetes-partenaires.univ-rennes.fr*. 2020 [consulté le 23 août 2025]. Disponible sur: <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>
52. **Novick G.** Is There a Bias Against Telephone Interviews In Qualitative Research? *Research in nursing & health*. 2008 août ;31(4):391-8. [En ligne] [consulté le 1^{er} oct 2025]. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3238794/>
53. **Bertin M.** Place des médecins généralistes dans les échecs de contraception menant à l'interruption volontaire de grossesse: étude quantitative observationnelle transversale. 69p. [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, Faculté de Médecine ; 2022.
54. **Ometz V.** Expériences des patientes lors du renouvellement de contraception orale en médecine générale: une analyse phénoménologique 61p. [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux, Faculté de Médecine ; 2025.
55. **Berlaimont A.** Analyse de pratique des médecins généralistes lors d'une primo-prescription de contraception en Maine et Loire. 54p. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers, Faculté de Médecine ; 2025.
56. **Pfeiffer S.** Enquête qualitative sur le ressenti des patientes concernant l'information reçue au sujet de leur contraception orale, en particulier en cas d'oubli. 175p. [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg, Faculté de Médecine ; 2021.

57. **Tété K.** Attentes des patients envers leur médecin généraliste, concernant leur santé psychologique : une étude qualitative par entretiens individuels, en Auvergne. 61p. [Thèse d'exercice]. Clermont-Ferrand : Université Clermont Auvergne, Faculté de Médecine ; 2020.
58. **Clément J, Noël S.** Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles: étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres et Finistère. 94p. [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes, Faculté de Médecine ; 2021.
59. **Fortoul L, Escande J.** Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. 88p. [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, Faculté de Médecine ; 2017.
60. **Fu S.** Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'écoute active pour des médecins généralistes. 72p. [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris XI, Faculté de Médecine ; 2019.
61. **Pallade C.** Les attentes des femmes de 15 à 49 ans en matière de contraception en 2021. 108p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine ; 2022.
62. **Cornac M.** Analyse de la contraception utilisée un an après la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse au Centre Hospitalier Régional d'Orléans. 56p. [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours, Faculté de Médecine ; 2022.
63. **Joulia A.** Contraception orale: améliorer l'observance par le conseil minimal : étude de cohorte 2012/2013. 106p. [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine ; 2013.
64. **Fournier A, Vallee J.** Regard des femmes consultant pour leur contraception en médecine générale sur le DIU. *Exercer : La revue francophone de médecine générale*. 2015 mai ;26(121):196-204. [En ligne] [consulté le 26 juin 2022]. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/715
65. **Colombier L.** La qualité d'écoute des médecins généralistes : étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher. 79p. [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours, Faculté de Médecine ; 2017.
66. **Bourdouil C.** La proximité médecin-patient en médecine générale : De la relation professionnelle à la relation humaine, le médecin généraliste en quête du juste positionnement face au patient. Étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes en Alsace. 356p. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine ; 2019.
67. **Valot L, Lalau JD.** L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2020 déc ;14(8):761-767. [En ligne] [consulté le 5 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720300080>
68. **Rose J.** Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. 95p. [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux, Faculté de Médecine ; 2017.
69. **Haute Autorité de Santé.** Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique [En ligne]. Paris: HAS; 2014 [consulté le 5 oct 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
70. **Guérin H.** Analyse des pratiques des médecins généralistes d'Occitanie lors des consultations de santé sexuelle chez l'adolescente, depuis la création de la cotation « consultation de contraception et prévention » : étude quantitative par questionnaire. 48p. [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, Faculté de Médecine ; 2020.
71. **Gontier-Mazingue C.** Evolution de l'information reçue sur la contraception d'urgence depuis la mise en place de la cotation « Consultation contraception et prévention »: enquête auprès d'adolescentes dans la région d'Arras. 89p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine ; 2021.

72. **Dusz L.** Abord de la sexualité en médecine générale. 54p. [Thèse d'exercice] Dijon : Université de Bourgogne, Faculté de Médecine ; 2017.
73. **Novès V.** Sexualité et contraception : le point de vue des adolescents : étude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région toulousaine. 62p. [Thèse d'exercice]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, Faculté de Médecine ; 2012.
74. **Bieber Hatry ML.** Contraception: vécu et besoins des adolescentes en Eure-et-Loir. 88p. [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours, Faculté de médecine ; 2013.
75. **Weber L.** Influence de la représentation et du vécu des menstruations dans le choix d'une contraception: revue de littérature. 17p. [Mémoire de DIU de Gynécologie] Montpellier : Université de Montpellier, Faculté de Médecine ; 2018.
76. **Haute Autorité de Santé.** Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en Santé Publique [En ligne]. Paris : HAS ; 2013 [consulté le 13 août 2025] 17p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_urgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
77. **Bouladour J.** Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. 132p. [Thèse d'exercice]. Caen : Université de Caen Normandie, Faculté de Médecine ; 2018.
78. **Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N.** Advance supply of emergency contraception : a systematic review. *Contraception*. 2013 mai ;87(5):590-601. [En ligne] [consulté le 5 oct 2025]. Disponible sur : [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00821-9/abstract](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00821-9/abstract)
79. **Cuissot N.** La contraception d'urgence... et les hommes. 33p. [Thèse d'exercice]. Saint Etienne : Université Jean Monnet (Saint-Étienne), Faculté de Tours ; 2017.
80. **Brosset A.** Comment les femmes intègrent-elles la prise de leur contraception orale oestro-progestative dans leur quotidien, s'appropriant les contraintes et les avantages ? 75p. [Thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine ; 2020.
81. **Waymel M.** Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins : quelle place pour le médecin généraliste ? 67p. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier, Faculté de Médecine ; 2019.
82. **Mille D.** Abord de la sexualité en consultation: qu'en est-il aujourd'hui pour le médecin généraliste ? 117p. [Thèse d'exercice]. Versailles : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Faculté de Médecine ; 2017.
83. **Decaudain H, Robin C.** Consultation dédiée à la première prescription de contraception des mineures de 15 à 18 ans: analyse des modifications de pratique des médecins généralistes depuis la revalorisation de la cotation de cette consultation. 46p. [Thèse d'exercice] Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine ; 2019.
84. **Haute Autorité de Santé, Revel C, Canis M, Collinet P, Fritel X.** Prise en charge de l'endométriose : Recommandations de bonnes pratiques. Paris : HAS ; 2017 :1-39. [En ligne] [consulté le 8 oct 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometrioise_-_recommandations.pdf
85. **Obern C, Olovsson M, Tydén T, Sundström-Poromaa I.** Endometriosis risk and hormonal contraceptive usage: A nationwide cohort study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2024 sept ;131(10):1352-1359. [En ligne] [consulté le 8 oct 2025]. Disponible sur : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17812>

86. **Haute Autorité de Santé.** Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire. Recommandations de bonne pratique [En ligne]. Paris : HAS ; 2019 [consulté le 8 oct 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardiovasculaire
87. **Malfois-Masson C.** La contraception du post-partum: approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patientes. 110p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine ; 2015.
88. **Yogesparan Navinan K.** Contraception du post-partum et précarité: impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. 126p. [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine ; 2016.
89. **Delescluse MA, Marchalot A.** La contraception pendant l'allaitement. *CoFAM*. 2016 ;24. [En ligne] [consulté le 8 oct 2025]. Disponible sur : https://www.cofam-allaitement.org/wp-content/uploads/contraception_et_allaitement_20_nov_2016_pour_le_site.pdf
90. **Nisand I.** L'IVG en France. In: Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? état des lieux et perspectives en 2000 [En ligne]. Paris : Ed. Eska ; 2000 [consulté le 4 oct 2025]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_13.htm
91. **Abdellah W.** Que font les femmes dans la Somme quand elles oublient de prendre leur pilule ? 72p. [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, Faculté de Médecine ; 2013.
92. **Poullain C.** La femme face à l'oubli de pilule: étude qualitative menée chez les femmes réunionnaises. 95p. [Thèse d'exercice]. La Réunion : Université de la Réunion, Faculté de Médecine ; 2022.
93. **Michel F.** Éviter et gérer l'oubli de contraception orale. 29p. [Thèse d'exercice]. Saint Etienne : Université Jean Monnet (Saint Etienne), Faculté de Médecine ; 2022.
94. **Goulard H, Bajos N, Job-Spira N.** Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2003 sept ;31(9):724-729. [En ligne] [consulté le 4 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129795890300208X>
95. **Free C, Lee RM, Ogden J.** Young women's accounts of factors influencing their use and non-use of emergency contraception: in-depth interview study. *BMJ*. 2002 déc 14;325(7377):1393. [En ligne] [consulté le 9 oct 2025]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12480855/>
96. **Aelbrecht G.** La contraception d'urgence: évolution et prise en charge à l'officine : enquêtes auprès des patientes et des professionnels de santé. 121p. [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille, Faculté de Médecine ; 2017.
97. **Sonnet G.** Connaissances et opinion des femmes sur l'utilisation du dispositif intra-utérin en contraception d'urgence. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers, Faculté de Médecine ; 2020.
98. **Bousquet D, Laurant F, Collet M.** Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [En ligne]. France : HCE (*Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes*) ; 2016. 8p. Report No. : 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la>
99. **ARCEP, ARCOM, Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique, Conseil Général de l'Économie, République française, ANCT.** Baromètre du numérique 2023 : les principaux résultats. *Labo Société du Numérique* [en ligne]. 2024 [consulté le 10 oct 2025]. Disponible sur: https://labo.societenumerique.gouv.fr/fr/articles/barom%C3%A8tre-du-num%C3%A9rique-2023-les-principaux-r%C3%A9sultats/?utm_source=chatgpt.com#2-sante-engagement-associatif-information...-huit-personnes-sur-dix-considerent-internet-important-pour-etre-integre-dans-la-societe

100. **Haute Autorité de Santé.** La recherche d'information médicales sur internet. Rapport de la HAS à destination des internautes [En ligne]. Paris : HAS ; 2007 [consulté le 10 oct 2025] 10p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recherche_informations_medicales_internet.pdf
101. **Briand P, Loctin M.** Les réseaux sociaux comme source d'information sur la contraception chez les sujets de 18 à 25 ans en Haute-Savoie. 65p. [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Grenoble Alpes, Faculté de Médecine ; 2020.
102. **Darvoy E, Haute Autorité de Santé.** Contraception d'urgence : dispensation en officine. Recommander les bonnes pratiques [En ligne]. France : HAS ; 2013 maj. 2019 6p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/contraception_urgence_officine_maj_juillet2015.pdf
103. **Aubin C, Jourdin-Méninger D.** La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [En ligne]. *Inspection Générale des affaires sociales* ; 2009 [consulté le 11 oct 2025] 99p. Report No. : RM2009-104A. Disponible sur: https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2009-104a_la_prevention_des_grossesses_non_desirees___contraception_et_contraception_d_urgence_1_.pdf
104. **Amsellem-Mainguy Y.** La contraception d'urgence: analyse sociologique des pratiques contraceptives de jeunes femmes. 482p. [Thèse d'exercice]. France: Université Paris Descartes, Faculté de Sciences Humaines et Sociales ; 2007.
105. **Aury L.** Connaissance de la contraception d'urgence: étude d'une population étudiante de 19 à 24 ans. 54p. [Mémoire de Sage-femme]. Versailles : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Ecole de Sage-Femme ; 2017.
106. **Vilain A, Allain S, Dubost CL, Fresson J, Rey S.** Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *Etudes et Résultats* [En ligne]. Paris : Direction de la Recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) ; 2020 sept [consulté le 27 mai 2025] 7p. Report No. : 1163. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmer-en>

VIII. Annexes

ANNEXE 1 : FICHE D'INFORMATION PATIENTE AFFICHEE EN SALLE D'ATTENTE

Thèse sur la contraception Recherche de volontaires pour un entretien

Vous souhaitez partager votre expérience sur la contraception ?

Une **étudiante en médecine** réalise une thèse sur la contraception et recherche des volontaires pour répondre à un **entretien anonyme et confidentiel**.

Qui peut participer ?

Toute personne concernée par la contraception orale qui :

- Est renouvelée par son médecin traitant depuis au moins 6 mois
- A entre 18 et 45 ans
- Réside en Eure-et-Loir (28) ou à son médecin dans l'Eure-et-Loir (28)

Pourquoi participer ?

Votre témoignage contribuera à améliorer la compréhension et la prise en charge de la contraception en médecine générale. Votre participation aidera aussi cette étudiante à mener à bien son projet de thèse.

Comment ça se passe ?

- Un entretien d'environ 30 minutes
- En face à face dans le cabinet médical ou par téléphone, lors d'un rendez-vous fixé ensemble
- Entièrement anonyme, confidentiel et gratuit

Intéressée ou envie d'en savoir plus ?

⇒ Contactez **Julie SEGUINOT** à

**Merci d'avance !
Julie SEGUINOT**

Pour plus d'information n'hésitez pas à regarder la feuille d'information plus détaillée en scannant le code ci-contre :



FICHE D'INFORMATION

Participation à une Thèse sur la contraception

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je réalise une étude sur la contraception chez les patientes de 18 à 45 ans en Eure-et-Loir (28) qui sont renouvelées par leur médecin généraliste.

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre vos besoins, vos attentes et votre ressenti sur l'information et l'accompagnement proposé par votre médecin traitant en matière de contraception. Cette recherche vise à améliorer la prise en charge et l'accès à l'information pour toutes les patientes.

Votre participation consiste à un entretien d'environ 30 minutes réalisé de manière **anonyme, confidentiel et gratuit**. Cet échange aura lieu soit au cabinet médical () soit par entretien téléphonique selon votre convenance lors d'un rendez-vous que nous fixerons ensemble.

Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement vocal par le biais d'un dictaphone, les données seront ensuite retranscrites puis analysées pour en dégager les thèmes principaux. Vous pourrez refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Toutes les données recueillies seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude, elles seront ensuite **détruites** à la fin de l'étude. Votre participation est entièrement **volontaire** et vous pouvez à tout moment décider de vous retirer de l'étude sans aucune conséquence sur votre prise en charge médicale. Votre participation à cet entretien implique que vous ayez compris les objectifs de l'étude et que vous consentez à y participer de manière anonyme.*

Si vous souhaitez participer ou si vous souhaitez obtenir plus d'informations, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante ()

Je vous remercie par avance pour votre précieuse contribution à cette étude.

Julie SEGUINOT

Faculté de Médecine – Université François Rabelais à Tours

* Dans le cadre de cette étude toutes les informations collectées seront traitées conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles (**RGPD**). Les données fournies seront anonymisées, ce qui signifie qu'aucune information permettant de vous identifier directement ne sera collectée. Les données recueillies serviront uniquement à des fins de recherche dans le cadre de cette étude et ne seront pas partagées avec des tiers non impliqués dans la recherche.

Vous avez à tout moment le droit de :

- Accéder aux données vous concernant
- Rectifier ou compléter ces données si nécessaires
- Demander la suppression de vos données sous réserve de la législation en vigueur
- Vous opposer à l'utilisation de vos données ou retirer votre consentement sans que cela n'affecte votre prise en charge médicale.

Pour toute question concernant vos droits ou pour exercer vos droits relatifs à la protection de vos données personnelles vous pouvez contacter Julie SEGUINOT à ()

Guide d'entretien de Thèse Julie SEGUINOT (Médecine Générale - Promo 2019)

Sujet : Contraception d'urgence : étude qualitative sur les attentes des patientes de 18 à 45 ans en renouvellement de contraception orale par leur médecin généraliste en Eure-et-Loir (28).

1. Présentation de la patiente

Faisons connaissance, comment vous présenteriez-vous en quelques mots ?	Age En couple / célibataire / Enfants	Profession / études Vie en milieu rural / urbain
---	--	---

2. Contexte global du renouvellement de la contraception et parcours gynécologique de la patiente

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation de renouvellement pour votre contraception ?	Attendez-vous autre chose de cette consultation ?
Quelle contraception prenez-vous et depuis combien de temps ?	A quelle fréquence ont lieu vos renouvellements ? Avez-vous eu d'autres contraceptions avant ?
Avez-vous déjà eu des oublis ?	Quelles ont été vos inquiétudes à ce moment-là ? Quel a été votre réflexe à la suite de cet oubli ?
Avez-vous déjà été enceinte ? Pouvez-vous me raconter cette étape de votre vie, qu'il s'agisse d'une grossesse désirée ou surprise, d'une IVG, d'une fausse couche ou d'une autre situation ?	Est-ce que vous vous êtes sentie accompagnée à ce moment-là par le corps médical et par votre entourage ?

3. Connaissance sur la contraception d'urgence

A quoi pensez-vous si je vous parle de contraception d'urgence ?	
Comment définiriez-vous vos connaissances sur la CU ? Par exemple sur une échelle de 1 à 10.	Si vous deviez expliquer à une jeune amie la contraception d'urgence : que lui diriez-vous ? Dans quelles situations l'utiliseriez-vous ?
Comment avez-vous découvert la CU pour la première fois ? Vous en a-t-on parlé à d'autres moments depuis ?	Quel âge aviez-vous à ce moment-là ? Par quel biais en avez-vous eu connaissance ? (Milieu scolaire, médical, familial, amical, internet ou documentation, ... ?)

Votre médecin traitant a-t-il déjà abordé le sujet de la CU avec vous ?	<u>Oui</u> : Pouvez-vous me raconter ces consultations ? <u>Non</u> : A votre avis, pourquoi ce sujet n'a-t-il pas été abordé ?
Est-ce que d'autres sphères ont été pour vous sources d'informations sur ce sujet ? Lesquelles ont été les plus impactantes pour vous ?	Ecole, Lycée, Etudes supérieures, consultation médicale, famille, amis, internet, documentation, ...
Si vous avez déjà utilisé la contraception d'urgence, pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à la prendre, comment vous avez vécu cette situation et si vous avez recherché des informations avant ?	Était-ce à la suite d'un oubli, d'une rupture de préservatif ou d'une période sans contraception ?
Quelles réticences ou inquiétudes avez-vous eu ou pourriez-vous avoir concernant l'utilisation de la CU ?	Avez-vous trouvé les réponses à toutes vos questions ? Cela vous a-t-il déjà freiné dans son utilisation ?

4. Attentes de la patiente concernant la prévention de la CU par son médecin traitant

Selon vous quelle est la place de votre médecin traitant en ce qui concerne la CU ?	Attendez-vous de votre MT qu'il vous informe sur la CU ? Quelles sont vos attentes de sa part sur ce sujet ?
Comment aimeriez-vous que la thématique de la CU soit abordée en consultation ?	Préfereriez-vous être à l'initiative de cette demande, ou que le médecin aborde cette thématique de lui-même ? Pourquoi ?
Quels sont vos freins ou vos peurs à aborder ce sujet avec votre médecin traitant ?	
** Tout à l'heure vous m'avez parlé d'une consultation où votre MT a abordé la CU : avez-vous été satisfaite de l'information qu'il vous a délivrée ?	Qu'est ce qui aurait pu selon vous améliorer cette consultation ?
Quelles informations concernant la CU auriez-vous souhaité recevoir ?	Quels aspects techniques de la contraception d'urgence auriez-vous souhaité qu'il aborde ou non avec vous ? - Noms et différentes CU existantes / DIU au cuivre - Délai de prise / Taux d'efficacité en fonction du délai - Effets indésirables / contre-indications - Modalité d'accès et de remboursement - Mécanisme d'action et physiopathologie - Idées reçues - CAT à la suite de la prise (préservatifs, test de grossesse, ...)

A quels moments de votre vie auriez-vous aimé être informée sur la CU ?	Ces informations vous ont-elles manquées à une étape dans votre vie ? A quels moments faites-vous références ? A quelle fréquence aimeriez-vous que votre médecin traitant aborde la question de la CU ?
Sous quels formats aimeriez-vous que votre médecin aborde ce sujet lors de votre consultation ?	Comment préféreriez-vous que votre médecin vous informe sur la CU : oralement, par écrit, de manière rapide ou plus détaillée ? * Comment visualisez-vous ce support papier ? (Ordonnance, flyer, ...) A quel moment préféreriez-vous en parler : lors d'une consultation pour le renouvellement de contraception ou lors d'une consultation plus spécifique et dédiée à ce sujet ? * Si internet : sur quel(s) site(s) internet vous rendez-vous pour avoir votre réponse ?
Lorsque vous avez une question sur la CU ou la contraception en générale vers qui ou vers quelles ressources vous tournez-vous pour répondre à vos questions ?	* Si internet : sur quel(s) site(s) internet vous rendez-vous pour avoir votre réponse ?
Comment évaluez-vous l'information qui vous a été fournie par votre médecin traitant concernant la CU jusque-là ?	Selon vous quels pourraient être les pistes pour améliorer cette évaluation ?
En quoi pensez-vous que discuter de la contraception d'urgence en cabinet de médecine générale pourrait être bénéfique ?	
5. Conclusion et ouvertures :	
L'entretien est fini, aimeriez-vous ajouter autre chose concernant la CU ?	

Listes abréviations :

CAT : Conduite à tenir / CO : Contraception orale / CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale / CU : Contraception d'urgence / DIU : dispositif intra utérin / IVG : Interruption volontaire de grossesse / MT : Médecin traitant / SF : Sage-femme

** : Si réponse positive plus tôt dans l'entretien

Guide d'entretien de Thèse Julie SEGUINOT (Médecine Générale - Promo 2019)

Sujet : Contraception d'urgence : étude qualitative sur les attentes des patientes de 18 à 45 ans en renouvellement de contraception orale par leur médecin généraliste en Eure-et-Loir (28).		
1. Présentation de la patiente		
Faisons connaissance, comment vous présenteriez-vous en quelques mots ?	Age En couple / célibataire / Enfants	Profession / études Vie en milieu rural / urbain
2. Contexte global du renouvellement de la contraception et parcours gynécologique de la patiente		
Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation de renouvellement pour votre contraception ?	Attendez-vous autre chose de cette consultation ?	
Quelle contraception prenez-vous et depuis combien de temps ?	A quelle fréquence ont lieu vos renouvellements ? Avez-vous eu d'autres contraceptions avant ?	
Avez-vous déjà eu des oublis ? Si oui : Que faites-vous en cas d'oubli ?	Quelles ont été vos inquiétudes à ce moment-là ?	
Avez-vous déjà été enceinte ? Si oui : S'agissait-il de grossesse désirée, de grossesse surprise, d'IVG, de fausse couche ou d'une autre situation ?	Si IVG ou grossesse non désirée : Comment avez-vous vécu cette situation ?	
3. Connaissance sur la contraception d'urgence		
A quoi pensez-vous si je vous parle de contraception d'urgence ? Et si je vous parle de « pilule du lendemain » ?	Si vous deviez expliquer à une jeune fille la contraception d'urgence : que lui diriez-vous ?	
Comment définiriez-vous vos connaissances sur la CU ? Par exemple sur une échelle de 1 à 10.	Dans quelles situations l'utiliseriez-vous ?	
Comment avez-vous découvert la CU pour la première fois ? Vous en a-t-on parlé à d'autres moments depuis ?	Quel âge aviez-vous à ce moment-là ? Par quel biais en avez-vous eu connaissance ? (Milieu scolaire, médical, familial, amical, internet ou documentation, ... ?)	

Votre médecin traitant a-t-il déjà abordé le sujet de la CU avec vous ?	<u>Qui</u> : Pouvez-vous me raconter ces consultations ? <u>Non</u> : A votre avis, pourquoi ce sujet n'a-t-il pas été abordé ?
Est-ce que d'autres sphères ont été pour vous sources d'informations sur ce sujet? Lesquelles ont été les plus impactantes?	Ecole, Lycée, Etudes supérieures, consultation médicale, famille, amis, internet, documentation, ...
Avez-vous déjà pris la CU ? Si oui : pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à la prendre, comment vous avez vécu cette situation et si vous avez recherché des informations avant ?	Était-ce à la suite d'un oubli, d'une rupture de préservatif ou d'une période sans contraception ? Avez-vous trouvé les réponses à toutes vos questions ?
Quelles réticences ou inquiétudes avez-vous eu ou pourriez-vous avoir concernant l'utilisation de la CU ?	Cela vous a t'il déjà freiné dans son utilisation ?

4. Attentes de la patiente concernant la prévention de la CU par son médecin traitant

Selon vous quelle est la place de votre médecin traitant en ce qui concerne la CU ?	Attendez-vous de votre MT qu'il vous informe sur la CU ? Quelles sont vos attentes de sa part sur ce sujet ?
Comment aimeriez-vous que la thématique de la CU soit abordée en consultation ?	Préfèreriez-vous être à l'initiative de cette demande, ou que le médecin aborde cette thématique de lui-même ? Pourquoi ?
Quels sont vos freins ou vos peurs à aborder ce sujet avec votre médecin traitant ?	
** Tout à l'heure vous m'avez parlé d'une consultation où votre MT a abordé la CU : avez-vous été satisfaite de l'information qu'il vous a délivrée ?	Qu'est ce qui aurait pu selon vous améliorer cette consultation ?
Quelles informations concernant la CU auriez-vous souhaité recevoir ?	Quels aspects techniques de la contraception d'urgence auriez-vous souhaité qu'il aborde ou non avec vous ? - Noms et différentes CU existantes / DIU au cuivre - Délai de prise / Taux d'efficacité en fonction du délai - Effets indésirables / contre-indications - Modalité d'accès et de remboursement - Mécanisme d'action et physiopathologie - Idées reçues - CAT à la suite de la prise (préservatifs, test de grossesse, ...)

A quels moments de votre vie auriez-vous aimé être informée sur la CU ?	Ces informations vous ont-elles manquées à une étape dans votre vie ? A quels moments faites-vous références ? A quelle fréquence aimeriez-vous que votre médecin traitant aborde la question de la CU ?
Sous quels formats aimeriez-vous que votre médecin aborde ce sujet lors de votre consultation ?	Comment préféreriez-vous que votre médecin vous informe sur la CU : oralement, par écrit, de manière rapide ou plus détaillée ? ** Comment visualisez-vous ce support papier ? (Ordonnance, flyer, affiche, ...) A quel moment préféreriez-vous en parler ? Lors d'une consultation pour le renouvellement de contraception ou lors d'une consultation plus spécifique et dédiée à ce sujet ?
Lorsque vous avez une question sur la CU ou la contraception en générale vers qui ou vers quelles ressources vous tournez-vous pour répondre à vos questions ?	*Si internet : sur quel(s) site(s) internet vous rendez vous pour avoir votre réponse ?
Comment évaluez-vous l'information qui vous a été fournie par votre médecin traitant concernant la CU jusque-là ?	Selon vous quels pourraient être les pistes pour améliorer cette évaluation ?
En quoi pensez-vous que discuter de la contraception d'urgence en cabinet de médecine générale pourrait être bénéfique ?	

5. Conclusion et ouvertures :

L'entretien est fini, aimeriez-vous ajouter autre chose concernant la CU ?	
---	--

Listes abréviations :

CAT : Conduite à tenir / CO : Contraception orale / CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale / CU : Contraception d'urgence / DIU : dispositif intra utérin / IVG : Interruption volontaire de grossesse / MT : Médecin traitant / SF : Sage-femme

** : Si réponse positive plus tôt dans l'entretien

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

RESUME :

Introduction : La contraception d'urgence (CU) représente un pilier central en santé contraceptive pour laisser le choix de leur maternité aux femmes, mais elle est entourée d'idées reçues et de freins à son utilisation. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'information et l'accompagnement des patientes reste central, en lien avec les représentations qu'en ont celles-ci. **Objectif** : Explorer leurs attentes et leurs représentations de l'information délivrée par le MG concernant la CU.

Méthode : Étude qualitative par 12 entretiens semi-dirigés menés auprès de patientes de 18 à 45 ans en médecine générale.

Résultats : Le MG, est identifié comme un acteur clé de l'information en santé sexuelle. Il est attendu dans un rôle d'écoute, de réassurance et de clarification face aux nombreuses idées reçues entourant la CU : forte dose hormonale, incompatibilité avec la contraception orale, danger pour la fertilité ou protection contre les IST. Cependant en pratique il est peu voire pas acteur sur le counselling de la CU chez ces patientes. Elles décrivent la pharmacie comme principal lieu de recours à la CU, pour sa rapidité et son accessibilité, tout en soulignant l'importance d'un discours rassurant, mais parfois perçu comme moralisateur. Les patientes rapportent un vécu émotionnel fort autour de la prise : stress lié à la crainte d'une grossesse, vigilance accrue post-prise, honte, culpabilité, mais aussi soulagement et sentiment de sécurité lié à son existence. Certaines patientes relatent que l'expérience de la CU a été un déclic vers une contraception régulière.

Conclusion : La CU est perçue par les patientes comme une solution indispensable mais ambivalente, entre sécurité et inquiétude. Le MG est attendu pour un rôle d'information claire et adaptée, permettant de déconstruire les idées reçues, d'accompagner les émotions associées et de favoriser une meilleure appropriation de la contraception par les femmes.

SEGUINOT Julie

150 pages, 1 tableau, 17 figures.

Résumé :

Introduction : La contraception d'urgence (CU) représente un pilier central en santé contraceptive pour laisser le choix de leur maternité aux femmes, mais elle est entourée d'idées reçues et de freins à son utilisation. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans l'information et l'accompagnement des patientes reste central, en lien avec les représentations qu'en ont celles-ci. Objectif : Explorer leurs attentes et leurs représentations de l'information délivrée par le MG concernant la CU. **Méthode** : Étude qualitative par 12 entretiens semi-dirigés menés auprès de patientes de 18 à 45 ans en médecine générale. **Résultats** : Le MG, est identifié comme un acteur clé de l'information en santé sexuelle. Il est attendu dans un rôle d'écoute, de réassurance et de clarification face aux nombreuses idées reçues entourant la CU : forte dose hormonale, incompatibilité avec la contraception orale, danger pour la fertilité ou protection contre les IST. Cependant en pratique il est peu voire pas acteur sur le counselling de la CU chez ces patientes. Elles décrivent la pharmacie comme principal lieu de recours à la CU, pour sa rapidité et son accessibilité, tout en soulignant l'importance d'un discours rassurant, mais parfois perçu comme moralisateur. Les patientes rapportent un vécu émotionnel fort autour de la prise : stress lié à la crainte d'une grossesse, vigilance accrue post-prise, honte, culpabilité, mais aussi soulagement et sentiment de sécurité lié à son existence. Certaines patientes relatent que l'expérience de la CU a été un déclic vers une contraception régulière. **Conclusion** : La CU est perçue par les patientes comme une solution indispensable mais ambivalente, entre sécurité et inquiétude. Le MG est attendu pour un rôle d'information claire et adaptée, permettant de déconstruire les idées reçues, d'accompagner les émotions associées et de favoriser une meilleure appropriation de la contraception par les femmes.

Mots clés : Contraception d'urgence - Contraception orale - Médecin généraliste - Grossesse non désirée - Oubli de contraception - Recherche qualitative - Prévention - Relation médecin traitant - Attentes – Représentations

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Sophie GALICHER

Membres du Jury : Docteur Laurence PHILIPPE, Docteur Magalie RIVIERE

Date de soutenance : 20 novembre 2025