



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quel est le vécu des femmes en situation de précarité sur l'accès à
la contraception durant le premier confinement dû au COVID-19 ?**

Présentée et soutenue publiquement le 22 mars 2022 à 18h

au Pôle Recherche

par Sandra GÉRARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Bernard GRESSIER

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Gwendoline EECKHOUT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régional de Santé
CNGOF	Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français
CNIL	Commission National Informatique et Libertés
COVID 19	<i>Corona Virus Disease 19</i>
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familial
CSP	Code de Santé Public
DGS	Direction Général de la Santé
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
GNP	Grossesse Non Programmée
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes
IGAS	Institution Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IVGC	Interruption Volontaire de Grossesse Chirurgicale
IVGM	Interruption Volontaire de Grossesse Médicamenteuse
LARC	Contraception Réversible de Longue Action
ONU	Organisation des Nations Unies

Sommaire

I.	INTRODUCTION GENERALE.....	5
II.	MATERIELS ET METHODES.....	8
A.	TYPE D'ETUDE	8
B.	POPULATION ETUDIEE	8
C.	ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	9
D.	RECUEIL DES DONNEES	9
E.	ANALYSE DES DONNEES.....	10
III.	RESULTATS.....	11
A.	CARACTERISTISQUES DE LA POPULATION INTERROGEE	11
B.	ANALYSES DES RESULTATS.....	13
1.	Vécu de l'accès à la contraception pendant le confinement.....	13
2.	Difficultés rencontrées par les patientes liées au suivi médical.....	16
IV.	DISCUSSION	20
A.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	20
B.	INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	21
1.	La majorité des patientes a exprimé une absence de difficulté à la poursuite de leur contraception durant le confinement.	21
2.	La téléconsultation : une facilité de consultation auprès d'un professionnel de santé pour le renouvellement de la pilule contraceptive.	21
3.	Une législation française s'adaptant et permettant une poursuite de la contraception.	22
4.	Une communication entre les professionnels de santé favorable à une poursuite de la contraception pour les patientes.	23
5.	L'éducation thérapeutique par le médecin et les nouveaux systèmes de communication permettent une autonomisation et une meilleure gestion des patientes vis-à-vis de leur contraception.	24
6.	Intérêt d'une communication médiatique sur les permanences de soins hors covid pour une orientation adaptée des patientes.	25
7.	Conséquence de la diminution des consultations de suivi en soins primaires en période de pandémie.....	27
V.	CONCLUSION	28
VI.	BIBLIOGRAPHIE	29

I. INTRODUCTION GENERALE

La contraception et son accès pour les femmes ont été mis en avant sur le plan mondial par l'ONU avec l'adoption, par ses états membres, de la Proclamation de Téhéran le 13 mai 1968. La Proclamation a affirmé, pour la première fois dans un accord mondial, le droit fondamental des parents "de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance". (1)
(2)

Cette notion a été reprise ensuite dans le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le développement du Caire en 1994. Il y a été précisé les programmes de planification familiale. Ainsi ces derniers ont pour but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et avec discernement le nombre et l'espacement de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires. (3)

En France, les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ont trouvé leur origine dans la loi Neuwirth de 1967. La loi avait institué d'accompagner la diffusion des méthodes contraceptives. (4)

Le CPEF est une structure en France proposant des modalités de prescription et de délivrance de la contraception dans une totale confidentialité si la patiente le désire. Il y a une dispense d'avance de frais et du ticket modérateur. En 2011, trois quarts des CPEF étaient des services départementaux ou des services hospitaliers. (5)

Le public accueilli dans ces structures était composé entre autres de mineurs à 30% et de personnes en difficultés sociales. (5)

Il existe une grande disparité de fonctionnement des CPEF au niveau national. Cela était souligné dans le rapport de l'IGAS en 2011. Il y était remarqué un manque de cohérence et une absence de pilotage d'ensemble de ces structures. (5)

La France est un pays développé où il existe une précarité sociale.

Selon la définition de l'HAS datant de 2020, la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. (6)

La pauvreté monétaire est un des critères pour définir la précarité. L'INSEE a rendu publiques des données sur la pauvreté en France, en 2019. La pauvreté monétaire, en 2019, s'élève à 14,6 % de la population. La pauvreté varie en fonction des départements français. Le département du Nord fait partie des zones où l'on retrouve le plus de pauvreté monétaire d'après cette étude. (7)

Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité.

En prenant le critère des revenus : les femmes représentent 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité. En prenant les conditions de travail et selon le type d'emploi : elles constituent 70 % des travailleuses pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés. En prenant le critère de la situation familiale : les femmes représentent 85 % des cheffes de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté. (8)

Les femmes, qui connaissent une situation financière plus difficile, utilisent moins souvent un moyen contraceptif : 6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception, contre 1,6 % des femmes cadres. (9)

Elles consultent également moins fréquemment que les autres patientes le corps médical pour un suivi gynécologique. (8)

Ainsi, il existe une grande proximité entre précarité sociale et vulnérabilité médicale, tant au niveau individuel qu'au niveau du ménage. (10)

Les patientes précaires ont donc une diminution d'accès aux soins par rapport au reste de la population.

La maladie à coronavirus 2019 a constitué une crise sanitaire et sociale sans précédent.

Le 30 janvier 2020, l'OMS a statué sur une crise d'urgence sanitaire mondiale. (11)

Le 14 mars 2020, la France est entrée dans une situation épidémique de stade 3 vis-à-vis du COVID-19, date à laquelle il a été décidé un confinement général de la population française.

L'épidémie s'est ensuite propagée à 212 autres pays et régions, avec plus de quatre millions de cas covid confirmés et plus de 280 000 décès dans le monde jusqu'au 11 mai 2020. (12)

La France avait déjà été confronté à d'autres crises sanitaires : en 2009, la pandémie de grippe influenzae H1N1 en France avait inquiété le gouvernement en place. A ce titre, les institutions sanitaires avaient mis en place une grande campagne vaccinale sans aller jusqu'à un confinement de la population. (13)

Sur le plan mondial, il a été constaté, selon différentes études, une diminution de l'accès aux soins pour les femmes lors d'épidémies ou de catastrophes naturelles. Ainsi, il a été constaté une diminution de la fréquentation des centres de planification durant la crise Ebola à hauteur de 23% en Sierra Léone et de 65% au Liberia au plus fort de la crise. (14)

Le passage de l'ouragan Katrina à la Nouvelle-Orléans a induit un déplacement des populations ayant pour conséquences une diminution de la fréquence d'accès des services de centre de planification, une diminution de l'utilisation des moyens de contraception et une majoration des partenaires sexuels. (15)

Les règles de vie instaurées au premier confinement, lors de la pandémie de covid 19, pouvaient mettre en difficulté l'accès aux soins et par conséquent à la contraception.

Après l'allocution présidentielle du 16 mars 2020, il a été instauré un confinement général de la population française.

Des règles de déplacements furent définies. Les soins ont été limités aux soins urgents avec un report des soins considérés comme non essentiels et la déprogrammation d'opérations non urgentes. (16) (17)

Dans ce contexte de confinement, et sachant que l'accès aux soins des patientes, notamment les plus précaires, peut être impacté lors des crises sanitaires, il m'a paru intéressant de se questionner sur le vécu à l'accès à la contraception des femmes en situation de précarité, pendant cette période. Ainsi, ma question de recherche est : quel est le vécu des femmes en situation de précarité sur l'accès à la contraception dans le Nord lors du premier confinement dû au COVID19 ?

L'objectif principal est d'étudier le vécu des femmes sur leur accès à la contraception pendant le premier confinement en déterminant les facteurs facilitateurs et freinateurs.



II. MATERIELS ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE

La méthode choisie pour ce travail est la recherche qualitative par entretiens individuels semi dirigés. C'est une méthode inductive et compréhensive.

Elle nous permet d'avoir le point de vue de jeunes femmes avec leurs ressentis et leurs vécus lors de ces récents évènements.

La contraception relevant de la sphère intime, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels.

Avant de débiter les entretiens, une déclaration simplifiée a été enregistrée à la CNIL le 13 janvier 2021. Un dossier a également été envoyé au Comité de Protection des Personnes qui s'est déclaré favorable à ce projet le 14 avril 2021. Aucune autre démarche administrative n'a été entreprise après demande de conseil par téléphone auprès d'un interlocuteur de l'INSERM.

B. POPULATION ETUDIEE

Notre travail portant sur les femmes en situation de précarité, nous avons choisi de sélectionner ces femmes au sein de centres de planification. Pour sélectionner les femmes en situations de précarité nous avons utilisé le score EPICES.

EPICES est un score développé en 2002 par un panel d'experts français de l'Assurance Maladie.

C'est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité (emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, évènements de vie, santé perçue). La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient. La somme des onze réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Le seuil de 30,17 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Plusieurs centres de planification ont été contactés par téléphone. Des rendez-vous ont été pris avec les membres du personnel des centres afin d'y exposer le sujet de mon étude ainsi que les modalités de recrutement. Les centres de Dunkerque, Armentières, Villeneuve d'Ascq, Tourcoing et Lille ont été contactés et rencontrés. Les centres de planification ont proposé aux patientes consultant de participer à l'étude. Si les patientes acceptaient, elles étaient sollicitées pour remplir le questionnaire EPICES. (annexe 1)

Je contactais ensuite chaque semaine les centres de planification afin de récupérer les questionnaires EPICES.

Je calculais les scores EPICES de chacun des questionnaires pour établir la liste des patientes éligibles à l'étude.

Je contactais ensuite la secrétaire du centre de planification afin qu'elle demande l'autorisation aux patientes incluses de transmettre leurs coordonnées téléphoniques et leur disponibilité pour conduire à bien l'entretien à mener par mes soins.

La population étudiée était celle de femmes majeures, en âge de procréer, dans le département du Nord, en situation de précarité, consultant dans un centre de planification répondant au score EPICES supérieur à 30,17.

L'âge de 18 ans qui est l'âge de la majorité française a été défini pour des raisons éthiques et pratiques (nécessité de demande d'autorisation des parents pour les personnes mineures).

L'âge supérieur de la population étudiée a été fixé de façon arbitraire à 50 ans car il correspond à l'âge moyen de la ménopause donc la période où les méthodes contraceptives ne sont en général plus nécessaires pour la femme.

C. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

S'agissant d'entretiens semi-directifs, notre guide d'entretien (annexe 2) comptait six questions ouvertes. Le choix de cette méthodologie a été motivé par l'envie de recueillir le point de vue des patientes, leurs vécus et leurs expériences personnelles.

Après les premiers entretiens, certaines questions ont été modifiées car elles se sont avérées peu pertinentes ou mal comprises par les patientes interrogées. (annexe 3)

En recherche qualitative, cette réflexivité des chercheurs est un critère de validité scientifique. Le but était d'orienter l'entretien tout en restant souple et de laisser une large ouverture possible pour la réponse des patientes.

D. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens se sont déroulés du 1^{er} mars au 1^{er} juillet 2021 par téléphone.

Au vu des restrictions sanitaires, il a paru plus pertinent d'utiliser ce moyen de communication.

Les entretiens étaient réalisés dans le département du Nord.

Initialement le recueil de données devait avoir lieu sur plusieurs sites géographiques, mais les patientes ont été recrutées uniquement au sein du centre de planification de Dunkerque, fermé durant le premier confinement. C'est une structure qui emploie, entre autre, des médecins généralistes. La fonction du médecin généraliste en centre de planification a été explorée via deux entretiens téléphoniques réalisés par des questions ouvertes (annexe 4, 5 et 6)

Un enregistrement vocal a été effectué via une sténorette et détruit après chaque retranscription anonymisée sur le logiciel de traitement de texte Word. L'étude a été menée jusqu'à la suffisance des données.

Chaque entretien était précédé d'un rappel bref des objectifs de l'étude, de l'anonymat des données et des modalités d'enregistrement audio avec accord de chaque patiente. Puis quelques questions générales d'introduction étaient posées afin de mieux comprendre la situation des patientes.

Ces données sociodémographiques ont été reprises dans le tableau 1.

Les techniques d'entretien utilisées regroupaient des questions ouvertes, la reformulation, le résumé ainsi que l'élargissement de la discussion en fonction de la réponse des patientes.

Les entretiens ont été retranscrits en l'état sans amélioration de la qualité littéraire des réponses.

E. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse qualitative des verbatims a été réalisée par l'intermédiaire du logiciel de codage NVivo® en suivant une approche théorisation centrée.

Chaque idée évoquée lors des entretiens a été classée en « nœuds » ou en thème et sous thème.

De plus, une triangulation des données de tous les entretiens a été réalisée avec une autre chercheuse. Ceci a permis d'éviter une mésinterprétation et d'augmenter la validité interne des résultats.

III. RESULTATS

A. CARACTERISTISQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

Nous avons interrogé quinze patientes du 7 mars 2021 au 30 juin 2021. Les entretiens ont duré de 4 à 14 minutes. La durée moyenne des entretiens a été de 8 minutes et 51 secondes. Ils se sont déroulés par téléphone.

Les patientes sont nommées P1 à P15.

Leurs caractéristiques sont reprises dans le tableau 1 suivant :

	Âge par ans	Profession	Contraception au 1 ^{er} confinement	Contraception actuelle	Situation sociale au 1 ^{er} confinement	Score EPICES
P1	25	Mère au foyer	Pilule Optimizette	0 (intolérance de pilule)	Vivait en couple 2 enfants	70,42
P2	26	Étudiante	Pilule Optilova	DIU cuivre (oubli de pilule)	En couple Vivait avec sa famille Actuellement célibataire	35,49
P3	48	Salariée	DIU	DIU	Séparée, isolée socialement A des enfants	46 ,74
P4	24	Mère au foyer	Implant Nexplanon	0 (désir de grossesse)	Vivait en couple 2 enfants	55 ,03
P5	22	Sans emploi	Pilule Minidril	DIU Kyleena (oubli de pilule)	Vivait avec sa mère Célibataire	40,82
P6	23	Étudiante	Implant Nexplanon	Implant Nexplanon	En couple Vivait chez ses parents	49,10
P7	22	Salariée	Pilule	DIU cuivre (oubli de pilule)	Vivait chez ses parents	34,31
P8	34	Salariée	DIU	0 (désir de grossesse)	Vivait en couple Mariée	42,01
P9	21	Salariée	Pilule Optilova	Pilule Optilova	Vivait chez ses parents	37,27
P10	23	Mère au foyer	Implant Nexplanon	Pilule Optilova (suite spotting)	Vivait en couple Mariée A des enfants	46,16
P11	35	Salariée	Pilule Daily G	Pilule Daily G	Vivait en couple A une fille	42,01
P12	44	Sans emploi	DIU Mirena	DIU cuivre		38,46
P13	23	Mère au foyer	Pilule Optilova	Implant Nexplanon (intolérance de pilule)	Vivait avec son conjoint A des enfants	64,49
P14	22	Étudiante et Salariée	Pilule Leeloo G	Pilule Optidril (suite dysménorrhée et spotting)	Vivait chez ses parents	49,69
P15	27	Étudiante	Implant Nexplanon	Implant Nexplanon		45,55

B. ANALYSES DES RESULTATS

1. Vécu de l'accès à la contraception pendant le confinement.

a) *Éléments facilitateurs à l'accès à la contraception.*

Le confinement induit une routine facilitant la prise de la contraception.

<P2> - : Moi la difficulté avec la pilule c'était parce que c'est une contraception qu'on doit prendre tous les soirs tout le temps. Pendant le confinement ça va parce que je suis chez moi donc je peux la prendre facilement. Je l'ai toujours avec moi. C'est quand... C'est justement après le confinement que c'était plus compliqué pour moi de la prendre

Certaines patientes ont des prescriptions renouvelables pour un an, donc elles n'ont pas besoin de consulter de nouveau.

<P1> - : Il m'avait fait une ordonnance renouvelable 3 fois.

<P9> - : C'est un renouvellement tous les ans.

La délivrance pour plusieurs mois d'une contraception orale et non tous les 3 mois permet à la patiente de se rendre moins fréquemment à la pharmacie.

<P2> - : J'avais des boîtes d'avance.

La communication interprofessionnelle des médecins et des pharmaciens permet un ajustement thérapeutique et une délivrance de médicament adaptée pour la patiente.

<P11> - : J'étais avant Daily G, j'avais Minidril et il n'y en avait plus du tout apparemment. Donc ils ont dû rappeler pour changer le nom [...]. Mais en appelant mon gynéco pour avoir confirmation qui pouvait bien changer de nom, il n'y a pas eu

de souci par rapport à ça.

Les patientes connaissent leur contraception car elles ont bénéficié d'une éducation thérapeutique avant le confinement. Elles savent faire face en cas de problèmes rencontrés avec leur contraception.

<P5> - : *Ma gynéco m'avait dit qu'il fallait la prendre tous les soirs et s'il y avait un oubli je devais prendre le soir qui arrivait.*

<P14> - : *C'était la même depuis 6 ans. J'ai eu aucune difficulté à gérer quoi que ce soit durant le premier confinement.*

La pertinence des contraceptions longue durée est sa simplicité d'utilisation au quotidien.

<P6> - : *C'est de ne pas y penser vu qu'elle est déjà en moi.*

<P15> - : *J'ai la même contraception depuis l'âge de 18ans. J'ai un implant et je le renouvelle tous les 3 ans.*

La télémédecine permet une poursuite des soins malgré un confinement.

<P5> - : *C'est mon gynéco qui faisait les ordonnances et qui les envoyait par mail.*

Par visioconférence.

Certaines patientes ont pu bénéficier d'une délivrance par la pharmacie avec une ancienne ordonnance.

<P3> - : *J'ai ma fille qui est sous pilule. Je sais qu'à un moment donné elle était arrivée à la fin de la prescription et du coup je pense que c'est la pharmacie qui me*

l'a avancée.

<P11> - : Par contre au deuxième j'avais pu assez mais ma pharmacienne ça va je la connais très bien. Heureusement, elle m'a fait des avances jusqu'à ce que je puisse revenir au planning familial pour pouvoir ravoir une ordonnance.

Certaines patientes se sont adaptées. A défaut de pouvoir contacter leur centre habituel, elles ont consulté d'autres structures de soins.

<P13> - : Au début j'avais contacté l'hôpital. Normalement et puis après je me suis tournée directement vers le planning familial qui eux avaient plus de disponibilité.

Les patientes sont organisées et prévoient le renouvellement de leur contraception orale.

<P1> - : Je m'y prenais à l'avance quand même donc ça a été.

<P9> - : Franchement j'ai pas de souci pour aller la chercher A part quand ils ne l'ont pas tout de suite mais bon je m'y prends généralement à temps donc euh... Il me... Il me reste encore une ou deux semaines donc je n'ai pas de souci de ce côté-là.

Une patiente travaillant dans le milieu de la santé présente une plus grande simplicité à l'accès de sa contraception.

<P7> - : J'avais une ordonnance et en plus je suis préparatrice en pharmacie. Donc avoir la pilule ça ne me pose pas vraiment de souci on va dire.

Les patientes sont habituées à leur pharmacie et ont confiance.

<P11> - : Ma pharmacienne ça va je la connais très bien.

b) Éléments freinateurs à l'accès à la contraception.

Le temps d'attente pour accéder à l'établissement pharmaceutique a été augmenté.

<P11> - : Enfin, c'était pas évident, c'était pour rentrer dans la pharmacie au mois de mars.

Certaines patientes ont dû faire face à une absence de leur contraception à la pharmacie suite à un défaut de production ou un retard de livraison des commandes.

<P1> - : Les livraisons étaient retardées.

<P5> - : Elle ne l'avait pas en stock donc elle a dû la commander.

J'ai rien pris en attendant.

Des patientes ont eu parfois un changement de leur contraception orale.

<P11> - : J'étais avant Daily G, j'avais Minidril et il n'y en avait plus du tout apparemment. Donc ils ont dû rappeler pour changer le nom mais comme c'est le même dérivé le... le générique... je sais plus comment ça s'appelle, fin c'est le même style, ils m'ont changé juste le nom de la pilule.

2. Difficultés rencontrées par les patientes liées au suivi médical.

Les patientes ont exprimé à plusieurs reprises une difficulté à la prise de rendez-vous médicaux durant le confinement.

<P3> - : J'ai appelé mon médecin. J'ai envoyé un message. Elle n'a pas voulu me recevoir. Elle m'a dit d'aller à SOS médecin parce qu'elle est débordée.

Donc bah voilà elle vous envoie à SOS médecin sauf SOS médecin à cette période-là était aussi débordé. Et tous les médecins des environs étaient débordés. J'en ai essayé plusieurs, il n'y en a aucun qui pouvait me recevoir. On m'a dit bah vous allez aux urgences.

<P8> - : Ça donne des difficultés quand même pour avoir des rendez-vous comme je vous dis.

<P13> - : J'ai pas trop pu consulter parce que euh avec le confinement la prise de rendez-vous c'était assez... assez chiant on va dire parce qu'il n'y avait pas, même pour eux, pour leur organisation à eux , c'était assez restreint. J'ai consulté... j'ai consulté après en fait. Quand ça s'est un peu plus alléger en fait. Les restrictions tout ça...

J'arrivais pas à joindre les services.

Cela a engendré également une poursuite des patientes de la contraception malgré des effets secondaires présents et invalidants pour les patientes.

<P1> - : En fait tout ce qui est pilule j'avais déjà eu un implant et... Je ne supporte pas en fait. Je suis malade, fatigue et nausée à chaque fois et puis bah du coup j'ai dû arrêter plusieurs fois des contraceptions.

Ceci a induit également des difficultés à changer de contraception lorsque celle-ci n'était pas celle convenant à la patiente.

<P2> - : Bah c'est vrai que je pense que s'il n'y avait pas eu de confinement j'aurais changé plus rapidement de contraception parce que c'était compliqué, tout était un peu fermé.

Bah je suis restée de février à fin août mais je suis restée aussi longtemps parce

que j'avais pas le choix, comme j'avais un copain et je voulais changer directement.

Cela a engendré également une poursuite de la contraception malgré un désir de grossesse.

<P8> - : *Alors on avait un rendez-vous parce que voilà on souhaite avoir un bébé donc on avait un rendez-vous sur Lille mais du coup on l'a annulé avec tout ça quoi.*

C'était une période où vous souhaitiez déjà retirer votre stérilet ?

Oui oui oui.

Ces difficultés à consulter le corps médical ont été anxiogènes pour certaines patientes.

<P8> - : *L'horloge elle tourne quand même je veux dire (rigole) donc euh voilà et puis pour les projets aussi...Devoir attendre attendre attendre c'est angoissant quand même.*

L'absence de suivi médical pouvait conduire à un risque de iatrogénie médicamenteuse comme chez cette patiente qui n'a pas pu réaliser sa biologie dans le cadre de l'initiation d'une contraception orale.

<P2> - : *Ah oui le problème c'est tombé au moment où quand on prend la pilule on m'a dit que je devais faire une prise de sang pour savoir s'il n'y avait aucun problème avec la pilule au bout de 3 mois... Ah non au bout de 1 mois (hésitation). Et du coup tout ça je ne l'ai pas fait. J'ai pas été le faire parce qu'avec le confinement et tout j'ai pas voulu sortir et j'ai pas été faire la prise de sang qui montrait que ça allait bien.*

Je devais reprendre un rendez-vous au planning après avoir fait ma prise de sang mais du coup je n'ai pas pris rendez-vous au planning. Je ne savais pas si c'était ouvert (sourire deviné).

Il est à noter que les patientes ont exprimé un manque d'information claire sur le maintien des permanences des soins primaires durant le premier confinement.

<P2> - : Je n'ai pas pris rendez-vous au planning. Je ne savais pas si c'était ouvert (sourire) et tout... Comme c'était le premier confinement on ne savait rien du tout. On nous avait juste dit que tout était fermé du coup je n'ai pas fait de vérification et voilà c'est tout.

J'attendais des nouvelles mais des fois les nouvelles que le gouvernement dit après ça change, c'est modifié pour certains trucs

<P7> - : Je pense que les gens ne savaient pas forcément que... qu'on pouvait renouveler les pilules. Bon à part forcément les personnes qui nous le demandaient.

Les patientes ont rencontré des difficultés logistiques pour accéder aux consultations.

<P13> - : Les rendez-vous ça c'était pas pour maintenant ou les horaires ça ne convenait pas. Parce que moi j'ai pas le permis. Je prends le bus pour l'instant et avec le confinement même les bus, ils ont dévié. C'était plus comme avant du coup hein. C'était moins souvent...

La Covid 19 étant un virus mal connu lors du premier confinement, la crainte de contracter la maladie par les patientes était présente.

<P3> - : SOS médecin était blindé. Ils n'ont pas pu me recevoir. C'était les urgences . Je vous avoue que je suis restée chez moi. J'ai laissé passer. Je ne suis pas allée aux urgences. Parce que pour moi, en plein covid... Parce qu'on était quand même dans un taux assez élevé, je me suis dit, je ne suis pas bien, je ne vais prendre le risque d'aller à l'hôpital, avec beaucoup de cas de covid et d'en rajouter encore.

<P8> - : L'air de rien oui c'est sûr que ça quand même je vais aller dans un hôpital où il y a peut-être le Covid. Ça c'était quand même ... On a pas vraiment envie d'y aller quoi.

IV. DISCUSSION

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

La pertinence de cette étude est la recherche d'explication comportementale et de perception dans des circonstances réelles avec une mise en avant de la patiente et de l'expression de son opinion. De plus, la méthode de recrutement a permis d'avoir un large panel tant au niveau de l'âge des patientes (21 à 48 ans) qu'au niveau de la pluralité des contraceptions utilisées.

Notre étude présente néanmoins ses limites.

Malgré notre volonté de recruter des patientes sur plusieurs centres de planification, les femmes interrogées étaient prises en charge exclusivement au centre de Dunkerque. Le sujet étudié a été jugé non pertinent par certains centres et le manque de personnel dans certains centres rendaient difficile le recrutement des patientes. Des patientes consultant dans d'autres centres auraient pu possiblement développer d'autres idées.

Il existe donc un biais de sélection. Les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population.

La réalisation d'entretiens téléphoniques, par la contrainte pandémique actuelle (restrictions sanitaires encore fortement présentes, limitation des contacts physiques, crainte d'une contamination), a diminué la richesse des données des entretiens. Ce type d'entretien ne permet pas d'avoir accès à la communication non verbale, pertinente dans l'analyse qualitative.

La principale limite est le biais de mémorisation assez important ici. Effectivement le premier confinement dû au SARS Cov-2 a été un évènement marquant pour l'ensemble de la population. Il a engendré un changement des habitudes, une nécessité d'adaptation de chacun. Ceci a permis aux patientes d'exprimer leur contraception avec une clarté dans le déroulement des évènements. Cependant, le fait qu'il y ait eu un autre confinement avant la participation à l'étude ainsi que le délai de 1 an entre le confinement et les entretiens a pu engendrer un biais de confusion chez les patientes.

B. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

1. La majorité des patientes a exprimé une absence de difficulté à la poursuite de leur contraception durant le confinement.

La contraception permet aux patientes d'éviter une grossesse non désirée.

Nous pouvons constater que les patientes ont su tirer profit du confinement avec autonomie. En effet, dans la routine du temps passé à leur domicile, elles ont pu optimiser leur prise de la contraception.

Lorsque la contraception est bien prise (absence d'oubli pour la pilule, stérilet ou implant bien en place), elle diminue le nombre de grossesses non désirées.

L'étude de la DRESS publiée en 2021 retrouve une diminution du nombre de naissance et une baisse du nombre d'IVG de 4% sur l'année 2020 par rapport à l'année 2019 en métropole. Cela rejoint la notion retrouvée dans notre étude : la prise de la contraception, pour la plupart des patientes, n'a pas été impactée par le confinement. (18)

2. La téléconsultation : une facilité de consultation auprès d'un professionnel de santé pour le renouvellement de la pilule contraceptive.

La pandémie a amené des modifications des pratiques médicales pour répondre au mieux à la demande de soins malgré le confinement de la population.

En effet, dans notre étude, les patientes ont pu bénéficier de la téléconsultation pour le renouvellement de leur ordonnance.

Les patientes en situation ont su tirer profit des changements des pratiques médicales en changeant leur façon de consulter. Elles ont réussi à utiliser les nouveaux systèmes de communication. Elles ont appris rapidement à demander ce dont elles ont besoin.

Durant la pandémie, le ministère de la solidarité et de la santé a établi des directives concernant la COVID19 (prise en charge des patients malades, quota de masques, adaptation des pratiques médicales).

Ces directives ont été transmises aux professionnels de santé via l'envoi d'emails de la Direction Générale de la Santé (DGS). Ainsi, dès le 8 avril 2020, la DGS a publié des directives sur la prise en charge des patients nécessitant des soins hors covid en précisant de privilégier la téléconsultation. (19). Le CNGOF a appuyé également la téléconsultation dans l'initiation et le renouvellement de la pilule contraceptive. (20) Les syndicats de médecins généralistes y ont été également favorable avec une adaptation en pratique : accepter également les appels téléphoniques comme une téléconsultation. (21)

La téléconsultation a été un moyen de consultation peu utilisé par le corps médical avant le confinement. En effet, c'est une pratique relativement récente. Depuis le 15 septembre 2018, l'Assurance Maladie rembourse la téléconsultation au même titre qu'une consultation médicale présentielle. (22)

Le confinement a changé la pratique des médecins généralistes avec une explosion des téléconsultations. La sécurité sociale a enregistré 10 000 téléconsultations par semaine jusque début mars puis 80 000 téléconsultations la semaine du 16 mars pour arriver à un taux de 486 369 téléconsultations du 23 au 29 mars 2020. (23) De même, d'après une étude de la DRESS réalisée auprès des médecins généralistes, 7 médecins sur 10 ont utilisé la téléconsultation. (24)

Il a été un moyen de consultation privilégié durant le confinement. En effet, il est facile de penser que le manque de matériel de protections vis-à-vis des patients, a induit les médecins à se tourner vers les téléconsultations pour permettre une poursuite des soins médicaux.

Malgré tout, la téléconsultation a ses limites. L'interrogatoire prend une part importante de la consultation car l'examen physique y est difficile. De plus, une récente étude précise que la durée d'une téléconsultation est plus courte de 3,7 minutes (24% d'une consultation de 15 minutes) par rapport à une consultation physique. Cela correspond à environ 25% de réduction du temps d'une consultation physique de 15 minutes. La différence se creuse davantage pour les consultations téléphoniques qui sont plus courtes de 4,1 minutes. Cela correspond à 27% de réduction du temps d'une consultation physique de 15 minutes. (25)

Il semble pertinent d'inclure la téléconsultation dans sa pratique lors de la nécessité d'un renouvellement d'un contraceptif oral chez des patientes sans comorbidités où l'information occupe une place majoritaire dans ce type de consultation. Il peut paraître pertinent de s'intéresser à l'utilisation de la téléconsultation dans les centres de planification surtout en cas de nouveau confinement.

3. Une législation française s'adaptant et permettant une poursuite de la contraception.

Lors du premier confinement, les patientes ont exprimé avoir pu bénéficier d'un renouvellement de leur contraception même si leur ordonnance n'était plus valable.

Ceci nécessite un cadre législatif favorable au renouvellement de la contraception. Ainsi cela permet d'éviter une rupture potentielle de la thérapeutique.

Avant le confinement, la délivrance d'une pilule contraceptive était autorisée directement par le pharmacien sous certaines conditions.

En effet, le décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien stipulait qu'il était possible pour les femmes de se voir délivrer leur contraception sur présentation d'une

ancienne ordonnance. (26) Plusieurs conditions étaient nécessaires : avoir une ordonnance avec la prescription de la contraception, datant de moins d'un an. Ainsi, la délivrance de la contraception pouvait avoir lieu pour six mois non renouvelable.

Le premier confinement a amené un assouplissement de la législation afin de prévenir une rupture thérapeutique. Ainsi, selon l'article 4 de l'arrêté du 14 mars 2020 renouvelé le 23 mars 2020, il était autorisé au pharmacien le renouvellement de la pilule contraceptive d'une ordonnance périmée pour une durée d'un mois et cela quel que soit le nombre de renouvellements jusqu'au 15 avril 2020. La contraception était prise en charge par la sécurité sociale si elle était inscrite sur la liste des spécialités remboursables.

L'Assurance Maladie conditionnait ces délivrances supplémentaires. Elle précisait « Le professionnel concerné en informe le médecin du patient. Il porte sur l'ordonnance la mention « délivrance par la procédure exceptionnelle pour une durée de X semaines » en indiquant les produits ou prestations ayant fait l'objet de la délivrance et y appose le timbre de l'officine de pharmacie ou sa signature et la date de délivrance ». (27) (28)

Ensuite, dès le 10 juillet 2020, un nouvel arrêté précisait la possibilité pour le pharmacien de délivrer une contraception lorsque l'ordonnance datée de moins de deux ans et pour trois mois supplémentaires. Ceci signifie pour la patiente une possibilité de couverture contraceptive pour neuf mois maximum avant une réévaluation médicale.

Pour permettre une traçabilité des soins, il a été nécessaire pour le pharmacien d'apposer sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance ainsi que le nombre de boîtes délivrées. Il portait sur l'original de l'ordonnance la mention: «Dispensation dérogatoire de contraceptifs oraux covid-19» et en précisait la durée. (29)

Cet assouplissement législatif a pu permettre d'éviter une rupture de la contraception.

4. Une communication entre les professionnels de santé favorable à une poursuite de la contraception pour les patientes.

Lors de notre étude, certaines patientes ont exprimé avoir changé de pilule contraceptive durant le confinement suite une rupture des approvisionnements en pharmacie.

La prise d'un traitement nécessite une confiance face à la thérapeutique proposée.

Les patientes ont accepté ce changement et ont fait preuve de flexibilité dans les thérapeutiques proposées.

La communication entre les médecins et les pharmaciens est primordiale pour les patients. Le premier moyen de communication entre ces deux corps de métier est l'ordonnance. Dans un second temps, le pharmacien a la possibilité d'appeler le

médecin pour adapter l'ordonnance en fonction des approvisionnements en sa possession durant la période de pandémie.

La communication interprofessionnelle amenant à une coopération est un axe privilégié par le Ministère des Solidarités et de la Santé dans la définition de Programme de Santé publique.

En effet, dès 2011, l'article L. 4011-1 du CSP autorisé : « Par dérogation, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. ». (30) Ceci nécessite la mise en place d'un protocole validé par la HAS. (31).

Actuellement, le programme « Ma santé 2022 »(32) prôné par le gouvernement, développe deux axes. Il a la volonté de soulager le travail des médecins généralistes en permettant le développement des infirmières de pratiques avancées pour la réalisation d'actes médicaux simples. De plus dans le même cadre, les pharmaciens ont la possibilité de renouveler les ordonnances et d'adapter les posologies des traitements des patients atteints d'une pathologie chronique depuis le 31 mai 2021. (33)

Ainsi la coordination des soins se module suite à la pandémie et également suite aux tensions sur la démographie médicale. Il semble important de se questionner sur les changements en cours dans les pratiques médicales. Pour cela, la communication entre les différents corps médicaux semble une priorité pour définir ou redéfinir le rôle de chacun et comment optimiser les soins pour le bénéfice du patient.

5. L'éducation thérapeutique par le médecin et les nouveaux systèmes de communication permettent une autonomisation et une meilleure gestion des patientes vis-à-vis de leur contraception.

Dans notre étude, il a été vu que les patientes ayant bénéficié d'une information en parallèle de leur prescription géraient mieux leur contraception.

A plusieurs reprises, les patientes ont exprimées l'idée qu'elles savaient adapter leur contraception en cas d'oubli. Ceci nécessite la transmission d'une information médicale à la patiente. Il semblerait que les informations transmises soient comprises et appliquées de manière adéquate par les patientes. Il y a ainsi une meilleure adhésion thérapeutique et une meilleure continuité dans la prise de leur contraception.

L'information délivrée par les médecins nécessite des compétences dans l'éducation thérapeutique. L'information nécessite d'être adaptée aux patientes. En effet, elle passe par l'exploration des connaissances et représentations de la contraception de la patiente. Elle étudie l'évaluation du désir de la patiente d'être informée. Ainsi la transmission d'information finale et adéquate est compréhensible par la patiente. (34)

Dans l'étude « Evaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III » publiée en 2015, il ressortait que la contraception était globalement méconnue par les patientes en situation de précarité. En effet, ce n'était pas un point prioritaire face à des urgences sociales telles que la nourriture ou le logement. (35)

Il semble donc important d'avoir une approche centrée sur la patiente en évaluant ses attentes en matière de connaissances sur sa contraception.

Cette approche permet la délivrance d'une information sur mesure. Cependant, les patientes retiennent l'information transmise oralement en consultation dans une proportion très faible, à hauteur de 14%. (36)

Nous pouvons penser que le couplage avec un autre système de délivrance d'information puisse être pertinent.

De nos jours, les technologies informatiques se développent rapidement. Il existe une facilité d'accès à l'information via les réseaux sociaux, les applications, les plateformes web. Ses technologies sont rapides et pratiques dans leur utilisation. Elles sont disponibles si la patiente bénéficie d'un téléphone.

A titre d'exemple, Pill'Oops est une application créée par l'association Planning Familial qui permet aux patientes de recevoir du contenu informatif concernant leur contraception. (37)

Les nouvelles technologies comme les applications téléphoniques délivrent un contenu informatif général sur la contraception. Le problème de ces applications est l'absence d'homogénéité des informations données. Les applications disponibles sont variables en termes de qualité et d'exhaustivité des informations données concernant la contraception. (38) (39)

Il semble judicieux de pouvoir coupler les deux méthodes : applications et éducation thérapeutique par le corps médical. Cela permet d'optimiser la délivrance d'information valide, fiable et récupérable facilement par les patientes. Ceci peut possiblement permettre une meilleure éducation thérapeutique quel que soit la catégorie sociale.

6. Intérêt d'une communication médiatique sur les permanences de soins hors covid pour une orientation adaptée des patientes.

Les patientes ont exprimé, à plusieurs reprises dans l'étude, des difficultés lors de la prise d'un rendez-vous médical durant le 1^{er} confinement.

En effet, l'information délivrée concernant le maintien de la permanence de soins ne paraissait pas claire. Pour ce faire, les patientes ont dû se renseigner pour savoir vers quelles structures s'orienter. Le fait de s'informer et d'utiliser des canaux d'informations multiples nécessite des compétences.

Pourtant les médecins généralistes se sont adaptés et ont proposé des téléconsultations pour pallier la limitation de déplacement imposée à la population.

De même, la plupart des centres de planifications étaient fermés mais il y avait une permanence téléphonique.

Il est possible qu'une des difficultés d'accès aux soins exprimées par les patientes soit liée à un problème d'information sur l'orientation possible et disponible en soins primaires. Ceci rejoint l'idée qui est important d'avoir des communiqués clairs sur l'organisation des soins et encore plus lors d'une pandémie qui modifie l'offre de soin.

Une étude nommée PreCARES réalisée en Ile de France, faisant un état des lieux de l'accès aux soins chez les personnes en situation d'extrême précarité, pointe le manque de communication comme facteur limitant à l'accès aux soins: « une personne sur cinq ayant la sécurité sociale et ayant eu au moins un évènement de santé a témoigné au moins une fois avoir été confrontée à une barrière d'accès. » publié en 2020. (40)

Il aurait pu être pertinent que les médias participent à la communication d'information de la permanence des soins de premier recours et des options offertes pour les patientes en fonction de leur secteur d'habitation : numéro vert pour l'association du Planning Familial , numéro des centres de planification en fonction de la localité des patientes, information sur l'existence de la téléconsultation.

Les soins de premier recours, incluant les médecins généralistes et les centres de planification, sont des acteurs majeurs dans la santé de la population. La pratique des médecins généralistes a été modifiée pendant le confinement. Elle a été guidée par des recommandations de pratique et une adaptation de la législation française sur la durée de faisabilité des IVG, la délivrance de la contraception. Cette coordination et cette transmission d'information semble avoir été moins forte dans les centres de planification. Il semble pertinent de pouvoir réfléchir à l'avenir sur la mise en place de téléconsultation ou d'une coordination des centres de planification dans le Nord en cas de nouvelle période d'épidémie. Par exemple dans le Pas de Calais, il existe un numéro vert unique pour l'ensemble des centres de planification de ce département.

Il semble également judicieux que cette communication d'information soit multiple. Une diffusion importante de spots télévisuels dans le cadre de la Covid 19 a eu lieu avec l'information du port de masque et du respect des gestes barrières. Les soins primaires étant au plus proche de la population, il y a un intérêt dans les mêmes circonstances à considérer l'ensemble des soins qu'ils délivrent comme « essentiels ». Il y a une valeur forte à proposer de l'information par différents biais comme les médias ou les réseaux sociaux surtout dans un contexte d'épidémie où le mode d'exercice est bouleversé. Ceci a pour but d'éviter des répercussions sur la santé des patientes à court, moyen et long terme. Il est à noter par exemple l'initiative de l'association Planning Familial de la diffusion d'information sur les réseaux sociaux. (41)

7. Conséquence de la diminution des consultations de suivi en soins primaires en période de pandémie.

Selon l'idée que le suivi médical a été altéré, les patientes ont précisé avoir eu des difficultés lors de la prise de rendez-vous. Il y a eu une réduction du nombre de suivi suite au confinement. D'ailleurs dans notre étude, une patiente a exprimé, dans la frustration, sa difficulté à pouvoir bénéficier d'une consultation médicale.

Les personnes interrogées ont exprimé avoir eu des effets secondaires avec leur contraception. Il est envisageable que le confinement ait ralenti cette possibilité de changement de contraception, et donc être possiblement responsable d'une mauvaise observance. Mon étude retrouve des éléments concordants avec une étude des Etats Unis en décembre 2021 (42) : réduction du nombre d'utilisations de contraception durant le confinement et diminution du nombre de consultations en soins primaires. Cependant les pratiques des CPEF sont très variables entre pays.

En France , l' étude PreCARES retrouve que le confinement a induit, sur les recours aux soins hors covid, une diminution de 50 % des consultations durant le premier confinement. (40)

V. CONCLUSION

Les femmes en situation de précarité interrogées dans notre travail n'ont pas vécu de difficultés majeures d'accès à la contraception pendant le premier confinement.

Il a été constaté l'acquisition de plusieurs compétences par les patientes pour faire face aux changements des habitudes induits par le confinement et pour satisfaire leurs besoins. Ainsi, les patientes ont fait preuve de flexibilité en changeant leur contraception, en modifiant leur méthode de consultation médicale. Les patientes ont su se renseigner malgré un manque d'information claire sur les permanences de soins. Elles ont su retenir les informations médicales nécessaires pour faire face à des problématiques rencontrées avec leur contraception.

Durant le premier confinement, l'organisation des soins a été modifiée avec un accès à la contraception facilité par la téléconsultation et le renouvellement des ordonnances ainsi qu'une adaptation de la législation dans la délivrance de la contraception.

Malgré nos craintes, les patientes ont su faire face aux changements.

Cependant, il serait intéressant d'étudier si ces compétences seraient retrouvées chez les femmes en extrême précarité ou se trouvant marginalisées.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Momtaz PD. La Proclamation de Téhéran 1968, [Ressource électronique]. Prépublication de: United Nations Audiovisual Library of International Law. 2009. 4 p. Disponible sur : <https://legal.un.org/avl/ha/fatchr/fatchr.html> [consulté le 14 février 2022].
2. Nations Unies. Acte final de la Conférence International des Droits de l'Homme de Téhéran 22 avril au 13 mai 1968 [Ressource électronique]. [New York], United Nations Audiovisual Library of International Law, 1968. chapitre XVIII. 66 p. [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: https://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf
3. United Nations. Droits et Santé en matière de reproduction, Planification familial. Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement. [Le Caire]: United Nations Fund for Population Activities; 5-13 Septembre 1994. 340 p. [Internet]. [cité 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>
4. Journal officiel. Régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, Loi n° 67-1176, article 4, [en ligne]. 28 décembre 1967 [consulté le 20 déc 2021]. (France) Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>.
5. Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere J, Sitruk P. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familial: un bilan [rapport inspection générale des affaires sociales] RM2011-088P. [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000405.pdf>
6. Combe V. Fiche pédagogique: évaluation de la précarité sociale selon le référentiel de certification. [France]: HAS; déc. 2020. 3 p. [Internet]. [cité 21 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_prekarite_sociale.pdf
7. Mainaud T, Raynaud E. Niveaux de vie et redistribution. Dans : Tavernier JL, directeur. France, portrait social [En ligne] (France) Institut national de la statistique et des études économiques; 2021. 243 p. [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>
8. Couraud G, Lazimi G, Collet M. La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Rapport [En ligne] HCE (France) 29 mai 2017, 124 p. (n°2017-05-29-SAN-O27) [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000550.pdf>
9. Bajos N, Bohet A, Le Guen M. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés. 15 mars 2012;N° 492(8):1-4.
10. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Précarité sociale: cumul des risques sociaux et médicaux: enquête sur la santé et les soins médicaux; enquête sur la santé et les soins médicaux; France 1991-1992. Paris: CREDES; 1996. 102 p. Rapport n° : 446. [Internet]

(cité le 21 déc. 2021). Disponible sur :
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1996/rap1129.pdf>. 1996.

11. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. mars 2020;25(3):278-80.
12. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 mai 2020;20(5):533-4.
13. Milon A. Rapport d'information sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A (H1N1). Sénat fév 2011. 246p. Rapport n°270 [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur:
<https://www.senat.fr/rap/r10-270/r10-2701.pdf>
14. Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RDS, Soares-Júnior JM, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol*. juin 2020;13(6):615-22.
15. Kissinger P, Schmidt N, Sanders C, Liddon N. The Effect of the Hurricane Katrina Disaster on Sexual Behavior and Access to Reproductive Care for Young Women in New Orleans. *Sexually Transmitted Diseases*. nov 2007;34(11):883-6.
16. Journal officiel. Réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 : décret n° 2020-260 [en ligne]. 16 mars 2020. [Consulté le 27/12/2021] (France) 1 p. NOR : PRMX2007858D. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr>.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Modalités de mobilisation des personnels dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19. 2020. (France). 13 p. [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_vademecum_mobilisation_personnels_sante.pdf
18. Vilain A, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020. *Etudes et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. sept. 2021 [cité le 1 déc. 2021]; n°1207: 1. [Internet]. [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1207_0.pdf
19. Salomon J. Organisation des soins hors covid-19 [En ligne]. France: DGS- Direction Général de la Santé- Urgent; 8 avr. 2020 [cité le 7 fév. 2022]. 1 p. Rapport n°: 2020-21. [Internet]. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2020_-_dgs_urgent_21_-_organisation_des_soins_hors_covid-19.pdf
20. Commission Orthogénie Contraception et Santé Sexuelle. CNGOF [En ligne]. Activité de contraception en période d'épidémie. Paris: CNGOF; 10 nov. 2020 [cité le 26/01/2022]. [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=CONTRACEPTION%2B-%2BIVG%2B-%2BCOVID%252FCONTRACEPTIONCOVID.pdf&i=43096>

21. MG France [En ligne]. Téléconsultation : MG France a été entendu !; 3 avr. 2020 [cité le 7 fév. 2022] [Internet]. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualites/2520-teleconsultation-mg-france-a-ete-entendu>
22. Assurance Maladie, Téléconsultation, [En ligne]. 24 novembre 2021 [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
23. Assurance maladie. Téléconsultation : une croissance record en mars 2020. [En ligne]. Assurance Maladie. 31 mars 2020 [cité le 11 janv. 2022]. 2 p. [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-03-31-cp-teleconsultation-croissance-record-mars.pdf>
24. Bergeat M, Chaput H, Verger P. Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients atteints de la Covid-19 ? . Etudes et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. janv. 2021 [cité le 04 fév. 2022]; n°1177: 2. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/er1177_0.pdf
25. Hammersley V, Donaghy E, Parker R, McNeilly H, Atherton H, Bikker A, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. Br J Gen Pract. 2 juill 2019;69(686):e595-604.
26. Journal Officiel. Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien: Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012 [en ligne]. Consulté le 22/12/2020 1p. NOR : AFSP1205409D. [Internet]. [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/41710nirI32epOgh3CdbxV6VIs00St5HGx1KyTrJAYE=/JOE_TEXTTE
27. Journal officiel. Diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 : arrêté [en ligne]. 14 mars 2020 [Consulté 19/01/2022]. (France). NOR : SSAZ2007749A. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
28. Journal officiel. Mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire : arrêté [en ligne]. 23 mars 2020 [Consulté le 19/01/2022]. (France). NOR : SSAX2007864A. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
29. Journal officiel. Mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire: arrêté [en ligne]. 14avril 2020. (France) 4 p. NOR:SSAZ2009592A. [Internet]. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/yQqkGv5Y0GjTYSrCj8mH7hg1IdXp0qOa1izlRqsN7Aw=/JOE_TEXTTE
30. Journal officiel. Coopération entre professionnels de santé. Loi n° 2011-940 article L4011-1 du CSP [en ligne]. 10 août 2011 [consulté le 15/02/2022]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr>.

31. HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi. [En ligne]. avril 2012 [cité le 4 fév. 2022]. 6 p. [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf
32. DICOM_Anne.G. Redonner du temps aux médecins pour soigner [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/redonner-du-temps-aux-medecins-pour-soigner>
33. Journal officiel. Pharmacien correspondant : décret n° 2021-685 [en ligne]. 28 mai 2021 [Consulté 14/02/2022]. (France) 2 p. NOR : SSAS2101810D Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
34. Richard C, Lussier M-T. L'éducation thérapeutique et la motivation du patient, Partager efficacement l'information. Dans: Richard C, Lussier MT, directeurs. La communication professionnelle en santé. 2e édition. Pearson. 2016. 828 p.
35. Saadi S. Influence des conditions de vie sur le défaut de suivi de grossesse: vécu et perception des patientes. Enjeu du repérage de la vulnérabilité. [Mémoire en ligne]. Marseille : Université Maïeutique Marseille Méditerranée; 2015 [cité le 30 janv. 2022]. 72 p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218590>.
36. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. mai 2003;96(5):219-22.
37. Le planning familial. [En ligne]. Pill'oops - l'appli pour suivre votre prise de pilule plus facilement. [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/pilloops-lappli-pour-suivre-votre-prise-de-pilule-plus-facilement-334>
38. Lunde B, Perry R, Sridhar A, Chen KT. An Evaluation of Contraception Education and Health Promotion Applications for Patients. Women's Health Issues. 1 janv 2017;27(1):29-35.
39. Legendre G. State of knowledge on smartphone applications concerning contraception: A systematic review. [cité 10 janv 2022]; Disponible sur: https://core.ac.uk/reader/162553293?utm_source=linkout
40. Véran JF, Viot M, Mollo B, Vincent C. PréCARES Précarités et Covid-19: Evolution de l'Accès et du Recours à la Santé, Île-de-France mars-juin 2020. [En ligne]. Médecin Sans Frontières. Paris: déc. 2020. 106 p. [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_12_17_PreCARES-MSF_Covid-Precarit%C3%A9_HD.pdf
41. Le planning familial. [En ligne]. Confiné.e.s nous avons toujours des droits !. 4 mai 2020. Le planning familial [cité 11 janv 2022]. [Internet]. [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/acces-la-sante-et-aux-droits/confinees-nous-avons-toujours-des-droits-1387>

42. Diamond-Smith N, Logan R, Marshall C, Corbetta-Rastelli C, Gutierrez S, Adler A, et al. COVID-19's impact on contraception experiences: Exacerbation of structural inequities in women's health. *Contraception*. déc 2021;104(6):600-5.

ANNEXES

Annexe 1 : Score EPICES pondéré

Tableau I : **LES 11 QUESTIONS DU SCORE EPICES**

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Pour le premier contact (pré admission): lieu de vie (ville/ semi rural / rural) / âge / méthode de contraception/ Depuis combien de temps.

Questions ouvertes :

- Selon vous comment fonctionne la contraception ? Si vous deviez l'expliquer à un proche, à un membre de votre famille ou à un ami, avec vos mots, comment le diriez-vous ?
- Comment avez-vous géré votre contraception pendant le confinement ?
 - o les plus : les choses faciles
 - o les moins, les difficultés
- Si vous avez rencontré des difficultés à la délivrance de votre contraception quelles étaient-elles ?
- Qu'est-ce qui aurait facilité votre accès à la contraception à ce moment-là ?

Annexe 3 : Guide d'entretien 2^e version

Pour le premier contact (pré admission): lieu de vie (ville/ semi rural / rural) / âge / méthode de contraception/ Depuis combien de temps.

Questions ouvertes :

- Vous a -t-on déjà expliqué la contraception ? Comment vous en a-t-on parlé et où ?
- Comment avez-vous géré votre contraception pendant le confinement ?
 - les plus : les choses faciles
 - les moins, les difficultés
 - Combien de temps durait votre contraception ? Quel était votre suivi médical gynécologique ?
 - Si vous avez rencontré des difficultés à la délivrance de votre contraception quelles étaient-elles ?
 - Qu'est-ce qui aurait facilité votre accès à la contraception à ce moment-là ?

Annexe 4 : Guide d'entretien adressé aux médecins généralistes exerçant en centre de planification.

- Quel est votre pratique médicale en centre de planification ?
- Comment prescrivez-vous la contraception ?
- Comment réalisez-vous une éducation thérapeutique ciblée avec les patientes notamment dans le cadre de la contraception ?

Annexe 5 : Entretien 1 médecin généraliste

Quel est votre pratique médicale en centre de planification ?

Je fais tout ce qui est de l'ordre de la gynécologie médicale. Donc, consultation gynéco, contraception, pose de stérilet, d'implant. Voilà. Dépistage d'IST. Je pense qu'en gros c'est ça.

Comment prescrivez – vous la contraception ?

Ça dépend si c'est une primo-prescription ou pas. Suite à un interrogatoire sur les antécédents perso, les antécédents familiaux, le désir de la patiente, on croise tout ça avec d'éventuelle contre-indications et puis ça permet de donner un avis technique je dirai, sur les choses qui peuvent être prescrites ou pas. Et puis après, la patiente, elle choisit en fonction de tous ces renseignements. En général, moi j'évite de mettre mon grain de sel en tant que : choisir à la place de la patiente. C'est-à-dire que je respecte son choix à partir du moment où il n'y a pas de contre-indications. Voilà. Eventuellement je lui explique les avantages et les inconvénients des autres méthodes. Ou éventuellement je lui dis que ça serait plus judicieux mais je ne prescris pas ce que moi j'ai envie de prescrire. Je prescris ce qu'elle a envie.

Comment réalisez-vous une éducation thérapeutique ciblée avec les patientes notamment dans le cadre de la contraception ?

L'éducation thérapeutique... C'est un grand mot de dire qu'on fait de l'éducation thérapeutique. Parce qu'à chaque fois on fait des consultations qui sont un petit peu courtes. Ceci étant on essaie. Moi j'essaie de voir au fur et à mesure des renouvellements, notamment pour la pilule, là où il a peut-être le plus besoin d'éducation au fur et à mesure des consultations de renouvellement si elles ont effectivement bien intégré comment on prend la pilule, les dangers de la pilule par rapport aux oublis, comment réparer les oublis. En général je leur donne un nom d'application qui leur permet d'avoir des renseignements fiables sur comment réparer un oubli de pilule. Après si j'ai l'impression qu'elles n'ont pas pigé le truc, je les renvoie vers la conseillère à la fin de ma consult pour qu'elles puissent reprendre les explications. Donc oui, ça fait une sorte d'éducation thérapeutique. Bon après pour les choses comme le stérilet, l'implant et tout ça je dirai... C'est sans doute moins important le côté conseil ou éducation car quand il est posé bah ça marche tout seul. Donc voilà, j'essaie de m'assurer à chaque fois que la pilule elle est bien prise et puis si jamais ça cafouille ou s'il y a des choses qui ne vont pas, soit je le fais si j'ai le temps, soit c'est la conseillère qui reprend, qui essaie de réexpliquer.

Du coup vous le faites un peu pour chaque consultation où vous voyiez la patiente dans le cadre d'un renouvellement, c'est bien ça ?

Oui voilà. J'ai quelques questions que je pose pour essayer de voir si elles font parties éventuellement des personnes avec qui il faut revenir sur des explications. Ou parfois donner des explications complémentaire car quand on démarre la pilule au démarrage il y a plein plein plein d'explications et de trucs. Elles ne peuvent pas tout intégrer. Donc la consultation suivante, c'est l'occasion d'amener des éléments

nouveaux. Avant de leur faire des prescriptions à renouveler sur six mois ou un an. Moi j'essaie d'être sûr qu'elles ont bien pigé comment ça fonctionne.

Quel est votre pratique médicale en centre de planification ?

Je travaille à la maternité de Beaumont et au centre d'orthogénie de Jeanne de Flandre. Et du coup c'est de la consultation d'orthogénie, de planification simple et du suivi en centre de planification également, classique.

Comment prescrivez-vous la contraception ?

Je fais un suivi, ça dépend de la contraception. C'est une question un peu large. Comment je prescris une contraception ? Je propose tous les types de contraception possible pour la patiente en fonction de ses antécédents, contre-indication. Je lui explique, si elle a des contre-indications, pourquoi et quels sont les risques. Et après, du coup, je lui explique les contraceptions possibles pour elle en lui expliquant les avantages et les inconvénients. Voilà. Après si c'est une pilule je revois la patiente à trois mois. Pour un implant aussi d'ailleurs, à trois mois, pour voir la tolérance. Eventuellement pour les pilules, changer la pilule s'il y a des effets secondaires qui persistent à trois mois. Et après pour l'implant, parfois, il faut patienter un petit peu plus, pour voir s'il y a des spotting, des choses comme ça. Mais bon parfois, il arrive de le retirer au bout de trois mois. Et pour les stérilets, on les revoit quatre à six semaines après la pose pour faire une échographie de contrôle. Et s'il y a des symptômes elles reviennent vers nous. Donc voilà au bout de trois, quatre mois pour la contraception.

Comment réalisez-vous une éducation thérapeutique ciblée avec les patientes notamment dans le cadre de la contraception ?

J'explique à la patiente. Je ne sais pas si c'est la réponse à laquelle vous vous attendiez.

J'explique à la patiente la conduite à tenir en cas d'oubli. En lui remettant également une petite feuille récapitulative qu'elle peut garder à la maison pour qu'elle sache quoi faire à la maison en cas d'oubli de pilule. Quoi d'autre ? Je pense que vous parlez surtout de ça quand vous parlez d'éducation thérapeutique. Je lui explique comment prendre la pilule, comme vous le savez, toujours à la même heure, etc... Je ne sais pas ce que je pourrai dire de plus. Le bilan glycémique et lipidique pour la pilule oestroprogestative.

Est-ce que vous faites vous-même l'éducation thérapeutique ou est-ce que vous déléguez ? Est-ce que vous reconvoquez les patientes ?

Je le fais moi-même en consultation. En planning souvent, c'est principalement ce pour quoi les patientes viennent en centre pour la contraception. C'est quand même des consultations dédiées pour ça. Mais oui, on fait quand même un examen, lors de cette consultation, le suivi du poids, de la tension, de l'examen gynéco. Donc on fait d'autres choses qu'expliquer comment prendre la pilule mais bon on prend le temps de faire les deux.

AUTEURE : Nom : GÉRARD

Prénom : Sandra

Date de soutenance : 22 mars 2022

Titre de la thèse : Quel est le vécu des femmes en situation de précarité sur l'accès à la contraception durant le premier confinement dû au COVID-19 ?

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Docteur en Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Contraception, pandémie, continuité des soins, vulnérabilité sociale

Résumé :

Introduction : La contraception et son accès sont des droits fondamentaux pour les femmes. Depuis la loi Neuwirth, les Centres de Planification et d'Education Familiale occupent avec les médecins généralistes une place importante dans la diffusion de la contraception. Les femmes en situation de précarité consultent et bénéficient moins des structures de soins et d'un suivi gynécologique. Lors de la pandémie dû au Covid-19, un confinement généralisé a été imposé à la population. Il a mis en péril les droits des femmes concernant l'accès à la contraception. Dans ce contexte, nous nous sommes questionnés sur le vécu concernant l'accès à la contraception des femmes en situation de précarité pendant cette période.

Matériels et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens téléphoniques individuels et semi dirigés auprès de 15 patientes majeures incluses dans le Nord d'après le score EPICES. L'analyse des verbatims a été réalisée d'après le logiciel NVIVO en suivant une approche de théorisation ancrée.

Résultats : Quinze patientes ont participé à l'étude. La majorité des patientes a exprimé une absence de difficulté à la poursuite de leur contraception durant le confinement. Concernant les capacités d'adaptation, on retrouve la mise en place d'une routine dans la prise de leur contraception. En utilisant les nouveaux systèmes de communication comme la téléconsultation, elles ont su changer leur méthode de consultation. Grâce à une législation française favorable, elles ont pu bénéficier d'une délivrance. Suite à une bonne communication interprofessionnelle, elles ont gardé un lien de confiance. Les patientes ont également su mettre en application l'éducation thérapeutique qui leur a été transmise.

Conclusion : Les femmes en situation de précarité n'ont pas vécu de difficultés majeures d'accès à la contraception pendant le premier confinement. Il a été constaté l'acquisition de compétences par les patientes pour faire face aux changements induits par le confinement et pour satisfaire leurs besoins. Il semble intéressant d'étudier si ces compétences seraient retrouvées chez les femmes en extrême précarité ou se trouvant marginalisées.

Composition du Jury :

Président : Pr Damien SUBTIL

**Assesseurs : Pr Bernard GRESSIER
Dr Maurice PONCHANT**

Directeur de thèse : Dr Gwendoline EECKHOUT